

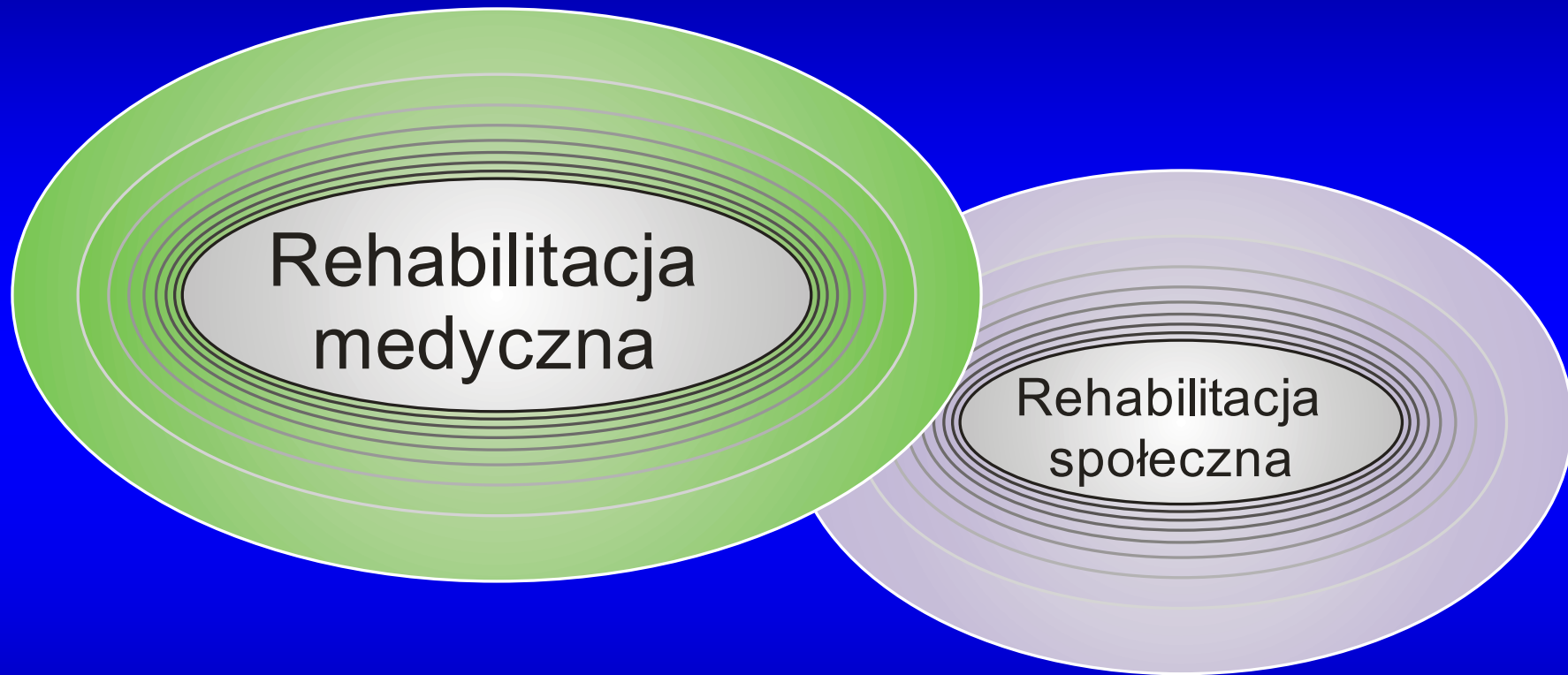
Rehabilitacja seksualna - standard czy ekstrawagancja?

dr n. med. Dariusz Radomski

Obszary zainteresowań

- Biomodelowanie** - konstrukcja modeli (np. matematycznych) do opisu procesów fizjologicznych i patofizjologicznych w **ginekologii i położnictwie**
- **Epidemiologia kliniczna** - analiza podejmowania decyzji klinicznych w **ginekologii**
- **Zainteresowania badawcze:**
 - Modele etiologiczne endometriozy jajnikowej
 - Modele predykcyjne endometriozy
 - **Seksualność osób niepełnosprawnych**
 - Dysfunkcje hormonalne kobiet prowadzące do zaburzeń płodności (głównie zespół PCO)
 - Identyfikacja insulinooporności u kobiet z zespołem hiperandrogennym

Typowy model rehabilitacji osób niepełnosprawny w Polsce

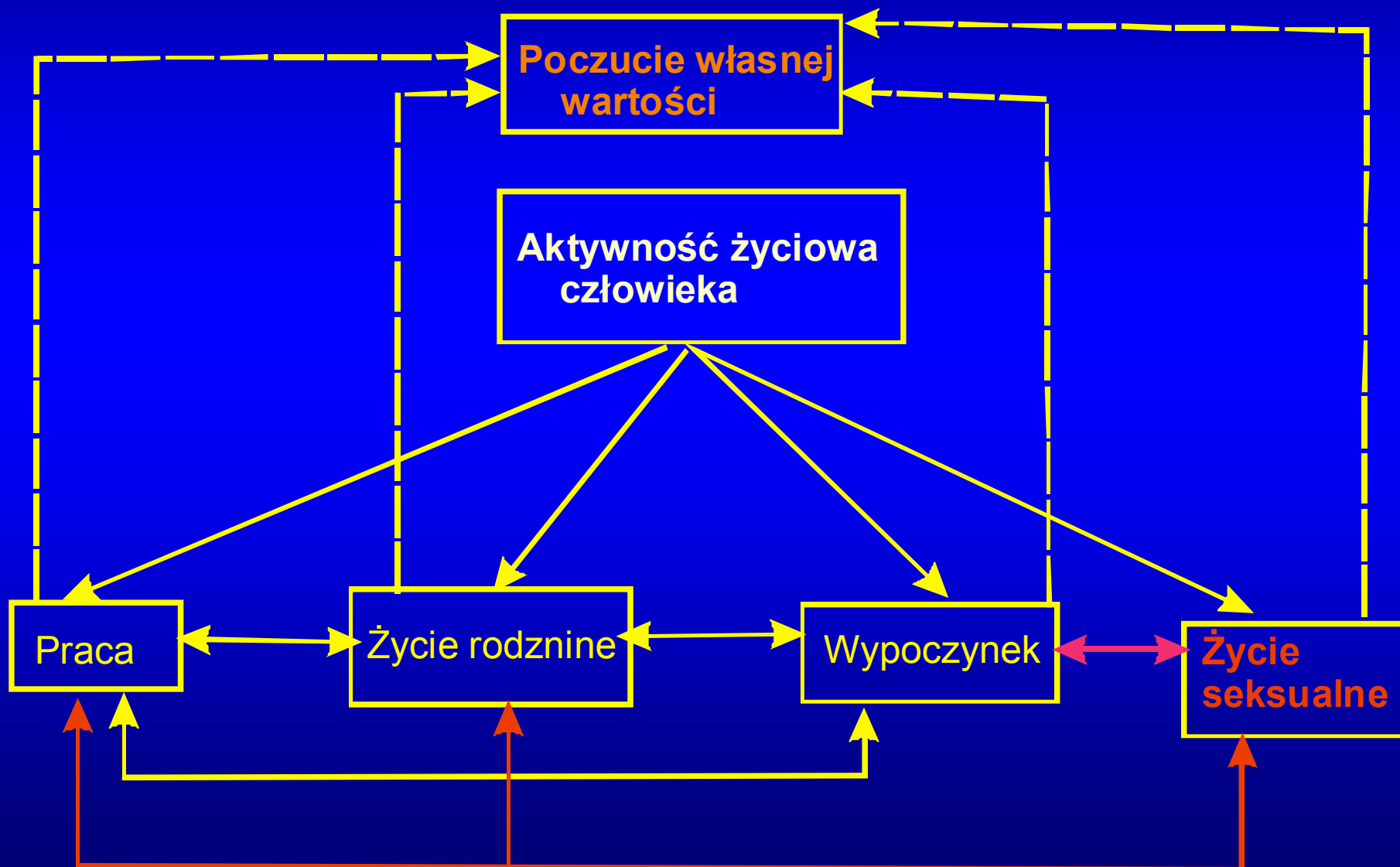


Czy jest to model kompletny z punktu widzenia definicji WHO zdrowia?

Definicja zdrowia wprowadzona przez WHO

- Zdrowie - stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub zniechęcenia

Wpływ seksualności na jakość życia



Zdrowie seksualne

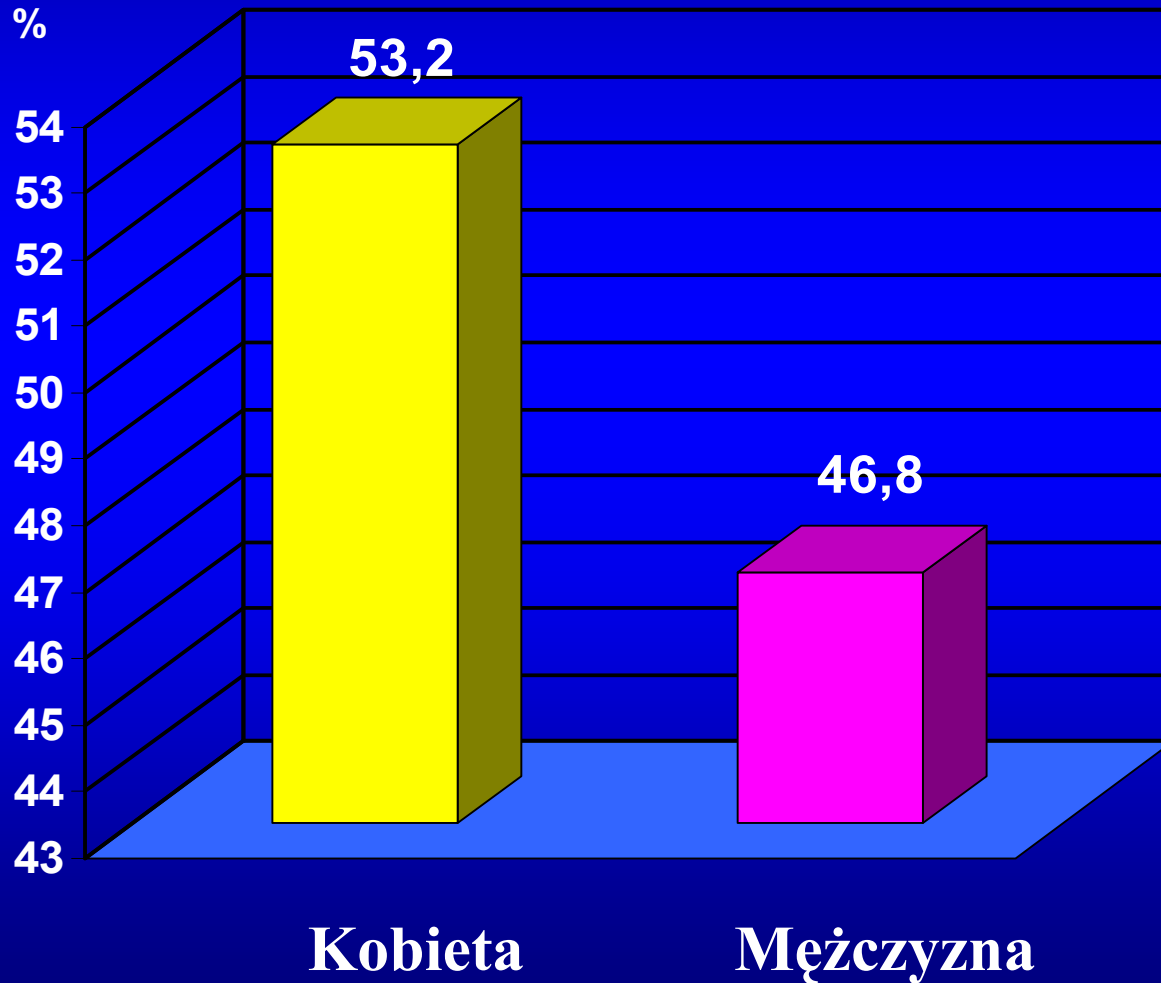
- Zdrowie seksualne – stan fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia związanego z seksualnością.

**Czy i w jaki sposób
niepełnosprawność wpływa na życie
seksualne?**

Zycie seksualne osób niepełnosprawnych fizycznie (badanie własne)

Badaniami ankietowymi objęto 62 osoby, u których niepełnosprawność fizyczna zaistniała przed odbyciem inicjacji seksualnej. Wykorzystano w nich specjalnie ułożoną ankietę składającą się z 38 pytań.

Płeć oraz wiek osób badanych

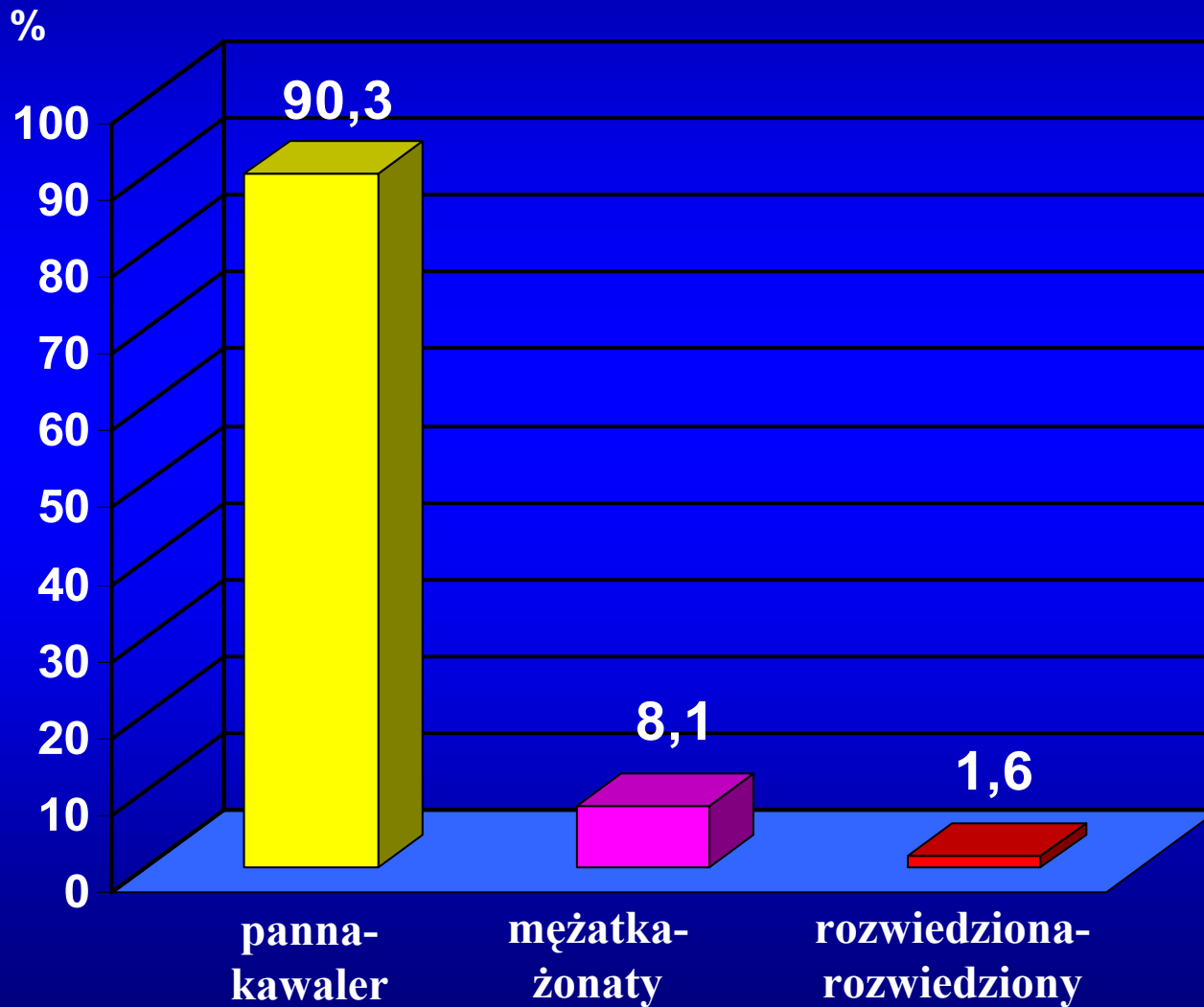


Wiek:

Kobiety 26+/-9

Mężczyźni 24 +/-7

Stan cywilny



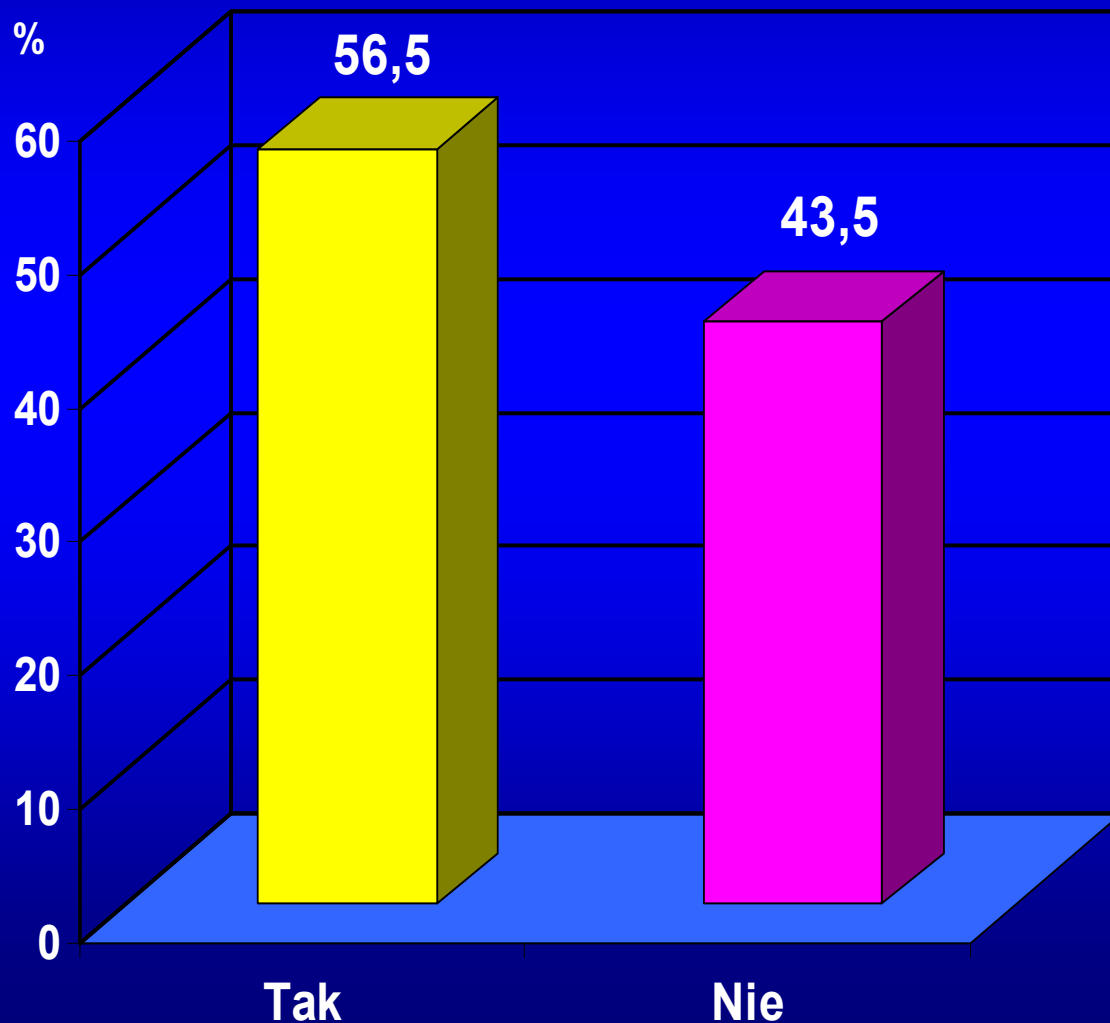
Schorzenia będące przyczyną niepełnosprawności

Schorzenie	Liczba	%
Mózgowe porażenie dziecięce	28	45,0
Urazy kręgosłupa	9	19,5
Dystrofia mięśniowa	5	8,1
Reumat. zapal. stawów	4	6,4
Ch. Heinego-Medina	3	4,8
Wodogłowie	2	3,2
Inne	13	18,0

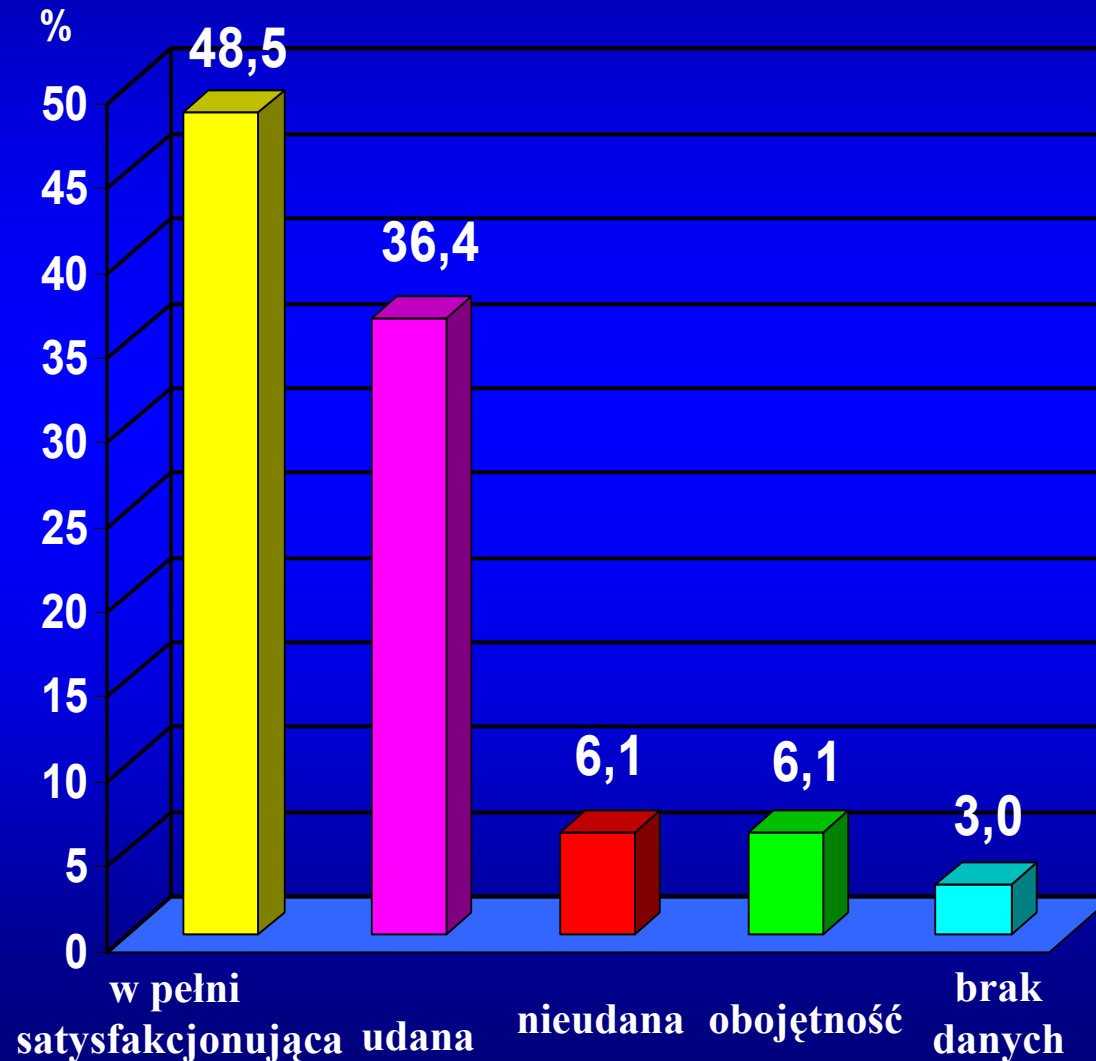
Stosunek do życia seksualnego

Stosunek do życia seksualnego	Osoby przed Inicjacją seksualną	Osoby po Inicjacji seksualnej	Razem
seks jest najważniejszą składową związków partnerskich	15 (24%)	0	15 (24%)
seks jest istotną składową związków partnerskich	0	26 (42%)	26 (42%)
seks jest tylko dodatkowym składnikiem związku partnerskiego	0	13 (21%)	13 (21%)
obojętny stosunek do życia seksualnego	0	6 (10%)	6 (10%)
brak danych	0	2 (3%)	2 (3%)

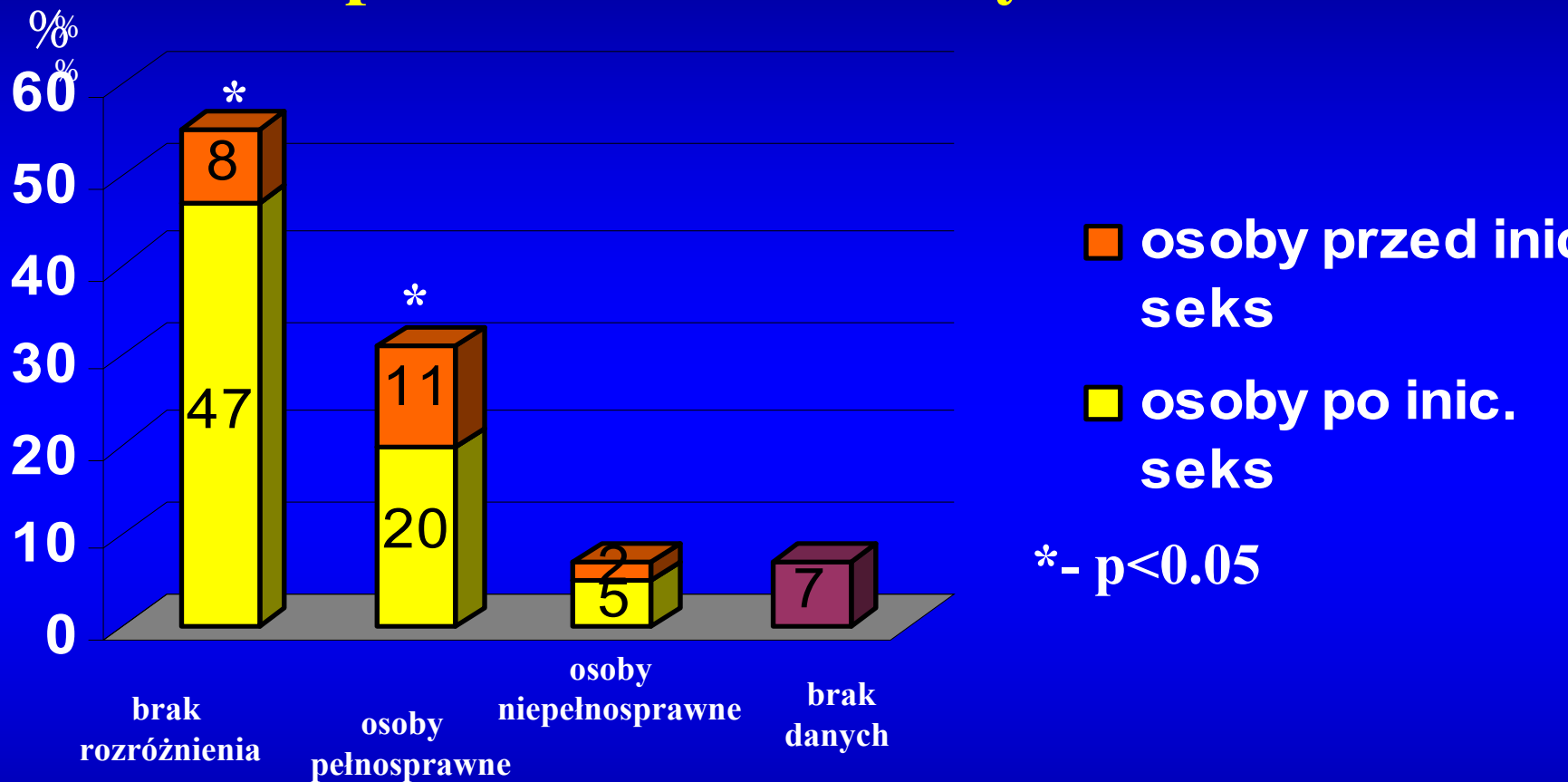
Odbycie inicjacji seksualnej



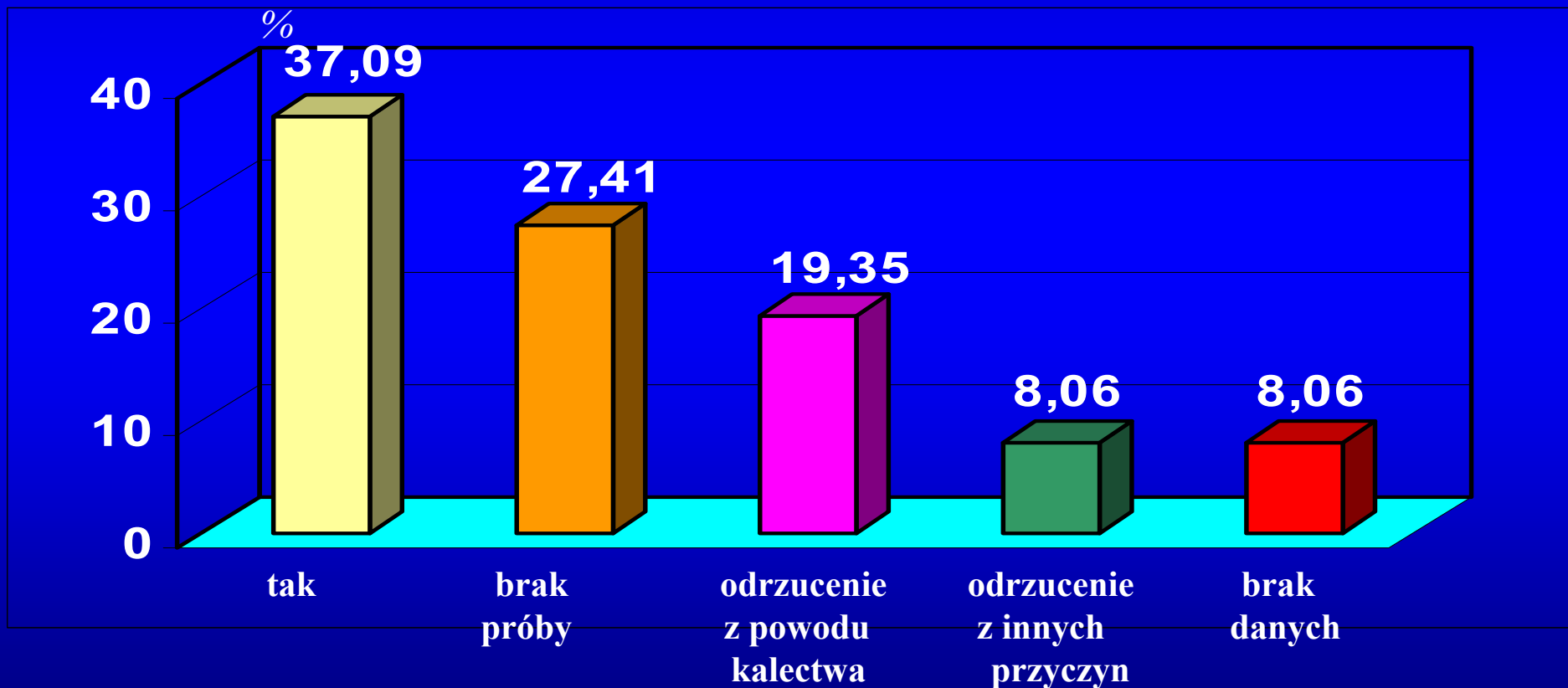
Ocena inicjacji seksualnej



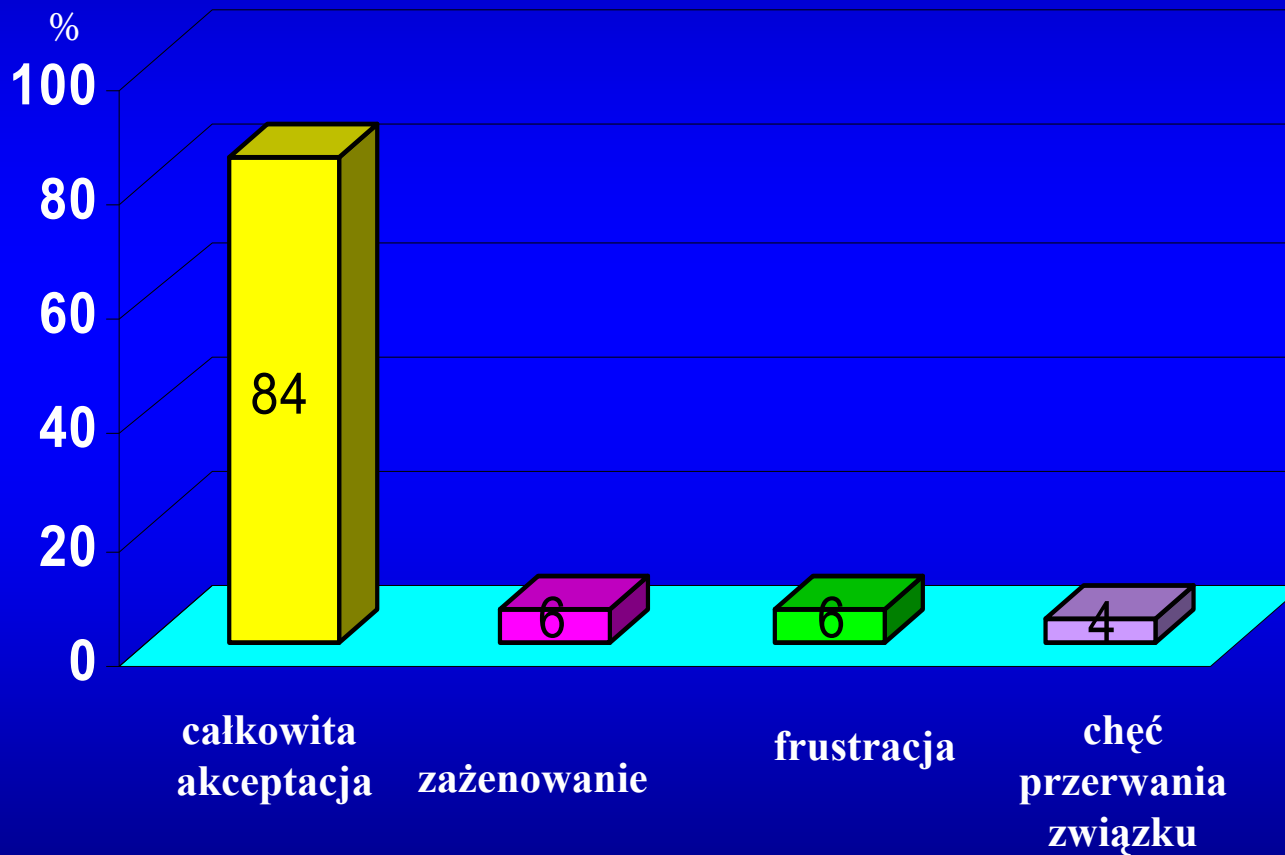
Preferowane środowisko potencjalnych partnerów seksualnych



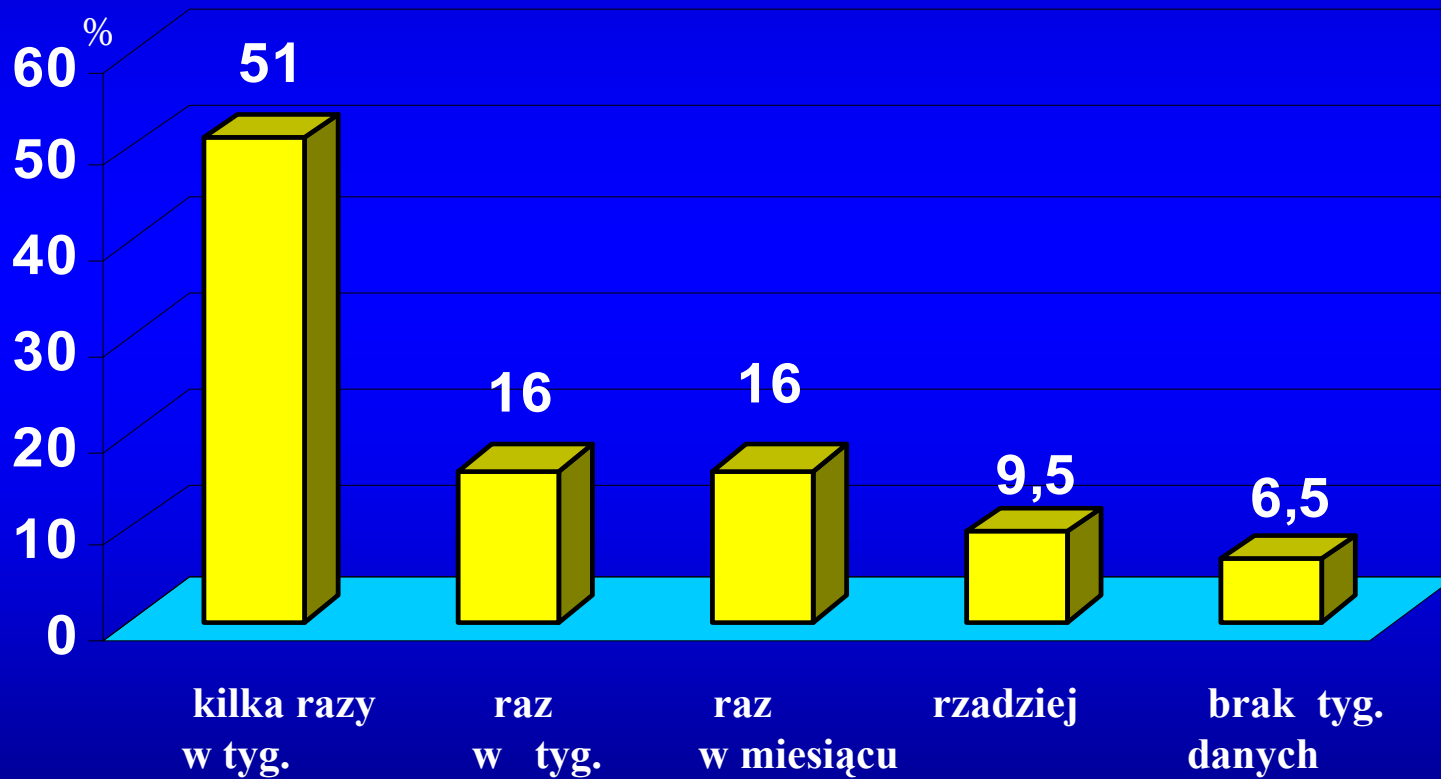
Przeżycie związku seksualno- emocjonalnego



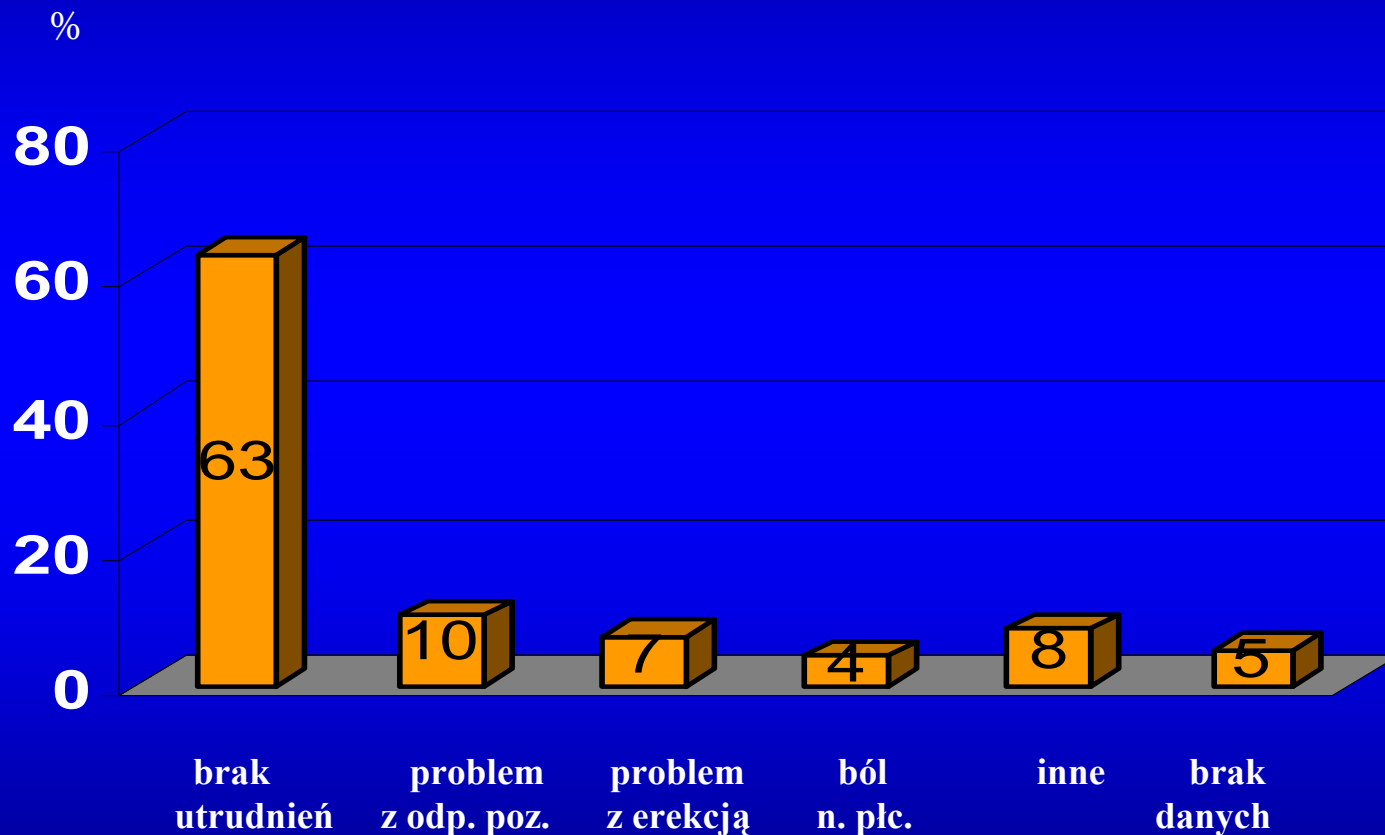
Stosunek partnera do niepełnosprawności osoby badanej



Częstość współżycia seksualnego



Czynniki utrudniające osiągnięcie satysfakcji



Co wynika z tych danych???

- **Jakie czynniki utrudniają odbycie inicjacji seksualnej?**
- **Jakie czynniki utrudniają stworzenie związku partnerskiego?**

Czynniki ryzyka utrudniające stworzenie związku partnerskiego

(pilot case-control age matched study) (1)

Czynnik ryzyka	Iloraz szans	Poziom istotności
Płeć żeńska	1,0	0,99
Silna wiara religijna vs niepraktyujący	1,6	0.48
Niski status finansowy vs niski status	2,3	0,30
Spędzanie okresu dojrzewania w domu vs długie przebywanie poza domem	2,3	0,23
Spędzanie okresu dojrzewania w domu	4,2	0.01
m.p.d. vs inne schorzenia	2,3	0,1

Czynniki ryzyka utrudniające stworzenie związku partnerskiego

(pilot case-control age matched study) (2)

Czynnik ryzyka	Iloraz szans	Poziom istotności
Tetraplegia vs paraplegia	2,7	0,24
Niesamodzielne poruszanie vs samodz.	1,1	0,78
Introwertyk vs ekstrawertyk	1,0	0,91
Nieśmiałość vs Odwaga	0,7	0,65
Trudności w nawiązaniu kontaktu vs dobra komunikatywność	1,9	0,28
Brak masturbacji vs onanizowanie	0,35	0,18
Obojętny stosunek do seksu vs aproba życia seksualnego	8,7	0,08

Potencjalne źródła problemów seksuologicznych (1)

- **Rozwojowe – specyficzne uwarunkowania okresu dorastania**
 - Ograniczony dostęp do wiedzy szkolnej
 - Brak kontaktu z rówieśnikami
 - Rehabilitacja forma substytucji seksu, afirmacja „aseksualności” dziecka przez rodziców
- **Anatomiczne – wady anatomiczne utrudniające odbycie stosunku**

Potencjalne źródła problemów seksuologicznych (2)

- Patofizjologiczne – dysfunkcja fizjologicznych reakcji seksualnych

Schorzenie	Możliwe zaburzenia funkcji seksualnych		
	Masturbacja	Stosunek płciowy	Płodność
Uszkodzenia mózgu na skutek niedotlenienia	-----	K ?	----
Zaburzenia związane z uszkodzeniem rdzenia kręgowego: ■ motoryczno - sensoryczne ■ motoryczne	K,M. K,M.	M. -----	M. -----
Choroby mięśni np. dystrofie	K,M.	K,M.	-----
Amputacje kończyn	-----	-----	-----
Stwardnienie rozsiane	K,M	M.	M
Metaboliczne choroby	-----	-----	-----
Uszkodzenia wzroku	-----	----	-----
Uszkodzenie słuchu	-----	----	-----

K -kobiety, M. -mężczyzny

Potencjalne źródła problemów seksuologicznych (3)

- **Psychologiczne:**
 - Wpływ przeszłych doświadczeń emocjonalno-seksualnych
 - „*kastracja psychiczna*” wynikająca z eksponowanej dysproporcji doświadczeń seksualnej między partnerami
- **Socjologiczne** – utrwalone społecznie stereotypy kobiety i mężczyzny, męża i żony
- „**Ewolucyjne**” – podświadomy wybór na partnerów seksualnych osoby „zapewniające” najlepsze biologiczne warunki dla potomstwa (*barczysty mężczyzna, kobieta o szerokiej miednicy*)

Przyczyny niepełnospraw. fiz. mózgowe porażenie dziecięce

- Niski poziom socjalizacji i edukacji
- Niski poziom mentalizacji i konkretyzacji potrzeby seksualnej
- Niska obiektywna i subiektywna atrakcyjność seksualna
- Duży stopień niesamodzielności obciąża logistyczne funkcjonowanie układu partnerskiego
- Duże napięcie spastyczne może utrudniać realizację stosunku płciowego lub czynności autoerotycznych
- Większe ryzyko niezstąpienia jąder
- Brak zaburzeń erekcji i ejakulacji o etiologii somatycznej, mogą wystąpić przejściowe zaburzenia psychogenne
- Częściej wstępuje późniejsza menarche oraz częściej spotyka się zaburzenia miesiączkowania
- Ryzyko wystąpienia pochwicy i dyspareunii (???)

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Stwardnienie rozsiane

- **Progresywne upośledzenie funkcji motorycznych, wzroku, słuchu**
- **Progresja epizodów anhedonii, depresji**
- **Zaburzenia seksualne u kobiet z SM**
 - **Anorgazmia i hyporgazmia** 38%
 - **Obniżenie lubrykacji** 39%
 - **Zmiana wrażliwości pochwy** 40%
 - **obniżone libido** 43%

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Stwardnienie rozsiane

- Zaburzenia seksualne u mężczyzn z SM
 - Całkowity brak erekcji 30%
 - Erekcja niepełna 87%
 - Brak ejakulacji 34%
 - Zaburzenia orgazmu 37%
 - Osłabienie libido 49%

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Urazy rdzenia kręgowego

- Osłabienie albo utrata pozytywnego obrazu własnej męskości/kobiecości
- Przygnębienie, apatia, spadek nastroju, lęk przed reakcją partnera/partnerki
- Obniżenie lub utrata wrażliwości sfer erogennych
- Zaburzenia zespołu gotowości płciowej i/lub orgazmu u kobiet
- Zaburzenia erekcji, ejakulacji, orgazmu u mężczyzn

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Urazy rdzenia u mężczyzn

- **Zaburzenia erekcji**
 - Osłabione/brak erekcji
 - Priapizm
- **Zaburzenia ejakulacji**
 - Brak ejakulacji, mimo wystąpienia erekcji
 - Ejakulacja wsteczna
- **Zaburzenie płodności**
 - Obniżona jakość nasienia

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Urazy rdzenia u mężczyzn

Lokalizacja	Sprawność funkcji seksualnej
Th11-L1	Osłabione/brak erekcji przy pobudzeniu wzrokowo-emocjonalnym, zachowana erekcja przy stymulacji dotykowej
S2-S4	Osłabione/brak erekcji przy pobudzeniu dotykowym, zachowana erekcja przy stymulacji psychogennej lub wzrokowej

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Urazy rdzenia u kobiet

(S. Durcheme *Sexual aspects in Physical Disability*, 2001)

Lokalizacja	Sprawność funkcji seksualnej
C1-C3	Zachowana lubrykacja, wzmożona przeczulica stref erogennych podczas fazy podniecania i plateau, Upośledzenie czynności oddychania, płodność zachowana
C4- C6	Odruch lubrykacji zmniejszony, zachowana psychogenna lubrykacja, zachowane czucie erogenne powyżej obojczyka
C7-C8	Możliwość wykorzystania rąk w aktywności seksualnej
T1	Większa precyzja w regulacji ruchów dłońmi
T2-T5	Czucie powyżej przepony, Zachowane reakcje łechtaczki, lubrykacja, możliwe erekcje brodawki sutkowej
T6-T10	Zachowana zdolność erekcji łechtaczki, stymulacja erogenna prowadzi do reakcji warg sromowych oraz lubrykacji, brak skurczu pochwy, brak czucia w okolicach genitalnych w fazie odprężenia, zachowane czucie genitalne w fazie podniecenia
T10-T12	Brak całkowitego czucia w okolicach genitalnych,
Poniżej T12-S1	Słaba odpowiedź na bezpośrednie pobudzanie okolic genitalnych, Lubrykacja psychogenna, zachowane czucie tylko narządów wewnętrznych
L1-L2	Psychogenna erekcja łechtaczki, rzadko możliwe przekrwienie i powiększenie warg sromowych oraz lubrykacja
L3-L4	Rzadko tylko psychogenna erekcja łechtaczki
L5-S1	Rzadko występująca lubrykacja
S2-S4	Brak odruchu łechtaczkowego, brak czucia genitalnego, pochwa pozostaje zwilżona

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Urazy rdzenia u kobiet

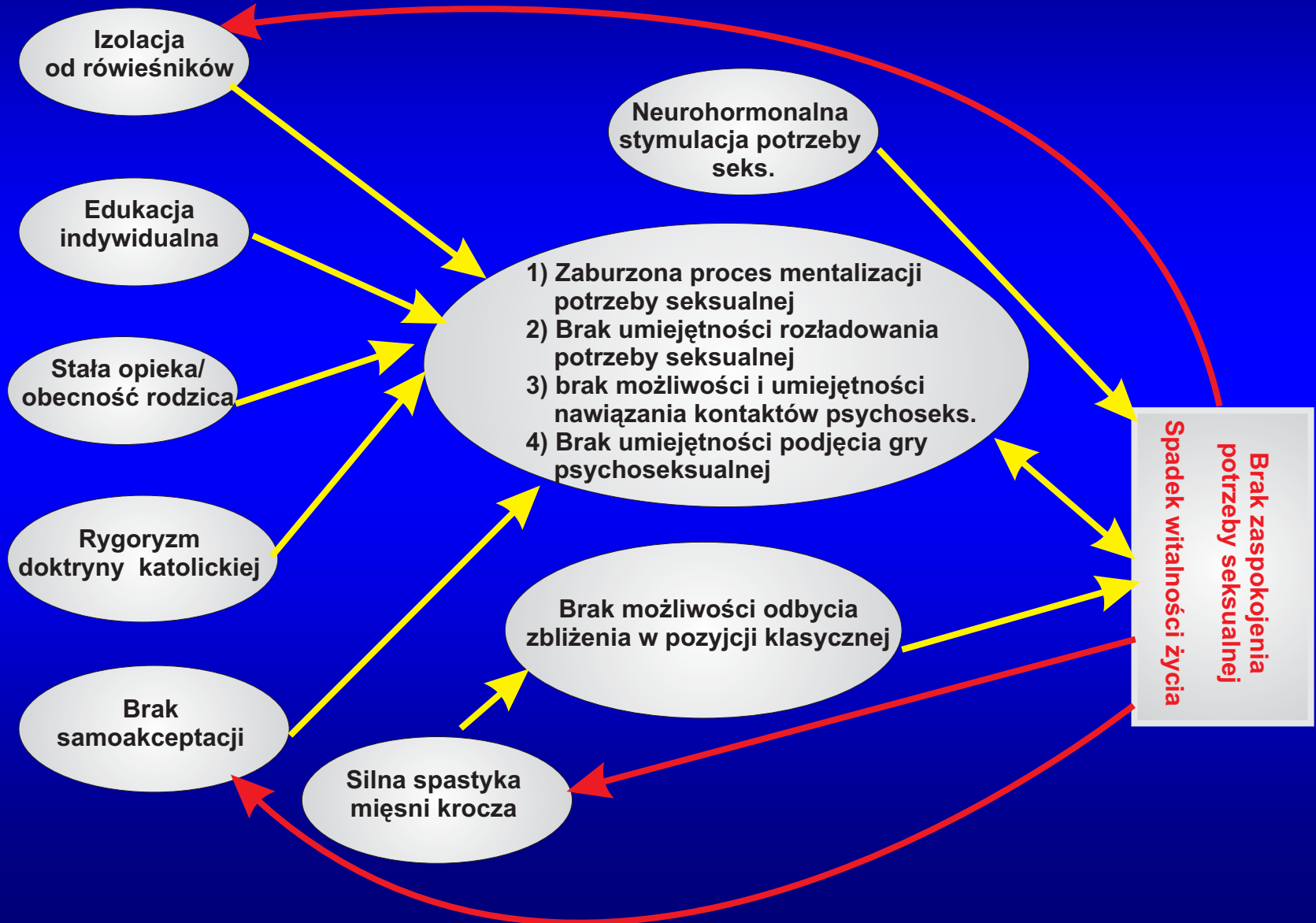
- U kobiet z urazem rdzenia:
 - wzrasta częstość: **zakażeń okolic urogenitalnych, infekcji pochwy**, nieregularnych miesiączek (amenorrhoe ok 6 mcy), dysmennorrhoea, obwodowej spastyczności w czasie miesiączki, nasilenie objawów wypadowych okresu peri-menopauzalnego
 - zmniejsza się częstość zespołu napięcia przedmiesiączkowego

Przyczyny niepełnospraw. fiz.

Dystrofie mięśniowe

- Obniżenie siły mięśniowej
- Obniżenie wydolności oddechowej
- Spadek libido
- Zaburzenia orgazmu i erekcji
- Zaburzenia owulacji i spermatogenezy

Przykład: Kobieta, lat 20, porażenie mózgowie paraplegia, konstytucja hiperandrogenna



Życie seksualne osób niepełnosprawnych mentalnie

- Brak/obniżona kontrola korowa potrzeby seksualnej
- Brak wiedzy i brak świadomości własnej seksualności
- Brak znajomości norm społecznych regulujących życie seksualne
- Inne pojmowanie relacji międzyludzkich
- Obniżone albo podwyższone libido
- Istnienie korelacji między sposobem zaspokajania potrzeby seksualnej a stopniem rozwoju intelektualnego
- Wzrost odsetka zachowań homoseksualnych jako forma substytucji
- Karanie przez rodziców, opiekunów przejawów seksualności
- Nieznaczne opóźnienie dojrzewania płciowego
- Czasami brak akceptacji somatycznych zmian w okresie dojrzewania
- Zachowana płodność
- Niepełnosprawność intelektualna jako czynnik ryzyka wykorzystywania seksualnego w rodzinie bądź w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych

**Skoro istnieje związek między
niepełnosprawnością a zdrowiem seksualnym
– czy nie należy rozważyć także przywracanie
samodzielności seksualnej
osób niepełnosprawnych?**

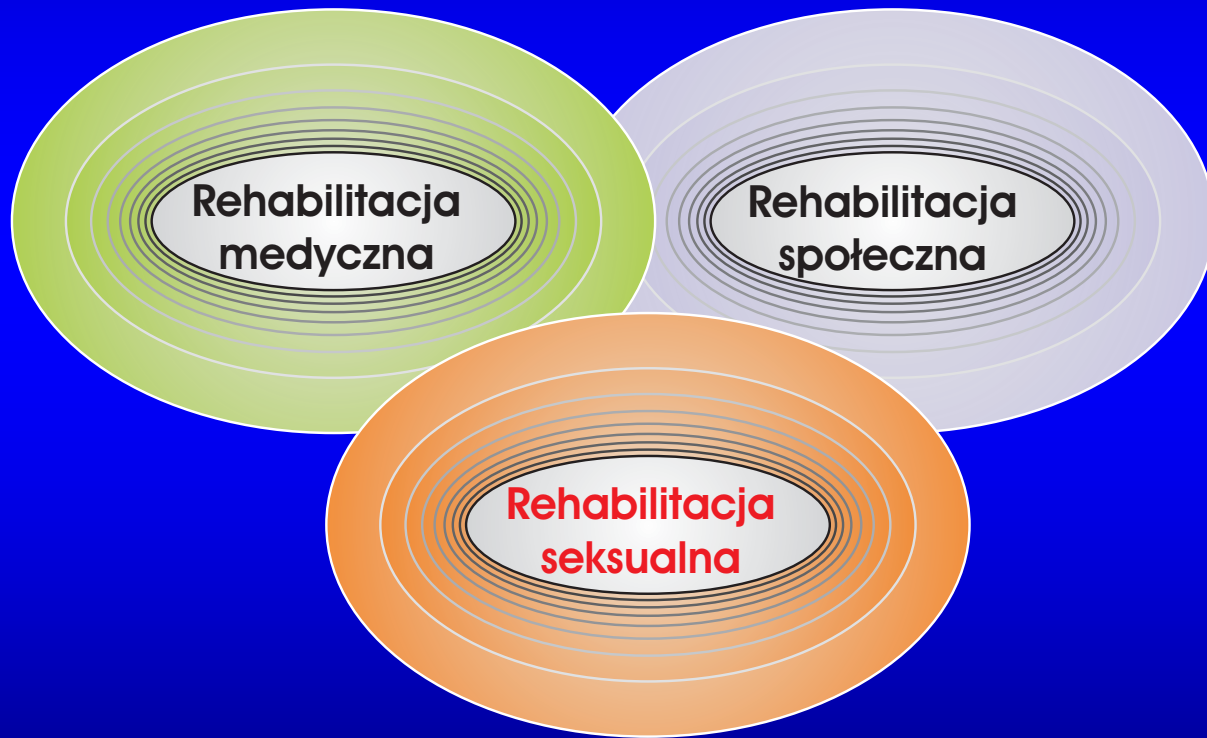
Argumenty uzasadniające wprowadzenie rehabilitacji seksualnej

- Istnienie związku przyczynowo-skutkowego między orgazmem a zdrowiem psychosomatycznym
 - Orgazm powoduje istotny statystycznie wzrost obwodowej liczby komórek NK (Neuroimmunomodulation. 2004;11(5):293-8)
- Istnienie związku przyczynowo-skutkowego między niepełnosprawnością a jakością życia seksualnego
 - redukcja objawów spastyczności u osób poddawanych regularnej stymulacji seksualnej doprowadzającej do satysfakcji seksualnej (Arch Phys Med Rehabil. 2004:919-24).
- Specyficzność etiologii występujących dysfunkcji seksualnych
- Brak kompetentnego personelu pedagogiczno-medycznego
- Popyt na wiedzę seksualną osób niepełnosprawnych

Życie seksualne osób niepełnosprawnych w ujęciu historycznym

- I połowa XXw. – „niepełnosprawność karą Bożą”, masochistyczno-mesjański obraz niepełnosprawności
- 1943 r. – Monroe i Guttman opisują urologiczną rehabilitację zaburzeń seksualnych
- 1947 r. - Loevenstein skonstruował aparat do ćwiczeń umożliwiający odbywanie stosunków,
- 1974 r. – monografia Heslinga o medycznych aspektach niepełnosprawności (*Medical Sex Disabled*),
- 1974 r. – Michel przedstawia metody chirurgii naczyniowej w leczeniu impotencji,
- 1982 r. – początek wydawania periodyku naukowego *Sexuality and Disability*;
- 1986 r. – zewnętrzny aparat próżniowy do leczenia impotencji
- 1989 r. – otwarcie w Polsce na Wydziale Rehabilitacji AWF w Warszawie Pracowni Psychosomatyki i Psychoterapii (od 1996 r. – Zakład) zajmującej się badaniami naukowymi i dydaktyką z zakresu rehabilitacji seksualnej,
- 1992 r. – powstanie międzynarodowego towarzystwa naukowego rehabilitacji seksualnej .
- 2000 r – dostrzeżenie ważności zdrowia seksualnego osób niepełnosprawnych przez Światową Organizację Zdrowia

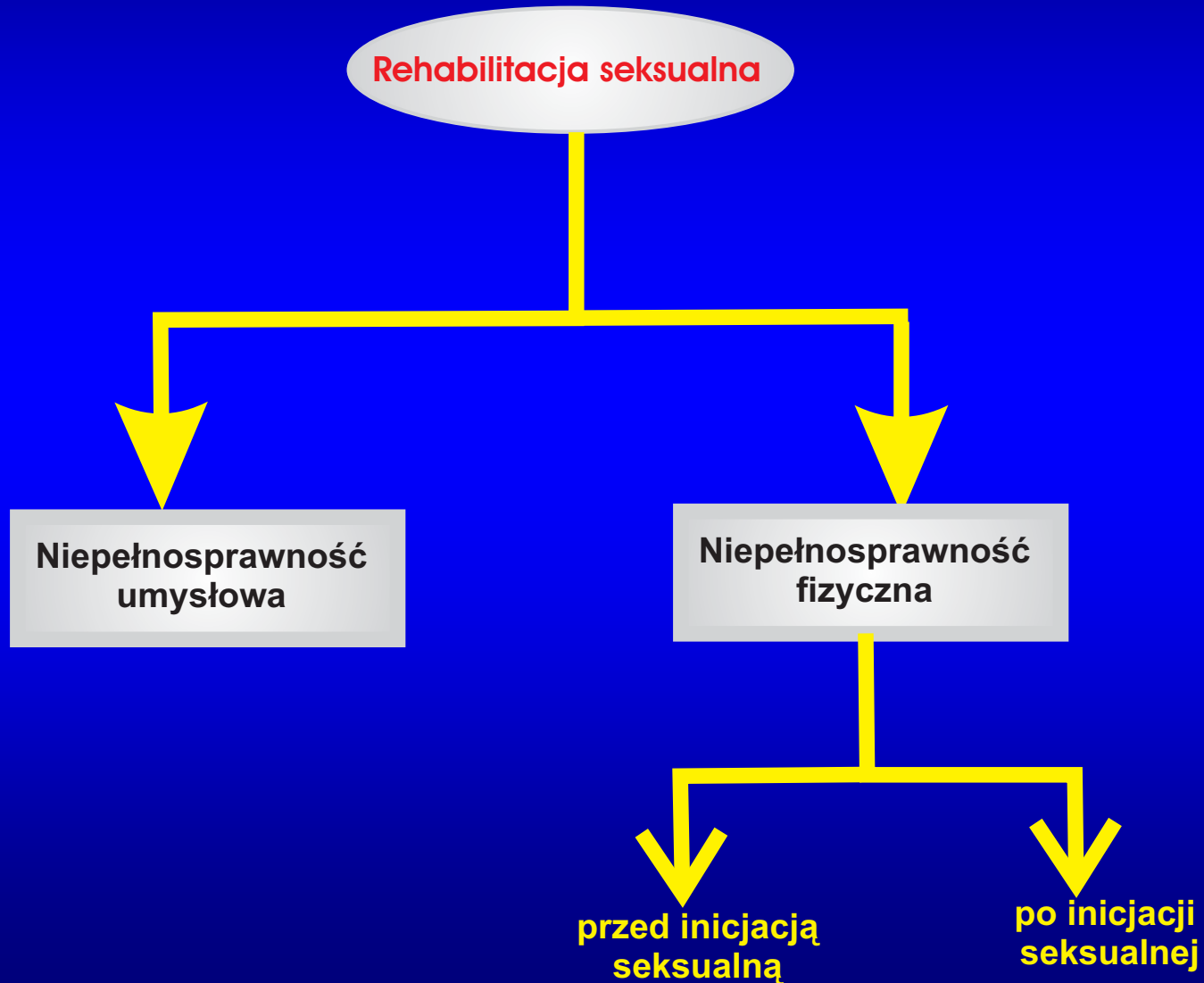
Holistyczny model rehabilitacji osób niepełnosprawnych



Główny cel rehabilitacji seksualnej

- Stworzenie psychosomatycznych warunków do realizacji satysfakcjonującego życia seksualnego, uwzględniając ograniczenia wynikające z niepełnosprawności**

Funkcjonalny podział rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych



Rehabilitacja seksualna osób z upośledzeniem umysłowym

- **Zadania rehabilitacji**
 - przekazanie wiedzy o życiu seksualnym stosownie do stopnia percepcji informacji
 - przekazanie wiedzy o normach społecznych życia seksualnego oraz formach alternatywnych sposobach realizacji potrzeby seksualnej
 - Wprowadzenie metody regulacji płodności
 - Profilaktyka wykorzystywania seksualnego
- **Metody realizacji**
 - Zajęcia edukacyjne, treningi instruktażowe, metody projekcji i auto-projekcji, scenki rodzajowe, trening ról społecznych
 - Zaproponowanie optymalnej metody antykoncepcyjnej, współpraca z lekarzem w przypadku stosowania antykoncepcji hormonalnej
 - Współpraca z ośrodkami terapeutycznymi

Rehabilitacja seksualna osób z niepełnosprawnością fizyczną (przed inicjacją seksualną) (1)

- **Zadania rehabilitacji**
 - Edukacja zapewniająca właściwy przebieg dojrzewania psychoseksualnego
 - „Budowanie” wartościowej samooceny
 - Edukacja prawidłowych wzorców komunikacji psychoseksualnej
 - Optymalizacja technik współżycia seksualnego
 - Optymalizacja metod antykoncepcyjnych
 - Wsparcie w logistyce funkcjonowania układu partnerskiego
 - Edukacja w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową

Rehabilitacja seksualna osób z niepełnosprawnością fizyczną (przed inicjacją seksualną) (2)

- **Metody realizacji**

- elementy psychoterapii wzmacniające właściwy sposób postrzegania własnego ego
- elementy treningu komunikacji interpersonalnej
- indywidualna/zbiorowa edukacja seksualna
- elementy terapii behavioralnej (np wg Masters & Johnson)
- wsparcie farmakologiczne
(Viagra i nowsze generacje, renesans testosteronu w leczeniu kobiet)
- wykorzystanie przyrządów w rehabilitacji seksualnej

Rehabilitacja seksualna osób z niepełnosprawnością fizyczną (po inicjacji seksualnej) (1)

- **Zadania rehabilitacji**
 - profilaktyka depresji psychogennej o seksualnej etiologii
 - adaptacja stosowanych dotychczas technik współżycia do stanu fizycznego pacjenta
 - wsparcie przy reorganizacji logistycznej funkcjonowania układu partnerskiego

Rehabilitacja seksualna osób z niepełnosprawnością fizyczną (po inicjacji seksualnej) (2)

- **Metody realizacji**
 - Treningi partnerskie, masturbacyjne pobudzające nowe miejsca erogenne
 - treningi technik pettingu
 - substytucja farmakologiczna wspomagające osiągnięcie erekcji członka oraz zespołu gotowości płciowej u kobiet
 - Akupunktura , elektrostymulacje, mechanostymulacja ejakulacji
 - konsultacja w zakresie możliwości i konieczności stosowania metod wspomaganego rozrodu

Mechaniczna stymulacja penisa za pomocą wibratora

- Może stanowić metodę terapeutyczną wspierającą osiąganie ejakulacji
- Stymulacja odbywa się wibratorem o średnicy min 5 cm przyłożonym do okolic wędzidełka napletka
- Maksymalny czas stymulacji – 5 min
- Wykazano, że regularna stymulacja mechaniczna powoduje **redukcję spastyczności w kończynach dolnych**

Stymulacja wizualna podczas rehabilitacji kobiet

- Stymulacja treściami erotycznymi, dobranymi kontekstowo dla danej pacjentki
- Jednoczesna elektryczna/mechaniczna stymulacja sfer erogennych
- Maksymalny czas stymulacji 75 min
- Metoda pozwala na zmniejszenie lęku przed aktywnością seksualną
- Umożliwia odtworzenie lub przebudowę mapy sfer erogennych kobiety
- Najnowsza koncepcja – wykazanie roli nerwu błędnego w (kompensacyjnym?/fizjologicznym?) przekazywaniu bodźców czuciowych ze sfer urogenitalnych kobiety

Efekty rehabilitacji

Urazy rdzenia kręgowego

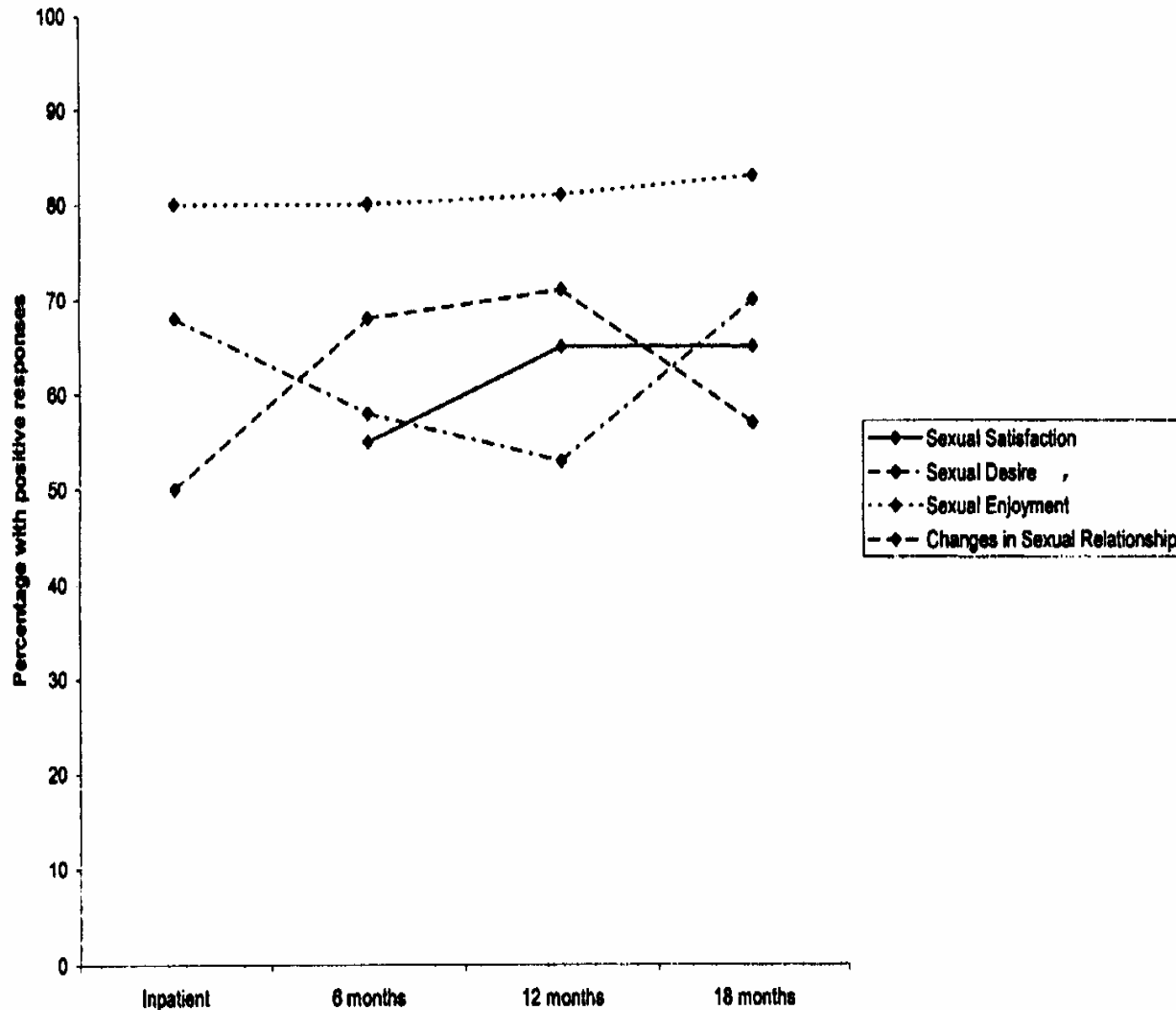


Fig 3. Group frequencies: sexual interest by time after SCI.

Trudności w seksuologicznej procedurze diagnostycznej osoby niepełnosprawnej:

- **fizycznie**

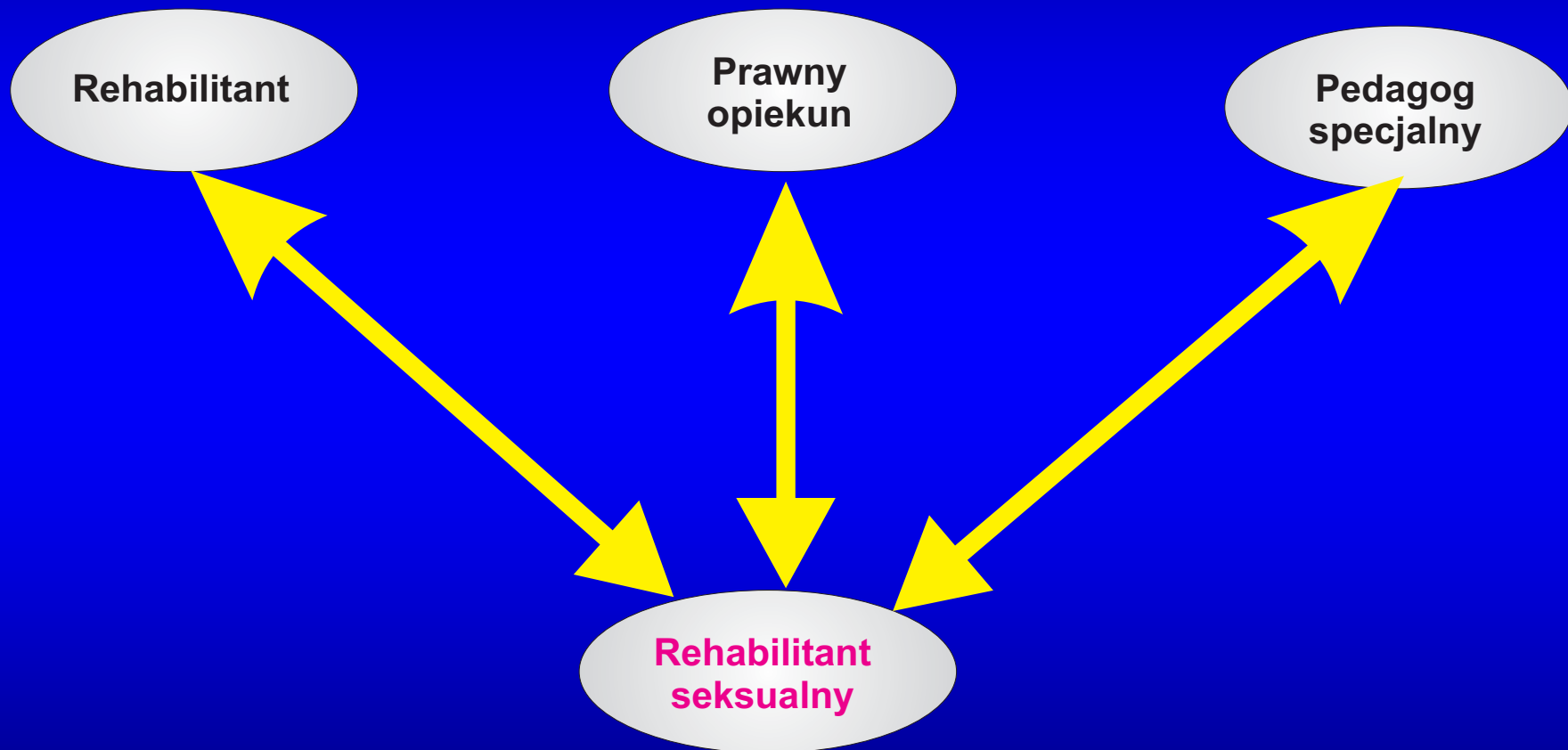
- **Problem z badaniem ginekologicznym wynikający z:**

- **Przyjęciem odpowiedniej pozycji na fotelu**
- **Spastyczności mięśni obręczy biodrowej oraz mięśni brzucha zmniejszającej wartość prognostyczną badania ginekologiczną**

- **Intelektualnie**

- **Problem z komunikacją werbalną i standaryzowanymi kwestionariuszami badania seksuologicznego**

Miejsce rehabilitanta seksualnego w opiece nad osobą niepełnosprawną



Aspekty zdrowia seksualnego w rehabilitacji medycznej

- uwzględnianie ćwiczeń sensoryczno motorycznych podczas fizjoterapii**
- przeciwdziałanie przykurczom przywodzicieli w stawie biodrowym**
- wzmocnienie aparatu mięśniowego w obrębie miednicy mniejszej**
- ćwiczenia relaksacyjne, zmniejszające spastyczność kończyn dolnych**
- treningi zwiększające samoocenę**

Podsumowanie

- Przedstawiony model rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych rozwiązuje problem odpowiedzialności za wsparcie tej sfery życia osoby niepełnosprawnej.
- Jakość i efektywność rehabilitacji seksualnej ma znaczący wpływ na pozostałe elementy modelu holistycznej rehabilitacji osoby niepełnosprawnej. W kontrolowanych badaniach zauważono redukcję objawów spastyczności u osób podawanych regularnej stymulacji seksualnej doprowadzającej do satysfakcji seksualnej.
- Istnieje potrzeba dalszych badań naukowych identyfikujących obawy potencjalnych partnerów ON.
- Wydaje się być niezbędne umieszczenie treści dotyczących seksualności osób niepełnosprawnych we wszystkich podręcznikach do wychowania seksualnego.

***W miłości przydaje się czasem główka
Ale niezbędna jest zawsze głowa***

***Dziękując za uwagę, życzę wielu nie męczących wędrówek na szczyty,
Na których niejedna niebiańska euforia Wasze ciało zaszczyci***

Kontakt e-mail: D.Radomski@neostrada.pl