



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με Σκλήρυνση κατά  
Πλάκας.  
Ο ρόλος της Κοινωνίας.**

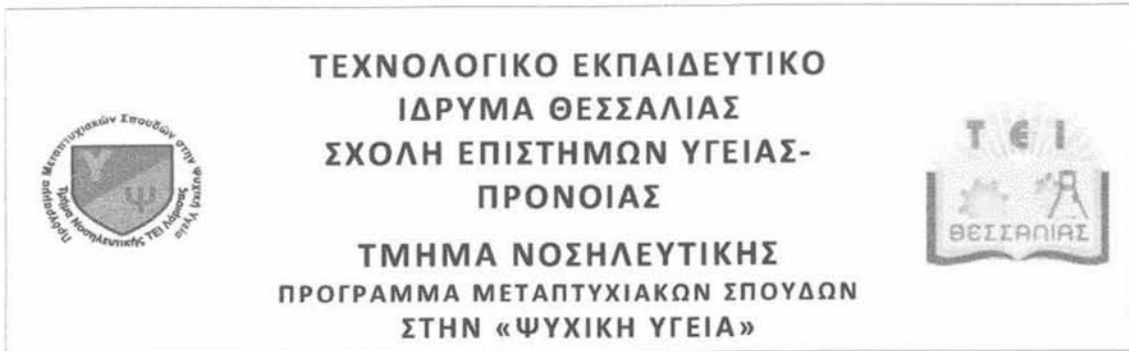
Ελευθερία Γ. Κούρτη  
Ψυχολόγος

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Τμ. Νοσηλευτικής ΤΕΙ/Θ, Επιβλέπουσα καθηγήτρια  
Γκούβα Μαίρη, Αναπλ. Καθηγήτρια Τμ. Νοσηλευτικής ΤΕΙ/ΗΠΕΙΡΟΥ, Μέλος Τριμελούς  
Επιτροπής

Παπαθανασίου Ιωάννα, Επίκουρος καθηγήτρια Τμ. Νοσηλευτικής ΤΕΙ/Θ, Μέλος Τριμελούς  
Επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ 2015



**Sexual dysfunctions in patients  
with Multiple Sclerosis.  
The role of Society.**

## Περιεχόμενα

	Σελίδες
Ευχαριστίες	4
Περίληψη στα ελληνικά – Λέξεις κλειδιά.	5
Περίληψη στα Αγγλικά – Keywords	6
<b>Εισαγωγή</b>	<b>7</b>
<b>Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση (M.S.)</b>	<b>8-32</b>
Ορισμός	10-11
Ιστορική αναδρομή.	11-12
Επιδημιολογικά δεδομένα.	13-17
Διάγνωση. Πορεία. Πρόγνωση.	18-21
Μορφές, Εκφράσεις-Συμπτώματα.	22-27
Αντιμετώπιση-Θεραπεία.	28-32
<b>Σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς Με Σκλήρυνση κατά Πλάκας.</b>	<b>33-55</b>
1. Σεξουαλικότητα.	35-37
2. Διαπολιτισμικές προσεγγίσεις.	37-42
3. Σεξουαλικές δυσλειτουργίες.	42-44
4. Σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με ΣκΠ.	44-52
5. Συζήτηση. Αποτελέσματα.	53-54
<b>Ο ρόλος της κοινωνίας.</b>	<b>54-57</b>
<b>Συμπέρασμα.</b>	<b>58</b>
<b>Βιβλιογραφικές αναφορές</b>	

## **Ευχαριστίες**

Είναι αναγκαίο να εκφραστούν οι ειλικρινείς ευχαριστίες μας στην καθηγήτρια κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, που συνέβαλε στη διαμόρφωση και την ακριβή διατύπωση του συγκεκριμένου ερευνητικού ζητήματος και με την καθοδήγησή της κατηύθυνε την ολοκλήρωσή του.

Επίσης, ευχαριστίες οφείλονται σε όλους τους καθηγητές, που στα δύο χρόνια παρακολούθησης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, στο πνεύμα της δια βίου μόρφωσης, διεύρυναν το πνευματικό και μορφωτικό μας ορίζοντα, ενισχύοντας έτσι, έμμεσα, τη δυνατότητα οργάνωσης και ολοκλήρωσης της παρούσης εργασίας.

## Περίληψη

Η ΣκΠ, ένα κοινό, χρόνιο, απομυελινωτικό νόσημα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, συνοδεύεται από ποικίλα συμπτώματα μεταξύ των οποίων αναφέρονται οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Η ανασκόπηση των μελετών των σχετικών με αυτές, έδειξε τις μορφές που έχουν στους άνδρες ασθενείς (μειωμένη libido, δυσκολία διέγερσης, ανοργασμία, στυτική δεισλειτουργία, πρόωρη εκσπερμάτιση) και στις γυναίκες (μειωμένη libido, δυσκολία διέγερσης, ανοργασμία, κόπωση, κολπική ξηρότητα, μειωμένη αισθητικότητα των γεννητικών οργάνων, αδυναμία των μυών της λεκάνης, δυσπαρευνία, φόβος απόρριψης από το σύντροφο, ανησυχία για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου), καθώς και τις παραμέτρους- παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση των δυσλειτουργιών αυτών (απομυελινωτικές εστίες - πλάκες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, αταξία, ίλιγγος, αναπηρία, δυσλειτουργία κύστης και εντέρου, φαρμακευτική αγωγή, έλλειψη οικειότητας στη σχέση ή το γάμο, κατάθλιψη, ορμονικό πρόβλημα - εμμηνόρροια).

Καθώς η σεξουαλική δραστηριότητα αποτελεί ένα αυστηρά προσωπικό ζήτημα, ο ρόλος της κοινωνίας στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες περιορίζεται στον τρόπο που ο ίδιος ο ασθενής τις αποδέχεται και τις διαχειρίζεται μαζί με το σύντροφό του μέσα σε μια ουσιαστική σχέση οικειότητας, και στον τρόπο που τις αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας φαρμακευτικά, παρεμβατικά, χειρουργικά (όπου είναι αναγκαίο), ψυχοθεραπευτικά. Τα στερεότυπα, προκαταλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τη σεξουαλικότητα, είναι πιθανό να επηρεάζουν τόσο τους ασθενείς και τους συντρόφους τους, όσο και τους θεραπευτές, με αποτέλεσμα να παραβλέπουν και να αποσιωπούν τα προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Και όμως, η δυνατότητα της ικανοποιητικής σεξουαλικής έκφρασης αποτελεί σημαντική προϋπόθεση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΣκΠ, που έχουν να αντιμετωπίσουν ένα χρόνιο νόσημα με απρόβλεπτη, πολυεπίπεδη εξέλιξη.

**Λέξεις κλειδιά:** Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σεξουαλικότητα, Σεξουαλικές δυσλειτουργίες - διάγνωση, αντιμετώπιση.

## **Summary**

Multiple Sclerosis (MS) is a common, chronic, demyelinating disease of the Central Nervous System, accompanied by various symptoms; among them, sexual dysfunctions are reported and included. The review of studies relating to them, showed the forms they take on male patients (decreased libido, arousal disorder, anorgasmia, erectile dysfunction, premature ejaculation) and on women (decreased libido, arousal disorder, anorgasmia, fatigue, vaginal dryness, decreased genital sensation, weakness of the pelvic muscles, dyspareunia, fear of rejection by the partner, anxiety about the partner's sexual satisfaction), as well as the parameters-factors that contribute to the manifestation of these disorders (demyelinating foci - plates in the Central Nervous System, ataxia, vertigo, disability, bladder and bowel dysfunction, medication, lack of intimacy in the relationship or marriage, depression, hormonal dysfunction - menstruation).

As sexual activity is a strictly personal matter, society's role in sexual dysfunctions is limited to the way the patient himself accepts and manages them, along with his partner, in a meaningful intimate relationship, and how health professionals treat them pharmaceutically, interventionally, surgically (where necessary), psychotherapeutically. Stereotypes, prejudices of society about sexuality, are likely to affect both patients and their partners, and their therapists as well, leading to overlook and to keep silent about the sexual dysfunction problems. Yet the possibility of satisfactory sexual expression is an important condition of quality of life of patients with MS, who have to deal with a chronic disease with unpredictable, multi-level development.

**Keywords:** Multiple Sclerosis, Sexuality, Sexual dysfunctions - diagnosis, treatment

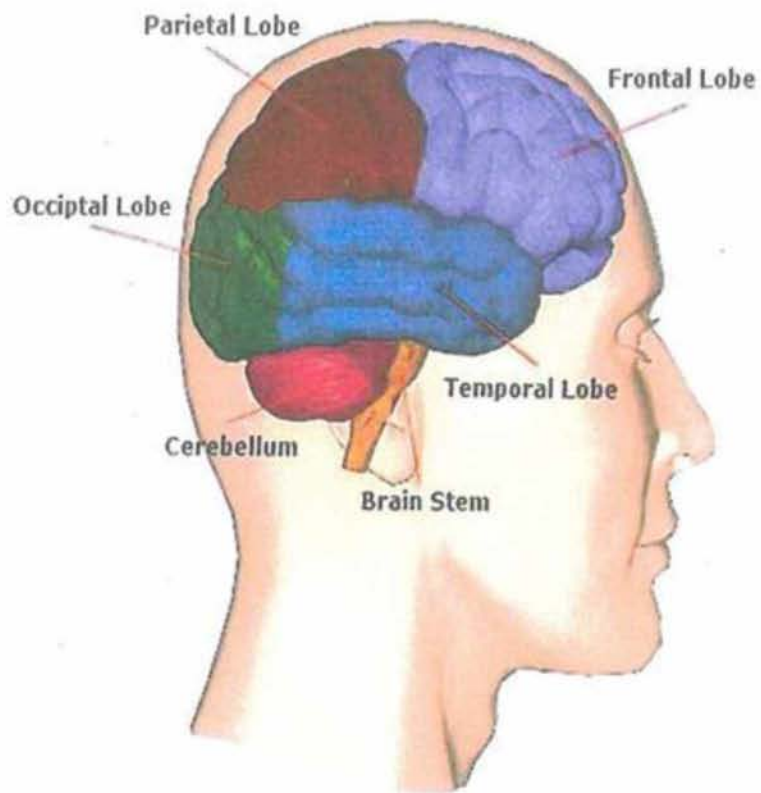
## Εισαγωγή

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με ΣκΠ αποτελούν αντικείμενο του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας κατά την τελευταία εικοσαετία και κατ' επέκταση των ερευνητών. Έχει γίνει κατανοητό ότι η ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών προϋποθέτει τη σοβαρή και προσεκτική ενασχόληση και με αυτό τον τομέα των προβλημάτων, τα οποία δημιουργεί η νόσος. Ωστόσο η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν καλύπτει ικανοποιητικά το θέμα και αυτό έχει επίπτωση στην αντιμετώπισή του, τόσο σε επίπεδο ατομικό (για τους ασθενείς) όσο και σε επίπεδο των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας, με αρνητικά αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ερωτήματα που τίθενται: Υπάρχουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες στους ασθενείς με ΣκΠ; Ποιες είναι αυτές για άντρες και γυναίκες; Ποιοι είναι οι υποκείμενοι παράγοντες, ενδεχομένως, που συνδέονται με τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες; Πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί ένα τέτοιο απολύτως προσωπικό θέμα; Και πώς εμπλέκεται η κοινωνία σε αυτό;

Η έρευνα αναζητά απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά. Και ακριβώς αυτός είναι ο σκοπός της παρούσης εργασίας, να προβεί σε ανασκόπηση της μέχρι σήμερα επιστημονικής έρευνας αναζητώντας και χρησιμοποιώντας τη σχετική βιβλιογραφία.

**Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή  
Πολλαπλή Σκλήρυνση (M.S. – Multiple Sclerosis)**





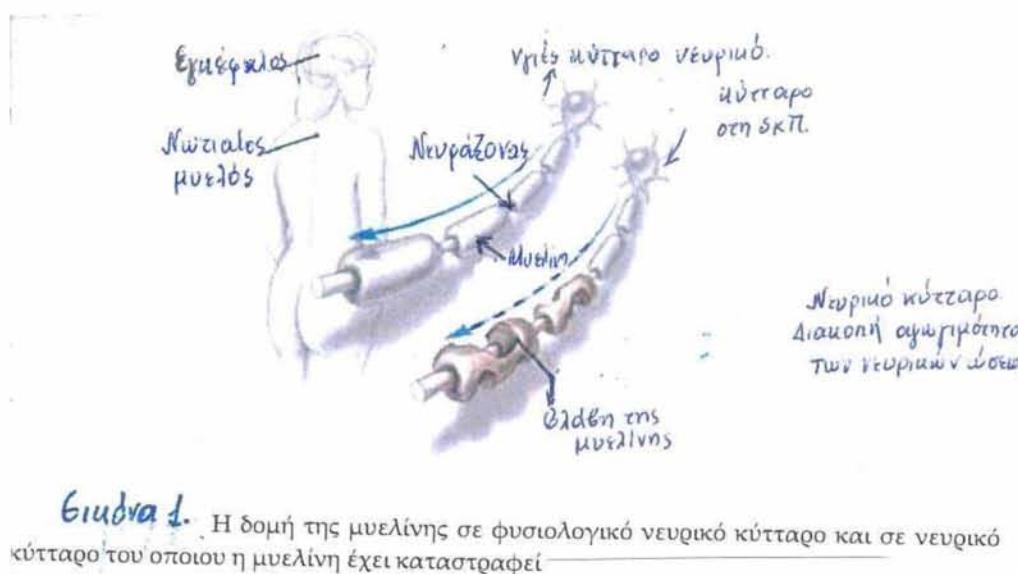
## Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση (M.S.)

### Ορισμός

Η ΣκΠ είναι μια άγνωστης αιτιολογίας φλεγμονώδης, απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ, που περιλαμβάνει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, Ν.Μ.) και προσβάλλει συνήθεστερα νεαρούς ενήλικες. Το νευρικό σύστημα θεωρείται εν μέρει ανοσολογικά προνομιακό, λόγω της ύπαρξης φραγμών, όπως είναι ο αιματοεγκεφαλικός (Α.Ε.Φ.) και ο αιματονευρικός φραγμός (Α.Ν.Φ.) που εμποδίζουν την ελεύθερη διόδο ουσιών στο ΚΝΣ. Παρόλα αυτά σε περιπτώσεις φλεγμονής, όπως συμβαίνει στη ΣκΠ, η ακεραιότητα των φραγμών διαταράσσεται με επακόλουθη ανάδυση νευρολογικών διαταραχών. Στο ΚΝΣ η άνοση προσβολή έχει ως αποτέλεσμα την εμφανή βλάβη των νευρικών ιστών, που περιγράφεται ως **απομυελίνωση**.

Η νόσος θεωρείται αυτοάνοσης αρχής και παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από πολλαπλές περιοχές φλεγμονής, ανοσολογικώς ρυθμιζόμενης απομυελίνωσης και χαρακτηριστικών «γλοιακών-σκληρυντικών ουλών», που αποκαλούνται απομυελινωτικές **πλάκες**. Στην παθογένεια της νόσου εμπλέκονται ευρείες κυτταρικές αντιδράσεις και πολυάριθμες αλληλεπιδράσεις κυττοκινών με αποτέλεσμα τη διαταραχή της ακεραιότητας του ΑΕΦ και εν συνεχεία της μυελίνης, την αξονική και νευρωνική απώλεια και κατ' επέκταση την ανάπτυξη διάσπαρτων απομυελινωτικών εστιών στο ΚΝΣ. (Μπαλογιάννης, 2004)

Τα προσβεβλημένα άτομα εμφανίζουν τις χαρακτηριστικές απομυελινωτικές πλάκες σε πολλά σημεία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού (διασπορά στο χώρο) (Kurtzke, 1970) Οι απομυελινωτικές πλάκες προσβάλλουν τους νευράξονες και κατά συνέπεια καθυστερούν την αγωγή των νευρικών ώσεων κατά μήκος των νευραξόνων. (εικόνα 1)



Η κλινική πορεία ποικίλλει από μία ήπια, χωρίς συμπτώματα μορφή της νόσου έως μία μορφή ταχέως εξελισσόμενη που καταλήγει σε βαριά αναπηρία. Στους περισσότερους ασθενείς εισβάλλει υπό μορφή εξάρσεων και υφέσεων, όπου αρχικά η ανάρρωση από τις εξάρσεις είναι σχεδόν πλήρης, αργότερα όμως οι νευρολογικές διαταραχές αθροίζονται σταδιακά (διασπορά στο χρόνο). (Kurtzke, 1970)

Η νόσος φαίνεται ότι καθορίζεται από συνδυασμό γενετικών και επίκτητων παραγόντων, αφενός μέσω γονιδίων επιρρέπειας και αφετέρου μέσω έκθεσης του οργανισμού, κατά την πρώιμη ηλικία του ασθενή, σε άγνωστο έως σήμερα λοιμώδη περιβαλλοντικό παράγοντα, πιθανώς ιό. (Αγγελάκης, 2011)

Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται επί κλινικών κριτηρίων, που συνεχώς αναβαθμίζονται, και επί του εργαστηριακού ελέγχου (νευροαπεικονιστικός έλεγχος με τη μαγνητική τομογραφία, ανοσοβιολογικός έλεγχος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και ο νευροφυσιολογικός έλεγχος με τα προκλητά δυναμικά).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου επιχειρείται σήμερα κυρίως με παρεμβάσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα των πασχόντων που πραγματοποιείται με τη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών ή ανοσοτροποποιητικών παραγόντων.

#### **Ιστορική αναδρομή**

Η ΣκΠ αποτελούσε πάντοτε αινιγματική και δυσδιάγνωστη νόσο, γι' αυτό είναι εντυπωσιακή η έλλειψη αναφορών σε ιατρικά κείμενα πριν από το 19<sup>ο</sup> αιώνα. Στην ιατρική βιβλιογραφία που περιλαμβάνει επιστολές και ανεπίσημες περιγραφές ασθενών, αναφερόταν μία δυσερμήνευτη ασθένεια με εξάρσεις και υφέσεις, με κατάλοιπα άλλοτε, άλλου βαθμού αναπηρίας, της οποίας τα αίτια παρέμειναν ακαθόριστα, ενώ η θεραπευτική αντιμετώπιση της ήταν απροσπέλαστη ακόμη και από τους πιο διάσημους, για την εποχή, ιατρούς.

Στον παρακάτω πίνακα 1 φαίνονται τα χρονολογικά ορόσημα της ιστορίας και της διαγνωστικής προσέγγισης της ΣκΠ.

### Πίνακας 1

Σημαντικά χρονολογικά ορόσημα της ιστορίας και της διαγνωστικής προσέγγισης της ΣκΠ

14 <sup>ος</sup> – 18 <sup>ος</sup> αιώνας	
Περιγραφές σε προσωπικά αρχεία ορισμένων περιπτώσεων που ομοιάζουν με ΣκΠ.	
19 <sup>ος</sup> αιώνας	
1828-9	Περιγραφές σε γαλλικά και αγγλικά έργα παθολογοανατομικού υλικού που παραπέμπει σε ΣκΠ.
1838	Πρώτη, πιθανώς, απεικόνιση απομυελινωτικών πλακών από τον Robert Carswell
1849	Περιγραφή της νόσου με υπογράμμιση των εξάρσεων και υφέσεων από το γερμανό ιατρό Teidor von Frerichs.
1868	Πρώτη ολοκληρωμένη περιγραφή, διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου από το Γάλλο νευρολόγο <u>Jean Martin Charcot</u> στον οποίο ανήκει και η ονομασία της νόσου «Σκλήρυνση κατά πλάκας»
1878	Ο Louis Ranvier ανακαλύπτει τη μυελίνη και στη συνέχεια αναγνωρίζεται από άλλους
κ.εξ.	ερευνητές μια ειδική κατηγορία κυττάρων που παράγουν μυελίνη, τα ολιγοδενδροκύτταρα και διαπιστώνεται η σημασία της μυελίνης στην αγωγή των νευρικών ώσεων.
1898	Ο Πολωνός νευρολόγος Josef Francois Felix Babinski παρουσιάζει το εκτατικό πελματιαίο αντανακλαστικό, που έκτοτε φέρει το όνομα «σημείο Babinski»
20 <sup>ος</sup> αιώνας	
1906	Ο Otto Marbourg περιέγραψε την οξεία μορφή της νόσου που σήμερα είναι συνδεδεμένη με το όνομά του.
1916	Ο James Dawson αναγνωρίζει λεμφοκύτταρα, μακροφάγα και πλασματοκύτταρα που οδηγούν σε απομυελίνωση.
1922	Αποκάλυψη της διαταραχής της σύνθεσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) σε ασθενείς με ΣκΠ και παρατήρηση της ανομοιογενούς κατανομής της νόσου ανά τον κόσμο.
1935	Εισαγωγή του πειραματικού μοντέλου της «αλλεργικής εγκεφαλομυελίτιδας» (EAE) στη μελέτη της νόσου από τον Thomas Rivers, που χρησιμοποιείται έκτοτε για τη μελέτη της αιτιοπαθογένειας και της θεραπείας της νόσου.
1948	Ο Elvin Kabat διαπιστώνει στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των πασχόντων την παρουσία αυξημένης γ-σφαιρίνης και συμβάλλει έτσι στην ανάπτυξη εργαστηριακής διαγνωστικής δοκιμής.
1955	Ο John Kurtzke παρουσιάζει την Κλίμακα Κατάστασης Αναπηρίας (Disability Status Scale, DSS) για την εκτίμηση σοβαρότητας της ΣκΠ. Η βελτιωμένη μορφή της κλίμακας αυτής (Expanded DSS, 1983) είναι μέχρι σήμερα η πρότυπη κλίμακα εκτίμησης της αναπηρίας. Πραγματοποιείται η πρώτη συνολική νευροψυχολογική μελέτη ενός μικρού αριθμού ασθενών με ΣκΠ. Οι ερευνητές Ross και Reitan διαπιστώνουν ότι οι ασθενείς έχουν σοβαρές δυσκολίες στην εκτέλεση δοκιμασιών που απαιτούν μυϊκή ταχύτητα, δύναμη και προσανατολισμό, μέτριου βαθμού δυσκολίες στο σχηματισμό περίληψης και στη σύλληψη εννοιών, αλλά διατηρούν την ικανότητα ομιλίας.
1970	Η ομάδα του Augustus Rose αποδεικνύει ότι η κορτικοτροπίνη (ACTH) μπορεί να επιταχύνει την ανάρρωση από τη φάση έξαρσης της νόσου. Στα τέλη του 1970 οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η ΣκΠ είναι αποτέλεσμα αυτοάνοσης διαταραχής που πιθανώς προκαλείται από ιική λοίμωξη.
1981	Παράγονται οι πρώτες εικόνες μαγνητικής τομογραφίας (MRJ) από εγκέφαλο ασθενούς φέρνοντας επανάσταση στον τρόπο διάγνωσης.

### **Επιδημιολογικά δεδομένα**

Η περιγραφική Επιδημιολογία ως επιστημονικός κλάδος συμβάλλει στη διερεύνηση της αιτιοπαθογένεσης των νόσων ανιχνεύοντας, μέσα από μελέτες, διαφορές της επίπτωσης των νόσων σε σχέση με γεωγραφικούς παράγοντες (γεωγραφικό πλάτος, επιδημική εισβολή σε απομονωμένες περιοχές κ.ά.), δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, φυλή, ηλικία, μετανάστευση), αλλά και γενετικούς και άλλους παράγοντες.

Στη ΣκΠ ειδικά, οι μελέτες αυτές δυσχεραίνονται σημαντικά εξαιτίας διαφορών στις μεθόδους διάγνωσης και εξαιτίας της κλινικής ποικιλομορφίας της ίδιας της νόσου, τόσο μεταξύ των ασθενών, όσο και μεταξύ των διαφορετικών περιόδων της νόσου.

Το βέβαιο είναι ότι η ΣκΠ είναι η πιο συχνή αιτία νευρολογικής διαταραχής στη νεαρή και μέση ενήλικη ζωή και προς το παρόν υπολογίζεται ότι υπάρχουν 2.500.000 άτομα με ΣκΠ στον κόσμο (Ωρολογάς, Α. 2005), ενώ σε παγκόσμια κλίμακα εβδομαδιαίως διαγιγνώσκονται 200 άτομα. (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006)

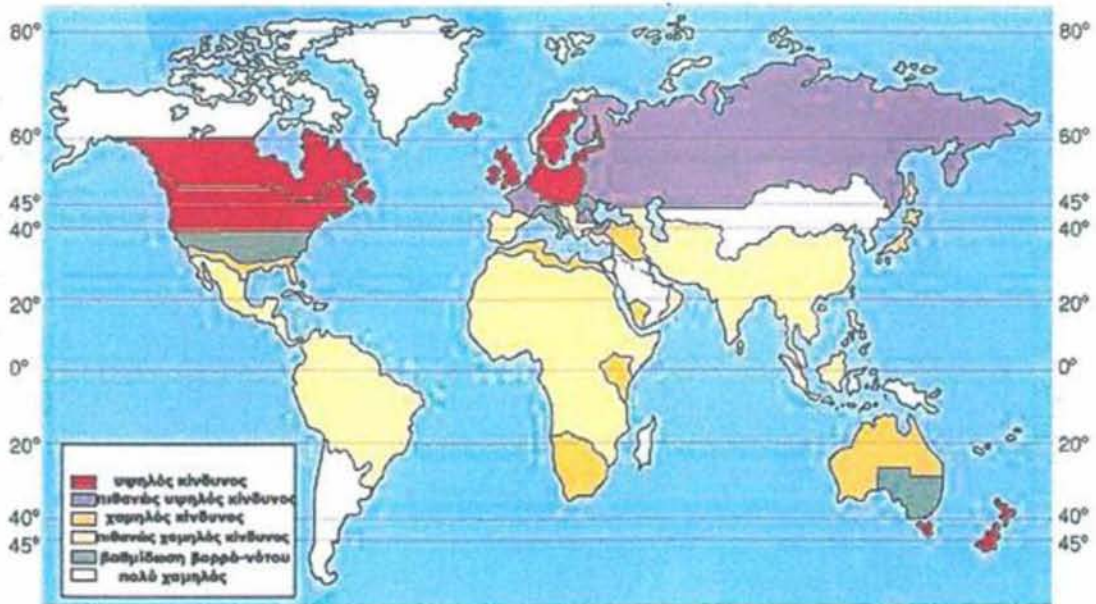
Η νόσος έχει μέση επίπτωση (ο αριθμός των πρόσφατα διαγνωσθέντων ανά έτος) περίπου 7/100.000 πληθυσμού, μέσο επιπολασμό (ο αριθμός ασθενών σε μια δεδομένη χρονική στιγμή) περίπου 120/100.000 πληθυσμού και κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της ζωής ενός ανθρώπου 1/400 ανθρώπους. (Compston and Coles, 2002)

Η σύγχρονη έρευνα αναζητώντας την αιτία της ΣκΠ εντείνει το ενδιαφέρον της και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, γεωγραφικούς, δημογραφικούς (φύλο, φυλή, μετανάστευση), λοιμώδεις και κοινωνικοπολιτισμικούς, καθώς επίσης και στους γενετικούς παράγοντες (μελέτες οικογενειών ασθενών και διδύμων, και γονιδιακές μελέτες).

#### **1. Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Η γεωγραφική κατανομή της νόσου είναι ανομοιογενής και σχετίζεται θετικά με το γεωγραφικό πλάτος, δηλαδή η συχνότητά της αυξάνεται ανάλογα με το γεωγραφικό πλάτος τόσο στο βόρειο όσο και στο νότιο ημισφαίριο, ο επιπολασμός της αυξάνεται όσο αυξάνεται η απόσταση από τον Ισημερινό και οι πληθυσμοί διαβιούν πλησιέστερα προς τις πολικές περιοχές. (εικόνες 2,3)

Η σχέση ανάμεσα στη ΣκΠ και το γεωγραφικό πλάτος παγκοσμίως



Εικόνα 2. Η σχέση ανάμεσα στη ΣκΠ και το γεωγραφικό πλάτος. Προς μεγαλύτερα γεωγραφικά πλάτη ο επιπολασμός της νόσου αυξάνει.

(Compston, 1998)



Εικόνα 3. Επιπολασμός της ΣκΠ στην Ευρώπη.

(Kurtzke, Neurol. Sci., 2000)



Με αφετηρία τις διάφορες τιμές επιπολασμού (Kurtzke, 1994) διαμορφώθηκαν τρεις ζώνες:

**η ζώνη υψηλού κινδύνου**, με τιμές επιπολασμού  $> 30/100.000$  πληθυσμού (Νότια Ευρώπη, Βόρειες ΗΠΑ, Νότιες περιοχές Καναδά, Νότια Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία),

**η ζώνη μέσου κινδύνου**, με τιμές επιπολασμού  $5-29/100.000$  πληθυσμού (Νότια Ευρώπη, Νότιες ΗΠΑ, Κεντρική και Βόρεια Αυστραλία)

**και η ζώνη χαμηλού κινδύνου**, με τιμές επιπολασμού  $< 5/100.000$  πληθυσμού (Ασία, Ιαπωνία, Κίνα, Ινδίες, Αραβική Χερσόνησος, Λατινική Αμερική και το μεγαλύτερο μέρος της Αφρικής και της Μ. Ανατολής).

Στις γυναίκες η επίπτωση της ΣκΠ είναι 1,4 έως 3,1 φορές υψηλότερη από ό,τι στους άντρες και αυτή η διαφορά συχνότητας συμβαδίζει με τη γνωστή αυξημένη συχνότητα όλων των ανοσολογικών νοσημάτων στο γυναικείο φύλο. Ενδεχομένως η διαφορά αυτή να σχετίζεται με την αυξημένη ευαισθητοποίηση των γυναικών στις περιόδους της εφηβείας και της εμμηνόπαυσης, απόρροια ενδοκρινολογικής επίδρασης στο ανοσολογικό σύστημα. Όμως στις όσμιμες μορφές της νόσου και τα δύο φύλα νοσούν υπό την ίδια αναλογία.

Οι ισχυρότερες ενδείξεις ότι κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες υπεισέρχονται στην αιτιοπαθογένεια της ΣκΠ προέρχονται από μελέτες που στηρίχθηκαν στη μετανάστευση. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι άτομα που μεταναστεύουν από ζώνη υψηλού κινδύνου σε ζώνη χαμηλού κινδύνου φέρουν μαζί τους μέρος του κινδύνου της περιοχής προέλευσής τους, (Adams, Victor and Popper, 2001), εφόσον η μετανάστευση έγινε σε μικρή ηλικία, ενώ αν μετανάστευσαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 15 ετών, εμφάνισαν συχνότητα ανάλογη με της χώρας προέλευσής των.

Επομένως η ΣκΠ δεν είναι μια αμιγώς γενετική νόσος, αλλά για την εμφάνισή της πιθανώς υποψήφιος παράγων μπορεί να είναι κάποιος ιός ή ιοί, πράγμα που συνηγορεί υπέρ της ενδεχόμενης μεταδοτικότητας της νόσου.

(Kurtzke, Hyllested, 1975, 1979)

Πιθανόν να μην υφίσταται ένας μοναδικός ιός που να πυροδοτεί την απομυελίνωση σε όλους τους ασθενείς, αλλά να εμπλέκονται πολλοί διαφορετικοί ιοί.

Μολονότι ο τρόπος ζωής των διαφόρων κοινωνικών ομάδων μπορεί να επηρεάσει τις επιδημιολογικές συνιστώσες μιας νόσου, για τη ΣκΠ δεν είναι εύκολο να αξιολογηθούν οι συσχετίσεις των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων (διαφορές στη διατροφή, στην υγιεινή, στις αστικές ή αγροτικές συνθήκες διαβίωσης) με τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Πάντως λαοί σιτιζόμενοι με φυτικές τροφές εμφανίζουν ΣκΠ υπό σαφώς μικρότερη συχνότητα. Η μεσογειακή λεγόμενη δίαιτα πλούσια σε φυτικά έλαια, δημητριακά και οσπριοειδή φαίνεται ότι συνδέεται με τη χαμηλή συχνότητα της νόσου στις Μεσογειακές χώρες και την Ελλάδα, με την οποία συχνότητα συνδέονται και οι αγροτικές συνθήκες διαβίωσης, ενώ οι καλές συνθήκες ζωής, το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης συνδέονται με υψηλές τιμές επιπολασμού, γεγονός που, πιθανόν, να

οφείλεται στην ψυχική καταπόνηση την παρατηρούμενη σε άτομα μεγαλύτερης κοινωνικής ευθύνης (Μπαλογιάννης, 2004)

## **2. Ψυχολογικοί παράγοντες**

Η σχέση του ψυχολογικού παράγοντα με την εμφάνιση της ΣκΠ αποτελεί αντικείμενο εντατικών ερευνών τα τελευταία έτη, που έδειξαν ότι μακροχρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις φαίνεται να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση υποτροπής. Πάντως είναι απαραίτητη η διεξαγωγή ευρείας έρευνας, για να αποδειχθεί ο ψυχολογικός, νευροενδοκρινικός και ανοσολογικός μηχανισμός με τον οποίο τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής επιδρούν στην πρώτη εκδήλωση και την περαιτέρω πορεία της ΣκΠ.

## **3. Γενετικοί παράγοντες**

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως αναφέρθηκε, ασκούν επίδραση στην εμφάνιση της νόσου, δεν αρκούν όμως, για να εξηγήσουν την αιτιοπαθογένειά της. Έτσι, οι επιδημιολογικές μελέτες στρέφονται στη διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης γενετικής συνιστώσας στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, καθώς φαίνεται ότι γενετικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την **προδιάθεση** (επιρρέπεια ή ευπάθεια) προς απολυελίνωση και την κλινική εικόνα της νόσου.

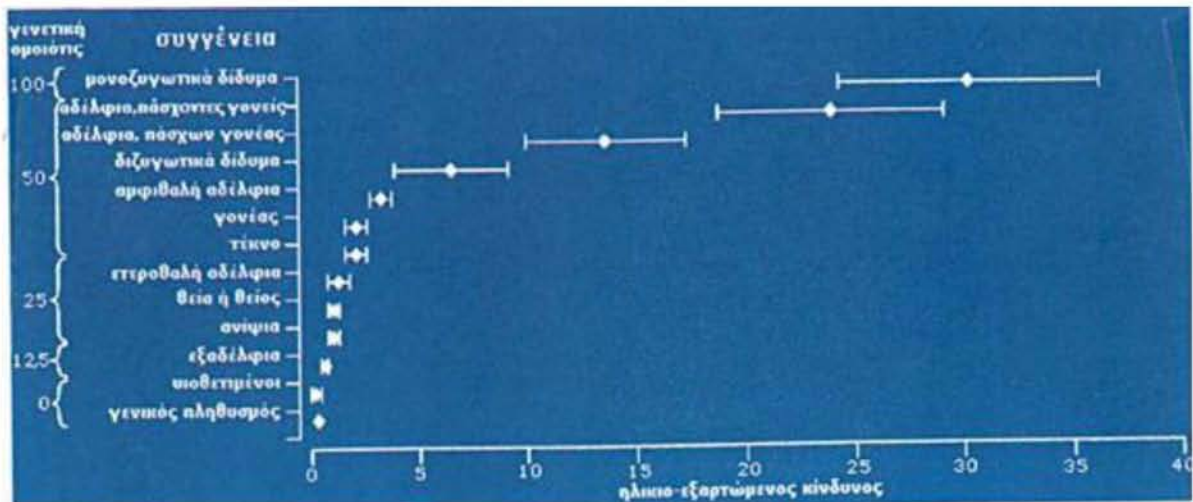
Απόπειρα εξήγησης για τη συμμετοχή του γενετικού παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια της νόσου αποτελούν οι μελέτες οικογενειών ασθενών και διδύμων και οι γονιδιακές μελέτες. Από το 1988 οι μελέτες (Sadovnick, Baird and Ward, 1998, Sadovnick, Bulman and Ebers, 1991 και Sadovnick and Baird, 1988) έδειξαν ότι οι πρώτου, δεύτερου και τρίτου βαθμού συγγενείς των ασθενών με ΣκΠ είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν τη νόσο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έκτοτε η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στη ΣκΠ επιβεβαιώθηκε από πολλές εργασίες που μελετούν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου μεταξύ αδελφών απλών ή διδύμων (διζυγωματικών –ΔΖ και μονοζυγωματικών – ΜΖ), καθώς και μεταξύ γονέων και παιδιών φυσικών ή υιοθετημένων.

Έτσι, έχει βρεθεί ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος, (διαφοροποιούμενος κατά κατηγορία) μεταξύ ΜΖ διδύμων, μεταξύ κανονικών αμφιθαλών αδελφών και μεταξύ τέκνων και γονέων που και οι δύο είναι ασθενείς με ΣκΠ, ενώ ο κίνδυνος αυτός είναι μικρότερος για τα ΔΖ δίδυμα και για αδέρφια ετεροθαλή ή για παιδιά των οποίων ο ένας γονέας είναι ασθενής. Τα υιοθετημένα άτομα που έχουν ανατραφεί σε οικογένειες πασχόντων έχουν την ίδια πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο όσο και ο γενικός πληθυσμός. (Αγγελάκης, 2011) (Πίνακας 2)



## Πίνακας 2

Γενετική προδιάθεση για ανάπτυξη ΣκΠ με βάση τη συγγένεια.



Κλασική μέθοδος διερεύνησης της βαρύτητας της συμμετοχής του γενετικού και περιβαλλοντικού παράγοντα στη νόσο αποτελεί η σύγκριση της εμφάνισής της και στα δύο αδέρφια σε περιπτώσεις MZ – DZ και μη διδύμων. Η διερεύνηση αυτή προτείνει την ύπαρξη γενετικής συνιστώσας στην εμφάνιση της ΣκΠ, η οποία πάντως είναι πολυγονιδιακή και λαμβανομένης υπόψη και της περιβαλλοντικής συνιστώσας στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, η ΣκΠ μπορεί να χαρακτηριστεί πολυπαραγοντικό νόσημα.

Τα γονίδια που ευθύνονται για τα πολυπαραγοντικά νοσήματα προκαλούν παθήσεις μέσω φυσιολογικών πολυμορφισμών. Αυτά τα γονίδια ονομάζονται **γονίδια επιρρέειας**, που μπορούν να αναγνωριστούν σε περιοχές ή κατά μήκος ολόκληρου του γονιδιώματος.

Με τις αλματώδεις προόδους της μοριακής βιολογίας και της γενετικής άρχισε να ισχυροποιείται η άποψη ότι η ΣκΠ ενδεχομένως έχει γενετικό υπόβαθρο και ενδογενείς μοριακοί παράγοντες διαδραματίζουν ουσιώδη ρόλο στην αυτοάνοση αντίδραση ή στην κινητοποίηση των νευροχημικών διεργασιών, οι οποίες καταλήγουν στις χαρακτηριστικές για τη ΣκΠ νευροπαθολογικές αλλοιώσεις της λευκής ουσίας του ΚΝΣ. Έρευνα έδειξε μία μεγαλύτερη επικράτηση συγκεκριμένων γονιδίων, είναι γνωστά περισσότερα από πέντε, σε πληθυσμούς με αυξημένο ποσοστό ΣκΠ. (Ωρολογάς, 2005)

Ωστόσο η γενετική βάση της νόσου δεν έχει αποκαλυφθεί μέχρι σήμερα και αποτελεί ευρύ πεδίο περαιτέρω έρευνας.

## Διάγνωση - Πορεία της νόσου - Πρόγνωση

1. Η διάγνωση βασίζεται στην τεκμηρίωση της ύπαρξης χαρακτηριστικών βλαβών σε διαφορετικά σημεία του ΚΝΣ με διάφορους τρόπους.

- **Ιατρικό ιστορικό**
- **Νευρολογική εξέταση**, που αποσκοπεί στη συστηματική εξέταση του νευρικού συστήματος με εξέταση των αντανακλαστικών (κτύπημα με το σφυράκι στο γόνατο) και των αντιδράσεων σε εξωτερικούς ερεθισμούς (τσίμπημα με βελόνα).

Για μια πρώτη εκτίμηση των νευρολόγων για πιθανές βλάβες στο ΚΝΣ και για την ύπαρξη αντίστοιχων συμπτωμάτων, υπάρχουν τεστ και δοκιμασίες που μας υποδεικνύουν κάποια σημεία:

- Το σημείο **Romberg** είναι ένα τεστ για την αταξία (έλλειψη συντονισμού ή αδεξιότητα στην κίνηση), που εμποδίζει τον ασθενή να σταθεί όρθιος με τα πόδια ενωμένα και τα μάτια κλειστά.

Την αταξία οι νευρολόγοι αξιολογούν με το **Βηματισμό** (ο ασθενής περπατά κανονικά ή βαδίζει φέρνοντας την πτέρνα του ενός ποδιού στο μεγάλο δάκτυλο του άλλου) και το **Συντονισμό** (ζητείται από τον ασθενή να αγγίξει με το δάκτυλο του χεριού τη μύτη του). Ανιχνεύεται επίσης και ιδιοπαθής τρόμος (τρέμουλο κατά την εκτέλεση λεπτών μηχανικών κινήσεων). Για την αταξία και την παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία είναι το τεστ **Πτέρνας - Αντικνημίου** (ζητείται από τον ασθενή να φέρει μια μπάλα από την πτέρνα, πάνω στο γόνατο του άλλου ποδιού και μετά να την προχωρήσει στο αντικνήμιο)

- Το σημείο **Lhermitte** (αίσθημα σαν να περνά ρεύμα κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης κατά την κάμψη της κεφαλής) παρατηρείται συνήθως, όταν υπάρχει απομυελίνωση Αυχενικής μοίρας Σπονδυλικής Στήλης.
- Το σημείο **Babinsky** δείχνει την επίδραση της νόσου στους κινητικούς νευρώνες του πυραμιδικού συστήματος. Το τεστ περιλαμβάνει το άγγιγμα με αιχμηρό αντικείμενο κατά μήκος του πέλματος, οπότε στους ασθενείς επικρατεί το εκτατικό πρότυπο, δηλαδή το μεγάλο δάκτυλο του ποδιού κινείται προς τα πάνω.
- Το σημείο **Hoffman** ερευνά νευρολογικά προβλήματα στο φλοιονωτιαίο σύστημα και εστιάζεται στην περιοχή του χεριού. Το τεστ περιλαμβάνει τρύπημα με κάτι αιχμηρό στο τρίτο ή τέταρτο δάκτυλο και μια θετική ανταπόκριση στο σημείο Hoffman είναι η κάμψη της τελευταίας φάλαγγας του αντίχειρα.
- Με το σημείο **Chaddock** οι νευρολόγοι ερευνούν για βλάβες στο φλοιονωτιαίο σύστημα αγγίζοντας το δέρμα στην εξωτερική πλευρά του αστραγάλου και θετική αντίδραση στο σημείο είναι το εκτατικό πρότυπο του μεγάλου δακτύλου του ποδιού.

- **Εξετάσεις προκλητών δυναμικών** (όρασης, ακοής, σωματοαισθητικά και κινητικά) τα προκλητά δυναμικά (VEP) φανερώνουν μια παθολογική αγωγιμότητα στο εξεταζόμενο αισθητηριακό σύστημα και βοηθούν στον καθορισμό της ατομικής διασποράς της νόσου, καθώς μετρούν το χρόνο που χρειάζεται ο εγκέφαλος, για να δεχθεί και να απαντήσει σε ένα ερέθισμα. Στην περίπτωση που υπάρχουν απομυελινωτικές εστίες (ουλές ή πλάκες) στο ΚΝΣ παρατηρείται καθυστέρηση, και αυτό αποτελεί κριτήριο διάγνωσης της νόσου.
- **Οσφυϊκή παρακέντηση** δείχνει αν υπάρχουν αντισώματα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), δηλαδή κατά πόσο είναι αυξημένη η ενδογενής παραγωγή των ανοσοσφαιρινών (IgG) των παραγόμενων στον εγκέφαλο.  
Τα αποτελέσματα αυτής της εξέτασης μπορεί να αποτελούν ένδειξη της νόσου, αλλά δεν είναι καθοριστικά. Πάντως σε νόσο που έχει εδραιωθεί σε ποσοστό 60%, παρατηρείται αύξηση των γ-σφαιρινών στο ENY.
- **Μυελογράφημα**, είναι μια ακτινογραφία του νωτιαίου μυελού με έγχυση χρωματισμένου υγρού στη σπονδυλική στήλη.
- **Μαγνητική τομογραφία (MRI: Magnetic Resonance Imaging)** στην οποία απεικονίζονται οι προσβεβλημένες από τη νόσο περιοχές και, σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα ιστορικού του ασθενούς και την κλινική εξέταση, μπορεί να αποτελέσει ένδειξη διάγνωσης. (Τσουνής, Σ. 1999)  
Για τον τερματισμό της διαγνωστικής ασάφειας και αυθαιρεσίας έχουν προταθεί **διαγνωστικά κριτήρια**. Από το 2001 καθιερώθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια της επιτροπής υπό τον Jan McDonald, τα οποία αναθεωρήθηκαν μερικώς από τη διεθνή επιτροπή για τη ΣκΠ. (Polman, et al. 2005)

### Πίνακας 3

Τα αναθεωρημένα διαγνωστικά κριτήρια McDonald του 2005

Κλινική εικόνα	Πρόσθετα απαιτούμενα στοιχεία για τη διάγνωση της ΣκΠ
≥ 2 υποτροπές, αντικειμενική κλινική ένδειξη ≥ 2 βλαβών	Ουδέν
≥ 2 υποτροπές, αντικειμενική κλινική ένδειξη 1 βλάβης	Διασπορά στο χώρο, όπως φαίνεται στην MRI ή ≥ 2 βλάβες στην MRI συμβατές με ΣκΠ και (+) ENY, ή αναμονή επόμενης υποτροπής με διαφορετική εντόπιση.
1 υποτροπή, αντικειμενική κλινική ένδειξη ≥ 2 βλαβών	Διασπορά στο χρόνο, όπως φαίνεται στην MRI ή δεύτερη κλινική υποτροπή.

Κλινική εικόνα	Πρόσθετα απαιτούμενα στοιχεία για τη διάγνωση της ΣΚΠ
1 υποτροπή, αντικειμενική κλινική ένδειξη 1 βλάβης . (μονοσυμπτωματική έναρξη: κλινικά μεμονωμένο σύνδρομο)	Διασπορά στο χώρο, όπως φαίνεται στην MRI ή $\geq 2$ βλάβες στην MRI συμβατές με ΣκΠ και (+) ENY, και διασπορά στο χρόνο, όπως φαίνεται στην MRI ή δεύτερη κλινική υποτροπή.
Υποξεία νευρολογική εξελικτική πορεία που συνηγορεί για ΣκΠ.	Προϊούσα πορεία νόσου για 1 έτος (αναδρομικώς είτε προοπτικώς καθοριζόμενη) και δύο από τα ακόλουθα: (+) MRI εγκεφάλου (9 T2 βλάβες είτε $\geq -4$ βλάβες με παθολογικά VEP) (+) MRI N.M. (2 εστιακές T2 βλάβες) (+) ENY παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών ανιχνεύσιμων με ισοηλεκτρική εστίαση, ή αυξημένου IgG Index.

Η διάγνωση επομένως βασίζεται στην τεκμηρίωση της ύπαρξης χαρακτηριστικών βλαβών σε διαφορετικά σημεία του ΚΝΣ μέσω του ιστορικού (έναρξη σε νεαρή ηλικία, χαρακτηριστικό ιστορικό εξάρσεων και υφέσεων), της νευρολογικής εξέτασης (πολυεστιακή σημειολογία) και της εργαστηριακής διερεύνησης (MRI, ανάλυση E.N.Y. και VEP).

## 2. Πορεία της νόσου:

Η κλινική πορεία της ΣκΠ ποικίλλει και είναι απρόβλεπτη. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις η ΣκΠ παραμένει κλινικά σιωπηλή καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου ή καταλείπει ελάχιστο βαθμό αναπηρίας μετά την πάροδο πολλών ετών (10-20% των ασθενών). Αντίθετα, σε κάποιες περιπτώσεις η ΣκΠ είναι τόσο ταχέως εξελισσόμενη, ώστε ο ασθενής καταλήγει μέσα σε λίγους μήνες από την έναρξη της νόσου. Οι υπόλοιποι ασθενείς βρίσκονται ανάμεσα σε αυτές τις δύο κατηγορίες.

Όσον αφορά στην ηλικία έναρξης, η νόσος ξεκινά συνήθως την τρίτη ή τέταρτη δεκαετία (σε μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 10ή 16 ετών και μετά την ηλικία των 50 ετών).

Την πορεία - έξαρση της νόσου επηρεάζουν ψυχολογικοί παράγοντες και stress, καθώς και λοιμώξεις (αναπνευστικές, γαστρεντερικές, γεγονός που απομακρύνει το συσχετισμό των εμβολιασμών σαν αιτία αύξησης της ενεργότητας της νόσου).

Με δεδομένο ότι η ΣκΠ εμφανίζεται σε διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες και η έξαρσή της παρατηρείται στη νεαρή αναπαραγωγική ηλικία, είναι φυσικό να τίθεται το ερώτημα κατά πόσο επιδρά η εγκυμοσύνη στην εμφάνιση των υποτροπών. Μελέτη εμπειριστατωμένη που

διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Δεδομένων για τη ΣκΠ έδειξε ότι ο μέσος όρος υποτροπών πέφτει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και εν συνεχεία στη λοχεία, υπάρχει αύξηση των υποτροπών, η οποία επανέρχεται και πάλι στην κατάσταση που ήταν πριν από την εγκυμοσύνη. Η μείωση των υποτροπών φαίνεται να σχετίζεται με την έκκριση συγκεκριμένων ουσιών που παράγονται από το έμβryo και το νευρικό πλάκουντα, για να αποτρέψουν την αποβολή του εμβρύου, οι οποίες επιδρούν στο ανοσολογικό σύστημα και ελαττώνουν την ανοσολογική απάντηση της μητέρας με αποτέλεσμα την ελάττωση των υποτροπών της νόσου. (Πιπερίδου, 1999, Παντελιάδης, 2002)

Η έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες αποτελεί επίσης συχνά αιτία επιδείνωσης της συμπτωματολογίας στους περισσότερους ασθενείς. Ο καπνός και το αλκοόλ αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες, ενώ το είδος διατροφής δεν αποτελεί αποδεδειγμένα επιβαρυντικό ή προστατευτικό παράγοντα, πάντως δίαιτα πτωχή σε λιπαρά είναι καλό να ακολουθείται (μεσογειακή διατροφή). (Μπαλογιάννης, 2004)

### 3. Πρόγνωση

Απόλυτα αξιόπιστη πρόγνωση δεν υπάρχει. Εκτιμάται ότι χωρίς θεραπεία περίπου το 50% των ασθενών θα χρειαστούν υποβοήθηση στη βάδιση μέσα σε 10 χρόνια από την έναρξη της νόσου.

Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή, όταν υπάρχει πλήρης αποκατάσταση από κάθε επεισόδιο και όταν τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι αισθητικά ή αφορούν την όραση. Το μοντέλο αυτό συναντάται κυρίως σε νέες γυναίκες. Αντιθέτως, όταν υπάρχει κινητική συμμετοχή ή όταν προσβάλλεται η συνέργεια και η ισορροπία, η πρόγνωση είναι φτωχή. Επίσης φτωχή είναι η πρόγνωση της νόσου, όταν εμφανίζεται σε άνδρες μεγάλης ηλικίας. Συχνές και παρατεταμένες ώσεις με ατελή αποκατάσταση κατά την έναρξη, καθώς και σύντομο διάλειμμα μεταξύ του πρώτου επεισοδίου και της επόμενης υποτροπής, αποτελούν αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες. Ωστόσο ο βασικός παράγοντας που καθορίζει την αναπηρία είναι η έναρξη της προοδευτικής φάσης της νόσου.

Γενικώς, θεωρείται ότι οι ασθενείς οι οποίοι 5 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου δεν παρουσιάζουν σημαντική κινητική ή παρεγκεφαλιδική διαταραχή (παρετικά στοιχεία, αταξία, τρόμο), έχουν πολύ μικρή πιθανότητα την επόμενη 15/ετία να παρουσιάσουν σημαντικό βαθμού αναπηρία. (Αγγελάκης, 2011)

Το προσδόκιμο επιβίωσης των πασχόντων έχει αυξηθεί (25-40 έτη από την έναρξη), χάρη στα αποτελεσματικότερα σχήματα θεραπείας, την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Φαίνεται ότι η ΣκΠ επηρεάζει λιγότερο τη διάρκεια της ζωής και περισσότερο την ποιότητά της, αφού η χρονιότητα της νόσου οδηγεί το 70% των πασχόντων εκτός εργασίας εξαιτίας διαταραχών της μνήμης κυρίως, σπαστικής παραπάρεσης, φτωχού προσανατολισμού και δυσλειτουργίας του σφιγκτήρος.

Γενικά και στην Ελλάδα η θνησιμότητα από τη νόσο καθεαυτή είναι μικρή.

## **Μορφές - Συμπτώματα**

Η κλινική παρακολούθηση της πορείας της ΣκΠ οδήγησε στην ομαδοποίηση των πασχόντων και την περιγραφή διακριτών τύπων της νόσου, πράγμα που παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

### **1. Μορφές**

#### **α. Με εξάρσεις και υφέσεις ή υποτροπιάζουσα - διαλείπουσα (Relapsing Remitting, RRMS)**

Τυπικά εμφανίζεται στη δεύτερη ή τρίτη δεκαετία της ζωής και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες σε αναλογία 2:1 σε σχέση με τους άνδρες. Χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εκδήλωση νευρολογικών συμπτωμάτων (εξάρσεις) που ακολουθείται από ποικίλου βαθμού βελτίωση ή από υπολειπόμενη ανεπάρκεια στην ανάνηψη. Το χρονικό διάστημα από την εμφάνιση της συμπτωματολογίας μέχρι την αποδρομή της ονομάζεται «ώση» της νόσου, έχει διάρκεια, συνήθως, λίγες ημέρες και ακολουθείται από, απρόβλεπτης επίσης διάρκειας, διάστημα ύφεσης, το οποίο λήγει με την εμφάνιση μιας άλλης ώσης.

Το 85% των ασθενών εμφανίζει αυτή τη μορφή της ΣκΠ.

#### **β. Δευτεροπαθώς προϊούσα (Secondary Progressive, SPMS)**

Ένα σημαντικό ποσοστό (50% μετά από 10 χρόνια νόσησης, 70% μετά από 20 χρόνια και 90% μέσα σε 25 έτη) των ασθενών με RR μορφή σταματά να εμφανίζει ώσεις και αναπτύσσει μια δευτεροπαθή νευροεκφυλιστική διαταραχή του ΚΝΣ με ή χωρίς περιόδους εξάρσεων και υφέσεων.

#### **γ. Πρωτοπαθώς προϊούσα (Primary Progressive, PPMS)**

Στο 10-20% των ασθενών, συχνότερα μεγαλύτερης ηλικίας, η ΣκΠ παρουσιάζεται εξαρχής προϊούσα, με προοδευτική ανικανότητα, χωρίς ή προσωρινές επιπεδώσεις και υφέσεις.

#### **δ. Προϊούσα με εξάρσεις ή Υποτροπιάζουσα (Progressive Relapsing, PRMS)**

Το 5% μόνο των ασθενών παρουσιάζει φθίνουσα πορεία εξαρχής, στην οποία προστίθενται οξείες υποτροπές με ή χωρίς επάνοδο στην προηγούμενη του επεισοδίου κατάσταση. (Ωρολογάς, 2005)

### **2. Συμπτώματα - εκφράσεις της νόσου**

Η συμπτωματολογία της ΣκΠ είναι μεγάλη, με τυπικά συχνά αλλά και άτυπα σπάνια σημεία. Η ευρύτητα των συμπτωμάτων αποτελεί την κλινική έκφραση των βλαβών που βρίσκονται διάσπαρτες στο ΚΝΣ (διάσπαρτες στο χώρο). Από τις συνηθέστερες αρχικές κλινικές εκδηλώσεις είναι το **αίσθημα της κόπωσης**, το οποίο δημιουργεί σοβαρά λειτουργικά προβλήματα με αρνητικό αντίκτυπο στις καθημερινές δραστηριότητες και στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Και όμως σπάνια αναφέρεται στη βιβλιογραφία, σπάνια διερευνάται από το θεράποντα ιατρό, και αναφέρεται από τους ασθενείς, που και όταν το αναφέρουν, υποβαθμίζεται από το οικογενειακό και εργασιακό τους περιβάλλον, καθώς και από το προσωπικό υγείας. Οι ασθενείς με ΣκΠ αναφέρουν σε ποσοστό 76-92% ότι βιώνουν κόπωση, η οποία επιδεινώνεται με την αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος ή του περιβάλλοντος, ενώ αντίθετα βελτιώνεται σε χαμηλές θερμοκρασίες. Κατά τη διάρκεια

της ημέρας είναι ελάχιστη κατά την πρωινή έγερση και παραμένει σε αυτά τα επίπεδα για λίγες ώρες, με την πάροδο όμως των ωρών επιδεινώνεται και μεγιστοποιείται το απόγευμα προς το βράδυ.

Εν συνδυασμό προς το αίσθημα κόπωσης πολλοί ασθενείς αναφέρουν **διαταραχές του ύπνου** είτε με τη μορφή υπνηλίας είτε με τη μορφή της μεταβολής του βιολογικού ρολογιού του ύπνου και της εγρήγορσης.

Οι συνηθέστερες διαταραχές στη ΣκΠ μπορεί να είναι:

- **Αισθητηριακές** προερχόμενες από τα κρανιακά νεύρα. Αυτές εκδηλώνονται με μειωμένη **οπτική οξύτητα** (θάμβος, διπλωπία, φωτοφοβία, νυσταγμός, άλγος πίσω και γύρω από το βολβό με τις κινήσεις των οφθαλμών, πλήρης αμαύρωση), **διαταραχές της ακουστικής αντίληψης και ισορροπίας** (ίλιγγος, αστάθεια, τάση προς πτώση), **διαταραχές της γεύσης και οσφρητικές διαταραχές, νευραλγία του τριδύμου, πάρεση του προσωπικού νεύρου, κεφαλαλγίες και ημικρανίες.**
- **Αισθητικές διαταραχές: παραισθήσεις και δυσαισθησίες** που εκδηλώνονται με μορφή «μουδιάσματος», «τσιμπίματος», «βελονιάσματος» ή «μυρμηγκιάσματος» ή ως αίσθηση ψύχους, βάρους και καύσου που εντοπίζονται αρχικά στις ράγες των δακτύλων, παραμένουν ή εξαπλώνονται, η αίσθηση της διέλευσης ηλεκτρικού ρεύματος από τον κορμό και τα άκρα (σημείο Lhermitte) και ο πόνος, οξύς ή χρόνιος.
- **Κινητικές διαταραχές**, που οφείλονται σε προσβολή κεντρικού κινητικού νευρώνα, περιλαμβάνουν **τη μυϊκή αδυναμία** συνήθως των κάτω άκρων, **μυϊκές ατροφίες, υπέρτονια, σπαστικοαταξικό βάδισμα, τρόμος** (που εμποδίζει τους ασθενείς να γράψουν, να σιτιστούν μόνοι τους και να φροντίσουν την ατομική τους υγιεινή, ενώ σε προχωρημένη φάση της νόσου εκδηλώνεται με χαρακτηριστική σκοντάπτουσα κολλώδη ομιλία – δυσαρθρία), **δυσκαμψία ή σπαστικότητα**. Για την εκτίμηση του βαθμού αναπηρίας χρησιμοποιείται σήμερα η βελτιωμένη Κλίμακα Κατάστασης Αναπηρίας (Expanded Disability Status Scale, EDSS του Kurtzke (Πίνακας 4).
- **Διαταραχές από το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα (ΑΝΣ)** Αυτές είναι **κυστικές, διαταραχές της λειτουργίας εντέρου και μη σφυκτηριακές διαταραχές** (που εκδηλώνονται με δυσκοιλιότητα και οιδήματα των κάτω άκρων)

Συνηθέστερα οι διαταραχές από το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα εκδηλώνονται με **σεξουαλικές δυσλειτουργίες** στο 75-91% των πασχόντων ανδρών και 50-77% των γυναικών με ΣκΠ.

Στους άνδρες εμφανίζονται μειωμένη ευαισθησία των γεννητικών οργάνων, αργή ή μειωμένη δυνατότητα εκσπερμάτισης και ανικανότητα ή διατήρηση στύσης. Στις γυναίκες εμφανίζονται μειωμένη αίσθηση διέγερσης, μειωμένη ικανοποίηση οργασμού, μειωμένη λίπανση κόλπου και αίσθημα δυσaréσκειας.

## Πίνακας 4

### Βελτιωμένη κλίμακα της κατάστασης αναπηρίας (EDSS)

<b>0,0</b> Φυσιολογική νευρολογική εξέταση	<b>5,5</b> Περιπατητικός χωρίς βοήθεια για 100 μέτρα, αναπηρία σοβαρή, ώστε να αποκλείει την ολόημερη δραστηριότητα.
<b>1,0</b> Χωρίς αναπηρία, ελάχιστα συμπτώματα.	<b>6,0</b> Περίπατος 100 μέτρων με ή χωρίς ανάπαυση, απαιτεί περιοδική βοήθεια ή συνεχή υποστήριξη μονόπλευρα (δεκανίκια).
<b>1,5</b> Χωρίς αναπηρία, ελάχιστα σημεία από περισσότερα του ενός λειτουργικά συστήματα.	<b>6,5</b> Περίπατος 20 μέτρων χωρίς ανάπαυση, απαιτεί συνεχή υποστήριξη αμφοτερόπλευρα.
<b>2,0</b> Ελαφρώς αυξημένη αναπηρία σε ένα λειτουργικό σύστημα.	<b>7,0</b> Ανικανότητα βάδισης πέραν των 5 μέτρων ακόμη και με βοήθεια, περιορισμός σε αναπηρική πολυθρόνα με ικανότητα χειρισμού της χωρίς βοήθεια, εκτός κλίνης (στην πολυθρόνα) για 12 ώρες.
<b>2,5</b> Ελαφρώς αυξημένη αναπηρία σε δύο λειτουργικά συστήματα.	<b>7,5</b> Πλήρης σχεδόν αδυναμία βάδισης, περιορισμός σε αναπηρική πολυθρόνα με μειωμένη ικανότητα χειρισμού της, πιθανώς απαιτείται αυτοκινούμενη πολυθρόνα.
<b>3,0</b> Μέτρια αναπηρία σε ένα λειτουργικό σύστημα, πλήρως περιπατητικός.	<b>8,0</b> Περιορισμός σε κλίνη ή πολυθρόνα, εκτός κλίνης (σε πολυθρόνα) για αρκετό διάστημα της ημέρας, διατήρηση σχετικής ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης, αποτελεσματική χρήση χεριών.
<b>3,5</b> Πλήρως περιπατητικός, αλλά με μέτρια αναπηρία σε ένα σύστημα και περισσότερο από ελαφρά αναπηρία σε αρκετά άλλα.	<b>8,5</b> Περιορισμός σε κλίνη για αρκετό διάστημα της ημέρας, ελάχιστη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και χρήσης χεριών.
<b>4,0</b> Πλήρως περιπατητικός χωρίς βοήθεια, αυτό-εξυπηρετούμενος, εκτός κλίνης για 12 ώρες την ημέρα, παρά τη σχετικώς σοβαρή αναπηρία, ικανότητα περιπάτου χωρίς βοήθεια ή ανάπαυση για 500 μέτρα.	<b>9,0</b> Πλήρης περιορισμός σε κλίνη, ικανότητα επικοινωνίας και λήψης τροφής.
<b>4,5</b> Πλήρως περιπατητικός χωρίς βοήθεια, εκτός κλίνης για αρκετό διάστημα της ημέρας, ικανότητα εργασίας ή ελαφρώς περιορισμός της πλήρους δραστηριότητας, σχετικώς σοβαρή αναπηρία, ικανότητα περιπάτου χωρίς βοήθεια για 300 μέτρα.	<b>9,5</b> Πλήρης περιορισμός σε κλίνη, αδυναμία αποτελεσματικής επικοινωνίας και απώλεια ικανότητας λήψης τροφής και κατάποσης.
<b>5,0</b> Περιπατητικός χωρίς βοήθεια για 200 μέτρα, αναπηρία σοβαρή, ώστε να επηρεάζει αρκετά την ημερήσια δραστηριότητα.	<b>10</b> Θάνατος εξαιτίας της ΣκΠ.

Ο ασθενής βαθμολογείται κατά λειτουργικό σύστημα και του αποδίδεται στο τέλος της εξέτασης όλων των συστημάτων ένας βαθμός αναπηρίας από 0-10.

(Kurtzke, 1983)



Οι δυσλειτουργίες αυτές εμφανίζονται, όταν οι απομυελινωτικές βλάβες εντοπίζονται στα μυελικά κέντρα που εποπτεύουν τη σεξουαλική λειτουργία ή στα ανώτερα νευρικά κέντρα που οργανώνουν τη συγκέντρωση των εξωτερικών και ψυχογενών ερεθισμάτων, τα οποία καθορίζουν τη σεξουαλική ανταπόκριση. Συχνά όμως οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες αναπτύσσονται ταυτόχρονα με την προσβολή των αισθητηρίων οργάνων και των κυστικών και εντερικών λειτουργιών και λιγότερο με την εμφάνιση κινητικών προβλημάτων. Αντίθετα, η ηλικία, η κλινική κατάσταση και η διάρκεια της ασθένειας φαίνεται ότι δεν επηρεάζουν τόσο πολύ. Άλλα συμπτώματα της ΣκΠ, όπως η κόπωση, οι αισθητηριακές διαταραχές, οι δυσκολίες συγκέντρωσης μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλική δραστηριότητα. Ακόμη αλλαγές της φυσικής κατάστασης ή καταστάσεις εξάρτησης, καθώς και η κατάθλιψη παρεμβαίνουν αρνητικά στη διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού του ασθενή και στη αποδοχή του από τον/τη σύντροφο.

Μπροστά σε μια σεξουαλική δυσλειτουργία θα πρέπει πρώτα να αποκλειστεί η ορμονική ανεπάρκεια (υπογοναδισμός, υπερπρολακτιναίμια) ή μία δυσλειτουργία του αγγειακού συστήματος. Επίσης είναι αναγκαίο να διερευνηθούν οι επιπτώσεις που έχουν ορισμένα φάρμακα για τη ΣκΠ. Έτσι το Baclofen μπορεί να μειώσει την ερωτική επιθυμία, η βενζοδιαζεπίνη μπορεί να επηρεάσει την εκπερμάτιση, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τη στύση και την ύγρανση του κόλπου. Χρειάζεται λοιπόν να γίνει διάκριση της προέλευσης της δυσλειτουργίας, εάν πρόκειται για ψυχογενή ή οργανική δυσλειτουργία (Inglese, 2000)

- **Νοητικές ή γνωσιακές διαταραχές:**

Παρατηρούνται σε υψηλή συχνότητα στους πάσχοντες από ΣκΠ με τη μορφή εξάρσεων και υφέσεων ή της χρόνιας προϊούσας. Στα αρχικά στάδια οι νοητικές διαταραχές δεν είναι εμφανείς. Όσον όμως επεκτείνονται οι απομυελινωτικές πλάκες σε υποφλοιώδεις περιοχές των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, τόσο και περισσότερο διαταράσσονται οι νοητικές λειτουργίες, ώστε νεότερες μελέτες ανεβάζουν το ποσοστό πασχόντων με νοητικές διαταραχές σε 45-72%. (Μπαλογιάννης, 2004)

Συνήθεις γνωσιακές διαταραχές αφορούν την **πρόσφατη μνήμη**, η οποία εξαρτάται από την προσοχή και τη συγκέντρωση, τη **βραχυπρόθεσμη μνήμη**, η οποία αφορά την ανάκληση πληροφοριών που αποκτήθηκαν τα τελευταία λεπτά, ώρες ή μέρες και την **εργαζόμενη μνήμη** (αναφέρεται στην εκτέλεση ταυτόχρονα δύο λειτουργιών, την παράλληλη επεξεργασία και οργάνωση πληροφοριών, την εκούσια διανομή της προσοχής, το μοίρασμα του χρόνου και τη χρήση κατάλληλων στρατηγικών), επίσης αφορούν την **προσοχή**, την αδυναμία και δυσκολία στην ταχύτητα καταγραφής πληροφοριών, τη δυσκολία στις εκτελεστικές λειτουργίες, τη δυσκολία στην οπτικοχωρική αντίληψη. (Τσολάκη, 1999, 2002)

Η **λεκτική ικανότητα** δεν επηρεάζεται κατά τα αρχικά στάδια της νόσου, κατά την πορεία όμως διαπιστώνεται δυσχέρεια γρήγορης ανεύρεσης των κατάλληλων κάθε φορά λέξεων (ποσοστό 20-42%), γεγονός που δίνει την εντύπωση ενδεχομένως της σταδιακής φτώχειας του λόγου (αφασική διαταραχή).

Σε προχωρημένα στάδια είναι δυνατόν να εγκατασταθεί **υποφλοιώδης άνοια** (Αγγελάκης, 2011), που πάντως είναι σπάνια, ενώ συχνότερα είναι μέτριου βαθμού και δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

Γενικά οι μελέτες δεν καταδεικνύουν συσχέτιση των νοητικών διαταραχών με τη διάρκεια της νόσου, τη φυσική ανικανότητα και την πορεία της, αν και αναφέρεται ότι συχνότερες είναι στη χρονίως προϊούσα μορφή από ό,τι στην υποτροπιάζουσα μορφή, και στην τελευταία, όταν μεταπίπτει στη δευτεροπαθώς προϊούσα. (Κουτσοράκη και Μπαλογιάννης, 2012)

- **Ψυχικές διαταραχές** (κυρίως του συναισθήματος)

Ο Charcot ήταν από τους πρώτους μελετητές που είχε επιστήσει την προσοχή του στις συναισθηματικές διαταραχές των ασθενών με ΣκΠ. Μεταγενέστερα πολλοί ερευνητές αναφέρθηκαν στην ψυχοπαθολογία της νόσου και συγκλίνουν στο ότι η **κατάθλιψη** είναι η συνηθέστερη διαταραχή (15-65%)

**Μέτρια καταθλιπτική διαταραχή** έως **μείζονα κατάθλιψη** εμφανίζουν νέα άτομα που οδηγούνται σε σταδιακή κινητική αναπηρία. Έτσι το ερώτημα που τίθεται είναι, κατά πόσο η κατάθλιψη είναι αντιδραστική ή έχει οργανική βάση ως σύμπτωμα της νόσου, δεδομένου ότι η μελέτη μαγνητικών τομογραφιών κατέδειξε ότι μεγαλύτερης συχνότητας κατάθλιψη απαντάται σε ασθενείς με απομυελινωτικές εστίες στον κροταφικό λοβό, ένα τμήμα του εγκεφάλου που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το συναίσθημα. Η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΣκΠ εκδηλώνεται με θυμό, ευερεθιστότητα, τρομερή ανησυχία, αδυναμία χαλιναγώγησης των αντιδράσεών τους.

Εδώ βέβαια πρέπει να διαχωριστεί η κατάθλιψη που μπορεί να προκληθεί από φάρμακα για τη ΣκΠ (Betaferon, Interferoni) ή που σχετίζεται με κληρονομικότητα ή άλλη ιατρική κατάσταση (υποθυρεοειδισμός). Έξαρση κατάθλιψης αποδείχθηκε πιο συχνή μετά την εμφάνιση ώσης. Πάντως η σχέση κατάθλιψης και ΣκΠ αποτελεί ένα μεγάλο ερώτημα: είναι η κατάθλιψη μια αντιδραστική κατάσταση σε μία χρόνια νόσο ή ένα ακόμη σύμπτωμα της νόσου; Υπάρχει βιολογική σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις υποτροπές της νόσου; Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της πορείας της νόσου; Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με ανοσολογικές διεργασίες, χωρίς όμως να έχει γίνει γνωστό ακόμη με βεβαιότητα, αν αυτές είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της κατάθλιψης, πιθανώς να υπάρχει πιθανή βιολογική σχέση μεταξύ ΣΚΠ και κατάθλιψης. (Κουτσοράκη, κ.συν., 2004) Ο ρόλος του **stress** έχει μελετηθεί στον κίνδυνο υποτροπής της ΣκΠ. Η διάγνωση της νόσου, τα συμπτώματα, το στάδιο βαρύτητας, ο βαθμός σωματικής αναπηρίας, ο αντίκτυπος των θεραπευτικών προγραμμάτων στη συναισθηματική κατάσταση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς αποτελούν τις κυριότερες ψυχοπιεστικές άκανθες που συμβάλλουν στο stress (Ιακωβίδης, 2011) και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα.

Ως αγωνία που προκαλείται από φόβο για επικείμενο κίνδυνο ή δυστυχία ή ατυχία, ορίζεται το **άγχος**, που εκδηλώνεται στους ασθενείς με ΣκΠ με ένταση των μυών, τρέμουλο, στομαχικές διαταραχές, νευρικά τικ, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία και συνυπάρχει πολλές φορές με την κατάθλιψη.

Η **ευφορία** είναι μια κατάσταση παρατεταμένης και ανατιολόγητης ευθυμίας εντυπωσιακή, αν ληφθεί υπόψη η συνήθως σημαντική σωματική αναπηρία των προσβεβλημένων ασθενών (13-26%)

Συνήθη επίσης φαινόμενα είναι:

**η ευερεθιστότητα, η συναισθηματική αστάθεια** (χαρακτηρίζεται από ευρείες μεταστροφές μεταξύ χαράς και θλίψης), **αισθήματα αυτομομφής** (οι ασθενείς με οικογενειακές ευθύνες θεωρούν τους εαυτούς τους, λόγω της ασθένειας, πρόξενους δεινών για τα μέλη της οικογένειάς των), **συναισθηματική ακράτεια** (απότομο ξέσπασμα γέλιου ή κλάματος), (Μπαλογιάννης, 2004) σπανιότερα **αυτοκτονικός ιδεασμός και απάθεια** («ανοσοαδιαφορία»)

Οι εκφράσεις – συμπτώματα της ΣκΠ φαίνονται στο παρακάτω πίνακα 5.

**Πίνακας 5**

Συμπτώματα	Είδη
Αίσθημα κόπωσης Διαταραχές ύπνου	
Αισθητηριακά συμπτώματα:	Μειωμένη οπτική οξύτητα (θάμβος, διπλωπία, φωτοφοβία, νυσταγμός, άλγος του βολβού των οφθαλμών, αμαύρωση.  μειωμένη ακουστική αντίληψη, διαταραχή της ισορροπίας (ίλιγγος, αστάθεια) διαταραχές της γεύσης και όσφρησης  νευραλγία του τριδύμου., πάρεση του προσωπικού νεύρου, κεφαλαλγίες-ημικρανίες.
Αισθητικά συμπτώματα:	Παραισθησίες, δυσαισθησίες (μουδιάσματα, μυρμηγκιάσματα, αίσθηση βάρους, ψύχους, καύσου, σημείο Lhermitte)
Κινητικά συμπτώματα:	(μυϊκή αδυναμία, μυϊκές ατροφίες, υπερτονία, σπαστικο-αταξικό βάδισμα, τρόμος, δυσκαμψία, σπαστικότητα).
Συμπτώματα από το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα.	(κυστικές, εντερικές, σφυκτηριακές διαταραχές, σεξουαλικές δυσλειτουργίες)
Νοητικές ή γνωσιακές διαταραχές:	(αφορούν την πρόσφατη, βραχυπρόθεσμη και εργαζόμενη μνήμη, την προσοχή, τη λεκτική ικανότητα. Άνοια).
Ψυχικές διαταραχές	(κατάθλιψη, μέτρια έως μείζονα, stress, άγχος, ευφορία, ευερεθιστότητα, συναισθηματική αστάθεια, αισθήματα αυτομομφής, συναισθηματική ακράτεια, αυτοκτονικός ιδεασμός, απάθεια.

## Αντιμετώπιση - θεραπεία

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης της ΣκΠ μπορούν να ενταχθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες:

1. Φαρμακευτική
2. Μη φαρμακευτική
3. Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές θεραπείες.

### 1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Θεραπευτικά αντιμετωπίζονται μόνο μέτριες εξάρσεις και οξείες εξάρσεις-ώσεις- που απαιτούν νοσηλεία. Τυπικά μια οξεία έξαρση διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες, τείνει να επιδεινωθεί μέσα σε λίγες μέρες, κορυφώνεται σε λιγότερο από μία εβδομάδα και υποχωρεί κατόπιν. Οι οξείες εξάρσεις αντιμετωπίζονται με **γλυκοκορτικοειδή ή κορτικοτροπίνη (ACTH)** που έχουν ισχυρές αποιδηματικές αντιφλεγμονώδεις και ανοσοκατασταλτικές δράσεις σε ενδοφλέβιες δόσεις. Πάντως τα στεροειδή μπορούν να έχουν δραματικές παρενέργειες, γι' αυτό αντενδείκνυται απολύτως η παρατεταμένη και αλόγιστη χρήση των.

Η **πλασμαφαίρεση** εφαρμόζεται στις κεραυνοβόλους ή ταχέως εξελισσόμενες μορφές της ΣκΠ, οι οποίες δεν ελέγχονται με τη χορήγηση στεροειδών.

**Ιντερφερόνες – Β (IFN-β).** Αυτά τα φαρμακευτικά σκευάσματα (Avonex, Rebif 22, 44mcg, Betaferon, Extavia) έχουν εγκριθεί για την υποτροπιάζουσα – διαλείπουσα και τη δευτεροπαθώς προϊούσα μορφή, με συνοδές εξάρσεις της νόσου, με ικανοποιητικά αποτελέσματα και ήπιες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Η δράση τους είναι ανοσοτροποιοτική, όπως και της **Glatiramer acetate** (Copaxone), που έχει εγκριθεί για τη θεραπεία της υποτροπιάζουσας – διαλείπουσας μορφής της ΣκΠ, με ήπιες παρενέργειες. (Μπαλογιάννης, 2004) Ως θεραπεία δεύτερης επιλογής για την υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα ΣΚΠ προτείνεται η ενδοφλέβια χορήγηση **ανοσοσφαιρινών (I Vigs)** με όχι σοβαρές παρενέργειες.

Παράγοντες με ανοσοκατασταλτική δράση είναι: **Μιτοξανδρόνη, Αζαθειοπρίνη, Κυκλοφωσφαμίδη, Μεθοτρεξάτη και η Κυκλοσπορίνη.**

Επειδή η ΣκΠ είναι μια από τις πιο συχνές νευρολογικές παθήσεις, αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους ερευνητές. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν, διεθνώς, σε διάφορα στάδια κλινικών δοκιμών, φάρμακα ή μεταμοσχευτικές μέθοδοι, που, δρώντας σε διάφορες φάσεις της παθολογίας της ΣκΠ, θα αποτελέσουν τις μελλοντικές θεραπείες της ΣκΠ.

Αυτά τα φάρμακα είναι: **το Natalizumab, το Alemtuzumab, το Daclizumab, το IDEC-131, οι Αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης, Οιστριόλες, Στατίνες, Μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων.** (Ωρολογάς, 2005)

Στην τελευταία 5ετία έχουν εγκριθεί και κυκλοφορούν τέσσερα νέα φάρμακα: **Fingolimod** (Gilenya) που στοχεύει στην τροποποίηση ή καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και χορηγείται από του στόματος σε ασθενείς με σημαντικά ενεργή υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα ΣκΠ.,

παρά τη θεραπεία με ιντερφερόνη-β, ή σε ασθενείς με ταχέως προϊούσα σοβαρή υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα ΣκΠ.

**Dalfampridine** (Famprya) που ενδείκνυται για τη βελτίωση της βάδισης των ασθενών και χορηγείται από του στόματος, ενώ πρέπει να επισημανθεί, ότι δεν αντικαθιστά τις ήδη υπάρχουσες θεραπείες.

**Φουμαρικός διμεθυλεστέρας:** αποτελεί πρώτης γραμμής από του στόματος θεραπεία για την υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα ΣκΠ και έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τις υποτροπές και τις εστίες του εγκεφάλου, και καθυστερεί την εξέλιξη της αναπηρίας. Η δράση του είναι αντιφλεγμονώδης και αντιοξειδωτική.

**Τεριφλουνομίδη** (14mg) χορηγούμενη από του στόματος έχει ανοσοτροποποιητική και αντιφλεγμονώδη δράση και θετικά αποτελέσματα ως προς το ρυθμό υποτροπών, το χρόνο εξέλιξης της αναπηρίας, τη μείωση της δραστηριότητας της νόσου στον εγκέφαλο και της επιβάρυνσης του ασθενούς, βάσει των μαγνητικών τομογραφιών.

Από τις παραπάνω αναφερθείσες θεραπείες το μεγαλύτερο ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις προφυλακτικές θεραπείες μέσω ανοσοτροποποιητικών και ανοσοκατασταλτικών φαρμακευτικών αγωγών και σε εκείνες που στοχεύουν στην αποκατάσταση της απομυελινωτικής βλάβης.

(Zhang and Hutton, 2005)

Στην πορεία της ΣκΠ εγκαθίστανται χρόνια συμπτώματα στην αντιμετώπιση των οποίων αναφέρεται η **συμπτωματική θεραπεία** με στόχο και τη βελτίωση λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Εκτός από την κατάλληλη για κάθε σύμπτωμα αγωγή, δεδομένου ότι οριστικές λύσεις δεν υφίστανται, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συμφιλιωθούν με κάποιες καταστάσεις, να μάθουν να ζουν με τα συμπτώματα της νόσου και να μην αποκοπούν από το κοινωνικό εργασιακό τους περιβάλλον. Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται πολύπλευρη συνεργασία και άλλων ειδικοτήτων, πλην του νευρολόγου, όπως είναι ο ψυχίατρος, ο ουρολόγος, ο γυναικολόγος, ο σεξολόγος, ο ψυχολόγος, ο φυσικοθεραπευτής.

Στον πίνακα 6 δίνονται κατά σύμπτωμα της ΣκΠ στοιχεία της συμπτωματικής θεραπείας.

### Πίνακας 6

#### Συμπτωματική θεραπεία της ΣκΠ

Σύμπτωμα	Θεραπεία
Κόπωση	Ύπνος, μέτρια αεροβική γυμναστική, απλοποίηση δουλειάς, χρήση βοηθητικών συσκευών (ηλεκτρικά πατίνια). Φάρμακα: αμανταδίνη (Symmefrel), πεμολίνη (Cylert, Pemadd), μονταφιλίνη (Modiodal), φλουοξετίνη (Ladose, Sarafem, Rapiflux).

Οπτικές διαταραχές	Υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών ενδοφλεβίως Φάρμακα: κλοναζεπάμη (Rivotril), γκαμπαπεντίνη (Neurontin)
Αισθητικά προβλήματα. Πόνος αιμωδίες πρωτοπαθής πόνος οπισθοβολβικός πόνος	Δε χρειάζεται θεραπεία. Καρβαμαζεπίνη (Tegretol, Carbatrol, Eritel), γκαμπαπεντίνη (Neurontin), φαινοντοΐνη (Epanutin) μπακλοφένη (Lioresal, Miorel) Υψηλές δόσεις στεροειδών.
Σπαστικότητα	Μπακλοφένη (Lioresal, Miorel), τιζανίδη (Zanaflex), Διαζεπίνη (Valium)
Τρόμος	Ασκήσεις ισορροπίας/συντονισμού. Προπανόλη (Inderal), κλοναζεπάμη (Rivotril), (πριμιδόνη (Mysoline), ισονιαζίδη, βουσπιρόνη (Bespar), οντασετρόνη (Zofran)
Ίλιγγος	Μεκλιζίνη (Antivom, Dramamine), οντασετρόνη (Zofran), διαζεπάμη (Stedon)
Κυστική δυσλειτουργία	Αντιχολινηεργικοί παράγοντες: οξυμπουτίνη (Ditropan), θεική υοσκιαμίνη (Levsin, Levsinex), βρωμιούχος προπανθιλίνη, τορτεροδίνη (Detrol). Διαλείποντες καθετηριασμοί.
Εντερική δυσλειτουργία	Δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες, γυμναστική, φαρμακευτική αγωγή (ήπια καθαρτικά).
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Άνδρες: φαρμακευτική αγωγή από το στόμα: σιλντεναφίλη (Viagra), διουρηθρικό προϊόν (αλπροσταντίλη: Muse), ενέσιμο (αλπροσταντίλη: Prostin VR, Caverject, Edex), προσθετικές συσκευές. Γυναίκες: λιπαντικές ουσίες.
Γνωστικά συμπτώματα	Γνωστική αποκατάσταση (άμεσες επανεκπαιδευτικές ασκήσεις – εργασιοθεραπεία) Φάρμακα: υδροχλωρική δονεπεζύλη (Aricept).
Ψυχικές διαταραχές Κατάθλιψη	Αντικαταθλιπτικά, ψυχολογική υποστήριξη και σωματική άσκηση. Λίθιο, καρβαμαζεπίνη.

( Ωρολογάς, 2005)

## 2. Μη φαρμακευτική θεραπευτική αντιμετώπιση της ΣΚΠ.

- **Φυσική αποκατάσταση (Φυσικοθεραπεία).**

Σκοπός των παρεμβάσεων της φυσικής αποκατάστασης είναι να μειώσει τις συνέπειες της νόσου στη λειτουργικότητα του ατόμου, στις προσωπικές του δραστηριότητες και στη συμμετοχή του στην κοινωνία. Πρέπει να γίνεται σε ειδικά κέντρα από διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από φυσίατρο, νευρολόγο, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, ουρολόγο, γυναικολόγο και ειδική νοσηλεύτρια. Αν και οι παρεμβάσεις αποκατάστασης δεν μπορούν να αναστρέψουν το νευρολογικό έλλειμμα που προκαλεί η ΣκΠ, μπορούν να μειώσουν την ανικανότητα με ελαχιστοποίηση της επίδρασης των διαταραχών στην καθημερινή λειτουργικότητα και με ενδυνάμωση της ικανότητας του ατόμου να διεκπεραιώνει τις καθημερινές δραστηριότητές του και να συμμετέχει πληρέστερα στο ρόλο του μέσα στη ζωή.

- **Ψυχοκοινωνική υποστήριξη.**

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποβλέπει στην εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο, δηλαδή βοηθά στην κατανόησή της, στην προσαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης και στη διάθεση πηγών πληροφόρησης σχετικά με αυτήν. Επίσης βοηθά στη διάγνωση και θεραπεία συναισθηματικών και γνωστικών διαταραχών, παρεμβαίνει στην οικογένεια για καλύτερη διαχείριση της εισβολής της νόσου στο οικογενειακό περιβάλλον και υποστηρίζει τις προσπάθειες των ασθενών να μείνουν κοινωνικά παραγωγικοί ενημερώνοντάς τους σχετικά με τα εργασιακά και προνοιακά δικαιώματά των, έτσι, ώστε να απολαμβάνουν μια ποιοτική ζωή (Πήτα και Κιοσέογλου, 2002)

- **Παρακολούθηση των ασθενών.**

Η πρόοδος της νόσου και η πορεία της παρεχόμενης θεραπείας πρέπει να παρακολουθείται από ειδικό εξωτερικό ιατρείο ή εξειδικευμένη ομάδα Νευρολογικής Κλινικής. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει ιστορικό και νευρολογική εξέταση μια φορά το χρόνο ή σε ενεργούς ασθενείς κάθε τρεις μήνες, και μαγνητική τομογραφία, όταν είναι απαραίτητο. Σε εθνικό επίπεδο συλλέγονται και αποθηκεύονται σε αρχείο, δεδομένα (ιατρικά ιστορικά, δημογραφικά δεδομένα, υπόβαθρο ΣκΠ, νευρολογική κατάσταση με τα υπάρχοντα συμπτώματα, βαθμολογίες αναπηρίας, ανοσολογική θεραπεία με τα αποτελέσματά της). Στους ασθενείς συνιστάται να εγγραφούν στις τοπικές Εταιρίες ή Συλλόγους ΣκΠ και να επικοινωνούν μεταξύ τους. (Ωρολογάς, 2005)

## 3. Συμπληρωματικές – Εναλλακτικές θεραπείες (Σ.Ε.Θ.)

Μια μορφή ΣΕΘ είναι η **διατροφή** με πολυακόρεστα λιπαρά (ωμέγα -3 και 6) που, ίσως, έχει ευεργετική δράση στην εξέλιξη της νόσου. Πάντως η προτεινόμενη διαίτα δεν μπορεί να υποκαταστήσει τις εγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές για τη ΣκΠ. Γενικά διαίτα φτωχή σε ζωικά λίπη και πλούσια σε φυτικά έλαια, δημητριακά και οσπριοειδή (μεσογειακή διαίτα) ενδείκνυται και για τους ασθενείς με ΣκΠ (όπως και για το γενικό πληθυσμό), εν αντιθέσει προς το δυτικό διαιτητικό τύπο (που είναι πλούσιος σε ζωικά λίπη).

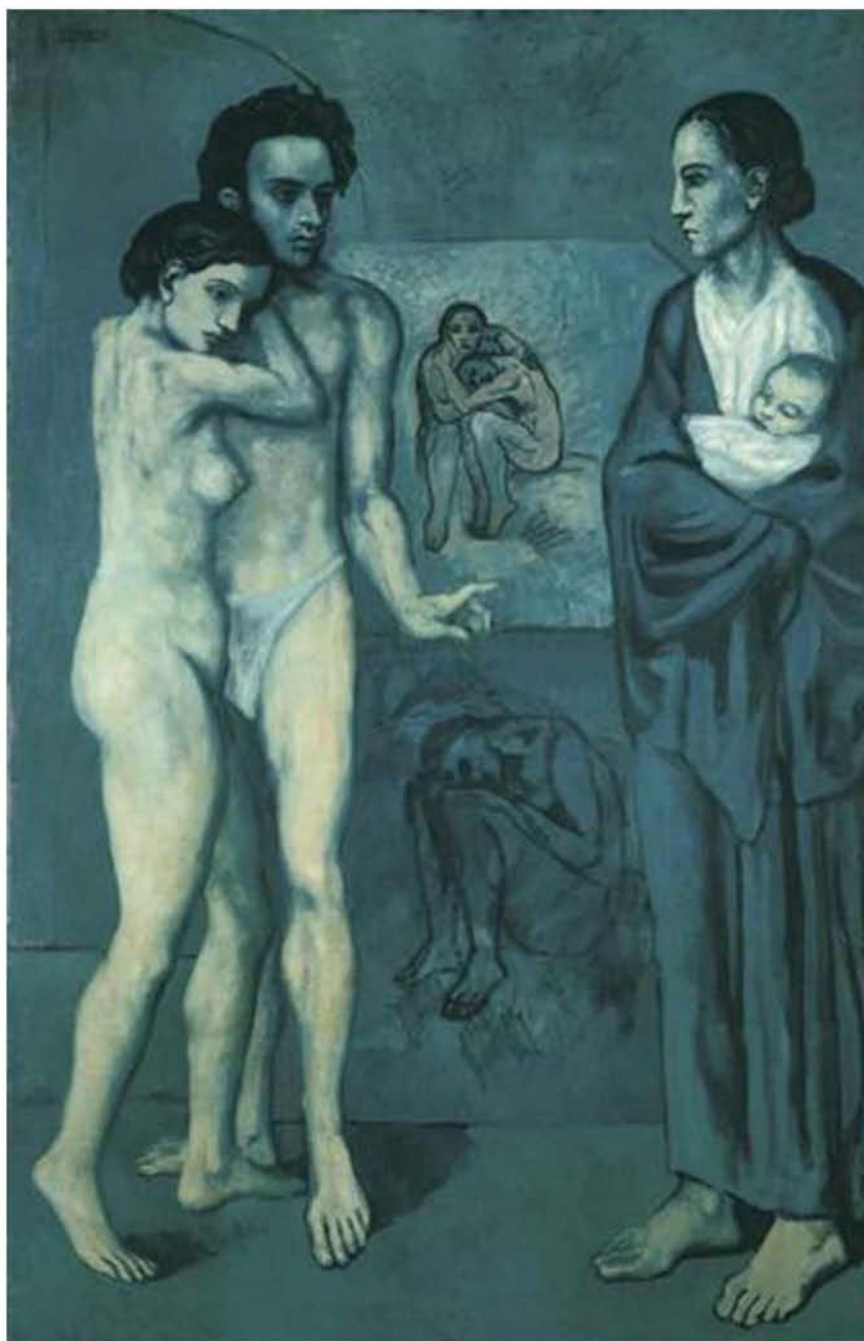
Μια προσιτή μορφή ΣΕΘ είναι η χρήση **βοτάνων**, που μπορεί να είναι δραστικά στη ΣκΠ, για την πρόληψη μολύνσεων των ουροφόρων οδών, την αμνησία, το άγχος, την κατάθλιψη, τη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη ΣκΠ παρουσιάζει η χρήση **αντιοξειδωτικών** που πρέπει να συνδυάζεται με αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, η **υδροθεραπεία**, η **θεραπευτική ιππασία**, **ασκήσεις Γιόγκα και Kong**, **Μασάζ**, **Ύπνωση**, **Βελονισμός**, **Ρεφλεξολογία**. (Hopkins, 1999)



**Σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με**

**Σκλήρυνση κατά Πλάκας**



Picasso, Ζωή. USA, Cleveland, Mus. Of Art.

## Εισαγωγή

### 1. Σεξουαλικότητα

Στα πολυκύτταρα βιολογικά συστήματα, κάθε καινούργιος οργανισμός προκύπτει από την ανάμιξη δύο φυλετικών κυττάρων, που παράγονται αντίστοιχα από έναν αρσενικό και ένα θηλυκό φορέα: στην αφετηρία της διαδικασίας που οδηγεί σε αυτή την ανάμιξη βρίσκεται το γενετήσιο ένστικτο. Στον άνθρωπο, ό,τι έχει σχέση με την ορμή, η οποία ωθεί το αρσενικό και το θηλυκό στη συνάντηση με σκοπό τη συνουσιακή επαφή αποτελεί τη σεξουαλικότητα, που συνιστά καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και γενικότερα της συμπεριφοράς.

Τρεις βασικές ιδιότητες διαπλέκονται, καθώς διαμορφώνεται και ωριμάζει η ανθρώπινη σεξουαλικότητα:

- **η ταυτότητα του φύλου**, (η υποκειμενική αντίληψη που έχει ο καθένας για το φύλο του, την οποία διαμορφώνουν παράγοντες βαθιά βιολογικοί, ενώ το περιβάλλον παίζει ρόλο υποβοηθητικό και ενισχυτικό της φυλετικής κατεύθυνσης),
- **οι συμπεριφορές του φύλου** (Οι αρχέγονες αρσενικές συνουσιακές συμπεριφορές είναι η επίβαση του θηλυκού, η διεμβόλιση του κόλπου με το πέος, η ώθηση κατά τη συνουσία και η εκσπερμάτιση. Οι αρχέγονες θηλυκές συνουσιακές συμπεριφορές είναι η δοτικότητα, η λορδωτική στάση, η άφεση και διευκόλυνση του πέους να εισχωρήσει στον κόλπο. Στο επίπεδο της διαπροσωπικής και κοινωνικής έκφρασης των συμπεριφορών του φύλου, είναι κλασική η εικόνα της σεμνότητας ναζιάρας γυναίκας και του ενθουσιώδους φλογερού άνδρα, ο άνδρας επιτίθεται, για να κατακτήσει, η γυναίκα υποχωρεί, για να προσελκύσει),
- **ο σεξουαλικός προσανατολισμός**, (η ερμηνεία του οποίου δεν είναι βέβαιο αν προσανατολίζεται σε καθαρά βιολογικούς ή καθαρά ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σύμφωνα με τις σχετικές μελέτες). Κατά τη διάρκεια της ζωής η σεξουαλικότητα διέρχεται από χαρακτηριστικά στάδια, ώσπου να φτάσει στην πλήρη υποχώρησή της κατά το γήρας.

Σεξουαλικά παιχνίδια μεταξύ αγοριών και κοριτσιών της προσχολικής και των πρώτων ετών του δημοτικού είναι αρκετά συχνά. Μετά την ηλικία των 15 ετών η καμπύλη της σεξουαλικής εμπειρίας ανέρχεται κατακόρυφα. Πάνω από τα 2/3 των αγοριών και κοριτσιών είναι ερωτευμένα με κάποιο προσιτό ή απρόσιτο πρόσωπο. Στην ηλικία των 18 ετών, το 30% των αγοριών και το 18% των κοριτσιών έχουν αποκτήσει την εμπειρία μιας συνουσίας, η οποία μπορεί να διαμορφώσει το σύνολο της συνουσιακής συμπεριφοράς και έναν αριθμό σεξουαλικών διαταραχών, αν υπήρξε απογοητευτική ή

αρνητική. Λίγο αργότερα, όταν η εκδίπλωση της σεξουαλικότητας είναι πλήρης, τα αγόρια ψάχνουν για περισσότερες ερωμένες, γιατί θέλουν την περιπέτεια και την επιβεβαίωση, ενώ τα κορίτσια προτιμούν τις παρατεταμένες σχέσεις, γιατί επιζητούν τη ρομαντική ατμόσφαιρα και τη διαρκή τρυφερότητα. Από την ηλικία των 25 ετών αρχίζει να διαμορφώνεται και στους άνδρες μια τάση προς τη μονογαμικότητα. Η ανδρική σεξουαλικότητα βαθμιαία ελαττώνεται μετά την υψηλότερη βαθμίδα της γύρω στα 18-22 χρόνια. Η στύση χρειάζεται περισσότερο χρόνο, για να επιτευχθεί, μειώνεται ο αριθμός των συνουσιών, η εκσπερμάτιση χάνει σε δύναμη και διάρκεια, ενώ ελαττώνεται η ποσότητα του σπέρματος, και γύρω στην ηλικία των 70-80, βαθμιαία σταματά. Όσο μειώνεται και εκπίπτει η σεξουαλικότητα στον άνδρα, τόσο - με πρόσχημα το αίτημα για απότιση σεβασμού και υποταγής στη συσσωρευμένη γνώση και εμπειρία - αυξάνεται η επιδίωξη τίτλων, θέσεων και συμβόλων εξουσίας, που πολλές φορές φτάνει στα όρια της φαιδρότητας.

Η γυναικεία σεξουαλικότητα, που επίκεντρό της έχει την εγκυμοσύνη, περνάει από φάσεις οι οποίες διαμορφώνουν τις μεγάλες μεταμορφώσεις της γυναίκας και τη μεταλλάσσουν από κορασίδα σε γυναίκα (με την εμμηνορρυσία), από γυναίκα σε ερωμένη (με τη διακόρευση), από ερωμένη σε μητέρα (με την εγκυμοσύνη) και της μητέρας σε παράγοντα φροντίδας και πρόνοιας μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα (με την εμμηνόπαυση). Αγάπη, μέριμνα, περίθαλψη, υπομονή και εγκαρτέρηση είναι θεμέλια της μητρικής ψυχολογίας, τα οποία στερείται η ερωμένη, η οποία στραμμένη στην προσπάθεια του εγκλωβισμού του αρσενικού, δε διακατέχεται από αλτρουιστικά αισθήματα. Θεμελιώδης διαφορά μεταξύ μητέρας και ερωμένης είναι ότι η μητέρα προτιμά το παιδί της από τον άνδρα της, ενώ η ερωμένη προτιμά τον εραστή από το παιδί του, γιατί πράγματι το βλέπει σαν δικό του παιδί, ακόμη και αν το έχει γεννήσει η ίδια (σύνδρομο της Μήδειας). Αυτό σημαίνει ότι δεν έχει μεταμορφωθεί ψυχολογικά σε μητέρα και το προϊόν του τοκετού μπορεί να είναι βάρος, το οποίο καθίσταται αβάσταχτο φορτίο, αν απουσιάζει ο άνδρας εραστής.

**Έρωτας.** Η βιολογική σημασία του έρωτα έγκειται στη δυνατότητα του να προκαλεί στον ερωτευμένο μια, σχεδόν παραληρηματική, διαστρέβλωση των χαρακτηριστικών του αντικειμένου της αγάπης του, ώστε αυτό να είναι επιθυμητό σε όλα τα επίπεδα, από το σωματικό μέχρι το ανώτερο ψυχοπνευματικό, με τελικό στόχο τη σεξουαλική συνεύρεση και γονιμοποίηση. Ο έρωτας τροφοδοτεί τη διαρκή σχέση, οι ερωτευμένοι βρίσκονται σε μια μοναδική ψυχολογική κατάσταση που τους κάνει να νιώθουν αυτοπεποίθηση, αισθάνονται πιο ωραίοι και έχουν ιδιαίτερη ζωνρότητα στην εμφάνιση και τη συμπεριφορά τους. Ο έρωτας μπορεί να είναι αφετηρία μεγάλων και υπέροχων ανθρώπινων πράξεων, μπορεί όμως να εξαπολύσει και ισχυρές καταστροφικές δυνάμεις.

Η **συνουσία** είναι η τελική έκφραση της αμοιβαίας επιθυμίας και του πιθανού ερωτικού δράματος που την πυροδοτεί, αν και το πλήθος των ερωτικών συναισθημάτων δε συνιστά προϋπόθεση για μια συνουσία.

**Στύση:** είναι μια κατάσταση κατά την οποία ένας ιστός από μαλακός και εύκαμπτος μετατρέπεται σε σκληρό και άκαμπτο. Στυτικοί ιστοί υπάρχουν στο πέος, στη θηλή και στην άλω του μαστού, στην κλειτορίδα και στον πρόδρομο βολβό του κόλπου.

**Οργασμός.** Οι ρυθμικές κινήσεις του σώματος, οι ολισθητικοί εμβολισμοί του πέους στον κόλπο οδηγούν στο ερεθισμό, οπότε εισβάλλει δίκην κατακλυσμού ένας συνδυασμός μεγάλης ηδονής, απόλαυσης και ανακούφισης, που ονομάστηκε **οργασμικό βίωμα** που οικοδομείται σε ψυχοφυσιολογικά φαινόμενα (σιελόρροια, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, συσπάσεις του πέους με εξακόντιση του σπέρματος, συσπάσεις της μήτρας και του κόλπου).

Στον άνδρα ο οργασμός επέρχεται δια της εκσπερμάτισης, που αποτελεί χαρακτηριστικό του φαινόμενο.

Ο οργασμός στη γυναίκα είναι ένα θέμα γεμάτο ασάφειες και προκαταλήψεις. Οτιδήποτε σχετίζεται με αυτόν είναι περισσότερο εικασία και λιγότερο τεκμηριωμένο επιστημονικό δεδομένο. (π.χ. το πεδίο απόλαυσης είναι πιο εκτεταμένο και ο οργασμός εντονότερος και επέρχεται αργότερα, η γυναίκα κορέννυται ή κουράζεται πολύ πιο δύσκολα από τον άνδρα, ο οργασμός είναι χρήσιμος για τη σύλληψη, κάνει το δεσμό με τον άνδρα ισχυρότερο και συνοδεύεται από θετικά συναισθήματα που μπορεί να φθάσουν μέχρι την παρατεταμένη ευφορία). Απώλεια της οργασμικής φάσης (ανοργασμία) σπάνια συμβαίνει στους άντρες, ενώ στη γυναίκα αποτελεί συχνό φαινόμενο. Πάντως η έλλειψη οργασμού στις γυναίκες δε συνοδεύεται από τόσο αρνητικά συναισθήματα, όπως στους άνδρες, γιατί είναι κάτι που δεν το καταλαβαίνει αναγκαστικά και ο άνδρας, αλλά και γιατί υπάρχουν πράγματα στη σχέση της γυναίκας με τον άνδρα που γι' αυτήν μετρούν περισσότερο. Είναι όμως δυνατόν βαθμιαία να προκαλέσει προβλήματα, αφού σήμερα η αναζήτηση οργασμού επιβάλλεται καταναγκαστικά από την κουλτούρα της εποχής. (Αγγελόπουλος, 2009)

## **2. Διαπολιτισμικές προσεγγίσεις της ανθρώπινης σεξουαλικότητας ανά τους αιώνες μέχρι τις μέρες μας.**

Ο όρος σεξ, μια λέξη αγγλική με ελληνική ρίζα (< έξις, όπου η δασεία μετατρέπεται σε σ + έξις > σέξις > σεξ, ή κατ' άλλους από το τέκος (αόρ. του τίκτω), σέκος, secus – sexus; διαφορούμενος και συνδεδεμένος με αντιθετικούς συνειρμούς, από τη βιολογική διαδικασία της αναπαραγωγής, στην αγαπητική συνεύρεση, τον ερωτικό μυστικισμό, αλλά και την σκανδαλολογία, την πορνογραφία και την εμπορευματοποίηση.

Η γνώση της διαδικασίας της αναπαραγωγής και του ρόλου του άνδρα σε αυτή, έφερε τον πρώτο προγραμματισμό των σεξουαλικών σχέσεων και οδήγησε στη γέννηση των πρώτων κωδικών ερωτικής συμπεριφοράς που ισχύουν μέχρι τις μέρες μας.

Στην αυγή της ιστορικής περιόδου των πολιτισμών της Μεσογείου, την 4<sup>η</sup> χιλιετηρίδα, άνθισε ο πολιτισμός των Σουμερίων, στον οποίο η πολυανδρία ήταν η συνηθισμένη πρακτική (το να έχει μια γυναίκα πολλούς συζύγους). Αυτή η πρακτική ανειράπη το 2350 π.Χ. και καθιερώθηκε το νέο κοινωνικό πρότυπο, κατά το οποίο ο σύζυγος είχε περισσότερες από μία γυναίκες. Στους Βαβυλωνίους ο κώδικας του βασιλιά Χαμουραμί έδωσε έναν ξεκάθαρο ορισμό των διαδικασιών του γάμου και του διαζυγίου, καθώς και κανονισμών σχετικά με την αποπλάνηση και την απιστία.

Ο κώδικας του Χαμουραμί επηρέασε τους ανάλογους νόμους των Εβραίων. Η Παλαιά Διαθήκη επέβαλε στο λαό του Ισραήλ το «αυξάνεσθε και πληθύνεσθε» (Γένεσις Ι:28), έτσι ο Ιουδαϊσμός θεωρεί τη σεξουαλικότητα μια θετική δύναμη, ένα δώρο του Θεού και Δημιουργού, καρποφόρα. Μη παραγωγικές συμπεριφορές (ο ανανισμός, η απομάκρυνση πριν από την εκσπερμάτιση, η ομοφυλοφιλία) αποτελούσαν πολύ σοβαρά αδικήματα.

Η σεξουαλική δραστηριότητα θεωρείται ευπρεπής μόνο μέσα στα πλαίσια του γάμου, θέση που αντανακλά την άποψη ότι η εβραϊκή οικογένεια έχει υψηλή θρησκευτική σημασία. Ο Ιουδαϊσμός γενικά, παίρνει τη θέση ότι ο έρωτας είναι αγαθό και δεν ενστερνίζεται τη χριστιανική αντίληψη περί προπατορικού αμαρτήματος.

**Στην αρχαία Ελλάδα** ο Αριστοτέλης περιέγραψε τις σεξουαλικές πράξεις ως φυσικές πράξεις μεταξύ των θηλαστικών, αναγνώρισε ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες έχουν σεξουαλικές παρορμήσεις και διατύπωσε τον ορισμό του οργασμού, «μια απολαυστική κατάληξη της σεξουαλικής πράξης».

Στη **Ρωμαϊκή Ζωή** υπήρχε σημαντική σεξουαλική ελευθερία, αλλά και πολλά περιοριστικά διατάγματα που κατά περιόδους άλλαζαν (π.χ. ο ανανισμός, η ομοφυλοφιλία, η πορνεία ανδρών και γυναικών, οι ομαδικές σεξουαλικές δραστηριότητες σε κάποια χρονική περίοδο ήταν ανεκτά ή συνήθη και σε άλλη περίοδο καταγγέλλονταν ως νοσηρές καταστάσεις και ποινικοποιούνταν).

**Οι χριστιανικές διδασκαλίες** είτε τηρούν σιγή ή είναι αρνητικές ως προς τη σεξουαλικότητα. Το σεξ θεωρείται μίσημα εξαιτίας του προπατορικού αμαρτήματος, γι' αυτό κάθε ερωτική πράξη είναι αμαρτωλή ή και απαγορευμένη. Ακραία συνέπεια αυτής της αντίληψης είναι ο ασκητισμός και ο αναχωρητισμός. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο Ιησούς γεννήθηκε χωρίς να μεσολαβήσει σεξουαλική πράξη, από μια παρθένα. Ο ίδιος ο Ιησούς δεν πραγματεύτηκε θέματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα. Εκθειάζε το γάμο και την οικογένεια, καταδίκασε τη λαγνεία και ειδικότερα τη μοιχεία.

Σύμφωνα με τον **Ινδουϊσμό** το κυρίαρχο στοιχείο για κάθε άνθρωπο είναι το «κάρμα» του, η ενσάρκωσή του σε αυτόν τον κόσμο σε κάτι τελείως μοναδικό για κάθε άτομο, γι' αυτό και προσπαθεί να ενσωματώσει τη σεξουαλικότητα στην ανθρώπινη ζωή, με σκοπό να φτάσει κανείς στη μοναδική ολοκλήρωση.

Η ένωση που πραγματοποιείται ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες κατά τη σεξουαλική πράξη γίνεται αποδεκτή ως τμήμα μιας αχανούς κοσμολογικής αρχής που εκφράζει τη συνένωση όλων των

ανθρώπων, όλων των πραγμάτων και όλων των τόπων. Το ινδουιστικό κείμενο «Κάμα Σούτρα» διδάσκει ότι άντρες και γυναίκες οφείλουν να δώσουν τη μεγαλύτερη δυνατή προτεραιότητα στην ικανοποίηση των αισθήσεων.

Ο **Βουδισμός** θεωρεί ότι η απελευθέρωση από τον πόνο έρχεται μέσω του πνευματικού και ηθικού αυτο-εξαγνισμού, γι' αυτό η αγαμία είναι επιθυμητή σε μεγάλο βαθμό.

Το **Ισλάμ** παίρνει πολύ θετική στάση για τις περισσότερες μορφές σεξουαλικότητας κατά το πρότυπο του Μωάμεθ, που είχε πολλές συζύγους και παλλακίδες. Η αγαμία δεν ενθαρρύνεται, η σεξουαλικότητα θεωρείται θείο δώρο και ενώ η μοιχεία τιμωρείται με θάνατο, το Ισλάμ είναι αρκετά ανεκτικό ως προς τα σεξουαλικά ζητήματα.

Ο **Καθολικισμός** υποστήριζε την αποκλειστική μονογαμία για άνδρα, με σεξουαλικές επαφές προορισμένες μόνο για την αναπαραγωγή του είδους. Ο **Προτεσταντισμός** τοποθετήθηκε απέναντι στα ζητήματα της σεξουαλικότητας με μεγαλύτερο σκεπτικισμό και έδειξε σημαντικά στοιχεία ανεκτικότητας.

Παρόλο που η θρησκεία καταδίκασε τις απολαύσεις της σάρκας, η σεξουαλικότητα συνέχιζε να αποτελεί μια πραγματικότητα, μια ισχυρή παρόρμηση συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη. Οι άνθρωποι, μυστικά ή φανερά, συνέχιζαν να γεύονται την απόλαυση του έρωτα, ενώ κατά διαστήματα όσοι ήταν ύποπτοι για ένοχες συμπεριφορές εξορίζονταν.

Μέσα σε αυτό το κλίμα αναπτύχθηκε η διάθεση σε διάφορους επιστήμονες και λόγιους να μελετήσουν την πολυπλοκότητα των ανθρώπινων αναγκών και να συνειδητοποιήσουν το σημαντικό ρόλο της ανθρώπινης σεξουαλικότητας.

Στον 16<sup>ο</sup> αιώνα ο **Gabriello Falloppio** ασχολήθηκε με την εξέταση της σεξουαλικής δομής του ανθρώπινου σώματος. Σε αυτόν οφείλονται οι όροι *placeda* (πλακούντας), *vagina* (κόλπος) και οι *σάλπιγγες* που ονομάζονται φαλλοπιανοί αγωγοί από το όνομά του.

Συνεπώς η σεξουαλική συμπεριφορά τέθηκε κάτω από το μικροσκόπιο των επιστημόνων.

Ενώ ασθένειες που σχετιζόνταν με τη σεξουαλική δραστηριότητα αντιμετώπιζόνταν σαν σκληρή τιμωρία των αμαρτωλών από το θεό, ο **John Hunter** θεωρούσε ότι οι μολύνσεις των σεξουαλικών οργάνων (βλεννόρροια) έμοιαζαν με τις άλλες μολυσματικές ασθένειες, που μπορούσε και έπρεπε να κατανοηθούν και, στη συνέχεια, να θεραπευτούν.

Η **Αναγέννηση** που κατέκλυσε την Ευρώπη κατά το 16<sup>ο</sup> και 17<sup>ο</sup> αιώνα, συνοδεύτηκε από χαλάρωμα των σεξουαλικών περιορισμών και μικρότερη προσκόλληση στους τύπους. Ο **Ρομαντισμός** εξιδανίκευσε την αγάπη. Στις ανώτερες τάξεις αναδύθηκε ένας καινούργιος τρόπος ζωής, που επέφερε ένα σημαντικό διαχωρισμό ανάμεσα στην πρακτική και τα θρησκευτικά διδάγματα. Αυτή η αντίληψη ονομάστηκε **ευγενής αγάπη**, σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες ανυψώθηκαν σε ένα άσπλο επίπεδο ρομαντισμού και μυστικοπάθειας και η οποία αντιμετωπιζόταν σαν ασυμβίβαστη με τους πειρασμούς της σάρκας. Σ' αυτή την εποχή της αγνής αγάπης παρατηρήθηκαν οι ζώνες αγνότητας.

Με το τέλος του Μεσαίωνα οι άνθρωποι του λαού ανακαλύπτουν ότι οι σχέσεις στις τάξεις των ευγενών και των βασιλιάδων είναι τελείως διαφορετικές από τους κώδικες της ρομαντικής σεξουαλικής ηθικής. (η αδυναμία της Αικατερίνης Α΄ για πολύ νέους άντρες, τα όργια του Λουδοβίκου 15<sup>ου</sup>) και αρχίζουν να υιοθετούν ανάλογες πρακτικές με τα σεξουαλικά πρότυπα της αριστοκρατίας. Ο γάμος έχασε μεγάλο μέρος από την ιερότητά του. Στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική δημιουργούνται κοινόβια γυμναστών, ανδρών και γυναικών, που ζουν μαζί χωρίς να είναι παντρεμένοι. Κατά το 19<sup>ο</sup> αι., όταν στο θρόνο της Μ. Βρετανίας ήταν η Βικτώρια, η υπόθεση της σεξουαλικής χειραφέτησης ξεφεύγει από τα χέρια της εκκλησίας και γίνεται συνειδητή πολιτική της κρατικής εξουσίας. Ο **Βικτωριανισμός** αποτέλεσε μια κίνηση, όχι μόνο ενάντια στην αγνότητα της σκέψης και της πράξης, αλλά και στην εδραίωση της άγνοιας, σύμφωνα με την οποία οι νέοι και οι νέες, δεν έπρεπε να γνωρίζουν τίποτα για τη σεξουαλικότητα (σεμνοτυφία).

Η επιστημονική μελέτη της ανθρώπινης σεξουαλικότητας έχει περίπου ηλικία ενός αιώνα.

Ο **Richard von Krafft – Ebimg (1840-1902)** επιχείρησε μια ταξινόμηση των σεξουαλικών διαταραχών και είχε μια πιο ανεκτική ιατρική ματιά στις ερωτικές διαστροφές, ενώ πρότεινε και αλλαγές στους νόμους σχετικά με τα σεξουαλικά εγκλήματα. Θεωρείται ο ιδρυτής της μοντέρνας σεξολογίας.

Ο **Henry Havelock Ellis (1859-1939)** απέδειξε ότι δεν υπάρχει ενιαίο και μοναδικό σεξουαλικό πρότυπο για τις διάφορες κοινωνίες του πλανήτη μας, έδειξε την σεξουαλική ισότητα των γυναικών, ανακάλυψε τις ερωτογενείς ζώνες και όρισε εκ νέου την ομοφυλοφιλία.

Ο **Sigmund Freud (1856-1939)** δεχόταν ότι οι σεξουαλικές παρορμήσεις και ανάγκες νομιμοποιούνται, αλλά όταν αυτές υποβαθμίζονται συνεχώς, απωθούνται και καταπιέζονται, δημιουργούν σοβαρές περιπλοκές, συμπτώματα κατάθλιψης και παίρνουν τη μορφή λανθάνουσας υστερίας, με την οποία το άτομο εξωτερικεύει την ασυνείδητη πάλη μεταξύ σεξουαλικότητας και κρατούσας ηθικής. Όρισε τη σεξουαλική ορμή με τον όρο **libido**, επικεντρωμένη στις **ερωτογενείς ζώνες** του σώματος. Μίλησε για το **Οιδιπόδειο σύμπλεγμα** (το αγόρι επιθυμεί σεξουαλικά τη μητέρα του), για την εχθρότητα του παιδιού προς τον πατέρα του (φόβος ευνουχισμού) που γίνεται τόσο μεγάλος, ώστε το παιδί παύει να επιθυμεί τη μητέρα του και ταυτίζεται με τον πατέρα του αναπτύσσοντας τα χαρακτηριστικά του άνδρα.

Για τα κορίτσια υποστήριζε το «σύμπλεγμα της Ηλέκτρας».

**Η Περίοδος 1920-1950.** Με το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου οι απόψεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα έγιναν λιγότερο απαγορευτικές, οι γυναίκες αναμείχθηκαν επαγγελματικά στη σεξουαλική επανάσταση και στο κίνημα της αντισύλληψης (στην Αμερική). Ωστόσο η ιστορική συγκυρία (οικονομικό κραχ του 1929, Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος) επέφερε ένα μεγάλο συναισθηματικό τραύμα και στις διφορούμενες συνθήκες του πολέμου πολλές κοινωνικές απαγορεύσεις έχασαν την περιοριστική τους δύναμη. Η απόλαυση του παρόντος χωρίς προγραμματισμό για το μέλλον οδήγησε



στην αναζήτηση της απόλαυσης και στην αύξηση της αιμομιξίας. Η μεταπολεμική εποχή χαρακτηρίζεται από την αύξηση των διαζυγίων και την επιστροφή της γυναίκας πίσω στο σπίτι.

Ο **Alfred Kinsey** (1904-1956) δημιούργησε με την ομάδα του ένα ερωτηματολόγιο και πραγματοποίησε την πιο λεπτομερειακή από όσες έγιναν μέχρι τώρα, έρευνα για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, έτσι ώστε η συμβολή του να θεωρείται μνημειακή για την κατανόηση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας.

Η **δεκαετία του 1950** σηματοδεύτηκε από σεξουαλική επανάσταση. Το προγαμιαίο σεξ έγινε κάτι συνηθισμένο, η μουσική, τα βιβλία και οι ταινίες αρχίζουν να αποκτούν σεξουαλικό θεματολόγιο.

Η **δεκαετία του 1960** χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση των αντισυλληπτικών χαπιών, την εμφάνιση του φεμινισμού με δυναμική μορφή, τις ανοιχτές συζητήσεις για το σεξ και τις πρακτικές του. Το κίνημα διαμαρτυρίας των νέων (Χίπις), που ήταν μια πρόκληση για την παλιότερη γενιά, εκφράστηκε τόσο με τον τρόπο ντυσίματος, όσο και με τη χρήση ναρκωτικών και τη διακήρυξη της σεξουαλικής ελευθερίας.

**Οι William H. Masters – Virginia E. Johnson** πίστευαν ότι, για να κατανοηθεί η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας, πρέπει οι άνθρωποι να γνωρίζουν τη σωματική ανατομία, καθώς και τα ιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά δεδομένα. Το 1970 εξέδωσαν το «Human sexual inadequacy». Διαφώνησαν ότι οι σεξουαλικές διαταραχές οφείλονται σε νευρώσεις ή διαταραχές της προσωπικότητας, πιο συχνά οφείλονται σε έλλειψη πληροφόρησης, κακή επικοινωνία και ασυμφωνίες στο γάμο.

#### **Δεκαετίες του 1970 και 1980.**

Στις δεκαετίες αυτές υπήρξε μια σαφώς φανερή ανεκτικότητα σε σχέση με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Βιβλία για το σεξ, η τηλεόραση και διάφορες ταινίες βοήθησαν στη σεξουαλική επανάσταση και στην απενοχοποίηση της ηδονής. Η πρακτική της μη έγγαμης συμβίωσης άρχισε να έχει καθοριστική σημασία ως προγαμιαίο στάδιο. Το 1973 νομιμοποιήθηκαν οι εκτρώσεις, η ομοφυλοφιλία δε θεωρείται ιατρική δυσλειτουργία, πράγμα που έδωσε ώθηση στο κίνημα για τα δικαιώματα των ομοφυλοφίλων. Το 1978 γεννιέται το πρώτο παιδί του σωλήνα. Το 1980 η εμφάνιση του AIDS είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή μοντέλου σεξουαλικής συμπεριφοράς για εκατομμύρια ανθρώπους, με μερικούς να προτιμούν την αγαμία και άλλους να γίνονται πιο εκλεκτικοί στην επιλογή ερωτικού συντρόφου. (Βενετίκου και Μπενετάτου, 2013).

Η σεξουαλική απελευθέρωση οδήγησε το σύγχρονο άνθρωπο σε μια διαρκή αναζήτηση για την ανακάλυψη όλο και περισσότερων, διαφορετικών και μεγαλύτερων απολαύσεων. Η διαστρέβλωση της σεξουαλικής απελευθέρωσης του Μάη του '68 στις μέρες μας συμπυκνώνεται στην παρακάτω φράση του Βίλχελμ Ράιχ (1897-1957): «ο πανσεξουαλισμός των ημερών μας δεν είναι δείγμα ερωτικής απελευθέρωσης, είναι, αντίθετα, μια μαζική επικράτηση μιας νευρωτικής πολυγαμίας». Οι ιδιαίτερες προτιμήσεις στο σεξ δε θεωρούνται κατακριτέες και τα πρότυπα που προβάλλονται, συνήθως προωθούν

οριακές σεξουαλικές συμπεριφορές (π.χ. αμφιφυλοφιλία). Το σύγχρονο μοντέλο ερωτικής ζωής φαίνεται πως αφήνει ακάλυπτους πολλούς ανθρώπους που οδηγούνται στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει άλλη προσέγγιση στο σεξ από τη διαστρεβλωμένη και αυτό τους γεμίζει με δυσπιστία, καχυποψία, φόβο και αηδία. Παράλληλα η ερωτική επιθυμία φαίνεται πως όλο και μειώνεται και η σεξουαλική αποχή μοιάζει να γίνεται συνειδητή ή ασυνείδητη επιλογή. Η «ασεξουαλική επανάσταση» ξεκίνησε από την Αμερική, για να εξαπλωθεί και στην Ευρώπη. Απέναντι στην κατάργηση των απαγορεύσεων, τα μέλη της ασεξουαλικής επανάστασης διεκδικούν το δικαίωμα στη σεξουαλική αποχή. - Η ασεξουαλικότητα αποτελεί τρόπο αντίστασης στην πανσεξουαλικότητα των καιρών μας – στην οποία συντελούν και άλλοι παράγοντες: τα υψηλά κριτήρια για την επιλογή συντρόφου που ισχύουν στις μέρες μας, δημιουργούν ανασφάλεια ως προς τις επιδόσεις και τις ικανότητές τους, προκαλώντας αισθήματα ανεπάρκειας και φόβο απόρριψης. Η εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, το έντονο επαγγελματικό άγχος και η συνεχής ενασχόληση με την καριέρα έχουν ως αποτέλεσμα να αφήνουν πολλοί νέοι άνθρωποι την προσωπική τους ζωή στο περιθώριο, αφού δεν υπάρχει ούτε χρόνος, αλλά ούτε και διάθεση να επενδύσουν σε μια σχέση.

Τη λύση ανάμεσα στις ακραίες συμπεριφορές του πανσεξουαλισμού και της ασεξουαλικότητας τη δίνει ο Ινδός φιλόσοφος και ποιητής Κρισναμούρτι (1895-1986): «η σεξουαλική ενέργεια, πέρα από την καθαρά βιολογική λειτουργία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σαν ναρκωτικό, σαν μια προσωρινή ανακούφιση του εσωτερικά απομονωμένου ανθρώπου, είτε σαν κινητήριο δύναμη, που μετουσιωμένη σε συμπαντικό έρωτα, ανυψώνει τους αγαπημένους στη μυστική υπερβατική ένωση. Για να γίνει όμως αυτό, απαιτείται η συνεπής άσκηση στην πνευματική αλχημεία.»

### 3. Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή στη σεξουαλική λειτουργία. Αποτελούν, από κλινική άποψη, μέρος των σεξουαλικών διαταραχών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι σεξουαλικές εκτροπές ή παρεκκλίσεις ή διαστροφές ή παραφιλίες (Μάνος, 1997).

Σχετικές με το θέμα της παρούσης εργασίας, είναι οι δυσλειτουργίες που παρατηρούνται στο επίπεδο της **περισυνουσιακής συμπεριφοράς**, οι οποίες είναι ψυχογενείς, ενώ σε συγκεκριμένες περιπτώσεις δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο της ύπαρξης οργανικού υποστρώματος (π.χ. νευρολογικές διαταραχές, φάρμακα) και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (π.χ. η επιδίωξη επίτευξης ενός «επιπέδου επίδοσης», η οποία διαφημίζεται κατά ποικίλους τρόπους από τα μέσα μαζικής προπαγάνδας, στις σύγχρονες κοινωνίες ο φόβος της ανδρικής ανικανότητας και η απουσία οργασμού στη γυναίκα).

Οι συνηθέστερες περισυνουσιακές διαταραχές και στα δύο φύλα είναι η αποδίωξη της libido, η ανηδονία και η έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας. Στους άνδρες συνηθέστερες είναι η απουσία στύσης, η χαλαρή στύση, η πρόωμη εκσπερμάτιση, καθυστέρηση της εκσπερμάτισης και ο πριαπισμός, ενώ στις

γυναίκες η διαταραχή της διέγερσης, η αποστροφή προς τη συνουσία, η ανοργασμία, η δυσπαρευνία και ο κολεόσπασμος. (Αγγελόπουλος, 2009)

Οι συχνότερες σεξουαλικές δυσλειτουργίες κατά το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed.4, 1994) είναι:

- Υποτονική Σεξουαλική Επιθυμία και Σεξουαλική αποστροφή.
- Έλλειψη Σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα και Δυσλειτουργία της στύσης στον άνδρα.
- Δυσλειτουργία του Οργασμού στη Γυναίκα και στον άνδρα Πρόωρη Εκσπερμάτιση.
- Δυσπαρευνία – Κολεόσπασμος (Σεξουαλικός Πόνος).

(Μάνος, 1997)

- **Η έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας** παρατηρείται και στα δύο φύλλα, αλλά στις γυναίκες έχει επικρατήσει να ονομάζεται «ψυχρότητα» (επιτιμητικός όρος που δε χρησιμοποιείται πια) χαρακτηρίζεται από απουσία ανταπόκρισης ή αποφυγή σεξουαλικής επαφής, η οποία θεωρείται από τον/την ασθενή κουραστικό και βαρετό καθήκον, και αυξάνει με την ηλικία.

- **Αποστροφή προς τη συνουσία:** Δυσάρεστες καταστάσεις πόνου, φόβου, άγχους και ενοχής ενδέχεται να προβάλλονται από τις γυναίκες που δεν επιθυμούν να προχωρήσουν στη συνουσία (π.χ. πονοκέφαλος είναι συνηθέστατη δικαιολογία για αποφυγή συνουσίας).

Εδώ θα μπορούσαν να αναφερθούν:

- η **αποδιώξη της libido** (κατάσταση κατά την οποία, κυρίως κατά τη διάρκεια του ερωτικού παιχνιδιού ή και αμέσως μόλις αρχίσει η συνουσία, αποσύρεται κάθε επιθυμία και το άτομο περατώνει πρόωρα τη διαδικασία στο σύνολό της.

- και - η **ανηδονία** (κατάσταση κατά την οποία, ενώ ο οργασμός στη γυναίκα και η εκσπερμάτιση στον άνδρα συντελούνται, όμως απουσιάζει το ψυχικό αποτέλεσμα ικανοποίησης και το άτομο νιώθει πλήρη έλλειψη αισθήματος ηδονής κατά τη συνουσία από την αρχή μέχρι το τέλος της.

- Η **έλλειψη σεξουαλικής διέγερσης** εκδηλώνεται στις γυναίκες με ξηρότητα του κόλπου, η οποία μπορεί να δυσχεραίνει ή να διακόψει τη συνουσία.

- Η **δυσλειτουργία της στύσης** περιγράφεται και ως ανδρική «ανικανότητα» (όρος επίσης επιτιμητικός και ουσιαστικά ανακριβής).

Χαρακτηρίζεται από αδυναμία επίτευξης και διατήρησης στύσης επαρκούς για την εκτέλεση ικανοποιητικής συνουσίας και είναι αρκετά συχνή: ένας στους 10 νεαρούς άνδρες και ένας στους 5 στις ηλικίες άνω των 50 ετών παρουσιάζουν στυτικές δυσλειτουργίες.

Η αιτιοπαθογένειά της εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα: οργανικά αίτια (αρτηριοσκλήρυνση, καρδιακές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης, νευρολογικές παθήσεις, διάφορα φάρμακα: αντυπερτασικά, ψυχοτρόπα, ουσίες), ψυχολογικά αίτια (εχθρότητα προς το σεξουαλικό σύντροφο), ψυχιατρικές καταστάσεις (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, ψυχώσεις).

- **Η δυσλειτουργία του οργασμού ή ανοργασμία** είναι πολύ συχνή στις γυναίκες και η συχνότητά της αυξάνει με την ηλικία. Οι περισσότεροι μελετητές συγκλίνουν στην άποψη ότι η μεγάλη πλειονότητα των γυναικών σταθερά δεν πετυχαίνουν οργασμό. Και αυτό υποστηρίζεται ότι έχει ανθρωπολογική ρίζα, διότι δεν είναι τόσο χρήσιμος στις γυναίκες όσο στον άνδρα για την επίτευξη της γονιμοποίησης, ενώ η ύπαρξή του είναι δυνατόν να κινητοποιεί υπερβολικά ερωτικά τη γυναίκα προς αναζήτηση της συνουσίας, με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο η μητρότητα και γενικότερα η δυνατότητά της να προσηλώνεται στα παιδιά και αν τα φροντίζει.

- **Πρόωρη εκσπερμάτιση:** είναι η συχνότερη περισυνουσιακή δυσλειτουργία στους άνδρες. Επιτελείται, πριν ακόμη εισέλθει το πέος στον κόλπο ή αμέσως μετά, και οφείλεται στο ότι ο άνδρας δεν είναι σε θέση να ασκήσει βουλητικό έλεγχο στο βίωμα της αντανακλαστικά επερχόμενης εκσπερμάτισης.

Σπάνιες δυσλειτουργίες είναι:

- **Καθυστέρηση εκσπερμάτισης** που επιφέρει μεγάλη παράταση της συνουσίας ή και διακοπή της πριν φτάσει στο φυσικό της τέλος. Η γυναίκα στο τέλος κουράζεται, ενώ ο άνδρας κοπιάζει, αγκομαχεί και αγωνίζεται να φτάσει στο τέλος.

- **Πριαπισμός:** στύση ισχυρή, παρατεταμένη, άκρως επώδυνη και απαγορευτική της συνουσίας, φαρμακευτικής αιτιολογίας.

- **Δυσπαρευνία:** ψυχογενής πόνος κατά ή μετά τη συνουσία. Στην αιτιοπαθογένειά της ρόλο μπορεί να παίζουν φόβος τραυματικής διείσδυσης του πέους, ασυνείδητη άρνηση της συνουσίας, ηθικές αναστολές, αφού αποκλειστούν πρώτα οργανικοί παράγοντες.

- **Κολεόσπασμος:** προκαλείται από ισχυρή και επώδυνη μυσούσπασση των περικολπικών μυών, με συνέπεια να είναι αδύνατη και επώδυνη η είσοδος του πέους στον κόλπο, είναι δυνατόν να εγκλωβιστεί με ιλαροτραγικές συνέπειες, αφού η λύση του κολεόσπασμου μερικές φορές επιτυγχάνεται μόνο δια γενικής αναισθησίας. Μπορεί να οφείλεται σε οργανικά προβλήματα (ανατομικές ανωμαλίες), σε έντονο φόβο για τις συνθήκες στις οποίες επιτελείται η συνουσία, σε προηγηθέντα βιασμό με σωματική κακοποίηση, σε φόβο εγκυμοσύνης, σε αυστηρές ηθικές πεποιθήσεις κλπ.

(Αγγελόπουλος, 2009)

#### 4. Σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Ήδη έχει αναφερθεί (σ. 23) ότι στις εκφράσεις - συμπτώματα της ΣκΠ, εκτός των άλλων, περιλαμβάνονται και διαταραχές από το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα, οι οποίες εκδηλώνονται συνηθέστερα με σεξουαλικές δυσλειτουργίες στο 75-91% των πασχόντων ανδρών και στο 50-77% των γυναικών με ΣκΠ.

Κατ' αρχήν είναι αναγκαίο να γίνει διάκριση ανάμεσα σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή σεξουαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με ΣκΠ, πράγμα ουσιαστικό για τη διάγνωση και την αντιμετώπισή της.

**Πρωτογενής σεξουαλική δυσλειτουργία** σχετίζεται άμεσα με τη ΣκΠ λόγω των αλλαγών στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό που αφορούν άμεσα τις νευρικές οδούς προς το γενετικό σύστημα και επηρεάζουν τη σεξουαλική ανταπόκριση, ευχαρίστηση και οικειότητα.

**Δευτερογενής σεξουαλική δυσλειτουργία** προέρχεται από τα συμπτώματα της ΣκΠ, που έχουν επίπτωση στη σεξουαλική λειτουργία, όπως είναι προβλήματα κύστης και εντέρου, κόπωσης, σπαστικότητα, μυϊκή αδυναμία, τρόμος χειρός, διαταραχή προσοχής και συγκέντρωσης, αισθητικές διαταραχές.

**Τριτογενής σεξουαλική δυσλειτουργία** προκύπτει από την αναπηρία που σχετίζεται με τις συναισθηματικές πτυχές της ΣκΠ, με ψυχοκοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα, τα οποία μπορούν να επηρεάζουν τα συναισθήματα του ατόμου για το σεξ. Η σεξουαλική απενεργοποίηση, η αλλαγή στην αυτοεκτίμηση, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου που αισθάνεται κανείς το σώμα του, οι εναλλαγές της διάθεσης, η αλλαγή στους ρόλους σε μια σχέση, όπου το ένα άτομο γίνεται φροντιστής του άλλου ατόμου, η αλλαγή ρόλων στο καθεστώς της οικογένειας ή της εργασίας (Foley, F.W. 2014), όλα αυτά μπορούν να επηρεάσουν την οικειότητα.

Στους άνδρες με ΣκΠ συνήθεις σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι: δυσλειτουργία στύσης (80%), δυσλειτουργία εκσπερμάτισης (10%) σε κάποιο στάδιο της νόσου (Opsomer, 1996) μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος - libido (σε 67 άνδρες με ΣκΠ το 1/4), πρόβλημα κορύφωσης (το 1/5), ανεξάρτητα από την ηλικία του ασθενούς και το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση ή το επίπεδο αναπηρίας. (Burtchell, 2014)

Μεταξύ των προβλημάτων των γυναικών με ΣκΠ αναφέρθηκαν: έλλειψη επιθυμίας, μειωμένη αίσθηση στα γεννητικά όργανα, μειωμένη λίπανση του κόλπου, ανικανότητα κορύφωσης - οργασμού, ανοργασμία, ενώ η σεξουαλική δυσλειτουργία φαίνεται λιγότερο πιθανή σε γυναίκες που αξιολογούν θετικά τη σχέση τους, και πιο συχνά σε ηλικιωμένες ασθενείς ή σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης. (Burtchell, 2014)

Επομένως, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με ΣκΠ, η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι διαδεδομένη, ωστόσο όμως παραβλέπεται από τους επαγγελματίες υγείας, ενώ τα σεξουαλικά προβλήματα είναι αρκετά κοινά σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΣκΠ, σε ήπιες μορφές της, αλλά και σε προχωρημένες περιπτώσεις. (Lundberg, 1978)

Τα αίτια της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μπορεί να είναι σωματικά ή ψυχολογικά ή ένας συνδυασμός και των δύο: νευρολογικά συμπτώματα από το νωτιαίο μυελό-ιερό οστό και τον εγκέφαλο λόγω απομυελίνωσης, δυσλειτουργία της κύστης, των εντέρων και του παχέος εντέρου, δυστονία (νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ισχυρούς ακούσιους μυϊκούς σπασμούς, οι οποίοι

προκαλούν την επώδυνη καθήλωση του σώματος σε ορισμένη στάση), αλλά και ψυχολογικές παράμετροι, όπως ανησυχία για τη σεξουαλική αλλαγή (κυρίως στους άνδρες), άγχος από τις δυσκολίες στις σχέσεις προσωπικές και επαγγελματικές, λόγω της νόσου, κατάθλιψη ως πρωτογενές σύμπτωμά της ή δευτερογενές, λόγω της ακολουθούμενης φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. ιντερφερόνες), και όλα αυτά σε συνδυασμό με κλινικές μεταβλητές: τη διάρκεια της νόσου, το ρυθμό επιδείνωσής της και την αναπηρία, καθώς και την ηλικία των ασθενών.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ισραήλ σε 41 ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) με υποτροπιάζουσα - διαλείπουσα Πολλαπλή Σκλήρυνση έδειξε ότι άνδρες (55,5% και γυναίκες 50% ανέφεραν τουλάχιστον μία σεξουαλική δυσλειτουργία. Οι πιο συχνές δυσλειτουργίες ήταν της λίμπιντο (26,8%) και δυσκολίες διέγερσης (19,5%), πρόωρη εκσπερμάτιση, ανοργασμία. Οι γυναίκες θεώρησαν τις δυσκολίες σοβαρές. Η ανοργασμία συσχετίστηκε με εγκεφαλικό στέλεχος και συνολική έκταση απολυελινωτικών εστιών στη μαγνητική τομογραφία, καθώς και με την κατάθλιψη. (Barack et al., 1996)

Σε έρευνα του Demirkiran, et al (2006) 41 ασθενείς (80,41%), άνδρες και γυναίκες, μεγάλης ηλικίας και RRMS μορφή της νόσου, ανέφεραν αρχική σεξουαλική δυσλειτουργία και μειωμένη libido. Ασθενείς με προβλήματα μνήμης, συγκέντρωσης, κύστης και εντέρων ανέφεραν μειωμένη αίσθηση των γεννητικών οργάνων, δυσκολία διέγερσης, δυσκολία στύσης σε συνδυασμό με τη διάρκεια και την πρόοδο της νόσου, κατάθλιψη, άγχος και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Το συμπέρασμα των μελετητών ήταν ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι κοινό σύμπτωμα της ΣκΠ για άντρες και γυναίκες, που ωστόσο είναι υποτιμημένο, ενώ η συνειδητοποίησή του αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εύρεση της κατάλληλης αγωγής και του χειρισμού των, για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Έρευνα που διεξήχθη στο Ισραήλ (Ιατρικό Κέντρο Ραμπάμ) σε 41 γυναίκες ασθενείς με ΣκΠ, ηλικίας 21-56 ετών και μέση διάρκεια της νόσου 10 χρόνια, ύστερα από νευρολογική εξέταση και αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας με ερωτηματολόγιο και με εστιασμένη συνέντευξη, έδειξε ότι 25 ασθενείς είχαν μειωμένη libido (61%) και διαταραχές οργασμού (54%). Ενδιαφέρουσα συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της παρεγκεφαλίδας και οργασμικής δυσλειτουργίας. (Gruenwald et al., 2007)

Έρευνα που διεξήχθη από το Σεπτέμβριο 2009 μέχρι τον Ιούνιο 2010, στην Τεχεράνη (Ιράν) σε 226 γυναίκες έδειξε ότι 125 (55,3%) πληρούσαν τα κριτήρια για σεξουαλική δυσλειτουργία. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 35,7 χρόνια και τα αποτελέσματα ήταν: η διάρκεια της νόσου  $\geq 9$  χρόνια, η πορεία της νόσου (για τη δευτερογενή προϊούσα ΣκΠ) και η κατάθλιψη συμβάλλουν στη σεξουαλική δυσλειτουργία γυναικών με ΣκΠ, ενώ δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής δυσλειτουργίας και ηλικίας. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η διάρκεια της ασθένειας συσχετιζόταν με τη σεξουαλική δυσλειτουργία, πράγμα που σημαίνει ότι, καθώς περνά ο χρόνος, θα προκύψει αυξημένη σεξουαλική δυσλειτουργία, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγηθεί από το ότι η ΣκΠ ενδέχεται να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη σχέση μεταξύ των ασθενών και των σεξουαλικών

συντρόφων τους, καθώς και ότι τα υψηλά επίπεδα στρες (ψυχικής έντασης) των συντρόφων των ασθενών επηρεάζουν τη συναισθηματική και σεξουαλική τους λειτουργία.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν επίσης ότι υπάρχει μία ευθεία σχέση μεταξύ της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις γυναίκες με ΣκΠ και της προϊούσας μορφής της νόσου· και τέλος ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία σε αυτόν τον πληθυσμό, ο οποίος βιώνει ελλειμματικότητες, περιορισμούς δραστηριότητας και απρόβλεπτη πρόγνωση της νόσου, με αποτέλεσμα να προκαλούνται διαταραχές στη διάθεση και την επιθυμία του. αλλά και η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει δυσμενή επίπτωση στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με ΣκΠ.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής για την αξιολόγηση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας χρησιμοποιήθηκε ο Female Sexual Function Index ( Δείκτης Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας-, FSFI), για τη νευρολογική λειτουργία η Expanded Disability Status Scale (Βελτιωμένη Κλίμακα Κατάστασης Αναπηρίας, EDSS) και η κατάθλιψη αξιολογήθηκε με την Beck Depression Inventory – II (Κλίμακα κατάθλιψη του Beck, BDI-II)

(Mohammadi et al, 2013)

Η σχέση σεξουαλικής δυσλειτουργίας και προβλημάτων λειτουργίας της κύστης και των εντέρων αποτέλεσε το αντικείμενο μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε 209 ασθενείς, με διάρκεια της νόσου 9-19 έτη. Από αυτούς 57,5% παρουσίαζαν δυσλειτουργία της κύστης, 41,3% δυσλειτουργία του εντέρου και 51% σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία αυξανόταν με την ηλικία, το χρόνο έναρξης και τη διάρκεια της νόσου, καθώς και το στάδιο ή τη μορφή της νόσου. (Στη δευτερογενή προϊούσα μορφή το 70% χειροτέρευε μέσα στα 8 χρόνια παρατήρησης, σε αντίθεση προς τους ασθενείς με υποτροπιάζουσα διαλείπουσα μορφή της νόσου, που λιγότερο από 30% χειροτέρευε).

(Bakke et al, 1996)

Οι Lew – Starowicz, and Rola (2014) έδειξαν ότι η πορεία και η διάρκεια της νόσου επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργικότητα των ασθενών (οργανωτική λειτουργία, διέγερση για τις γυναίκες, συνολική ικανοποίηση για τους άντρες), επίσης η κατάθλιψη (σύμφωνα με την απογραφή κατάθλιψης Beck), συμβάλλει στη σεξουαλική δυσλειτουργία (52,1% των ασθενών με κατάθλιψη παρουσίαζαν σεξουαλική δυσλειτουργία μεγαλύτερη από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς με ΣκΠ, ως προς την επιθυμία, τη στυτική λειτουργία και τη συνολική ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή σε άντρες και ως προς τον οργανισμό και την απόλαυση για τις γυναίκες).

Άλλη έρευνα, ειδικά για τις γυναίκες, των Lew – Starowicz and Rola (2013) κατέληξε σε ενδιαφέρουσες διαπιστώσεις σχετικά με τον επιπολασμό συγκεκριμένων σεξουαλικών δυσλειτουργιών, των οποίων όμως τα οριστικά δεδομένα παραμένουν ασαφή.

Από 137 γυναίκες με ΣκΠ, που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας (Female Sexual Function Questionnaire, SFQ 28) και υποβλήθηκαν σε νευρολογική

εκτίμηση, μόνο 2,2% είχε συζητήσει τις ανησυχίες του ως προς τη σεξουαλική λειτουργία με γιατρό. Το 70,1% (96 γυναίκες) ανέφερε σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ μία τουλάχιστον σεξουαλική δυσλειτουργία βρέθηκε στο 82,5%, δηλαδή μειωμένη επιθυμία (57,7%), δυσλειτουργία ως προς τη διέγερση (μειωμένη αίσθηση των γεννητικών οργάνων 47,3%, μειωμένη λίπανση 48,4%, μειωμένη υποκειμενική διέγερση 45,2%), δυσλειτουργία του οργασμού (39,8%) και πόνος (5,7%). Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες ήταν λιγότερο πιθανές σε γυναίκες που αξιολογούν θετικά τη σχέση τους, αλλά πιο συχνές σε ηλικιωμένες ασθενείς και σε εκείνες που είχαν θετικό ιστορικό κατάθλιψης.

Η μέση ηλικία των 137 γυναικών ήταν	50,7 ± 7,0 έτη
η διάρκεια της νόσου	16,4 ± 8,6 έτη
η ηλικία εμφάνισης της νόσου	34,7 ± 9,2 έτη
και η διάρκεια της σχέσης	24,5 ± 10,5 έτη

Η μέση βαθμολογία στη Διευρυμένη Κλίμακα Κατάστασης Αναπηρίας (Expanded Disability Status Scale, EDSS) ήταν 5,2 ± 0,2 μονάδες, ενώ 94 ασθενείς ανέφεραν συννοσηρότητες και ιστορικό κατάθλιψης (30 ασθενείς), υπέρταση (15) και οστεοαρθρίτιδα (10).

Οι 96 γυναίκες (70,1%) που δήλωσαν σεξουαλικά ενεργές, είχαν σταθερές σχέσεις, (εν αντιθέσει προς εκείνες που ζούσαν μόνες ή ήταν χήρες), τις οποίες αντιλαμβάνονταν ως θετική εμπειρία. Η πλειοψηφία του συνόλου των 137 γυναικών είχε παιδιά, 18 γυναίκες (13,1%) είχαν ιστορικό αποβολής (που σημειώθηκε μετά την έναρξη της ΣκΠ), 43 (31,4%) ήταν έγκυες και 32 (23,4%) γέννησαν μετά την έναρξη της ΣκΠ.

Λιγότερα από τα μισά άτομα (41,5%) ισχυρίστηκαν ότι η σεξουαλική τους ζωή επιδεινώθηκε, για το 55,4% δεν άλλαξε και μόνο για το 3,1% βελτιώθηκε μετά τη έναρξη της ΣκΠ.

Σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των ομάδων των νεότερων (≤45 ετών) και των πιο ηλικιωμένων (≥56 ετών) στις κατηγορίες της Επιθυμίας και της Διέγερσης, καθώς και στη συνολική βαθμολογία τους στο SFQ 28, υπέρ των νεοτέρων. Οι ασθενείς με θετικό ιστορικό κατάθλιψης (23,4%) σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες από ό,τι άλλες στους τομείς επιθυμίας, διέγερσης – αίσθησης και απόλαυσης. Η αξιολόγηση της εμπειρίας της σχέσης σε γυναίκες με ΣκΠ δεν ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία τους ή τη βαθμολογία στην κλίμακα EDSS, ενώ στο SFQ28 ήταν σαφώς διαφορετικές σε ασθενείς που αξιολόγησαν τις σχέσεις τους αρνητικά. Μόνο 3 γυναίκες (2,2%) από το σύνολο των ασθενών έχουν δοκιμάσει σεξουαλική θεραπεία ή θεραπεία ζεύγους, συμπεριλαμβανομένης της συζήτησης των σεξουαλικών θεμάτων τους με ένα γιατρό, ψυχολόγο ή ψυχοθεραπευτή.

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες στις γυναίκες με ΣκΠ με σοβαρή επίπτωση στην ποιότητα ζωής των. Μελέτες αποκαλύπτουν:

- 34 - 85% αυτών των γυναικών αναφέρουν τουλάχιστον 1 σεξουαλική δυσλειτουργία
- 34,8% παρουσία πέντε ή περισσότερων σεξουαλικών δυσλειτουργιών



και 12,9% 10 ή περισσότερες δυσλειτουργίες.

Από την άποψη των σεξουαλικών δυσλειτουργιών:

στο 31,4 – 74,4 % των γυναικών με ΣκΠ αναφέρεται μειωμένη libido,

στο 35,7 – 48,4 % μειωμένη λίπανση,

στο 37 – 44,9 % οργασμική δυσλειτουργία,

στο 31 – 72 % δυσπαρευνία,

στο 26,9 – 47,3 % μείωση αισθητικότητας των γεννητικών οργάνων και

στο 24,8 – 29,5 % παρατηρούνται τριτογενείς ενοχλήσεις που περιλαμβάνουν την έλλειψη εμπιστοσύνης, το φόβο απόρριψης και τις ανησυχίες για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου.

(Cordeau and Courtois, 2014)

Έρευνα των Hulter and Lundberg (1995) σε 47 γυναίκες με προοδευτική ΣκΠ κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

28 γυναίκες (59,6%) ανέφεραν μείωση της libido

17 γυναίκες (36,2%) ανέφεραν μείωση της λίπανσης

5 γυναίκες (10%) αγνοούσαν αν έχουν λίπανση ή όχι

18 γυναίκες (38,3%) ανέφεραν μειωμένη ικανότητα οργασμού

6 γυναίκες (12,8%) δεν είχαν ποτέ οργασμό

61% γυναίκες ανέφεραν αισθητηριακή δυσλειτουργία στην γενετική περιοχή

76,6% ανέφεραν αδυναμία των μυών της λεκάνης

66% είχαν εντερικά προβλήματα

και 89,45% είχαν δυσλειτουργία της κύστης.

Οι αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία σχετίζονται με νευρολογικά συμπτώματα του ιερού οστού, όπως αδυναμία στην περιοχή της λεκάνης, δυσλειτουργίες της κύστης και του εντέρου, αταξία, ίλιγγος, καθώς και με την ηλικία και την εμφάνιση της εμμηνόρροιας. Συσχέτιση των σεξ. δυσλειτουργιών βρέθηκε με το βαθμό υπάρχουσας αναπηρίας, όπως αυτή αξιολογήθηκε με τη Διευρυμένη Κλίμακα Κατάστασης της Αναπηρίας (EDSS).

Μελέτη με 32 άνδρες και 219 γυναίκες ασθενείς με ΣκΠ μέσης ηλικίας αντιστοίχως 47,6 ετών (32-65) και 45,4 (22-77) έδειξε συσχέτιση σεξουαλικών δυσλειτουργιών (στύσης και εκσπερμάτισης) με αναπηρία των κάτω άκρων και δυσλειτουργία κύστης για τους άνδρες, και για τις γυναίκες ισχυρότερη συσχέτιση με την κόπωση και κοινά προβλήματα λίπανσης και οργασμού. Δε βρέθηκε συσχέτιση με τη διάρκεια της νόσου και την ηλικία για άντρες και γυναίκες. (Fraser, Mahoney and McGuirl, 2008) Όπως σε κάθε άνθρωπο, έτσι και στα άτομα με χρόνιες νόσους (ΣκΠ) η σεξουαλικότητα και η συντροφικότητα επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των. Πράγματι πολλοί ασθενείς με ΣκΠ έχουν βιώσει υψηλά επίπεδα σεξουαλικής δυσλειτουργίας, ανικανότητας στις σχέσεις, μειωμένη libido.

Ιδιαίτερα στους άντρες οι δυσλειτουργίες είναι: δυσκολία στύσης, έλλειψη ερωτικού ενδιαφέροντος, στις γυναίκες είναι μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, μείωση της libido, ανοργασμία. Δεν έχει αποδειχθεί η επίδραση της διάρκειας της νόσου στη σεξουαλική δυσλειτουργία.

(Schmidt et al, 2005)

Έρευνα του Mattson et al. (1995) είχε ως στόχο τον προσδιορισμό της συχνότητας και της φύσης της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, καθώς και της απόκρισής της σε φάρμακα σε 35 άνδρες και 65 γυναίκες ασθενείς, με ΣκΠ από τους οποίους το 63% ανέφερε μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα και το 35% δήλωσε ότι ενδιαφερόταν λιγότερο για την ερωτική πράξη από ό,τι πριν τη διάγνωση της ΣκΠ. Ένα υψηλότερο ποσοστό στους άνδρες (78%) από ό,τι στις γυναίκες (45%) ανέφερε ότι βίωσε σεξουαλική δυσλειτουργία. Οι άνδρες είχαν στυτική δυσλειτουργία, οι γυναίκες είχαν προβλήματα λίπανσης του κόλπου, ενώ και τα δύο φύλα είχαν προβλήματα μειωμένης αίσθησης και επίτευξης οργασμού. Η παρουσία της σεξουαλικής δραστηριότητας συνδέθηκε με την παρουσία προβλημάτων του ουροποιητικού, με ιστορικό θεραπείας και με πρόσφατη αναφορά κατάθλιψης. Δεν μπόρεσε να βρεθεί συσχετισμός μεταξύ της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και της διάρκειας της νόσου, του τύπου - μορφής της νόσου, του βαθμού αναπηρίας ή της παρουσίας κόπωσης. Είκοσι από 57 ασθενείς με σεξουαλική δυσλειτουργία ανέφεραν προβλήματα σχετικά με το γάμο τους. Σαράντα τρεις από 60 ασθενείς, οι οποίοι συζήτησαν τα σεξουαλικά προβλήματα με τους/τις συζύγους των και τέσσερις από έξι που κατέφυγαν σε επίσημη συμβουλευτική, βρήκαν αυτές τις λύσεις χρήσιμες.

Παραδόξως, θεραπείες με κορτικοστεροειδή που άρχισαν για άλλα προβλήματα, εκτός της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, οδήγησαν σε βελτίωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε πολλούς ασθενείς.

Η ανασκόπηση της επιστημονικής έρευνας, που εκτίθεται παραπάνω για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με ΣκΠ, συνοπτικά παρουσιάζεται στους παρακάτω πίνακες 7, 8.

Πίνακας 7. Σεξουαλικές διαταραχές σε ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) με Σκλήρυνση κατά Πλάκας.

Έρευνα	Πληθυσμός	Άνδρες	Γυναίκες	Σεξ. δυσλειτουργίες	Αίτια-Παράμετροι σεξ. δυσλειτουργίας
Mattson et al. (1995)	35 άνδρες +65 γυναίκες	78%	45%	Μειωμένη σεξ. δραστηριότητα, στυτική δυσλειτουργία. Μειωμένο σεξ. ενδιαφέρ. πρόβλημα λίπανσης. Άνδρες και γυναίκες είχαν προβλημ. μειωμένης αίσθησης και επίτευξης οργασμού.	Προβλήματα ουροποιητικού, ιστορικό θεραπείας, κατάθλιψη, προβλήματα σχετικά με το γάμο. Δε βρέθηκε συσχέτισμός με τη διάρκεια, τον τύπο και τη μορφή της νόσου, το βαθμό αναπηρίας και την κόπωση.
Bakke et al. (1996)	209 με διάρκεια νόσου 9-19 έτη		51%	Σεξουαλική δυσλειτουργία	Δυσλειτουργία κύστης 57,5%, Δυσλειτουργία εντέρου 41,3%, Η ηλικία, ο χρόνος έναρξης της νόσου, η διάρκεια, το στάδιο και η μορφή της.
Barack et al. (1996)	41 άνδρες + γυναίκες με υποτροπιάζουσα ΣκΠ	55%	50%	Μειωμένη libido 26,8% δυσκολία διέγερσης 19,5% Πρόωρη εκσπερμάτιση Ανοργασμία	Εγκεφαλ. στέλεχος + εστίες απομυελίνωσης κατάθλιψη.
Chandler et al. (1998)	70 άνδρες + γυναίκες μέσης ηλικίας 47 ετών	31 44%	39 56%		Νευρολογική αιτιολογία, αναπηρία, ψυχιατρική παθολογία, δυσλειτουργία στη σχέση.
Demirkiran et al. 2006			41 (80,4%)	Αρχική σεξ. δυσλ. μείωση libido  μειωμένη αίσθηση γεννητικών οργάνων δυσκολία διέγερσης δυσκολία στύσης	Μεγάλη ηλικία μορφή νόσου RRM.S  προβλήματα μνήμης, συγκέντρωσης, κύστης, εντέρων διάρκεια ασθένειας επιβάρυνση από τη νόσο, κατάθλιψη, άγχος, χαμηλό επίπεδο εκπ/σης.
Fraser et al. (2008)		32 μέσης ηλικίας 47,6 ετών	219 μέσης ηλικία 45,4 ετών	Σεξ. δυσλειτουργίες  Στύση – Εκσπερμάτιση  Κόπωση, λίπανση, οργασμός.	Αναπηρία κάτω άκρων, δυσλειτουργία κύστης.  Δε βρέθηκε συσχέτιση με τη διάρκεια της νόσου και των ηλικία των ασθενών.
Lew. Starowicz et al. (2014)			52,1%	- Επιθυμία, στυτική λειτουργία, ικανοποίηση για τους άντρες - οργασμός, απόλαυση για τις γυναίκες	Η πορεία και η διάρκεια της νόσου, η κατάθλιψη.

Πίνακας 8. Σεξουαλικές διαταραχές σε γυναίκες ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκα

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Έρευνα	Πληθυσμός	Αριθμός	Ποσοστά	Σεξουαλικές δυσλειτουργίες	Αίτια -παράμετροι σεξ. διαταραχών
Hulter et al. (1995)	47 γυναίκες με προοδευτική ΣκΠ	28 17 24	59,6% 36,2% 50,8% 61% 76,6% 66% 89,4%	μείωση libido μείωση λίπανσης δυσλ/ργία οργασμού αισθητηριακή δυσλειτουργία στη γενετική περιοχή αδυναμία των μυών της λεκάνης προβλήματα εντέρων δυσλειτουργία κύστης	Νευρολογικά συμπτώματα ιερού οστού, όπως αδυναμία περιωχής λεκάνης, δυσλειτουργία κύστης και εντέρου, αταξία, ίλιγγος, ηλικία, εμφάνιση εμμηνόρροιας, αναπηρία.
Gruenwald et al. (2007)	41 ηλικίας 21-56 ετών και διάρκεια νόσου 10 έτη		61% 54%	μειωμένη libido ανοργασμία	εστίες απομυελίνωσης στην παρεγκεφαλίδα
Lew-Starowicz et al. (2013)	137 γυναίκες ηλικίας 50,7 ± 7,0 έτη.		96 (70,1%) 82,5% 57,7% 47,3% 48,4% 45,2% 39,8% 5,7%	Υπαρξη σεξ. δραστ/τας 1 τουλάχιστον σεξ. δυσλειτουργία μειωμένη επιθυμία μειωμένη αίσθηση γεννητ. οργ. μειωμένη λίπανση μειωμένη διέγερση δυσλ/ργία οργασμού δυσπαρευνία (πόνος)	Αρνητική αξιολ/ση σχέσης. Μεγαλύτερη ηλικία Ιστορικό κατάθλιψης
Mohammadi et al. (2013)	226 γυναίκες μέσης ηλικίας 35,7 ετών με δευτερ. προϊούσα ΣκΠ και διάρκεια νόσου ≥ 9 έτη	125	55,3%	Σεξουαλική δυσλειτουργία	Η διάρκεια της νόσου, η σοβαρότητα και η μορφή της και η κατάθλιψη λόγω των περιορισμών της δραστηριότητας και της απρόβλεπτης πρόγνωσης της νόσου. Δεν υπήρξε συσχέτιση με την ηλικία.
Cordeau et al. (2014)			31,4-74,4% 35,7-48,4% 37-44,9% 31-72% 26,9-47,3% 24,8-29,5%	μειωμένη libido μειωμένη λίπανση οργασμική δυσλ/ργία δυσπαρευνία μείωση αισθητικότητας των γεννητικ. οργάνων έλλειψη εμπιστοσύνης, φόβος απόρριψης, ανησυχία για τη σεξ. ικανοποίηση του συντρόφου	

### Συζήτηση – Αποτελέσματα

Οι μελέτες που παρουσιάστηκαν (Πίνακες 7, 8) στην παρούσα ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με ΣκΠ, άνδρες και γυναίκες, ορισμένες κατά μέσον όρο, ηλικίας, σε κάποιες περιπτώσεις με συγκεκριμένη μορφή της νόσου, λαμβάνοντας υπόψη τη διάρκεια και το στάδιο της ΣκΠ, καθώς και το βαθμό αναπηρίας των πασχόντων σε συνδυασμό με τα συμπτώματα της ΣκΠ (νευρολογικά, ψυχοσωματικά) και την οικογενειακή τους κατάσταση (αν δηλαδή είναι έγγαμοι ή συζούν ή είναι μοναχικά άτομα).

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών με άλλα συμπτώματα της ΣκΠ περιλαμβάνουν:

M.S.I.S.Q - 19	Ερωτηματολόγιο οικειότητας και σεξουαλικότητα στη ΣκΠ. (Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire)
SFQ 28	Ερωτηματολόγιο σεξουαλικής λειτουργίας θηλέων (Female Sexual Function Questionnaire)
EDSS	Διευρυμένη κλίμακα κατάστασης Ανικανότητας (Expanded Disability Status Scale)
PDSS	Καθορισμένα βήματα νόσου του ασθενούς (Patient Determined Disease Steps)
PS	Η κλίμακα απόδοσης (Performance Scale)
FIM	Το μέτρο λειτουργικής ανεξαρτησίας (The Functional Independence Measure)
SSS	Έρευνα σεξουαλικής ικανοποίησης (Sexual Satisfaction Survey)
QST	Ποσοτική αισθητηριακή δοκιμασία (που αξιολογεί γεννητικά νευρολογικά ελλείμματα) (Quantitative Sensory Testing)

Οι διαπιστούμενες σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι: για τους άντρες: μειωμένη libido, δυσκολία διέγερσης, ανοργασμία, στυτική δυσλειτουργία, πρόωρη εκπερμάτιση, για τις γυναίκες: μειωμένη libido, δυσκολία διέγερσης, ανοργασμία, κόπωση, μειωμένη λίπανση του κόλπου, μειωμένη αισθητικότητα των γεννητικών οργάνων, αδυναμία των μυών της λεκάνης, δυσπαρευνία, φόβος απόρριψης από το σύντροφο, ανησυχία για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου.

Ως παράμετροι των σεξουαλικών δυσλειτουργιών ενέχονται: εστίες απομυελίνωσης στο εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και το ιερό οστό, η αταξία και ο ίλιγγος, η αναπηρία των κάτω άκρων, η δυσλειτουργία κύστης και του εντέρου, ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, δυσλειτουργία

στη σχέση και προβλήματα στο γάμο, κατάθλιψη, εμμηνόρροια (για τις γυναίκες). Για τη σχέση της ηλικίας των ασθενών, καθώς και της διάρκειας και του σταδίου της νόσου, με τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες, τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αντιφατικά και συζητήσιμα. Δεν εξετάζεται στις μελέτες η συσχέτιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών με φαρμακευτική θεραπεία ή ψυχοκοινωνική παρέμβαση κατά πόσον αποτελεσματική είναι η καθεμία ξεχωριστά και σε σύγκριση μεταξύ των. Για τα αποτελέσματα των ερευνών είναι βασικό οι έρευνες να γίνονται σε μεγαλύτερο αριθμό πληθυσμών.

Είναι φανερό ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι ένα σοβαρό θέμα, πολυπαραγοντικό, για τους ασθενείς με ΣκΠ, άντρες και γυναίκες, που δεν πρέπει να αποκρύπτεται από τους ίδιους τους ασθενείς, ούτε να αγνοείται από τους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα η έρευνα του τομέα αυτού της ΣκΠ φαίνεται να είναι περιορισμένη μέχρι ελλιπής, πράγμα που σημαίνει ότι αποτελεί ευρύ πεδίο για τους μελλοντικούς μελετητές. Αυτό κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε επίπεδο σωματικο-αισθητηριακό - αισθητικό - ψυχικό υπό το πρίσμα μιας ολιστικής αξιολόγησης και θεραπείας της νόσου.

### **Ο ρόλος της κοινωνίας**

Η έρευνα έχει δείξει ότι στα συμπτώματα της ΣκΠ περιλαμβάνεται η σεξουαλική δυσλειτουργία τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες ασθενείς. Ωστόσο, ενώ η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι συχνή επιπλοκή της ΣκΠ, οι ασθενείς μπορεί να είναι απρόθυμοι να τη συζητήσουν, είτε γιατί δεν ξέρουν ότι είναι σύμπτωμα της νόσου, είτε γιατί την αποδίδουν σε δική τους προσωπική ανεπάρκεια, είτε γιατί αγνοούν ότι είναι συχνά θεραπεύσιμη. Οποσδήποτε όμως η σεξουαλική ζωή αποτελεί αυστηρά προσωπικό ευαίσθητο θέμα, που καλύπτεται από «ένα τείχος σιωπής», με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα μιας ειλικρινούς συζήτησης γι αυτό από τους ασθενείς με ΣκΠ.

Επιστήμονες από το Ινστιτούτο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας στη Βαρσοβία πραγματοποίησαν έρευνα σε 67 άνδρες με ΣκΠ και σεξουαλικές δυσλειτουργίες, που έδειξε ότι μόνο το 6% είχε συζητήσει γι αυτές με γιατρό, ενώ από τις γυναίκες σε άλλη έρευνα του ίδιου Ινστιτούτου, μόνο το 2,2% ανέφερε στο γιατρό του τις σεξουαλικές δυσκολίες του. Αλλά και οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι παραβλέπουν αυτή την παρενέργεια της ΣκΠ, είτε γιατί τη θεωρούν δευτερεύουσα είτε γιατί ως αυστηρά προσωπικό δεδομένο δεν το συζητούν, αν δεν το θίξει με δική του πρωτοβουλία ο ασθενής. (Burtchell, 2014)

Επομένως στο επίπεδο των ασθενών απαιτείται **διαχείριση** των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, στην οποία εμπλέκεται η ουσιαστική συμμετοχή των συντρόφων των ασθενών, ενώ στο επίπεδο της **αντιμετώπισης - θεραπείας** είναι βασική και αναγκαία η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας. Η διαχείριση και η αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στους ασθενείς με ΣκΠ οριοθετούν το ρόλο της κοινωνίας σε σχέση με αυτές.

Μετά τη διάγνωση και κατά την πορεία και εξέλιξη της νόσου οι ασθενείς μπαίνουν σε ένα διαρκές πρόγραμμα ιατρικής φροντίδας και αποκατάστασης, αναγκάζονται να επαναπροσδιορίσουν όλες τις ανάγκες των, να αποδεχτούν τα ελλείμματα λειτουργικότητάς των, ακόμη και την αναπηρία τους, να διαφοροποιήσουν τις προηγούμενες προσδοκίες και τις σχέσεις των, ιδιαίτερα τις διαπροσωπικές και αυτές με το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον τους.

Οι ασθενείς αισθάνονται μειονεκτικά μέσα στη σχέση, με τους/τις συντρόφους των, νιώθουν ελλειπείς, ντρέπονται για το σώμα τους, έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση, απομονώνονται, αποστασιοποιούνται, ενώ μπορεί η συναισθηματική των επικοινωνία να αμβλύνεται ή να περνά περιόδους ζηλοτυπικών εκρήξεων. Η ζήλια «εγώ είμαι άρρωστος, ενώ εσύ είσαι καλά» κατατρώνει πολλές φορές τη σχέση που γίνεται τυραννική συμβίωση, ενώ οι ασθενείς εξωθούν με τη στάση των τους υγιείς συντρόφους των σε εγκατάλειψη, χωρισμό. Αλλά και οι υγιείς σύντροφοι των ασθενών αναλαμβάνοντας το ρόλο του «νοσοκόμου» χάνουν με τον καιρό κάθε ερωτική και σεξουαλική αίσθηση, ενώ παράλληλα διακατέχονται από φόβο για την πορεία της υγείας των άρρωστων συντρόφων τους και από ενοχές, αν πράγματι τους παραστέκονται όσο πρέπει, ενώ περιορίζουν τις δραστηριότητες της προσωπικής των ζωής και τις φιλικές των σχέσεις, για να μην προκαλέσουν τη ζηλοτυπία των συντρόφων τους.

Πάντως οι τρόποι συμπεριφοράς και οι αντιδράσεις μπορεί να είναι διαφορετικές σε κάθε ζευγάρι. Η αλήθεια είναι ότι η αποδοχή του γεγονότος της ασθένειας, η διατήρηση της επικοινωνίας στο ζευγάρι και η προσαρμογή στα νέα δεδομένα της σχέσης αποτελούν βασικές προϋποθέσεις να παραμείνει το ζευγάρι μαζί. Αυτές οι προϋποθέσεις διασφαλίζουν την εγγύτητα, οικειότητα, την ποιότητα της σχέσης. (Ασκητής, 1986). Βάσει των ισχυρισμών των Lew - Starowicz and Rola (2013) η σεξουαλική ανταπόκριση και τα ζητήματα των σχέσεων, όπως η οικειότητα ως προς τη σεξουαλική λειτουργία, οι συμπεριφορές και η ικανοποίηση εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό η μία από την άλλη.

Αντίθετα η δυσλειτουργία της σχέσης σε άτομα με νευρολογική αναπηρία, έχει στενή συσχέτιση με τη σεξουαλική δυσλειτουργία. (Chandler et al., 1998)

Η αντιμετώπιση - θεραπεία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στους ασθενείς με ΣκΠ συνιστά το δεύτερο στοιχείο του ρόλου της Κοινωνίας. Το προσωπικό των επαγγελματιών υγείας, που δεν περιορίζεται στους νευρολόγους, αλλά περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες (ουρολόγο, σεξολόγο, γαστρεντερολόγο, γυναικολόγο, ψυχίατρο, ψυχολόγο, φυσικοθεραπευτή, φυσίατρο, ειδικευμένους νοσηλευτές, κοινωνικό λειτουργό, λογοθεραπευτή και εργασιοθεραπευτή) καλείται να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Πρωτίστως ο νευρολόγος αξιολογεί τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες, αποκλείοντας υποκείμενα αίτια (αγγειακή νόσος, διαβήτης, φάρμακα καρδιολογικά, αντικαταθλιπτικά, ορμονικές διαταραχές, νεφρική ή ηπατική νόσος, νόσος του Parkinson, τραύματα του νωτιαίου μυελού, προστάτης, καρκίνος, ναρκωτικά, αλκοόλ, κάπνισμα, ψυχολογικά αίτια - κατάθλιψη), στη συνέχεια ενημερώνει σχετικά τον ασθενή με ειλικρίνεια, χωρίς

ψεύτικους καθησυχασμούς, και διαμορφώνει μια θεραπευτική σχέση που περιλαμβάνει τον/την ασθενή με την/τον σύντροφό τους – και το γιατρό για την αποτροπή της «συνωμοσίας της σιωπής». Αναγκαία είναι επίσης η ενίσχυση μέσα από αναζήτηση διαθέσιμων πηγών υποστήριξης π.χ. εταιρίες, συλλόγους ασθενών με ΣκΠ, καθώς και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (συμβουλευτική ή υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις), και η σωματική άσκηση (π.χ. ασκήσεις πυελικού εδάφους) που, έμμεσα, βελτιώνει το συναίσθημα και την αυτοεκτίμηση (Ιακωβίδης, 2010), η ενίσχυση των οποίων αποτελεί ουσιαστική παράμετρο για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Οι Foley et al (2001) έδειξαν ότι η ψυχοθεραπεία βελτίωσε αισθητά την επικοινωνία, την ικανοποίηση από τη συζυγική (δυναδική) σχέση και τη σεξουαλική ικανοποίηση.

Για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών με φάρμακα προτείνονται ενδεικτικά: Στους άνδρες για τη στυτική δυσλειτουργία: από του στόματος σιλντεναφίλη (Viagra), ενέσιμα αγγειοδιασταλτικά (παπαβερίνη, φεντολαμίνη), προσταγλαδίνη E1. (Αγγελάκης, 2011)

Στις γυναίκες για την κολπική ξηρότητα: υδατοδιαλυτά λιπαντικά.

για τη δυσπαρενία: καρβαζεπίνη (Tegretol), φαινυτοΐνη (Epanutin). (Ωρολογάς, 2005)

Τα αναφερόμενα παραπάνω φάρμακα δεν αρκούν, για να αντιμετωπίσουν όλες τις μορφές δυσλειτουργιών σε άνδρες και γυναίκες με ΣκΠ. Γι αυτό προτείνονται και άλλες παρεμβάσεις, μη φαρμακευτικές: συσκευές κενού - αντλίες, εμφυτεύματα πέους, αγγειακή χειρουργική επέμβαση ως έσχατη λύση, χαρτογράφηση περιοχών του σώματος ευαίσθητων στην ευχαρίστηση και συμβουλευτική για τους δύο συντρόφους με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας ή εκπαιδευμένο θεραπευτή σεξουαλικής υγείας, που μπορεί να αντιμετωπίσει τόσο τα φυσιολογικά όσο και τα ψυχολογικά υποκείμενα αίτια των σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Βελονισμός - παραδοσιακή κινέζικη ιατρική έχουν χρησιμοποιηθεί προ αίωνων για τη θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Γιόγκα - Διαλογισμός μπορεί να μειώσουν το stress και να ανακουφίσουν από το άγχος για τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Τέλος διατροφή, συμπληρώματα, βότανα μπορεί να βοηθήσουν, πάντα όμως, σε συνεργασία με το γιατρό.

Η εξέταση του ρόλου της κοινωνίας για τη διαχείριση, τη διάγνωση και αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών απαιτεί και τη διερεύνηση του διαπολιτισμικού υπόβαθρου, εθνοτικού, θρησκευτικού, πολιτιστικού, που μπορεί να εξηγήσει τις σεξουαλικές επιθυμίες, τις προσδοκίες και συμπεριφορές των ασθενών. Η αντίληψη ότι η σεξουαλική ζωή θεωρείται «ταμπού» κάτι που απαγορεύεται να πλησιάσει ή κατονομάσει κανείς, επειδή θεωρείται ιερό (για το Ισλάμ είναι θείο δώρο, για τον Ινδουϊσμό προτεραιότητα έχει η ικανοποίηση των αισθήσεων) ή μιαρό (για τη Χριστιανική διδασκαλία η σεξουαλικότητα είναι αποτέλεσμα του προπατορικού αμαρτήματος, είναι μίσημα), έχει ως αποτέλεσμα να μη συζητείται από τους ενδιαφερομένους (στη δυναδική σχέση) με τους επαγγελματίες υγείας, που και αυτοί ως φορείς ανάλογων προκαταλήψεων αντιμετωπίζουν ίσως τη σεξουαλική ζωή των ασθενών χωρίς την απαιτούμενη προσοχή, την αγνοούν ή την ξεχνούν.



Η αντίληψη ότι η στυτική δυσλειτουργία καθιστά τον άνδρα «ανίκανο» προϋποθέτει τη στερεοτυπική αντίληψη για το «αρσενικό» που προσδιορίζεται από τις σεξουαλικές του επιδόσεις. Η αντίληψη πάλι ότι η μείωση της libido ή η έλλειψη οργασμού χαρακτηρίζει την «ψυχρή» γυναίκα, έχει σχέση με την κουλτούρα της εποχής που επιβάλλει καταναγκαστικά την αναζήτηση οργασμού για το «θηλυκό». Αυτονόητο είναι, ότι οι αντιλήψεις αυτές στερούνται επιστημονικής βάσης, όμως ισχύουν στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, που έχουν πανσεξουαλικό προσανατολισμό και χαρακτηρίζονται από την αναζήτηση περισσότερων απολαύσεων και την απενοχοποίηση της ηδονής, έτσι που να καταλήγουν σε μια «νευρωτική πολυγαμία», η οποία δε συνοδεύεται από μίαν ουσιαστική σχέση.

Ακόμη υφίσταται ο μύθος ή το στερεότυπο ότι ασθενείς με χρόνιο νόσημα και πιθανή αναπηρία, όπως είναι τα άτομα με ΣκΠ, δεν μπορεί να έχουν σεξουαλικότητα, είναι εξαρτημένα και έχουν ανάγκη μόνον προστασίας, «μητρικής» ή «φιλικής», και πρέπει να σχετίζονται με ανθρώπους που έχουν τα ίδια προβλήματα, ενώ η ελκυστικότητά τους κρίνεται με βάση τα κοινωνικά στερεότυπα, δηλαδή τη νοοτροπία να βλέπουμε όχι τον άνθρωπο, αλλά την εξωτερική εικόνα των ασθενών με ΣκΠ, η οποία, τις περισσότερες φορές, δεν ανταποκρίνεται στα ιδανικά πρότυπα ομορφιάς της κοινωνίας.

Η ζωή όμως συνεχίζεται, όσο και αν φαίνεται δύσκολη, είναι αξιοπρόσεκτη, αισιόδοξη, γεμάτη ελπίδα. Οι ασθενείς με ΣκΠ προσπαθώντας να αναπτύξουν πέραν των λειτουργικών δυνατοτήτων τους, την ίδια την ποιότητα ζωής των αναζητούν και την ερωτική ζωή, όχι ως κάτι υπερβολικό, πολυτελές και περιττό, αλλά ως μια αναγκαία και σημαντική παράμετρο, που θα τους δώσει χαρά και απόλαυση. Σήμερα μέσα στην ιατρική ομάδα σε πολλά σύγχρονα κέντρα υπάρχει και ο ειδικός κλινικός ψυχίατρος και ψυχολόγος που προσεγγίζει το θέμα της σεξουαλικής ενεργοποίησης των ασθενών, εφαρμόζοντας θεραπευτικές τεχνικές που αυξάνουν τη σεξουαλική επιθυμία, την αισθητηριακή διέγερση και την αναζήτηση μιας πλήρους σωματο-αισθητηριακής ικανοποίησης, εφόσον οι κλασικές ερωτογενείς ζώνες έχουν αποκλεισθεί λόγω της νόσου, και των συμπτωμάτων της.

Καθώς η σεξουαλική ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική εμπειρία που μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει επίσης να εστιάσουν στην ενίσχυση της σχέσης του ζευγαριού, αυξάνοντας τις δεξιότητες ικανοποίησης και επικοινωνίας του, προκειμένου αυτές να επηρεάσουν θετικά τη σεξουαλική ικανοποίηση. (Mohammadi and al, 2013)

Η σεξουαλική ενεργοποίηση και η αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στους ασθενείς με ΣκΠ, που αισθάνονται τη ζωή τους να αλλάζει και να ανατρέπεται μέσα από το τραυματικό σωματικό και ψυχικό γεγονός της εγκατάστασης της νόσου αποτελεί σημαντική και καθοριστική στάση ενίσχυσης της ζωής των προσφέροντας την προσδοκία μιας καλύτερης, ποιοτικής ζωής. (Ασκητής, 1986)

## **Συμπέρασμα**

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες αποτελούν σημαντική πτυχή των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΣκΠ, πέραν των υπόλοιπων αισθητηριακών, λειτουργικών, κινητικών και ψυχολογικών, ως αποτέλεσμα της νόσου. Είναι ανάγκη οι δυσλειτουργίες αυτές να συγκεντρώσουν το ενδιαφέρον και την προσοχή των ερευνητών - μελετητών (αποτελούν ευρύ πεδίο έρευνας), οι ίδιοι ασθενείς με τους συντρόφους των να συζητούν γι' αυτές με τους επαγγελματίες υγείας και οι τελευταίοι να μην τις θεωρούν αμελητέα παράπονα ή να τις αντιπαρέρχονται, υπερβαίνοντας ασθενείς και ιατρικό προσωπικό στερεοτυπικές σχετικές αντιλήψεις και κοινωνικές προκαταλήψεις.

Η σεξουαλική δραστηριότητα και η αναζήτηση απόλαυσης και συνακόλουθης χαράς είναι ανάγκη και δικαίωμα για τα άτομα με ΣκΠ, αδιαφιλονίκητη και αδιαπραγμάτευτη προϋπόθεση της ποιότητας της ζωής των.

## **Βιβλιογραφία**

Αγγελάκης, Κ.Κ. (2011) **Μελέτη πολυμορφισμών των γονιδίων των κυτταροκινών σε ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας**. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα.

Αγγελόπουλος, Ν.Β. (2009) **Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Μια σύγχρονη Ψυχιατρική**. σ.155-173, 467-70.

Ασκητής, Θ. (1986). **Το σεξ είναι ζωή και ο έρωτας δικαίωμα**.  
(<http://www.askitis-cy.com/index.php/el/barner-topics/15-kinitiki-anapiria> [8 Φεβρ. 2015])

Bakke, A., Myhr, K.M., Gronning, M., Nyland, H. (1996). **Bladder, bowel and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis – a cohort study**. *Scandinavian Journal of Urology and Neuphrology, Supplementum*. 179, 61-6. (PMID: 8908666).

Barack, V., Achiron, A., Elisur, A., Gabbay, U.,N, Sarova-Pinhas, J. (1996) **Sexual dysfunction in relapsing-remitting multiple sclerosis: magnetic resonance imaging, clinical and psychological correlates**. *J. Psychiatry Neurosci* (21) 4, 255-8.

Βενετίκου, Σ. Μ., Μπενετάτου, Κ. (2013) **Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα στην ιστορική της εξέλιξη. – Διαπολιτισμικές προσεγγίσεις. Το Βήμα του Ασκληπιού**. 12 (3).

Burtcell, J. (2014) **Sexual Dysfunction: An Overlooked Side Effect of M.S**.  
<http://translate.googleusercontent.com/translate-c?depth=1Qhl=el@prev...search%3F...> [25 Οκτ.2014]

Chandler, J.B., Brown, S. (1998) **Sex and relationship dysfunction in neurological disability**. *J Neurol. Neurosurg Psychiatry*. 65, 877-80

Compston, A., Coles, A. (2002) **Multiple sclerosis**. *Lancet*. 6 (359) 1221-31.

Compston, A. (1998) **Adapted, Distribution of Multiple Sclerosis in Mc Alpine's M.S**. 3th ed. London: Churchill Livingstone.

- Cordeau, D., Courtois, F. (2014) **Sexual disorders in women with M.S : Assessment and management (Troubles sexuels chez les femmes atteintes de sclérose en plaques : évaluation et prise en charge)** *Annals 338 of Physical and Rehabilitation Medicine*. 57, 337-47.
- Demirkiran, M., Sarica, Y., Uguz, S., Verdelen, D., Aslan, K. (2006) **Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences?** *Mult. Scler.* 12 (2) 209-14.
- Foley, F.W., La Rocca, N.G., Sanders, A.S. (2001) **Rehabilitation of intimacy and sexual dysfunction in couples with multiple sclerosis.** *J. Multiple sclerosis*. Pudmed
- Fraser, C., Mahoney, J., McQuirl, J. (2008) **Correlates of sexual dysfunction in men and women with multiple sclerosis.** *J. Neurosc Nurs* 40 (5), 312-7
- Gruenwald, I, Vardi, Y., Gartman, J., Juven, E., Sprecher, E., Yarnitsky, D., Miller, A. (2007) **Sexual dysfunction in females with multiple sclerosis: quantitative sensory testing.** *Mult. Scler.* 13 (1) 95-105.
- Hopkins, J. (1999) **Easy Exercise.** <http://www.intelihealth.com> [3Ιαν. 2015]
- Hopkins, J. (1999) **Should you try alternative Therapy?** <http://www.intelihealth.com> [3Ιαν. 2015]
- Hulter, B.M., Lundberg, P.O. (1995) **Sexual function in women advanced multiple sclerosis.** *J Neurol. Neurosurg Psychiatry* 59, 83-6
- Ιακωβίδης, Α. Ι. (2010) **Ψυχικά προβλήματα σε ασθενείς με ΣκΠ.** Πρακτικά 8<sup>οο</sup> Πανελλήνιου Συνεδρίου Ελλην. Εταιρ. για τη ΣκΠ. 26-28 Μαΐου Θεσσαλονίκη.
- Inglese, M. (2000) **Όταν η απόλαυση γίνεται δύσκολη. Ενημέρωση M.S. (18)** 3-4.
- Κουτσουράκη, Ε., Αργυροπούλου, Μ., Μπαλογιάννη, Γ., Αγγέλου, Δ., Μπαλογιάννης, Σ. (1999) **Νευροψυχολογικά διαταραχαι εις ασθενεις με ΣκΠ.** *Εγκέφαλος* 36, 63-8
- Κουτσουράκη, Ε., Αγγουριδάκη, Χ., Τσαβδαρίδου, Β., Δουμπόγιας, Ι., Κώστα, Β., Μπαλογιάννης, Σ.Ι. (2004) **Κατάθλιψη και κυττοκίνες στη σκλήρυνση κατά πλάκας.** *Εγκέφαλος* 41, 59-62.

Κουτσουράκη, Ε., Μπαλογιάννης, Σ.Ι. (2012) **Νοητικές διαταραχές στη ΣκΠ. Εγκέφαλος, Αρχαία Νευρολογία και Ψυχιατρικής**. <http://www.encephalos.gr/full/43-4-06g.htm> [16 Ιαν. 2012]

Kurtzke, J.F., Hyllested, K. (1975) **Multiple sclerosis:an epidemic disease in the Faeroes. Trans AmNeurol. Assoc. 100**, 213-5.

Kurtzke, J.F., Hyllested, K. (1979) **Multiple sclerosis on the Faeroes inslands. Clinical and epidemiological features. Annals of Neurology 5**. 6-21

Kurtzke, J.F (1970) **Neurologic impairment in myltiple sclerosis and the disability status scale. Acta Neurol. Scand. 46 (4)**, 493-512.

Kurtzke, J.F. (2000) **Multiple sclerosis in time and space-geographic clues to cause. J. Neurovirol 6** παρ. 2, 134-40 Review.

Kurtzke, J.F. (1991) **Multiple sclerosis: changing times. Neuroepidemiology. 10 (1)**, 1-8 Review.

Kurtzke, J.F. (1983) **Rating neurologic impairment in multiple sclerosis:an expanded disability status scale (EDSS) Neurology. 33 (11)**, 1444-52.

Lew-Starowicz, M., Rola, R (2013) **Prevalence of Sexual Dufnctions Among Women with Multiple Sclerosis. Sex Disabil. 31 (2)** 141-53

Lew-Starowicz, M., Rola, R. (2014) **Correlates of Sexual Function in male and female patients with multiple sclerosis. J Sex Med. 11 (9)** 2172-80

Lundberg, P.O. (1978) **Σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Σεξουαλικότητα και αναπηρία. 1 (3)**, 218-22

Μάνος, Ν. (1997) **Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής**. Θεσσαλονίκη : University Studio Press, 657-94.

Mattson, D., Petrie, M., Srivastava, D.K., Mc Dermott, M. (1995) **Multiple Sclerosis. Sexual dysfunction and its response to medications. Arch Neurol. 52 (9)**, 862-8

Mohammadi, K., Rahnama, P., Mohseni, S.M., Sahraian, M.A., Montazeri, A. (2013) **Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. BMC. Neurology. 13. 83**

<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/13/83> [12 Ιουλίου 2013]

Μπαλογιάννης, Σ.Ι. (2004) **Νευρολογία. том. IV. Θεσσαλονίκη: εκδ. Πουρνάρα.**

Opsomer, R.J. (1996) **Management of male sexual dysfunction in Multiple Sclerosis. Sexuality and Disability (14) 1, 57-63 Springer.**

Ωρολογάς, Α. (2005) **ΣκΠ: Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Θεσσαλονίκη: Αυτοέκδοση.**

Παντελιάδης, Π. (2002) **Εγκυμοσύνη και Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ελλην. Εταιρ. για τη ΣκΠ. 27-29 Σεπτ. Θεσσαλονίκη: 162.**

Πήτα, Ρ., Κιοσέογλου, Γ. (2002) **Πολλαπλή Σκλήρυνση και ποιότητα ζωής. Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ελλην. Εταιρ. για τη ΣκΠ. 27-29 Σεπτ. Θεσσαλονίκη: 120-4.**

Πιπερίδου, Χ. (1999) **Εγκυμοσύνη και Λοχεία. Πρακτικά 4<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ελλην. Εταιρ. για τη ΣκΠ, 21-22 Νοεμ. 1998, Θεσσαλονίκη: 183-6.**

Πολυκανδριώτη, Μ., Κυρίτση, Ε. (2006) **Ποιότητα ζωής των ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Νοσηλευτική 45 (2) 207-14.**

Polman, CH., Reingold, S.C., Edan, G., Filippi, M., Hartung, H.P., Kappos, L., et al. (2005) **Diagnostic criteria of multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol. 58 (6) 840-6.**

Sadovnick, A.D., Baird, P.A., Ward, R.H. (1988) **Multiple Sclerosis: updated risks for relatives. Ann. J. Med. Genet. 29 (3) 533-41.**

Sadovnick, A.D., Baird, P.A. (1988) **The familial nature of multiple sclerosis: age-corrected empiric recurrence risks for children and siblings of patients. Neurology. 38 (6) 990-1**

Sadovnick, A.D., Bulman, D., Ebers, G.C. (1991) **Parent-child concordance in multiple sclerosis. Ann. Neurol. 29 (3) 252-5.**

Schmidt, E.Z., Hofmann, P., Niederwieser, G., Kapfhammer, H.P., Bonelli, R.M. (2005) **Sexuality in multiple sclerosis. J. Neurol Transm. 112 (9) 1201-11**

Τσολάκη, Μ. (1999) **Νευροψυχολογικές Διαταραχές στη ΣκΠ. Πρακτικά 4<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου για τη ΣκΠ, 21-22 Νοεμ. 1998, Θεσσαλονίκη: 165-9.**

Τσολάκη, Μ. (2002) **Νοητικές Διαταραχές στη ΣκΠ. Πρακτικά 6<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ελλην. Εταιρ. για τη ΣκΠ, 27-29 Σεπτ. Θεσσαλονίκη:96-101.**

Τσούνης, Σ. (1999) **Κλινική εικόνα και εργαστηριακή διάγνωση της ΣκΠ. Πρακτικά 4<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ελλην. Εταιρ. για τη ΣκΠ 21-22 Νοεμ. 1998, Θεσσαλονίκη, 37-40.**

Zhang, J., Hutton, G. (2005) **Role of magneti resonance imaging and immunotherapy in treating multiple sclerosis. Ann. Rev. Med. 56, 273-302.**