

dr Wiesław Ślósarz

Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski

Psychoseksualne aspekty w demencji

Wrocław, 13 grudzień 2002r.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w roku 1986 opublikowała raport dotyczący zagadnień seksu. Jednym z naczelných postulatów jest stwierdzenie, że „zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Seksualność stanowi integralną składową osobowości kobiet, mężczyzn i dzieci”. Dokument ten stwierdza też, że seks osób niepełnosprawnych fizycznie i umysłowo oraz chorych psychicznie jest jedną z najbardziej zaniedbanych dziedzin, a rozwój tej dziedziny wiedzy wymaga współpracy specjalistów z wielu różnych dyscyplin. Jak więc wynika z tych ustaleń zdrowie seksualne we współczesnej medycynie traktowane jest na równi ze zdrowiem somatycznym i psychicznym.

Życie seksualne wśród osób z demencją, podobnie jak w ogóle seks wśród osób chorych, zwłaszcza chorych psychicznie i inwalidów przez wiele lat objęty był milczeniem, różnego rodzaju tabu, mitami i stereotypami. Wynikało to z dwóch zasadniczych przyczyn.

Po pierwsze seks w kulturze chrześcijańskiej i w kulturze Zachodu był związany z afirmacją zdrowia, prokreacją i wychowaniem potomstwa. Osoby z ołepieniem nie mieściły się w tych kategoriach, w związku z tym ich życie seksualne i problemy z tym związane nie leżały w gestii zainteresowania medycyny. Nawet jeżeli chorzy na demencję mieli zachowane zdolności prokreacyjne, to ich rola rodzicielska była w znacznym stopniu ograniczona. Wśród osób mających kontakt z osobami ołepiałymi istniały obawy, że poruszanie tych problemów wśród chorych aktywizuje ich potrzeby seksualne i że tym samym da się im niejako przyzwolenie na zachowania seksualne oraz na prokreację.

Po drugie zachowania autoerotyczne, stanowiące, zgodnie z ustaleniami współczesnej medycyny i psychologii, integralną część seksualności człowieka, przez stulecia spostrzegane były przez pryzmat fałszywych i szkodliwych poglądów głoszonych wśród duchownych i w środowisku medycznym. Masturbacja przez całe wieki, aż do połowy XX wieku, traktowana była jako ciężki grzech i źródło wielu chorób somatycznych i psychicznych. Amerykańskie pisma medyczne w XIX wieku rozpowszechniały poglądy, że ani ospa, ani dżuma, ani trzęsienia ziemi nie są tak groźne dla człowieka, jak masturbacja. W pierwszej połowie XX wieku Zygmunł Freud przestrzegał, że onanizm powoduje neurozę i liczne szkody w organizmie człowieka. Tego rodzaju poglądy szczególnie negatywnie nastawiały zarówno samo społeczeństwo, jak i lekarzy klinicyistów do masturbacji wśród osób z ołepieniem. Spostrzegana ona była jako wyraz degradacji biologicznej i społecznej oraz świadczyła o postępie choroby.

W prezentowanym wystąpieniu przedstawię najczęściej występujące problemy kliniczne z jakimi spotyka się seksuolog w kontakcie z chorymi na demencję. U chorych ołepiałych obserwuje się zaburzenia różnych funkcji

psychicznych i seksualnych, przy czym zaburzenia te mogą osiągać różne stopnie nasilenia i obejmować dwa podstawowe obszary seksualności chorego, to jest 1/ poziom autoerotyczny i 2/ poziom partnerski

1/. Masturbacja w okresie adolescencji u chorego na demencję, podobnie jak w przypadku człowieka zdrowego, jest normalnym etapem rozwojowym jego seksualności. Najczęściej polega na dotykaniu, pocieraniu i głaskaniu narządów płciowych w celu uzyskania przyjemności. Aktywność ta redukując nieprzyjemne napięcie seksualne przynosi ulgę i zapewnia choremu poczucie bezpieczeństwa. W przypadku człowieka zdrowego onanizm jest etapem przejściowym na drodze do dojrzałego seksualnego współżycia partnerskiego. Stopniowo wypierany jest przez bardziej dojrzałe formy kontaktów partnerskich: pieszczoty manualno-genitalne, oralno-genitalne oraz kontakty typu genitalia-genitalia. Masturbacja poza okresem adolescencji ma zwykle charakter zastępczy, to znaczy samopobudzanie praktykowane w warunkach uniemożliwiających lub utrudniających kontakty seksualne, na przykład z powodu pobytu w wojsku, zakładzie penitencjarnym, w akademiku, czy internacie.

W przypadku otępienia jest inaczej. Tu trudności w podjęciu partnerskich kontaktów seksualnych powodują, że u chorych onanizm przyjmuje często charakter trwale zastępczy. Prowadzi to do powstania całego szeregu konfliktów między chorymi a osobami z ich najbliższego otoczenia społecznego: rodzicami, opiekunami, wychowawcami w szkołach i zakładach opiekuńczych oraz rówieśnikami. Upośledzenie samokrytycyzmu powoduje, że chorzy nie dostrzegają swych defektów psychicznych, które z kolei zaburzają ich kontakty społeczne. Typowym zachowaniem chorego na demencję jest przekraczania norm społecznych, które nakazują intymność zachowań autoerotycznych. W konsekwencji chorzy często masturbują się w obecności innych osób, nie zwracając na nie uwagi. Problem dodatkowo komplikują typowe objawy otępienia: zaburzenie czynności pamięciowych, upośledzenie zwłaszcza zdolności zapamiętywania, a w konsekwencji i przyswajania wydarzeń nowych. Powoduje to, że chorzy mają trudności z zapamiętaniem negatywnych reakcji otoczenia i w konsekwencji tendencję do powtarzania tego rodzaju zachowań w przyszłości.

2/ W przypadku demencji trudno jest mówić o partnerstwie seksualnym w takim rozumieniu, w jakim odnosi się to do człowieka zdrowego, gdzie więź seksualna współwystępuje z więzią uczuciową, psychiczną, rodzicielską i materialną. Trudności ze zdefiniowaniem partnerskiego seksu w otępieniu wynikają głównie z tego, że jednym z kluczowych objawów choroby jest spłylenie życia uczuciowego, któremu towarzyszy ujawnianie się niekontrolowanych reakcji seksualnych będących przejawem działania popędu seksualnego. Nakładają się na to inne typowe objawy demencji tj. tępy nastrój chorego, labilność uczuciowa i nietrzymanie afektów. Współwystępowanie tych

czynników sprawia, że chory traktuje seks instrumentalnie i przedmiotowo, a sama aktywność seksualna jest często motywowana czynnikami pozaseksualnymi. Chory z otepieniem ulega namową innych ludzi nakłaniających go do podjęcia czynności seksualnych w celu poprawy własnej pozycji w grupie, pozyskiwania nowych znajomości, czy przyjaźni, poprawy samooceny i poczucia własnej wartości. W konsekwencji chorzy bardzo łatwo stają się ofiarami wykorzystywania i przemocy seksualnej, zarówno ze strony innych chorych, jak i zdrowych ludzi. Typowy jest przy tym heteroseksualny charakter wykorzystania kobiet z demencją i homoseksualne molestowanie chorych młodych mężczyzn.

Rozwiązywanie problemów seksualnych chorych otepiątych przez psychologów, seksuologów i psychiatrów powinno koncentrować się na odpowiednio dostosowanej edukacji seksualnej, zapobieganiu ciąży oraz ochrony przed wykorzystywaniem seksualnym.