Додаток 2
до Порядку організації надання та забезпечення допомоги на маршруті пацієнта з порушеннями сексуального життя
(пункт 1 розділу II)

Особливості спілкування з пацієнтами з черепно-мозковою травмою під час надання допомоги при порушеннях сексуального здоров'я

Пацієнти з черепно-мозковою травмою (далі – ЧМТ), можуть мати комплексні порушення фізичного, когнітивного та психоемоційного функціонування, що виникають унаслідок травматичного ушкодження головного мозку. Серед таких пацієнтів - особи різного віку та статі, цивільного або військового статусу, з різним ступенем тяжкості травми: від легкої ЧМТ до тяжкого ушкодження мозку. Ці порушення можуть безпосередньо або опосередковано впливати на сексуальну функцію, сексуальне самосприйняття, міжособистісну взаємодію та якість інтимного життя.

У пацієнтів після ЧМТ часто спостерігаються когнітивні порушення: сповільнення мислення, труднощі з концентрацією уваги, розлади пам'яті, порушення планування та прийняття рішень, зниження контролю імпульсів. Ці розлади можуть обмежувати здатність пацієнта ініціювати інтимну взаємодію, підтримувати емоційний контакт із партнером, розуміти його потреби, регулювати власну поведінку та отримувати задоволення від близькості.

Емоційні зміни проявляються підвищеною дратівливістю, лабільністю настрою, тривогою, депресивними станами або апатією. Фізичні наслідки травми - втома, головний біль, запаморочення, порушення рівноваги, спастичність та інші неврологічні симптоми - можуть обмежувати інтимну активність або спричиняти дискомфорт. У частини пацієнтів розвиваються гормональні розлади внаслідок дисфункції гіпоталамо-гіпофізарної системи, що впливає на сексуальний потяг, збудження та здатність до оргазму. Хронічна дисфункція гіпофіза виявляється у значної частини пацієнтів після ЧМТ.

Когнітивні розлади після ЧМТ мають як прямий, так і опосередкований вплив на сексуальне функціонування. Сповільнення мислення затримує реакцію на сексуальні стимули та процес збудження. Порушення робочої пам'яті ускладнює здатність утримувати увагу на партнері та самому процесі близькості. Розлади планування знижують спроможність ініціювати або організовувати інтимний контакт. Недостатній контроль імпульсів може проявлятися труднощами з регуляцією поведінки під час близькості або порушенням міжособистісних меж.

Таким чином, когнітивні порушення впливають не лише на мислення, а й на здатність людини підтримувати близькі стосунки та отримувати задоволення від інтимного життя. Покращення когнітивного функціонування в процесі реабілітації може опосередковано сприяти й відновленню сексуального здоров'я.

У частини пацієнтів після ЧМТ спостерігаються порушення імпульсного контролю, що можуть проявлятися імпульсивною або соціально недоречною поведінкою, зокрема в інтимній сфері. Такі прояви включають надмірну сексуальну ініціативність, труднощі з дотриманням особистих меж, недоречні коментарі або доторки, а також нездатність своєчасно припинити поведінку, що викликає дискомфорт у партнера чи оточення.

В окремих випадках спостерігається поведінкова дисінгібіція, пов'язана з ураженням лобних часток - структур, що відповідають за регуляцію поведінки, соціальне гальмування та контроль імпульсів. Фахівцям важливо розмежовувати неврологічно зумовлені прояви та навмисну поведінку пацієнта, оскільки це визначає стратегію та тактику подальшої реабілітаційної допомоги.

Під час спілкування з пацієнтами з ЧМТ можуть виникати бар'єри як з боку фахівців, так і з боку самих пацієнтів. З боку фахівців - це дискомфорт при обговоренні інтимних питань, недостатня підготовка у сфері сексуального здоров'я або сприйняття сексуальних труднощів як менш пріоритетних порівняно з іншими наслідками травми.

З боку пацієнтів бар'єрами є сором, страх осуду, переконання, що інтимні труднощі не належать до сфери реабілітації, або нездатність усвідомити та сформулювати проблему через когнітивні порушення. В окремих випадках пацієнти можуть не усвідомлювати наявності порушень унаслідок зниженої критичності або анозогнозії. Соціокультурні чинники та страх стигматизації також суттєво ускладнюють обговорення цих питань.

Фахівцям мультидисциплінарної команди рекомендується дотримуватися проактивного та безоціночного підходу до обговорення питань сексуального здоров'я. Запитання про можливі зміни в сексуальному житті доцільно включати до стандартного реабілітаційного опитування, використовуючи нейтральні формулювання, що створюють у пацієнта відчуття безпеки та довіри. Важливо роз'яснювати, що зміни сексуального життя після травми мозку є поширеним явищем і можуть бути зумовлені фізичними, когнітивними або психологічними наслідками ЧМТ.

Спілкування з пацієнтом має відбуватися конфіденційно, шанобливо та доступно. Інформацію слід викладати простою мовою, короткими реченнями, уникаючи медичної термінології, оскільки когнітивні порушення можуть ускладнювати сприйняття. Необхідно перевіряти розуміння пояснень і за потреби повторювати ключові повідомлення. З огляду на когнітивні особливості пацієнтів рекомендується обговорювати одне питання за раз, не перевантажувати інформацією та надавати письмові чи візуальні матеріали для самостійного ознайомлення. У низці випадків кілька коротких бесід є ефективнішими за одну тривалу розмову.

За згодою пацієнта до обговорення доцільно залучати партнера, оскільки зміни в інтимному житті стосуються обох учасників стосунків. Партнер може надати цінну інформацію про поведінкові та емоційні зміни, а також потребує підтримки й роз'яснення можливих наслідків травми для інтимного життя.

Алгоритм дій працівника сфери охорони здоров’я

Скринінг

У рамках комплексного обстеження рекомендовано включити скринінг порушень сексуального життя. Це не потребує глибоких спеціальних знань - достатньо поставити кілька відкритих запитань:

«Чи помічали ви зміни в інтимному житті після травми?»;

«Чи є у вас питання або занепокоєння щодо близьких стосунків?»;

«Чи впливають ваші ліки на бажання чи фізичні відчуття?».

Рекомендація: у структурному підрозділі, що надає реабілітаційну допомогу пацієнтам з ЧМТ, доцільно визначити працівника (працівників), який пройшов підготовку з питань сексуального здоров'я та ініціює ці розмови з пацієнтами й їхніми партнерами.

Оцінка

Після виявлення проблеми, проведіть базову оцінку за такими напрямками:

фізичний: наявність болю, втоми, рухових обмежень, гормональних змін, побічних ефектів ліків;

когнітивний: вплив порушень пам'яті, уваги, планування, імпульсивності на інтимне життя;

психологічний: наявність депресії, тривоги, ПТСР, зміни образу тіла, страхи;

стосунковий: якість стосунків з партнером, рольові зміни, комунікація.

Направлення до профільних фахівців

На основі оцінки скеруйте пацієнта до відповідних спеціалістів:

Виявлена проблема	**Працівник сфери охорони здоров'я**	**Що може зробити**
Еректива дисфункція, проблеми з еякуляцією	Лікар-уролог	Діагностика, медикаментозне лікування, консультування
Сухість піхви, біль, порушення циклу, зниження чутливості, зниження лубрикації	Лікар-акушер-гінеколог	Гормональна корекція, місцеві засоби, обстеження
Підозра на гормональні зміни	Лікар-ендокринолог	Оцінка функції гіпофіза та статевих залоз, гормональна замісна терапія за показаннями
Депресія, тривога, ПТСР, зниження сексуального потягу та збудження, відсутність чи	Психолог / психотерапевт / лікар-психіатр	Психотерапія, медикаментозна корекція

зниження задоволення від сексу		
Проблеми з позами, рівновагою, непрямий вплив травми (спастичність, гетеротопічна осифікація, остеопороз, пролежні та інше)	Фізичний терапевт / ерготерапевт	Підбір адаптивних поз, допоміжних засобів
Імпульсивна/недоречна поведінка	Клінічний психолог (нейропсихологічна реабілітація) / психотерапевт / лікар-психіатр	Поведінкові стратегії, когнітивна реабілітація
Комплексні порушення стосунків	Психолог / психотерапевт (парна робота)	Комунікаційний тренінг, відновлення довіри
Ознаки насильства щодо партнера або загроза такого насильства	Лікуючий лікар	Оцінка безпеки партнера; дії відповідно до статті 12 Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству»

Особливості роботи з різними категоріями пацієнтів

Пацієнти з гіперсексуальністю або недоречною поведінкою

Частина пацієнтів після ЧМТ (особливо з ураженням лобних та скроневих часток) демонструє підвищену сексуальну активність, недоречні коментарі, доторкання без згоди або нездатність зупинитися на вимогу партнера. Це наслідок пошкодження мозкових структур, що відповідають за контроль імпульсів.

Рекомендації:

не соромити й не дорікати пацієнта - це не «поганий характер», а симптом;

чітко, спокійно й повторювано пояснювати межі допустимої поведінки;

скерувати до клінічного психолога (нейропсихологічна реабілітація) для роботи з контролем імпульсів, за потреби залучити лікаря-психіатра;

забезпечити безпеку партнера: обговорити з ним/нею стратегії реагування;

забезпечити безпеку інших пацієнтів і персоналу; у разі повторюваних епізодів – переглянути план ведення пацієнта в межах МДРК.

Пацієнти зі зниженим бажанням

Зниження сексуального потягу є однією з найчастіших скарг. Причини можуть бути гормональними, медикаментозними або психологічними.

Рекомендації:

за наявності ознак гормональних порушень скерувати до лікаря-ендокринолога для оцінки функції гіпофіза та статевих залоз;

переглянути лікарські засоби – деякі антидепресанти, протисудомні та знеболювальні знижують лібідо;

оцінити наявність депресії або тривоги;

запропонувати поступове повернення до близькості: від тактильного контакту до більш інтимних форм.

Пацієнти з агресивною поведінкою під час близькості

Деякі пацієнти після ЧМТ не контролюють силу своїх дій, можуть завдавати болю партнеру під час інтимного контакту або демонструвати агресивність.

Рекомендації:

обговорити з пацієнтом, що насильство неприпустиме за жодних обставин;

навчити стратегіям пауз та самоконтролю (глибоке дихання, зупинка за сигналом партнера);

скерувати до психолога або психотерапевта для навчання навичок самоконтролю та управління гнівом;

забезпечити підтримку партнера: він/вона має право сказати «стоп» і відмовитися від контакту.;

оцінити ризики для безпеки партнера; у разі ознак домашнього насильства діяти відповідно до статті 12 Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» та Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 01 лютого 2019 року № 278.

Військові

Військові після ЧМТ (зокрема внаслідок вибухової хвилі) мають додаткові фактори ризику: ПТСР, стигма щодо «слабкості», культура стриманості, повторні травми. Ці чинники можуть значно ускладнювати звернення по допомогу.

Рекомендації:

використовувати нейтральну мову;

підкреслювати, що сексуальні порушення - це наслідок травми, а не «слабкість»;

запропонувати варіанти конфіденційної допомоги;

враховувати можливі коморбідні психічні порушення і їхній вплив на інтимне життя.

Що не варто робити

ігнорувати тему сексуального здоров’я, вважаючи її «незручною» або «неважливою»;

обіцяти повне відновлення без підстав;

давати медичні призначення не за своєю спеціалізацією;

соромити або засуджувати пацієнта за його симптоми чи поведінку;

обговорювати інтимне життя пацієнта без його згоди з третіми особами;

нав’язувати розмову, якщо пацієнт категорично не готовий - але повернутися до теми пізніше;

ставити діагнози у сфері, що виходить за межі вашої компетенції.
