

Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych

The role of stress in sexual problems, disorders and preferences

Zygmunt Zdrojewicz¹, Karolina Lelakowska²

¹Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami Akademii Medycznej we Wrocławiu

²Studentka Wydziału Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego

Streszczenie

W niniejszej pracy autorzy przedstawili zagadnienie stresu jako czynnika istotnie wpływającego na powstawanie problemów, zaburzeń lub preferencji seksualnych.

Na podstawie analizy piśmiennictwa należy stwierdzić, że czynniki stresogenne, które istnieją z powodu dynamicznego rozwoju kultury, techniki i związanej z tym zmiany stylu życia, wpływają zasadniczo na stan psychiki człowieka, a w konsekwencji na rozwój chorób i zaburzeń, których przyczyny zaczynamy sobie powoli uświadamiać. Ponadto, autorzy zwracają uwagę na rolę lekarza pierwszego kontaktu w diagnozowaniu dysfunkcji seksualnych oraz podkreślają zagadnienie wsparcia społecznego.

Słowa kluczowe: stres, rozwój psychoseksualny, krytyczne wydarzenie życiowe, syndrom traumy gwałtu, zespół stresu pourazowego, zaburzenie, preferencja seksualna

Abstract

In the present work authors tried to introduce the aspect of stress as the factor significantly influencing the creation of sexual problems, disorders or preferences. Based on the analysis of the literature it should be pointed out that stresogenic factors actually influence the conditions of the man's psyche. It's connected with the dynamic culture and technique development and changing the lifestyle fundamentally. We begin to realise slowly that it has impact also on the diseases and disorders. Additionally, the general practitioner's role in diagnose of sexual disfunction, has been pointed out as well as the issue of social support.

Key words: stress, psycho-sexual development, critical life sensation, rape trauma syndrome, post-traumatic stress disorder, disorder, sexual preferences

Wstęp

Obecny rozwój kultury, między innymi techniki, mass mediów, oraz współczesne czasy, w których żyjemy, przyczyniają się drastycznie do rozwoju różnych chorób, tak zwanych cywilizacyjnych. Odejście od natury i skłonienie się w kierunku zmechanizowanego, anonimowego życia blokowisk miejskich, gdzie

panuje ciągły pośpiech, dehumanizacja, zanik więzi międzyludzkich i ścisła rutyna zbiurokratyzowanej pracy, a zwłaszcza towarzyszący na każdym kroku stres, powodują u człowieka rozpacz i brak poczucia bezpieczeństwa. Taka sytuacja wpływa na stan psychiki, a w konsekwencji na rozwój chorób i zaburzeń, których przyczyny zaczynamy sobie powoli uświadamiać. Społeczeństwo ma zdecydowany problem z odróżnieniem, co jest zdrowe, a co chore, co jest normą, a co patologią, przesuując granice wciąż na korzyść tej pierwszej [1]. Bardzo obrazowo i dobitnie współczesną rzeczywistość opisuje Fromm [2] w swoich wielu książkach, zwracając uwagę między

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz
 Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami
 Akademii Medycznej
 ul. Pasteura 4, 50–367 Wrocław
 Nadesłano: 12.02.2006 r.

Przyjęto do druku: 09.09.2006 r.

innymi na to, że im bardziej destrukcyjna jest kultura, tym bardziej przeszkadza w ujawnieniu zdrowych, żywych zachowań. Natomiast Sullivan [3] dodaje, że współczesną rzeczywistość charakteryzuje myślenie w kategoriach handlowych, gdzie lęk jest niezwykle odczuwalny i wyrazisty.

Niestety, należy podkreślić, iż moda jest tym, co w obecnym świecie wpływa znacząco na sposób egzystencji jednostki. Ludzie coraz częściej żyją w oparciu o zasadę typu: praca, pośpiech, czyli życie na wysokich obrotach z dużym wydzielaniem adrenalin. Wszystko w „dużych ilościach”, przy braku czasu na odpoczynek.

Człowiek współczesny jest osobą wyobcowaną, zarówno od samego siebie, innych ludzi, jak i otaczającej natury. Traktowany jest jako towar, a swoje siły wydatkuje na osiąganie sukcesu, prestiżu i za wszelką cenę robi wszystko, by „utrzymać” się na powierzchni, płacąc za to wysoką cenę w postaci stresującego stylu życia [4].

Ciągłe nadwężanie mechanizmów obronnych sprawia, że jednostka jest stawiana w sytuacji nieustannej gotowości, lęku i niepewności przy jednoczesnym braku możliwości rozładowania, zabawy i bez troski.

Człowiek na przestrzeni wieków aż do czasów obecnych osiągnął bardzo duży postęp w opanowywaniu technologii oraz nowych gałęzi życia, pragnąc zachować kontrolę i rozwój. W odróżnieniu od tych zewnętrznych działań jego życie i kontrola wewnętrzna nad samym sobą i skupieniu się na własnym życiu i jego zagrożeniach prawidłowego funkcjonowania jest wyjątkowo ograniczona. Chociaż zewnętrzne życie stało się łatwiejsze i bogatsze, świat wewnętrzny podlega silnym frustracjom, chaosowi, bezsensowi, popadając coraz bardziej w problemy zdrowotne, nie radząc sobie z emocjami czy stresem, który coraz bardziej rujnuje jego zrównoważony rozwój. Wciąż nowe wyzwania stawiane przed człowiekiem przez nieustanny stres i mobilizacje jego organizmu zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń. Ta nierównowaga między zewnętrznym a wewnętrznym światem prowadzi do rosnących patologii indywidualnych i zbiorowych. Niemniej nauka, a szczególnie edukacja, nie zgłębiają ani nie uczą podstawowych zasad autoregulacji własnego organizmu i sztuki życia w świecie, co skutkuje nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem.

Tak więc, należy jasno zaznaczyć, że postępowanie jednostki wiąże się ściśle z określoną kulturą, w której egzystujemy, a raczej od jej wpływów. Natomiast występujące choroby ukazują dobitnie, co w kulturze jest istotne. Stresy, życie w napięciu, nie-

pewność jutra, niewłaściwa dieta, brak ruchu i używki przyczyniają się zasadniczo do rozwoju różnego rodzaju zaburzeń, ponieważ seksualność człowieka należy traktować jako nieodłączny element jego życia [5].

Pojęcie stresu

Na zdrowie seksualne człowieka wpływają między innymi czynniki psychiczne, sytuacyjne i kulturowe. Stres wchodzi w skład każdego z wyżej wymienionych czynników w postaci frustracji zawodowych lub występowania długotrwałej sytuacji stresowej.

Od XIX wieku są prowadzone systematyczne obserwacje na temat stresu. Selye [6] w 1936 roku użył pojęcia stresu w bardzo specyficznym sensie, traktując go jako „nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu żądania”. Ta nieswoistość reakcji stresowych organizmu może się przejawiać w aktywacji układu nerwowego i wewnątrzwydzielniczego, podobnej w bardzo różnych okolicznościach.

Powiązanie środowiska z organizmem powoduje, że owe środowisko oddziałuje na sprawność funkcjonowania człowieka. Zjawisko stresu w połączeniu z problemami życia seksualnego coraz bardziej zaczyna mieć ze sobą wiele wspólnego, co jest widoczne w gabinetach seksuologicznych. Dlatego psychohigiena życia codziennego może uchronić człowieka od psychogennych czynników, na przykład niepłodności, oziębłości czy impotencji.

Pojęcie stresu oznacza przykry stan psychiczny, powstały w wyniku konkretnego bodźca, którym może być: uraz, choroba, doznany zawód, kłótnia czy wydarzenie losowe. Od rodzaju bodźca, typu osobowości, układu neurohormonalnego zależy intensywność stresu. Stres jest stanem alarmu dla organizmu. W przypadku gdy ten stan alarmu przekroczy odporność organizmu, rozwija się zaburzenie psychosomatyczne. Powiązania między stresem a seksem są bardzo znaczące, a jednocześnie złożone. Zaburzenie seksualne może być na tyle silnym stresem, że w następstwie tego u danej osoby może się rozwinąć depresja, u innej choroba wrzodowa itd. Istnieje również zależność odwrotna. Osoby znajdujące się w stanie stresu mogą odczuwać niechęć do seksu, zubożenie. Stan kłótni między partnerami u wielu kobiet prowadzi do niechęci seksualnej w wyniku powstałego stresu [7]. Również stesy wywołane innymi przyczynami mogą zniechęcać do kontaktu seksualnego, na przykład stan napięcia powstały w miejscu pracy. Najgorzej sytuacja przedstawia się w wypadku stresu długotrwałego w postaci serii niepowodzeń w życiu zawodowym, towarzyskim, długotrwałych sytuacji konfliktowych, rozczarowania osobą partnera,

trudności wychowawczych wobec własnych dzieci, który po pewnym czasie może prowadzić do zaburzeń seksualnych (np. impotencji, braku orgazmu), niepłodności.

Okazało się, że długotrwałe stany stresowe mogą prowadzić do hiperprolaktynemii, czyli nadmiaru substancji hormonalnej — prolaktyny — w centralnym układzie nerwowym. Ta substancja w wyniku zakłóceń w układzie neurohormonalnym wywołuje zaburzenia seksualne, niepłodność. Stan stresu może ustąpić, ale „pamięć” o nim pozostaje w formie rozregulowania układu neurohormonalnego. Niejeden pacjent zgłaszający się z zaburzeniami seksualnymi czy niepłodnością podaje, że jest zdrowy i nie widzi przyczyn powstałych zaburzeń. Jednak podczas wywiadu okazuje się, że na przykład 2 lata temu miał poważne problemy w pracy zawodowej, ale sytuacja się pomyślnie rozwiązała. Dzieje się tak, ponieważ stres może nie dawać natychmiastowych następstw, oddziałując stopniowo na rozregulowanie układu neuroendokrynnego. Potwierdzeniem takiego mechanizmu niejednego zaburzenia seksualnego czy niepłodności jest fakt, iż osiąga się pełne wyleczenie przez podanie leku zmniejszającego stężenie prolaktyny w organizmie.

Rozróżnienie między psychogennymi i organicznymi przyczynami zaburzeń seksualnych jest niezwykle trudne, a niekiedy wręcz niemożliwe.

Dlatego trzeba podkreślić, po pierwsze, że organizm jest jednością psychofizyczną, a po drugie nie należy lekceważyć stanów stresowych, ponieważ stres określa się jako napór różnorodnych czynników środowiska na życie człowieka. Adaptacja do zmiennych wpływów środowiska zewnętrznego i do zmian własnej aktywności jest atrybutem człowieka jako gatunku (filogeneza) i jako jednostki (ontogeneza). Zdolność do adaptacji jest zarówno instynktem życia, jak i nabytą umiejętnością podczas życia jednostkowego. Należy więc do najistotniejszych cech warunkujących przetrwanie nieustannego naporu różnorodnych czynników dnia codziennego.

Problemy seksualne

Jeśli chodzi o wpływ stresu na problemy życia seksualnego, to należy poruszyć istnienie zależności między rozwojem psychoseksualnym a problemem stresu w ginekologii dziecięcej, ponieważ okres pokwitania, zwłaszcza u dziewcząt, jest czasem szczególnej labilności emocjonalnej i wyjątkowego narażenia na stres [8].

Dotychczas przeprowadzono wiele badań, w których wykazano znaczącą rolę czynników psychogen-

nych w powstawaniu zaburzeń miesiączkowania, zwłaszcza u kobiet w wieku rozwojowym, ponieważ w stanach stresu stwierdzono występowanie podwyższonego stężenia β -endorfiny, kortyzolu i katecholamin. Istnieją takie specyficzne rodzaje stresu dla płci żeńskiej, które zaczynają się ujawniać w okresie pokwitania, jak: stres związany z fizjologią pokwitania, stres towarzyszący pojawieniu się potrzeby seksualnej, potrzeby więzi emocjonalnej z partnerem i stres związany ze szkołą czy sytuacją rodzinną.

Objawami stresu u dziewcząt mogą być zaburzenia miesiączkowania (miesiączki zbyt rzadkie lub ich brak), zespół napięcia przedmiesiączkowego i zaburzenia jedzenia (anoreksją, bulimią).

Beta-endorfina uczestniczy w regulacji prawidłowego cyklu miesiączkowego. Jej zakłócenie przez czynnik stresu powoduje zaburzenia miesiączkowania. Nieprawidłowości w wydzielaniu β -endorfiny odgrywają rolę w patogenezie różnorodnych dysfunkcji rozrodczych.

W okresie pokwitania zachodzą zmiany hormonalne i somatyczne, które prowadzą do osiągnięcia biologicznej dojrzałości płciowej. Wraz z dynamicznymi przemianami hormonalnymi tego okresu następuje rozwój emocjonalny — w tym wieku dziewczęta są szczególnie narażone na stres. Przyczyną stresu młodzieńczego mogą być konflikty w rodzinie, w grupie rówieśniczej, konflikty z nauczycielami oraz niepowodzenia w nauce. Z wielu doniesień dotyczących rozwoju psychoseksualnego wiadomo, że lata poprzedzające okres pokwitania służą gromadzeniu doświadczeń ogólnych, ukształtowaniu podstawowych cech osobowości, które będą się ujawniać w przyszłości we wszystkich formach zachowania. Stres może zaburzyć ten proces i przyczynić się do patologii. Swoistym rodzajem sytuacji stresowej dla dojrzewającej dziewczyny są zmiany somatyczne następujące pod wpływem hormonów, ponieważ informacje związane ze stresem są przekazywane do podwzgórza, które aktywuje system hormonalny.

Dlatego wobec istniejących, złożonych problemów psychologicznych okresu pokwitania należy podkreślić konieczność współpracy lekarzy, seksuologów i psychologów.

Innym problemem, który należy poruszyć w tej części pracy jest nieustanne przebywanie w warunkach stresowych z uwagi na przykład na wykonywaną pracę, co zdecydowanie negatywnie wpływa na możliwość zajścia w ciążę lub jej ewentualne donoszenie. Wpływ czynników psychogennych na niepłodność u kobiet i mężczyzn nabiera coraz większego znaczenia. Liczne spostrzeżenia wskazują, że stresujące przeżycia psychiczne mogą wpływać bezpośrednio

lub pośrednio na przyczyny niepłodności trwałej lub okresowej. Wielu autorów zajmuje się tym zagadnieniem, starając się ustalić zakres optymalnych warunków psychicznych dla zapłodnienia. Okazuje się, że dużą rolę w tej tematyce odgrywają czynniki psychogenne. W doświadczeniach na samicach szczurów stwierdzono, że intensywne bodźce psychiczne z otoczenia, jak stres, powodują zmiany w czynności jajników. Zaburzenia te są spowodowane zmianami morfologicznymi w komórkach aparatu pęcherzykowego jajników oraz zmianami w ich ukrwieniu. Zmiany te wpływają negatywnie na płodność badanych zwierząt. Ponadto badając dodatkowo wpływ bodźców zewnętrznych, obciążających korę mózgową, na ich płodność, stwierdzono, że bodźce świetlne i dźwiękowe obciążają korę mózgową, powodując wyraźne obniżenie płodności tych zwierząt. Bodźce obciążające korę mózgową przesuwały i opóźniają również czas zapłodnienia. Dodatkowo powodują zwiększenie liczby martwych płodów oraz zwiększenie śmiertelności okołoporodowej. Uprzednio przebyte traumatyczne obciążenia psychiczne wywierają wyraźnie uszkadzający wpływ na żywotność płodu. Stwierdzono przy tym, że u kobiet długotrwałe działanie negatywnych bodźców z otoczenia nadweręża układ nerwowy, powodując zmiany strukturalne w splocie autonomicznym jajnika, które z kolei stają się przyczyną zwyrodnienia i uszkodzenia części aparatu pęcherzykowego.

Zjawisko stresu można również rozpatrywać w aspekcie krytycznego wydarzenia życiowego. Stresujące wydarzenia życiowe to takie, w których następują zmiany relacji jednostki ze znaczącymi dla niej obiektami, wymagające szczególnego wysiłku ponownego przystosowania i zwykle nie należą do codziennych zdarzeń [9]. Takie stresujące, często bardzo krytyczne, wydarzenia wymagają ponownego przystosowania się przez sam fakt zaistnienia zmiany w tak zwanym zwykłym wzorcu życiowym człowieka, bez względu na to, czy są pożądane, czy też nie [10]. To ponowne przystosowanie ma różne skutki, jeśli chodzi o tematykę problemów seksualnych. Skala Społecznego Ponownego Przystosowania Się w myśl koncepcji zmian życiowych wymienia te wydarzenia, do których należą między innymi: śmierć współmałżonka, rozwód, separacja, utrata pracy, choroba, zmiana pracy, małżeństwo, bycie ofiarą gwałtu czy ciąży. Wymienione specyficzne wydarzenia życiowe są istotne, ponieważ dotyczą sfery partnerskiej i seksualnej dwojga ludzi. Stresory te zasadniczo zaburzają sferę emocjonalną lub seksualną uwikłanego w nie człowieka. Często zdarza się, że w wypadku najbardziej traumatycznego stresora, jakim jest utrata bliskiej

osoby — małżonka lub partnera seksualnego — dochodzi do problemów seksualnych w postaci na przykład Syndromu Wdowca opisanego przy okazji zaburzeń seksualnych.

Zazwyczaj takiej sytuacji towarzyszą dodatkowo stany depresyjne, a depresja zwrótnie tłumi popęd płciowy i obniża sprawność seksualną. Niestety, leki antydepresyjne pogłębiają problem [11], ponieważ mogą hamować funkcje ośrodkowego układu nerwowego, w tym funkcje seksualne. Ponadto mogą wpływać na struktury mózgu zaangażowane w przeżywanie reakcji seksualnych oraz w swoisty sposób wpływać obwodowo na pracę. Leki oddziałują także na gospodarkę hormonalną zaangażowaną w funkcje seksualne.

Kolejnym krytycznym wydarzeniem jest rozwód, który może powodować, że powstały w ten sposób stres i pamięć bolesnego przeżycia mogą generować negatywną postawę wobec mężczyzn lub kobiet. Natomiast separacja może sprzyjać pojawieniu się u kobiet zespołu Havelock-Ellisa, polegającego na masturbowaniu się strumieniem wody w celu osiągnięcia orgazmu z powodu braku stałego partnera seksualnego na wskutek separacji [12]. Innym wymienianym stresorem jest utrata pracy. To wydarzenie zdecydowanie negatywnie wpływa na relacje partnerskie — konflikty małżeńskie — często prowadząc do powstania dysharmonicznego związku, czyli zakłócenia jednej z gałęzi pożycia, na przykład seksualnej, co może wywołać zespół Kehrera. Zespół ten najczęściej występuje u kobiet z prawidłowym poziomem libido, które nie mają zaspokojonych potrzeb seksualnych w wyniku unikania współżycia przez ich partnerów. Początkowo prowadzi to do stanu pobudzenia psychoruchowego, napięcia i rozdrażnienia. Po kilku miesiącach zaczynają się pojawiać dolegliwości fizyczne typu: upławy, świąd pochwy, żylaki miednicy i odbytu, zaburzenia miesiączkowania i bóle w dolnej części brzucha.

Kolejne specyficzne wydarzenie, to przejście na emeryturę. Powoduje ono uaktywnienie się Syndromu Zamykających Się Drzwi, czyli uświadomienie sobie, że to ostatnia chwila, aby cokolwiek satysfakcjonującego przeżyć w życiu seksualnym.

Choroba, zwłaszcza przewlekła, może powodować brak realizacji pragnień seksualnych partnera zdrowego lub doprowadzania do rzadkich zbliżeń. Perspektywicznie może to prowadzić do zdrady jednego z partnerów lub szukania obiektów zastępczych nawet w postaci aktów kazirodztwa czy pedofilii [13]. Jednak przeprowadzone ostatnio badania wpływu choroby nowotworowej na sytuacje partnerskie pacjentek nie potwierdzają tego, ponieważ stwierdzo-

no, że zachorowanie nie jest czynnikiem powodującym pogorszenie relacji w małżeństwie [14].

W wypadku choroby niezwykle istotna jest rola wsparcia ze strony małżonka, ponieważ relacje interpersonalne nabierają szczególnego znaczenia w obliczu krytycznych wydarzeń życiowych, zapewniając tym samym ochronę przed negatywnymi skutkami psychologicznymi i zdrowotnymi stresu.

Zawarcie związku małżeńskiego może być wypadkową wystąpienia Syndromu Romea i Julii czy choroby weselnej, występującej po ślubie u kobiet w krajach Islamu.

Natomiast ciąży w swoim przebiegu może mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne powiązania z problemami seksualnymi. W jej trakcie może dochodzić do wahań zapotrzebowania na zbliżenia seksualne ze strony partnerki [15].

Oczywiście, zupełnie inaczej sytuacja wygląda po porodzie, gdzie zwykle pojawia się kryzys w relacji partnerskiej. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest kilka, natomiast jedną z nich jest zmiana stylu życia, co wpływa na zanik potrzeb seksualnych partnerki.

Bycie ofiarą gwałtu ma swoje nieodwracalne konsekwencje. U ofiar przemocy seksualnej mogą się rozwinąć specyficzne zaburzenia określane jako Syndrom Traumatyczny Gwałtu [16]. Burgess i Holmstrom [17] wyróżniają dwie fazy tego syndromu — ostrą oraz długoterminową. Faza ostra to faza dezorganizacji, gdzie ofiara ma poczucie „wewnętrznego rozbitcia, rozerwania” występującego po gwałcie. Podczas tej fazy pojawiają się takie zaburzenia fizjologiczne, jak: bóle, pieczenie, infekcje w układzie moczowym i płciowym, krwawienia rektalne, zaburzenia gastryczne w postaci bólu żołądka, nieprzyjmowanie pokarmów, wstręt do jedzenia, brak smaku i nudności. Kobiety te odczuwają: bóle głowy, zmęczenie, kłopoty ze snem w postaci trudności z zasypianiem, budzenie się z krzykiem, pojawiają się przesadnie silne reakcje na nieoczekiwane bodźce. Należy dodać, iż ostatnia wymieniona grupa symptomów jest identyczna z czwartym kryterium zespołu zaburzeń po stresie urazowym (PTSD). Pojawia się także zespół reakcji emocjonalnych, reprezentujący dwa style emocjonalne: ekspresyjny (lęk, złość i strach okazywane przez płacz lub śmiech) i kontrolowany, w którym uczucia były ukrywane.

Faza długoterminowa najczęściej zaczyna się 2–3 tygodnie po ataku. Doświadczany jest wtedy pewien stopień dezorganizacji stylu życia. Osoby czują silną potrzebę ucieczki, poszukują także wsparcia społecznego u członków rodziny i odczuwają reakcje lękowe na bodźce lub sytuacje podobne do sytuacji traumatycznej. Pojawia się również cały zespół lęków

seksualnych. U osób, które nie miały wcześniej doświadczeń seksualnych, przeżycia te nasilają lęki dotyczące współżycia. Dla ofiar aktywnych seksualnie krytycznym momentem wzrostu lęków było „sprawdzenie” przez partnera reakcji seksualnych ofiary. Podczas fazy ostrej wiele osób nie mogło podjąć normalnego dla nich funkcjonowania seksualnego, u niektórych lęki seksualne były uporczywe.

Długoterminowe konsekwencje to te, które rozwijały się po 2 latach lub później po doznanej przemocy. Symptomy najbardziej związane z traumą ujawniają się w takich częściach ciała, jak: piersi, uda, pośladki, kości czy genitalia. Niektóre osoby tak wstydzą się swojego ciała, że nie są zdolne dotykać siebie, nie zgadzają się na procedury medyczne, zwłaszcza na zabiegi ginekologiczne i operacje.

Cameron [18] przebadła grupę osób dorosłych, które w dzieciństwie doznały przemocy seksualnej, pod kątem pojawiających się u nich długoterminowych problemów zdrowotnych. Badania wskazują na bardzo wysoki związek z zaburzeniami jedzenia, głównie bulimią.

Wiele kobiet doświadczyło nagłego wzrostu masy ciała w dzieciństwie w momencie rozpoczęcia przemocy seksualnej lub wtedy, gdy przemoc była nasilona. Niektóre kobiety nagle przybierały na wadze po spotkaniu ze sprawcą po wielu latach. Drugą grupą symptomów wyróżnionych przez autorkę są problemy ginekologiczne zgłaszane przez 75% badanych kobiet. Wymienia się tu syndrom przedmiesiączkowy, bolesne miesiączki aż do utraty przytomności, problemy z zajściem w ciążę, częste poronienia, zaparcia, które mogą wynikać z przymuszania do stosunków analnych. Trzecia grupa objawów to problemy dotyczące głowy i szczęki, gdzie zaciskanie zębów może wynikać z przymuszania do seksu oralnego. Grupa czwarta symptomów to problemy z układem oddechowym — ból gardła, kaszel chroniczny lub sytuacyjny, na przykład podczas ciąży.

Ponadto osoby po doznanej przemocy seksualnej, u których rozwinęły się mechanizmy dysocjacyjne, częściej są narażone na wypadki podczas prowadzenia samochodu lub przechodzenia przez ulicę oraz na samouszkodzenia i autodestrukcje niż inne osoby [19].

Charakterystyczne są problemy seksualne. Z jednej strony niechęć do seksu, a z drugiej — seks kompulsywny. Z badań Meiselman [20] wynika, że 87% osób dorosłych molestowanych w dzieciństwie doświadcza poważnych problemów seksualnych, podczas gdy występują one tylko u 20% osób, które nie były molestowane w dzieciństwie. Doświadczenia kliniczne sugerują, że przemoc seksualna jest podstawowym czynnikiem w rozwoju dysfunkcji seksualnych.

W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne wyodrębniło Zespół Zaburzeń Po Stresie Urazowym (PTSD, *posttraumatic stress disorder*), czyli reakcję na przeżycia skrajnie stresowe, na przykład gwałt [21]. Jednym z jego typowych objawów jest ograniczenie zakresu uczuć, na przykład niezdolność do miłości. W DSM-III-R oprócz wystąpienia w życiu jednostki traumatycznego wydarzenia przyjmuje się następujące kryteria diagnozy PTSD: utrzymujące się odtwarzanie traumatycznego wydarzenia w myślach, snach, uczuciach, zachowaniu; uporczywe unikanie bodźców związanych konkretnie lub symbolicznie z traumą; występowanie symptomów zwiększonego pobudzenia; utrzymywanie się wyżej wymienionych symptomów co najmniej miesiąc. Niektóre z kryteriów PTSD i Syndromu Traumatycznego Gwałtu są wspólne, jednak Syndrom Traumatycznego Gwałtu lepiej ujmuje czasową dynamikę zmian w psychice ofiary.

Ogólnie należy dodać, że wszelkie stresujące sytuacje w związku — klótnie małżeńskie, problemy mieszkaniowe (np. mieszkanie z teściami) — przyczyniają się do odczuwalnych problemów seksualnych, na przykład rzadszego inicjowania zbliżenia seksualnego, niechęci do spółkowania czy zdrad seksualnych.

W 2002 roku Lew-Starowicz [22] napisał Raport Seksualności Polaków. Osoby badane, pytane o rodzaj trudnych sytuacji życiowych, które w ostatnich 3 latach wpłynęły negatywnie na współżycie seksualne, wymieniały takie silne stresy życiowe, jak: „dołek” finansowy (blisko 30%), żałoba (niecałe 20%), utrata pracy (ok. 15%), poważna choroba (ok. 15%) i rozwód (ok. 3%).

Zaburzenia seksualne

Selye [23] w swej koncepcji stresu mówi o ogólnym zespole przystosowawczym, w którym można wyodrębnić reakcję alarmową, stadium odporności i stadium wyczerpania. Istnieje wiele schorzeń, które są następstwem nieprawidłowego przebiegu ogólnego zespołu przystosowania. Do chorób tych zalicza się między innymi zaburzenia seksualne.

W biznesie wśród osób aktywnych najczęstszymi stresorami są: zbyt dużo pracy, napięte terminy realizacji zleceń, konflikty interpersonalne, zależność kondycji prowadzonej firmy od ogólnej koniunktury w kraju oraz brak jasności w przepisach podatkowych i prawnych. Do zaburzeń seksualnych, będących konsekwencją działania tych czynników, należą: osłabienie libido, anorgazmia, oziębłość seksualna oraz zaburzenia wzwodu członka.

Jedną z podstawowych przypadłości biznesowych z uwagi na wysoki poziom odczuwanego stresu jest

nerwica dyrektorska. Jest to powszechnie znane zaburzenie psychiczne, typowe dla kadry kierowniczej, które dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Najczęściej występuje w sytuacji, w której człowiek nie radzi sobie skutecznie z rozwiązywaniem problemów zawodowych. Początkowo typowymi objawami są: całkowite pochłonięcie, wręcz opętanie nowymi wyzwaniami i otrzymywanymi poleceniami. Wyłaniające się trudności oraz problemy przyczyniają się do wzrostu zapału i chęci stawiania im czoła, ambicja nie pozwala na poddanie się, a stres jest jakby nieodczuwalny. Na tym etapie poziom potrzeb seksualnych oraz częstość stosunków odpowiada ogólnej, wysokiej dynamice życiowej. Stopniowe nawarstwianie się trudności zawodowych sprawia, że zaczyna dominować tendencja do zamykania się w sobie, izolowania od ludzi, a także rodziny. Człowiek staje się nieufny zarówno wobec przełożonych, jak i podwładnych. Polecenia tych pierwszych postrzega z reguły jako niespójne, nierzetelne i pozbawione merytorycznego uzasadnienia, natomiast wobec współpracowników staje się podejrzliwy. Widzi ich często wymaginowane knowania, oszustwa, matactwa i opieszałość w wykonywaniu poleceń i zadań. Praca jest jedyną ideą wyznaczającą aktywność życiową. Manifestuje się to całkowitym poświęceniem i wkładaniem w wykonywanie zadania wszelkich umiejętności [24]. Postawa taka negatywnie wpływa na współżycie seksualne. Objawia się to dramatycznym spadkiem częstości kontaktów seksualnych i występowaniem anorgazmii i oziębłości u kobiet oraz zaburzeń wzwodu członka u mężczyzn.

Inną chorobą ściśle związaną z egzystowaniem w warunkach silnego, długotrwałego stresu, jest aleksytymia. Nazywana jest chorobą biznesu i charakteryzuje się przerostem „ja zewnętrznego” i zanikiem „ja wewnętrznego”. Ciągłe zapracowanie i nastawienie na sukces zawodowy oraz pośpiech i towarzyszący temu stres bez braku czasu na odpoczynek czy relaks powodują, że jednym z następstw aleksytymii jest zmniejszenie poziomu potrzeb seksualnych i częstości współżycia.

Spadek zainteresowania życiem seksualnym początkowo dotyczy stałego partnera seksualnego, później generalizuje się na całe życie seksualne. Wyrażnie przy tym widać, jak rzeczowe myślenie, techniczne podejście do życia i tendencja do radykalnych rozwiązań problemów, czyli zjawiska tak typowe dla aleksytymii, dotyczą zarówno własnego ciała, jak i ciała partnera.

Ponadto należy wspomnieć o występowaniu zachowań mających na celu rozładowanie stresów dnia codziennego. Istnieje pewna grupa mężczyzn, zwy-

kle biznesmenów wysokiego szczebla, zwanych „weekendowymi kogutami”. Termin ten dotyczy mężczyzn, którzy w ciągu tygodnia funkcjonują w wysokim stresie pracowniczym, nie mając czasu na nic więcej poza pracą, natomiast w weekend rozładowują całe zgromadzone na przestrzeni tygodnia napięcie w postaci aktów seksualnych. Zdarza się przy tym, że próby stosunków seksualnych są nieudane. Brak higieny życia powoduje zaburzenia seksualne i brak możliwości odbycia stosunku w postaci problemów z wytryskiem lub ze wzwodem członka.

Ponadto może wystąpić odreagowywanie stresujących sytuacji stosunkiem seksualnym za sprawą „wyładowań” lub inaczej „fazy wybuchu” w postaci ryzykownych zachowań seksualnych, które mogą przejść w nawyk. Tego typu zachowania mogą pełnić również funkcje mechanizmu ucieczkowego. Są to tak zwane nieseksualne powody, dla których ludzie uprawiają seks [25], co ma miejsce w wypadku wyżej opisanych „weekendowych kogutów”.

Kłopoty z erekcją mogą wystąpić w pewnych okresach życia mężczyzny i być reakcją na doświadczane przez niego trudności, jak: bezrobocie, zmiana pracy, problemy z szefem, zamartwianie się o rodzinę lub pieniądze. Te problemy powodują życie w ustawicznym stresie. Utrata ukochanej osoby może mieć dramatyczny wpływ na reakcje seksualne mężczyzny. Rozstanie, rozwód czy separacja rodzą smutek, który może trwać latami. U mężczyzn występuje syndrom wdowców, który oznacza utratę sprawności seksualnej po śmierci bliskiej osoby. Jest to częsty przypadek wśród pacjentów z zaburzeniami erekcji. Niektórzy mężczyźni nie biorą pod uwagę czasu, jaki musi upłynąć, aby uporać się z poczuciem straty. Za wcześniej próbują nawiązać kontakty i doznają niepowodzeń. Zdarza się, że muszą minąć 2–3 lata, aby pogodzić się z losem [26].

Wielu badaczy uważa, że do podstawowych przyczyn zaburzeń wzrodu członka należy zaliczyć stres sytuacyjny. Tego typu zaburzenia należą do jednych z najczęściej spotykanych dysfunkcji w leczeniu seksuologicznym. Występują także zaburzenia orgazmu u mężczyzn w postaci wytrysku przedwczesnego z powodu stresu sytuacyjnego przez brak intymnych warunków lub wytrysk bez orgazmu związany ze stresującymi zachowaniami partnerki.

Inną spotykaną dysfunkcją seksualną u mężczyzn jest ból po wytrysku [27]. Zespół ten jest jednym z wielu psychogennych zespołów bólowych w obrębie miednicy i narządów płciowych związanych ze współżyciem seksualnym. Uważa się, że bezpośrednio po wytrysku nasienia stresy wyzwalają skurcz mięśni, który jest przyczyną bólu.

U zwierząt chowanych w warunkach domowych, a więc sztucznych i tym samym działających nerwocorodnie, występuje impotencja. Podobnie u mężczyzn impotencja jest wynikiem czynników psychogennych, takich jak stres.

W etiopatogenezie impotencji zwraca się uwagę również na znaczenie tła kulturowego, a konkretnie kreowania przez kulturę i obyczajowość fantazji erotycznych dotyczących, na przykład znaczenia wielkości członka w sztuce miłosnej, magii fallusa i ról płciowych. Znajduje to potwierdzenie w wizytach u seksuologa z powodu przeżywania sytuacji stresu w obawie, jak partnerka zareaguje na długość członka, i czy mężczyzna sprosta w wykazaniu się pomysłowością przy akcie zbliżenia. Istniejący tak zwany Zespół Kultury Zachodniej, opisany przez Imielińskiego [28], mówi o obecnej postawie kulturowej, polegającej na jak najszybszym osiągnięciu celu, jakim jest orgazm, a nie na skupieniu się na samym procesie — wychodząc z założenia, że celem zbliżenia nie jest sam seks, lecz orgazm, czyli obsesyjnym nastawieniem na cel końcowy.

U kobiet występują zaburzenia seksualne z etiologią w postaci zmęczenia i przeżywanych stresów, czyli trudności w osiągnięciu orgazmu — tak zwany orgazm opóźniony podczas normalnej aktywności seksualnej.

Zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet spotyka się również brak lub utratę potrzeb seksualnych, gdzie wśród czynników psychicznych wymienia się niedobory snu i towarzyszące temu stresy [29]. W Polsce problem ten dotyczy 10% kobiet w wieku do 24 lat do 67% powyżej 45 lat i 10% mężczyzn w wieku do 24 lat i 67% powyżej 60 roku życia.

Oceniając osłabienie libido, uwzględnia się takie czynniki zmniejszające aktywność seksualną, jak: stres, pracoholizm i przemęczenie. Z analizy piśmiennictwa wynika, że zwiększa się liczba osób cierpiących na to zaburzenie. Centrum Terapii Seksualnej Uniwersytetu Stanowego w Nowym Yorku opublikowało dane, iż w latach 70. XX wieku ten typ zaburzenia występował u 32% ogółu pacjentów, natomiast w latach ostatnich — aż u 60%, co jest dowodem wpływu stresujących warunków życia, w jakich obecnie żyjemy. Ponadto zauważalne jest również zjawisko tak zwanej mody na rzadki seks, opisywanej w angielskojęzycznej literaturze, które może występować u młodego i zdrowego mężczyzny, uczuciowo związanego z partnerką i nieuwikłanego w żaden romans z Zespołu Przewlekłego Zmęczenia, typowego dla pracoholików, gdzie towarzyszący stres przy niedoborach wypoczynku objawia się spadkiem potrzeb seksualnych [30].

Zatem wszystkie wyżej wymienione zaburzenia seksualne istotnie wiążą się z funkcjonowaniem w warunkach trudnych, bo stresogennych. Według statystyki aż u 31% Polaków zmęczenie i przeżywane sytuacje stresowe w ciągu dnia stanowią przeszkodę we współżyciu.

Opublikowany przez Lwa-Starowicza Raport Seksualności Polaków dobitnie pokazuje skalę zaburzeń seksualnych w Polsce, które wciąż się pogłębiają. U mężczyzn do najczęstszych zaburzeń seksualnych należą przedwczesny wytrysk (32%), zaburzenia erekcji członka (8%) i zmniejszenie potrzeb seksualnych lub ich brak (8%), natomiast u kobiet — zmniejszenie potrzeb seksualnych lub ich brak (aż 25%).

Ocenia się, że wśród zaburzeń erekcji aż 20% przypadków występuje na skutek czynników psychogennych przez działanie bodźca stresowego z mózgu na drogi nerwowe, prowadzące do ośrodka erekcji w rdzeniu kręgowym lub przez inny mechanizm: zwiększenie napięcia mięśniówki w członku przez działanie powstających w następstwie stresu substancji chemicznych w autonomicznym układzie nerwowym. W pozostałych przypadkach czynniki psychogenne również odgrywają znaczącą, chociaż niedecydującą rolę.

Coraz lepiej poznaje się wzajemne powiązania między typem pracy zawodowej, szczególnie jej warunkami, a aktywnością seksualną. Kierownicy dużych zakładów pracy w wyniku nadmiernego zaabsorbowania pracą zawodową, stresami i towarzyszącemu temu brakowi wypoczynku ujawniają zaburzenia psychosomatyczne, w tym seksualne. Każdy lekarz zakładowy i rejonowy może stwierdzić związek danego typu pracy z różnymi następstwami zdrowotnymi, co wpływa na ukierunkowanie leczenia i działań zapobiegawczych.

Wizyta u specjalisty jest niezwykle ważnym elementem, ponieważ pozwoli na wyzbycie się wstydlivego problemu. Jednak bardzo niewielki odsetek mężczyzn zgłasza się do seksuologa, stosując przy tym liczne mechanizmy obronne, między innymi przekonanie, że „samo przejdzie”, unikając chęci podjęcia leczenia, lub także przez mechanizm projekcji, to znaczy przenoszenie winy z siebie na kogoś innego, czyli pragnienie „sprawdzenia” siebie przez zmiany partnerów, tłumacząc dotychczasowe niepowodzenia brakami umiejętności erotycznych partnera.

Innymi stosowanymi mechanizmami obronnymi są: racjonalizacja, czyli znajdowanie wymówek lub pomniejszanie znaczenia problemu po to, aby zmniejszyć poczucie odpowiedzialności, winy lub rozczarowania, natomiast tłumienie oznacza świadome podejmowanie wysiłku, aby uniknąć myśli o stresujących sytuacjach.

Na podstawie przeprowadzonych w 6 krajach badaniach obejmujących 32 644 mężczyzn stwierdzono, że z powodu zaburzeń erekcji najbardziej martwią się Hiszpanie, natomiast najbardziej zainteresowani leczeniem są Niemcy, Amerykanie i Francuzi.

Mężczyźni w starszym wieku często nie podejmują leczenia, a w konsekwencji tłumaczą problemy seksualne na swój własny sposób. Traktują zaburzenia erekcji jako normalne zjawisko z uwagi na wiek, czyli przejaw starzenia się, a nie jako wynik pracy stresująco obciążającej zdrowie.

Natomiast młodzi mężczyźni często czekają, aż problem sam zniknie lub pokładają nadzieję w partnerce. W Polsce przyczyną oporów w podjęciu leczenia jest poczucie wstydu i paradoksalne często uciekanie w pracoholizm. Polacy dłużej zwlekają z decyzją udania się do specjalisty w porównaniu z innymi narodowościami.

Te wszystkie problemy sprawiają, że przed rozpoczęciem leczenia nawarstwiają się lęki towarzyszące zaburzeniom erekcji, poczucie zagrożenia i kompleks małej wartości lub postrzeganie własnej osoby jako „wybrakowanego mężczyźnę” i porównywania siebie do samochodu po wypadku lub zepsutego sprzętu.

Zaburzenia erekcji prowadzą do depresji, lęków, problemów małżeńskich z rozwodami włącznie. W Wielkiej Brytanii stanowią przyczynę 20% rozwodów. Bagatelizowanie problemu jest nieodpowiedzialne.

Preferencje seksualne

W literaturze przedmiotu preferencje seksualne są definiowane na kilka sposobów. Ogólnie w niniejszym artykule wykorzystano definicję opisującą preferencje w kategoriach interakcyjnych jako związek popędu seksualnego z określonym rodzajem bodźców (osób lub sytuacji) — pojawienie się wybranego bodźca zapewnia jednostce optymalny przebieg cyklu reakcji seksualnej [31].

Wśród preferencji seksualnych wyróżnia się grupę preferencji typowych, zgodnych z normą (np. homoseksualizm) i grupą preferencji zaburzonych, nietypowych, tak zwanych parafilii (np. ekshibicjonizm).

Związek stresu i preferencji seksualnych jest widoczny w wypadku orientacji bi- i homoseksualnej. Czynniki przyczynowymi owej preferencji seksualnej są prenatalne wpływy psychosocjalne [32]. Obserwacje z tego zakresu i eksperymenty przeprowadzone na zwierzętach wskazują na kształtowanie się w okresie życia płodowego mechanizmów, które ujawniają się w odniesieniu do seksualności dopiero po okresie dojrzewania oraz wywierają znaczny

wpływ nie tylko na siłę popędu seksualnego, lecz także na jego kierunek. Koncepcja ta wskazuje, że prenatalny stres u szczurzych samców wpływał przynajmniej częściowo na ich żeńską orientację seksualną. U męskich zarodków, które przeżyły stres, zauważono zmniejszenie ilości testosteronu, a więc stres ciężarnej samicy prowadził do bi- i homoseksualizmu jej potomstwa.

Po przebadaniu około 1000 homoseksualnych mężczyzn okazało się, że większość z nich urodziła się w czasie wojny lub tuż po niej.

Stu mężczyzn homo- i heteroseksualnych i ich matki pytano o ewentualne przeżycia stresowe w czasie ciąży. Okazało się, że więcej takich sytuacji przeżyły matki homoseksualistów.

Ponadto warto wspomnieć, że postawy społeczne, stereotypy i mity krążące wokół homoseksualizmu powodują, że bi- i homoseksualiści żyją w nieustannym stresie i mają postawę lękową sprowadzającą się do życia w „ukryciu” z obawy przed doznaniem pogardy, nienawiści i przemocy z rąk „prześladowców”, którzy mniejszościową grupę homoseksualistów (stosunkowo bezsilną) traktują w kategoriach kozła ofiarnego. Istnieje również zależność między odczuwanym stresem a wiekiem osoby o odmiennej orientacji seksualnej, ponieważ konfrontacja z modelem społecznie akceptowanym — heteroseksualnym — wyzwała w młodym człowieku irytację i stresujące sytuacje niedopasowania społecznego. Dopiero przejście fazy konfrontacji zwanej *coming out* i rozwiązanie problemu tożsamości płciowej zapewnia spokojniejsze, mniej stresujące życie w heteroseksualnym społeczeństwie.

Drugą zasadniczą kwestią poruszaną w obrębie preferencji seksualnych jest zależność między występowaniem czynników stresogennych w życiu jednostki a zachowaniami ekshibicjonistycznymi.

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10, ekshibicjonizm jest powtarzającą się lub utrwaloną skłonnością do okazywania narządów płciowych zaskoczonym, obcym osobom, zwykle płci przeciwnej, która kojarzy się z podnieceniem płciowym i masturbacją [33]. Nie występuje przy tym chęć czy zamiar odbycia stosunku z osobą świadka. Ekshibicjonizm w tej postaci pojawia się niemal jedynie u mężczyzn. Reakcja emocjonalna świadka stanowi dla ekshibicjonisty dodatkowy czynnik podnoszący napięcie, co nie znaczy, że całość sytuacji wzbudza w nim pozytywne doznania. Świadomość przekraczania norm społecznych i grożące za to sankcje, pragnienie kontaktu cielesnego i jednoczesny lęk przed nim powodują, że akty ekshibicjonistyczne z jednej strony zagrażają i wywołują cierpienie, natomiast z drugiej strony — ekscytują.

Z tego powodu część osób obnaża się tylko w pewnych okresach życia, na przykład w stresie.

Można uznać, że w wypadku związku tej parafilii z przeżywanym stresem zachowanie takie można sklasyfikować jako odchylenie seksualne patologiczne w przebiegu impulsywnym, to znaczy mającym charakter nagłych, bez uprzedniego przygotowania, chwilowych „wylamań” spod kontroli psychiki, co upodabnia je do zachowań impulsywnych. W takich wypadkach czynnikami odgrywającymi rolę niespecyficznego wyzwalacza są: obciążenie emocjonalne, ostre napięcia oraz wspomniany już stres. Nie ma natomiast stanów napięć emocjonalnych, konfliktów intrapsychicznych oraz niepokoju i przymusowości charakterystycznych dla przebiegu progresywnego.

Ponadto występuje pewna zależność między stresem a przestępczością seksualną dorosłych sprawców, ponieważ rozpowszechnienie przestępczości seksualnej powodują między innymi czynniki stresogenne, takie jak: przeżywanie agresji między rodzicami, odrzucenie w roli partnera, ośmieszenie i lekceważenie przez osoby płci odmiennej oraz izolowanie ze strony rówieśników.

Podsumowanie

W poruszanej tematyce problemów, dysfunkcji czy preferencji seksualnych niezwykle ważna jest możliwość posiadania wsparcia społecznego, najlepiej w osobie współmałżonka, który będzie umiał zrozumieć zaistniałe problemy seksualne i pomoże je wspólnie przezwyciężyć. Ważna jest cierpliwość, czułość, wyrozumiałość i rozmowa o problemie. Niestety, partnerzy często powstrzymują się od mówienia o swoich problemach czy potrzebach seksualnych, ponieważ się wstydzą, są zakłopotani i niepewni reakcji drugiej osoby. A szkoda, bo bywa i tak, że gdy kobieta upewni mężczyznę, że jest dla niej kimś bliskim, ważnym i kochanym, wtedy on poczuje się bezpiecznie i często kłopoty mijają.

Lazarus i Folkman [34] zauważyli już dawno, że przyjmując miary sieci społecznych zakłada się, iż pozostawanie w związku z inną osobą jest jednoznaczne z uzyskiwaniem wsparcia w tej relacji.

Zachodzi więc istotny związek między poczuciem bliskości a wsparciem społecznym, ponieważ poczucie bliskości oznacza świadomość, że jesteśmy doceniani i darzeni ciepłymi uczuciami oraz że możemy dzielić się ważnymi myślami i emocjami [35]. W przeprowadzonych w Izraelu badaniach dotyczących matek wykazano, że poczucie bliskości z mężem wiąże się z większą odpornością na stres. Wsparcie społeczne działa na wszystkich poziomach mo-

delu stresu, wpływając na naszą ocenę poznawczą stresora i zdolność poradzenia sobie z nim. Jest tym, co zasadniczo wpływa na nasze zdrowie fizyczne.

Seksuologia transkulturowa [36], badając zaburzenia seksualne uwarunkowane kulturowo, ocenia i skupia się na możliwych czynnikach wpływających na nie, do których bez wątplenia należą typy sytuacji stresowych i formy reagowania na te sytuacje. Znajomość ta umożliwia poznanie mechanizmów prowadzących do rozwoju danego zaburzenia, specyfiki jego objawów i przebiegu, by zapewnić skuteczne metody leczenia.

Obecnie czynniki stresowe należą do częściej spotykanych przyczyn zaburzeń seksualnych, a także chorób psychosomatycznych, którym zwykle towarzyszą osłabienie aktywności seksualnej i libido oraz inne zaburzenia.

Badacze japońscy na podstawie dokładnych badań ustalili, że u Japończyków 41,5% zaburzeń potencji powstałych na tle stresu było spowodowanych stresami zawodowymi, a 8,8% — stresami rodzinnymi. Podobne badania porównawcze przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych ujawniły u Amerykanów odwrotną sytuację — dominowały stropy rodzinne, a w drugiej kolejności — zawodowe.

Z przeprowadzonych badań jasno wynika, że niezależnie od rodzaju stresu najważniejsze okazały się kulturowo uwarunkowane reakcje na stres, zarówno psychiczne, jak i biologiczne. Można wnioskować, że dalszy rozwój cywilizacji pogłębi jedynie zależność występowania zaburzeń seksualnych i problemów w związkach na przestrzeni kolejnych lat.

Być może to, co może uchronić od przytłaczających czynników stresogennych albo zmniejszyć ich działanie, to uczestnictwo w różnego rodzaju treningach zmagania się ze stresem, które coraz częściej są prowadzone w miejscu pracy. Również istotne jest skupianie się na kontrolowaniu reakcji stresowych przez trening autogenny, trening z użyciem biofeedbacku, restrukturyzacji poznawczej, medytacji i relaksacji, a także stosowanie psychoterapii.

Trening relaksacyjny opiera się na związku między napięciem mięśniowym, układem autonomicznym a stanem psychicznym. Relaksacja mięśni prowadzi do wzrostu parasympatykotonii, obniża poziom lęku, napięcia psychicznego, a to ułatwia powstanie pozytywnych reakcji seksualnych.

W terapii zaburzeń seksualnych wykorzystuje się zasady relaksacji Jakobsona, polegające na relaksacji stopniowej, gdzie początkowo nauka skupia się na zmniejszaniu napięcia mięśnia lub grupy mięśni. Dobroczynne działanie ćwiczeń polega na tym, że w mięśniach występuje zjawisko rozprzestrzeniania

się reakcji rozluźniania, czyli relaksacji. Stosuje się również trening autogenny Schultza, który jest metodą oddziaływania na własny organizm i życie psychiczne. Polega on na wyzwaniu u siebie reakcji odprężenia i koncentracji.

Ponadto, warto wspomnieć o zwalczaniu lęków egzystencjalnych za pomocą metody Franka. Autor uważa, że lęki egzystencjalne powodują brak odpowiedzi na podstawowe pytania, jakie człowiek stawia sobie w życiu: Jaki jest sens? Jak żyć? Co należy robić? Kim jestem? Co ma wartość? Jest to sposób pokonywania lęków przez technikę paradoksalnej intencji.

Wydaje się, że w tym miejscu nie należy wspominać o metodach leczenia zaburzeń seksualnych, ponieważ to nie jest tematem pracy. Ważniejsze są skuteczne metody walki ze stresem, o czym wspomniano wyżej. Metodą wspólną, pomocną w walce ze stresem i problemami seksualnymi, jest muzykoterapia. Oczywiście, jest to jedynie metoda pomocnicza.

Zdaniem Grafeille [37] muzyka jest tym, co wywołuje pewien pozytywny wpływ na synchronizację różnych procesów w organizmie człowieka oraz pośrednio wpływa na stosunki między ludźmi, ponieważ kontakty międzyludzkie nawiązuje się i pogłębia pod wpływem emocji powstałych w związku z muzyką. Ponadto sprzyja ona realizacji życia seksualnego.

Dodatkowo wskazane są również inne techniki relaksacji, na przykład dobroczynne działanie wodnych kąpiei. W Japonii popularna jest tak zwana drewniana wanna. Pod wpływem temperatury zawarte w drewnie minerały, środki bakterioobójcze i olejki eteryczne przedostają się do wody. Działają kojąco na system nerwowy, łagodząc skutecznie reakcje na stres. Taki sposób walki ze stresem jest zdecydowanie pomocny, jednak należy zauważyć, że w naszych domach coraz mniej jest wanien, a coraz więcej pryszniców, co jest wymownym znakiem współczesnych czasów. Immersja wodna oznacza zanurzenie w wodzie, oddziałując korzystnie na układ nerwowy, „wyciszając” go i powodując po zażyciu kąpiei obniżenie stężenia adrenaliny.

Georgia Witkin [38] zwraca uwagę na to, by być własnym ekspertem od relaksacji, używając między innymi konstruktywnych mechanizmów obronnych, jak poczucie humoru czy codzienna dawka uśmiechu, ćwicząc przy tym działanie, a nie reagowanie.

Istotna jest rola lekarza pierwszego kontaktu oraz współpraca lekarzy różnych specjalizacji w diagnozowaniu zaburzeń seksualnych i przykładaniu większej wagi do zależności między higieną (jakością) życia pacjenta, między innymi wykonywaną pracą a możliwością wystąpienia dysfunkcji w życiu seksu-

alnym. Problemy życia seksualnego pogłębiają się, stając się coraz ważniejszym tematem w praktyce specjalistycznej, również lekarza rodzinnego.

Pytanie o aspekty zdrowia seksualnego stanowi integralną część wywiadu lekarskiego. Jednak na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród dorosłej populacji Polaków [39] stwierdzono, że 79% mężczyzn i 67% kobiet nigdy nie było pytanych o zdrowie seksualne przez swojego lekarza. Z badań Lwa-Starowicza wynika, że 80% pacjentów oczekuje, że lekarz pierwszy podejmie rozmowę na ten temat.

Mimo że aspekty zdrowia seksualnego powinny być elementem rutynowego wywiadu lekarskiego, większość lekarzy z różnych względów unika pytań związanych z tą sferą zdrowia pacjenta. Następuje paradoks, ponieważ to właśnie lekarze pierwszego kontaktu z racji organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce udzielają porad największej liczbie pacjentów i ze względu na rodzaj swojej praktyki przyjmują największą liczbę osób z chorobami będącymi podłożem na przykład zaburzeń erekcji. Jest to bardzo istotne, ponieważ posiadanie wiedzy w zakresie zagadnień seksuologicznych, wpływu czynników stresujących na zdrowie seksualne pozwoli wyeliminować ewentualne błędy w stawianiu diagnozy lekarzy rodzinnych.

Przeprowadzanie szkoleń, kursów z tego zakresu powinno się przyczynić do wzrostu zainteresowania zdrowiem seksualnym pacjenta i zwiększyć otwartość na tego typu problemy. Na zmianę tego stanu rzeczy może korzystnie wpłynąć wiele publikacji na ten temat, między innymi w czasopismach naukowych, organizowanie sesji tematycznych na zjazdach towarzystw naukowych oraz działania edukacyjne współorganizowane przez firmy farmaceutyczne.

Podejście holistyczne zapewnia właściwą diagnozę lekarską, sprzyjając jednocześnie podmiotowemu traktowaniu osoby pacjenta.

Zagadnienie wpływu czynników stresowych na problemy, dysfunkcje czy preferencje seksualne jest bardzo ważne, a zapoznanie się z nim pomoże lepiej zrozumieć tendencje, mechanizmy i zagrożenia związane z tematyką życia seksualnego.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Z psychopatologii życia seksualnego. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2003.
2. Fromm E. O sztuce miłości. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2002.
3. Sullivan H.S. The interpersonal theory of psychiatry. Norton, New York 1953.
4. Siniugina L. Agresja czy miłość. Prezentacja poglądów Ericha Fromma. PWN, Warszawa 1981.

5. Lew-Starowicz Z. Eros, natura, kultura. PZWL, Warszawa 1973.
6. Selye H. Stres okiełznany. PIW, Warszawa 1977.
7. Lew-Starowicz Z. O seksie, partnerstwie i obyczajach. Wydawnictwo Współczesne, Warszawa 1988.
8. Jarząbek G., Pawłaczyk M., Friebe Z., Grys M., Bieś Z. Zagadnienia rozwoju psychoseksualnego i problem stresu w ginekologii dziecięcej. Seksuologia Polska 2005; 3: 1, 32–35.
9. Sheridon C.L., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia (PTP), Warszawa 1998.
10. Hesen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2000: 465–492.
11. Worań J., Kostka-Trąbka E. Zaburzenia erekcji jako wynik niepożądanego działania leków. Seksuologia Polska 2005; 3: 1, 18–22.
12. Lew-Starowicz Z. Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych. PZWL, Warszawa 1985.
13. Imieliński K. Zboczenia płciowe. Dynamiczna teoria zbroczeń płciowych. PZWL, Warszawa 1970.
14. Gapik L., Kosmala J. Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. Seksuologia Polska 2004; 2: 1, 25–29.
15. Masters W.H., Johnson V.E. Współżycie seksualne człowieka. PZWL, Warszawa 1975.
16. Widera-Wysoczańska A. Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 273–241.
17. Burgess A.W., Holmstrom L.L. Rape Trauma Syndrome. American Journal of Psychiatry 1974; 131 (9): 981–986.
18. Cameron C. Resolving childhood trauma. A long-term study of abuse survivors. SAGE, New York 2000.
19. Babiker G., Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. GWP, Gdańsk 2002.
20. Meiselman K. Incest: A psychological study of causes and effects with treatment recommendations. Jossey Bass, San Francisco 1978.
21. Łuszczńska-Cieślak A. Przemoc seksualna i jej psychologiczne konsekwencje. Dorosłe ofiary gwałtu — zarys problematyki. W: Nowiny Psychologiczne 1994; 1: 71–85.
22. Lew-Starowicz Z. Raport seksualności Polaków 2002. SMG/KRC. Warszawa 2002.
23. Selye H. Stres życia. PZWL, Warszawa 1963.
24. Ślósarz W. Relaks i logoterapia w seksuologii. W: Szopa J., Harciarek M. (red.). Stres i jego modelowanie. Sekcja Wydawnicza Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2004: 337–340.
25. Hajcak F., Garwood P. Dlaczego ze sobą sypiamy. Nieseksualne powody, dla których ludzie uprawiają seks. GWP, Gdańsk 2002.
26. Izdebski Z. Co może kobieta, gdy mężczyzna nie może. Charaktery 2004; 11 (94): 38–39.
27. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. PZWL, Warszawa 2000.
28. Imieliński K. Zarys seksuologii i seksiatrii. PZWL, Warszawa 1986.
29. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne w praktyce ogólnolekarskiej. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2004.
30. Lew-Starowicz Z., Fijołkowska-Grabowiecka A. Seks kontrowersyjny. Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa 2004.
31. Bilikiewicz T., Imieliński K. Seksuologia kliniczna. PZWL, Warszawa 1974.
32. Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M. Homoseksualizm. PZWL, Warszawa 1999.
33. Westheimer R. Encyklopedia seksu. PWN, Warszawa 1997.
34. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer-Verlag, New York 1984.
35. Sęk H. Psychologia kliniczna. Tom 2. PWN, Warszawa 2005.
36. Imieliński K. Seksuologia Kulturowa. PWN, Warszawa 1980.
37. Grafeille N. Music therapy and premature ejaculation. W: Allyn-Ohm G.S.J. The experience of sexual ecstasy in the human male: a humanistic approach. Third Intern. Congress Med. Sexology. Rome 1978.
38. Witkin G. Stres męski. Wyd. Rebis, Poznań 2000.
39. Lew-Starowicz Z., Krajka K., Darewicz B. i wsp. Zdrowie seksualne — trudny problem dla lekarzy. Seksuologia Polska 2004; 2 (2): 33–38.