

УДК 159.91

DOI: 10.31732/2663-2209-2022-71-199-207

## ПСИХО-СЕКСУАЛЬНІ ОСНОВИ СЕКСУАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ, ВETERANІВ ТА ЦИВІЛЬНИХ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Святослава Федорець<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Аспірантка, ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», м. Київ, Україна, e-mail: fedorets.sexology@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2343-7550>

## PSYCHO-SEXUAL FUNDAMENTALS OF SEXUAL REHABILITATION OF MILITARY, VETERANS AND CIVILIANS WITH DISABILITIES

Svyatoslava Fedorets<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Postgraduate student, "KROK" University, Kyiv, Ukraine, e-mail: fedorets.sexology@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2343-7550>

**Анотація.** В статті висвітлено психо-сексуальні засади сексуальної реабілітації військових, ветеранів та цивільних з набутою інвалідністю. Зокрема, проаналізовано зарубіжні фахові видання, наведено статистичні дані рівня сексуальних порушень чи змін в людей з різними травмами та ушкодженнями. Також акцентовано увагу на дефіциті аналогічних публікацій та досліджень в україномовному професійному середовищі. Звернено увагу на те, що в Україні реабілітаційні програми для військових та ветеранів практично не торкаються комплексного підходу до реабілітації сексуальності травмованих осіб. Досліджено поняття сексуальності, як складного поєднання біологічних, соціальних, психологічних та інших чинників, які охоплюють собою буття людини протягом усього життя. Виокремлено сфери в яких проявляється та переживається сексуальність, в усій її унікальності та індивідуальності. Зазначено високу клінічну значущість розмов про сексуальність протягом усього процесу відновлення, які мають охоплювати собою як розмови з фахівцями допомагаючих професій, які повинні ініціювати подібні обговорення, так і розмови всередині пари чи в групах підтримки. Окреслено особливості впливу інвалідності, травматизації на сексуальне функціонування, в тому числі вплив хибних переконань які можуть формувати упереджене відношення до інвалідності та сексуальності. Наголошено на високому рівні сексуальних проблем які виникають після операційних утручань на фоні дезінформації чи емоційних переживань. Крім того, на сексуальне функціонування пари де є людина з раптово набутою інвалідністю може впливати комплекс психосоціальних чинників, таких як зміна ролей в стосунках, загальні труднощі пов'язані з процесом лікування та відновлення, депресія, тривога, зміна самооцінки чи втома. Звертається увага на необхідність переосмислення власної сексуальності, уявлень про маскуліність та фемінність, формування нових сексуальних сценаріїв які б включали в себе факт інвалідності, а також, загальне розширення погляду на інтимність, який би відходив від поширеного сприйняття сексу виключно як пенільно-вагінального контакту. А також, висвітлено широке коло аспектів, які можуть потребувати терапевтичного втручання під час відновлення інтимного життя людини, яка раптово набула інвалідності.

**Ключові слова:** інвалідність, маскуліність, модель PLISSIT, сексуальна реабілітація, сексуальні дисфункції, сексуальність, сексуальні сценарії, сексуальне функціонування, статевий акт, фемінність.

**Формули: 0; рис.: 0; табл.: 0; бібл.: 48**

**Abstract.** The article highlights the psycho-sexual principles of sexual rehabilitation of military personnel, veterans and civilians with acquired disabilities. In particular, foreign professional publications are analyzed, and statistical data on the level of sexual disorders or changes in people with various injuries and traumas are presented. Attention is also focused on the lack of similar publications and research in the Ukrainian-speaking professional environment. It is noted that in Ukraine, rehabilitation programs for the military and veterans practically do not address a comprehensive approach to the rehabilitation of the sexuality of traumatized persons. The concept of sexuality as a complex combination of biological, social, psychological and other factors that encompasses human existence throughout life is explored. The spheres in which sexuality is manifested and experienced in all its uniqueness and individuality are highlighted. The high clinical significance of conversations about sexuality throughout the recovery process is noted, which should include both conversations with professionals of helping professions who should initiate such discussions and conversations within a couple or in support groups. The peculiarities of the impact of disability and trauma on sexual functioning, including the influence of false beliefs that can form a prejudiced attitude towards disability and sexuality, are outlined. The author emphasizes the high level of sexual problems that arise after surgical interventions against the background of misinformation or emotional experiences. In addition, the sexual functioning of a couple with a person with a sudden disability can be affected by a set of psychosocial factors, such as changing roles in relationships, general difficulties associated with the treatment and recovery process, depression, anxiety, changes in self-esteem or fatigue. Attention is drawn to the need to rethink one's own sexuality, ideas about masculinity and femininity, the formation of new sexual scenarios that would include the fact of disability, as well as a general expansion of the view of intimacy, which would move away from the widespread perception of sex as exclusively penile-vaginal contact. The article also

*highlights a wide range of aspects that may require therapeutic intervention when restoring the intimate life of a person who has suddenly become disabled.*

**Keywords:** *disability, masculinity, PLISSIT model, sexual rehabilitation, sexual dysfunctions, sexuality, sexual scenarios, sexual functioning, sexual intercourse, femininity.*

**Formulas:** 0; **fig.:** 0, **tabl.:** 0, **bibl.:** 48

**Постановка проблеми.** До 1970-х років досліджень сексуальності та інвалідності було не багато. Тема вважалася особистою, приватною, а не важливою складовою реабілітації чи загального здоров'я. Однак, за останні 20 років кількість досліджень, присвячених цьому питанню, зростає, і сексуальне благополуччя тепер вважається одним із найважливіших аспектів якості життя людини (Calabro, 2019). Поруч з цим, в Україні досі недостатньо приділяється уваги питанню комплексного підходу до роботи з сексуальністю людей з інвалідністю. В той же час, на фоні повномасштабної російсько-української війни значна кількість українських військових одержує тяжкі поранення, які так чи інакше можуть позначитись на їхньому сексуальному функціонуванні. При цьому в нашій країні бракує спеціалістів з сексуальної реабілітації. Зважаючи на те, що велика кількість військовослужбовців та цивільних потребуватиме послуг з реабілітації, це актуалізує доцільність розвитку напрямку сексуальної реабілітації для ветеранів, військових та цивільних з інвалідністю.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Дослідження показують, що набуті фізичні порушення чи інвалідність можуть погіршувати психологічні та фізичні аспекти сексуальної поведінки. Зокрема, виявлений зв'язок між розвиненим еволюційним механізмом уникнення хвороб та сучасними міфами, упередженнями, хибними переконаннями щодо людей з інвалідністю чи фізичними вадами (Meloni, 2012), розуміння цього зв'язку може сприяти перегляду свого відношення до інвалідності та сексуальності. Оскільки зростаючи без інвалідності, людина виростає вірячи, що інвалідність є відхиленням, що інвалідність не поєднується з сексуальністю та що

*тілесна досконалість є єдиним варіантом норми (Barnartt, 2010).*

При цьому погіршення сексуального функціонування, які виникають на фоні травм, відрізняються в залежності від одержаної інвалідності, характеру ушкоджень, стосунків всередині пари та психологічних особливостей самої людини. Наприклад, сексуальні труднощі після черепно-мозкових травм (далі – ЧМТ), пов'язані з медичними та фізичними проблемами (нейроендокринні та гормональні розлади) (Sandel, 2013; Cohen, 2003), нейропсихологічними та психологічними наслідками, наприклад, депресією (Sander, 2012), а також зміною стосунків, наприклад, інтимних (Sandel, 2007; Moreno, 2013). Від 50 до 60% людей з ЧМТ повідомляють про певний рівень порушення після травми (Simpson, 2001; Kreuter, 1998; O'carroll, 1991). Значний вплив на сексуальну функцію можуть мати травми спинного мозку (далі – ТСМ). Так, серед чоловіків дуже поширеними є розлади еякуляції (понад 90%) (Elliott, 2002), а від 35% до 80% чоловіків стають сексуально неактивними (Dahlberg, 2007; KuJeon, 2006). І хоча, приблизно половина жінок з ТСМ можуть досягати оргазму (Charlifue, 1992; Jackson, 1999) (що також було підтверджено в лабораторних умовах) (Sipski, 1997), однак може збільшуватись час затримки оргазму (Sipski, 2001). Жінки з ТСМ частіше повідомляють про зміни статевого потягу, збудження та вагінального змащення, зміни у відчуттях оргазму або перебої з його досягненням. Дані іноземних досліджень свідчать про те, що 20% осіб з ампутацією відчувають певну сексуальну дисфункцію (Verschuren, 2016). Понад 40% людей з ампутацією відчувають зміни у своєму статевому житті порівняно з тим, що було до ампутації (Ide, 2004). Для багатьох існує загроза втрати себе через зміну образу тіла, що заважає інтимній близькості, до 76% повідомляють

про зниження статевої функції після ампутації (Williamson, 1996).

Наведені дані переконливо свідчать про високу вірогідність розвитку сексуальних дисфункцій та значну поширеність проблем сексуального функціонування серед людей які набули інвалідності внаслідок травм, особливо коли мова йде про політравми, які найчастіше виникають у військових під час участі в воєнних діях.

Найбільшою проблемою можна визначити те, що незважаючи на багаторічну російсько-українську війну, в україномовному просторі фахової літератури відчувається значний дефіцит публікацій на тему сексуальної реабілітації військових, ветеранів та осіб з інвалідністю, що суттєво обмежує комплексний підхід до реабілітації. Багато людей, які набувають інвалідність в результаті важких травм можуть стати сексуально активними тільки через тривалий час після травматизації (поранення), до цього вони можуть не усвідомлювати повного впливу травми на свою сексуальну активність. Тим не менш, важливо щоб пари чи люди з інвалідністю були обізнані з проблемами з якими вони можуть зіштовхнутись під час спроб повернутись до сексуальної активності та проінформовані про способи відновити та покращити своє статеве життя.

Психосоціальні чинники, зміна ролей в стосунках, загальні труднощі, а також індивідуальні чинники такі як депресія, тривога, самооцінка, втота – все це прямо чи опосередковано впливає на сексуальність, інтимне життя, потяг та сексуальні потреби. Такі зміни вимагають від людей переосмислення своєї сексуальності, розширення погляду на інтимність, пошук та експериментування з новими інтимними практиками (Basson, 2010). Вчасне надання інформації з питань виниклих змін, подальших труднощів сексуального функціонування може бути важливою складовою в комплексному підході до реабілітації військових та ветеранів.

#### **Формулювання цілей статті.**

Погіршення сексуального функціонування

є недостатньо визнаними наслідками набутої інвалідності. Попри високу поширеність проблем психічного здоров'я серед військових, які одержують важкі поранення, досі приділяється недостатньо уваги їхньому сексуальному благополуччю, сексуальній самооцінці та якості статевого життя. Частково це обумовлено тим, що фахівці долучені до реабілітації військових можуть відчувати складнощі з обговоренням питань інтимного характеру, з іншого боку, висока маскуліність спільнот військовослужбовців може стигматизувати сексуальні порушення, тим самим ускладнюючи можливість їхнього обговорення. Зважаючи на інтимність окреслених питань, дана проблематика потребує особливої уваги з боку фахівців, залучених до реабілітації військових та ветеранів. Від фахівців допомагаючих професій очікується готовність обговорювати інтимні проблеми своїх клієнтів/пацієнтів, відкритість до ініціювання таких розмов, уточнень характеру погіршення сексуального функціонування та надання пропозицій щодо їх подолання.

**Вклад основного матеріалу дослідження.** Найчастіше сексуальність розуміється в контексті стосунків. Проте, сексуальність – це складна інтеграція біологічних, культурних, духовних, соціальних, економічних, психологічних, політичних, етичних, релігійних та духовних чинників. Сексуальність є центральним аспектом буття людини протягом усього життя і охоплює стать, гендерну ідентичність і ролі, сексуальну орієнтацію, еротіку, задоволення, інтимність і дітонародження. Сексуальність переживається та проявляється в думках, бажаннях, фантазіях, переконаннях, ставленнях, цінностях, поведінці, практиках, ролях і стосунках. Таким чином сексуальність включає в себе багато аспектів життя людини, однією з яких є концепція статевого акту. Але при цьому сексуальність не обмежується тільки фізичним, проникаючим сексом.

Сексуальність кожної людини унікальна, які і її особистісні риси. Статеве функціонування – це складний, багатогранний процес, який вимагає узгодженого функціонування усіх систем людини: психічної, вегетативної, сенсорної та рухової і залежить від належної функції неврологічної, судинної та ендокринної систем, що забезпечує достатнє кровопостачання статевих органів, збалансований гормональний фон та здоровий емоційний стан. Хвороби, операції, важкі травми чи поранення, методи лікування, ліки та супутні захворювання впливають на зміну сексуального життя людини та її партнера.

Людині яка раптово одержала важкі ушкодження, тяжку травматизацію, ампутацію, після фізичної реабілітації потрібен буде час, щоб дізнатись про свої сексуальні бажання, потреби, фантазії та обмеження сексуального функціонування, на які накладатиме характер одержаних ушкоджень. Багато сексуальних проблем які виникають внаслідок хірургічних утручань можуть бути більш емоційними ніж фізичними і часто пов'язані з дезінформацією.

Так само певного часу для адаптації буде потребувати партнер людини з інвалідністю, якому теж потрібно буде дізнатись про сексуальні реакції, страхи, обмеження, які можуть виникати на фоні нової життєвої ситуації. Метою сексуальної реабілітації є не відновлення повноцінних статевих функцій, а скоріше досягнення насолоди та задоволення, зменшення тривоги та занепокоєння, посилення інтимного спілкування в парі та зменшення напруги у стосунках. Сексуальна реабілітація може надаватися короткостроково, наприклад, одноразова консультація чи призначення ліків або довгостроково, наприклад, терапія, спрямована на психологічні та фізичні аспекти сексу та інтимної близькості (Song, 2011), або у вигляді фізіотерапії для досягнення цілей мобільності під час статевого акту (Stratton, 2020).

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила реабілітацію як

прагнення відновити клієнтів до «найвищого рівня адаптації, який можна досягти» (Fronek, 2011; Sexual health, 2017). Також, реабілітація може визначатись як «освітній процес, спрямований на вирішення проблем, спрямований на зменшення погіршень, пов'язаних з інвалідністю, які відчуються у результаті захворювання або травми» (Wade, 1992). Конкретними цілями сексуальної реабілітації є оцінка існуючих сексуальних проблем, надання інформації про проблеми та підтримка безпечного повернення до сексуальної активності (Burne, 2016). Першим кроком у сексуальній реабілітаційній освіті осіб з інвалідністю є формування їхньої впевненості у відновленні статевого життя. Хоча клієнти/пацієнти готові спілкуватися з клініцистами щодо своїх сексуальних проблем, статевої освіти та консультуванню не приділяється достатньо уваги (Alexander, 2017; Terper, 1992). Фахівцям, які виявляються дотичними до роботи з фізично травмованими військовими та ветеранами, варто враховувати, що їх клієнти можуть зіштовхнутись з необхідністю переглянути свою сексуальність, інтегрувати свою інвалідність в свою сексуальну ідентичність (Gunning, 2023). *Раптова травма чи ампутація сама по собі будучи психотравмуючою подією, також вимагає зміни самоідентифікації та прийняття радикально нового способу мислення про себе* (Wendell, 1996). Відсутність сексуальних сценаріїв, які включають інвалідність, заважає окремим особам чи парам дізнаватись про те як для них зараз виглядає чи відчувається сексуальна близькість (Dune, 2013). Традиційно сексуальні сценарії віддають перевагу гетеросексуальним, працездатним людям та моногамним стосункам, що може призводити до маргіналізації осіб які відрізняються від традиційних уявлень (Kattari, 2015; Rubinsky, 2021). Як наслідок, люди які раптово одержують інвалідність зіштовхуються з наслідками засвоєних сексуальних сценаріїв, які не враховують чи не узгоджуються з їхніми новими

потребами, бажаннями, зміною сексуального функціонування, що зрештою може погіршувати сексуальну взаємодію та стосунки (Rubinsky, 2022).

Крім того, ускладнення, які виникають на фоні важких травм, фізичні вади, нетримання вмісту сечового міхура чи кишечника можуть знижувати самооцінку та впевненість в можливості повернення до статевого життя, деякі люди можуть бути переконаними, що вони остаточно втратили свою сексуальну функцію (Zhang, 2020). Вважається, що сексуальна самооцінка пов'язана з тим, як люди визначають мужність та жіночність. Переосмислення цих понять може допомогти справитись з браком сексуальної самооцінки та швидше прийняти образ зміненого тіла, свого чи партнера (Chapple, 2014), а також допомогти швидше прийняти факт зміни свого сексуального функціонування. Одним із основних сексуальних занепокоєнь може бути зменшення можливостей та здатності надати своєму партнеру сексуальне задоволення, оскільки інвалідність змінює образ тіла, відрізняючи його від прийнятих в суспільстві уявлень про тілесну досконалість. На образ тіла може вплинути те, як суспільство визначає маскуліність або фемінінність, хоча людина з інвалідністю може перевизначити поняття мужності чи жіночності у своїх власних термінах (Shakespeare, 1999).

Однією з перших програм втручання щодо сексуальних дисфункцій пацієнтів з інвалідністю або хронічними захворюваннями є модель PLISSIT. Яка була створена психологом Джеком Анноном, і з тих пір вона широко використовується в сексуальній реабілітації (Annon, 1974; Annon, 1976; Taylor, 2007). Слово PLISSIT є аббревіатурою від слів Permission, Limited Information, Specific Suggestions та Intensive Therapy, які стосуються рівнів втручання спеціаліста терапевта-сексолога (Marck, 2016; Foley, 2013). За словами Дж. Аннона (Annon, 1976; Annon, 1974), більшість людей відчувають сексуальні дисфункції, з

якими вони можуть впоратися, якщо їм дадуть:

1) дозвіл (Permission) займатися сексом, бажати сексуальної активності та мати можливість обговорювати такі питання. «Дозвіл» означає створення атмосфери, в якій людям буде зрозуміло, що обговорення тем сексуальності буде сприйнято позитивно, а не буквально «схвалення» чи «дозвіл» говорити про секс.

2) якщо вони отримують необхідну мінімальну інформацію (Limited Information) щодо сексуальних питань. Це стосується готовності особи отримувати інформацію про вплив її чи її конкретного стану на сексуальне самовираження. Готовність людини слухати та обговорювати питання сексуальності буде відрізнятися від однієї людини до іншої. Комусь буде достатньо розвіювання міфів та прояснення хибних уявлень, іншим буде хотітись більш детальної інформації про свою сексуальну функцію.

3) їм надаються конкретні пропозиції, ідеї, спрямовані на допомогу у вирішенні конкретних сексуальних проблем людини. (Specific Suggestions)

4) інформацію про способи вирішення цих проблем (Intensive Therapy). Зі збільшенням рівня втручання потрібні додаткові знання, навчання та кваліфікація як з боку терапевта, так і з боку клієнта/пацієнта.

Незважаючи на те, що початково ця модель була призначена для конкретних хронічних захворювань та інвалідності, згодом виявилось, що вона може ефективно працювати для інших форм інвалідності чи захворювань (Taylor, 2007).

Готовність до сексуального життя є важливим аспектом у визначенні мотивації клієнта до повторної сексуальної діяльності. Фахівці, залучені в процес реабілітації військових та ветеранів з інвалідністю, повинні усвідомлювати важливість надання сексуальної інформації під час реабілітації, незалежно від того, запитував пацієнт/клієнт конкретну інформацію чи ні. Пацієнти/клієнти очікують від фахівців інформації

незалежно від того продемонстрували вони під час реабілітації готовність до статевого життя чи ні (Courtois, 2015; Hess, 2012). Коли люди одужують та відновлюються після перенесених операцій, травм чи поранень у багатьох відновлюється також і статевий потяг. Людина з інвалідністю зіштовхнувшись зі змінами своїх сексуальних реакцій, втратою чутливості геніталій, еректильною дисфункцією, розладами ерекції, еякуляції чи оргазму може зробити висновок, що її статеве життя закінчилось. Спроби поновити статеве життя можуть викликати розчарування, гнів, провокувати конфлікти в стосунках. Навіть при збереженій здатності до ерекції, еякуляції чи оргазму людина може бути розчарованою, якщо ерекція не така стійка та потребує додаткових зусиль, еякуляція не вистрілює так як це було до травми, оргастичні відчуття стали більш слабкими або досягнення оргазму ускладнилось.

Для деякого секс може бути способом прийняти своє змінене тіло, ключовою частиною повернення до нормального життя. Однак важливо не намагатись форсувати цей процес. Немає необхідності намагатись пришвидшити повернення до статевого життя, особливо сексу з проникненням. До інтимної близькості можна повертатись поступово, по мірі своєї готовності, починаючи з інтимних дій, які не передбачають проникнення. Як стверджують сексологи: наш головний статевий орган – мозок. Чимало сексуальних проблем виникає через занепокоєння та невпевненість, тому найкраще, що можна зробити для відновлення свого статевого життя – дати собі можливість робити це в розслабленому настрої. Працюючи з парами варто заохочувати їх обговорювати занепокоєння, які можуть виникати щодо стосунків після травми чи одержання інвалідності. У партнерських відносинах, які включають інвалідність, розмови про секс є важливою частиною сексуальної реабілітації. Розмови допомагають руйнувати традиційні сексуальні сценарії які сприймають людей з інвалідністю як асексуальних, безстатевих чи позбавлених

сексуальних бажань та потреб (Gunning, 2023). Щире, відкрите спілкування про секс з своїм партнером чи в групі підтримки допоможуть людям з інвалідністю реконструювати свою сексуальність та сформувати свою сексуальну ідентичність (Dune, 2013). Рекомендується спонукати клієнтів/пацієнтів розглядати можливості розширення свого сексуального репертуару для відновлення статевого життя, компенсації втрачених сексуальних можливостей. Доцільно обговорити широкий спектр варіантів сексуального самовираження та задоволення людей з інвалідністю.

В роботі з парами де один з партнерів одержав інвалідність, варто формувати розуміння того, що найкращий секс приходиться із відкритого спілкування та бажання бути розкутим, уміння забувати про незручності, які створює інвалідність (Kroll, 2001). Важливо донести інформацію, що секрет чудового сексу більше залежить від стану розуму, ніж від стану тіла. На сексуальне задоволення більше впливає відчуття в серці, ніж у відчуття в статевих органах, і якість зв'язку між партнерами є важливіша, ніж якість ерекції (Terper, 2015). Для пари набагато важливішим є спільне переживання сексуальної насолоди, ніж спосіб в який це відбувається. Подібно до того, як партнерський секс – це не тільки проникаючий статевий акт та оргазми, так само і мастурбація може бути чимось набагато більшим ніж просто досягнення кульмінації. Мастурбація може допомогти навчитись концентруватись на задоволенні, відчутті володіння своїм тілом, може дозволити досліджувати свої сексуальні реакції, випробовувати нові ідеї та відчуття.

Рекомендується розвивати навик насолоджуватись позитивним самозадоволенням не зосереджуючись на оргазмі, дозволивши собі неквапливо досліджувати власне тіло, зміни які відбулись, фокусуючись при цьому на приємних відчуттях. Це може підвищити рівень ендорфінів чи просто допомогти дізнатись більше про своє тіло та допомогти йому відновитись (Disability, 2022).

**Висновки.** З наведеного стає очевидним, що увага до характеру сексуального функціонування військових, ветеранів чи цивільних з інвалідністю має стати важливою частиною загального реабілітаційного процесу. При цьому терапевтичний вплив може полягати в формуванні впевненості в можливості поновлення статевого життя після травми, формуванню реалістичних очікувань та готовності до того, що не все вдасться з першого разу. Робота над зміною сексуальних сценаріїв з відходом від фіксації на ерекції, проникаючому та спонтанному сексі допоможуть парам швидше адаптуватись до змін в їхньому статевому житті. Окремим аспектом сексуальної реабілітації є розмови про

сексуальні страхи, переживання, труднощі, як партнерів між собою, так і в групі підтримки осіб з набутою інвалідністю.

Детальне розуміння того як інвалідність впливає на сексуальне життя може суттєво сприяти покращенню програм реабілітації, включення в програми напрямку сексуальної реабілітації, проведенню додаткових заходів роботи з парою тощо.

Перспективи подальших досліджень можуть полягати у заповненні окреслених прогалин в фаховій літературі, приділенні достатньої уваги дослідженню сексуальності осіб з інвалідністю, а також в більш комплексному підході до організації процесу реабілітації військових та ветеранів.

#### Література:

1. Alexander M, Courtois F, Elliott S, et al. Improving Sexual Satisfaction in Persons with Spinal Cord Injuries: Collective Wisdom. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2017;23:57-70. 10.1310/sci2301-57
2. Annon J. Behavioral Treatment of Sexual Problems: Brief Therapy. Oxford, England: Harper & Row; 1974.
3. Annon J, The PLISSIT, Model J. *Sex Educ. Therapy*. 1976;2:1-15. doi: 10.1080/01614576.1976.11074483.
4. Barnartt S. N. (ed.) (2010). *Disability As A Fluid State*. Bingley: Emerald; 10.1108/S1479-3547(2010).
5. Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. *J Sex Med* 2010;7:374-388.
6. Byrne M, Doherty S, Fridlund BGA, Martensson J, Steinke EE, Jaarsma T, et al. Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. [DOI: 10.1002/14651858.CD010988.pub2].
7. Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: a neglected or unknown issue? *Brain Behav*. 2019;9(12):e01389.
8. Chapple A, Prinjha S, Salisbury H. How users of indwelling urinary catheters talk about sex and sexuality: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2014 Jun;64(623): 364-71.
9. Charlifue SW, Gerhart KA, Menter RR, Whiteneck GG, Manley MS. Sexual issues of women with spinal cord injuries. *Paraplegia* 1992;30(3):192-9.
10. Cohen M. Physical and medical aspects of sexuality after traumatic brain injury. In: Aloni R., Katz S., editors. *Sexual Difficulties After Traumatic Brain Injury and Ways to Deal With It*. Springfield, Ill, USA: Charles C Thomas; 2003. pp. 42-56.
11. Courtois F, Charvier K.. Sexual dysfunction in patients with spinal cord lesions. *Handb Clin Neurol*. 2015; 130: 225- 245.
12. Dahlberg A, Alaranta HT, Kautiainen H, Kotila M. Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. *J Rehabil Med* 2007;39(2):152-5.
13. Dune, T. M. (2013). Understanding experiences of sexuality with cerebral palsy through sexual script theory. *International Journal of Social Science Studies*, 1(1), 10.11114/ijsss.v1i1.6
14. Elliott SL. Ejaculation and orgasm: Sexuality in men with SCI. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2002; 8( 1): 1- 15.
15. Foley FW, Zemon V, Campagnolo D, Marrie RA, Cutter G, Tyry T, Beier M, Farrell E, Vollmer T, Schairer L. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire - re-validation and development of a 15-item version with a large US sample. *Mult. Scler*. 2013;19(9):1197-1203. doi: 10.1177/1352458512471876.
16. Fronek P, Kendall M, Booth S, Eugarde E, Geraghty T. A longitudinal study of sexuality training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team. *Sex. Disabil*. 2011;29:87-100. doi: 10.1007/s11195-010-9177.
17. Gunning JN, Rubinsky V, Aragón A, Roldán M, McMahon T, Cooke-Jackson A. A Preliminary Investigation into Intersections of Sexual Communication in Bondage, Domination, Sadomasochism and Disability. *Sex Cult*. 2023 Jan 7:1-17. doi: 10.1007/s12119-022-10058-8. Epub ahead of print. PMID: 36643190; PMCID: PMC9825129.
18. Hess MJ, Hough S. Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. *J Spinal Cord Med*. 2012 Jul;35(4):211-8. doi:

- 10.1179/2045772312Y.0000000025. PMID: 22925747; PMCID: PMC3425877.
19. Ide M. Sexuality in person with limb amputation: a meaningful discussion of re-integration. *Disabil Rehabil.* 2004;26(14-15):939-943.
20. Jackson AB, Wadley V. A multicenter study of women's self-reported reproductive health after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80(11):1420-8.
21. Kattari SK. "Getting it": identity and sexual communication for sexual and gender minorities with physical disabilities. *Sexuality & Culture.* 2015;19(4):882-899. doi: 10.1007/s12119-015-9298-x.
22. Kreuter M., Dahllöf A.-G., Gudjonsson G., Sullivan M., Siösteen A. Sexual adjustment and its predictors after traumatic brain injury. *Brain Injury.* 1998;12(5):349-368. doi: 10.1080/026990598122494.
23. Kroll K., Klein E.L. *Enabling Romance: A Guide to Love, Sex, and Relationships for People with Disabilities.* No Limits Communications; Baltimore, MD, USA: 2001. p. 86.
24. Ku J.H., Oh S.J., Jeon H.G. Sexual activity in Korean male patients on clean intermittent catheterization with neurogenic bladder due to spinal cord injury. *Int J Urol.* 2006;13:42-46.
25. Marck CH, Jelinek PL, Weiland TJ, De Hocking JS, Livera AM, Taylor KL, Jelinek GA. Sexual function in multiple sclerosis and associations with demographic disease and lifestyle characteristics: An international cross-sectional study. *BMC Neurol.* 2016;16(1):210. doi: 10.1186/s12883-016-0735-8.
26. Moreno J. A., Arango Lasprilla J. C., Gan C., Mckerral M. Sexuality after traumatic brain injury: a critical review. *NeuroRehabilitation.* 2013;32(1):69-85. doi: 10.3233/nre-130824.
27. O'carroll R. E., Woodrow J., Maroun F. Psychosexual and psychosocial sequelae of closed head injury. *Brain Injury.* 1991;5(3):303-313. doi: 10.3109/02699059109008100.
28. Rubinsky, V., & Hudak, N. (2022). Sex as enacted identity: gender, sexuality, & sexual creativity. In C. Noland, & J. Manning (Eds.), *Sexuality & communication: theoretical and applied perspectives* (2nd ed., pp. 101-116). Kendall Hunt.
29. Rubinsky V. Toward a typology of identity gaps in "non-normative" sexual partner communication. *Archives of Sexual Behavior.* 2021;50(4):1551-1567. doi: 10.1007/s10508-020-01870-0.
30. Sandel M. E., Delmonico R., Kotch M. J. Sexuality and intimacy following traumatic brain injury. In: Zasler N., Zafonte R., editors. *Brain Injury Medicine: Principles and Practice.* New York, NY, USA: Demos Publishers; 2013. pp. 954-973.
31. Sandel M. E., Delmonico R., Kotch M. J. Sexuality, reproduction, and neuroendocrine disorders following TBI. In: Zasler N. D., Katz D. I., Zafonte R. D., editors. *Brain Injury Medicine: Principles and Practice.* New York, NY, USA: Demos; 2007. pp. 673-695.
32. Sander A., Maestas K., Pappadis M., Sherer M., Hammond F., Hanks R., NIDRR Traumatic Brain Injury Model Systems Module Project on Sexuality After TBI Sexual functioning 1 year after traumatic brain injury: Findings from a prospective traumatic brain injury model systems collaborative study. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2012;93:1331-1337. doi: 10.1016/j.apmr.2012.03.037.
33. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach World Health Organization, Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-151288-6 Assessed 1st September (2017).
34. Shakespeare T. The sexual politics of disabled masculinity. *Sex Disabil.* 1999;17( 1):53-64.
35. Simpson G. Addressing the sexual concerns of persons with traumatic brain injury in rehabilitation settings: a framework for action. *Brain Impairment.* 2001;2(2):97-108. doi: 10.1375/brim.2.2.97.
36. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC.. Physiologic parameters associated with sexual arousal in women with incomplete spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 1997; 78( 3): 305- 313.
37. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen R. Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. *Ann Neurol* 2001;49(1):35-44
38. Song HS, Oh HS, Kim HS, Seo WS. Effects of a sexual rehabilitation intervention program on stroke patients and their spouses. *NeuroRehabilitation* 2011;28(2):143-50.
39. Stratton H, Sansom J, Brown-Major A, Anderson P, Ng L. Interventions for sexual dysfunction following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 1;5(5):CD011189.
40. Taylor B, Davis S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an Acquired disability or chronic illness. *Sex. Disabil.* 2007;25:135-139. doi: 10.1007/s11195-007-9044-x.
41. Tepper M. *Regain That Feeling: Secrets to Sexual Self-Discovery: People Living with Spinal Cord Injuries Share Profound Insights into Sex, Pleasure, Relationships, Orgasm, and the Importance of Connectedness.* CreateSpace Independent Publishing Platform; Scotts Valley, CA, USA: 2015.
42. Tepper MS. Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: Current trends and recommendations. *Sex Disabil* 1992;10:15-31. 10.1007/BF01102245
43. Verschuren JE, Geertzen JH, Enzlin P, et al. Sexual functioning and sexual well-being in people with limb amputation: a cross-sectional study in the Netherlands. *Disabil Rehabil Jun.* 2016;38(4):368-373.
44. Wade DT. *Measurement in Neurology Rehabilitation.* Oxford: Oxford University Press, 1992.
45. Wendell S. (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflection on Disability.* New York, NY: Routledge.

46. Williamson G, & Walters A (1996). Perceived impact of limb amputation on sexual activity: A study of adult amputees. *Journal of Sex Research*, 33, 221–230.  
47. Zhang H, Li B. Male genital sensation after spinal cord injury: a review. *Transl Androl Urol*. 2020

Jun;9(3):1382-1393. doi: 10.21037/tau-19-829. PMID: 32676423; PMCID: PMC7354288.

48. Disability horizons giving you a voice. Relationships and sex. Retrieved from <https://disabilityhorizons.com/category/disabled-dating-relationships-and-sex/>