

Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych

Dr n. med. Bohdan Pawlicki

Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych

Choroba, wypadek czy związana z nimi operacja mogą istotnie zaburzyć dotychczasową aktywność seksualną, podczas gdy często pozostaje silna potrzeba emocjonalna lub fizyczna kontaktów intymnych. Czasami na przekór okoliczności, traumatyczne przeżycia wręcz wzmagają potrzebę kontaktów intymnych z ukochaną osobą. Dotychczasowe stereotypy często kształtują przekonanie, że szeroko pojęta aktywność seksualna jest zarezerwowana tylko dla ludzi potocznie uważanych za zdrowych. Jednak wraz ze wzrostem świadomości zdrowotnej społeczeństw wzrasta słuszne przekonanie, że sfera seksualna jest ważnym elementem pełni zdrowia. Dlatego też można mówić o pełnej opiece rehabilitacyjnej jeżeli uwzględni ona również sferę życia seksualnego.

Rehabilitacja seksualna jako część medycyny prewencyjnej.

Rehabilitacja zdefiniowana jest jako przywracanie prawidłowej formy funkcji czynnościowych po chorobie lub urazie. Może być też traktowana jako część medycyny prewencyjnej. Z tego punktu widzenia można przyjąć trzy poziomy interwencji terapeutycznej w historii naturalnej problemów zdrowotnych.

- Prewencja pierwotna miałaby zmniejszać występowanie i narażenie na choroby i wypadki
- Prewencja wtórna polegałaby na redukcji przebiegu, następstw zdiagnozowanych już stanów.
- Prewencja następowa dotyczy okresu pochorobowego lub pooperacyjnego i ma za zadanie zmniejszenie zaburzeń i takie zrehabilitowanie chorego aby przywrócić możliwie pełne wszystkie dotychczasowe funkcje.

Ta wielopoziomowa koncepcja rehabilitacji może mieć również zastosowanie w rehabilitacji zaburzeń natury seksualnej. Kiedy pojawiają się zaburzenia seksualne mogą one wręcz powodować narastanie lęku i dysfunkcji, głęboko ukrytych i dla tego opornych na terapię. Na przykład prewencja pierwotna powinna mieć miejsce przed planowanym zabiegiem operacyjnym i powinna polegać na omówieniu potencjalnych następstw operacji w sferze seksualnej i możliwości zapobieżenia im jak i wyjaśnienie problemów wynikających często z braku informacji i obaw. Tak więc prewencyjne postępowanie może zaistnieć zanim pojawi się zaburzenie, może i powinno wyprzedzić potencjalnie możliwe dysfunkcje seksualne.

Prewencja wtórna możliwa jest już poleceniu operacyjnym lub zachowawczym. Jednak najczęściej problemami związanymi z zaburzeniami seksualnymi zaczynamy zajmować się w już po zakończeniu procesu leczenia choroby podstawowej. Mamy tu do czynienia z prewencją następową czyli rehabilitacją. Oczywiście interwencja jest najskuteczniejsza gdy jest podejmowana od samego początku problemu. Niestety najczęściej dzieje się to wtedy gdy chory zaczyna zgłaszać konkretne dolegliwości.

Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych

Dr n. med. Bohdan Pawlicki

OKREŚLENIE OBECNOŚCI ZAGROŹŃ

Przypadki chorobowe mogą się ujawniać na trzy sposoby. Mogą się ujawniać w sposób spontaniczny, kiedy pacjent sam zgłasza problem. Dochodzi do tego gdy ludzie zdobywają pewność, że mają prawo do pełnej jakości życia w czym zawiera się satysfakcjonująca aktywność seksualna. Problemy te mogą być sygnalizowane przez pacjentów w sposób pośredni, np. hospitalizowany chory zaczyna żartować na temat seksu, robić uwagi o zabarwieniu erotycznym w stosunku do personelu lub mieć zastrzeżenia do sposobu leczenia, które to może mieć w przyszłości niekorzystny wpływ na jego życie seksualne, czy w końcu może rozwinąć się u niego depresja.

Lekarze powinni być wyczuleni na takie sygnały, gdyż wtedy odpowiednia terapia może być zastosowana jak najwcześniej. Problemy w sferze seksualnej mogą być określone np. za pomocą rutynowych pytań skierowanych do pacjenta, które mogą być częścią normalnego wywiadu chorobowego ukierunkowane jednak dodatkowo na sferę seksualną.

Rehabilitacja seksualna rozpoczyna się od uświadomienia pacjentowi, lub jego lekarzowi, związku zaburzeń w sferze seksualności z przebytymi lub trwającymi schorzeniami somatycznymi lub emocjonalnymi.

Dokładne poznanie dotychczasowych jak i obecnych funkcji seksualnych chorego, jego oczekiwań, ograniczeń oraz potencjalnych możliwości może umożliwić terapeutom zrozumienie przyczyn braku powrotu tych funkcji do stanu z przed choroby, wypadku lub leczenia operacyjnego. Jest to szczególnie ważne gdy stan chorobowy chorego lub jego terapia mogą skutkować zanurzeniami seksualnymi. Jest to też istotne ponieważ chory potrzebuje czasami okazji lub zachęty do podzielenia się takimi problemami.

Niektórzy pacjenci czują się zakłopotani omawianiem problemów natury seksualnej, inni twierdzą jakoby w tej chwili nie są to dla nich problemy wymagające pilnej interwencji.

Jednak lekarz czy terapeuta wychodzący z taką inicjatywą uzmysławia choremu i daje jemu sygnał, że takie problemy mogą zaistnieć, a jeżeli już są to można je leczyć. Takie zasygnalizowanie możliwych kłopotów sfery intymnej często już jest terapeutyczne. Jeżeli chory wyrazi chęć zajęcia się tymi problemami, lekarz powinien zebrać krótki wywiad dotyczący zaburzeń seksualnych w celu ustalenia przyczyny i zakresu problemu. Na tej podstawie lekarz może zdecydować czy sam spróbuje pomóc choremu czy wymaga on skierowania do specjalisty.

ZAKRES PYTAŃ

W podstawowym wywiadzie powinno się podjąć próbę wyjaśnienia problemu. Powinny być zadane trzy pytania. Po pierwsze należy ustalić precyzyjne jakiego aspektu sfery seksualne dotyczą zaburzenia.

Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych

Dr n. med. Bohdan Pawlicki

Po drugie czy ten problem występował już wcześniej, czy pojawił się dopiero teraz. A jeżeli tak to czy wiąże się z aktualną chorobą, wypadkiem lub ich leczeniem, czy jest przypadkowo zbieżny czasowo z aktualnymi problemami zdrowotnymi.

Po trzecie czy jest to problem związany z konkretną sytuacją czy jest natury ogólnej. To znaczy czy pacjent może prawidłowo funkcjonować w tej sferze pewnych określonych warunkach, czy prawidłowa funkcja jest zaburzona w każdych warunkach. Czy problemy są sytuacyjne, czy może to być bezpośrednią przyczyną upośledzenia anatomicznego lub fizjologicznego funkcji seksualnych, które to powinno być celem konkretnej terapii innej od leczenia podstawowego.

Po zebraniu takiego podstawowego wywiadu lekarz będzie wiedział czy jest kompetentny do udzielenia pomocy w tym zakresie.

Na podstawie wywiadu powinno się uzyskać informacje na temat powszechnych przyczyn zaburzeń seksualnych:

- Jakie są objawy upośledzenia fizycznego lub fizjologicznego w odniesieniu do aktywności seksualnej np.: upośledzone czucie w okolicy organów płciowych, zaburzenia czynności pęcherza lub jelita grubego (inkontynencja, cewnik, stoma)
- Istnienie bólu, osłabienie ogólne, zaburzenia ruchów np.: blizny, zwyrodnienia stawów, amputacje, niedowłady, porażenia co uniemożliwia przyjmowanie pewnych pozycji czy wykonywanie pewnych ruchów.
- Jaki jest poziom strachu przed niekorzystnym wpływem na stan zdrowia w następstwie aktywności seksualnej np.: obawa przed zaostrzeniem choroby wieńcowej lub uszkodzenia protezy stawu biodrowego w następstwie uprawiania seksu czy udaru mózgowego w następstwie podniecenia.
- Czy istnieją błędne przekonania i stereotypy jak np.: nowotwór może być przenoszony drogą płciową, aktualna choroba to kara za złe postępowanie czy to, że problemy intymne nie są warte leczenia.
- Strach, wstyd lub niepewności z powodu wyglądu swojego ciała np.: oszpecenia, inwalidztwo, niezdarność.
- Czy są inne niepokoje, które mogły by zakłócać normalne relacje seksualne np.: kłopoty finansowe związane z chorobą, obawa przed bliską śmiercią, postępująca niezdarność.
- Jaki jest obecny nastrój chorego i jego poczucie wartości wynikające ze zmian socjo-ekonomicznych związanych z chorobą np.: zmiana poprzedniej roli społecznej w rodzinie, strach przed utratą pracy.

Lekarz powinien również pacjentowi wyjaśnić i przedstawić w zarysie swoje ograniczenia dotyczące możliwości seksualnych używając następującego schematu.

OKREŚLANIE OGRANICZEŃ I MOŻLIWOŚCI SEKSUALNYCH

Jest użytecznym skupić konsekwencje w sferze seksualnej chorób podstawowych wokół trzech osi aby lepiej opisać zakres i obszary możliwej rehabilitacji.

Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych

Dr n. med. Bohdan Pawlicki

Tak też każda choroba może powodować:

- Uszkodzeniami strukturalnymi lub dezintegracją czynności organizmu.
- Inwalidztwo; tzn. ograniczenia w funkcjonowaniu ciała wynikające z konkretnych upośledzeń
- Ustalenie czy zaburzenia seksualne wynikają z uszkodzeń anatomicznych, zaburzenia unaczynienia lub upośledzenia unerwienia genitaliów, pęcherza czy jelita grubego.
- Należy też ustalić czy zaburzenia seksualne nie wynikają z konkretnych zaburzeń takich jak np: bezpłodność, przeszkody anatomiczne uniemożliwiające odbycie stosunku, zaburzenia erekcji, zaburzenia nawilżenia pochwy, uszkodzenia nerwów obwodowych skutkujące nietrzymaniem moczu i stolca co z kolei rodzi obawy przed zachowaniem higieny czy występowaniem nieprzyjemnego zapachu; zaburzenia możliwości orgazmu po niektórych typach urazu rdzenia kręgowego.

Rozważmy to na przykładzie – kobieta wraca do zdrowia po udanej rekonstrukcji pochwy, może mieć ona dwa problemy związane ze współżyciem to: płodność, zdolność do adekwatnych odczuć i atrakcyjność seksualna dla partnera. Gdy mamy na myśli płodność często to łączy się z usunięciem macicy czy jajników. Jej instynkt macierzyński może być zaspokojony na przykład poprzez adopcję. Jeżeli chodzi o jej aktywność seksualną to kobieta zauważa, że nadal możliwe są odczucia pochwowe a orgazm może osiągać poprzez pobudzanie łechtaczki. Tak więc pomimo pewnych zaburzeń wynikających ze zmian anatomicznych czy blizn pooperacyjnych chora ta może uprawiać seks, mieć doznania erotyczne i czerpać z niego przyjemność. Oczywiście może ta pacjentka mieć obawy czy np. czy nowy partner zaakceptuje ją z jej ograniczeniami. Może to powodować obniżenie pewności siebie w przypadku zawierania nowych znajomości. Ludzie mający małe lub złe doświadczenia seksualne, mający mało prawidłowych informacji, pozostający pod wpływem błędnych mitów mogą czuć się upośledzeni seksualnie z powodu ich fałszywych przekonań i doświadczeń i uważać siebie za aseksualnych pomimo istniejących potrzeb doznań intymnych. Cała taka sytuacja wymaga wnikliwej analizy przez terapeutę przy współudziale partnera co powinno doprowadzić do odzyskania sprawności seksualnej i dobrych relacji intymnych pomiędzy partnerami.

BADANIE FIZYKALNE

Badanie fizykalne może potwierdzać lub wyjaśnić informacje pochodzące z wywiadu, może dać możliwość lepszej edukacji i rehabilitacji chorego w odniesieniu do istniejących możliwości pacjenta.

W badaniu fizykalnym należy szczególnie zwrócić uwagę na następujące elementy:

- Zdolności do aktywności seksualnej
 - stan narządów płciowych
 - obecność blizn, deformacji

Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych

Dr n. med. Bohdan Pawlicki

- zdolności motoryczne pacjenta
 - zdolność do pieśczoł
 - Higiena okolic intymnych
 - umiejętność pielęgnacji stonii
 - kontrola zwieraczy odbytu i pęcherza moczowego.
 - Stan neurologiczny
 - zdolność do orgazmu – test czucia przy ułkuciach szpilką genitaliów, odczuwanie ciepła przez genitalia.
 - zdolność do świadomego zaciskania pochwy, odbytu.
 - zdolność do erekcji i nawilżania pochwy – prawidłowe napięcie zwieracza odbytnicy i prawidłowy odruch opuszkowo jamisty
- Unerwienie parasympatyczne odpowiedzialne jest za erekcje i rubrykację pochwy.

OPCJE REHABILITACJI SEKSUALNEJ

Terapia rozpoczyna się ustaleniem natury zaburzeń, oczekiwań, możliwości i gotowości do osobistych relacji. Proces terapii ma wyjaśnić obawy pacjenta i jego możliwości, powinno to zostać skutecznie uświadomione choremu. Na tej podstawie będzie również możliwe ustalenie optymalnej terapii.

Możemy wyróżnić pięć szeroko pojętych opcji leczenia poszczególnego pacjenta lub pary z zaburzeniami seksualnymi:

- Metody medyczne polegające m.in. na dobraniu odpowiedniego leczenia lekami przeciw nadciśnieniowymi, ze względu na ich wpływ na zaburzenia seksualne; przepisywanie inhibitorów PDE, testosteronu – przypadku jego niedoborów lub dostosowanie odpowiednich preparatów nitrogliceryny jeżeli aktywności seksualnej towarzyszą bóle wieńcowe. Pamiętając o zakazie łączenia inhibitorów PDE (np. Viagra) z preparatami nitrogliceryny; iniekcje dojamiste prostaglandyn, instilacje docewkowe prostaglandyn.
- Metody fizykalne to fizjoterapia poprawiająca ruchomość, poszczególnych stawów i całych partii ciała; do tej grupy metod terapeutycznych zaliczamy również pierścienie uciskające prącie, aparaty próżniowe w celu poprawy ukrwienia, wibratory pomagające osiągnąć orgazm.
- Metody chirurgiczne to zakładanie protez półsztywnych, pneumatycznych; zabiegi naczyniowe poprawiające ukrwienie członka; operacje odtwórcze pochwy po zabiegach radykalnych; chirurgiczne uwalnianie blizn i zrostów.
- Poradnictwo dotyczące alternatywnych sposobów zaspakajania potrzeb intymnych; pomoc partnerom w rozumieniu potrzeb i możliwości ich zaspakajania.

Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych

Dr n. med. Bohdan Pawlicki

Choroba wieńcowa

Aktywność seksualna nie wymaga większego wysiłku niż umiarkowanie obciążające standardowe zajęcia codzienne. Umiarkowany wysiłek fizyczny ma korzystny wpływ na układ krążenia. Niemniej jednak należy pamiętać, że z 90% chorych, którzy powrócili po zawale serca do pracy tylko 40% wraca do aktywności seksualnej. Często jest to spowodowane dolegliwościami wieńcowymi, dusznością czy stosowanymi lekami, niemniej jednak duża część chorych którzy nie podejmują aktywności seksualnej tłumaczy to obawami wynikającymi z braku wiedzy i błędnych przekonań .m.in.:

- Strach przed nagłą śmiercią w trakcie stosunku
 - Strach przed zaskłębieniem w trakcie stosunku
 - Przekonanie, że choroba serca oznacza koniec życia seksualnego
- Oraz istniejącej depresji, zaburzeń seksualnych związanych z uogólnioną miażdżycą

Problemy te można spróbować rozwiązać m.in.; w następujące sposoby

- Stopniowe zwiększanie doznań seksualnych, począwszy od pieszczot, skończywszy na stosunku zakończonym orgazmem.
- Wypróbowanie aktywności seksualnej bez odbywania stosunku, doprowadzenie do orgazmu bez stosunku, co wymaga mniej wysiłku niż osiągnięcie orgazmu podczas stosunku.
- Wypróbowanie różnych pozycji przy których nie dochodzi do dużego wysiłku
- Unikanie współżycia po ciężkich posiłkach, po alkoholu, zbyt ciepłych pomieszczeniach, po zmęczeniu lub stresach.
- Użycie nitrogliceryny lub betablokerów w celu zapobieżenia wystąpieniu dolegliwości wieńcowych.

Problemy seksualne związane z inną chorobą często:

- Nakładają się na nawykowe zachowania seksualne
- Problemy związane z chorobą wieńcową
- Problemy związane operacjami takimi jak: mastektomia, prostatektomia radykalna

Rehabilitacja wtórnych zaburzeń seksualnych rozpoczyna się w momencie uświadomienia sobie zaburzeń seksualnych w następstwie jakichkolwiek innych problemów zdrowotnych. Większość lekarzy posiada wystarczające informacje do podstawowej pomocy w przypadkach pogorszenia sprawności seksualnej w następstwie innych chorób. Oczywiście najcięższe przypadki będą wymagały skierowania pacjentów do odpowiednich ośrodków leczniczych, terapeutycznych. Jednak często pierwszy kontakt z lekarzem dotyczący tych zaburzeń jest bardzo ważny. Życzliwe zainteresowanie się takim problemem może utwierdzić pacjenta, że można ten problem leczyć z powodzeniem i zachęcić do dalszych działań w tym kierunku.