

Dr Wiesław Ślósarz

Instytut Psychologii
Uniwersytet Wrocławski

Międzynarodowe Seminarium Naukowe
„Diagnoza pedagogiczno - psychologiczna wobec zagrożeń transformacyjnych”.

Temat. Diagnoza zaburzeń seksualnych u osób niepełnosprawnych.

Szczecin, 12-13 maja 2003

Po raz pierwszy uznano rangę seksualności jako istotny element zdrowia człowieka w roku 1986, kiedy to WHO (ang. World Health Organisation) opublikowała dokument poświęcony zagadnieniom seksu. Postuluje w nim między innymi ideę zdrowia seksualnego w programie *Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku*. Zgodnie z ustaleniami autorów tego dokumentu życie seksualne osób niepełnosprawnych, populacji obejmującej na świecie dziesiątki milionów ludzi, to jedna z najbardziej zaniedbanych dziedzin. Przez lata seks niepełnosprawnych traktowany był jako tabu. Obwarowany był wieloma stereotypami i niedomówieniami. Pacjentów traktowano jak dzieci, a w terapii, leczeniu i rehabilitacji pomijano te zagadnienia. Współcześnie sytuacja ta ulega powoli zmianie. Coraz powszechniejszy jest pogląd, że aktywność seksualna osób niepełnosprawnych oraz wychowanie seksualne w tej populacji jest tak samo ważne jak w zdrowej części społeczeństwa. Akcentuje się przy tym nie tylko aspekt oddziaływania werbalnego, ale widzi się też konieczność stworzenia warunków do nawiązywania kontaktów towarzyskich młodzieży zdrowej i chorej oraz integracji niepełnosprawnych z otoczeniem. Prowadzone są badania nad problemami seksualnymi osób niepełnosprawnych a także specjalne metody leczenia i rehabilitacji trudności i zaburzeń seksualnych. Obejmują one poradnictwo, reedukację seksualną, psychoterapię indywidualną, partnerską i grupową, fizykoterapię oraz leczenie farmakologiczne. Warto przy tym dodać, że działania te są szczególnie utrudnione ze względu na specyficzne problemy i trudności wiążące się z seksualnością osób niepełnosprawnych. Należą do nich:

- wyższy poziom potrzeby bezpieczeństwa, afiliacji, czułości i doznawania opieki
- stany frustracji związane z poczuciem choroby, inności, zmiany obrazu własnego Ja, poczucia nieatrakcyjności i niższości
- problemy godzenia potrzeby seksualnej i samotności
- lęki i konflikty wynikające z problemów partnerskich
- zaburzenia libido, reaktywności i sprawności seksualnej wynikające z choroby, a także z psychicznej reakcji na nią /Lew-Starowicz, 1999/.

Przyczyny zaburzeń seksualnych u osób niepełnosprawnych

Zaburzenia seksualne mogą być uwarunkowane czynnikami organicznymi, psychogennymi, społecznymi i kulturowymi. Często zdarza się, że etiologia zaburzeń seksualnych jest wieloczynnikowa. Wynika to z następujących przyczyn:

1. Typ osobowości. Osoby ze skłonnościami depresyjnymi i lękowymi są szczególnie podatne na działanie czynników psychogennych niezależnie od tła organicznego. Osoby z cechami histerycznymi mogą mieć większe problemy w przypadku pojawienia się u nich dysfunkcji seksualnych.
2. Biografia seksualna. Osoby, które w przeszłości miały udane życie seksualne są szczególnie motywowane do terapii aktualnych zaburzeń seksualnych.

3. Związki uczuciowe. Partner seksualny może mobilizować do terapii i rehabilitacji, ale może też, poprzez wzbudzanie zagrożenia i kompleksów, hamować zarówno decyzje o podjęciu leczenia, jak i sam proces terapeutyczny. Autentyczny i szczerzy związek uczuciowy z drugim człowiekiem jest dobrym czynnikiem rokowniczym w pokonywaniu trudności seksualnych.
4. Postawy wobec zaburzeń seksualnych. Zaburzenia seksualne prowadzą do frustracji w konsekwencji zmiany w funkcjonowaniu roli męskiej-kobiecej. Charakterystyczne jest występowanie różnego rodzaju mechanizmów obronnych, lęków, kompleksów, obniżenie samooceny. Typowe są dwa sposoby reakcji na pojawienie się zaburzeń seksualnych. Jedne osoby koncentrują się na przywróceniu sprawności seksualnej, chętnie uczestniczą w leczeniu i aktywnie wdrażają polecenia i sugestie terapeuty. Inni ujawniają postawy rezygnacyjne, lękowe, czy histeryczne oraz mają tendencje do zmiany obrazu własnej osoby.
5. Problemy z uzyskaniem pomocy i informacji. Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych ma trudności z dostępem do informacji na temat seksualności u niepełnosprawnych. Z jednej strony w ośrodkach rehabilitacji chory nie ma możliwości konsultacji z seksuologiem, a z drugiej strony seksuolodzy pracujący w publicznej służbie zdrowia nie mają specjalistycznego przeszkolenia w zakresie terapii seksualnej osób niepełnosprawnych.
6. Wpływ innych pacjentów. Szczególnie szkodliwa jest w tym przypadku niewiedza, mity i stereotypy powielane w rozmowach między pacjentami. Często są przypadki udostępniania sobie nawzajem leków bez konsultacji z seksuologiem. Zdarzają się iniekcje w ciała jamiste członka robione na własną rękę w konsekwencji czego pojawia się priapizm- bolesny, długotrwały, nieprawidłowy wzwód członka, któremu nie towarzyszy uczucie podniecenia i który nie ustępuje po ejakulacji.
7. Opory wobec metod badania i leczenia seksuologicznego. Szczególnie mężczyźni są trudnymi pacjentami seksuologicznymi. Oczekują szybko działających leków i natychmiastowych efektów terapii. Są bardzo niechętni do stosowania różnego rodzaju metod treningowych, a do pomocy partnerki mają ambicjonalny, a przez to niechętny stosunek /Lew-Starowicz, 1999; Ślósarz, 1992a/.

Typologia i klasyfikacja zaburzeń seksualnych w przypadku osób niepełnosprawnych jest podobna jak w przypadku innych pacjentów z dysfunkcjami seksualnymi. Jedną z zasadniczych różnic polega na tym, że u pacjentów niepełnosprawnych częściej spotyka się złożone przyczyny zaburzeń i złożone typy zaburzeń na przykład współistnienie zaburzeń wytrysku z zaburzeniami erekcji i libido /Lew-Starowicz, 1999, 2001/.

Obraz kliniczny zaburzeń seksualnych

Awersja seksualna

Charakteryzuje się odczuwaniem silnych negatywnych uczuć do kontaktów seksualnych z partnerem, a w niektórych sytuacjach także do jego osoby. W konsekwencji tych uczuć pacjent unika kontaktów seksualnych. Przyczynami są najczęściej czynniki diadyczne: konflikty partnerskie, różnice w oczekiwaniach od partnerstwa, rozbieżność w hierarchii wartości seksualnych.

Brak lub utrata potrzeb seksualnych

Objaw ten nie wyklucza możliwości osiągania przyjemności i satysfakcji seksualnej, ale sprawia, że mało prawdopodobne jest inicjowanie kontaktu seksualnego.

Brak radosnego przeżywania

Cechą charakterystyczną tego zaburzenia jest brak przyjemnych wrażeń podczas współżycia, mimo normalnego przebiegu reakcji seksualnych. Zachowana jest reaktywność seksualna, orgazm może być osiągany, ale pacjent nie odczuwa przyjemności. Zaburzenie to częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Przyczynami są najczęściej zahamowania seksualne, czynniki partnerskie, poczucie winy, poczucie grzechu.

Brak reakcji genitalnej

Głównym problemem zgłaszanym przez kobiety są w tym przypadku zaburzenia w lubrykacji oraz suchość pochwy. Przyczyny mogą być zarówno organiczne (np. infekcje, czy niedobór estrogenów), jak i psychogenne (głównie konflikty partnerskie, brak akceptacji partnera oraz nieumiejętna stymulacja ze strony mężczyzny). U mężczyzn zaburzenie to manifestuje się trudnościami w powstawaniu erekcji oraz w jej utrzymaniu. Podobnie jak u kobiet tło może być organiczne, jak i psychogenne. W młodym wieku przeważają czynniki psychologiczne, natomiast wraz z wiekiem rośnie odsetek mężczyzn, u których diagnozuje się czynniki biologiczne. Istnieje ponad 100 chorób mogących być przyczyną dysfunkcji erekcyjnej.

Dyspareunia

Ból w okolicach narządów płciowych odczuwany przed, w czasie lub po stosunku seksualnym. Z problemem tym częściej zgłaszają się kobiety. Dyspareunia może być pierwotna, czyli od początku współżycia seksualnego lub wtórna. Ból może być okresowy lub trwały o różnej lokalizacji i intensywności. Przyczyny mogą być organiczne (np. wady błony dziewiczej, stany zapalne, zanikowe, tyłozgięcie macicy) lub psychologiczne (np. cechy historyczne, lękowe, zahamowania)

Nadmierny popęd seksualny

Patologiczne nasilenie erotycznych zainteresowań i aktywności seksualnej. Potrzeby seksualne dominują nad innymi i stanowią o sensie życia. Przyczyną mogą być różne choroby (np. encefalopatia, Alzheimer) nieprawidłowe typy osobowości (np. osobowość wielokrotna, borderline), czynniki społeczne (np. nadmierny liberalizm lub odwrotnie nadmierny rygorizm), wpływ leków (np. psychotropowych, zmniejszających poziom cholesterolu).

Pochwica

Mimowolny skurcz 1/3 zewnętrznej części pochwy utrudniający lub uniemożliwiający odbycie stosunku seksualnego. Przyczyny mogą mieć charakter psychogeny (np. negatywne relacje z ojcem, lęk wobec mężczyzn, cechy narcystyczne) lub somatyczne (np. zmiany w zewnętrznych narządach płciowych, owrzodzenia, choroby miednicy).

Wytrysk przedwczesny

Niezdolność do kontroli ejakulacji w stopniu zapewniającym obu partnerom satysfakcjonujący stosunek. Najczęściej do wytrysku dochodzi bezpośrednio po immisji lub po kilku ruchach frykcyjnych. Możliwe są też ejakulacje przed stosunkiem lub bez erekcji. Tło jest najczęściej psychogenne (np. reakcje zakodowane z czasie masturbacji, zadaniowe traktowanie seksu, lękowe postawy wobec kobiet i współżycia).

Zaburzenia orgazmu

U kobiet typowy jest brak orgazmu, albo jego znaczne opóźnienie. Zaburzenie to może mieć charakter pierwotny (kobieta nigdy nie przeżyła orgazmu, również w czasie snu i podczas masturbacji), wtórny oraz sytuacyjny. W przypadku mężczyzn najczęściej występuje opóźniony wytrysk, rzadziej brak wytrysku. Przyczyny w obu grupach mogą być organiczne (np. choroby, leki), psychologiczne (np. lęki, rygorizm religijny, wychowawczy, uwarunkowania masturbacyjne) /Ślósarz, 1992b/.

Bibliografia

- Lew-Starowicz, Z. (1999). *Życie intymne osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo Severus
- Lew-Starowicz, Z. (2001). *Encyklopedia erotyki*. Warszawa, Muza S.A.
- Ślósarz, W. (1992a). Psychological aspects of erectile and ejaculatory dysfunction. *Journal of Marital Therapy*, 7(3), 267-273
- Ślósarz, W. (1992b). Masturbation fixation and the problem of adaptation to heterosexual partnership: a few implications. *Journal of Marital Therapy*, 7(3), 275-281