

# Kinezyterapeutyczne metody w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych<sup>1</sup>

## Streszczenie

Seksualność, podobnie jak rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych, nadal budzi różne emocje, i zarówno w środowisku naukowym jak praktycznym, jest tematem tabu, szczególnie w trudnych przypadkach. Artykuł jest analizą naukową oraz interpretacją autorską możliwości seksualno-psycho społecznej rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami fizycznymi i ruchowymi. Dotyczy on zagadnienia na pograniczu i ma na celu przedyskutowanie wątpliwości związanych z pewnymi metodami.

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych, kinezyterapia, seksualność

## Kinesiotherapeutic methods in sexual rehabilitation of the disabled

### Summary

Sexuality, just like sexual rehabilitation of the disabled, still evokes many emotions, and, both in the scientific and practical environment it is a taboo subject, especially in difficult cases.

The article is a scientific analysis as well as the author's interpretation of the possibilities of sexual and social rehabilitation of people with physical or kinetic disabilities. It concerns a borderline issue and it aims at discussing the doubts which are connected with certain methods.

**Key words:** sexual rehabilitation of the disabled, kinesiotherapy, sexuality

## Wprowadzenie

Zdrowie seksualne według WHO to integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Jeśli którykolwiek z tych elementów nie funkcjonuje prawidłowo, cierpią na tym także pozostałe. Brak zdrowia seksualnego może prowadzić do różnorodnych zaburzeń, kompleksów i obniżonej samooceny. Mogą wówczas występować: zaburzenia zdrowia psychicznego (psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe, itp.), poczucie niskiej wartości, konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, drażliwość w kontaktach międzyludzkich.

Seksualność ludzka jest fenomenem ogromnie zróżnicowanym. Ujawnia się na wielu poziomach funkcjonowania: fizyczno-chemicznym, biologicznym, psychologicznym, społecznym i duchowym. Podlega rozwojowi, z wiekiem zmienia formę i funkcje. W dużym stopniu jest zależna od

<sup>1</sup> Artykuł publikowany w: Przegląd Terapeutyczny, 2010, nr 8; [w:] <http://www.ptt-terapia.pl/~ptt/przeglad/archiwum.htm>

potrzeb własnych i relacji z partnerem lub partnerką. Ta fenomenalność ujawnia się w całej swej okazałości szczególnie przy rozpatrywaniu problematyki seksualności osób niepełnosprawnych, ze względu na różnorodne czynniki utrudniające funkcjonowanie seksualne tych osób.

Seksualność często jest rozumiana w kategoriach stosunku seksualnego lub też innych form zachowań seksualnych, jednak oznacza ona coś zupełnie innego. Dotyczy bowiem tego, kim jesteśmy jako kobiety i mężczyźni, dotyczy naszej tożsamości seksualnej i identyfikacji seksualnej, a nie tego w jaki sposób zaspokajamy albo rozładowujemy napięcie seksualne.

Świadomość naszej seksualności kształtuje się i rozwija przez całe życie na podstawie doświadczeń, zarówno pośrednich jak i bezpośrednich, łącząc ciała i uczucia pod parasolem tradycji, kultury religii itp.

Wyrażanie seksualności wymaga poznawczych i emocjonalnych umiejętności, w tym samoświadomości, wiedzy zapewniającej komfort, intymność, zmysłowość, i satysfakcjonujące relacje. Zdolność do doświadczania optymalnego komfortu i satysfakcji seksualnej wymaga także podstawowych umiejętności fizycznych.

### **Niepełnosprawność a rehabilitacja seksualna**

Niepełnosprawność rozpatruje się zwykle przy uwzględnieniu dwóch odmiennych rodzajów podejść teoretycznych: model medyczny i model społeczny.

W *modelu medycznym* w niepełnosprawności podkreślana jest rola fizycznego uszkodzenia organizmu w wyniku chorób lub wypadków i akcentuje się, iż uszkodzenie jest przyczyną trudności w funkcjonowaniu.

W *modelu społecznym* natomiast akcentowane są przede wszystkim trudności w wypełnianiu podstawowych ról społecznych, charakterystycznych dla osób w określonym wieku. Według tego modelu niepełnosprawność jest traktowana jako upośledzenie, które wynika z utraty cenionych zdolności i umiejętności, utrudniające człowiekowi aktywne uczestnictwo w życiu społecznym w stopniu, który byłby dla niego dostępny, gdyby nie posiadał ograniczeń sprawności.

Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności i związków seksualnych, jak również umożliwia przeżywanie przyjemnych, bezpiecznych doświadczeń seksualnych wolnych od przymusu, dyskryminacji czy przemocy. Innym zagadnieniem jest zdrowie reprodukcyjne. Jest ono stanem fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu we wszystkich sprawach związanych z systemem reprodukcji. Zdrowie reprodukcyjne oznacza, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, mieć dzieci oraz w sposób swobodny decydować czy, kiedy i jak liczną rodzinę chcą założyć. Normy medyczne zdrowia seksualnego opierają się na definicji zdrowia seksualnego WHO, Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO (ICD-10) oraz Deklaracji Praw Seksualnych z 2002 roku, rekomendowanej przez WHO.

Osoby niepełnosprawne z pewnością potrzebują kompleksowej rehabilitacji, w tym wsparcia, doradztwa i szkolenia, ale tym, czego potrzebują przede wszystkim, jest równość

w społeczeństwie. Dotyczy ona nie tylko lepszego fizycznego dostępu do różnego rodzaju obiektów, ale przede wszystkim zmian w postawach społecznych, w tym w postawach polityków, nauczycieli i lekarzy tak, aby w ujęciu potrzeb rehabilitacyjnych, została uwzględniona również rehabilitacja seksualna.

Rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych jest jednym z nowoczesnych kierunków współczesnej rehabilitacji, która rozwija się zarówno na gruncie medycyny, jak i seksuologii. Rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych ma przede wszystkim na celu poprawę jakości aktywności seksualnej, która stanowi element składowy poprawy jakości życia psychicznego, społecznego i zawodowego człowieka z niepełnosprawnością, poprzez eliminowanie lub minimalizowanie zaburzeń seksualnych, wynikających pośrednio lub bezpośrednio z dysfunkcji organizmu, a także z sytuacji psychicznej i społecznej. Istotną rolę w rehabilitacji seksualnej odgrywa świadomość seksualna, w tym mechanizmy i funkcje zachowań seksualnych.

Dla realizacji celów rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych wymagana jest nie tylko znajomość czynników chorobowych oraz utrudniających funkcjonowanie w sferze seksualnej, ale również znajomość biopsychospołecznych mechanizmów zachowań seksualnych i w związku z tym czynników leczniczo-terapeutycznych.

*Czy zachowania seksualne są sprawne czy niepełnosprawne? Czy niepełnosprawność, która może mieć różne przyczyny i objawy, stanowi dla osób niepełnosprawnych barierę w życiu seksualnym? Jaka jest efektywność stosowania różnych metod medycznych, w tym kinezyterapeutycznych, a także psychologiczno-społecznych, w rehabilitacji seksualnej?*

O seksualności osób niepełnosprawnych raczej nie można mówić w kategoriach pełnosprawności i niepełnosprawności, są tylko bariery, trudności i zaburzenia wynikające z dysfunkcji organizmu w konsekwencji niepełnosprawności, lub też z bycia osobą niepełnosprawną w społeczeństwie. W związku z tym rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych ma za zadanie tworzenie skutecznych mechanizmów i programów wspierających realizację potrzeb seksualnych u osób niepełnosprawnych, z wykorzystaniem różnorodnych metod dla osiągnięcia tego celu, przy uwzględnieniu indywidualnej sytuacji i potrzeb każdego niepełnosprawnego. Wynika to z faktu, że najczęściej spotykane zaburzenia seksualne mężczyzn, podobnie jak i kobiet, podlegają (pod względem mechanizmu) ogólnej klasyfikacji zaburzeń pożądania seksualnego, fazy podniecenia, orgazmu i ejakulacji oraz zaburzeń seksualnych związanych z bólem.

## **Istota problemu**

Główny problem w seksualności osób niepełnosprawnych ma charakter społeczny i dotyczy podejścia do celu i zadań rehabilitacji oraz wartościowania tego, co jest ważne, a co nie jest ważne lub jest mniej ważne w procesie opieki i rehabilitacji. W wyniku tego często cała tematyka związana z seksualnością osób niepełnosprawnych od edukacji do rehabilitacji

jest spychana na dalszy plan i pozostawiana w cieniu medycznych lub społeczno-zawodowych celów rehabilitacji. Jest to jednak, jak można zauważyć, w dużym stopniu świadome i wygodne podejście w świetle mentalności społecznej i religijnej i, jak powiedział jeden z przedstawicieli organizacji osób niepełnosprawnych, „Prawdopodobnie dlatego, że sam temat seksualności – także osób pełnosprawnych – jest tematem tabu, tematem brzydkim i mówienie o tym jest rzeczą trudną”<sup>2</sup>. Ta niekorzystna sytuacja spowodowała, że wielu pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej jest źle przygotowanych do rozwiązywania problemów zdrowia seksualnego ze swoimi klientami, dla których jest to jednak bardzo ważna kwestia w dorosłym życiu.

### **Klasykne metody w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych**

Specyfiką rehabilitacji seksualnej jest wieloprzyczynowość i wielopostaciowość zaburzeń seksualnych u osób niepełnosprawnych fizycznie i ruchowo. Na przykład u pacjentów po urazie kręgosłupa przyczyną zaburzeń seksualnych mogą być czynniki neurogenne, hormonalne, naczyniowe, psychogenne, a zaburzenia mogą obejmować impotencję, zahamowanie wytrysku, dyspareunię, zaburzenia czucia i libido.

W efekcie zmian w postawach wobec osób niepełnosprawnych i ich potrzeb, w latach 70-tych oraz w wyniku badań i postępu w takich dziedzinach jak medycyna, farmakologia, seksuologia i psychologia, na świecie są stosowane specjalne metody leczenia i rehabilitacji obejmujące farmakoterapię, leczenie chirurgiczne, metody treningowe oraz psychoterapię<sup>3</sup>. Jeżeli chodzi o medycynę i farmakologię, to są stosowane metody chirurgiczne (np. iniekcji do ciał jamistych członka, protez członka) oraz stosowane preparaty typu VIAGRA (SILDENAFIL), LEVITRA (WARDENAFIL) i CIA-LIS (TADALAFIL) oraz różne rodzaje afrodyzjaków, jako środków pobudzających seksualnie.

Wśród metod treningowych, stosowanych w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych, można wymienić następujące, w zależności od wskazań medycznych oraz dyspozycji pacjentów i ich sytuacji rodzinnej i specyfiki dysfunkcji:

1. Szkoła Masters – Johnson;
2. Szkoła Helen – Kaplan;
3. Trening świadomości seksualnej;
4. Treningi relaksacyjne;
5. Desensybilizacja;
6. Treningi masturbacyjne;
7. Metoda ułożenia ginekologicznego (MUG);

<sup>2</sup> Reportaż *Seks niepełno(s)prawnych* emitowany 30.10.2010 w programie Ewy Wanat *Kochaj się długo i zdrowo* [http://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103454,8511539,\\_Najpierw\\_rehabilitacja\\_\\_seksualnosc\\_\\_to\\_sprawa\\_drugorzędna\\_\\_\\_.html](http://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103454,8511539,_Najpierw_rehabilitacja__seksualnosc__to_sprawa_drugorzędna___.html) [30.X.2010]

<sup>3</sup> Starowicz Z. L., *Życie intymne osób niepełnosprawnych*, Severus, Warszawa, 1999.

8. Ćwiczenia mięśnia Kegla;
9. Metoda stosunku udowego;
10. Metoda przedłużenia linii pochwy;
11. Trening seksualny pary wg Kratochvila;
12. Trening Guillerma;
13. Metoda treningowa po zawale mięśnia sercowego.

Na gruncie seksuologii klinicznej i społecznej, a także psychoseksuologii są stosowane metody edukacyjne i psychoterapeutyczne, do których należą:

- Metoda Umiejętności poznania i rozpoznania stref erogennych (tzw. mapy ciała) i optymalne ich pobudzenie. Ta metoda jest szczególnie stosowana w sytuacji, gdy osoba nie odczuwa subiektywnego uczucia popędu seksualnego i zadowolenia, jakiego doświadczała przed urazem. Jednak pomimo dysfunkcji fizycznych, psychoseksualne zaspokajanie potrzeby seksualnej pozostaje na ogół u nich na niezmiennym poziomie, ale należy na nowo tę potrzebę rozpoznać i stymulować. Często ta metoda jest stosowana w połączeniu z innymi metodami treningowymi.
- Poradnictwo i psychoterapia w nurcie behawioralno-poznawczym ma na celu przede wszystkim:
  - Rekonstruować strukturę osobowości i potrzeb, powstających w wyniku niepełnosprawności;
  - Zmodyfikować istniejące lub wytworzyć nowe: przekonania, poczucie własnej wartości (w tym również partnera/ki) dotyczące seksualności;
  - Zmodyfikować istniejące lub wytworzyć nowe zachowania, w nowych nawykach i obyczajach zachowań seksualnych;
  - Wsparcie psychoemocjonalne i społeczne w świetle nowych trudności i zadań życiowych oraz nowych źródeł stresu i frustracji.

Oprócz wyżej wspomnianych metod na gruncie medycyny, seksuologii i psychologii są stosowane tzw. metody mechanoterapeutyczne typu: pierścienie uciskowe, aparat próżniowy i podobne. Efektywność poszczególnych metod zależy od charakteru dysfunkcji oraz indywidualnych cech podmiotowych i społecznych osób niepełnosprawnych, stąd nierzadko proponowane są pakiety terapeutyczne, obejmujące różne rodzaje metod dla uzyskania lepszego i możliwie szybkiego efektu.

### **Kinezyterapeutyczne metody w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych**

Coraz częściej są stosowane na świecie metody kinezyterapeutyczne w rehabilitacji seksualnej takie jak: masaże, akupresura, hydroterapia. Metody te mają na celu przede wszystkim usprawnienie funkcji seksualnych osób niepełnosprawnych.

Seksualne problemy osób niepełnosprawnych fizycznie i ruchowo występują na ogół w czterech głównych postaciach: zanik popędu płciowego, brak pobudzenia i działania, ból i uczucie dyskomfortu podczas stosunku oraz – często – brak orgazmu. Ta charakterystyka wymaga holistycznego podejścia do rehabilitacji seksuologicznej, w celu wytworzenia i zmodyfikowania negatywnych i wadliwych przekonań odnośnie siebie i własnej atrakcyjności, sprawności i możliwości seksualnych, represji miłości i braku sensu życia. Problemy te są kluczowe dla zdrowia psychicznego i seksualnego człowieka. Ważne w związku z tym, aby nie skupiać się jedynie na fizjologicznej stronie seksualności człowieka niepełnosprawnego. Jest równie ważne, aby nie zaniedbywać ciała, a także jego uczuć i emocji z nim związanych. Wstyd, poczucie winy, bezradność, strach, obrzydzenie, gniew, nienawiść i inne silne uczucia są prawie zawsze ważną częścią seksualnego problemu i uczucia te często są „prowadzone” przez tkanki miednicy i narządów płciowych.

Pacjentom z problemami seksualnymi, których nabyli w wyniku urazów, można pomóc ogólnie zarówno w procesie rehabilitacji psychologiczno-egzystencjalnej jak i przez rozmontowanie bolesnych doświadczeń i negatywnych emocji w celu odzyskania pewności siebie, wzmocnienia poczucia własnej wartości, odbudowania zaufania do siebie. Dla uzyskania pełnej harmonii psychofizjologicznej być może będzie to jednak za mało dla niektórych pacjentów, bo jest to bardzo pośredni proces, a ich zdolność do uzyskania harmonii jest utrudniona, albo z powodu silnego stresu, albo z racji urazu itp. W tym przypadku zalecane jest i potrzebne dodatkowe działanie o charakterze bezpośrednim w pracy z pacjentem, które często ułatwia prosta technika: *przyjęcie kontaktu za pomocą dotyku*.

Jest to bardzo prosta technika, gdzie samoakceptacja pacjenta powinna być promowana. Terapeuta może na przykład prosić osobę chorą o położenie ręki na jej brzuchu (macicy) lub sromie, po czym terapeuta kładzie rękę wspomagająco w pobliżu jej ręki. Jeśli ćwiczenie to jest wykonane z należytą starannością i po uzyskaniu koniecznego zaufania pacjenta, często uwalnia od uprzednich negatywnych emocji wstydu związanego z dotykaniem obszarów. Następnie problemy emocjonalne stają się przedmiotem rozmowy terapeutycznej i dalszego przetwarzania holistycznego<sup>4</sup>.

Kompleksowa terapia seksualna odnosi się do rehabilitacji ludzi niepełnosprawnych, w celu odzyskania sprawności biopsychospołecznej, przywrócenia zdolności do optymalnego funkcjonowania w świetle ich indywidualnych i społecznych potrzeb. Kinezyterapeutyczne metody w rehabilitacji odnoszą się do różnych form fizycznych oraz zajęciowych technik terapeutycznych i skoncentrowane są zarówno na fizjologicznych, jak również psychologicznych aspektach funkcjonowania człowieka po urazach, np. na wzmacnianiu mięśni i pomocy w łagodzeniu bólu, a także na przywróceniu zaufania do ciała i jego funkcji, w tym czerpania przyjemności z ciała.

<sup>4</sup> Ventegodt S., Morad M., Hyam E., Merrick J., *Holistic Sexology and Treatment of Vulvodynia Through Existential Therapy and Acceptance Through Touch*, The Scientific World JOURNAL, 2004 Volume: 4, ss. 571-580. [www.scientificworld.com](http://www.scientificworld.com). [30/X 2010]

Wykwalifikowani kinezyterapeuci wykorzystują techniki fizjoterapii i terapii dotykowej dla osiągnięcia tego celu: delikatnie ćwiczą ciało pacjenta, aby budować lub odbudować jego siłę, gdy pacjent jest zbyt słaby, by sam mógł to zrobić. Komunikują się z pacjentem i w ramach sugestii wyzwalają jego energię. Są w stanie dopasować różnego rodzaju sprzęt i urządzenia do pacjentów, aby ułatwić im życie i by byli w stanie funkcjonować w miarę samodzielnie.

Natomiast dotykowy aspekt terapeutyczny ma swoją historię i uważa się, że był praktykowany od ponad 5000 lat w ramach tradycyjnej medycyny chińskiej. Był i jest nadal wykorzystywany również w praktyce religijnej. W tym kształcie jest traktowany jako element leczenia, który ma pomóc w złagodzeniu bólu i niepokoju pacjentów, a także w leczeniu różnych schorzeń lub chorób. Leczenie w tym przypadku bazuje na interakcji pacjenta z własnym ciałem oraz pacjenta z terapeutą, a to jest bardzo przydatne w procesie rehabilitacji seksualnej, gdzie w efekcie urazu fizycznego lub biologicznego pacjenci przeżywają dodatkowe problemy natury psychicznej i społecznej i potrzebują tego typu interakcji, podczas której pacjent uwalnia swoją energię i uruchamia własne mechanizmy leczenia (samoregulacji), na bazie przekonania o sprawności oraz zdolności odczuwania i przeżywania pozytywnych emocji.

Dotyk wykorzystany w kinezyterapeutycznych metodach rehabilitacji seksualnej często jest skojarzony z masażem terapeutycznym. Jest to pozorne porównanie, dlatego że jest w tym coś więcej niż w masażu, który jest przeznaczony do usprawniania funkcjonowania organizmu lub odprężenia się. W przeciwieństwie do masażu, w dotyku kinezyterapeutycznym jest pełne uczestnictwo i zaangażowanie pacjenta z jednej strony, a z drugiej – terapeuta nie tylko monitoruje przepływ energii i pracy mięśni, ale również mówi i sugeruje. Praktyka kliniczna wskazuje na efektywność tych metod w wielu problemach zarówno psychosomatycznych, jak i somatopsychicznych, a nawet w pracy rehabilitacyjnej z dziećmi z autyzmem<sup>5</sup>.

Kinezyterapeutyczne metody, w tym terapia dotykowa, są bardziej efektywne w przypadku, gdy są połączone z psychoterapią, szczególnie w nurcie behawioralno-poznawczym. Tworzą wówczas holistyczny pakiet usprawniania i uzdrawiania o charakterze całościowym – biopsychospołecznym dla lekarzy i pacjentów w kontekście teorii oraz praktyki holistycznego uzdrawiania. Intymność wydaje się w tych zabiegach bardzo korzystna, ale jest ważne, aby wyraźnie odróżnić intymność pacjenta od profesjonalnych działań lekarza/terapeuty i jego patentu na posługiwanie się dotykiem, bez strachu i bez zahamowań emocjonalnych.

## **Kontrowersje wokół niektórych kinezyterapeutycznych metod w rehabilitacji seksualnej**

Stosowanie dotykowych metod terapeutycznych w procesie rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych lub też z zaburzeniami seksualnymi, wywołuje kontrowersje z perspektywy postrzegania intymności i etyki. Dlatego w przypadkach, gdy psychoterapeuta

<sup>5</sup> por. [http://www.methodsofhealing.com/Types\\_of\\_Healing/touch-for-health/](http://www.methodsofhealing.com/Types_of_Healing/touch-for-health/) [ 30.X.2010]



ma zamiar zastosować dotyk – wskazany/zalecany jest pisemny kontrakt terapeutyczny z pacjentem, w celu uniknięcia wszelkich nieporozumień. Bardzo ważne jest również, aby terapeuta był całościowo przygotowany do pracy w sferze psychoseksualnej i mógł w pełni wspierać swoich pacjentów.

Największą kontrowersję wokół dotyku w terapii seksualnej osób niepełnosprawnych budzi metoda „Surrogate Therapy”, która opiera się na koncepcji znanych i skutecznych metod treningowych Masters i Johnson.

W tej terapii klient/pacjent, terapeuta i partner zastępczy tworzą trzyosobowy zespół terapeutyczny. Zastępczy partner ćwiczy z klientem nowe, strukturalne i niestrukturalne doświadczenia, które mają na celu kształtowanie świadomości seksualnej klienta/pacjenta i umiejętności w zakresie fizycznej i emocjonalnej bliskości. Te doświadczenia terapeutyczne obejmują warsztat partnerski wspólnego wypoczynku i relaksu, warsztat efektywnej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, zmysłowe, a także seksualne, dotyki oraz trening umiejętności społecznych. Każdy program ma na celu zwiększenie wiedzy klienta/pacjenta i jego umiejętności oraz komfortu i samooceny seksualnej.

Z czasem klienci/pacjenci są coraz bardziej zrelaksowani, bardziej otwarci na uczucia oraz bliskość fizyczną i emocjonalną w sferze ich intymnych przeżyć. Terapeuta wspiera klienta/pacjenta w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi. Sesje z terapeutą są związane z zastępczymi sesjami partnerskimi, w celu ułatwienia zrozumienia i zmiany w reakcjach seksualnych. Otwarta, uczciwa, spójna komunikacja pomiędzy wszystkimi członkami zespołu jest podstawowym składnikiem sukcesu terapii z zastępczym partnerem.

Metoda ta jest szczególnie zalecana w urazach rdzenia kręgowego i urazach podobnych, w konsekwencji których występuje słaba zdolność do wywołania i utrzymania erekcji, przeżywania orgazmu, co ma duży wpływ na seksualną samoocenę osoby niepełnosprawnej. Stąd nie rzadko są przez niech zadawane pytania typu: „Czy nadal będę w stanie uprawiać seks?”; „Kto chciałby się ze mną kochać?” i „Czy będę w stanie zaspokoić mojego partnera?”

Co rozumiemy przez seksualne poczucie własnej wartości? W aspekcie klinicznym, seksualna samoocena odnosi się do „pozytywnego związku i zaufania do jednostki oraz zdolności doświadczenia swojej seksualności w przyjemny sposób oraz zaspokojenia.” Seksualna

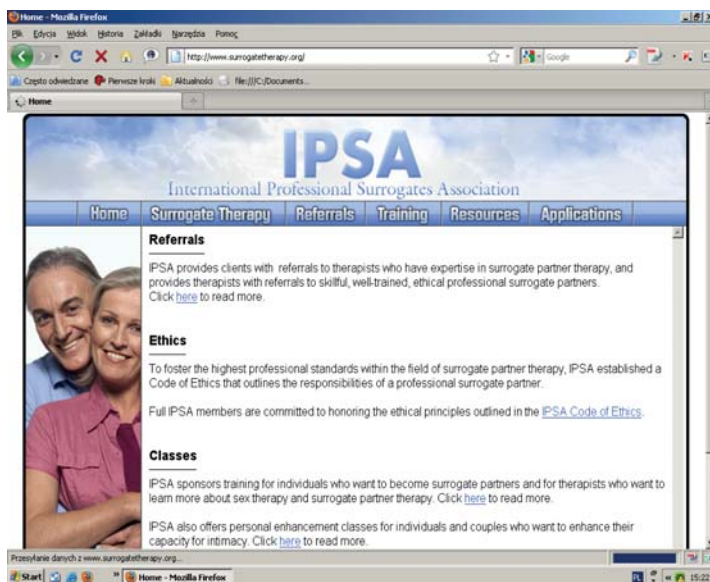


samoocena odnosi się zatem do tego, jak widzimy siebie jako mediatora własnej satysfakcji seksualnej, ale w tym samym czasie musi to oznaczać zdolność do zaakceptowania własnego ciała jako atrakcyjnego w całości. Oczywiście wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie seksualne może znacząco zmienić poczucie własnej wartości.

Ważne jest dla celu - kompleksowej rehabilitacji, aby uznać, że seksualna samoocena jest kluczowym aspektem życia pacjenta podczas rehabilitacji, zarówno fizycznej jak i emocjonalnej. Gdy czujemy się dobrze i pozostajemy w równowadze psychicznej, jesteśmy w stanie lepiej radzić sobie z konsekwencjami niepełnosprawności w życiu osobistym, rodzinnym i zawodowym.

## Czym jest partnerstwo zastępcze, a czym nie jest?

IPSA (International Professional Surrogates Association) w Kalifornii<sup>6</sup> podaje, że jest to profesjonalna usługa, która ma celu pomóc osobom z zaburzeniami seksualnymi, a w szczególności osobom niepełnosprawnym, w kształtowaniu, budowaniu/odbudowywaniu poczucia własnej wartości i samooceny seksualnej. IPSA współpracuje z terapeutami i definiuje swoje działania, jako partnera w zespole terapeutycznym. Treść usług jest również zdefiniowa-



na jako proces terapeutyczny, który ma za zadanie przygotować pacjenta do rozpoczęcia dialogu z własnym ciałem i z własnymi emocjami, starając się w znaczący sposób wykraczać poza proste formy gratyfikacji seksualnej. Sens tego typu terapii opiera się na koncepcjach uczenia się poprzez doświadczenie. W związku z tym wybór odpowiedniego partnera zastępczego dla każdego klienta pod względem płci, wieku, wyglądu i doświadczenia, a także niekiedy inne kryteria, ma duże znaczenie i indywidualny charakter.

Odnośnie kandydatów i pracowników nie jest wymagany konkretny stopień naukowy, ale wymaga się od zastępczego partnera posiadania pewnych cech osobowościowych i doświadczenia życiowego, które wydają się stanowić cenny fundament zawodowej i profesjonalnej

<sup>6</sup> <http://www.surrogatetherapy.org/> [ 30.X.2010]

umiejętności. Są to: akceptacja własnego ciała i swojej seksualności, ciepło, empatia i inteligencja. Istotny również w cechach kandydata/pracownika jest brak uprzedzeń odnośnie stylu życia, działań seksualnych i orientacji seksualnej. Kandydaci zaliczają kurs przygotowania w czterech etapach: z zakresu seksualności, komunikacji i pracy klinicznej, a później pracują pod opieką superwizora.

*Surrogate Partner Terapia* jest dostępna dla kobiet i mężczyzn, klientów wszystkich orientacji seksualnych, z partnerami zastępczymi obu płci. U niektórych klientów ich doświadczenia, negatywny obraz własnego ciała, lub historia urazu, mogą decydować o pracy z zastępczym partnerem, który uczestniczy w terapii, jako wzór do naśladowania, ale nie jest bliskim partnerem. Jeżeli chodzi o czas trwania terapii to klient zazwyczaj spotyka się z partnerem zastępczym i terapeutą raz w tygodniu, na 1 do 2 godzin sesji do momentu, gdy cały zespół postanowi, że leczenie zostało zakończone. Średni kurs obejmuje co najmniej 30 godzin z zastępczym partnerem.

Fizyczne interakcje z pacjentem rozpoczyna się zwykle od seksualnego dotyku terapeutycznego, w którym partner zastępczy delikatnie masuje ciało pacjenta z użyciem olejku do masażu. W ramach spotkania terapeutycznego są określone w sposób wyraźny praktyki seksualne, które pełnią w sesji znaczącą i pożyteczną rolę. Zwykle po piętnastu minutach po zakończeniu sesji rozpoczyna się praca partnera, który pomaga klientowi w koncentracji i dążeniu do osiągnięcia wielokrotnego orgazmu lub opóźnienia orgazmu tak, aby osiągnąć wyższy poziom satysfakcji. Stymulacja odbywa się za pomocą ręki partnera. Nie dopuszcza się do stosunku seksualnego, koncentrując się na grze erotycznej, w kontekście pragnienia orgazmu. Jest to dobry sposób na osiągnięcie i satysfakcji seksualnej i orgazmu oraz wzmocnienie poczucia własnej wartości. Często nie dopuszcza się również do kontaktu z narządem płciowym partnera zastępczego.

Inną bardzo skuteczną techniką jest po prostu rozmowa z klientem o tym, co się działo podczas osiągnięcia orgazmu. Technika ta pomaga pacjentom zwerbalizować ich pragnienia. Zasadniczą sprawą podczas całej sesji jest podtrzymanie interakcji i dotyku z klientem. W obu wariantach podniecenie i orgazm, powstające wskutek tych technik seksualnych, stają się bardzo cenne w kluczowych momentach sesji. Celem tej terapii nie jest jednak wyłącznie osiągnięcie orgazmu przez pacjenta lub zapewnienie stymulacji genitaliów. Istotną korzyścią wynoszoną z tego typu terapii jest zwiększenie poczucia własnej wartości seksualnej osoby niepełnosprawnej, poprzez doświadczenie fizycznej przyjemności oraz akceptację własnego ciała.

W ekspertyzie na temat partnera zastępczego w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych, Lawrence Shapiro ze Studium niepełnosprawności Ryerson University Toronto, Ontario<sup>7</sup>, opierając się na korzyści z zastępczego partnerstwa seksualnego w rehabilitacji

<sup>7</sup> *Incorporating Sexual Surrogacy into The Ontario Direct Funding Program*, Disability Studies Quarterly, 2002, tom 22, nr 4, ss. 72-81. [www.dsqsds.org](http://www.dsqsds.org) [30.X.2010]

seksualnej osób niepełnosprawnych zaleca, aby stworzyć taki program i aby był on finansowany w Kanadzie bezpośrednio. W celu uniknięcia fałszywych wyobrażeń odnośnie tego typu działań ze strony pracowników służby zdrowia i instytucji państwowych, autorka proponuje świadczenie takich usług przez osoby tej samej płci.

## Na zakończenie

Tematyka seksualności osób niepełnosprawnych jest nadal tematem tabu, szczególnie jeżeli chodzi o formy i techniki związane z rehabilitacją seksualną dorosłych osób z niepełnosprawnościami fizycznymi i ruchowymi. Niezależnie jednak od emocji, jaki ten temat wzbudza wśród terapeutów i lekarzy, jest on bardzo ważny dla osób niepełnosprawnych.

## Literatura

1. A. F. Guttmacher, *Human Sexual Inadequacy for the Non-Layman*, *Review of Human Sexual Inadequacy* by W. H. Masters and V. E. Johnson in *The New York Times*, 1970, July 12, accessed on March 2009
2. B. Aouil, *Seksualność osób niepełnosprawnych – aktualne zadania i wyzwania*. „Przegląd Terapeutyczny”, 2008 nr 5; [w:] [www.ptt-terapia.pl/~ptt/przegląd/archiwum.htm](http://www.ptt-terapia.pl/~ptt/przegląd/archiwum.htm)
3. B. Zilbergeld, *The New Male Sexuality: The Truth About Men, Sex, and Pleasure*, Revised Edition, “Bantum Books”, 1999, pp. 341, 343-4
4. S. Kratochvil, „Psychoterapia”, Warszawa, PWN, 1974, 1978
5. L. Gapik, *Seksuologia – wybrane zagadnienia*, [w:] *Ginekologia*, red. Z. Słomko, Warszawa, 1997, PZWL, s. 395-424
6. K. Imieliński, „Seksuologia”, Warszawa, 1989, PWN
7. K. Imieliński, „Seksiatria”, Warszawa, 1990, PWN
8. R. J. Noonan, *Sex Surrogates: A Clarification of Their Functions. Doctoral Dissertation*, New York University, 1984
9. Z. L. Starowicz, „Leczenie nerwic seksualnych”, Warszawa, 1991, PZWL
10. Z. L. Starowicz, „Leczenie zaburzeń seksualnych”, Warszawa, 1997, PZWL
11. Z. L. Starowicz, „Życie intymne osób niepełnosprawnych”, Warszawa, 1999, Severus

## Strony internetowe:

1. <http://www.thescientificworld.com>
2. <http://www.methodsofhealing.com>
3. <http://www.surrogatetherapy.org>