

Punkt G — fakty i mity

The G-spot — facts and myths

Zygmunt Zdrojewicz, Magdalena Szewczyk

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

Streszczenie

W niniejszej pracy autorzy starali się przedstawić rys historyczny oraz przeanalizować istniejące opinie, poglądy i doniesienia naukowe dotyczące punktu G — bardzo wrażliwego obszaru mającego znajdować się na przedniej ścianie pochwy, około 5 cm od jej wejścia, którego stymulacja miała by powodować wzrost pobudzenia seksualnego i odgrywać kluczową rolę w kobiecym orgazmie.

Słowa kluczowe: punkt G, orgazm

Abstract

This paper is a review of history, facts, myths and scientific researches concerning an existence of the G-spot, the small but allegedly highly sensitive area on the anterior wall of the human vagina, about a third of the way up from the vaginal opening, which stimulation resulting in a high levels of sexual arousal and powerful orgasms.

Key words: G-spot, orgasm

Wstęp

Punkt G — znany także jako przestrzeń Gräfenberga — definiuje się jako niewielkie, bardzo wrażliwe miejsce, znajdujące się na przedniej ścianie pochwy, około 5 cm od jej wejścia. Stymulacja tego obszaru powoduje wzrost pobudzenia seksualnego u kobiety, w konsekwencji prowadząc do orgazmu.

Autorzy popularnego poradnika seksuologicznego dla mężczyzn twierdzą, że punkt ten zajmuje jedno z najważniejszych miejsc w seksuologii. Dzieje się tak dlatego, że powszechnie uważa się, że jest on najwrażliwszą i najbardziej tajemniczą ze wszystkich stref erogennych w ciele kobiety, jednocześnie najtrudniejszą do znalezienia. Według nich: „punkt G jest skupiskiem zakończeń nerwowych, naczyń krwionośnych i gruczołów znajdujących się wokół cewki moczowej na wewnętrznej, przedniej ścianie pochwy” [1].

Badania i obserwacje kliniczne dotyczące tego obszaru trwają od 1950 roku, kiedy został on po raz

pierwszy opisany przez niemieckiego ginekologa, Ernsta Gräfenberga. W ciągu następnych 50 lat punkt ten został zdefiniowany i opisany, a jego obecność wykorzystano do wielu badań i eksperymentów naukowych. Brak jednak rzetelnych i dokładnych badań anatomicznych, histologicznych i embriologicznych opisywanej struktury. Większość publikacji opiera się na klinicznych obserwacjach pacjentek, relacjonujących obecność takiego obszaru. Trudno przy postępie współczesnej wiedzy medycznej, kiedy budowa ciała ludzkiego nie jest już dla naukowców zagadką, pogodzić się z faktem, że może istnieć organ, o powierzchni około 1,5–2 cm², który nie został jeszcze szczegółowo opisany i zbadany.

Celem naszej pracy jest przedstawienie rysu historycznego oraz badań na temat punktu G.

Rys historyczny

Problem istnienia bardzo wrażliwej struktury na przedniej ścianie pochwy po raz pierwszy został poruszony w 1950 roku. Ojcem tej myśli był Ernst Gräfenberg, niemiecki ginekolog i położnik, pracujący w Nowym Jorku po opuszczeniu nazistowskich Niemiec. W swoim artykule poruszył on problem oziębłości i braku orgazmu u kobiet.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz
Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami
ul. Pasteura 4, 50–367 Wrocław
Nadesłano: 10.10.2004 Przyjęto do druku: 25.10.2004

Rozważając różnice między tymi zagadnieniami, Gräfenberg zauważył, że istnieje pewna duża grupa kobiet, u których, mimo że nie dochodzi do szczytowania podczas współżycia z partnerem, możliwe jest czerpanie satysfakcji seksualnej z innych zachowań seksualnych [2]. Jednym z takich zachowań, obok drażnienia okolicy sutków lub okolicy małżowiny usznej, jest stymulacja pewnego obszaru na przedniej ścianie pochwy, wzdłuż przebiegu cewki moczowej. Autor przytoczył relacje pacjentek, które wyczuwały na przedniej ścianie pochwy, podczas pobudzenia seksualnego, niewielką, pulsującą wyniosłość, nazywaną przez Gräfenberga „cystocele”. Według opisu podanego przez pacjentki, wyniosłość ta całkowicie zanikała po orgazmie, kiedy ściana pochwy uległa relaksacji. Autor zauważył także istnienie pewnej zależności między wrażliwością przedniej ściany pochwy, a anatomiczną bliskością cewki moczowej.

Opisał przypadki dwóch młodych pacjentek, którym udzielał pomocy lekarskiej w usunięciu cienkich metalowych przedmiotów z cewki moczowej. Kobiety używały tych przedmiotów w celu osiągnięcia szczytowania podczas wsuwania ich do cewki moczowej. Na poparcie swoich argumentów autor przytoczył także przypadki pacjentek kliniki kontroli urodzeń, które zgłaszały się z problemem braku odczuwania satysfakcji seksualnej po założeniu antykoncepcyjnej wkładki wewnątrzmacicznej.

Należy tu zaznaczyć, iż ówczesne wkładki pokrywały w pewnym stopniu przednią ścianę pochwy. Po zastosowaniu nakładek, które nie pokrywały wspomnianego obszaru, dolegliwości ustępowały. Podobny efekt oziębłości autor zauważył u pacjentek poddanych całkowitej histrektomii przezpochwowej, która ówczesnie wiązała się z koniecznością usunięcia pewnej części pochwy. Opisując przypadki, autor starał się zwrócić uwagę ówczesnych badaczy, zajmujących się zagadnieniem orgazmu u kobiet, na możliwość istnienia innych niż łechtaczka miejsc erogennych w ciele kobiety.

Sięgając daleko wstecz, podobnych obserwacji dokonał w 1672 roku holenderski lekarz Regnier de Graaf, który jako pierwszy w historii zwrócił uwagę na możliwość istnienia erogennych stref w pochwie jako organie uczestniczącym bezpośrednio w akcie kopulacji [3].

Artykuł Gräfenberga zapoczątkował dyskusję na temat punktu G trwającą do dzisiaj. Przez ponad 50 lat, które upłynęły od momentu powstania tego pomysłu, badacze starali się rozwikłać tajemnicę jego istnienia.

Wnioski Gräfenberga pozostawały niezauważone przez następne 30 lat. Cisza została przerwana do-

piero w 1981 roku, kiedy na łamach *The Journal of Sex Research* pojawiły się jednocześnie trzy artykuły nawiązujące do zapomnianego odkrycia [4–6]. W jednej z tych publikacji po raz pierwszy pojawił się w piśmiennictwie termin „Punkt Gräfenberga” (*Gräfenberg spot*) [4]. Dlatego za twórców tego terminu uważa się Johna Perry’ego i Beverly Whipple, którzy nazwali to miejsce punktem G na cześć Ernsta Gräfenberga, w dowód uznania za to, że po raz pierwszy zasugerował on jego istnienie. W swojej publikacji autorzy starali się, na podstawie opisu przypadku jednej pacjentki, potwierdzić swoją nową teorię orgazmu. Opisano sesję badawczą, podczas której za pomocą badania palpacyjnego stwierdzono obecność obszaru o wzmożonej wrażliwości na przedniej ścianie pochwy. Oś długa tego obszaru, o wymiarach 1,5 × 2,0 cm, przebiegała wzdłuż cewki moczowej. Palpacja powodowała u pacjentki początkowo uczucie parcia na mocz, a następnie uczucie wzrastającego pobudzenia seksualnego. Zanotowano także 50-procentowy wzrost objętości badanej przestrzeni podczas stymulacji.

Drugi z artykułów, współautorstwa Perry’ego i Whipple, ukazał się równolegle w tym samym czasopiśmie [5]. Poruszał on problem nowej teorii orgazmu i badał prawdziwość teorii Kegla dotyczącej znaczenia mięśni łonowoguzicznych w orgazmie.

Autorzy użyli w nim stworzonego przez siebie terminu „punkt Gräfenberga” i powiązali go przyczynowo z pojęciem tak zwanego orgazmu macicznego (*uterine orgasm*). Naukowcy podali, że obecność punktu G została stwierdzona u wszystkich spośród 47 kobiet wolontariuszek poddanych badaniu ginekologicznemu i miograficznemu oceniającemu siłę mięśni Kegla. Poszukiwanie punktu G polegało na delikatnym badaniu palpacyjnym całej przedniej ściany pochwy pomiędzy tylną ścianą kości łonowej a szyjką macicy. Badanie obejmowało dokładne obmacywanie każdego centymetra ściany, okrężnymi ruchami, zgodnie z ruchem wskazówek zegara, przy użyciu zmiennej siły nacisku. Autorom doświadczenia udało się dokonać pomiarów wielkości wrażliwego obszaru i porównać go do wielkości amerykańskich monet. U 55% kobiet poddanych badaniu miał on mieć wielkość monety 10-centowej, u 32% 5-centówki, u 9% ćwierćcentówki, a u 5% kobiet monety półdolarowej.

Badacze przypuszczali również, że odkryty przez nich punkt G jest żeńskim odpowiednikiem prostaty. Teorię tę weryfikują badania prowadzone przez Zaviacica, które wskazują na gruczoły okołocewkowe Skene’ego jako miejsce powstawania, podczas podniecenia seksualnego u kobiet, surowiczego płynu za-

wierającego fruktozę i fosfatazę kwaśną [7]. W ścianie pochwy nie wykazano obecności tkanki gruczołowej, która mogłaby produkować taki płyn. Perry i Whipple spopularyzowali również teorię dwóch orgazmów (*double pathway theory*), rozróżniającą tak zwany orgazm łechtaczkowy i orgazm pochwowy (maciczny), za którego występowanie miałby odpowiadać punkt G i mięśnie Kegla.

Publikacja Weisberga jest poparciem nowej hipotezy kobiecego orgazmu [7]. Jest to osobisty komentarz autora, który początkowo nastawiony krytycznie do faktu istnienia punktu G i ejakulacji u kobiet, przekonał się osobiście do jego prawdziwości. Po spotkaniu *American Association for Sex Educators, Counselors, and Therapists*, podczas którego Whipple i Perry wraz z innymi naukowcami po raz pierwszy przedstawili na forum wyniki swoich badań, miał on możliwość samodzielnego zbadania opisywanej pacjentki. Ku jego zdziwieniu, po stymulacji okolicy pochwy wzdłuż przebiegu cewki moczowej obszar powiększył się, a jego powierzchnia wyraźnie różniła się od otaczającej tkanki.

W 1982 roku dzięki popularnej książce Ladas, Whipple i Perry'ego na temat seksualności u ludzi pojęcie punktu G dotarło do szerokiego grona odbiorców [8].

Autorzy, opierając się na wynikach poprzednich badań, szczegółowo opisali i po raz pierwszy zdefiniowali punkt G: „Termin 'Punkt G'” (*Gräfenberg spot*) dotyczy niewielkiej, ale prawdopodobnie bardzo wrażliwej okolicy na przedniej ścianie kobiecej pochwy, położonej w około jednej trzeciej wysokości od jej wejścia. Stymulacja tego punktu prowadzi do wysokiego poziomu pobudzenia seksualnego i w rezultacie do silnego orgazmu”. Od tego momentu pojęcie punktu G nie przestaje budzić kontrowersji wśród opinii publicznej.

Rok później pięcioro naukowców pod kierownictwem Goldberga, między innymi Whipple i Weisberg, podjęli próbę rewizji wstępnej hipotezy [9]. Poddali oni badaniu grupę 11 kobiet pod kątem obecności punktu G i składu płynu, który jest produkowany podczas jego stymulacji. Badanie obecności punktu G polegało na odbyciu serii 3-godzinnych sesji, podczas których dwóch niezależnych ginekologów dokonywało bimanualnego badania palpacyjnego ścian pochwy, zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Badanie wykazało obecność struktury odpowiadającej punktowi G u 4 spośród 11 przebadanych kobiet (36%).

Wyniki równolegle prowadzonych przez Alzate'ę badań nad wrażliwością kobiecej pochwy sugerowały jednak, że delikatna stymulacja przez partnera każdej części kobiecej pochwy może, w sprzyjających

okolicznościach, doprowadzić do wzrostu pobudzenia seksualnego u partnerki, mogącego w konsekwencji prowadzić do orgazmu [10, 11].

W 1988 roku ukazała się praca Zaviacica nawiązująca do odkrycia Gräfenberga [12]. Autorzy eksperymentu próbowali wyjaśnić pochodzenie płynu, który miał się wydobywać z cewki moczowej kobiet poddanych stymulacji punktu G.

Badaniu poddano 27 kobiet. Badanie polegało na samodzielnej stymulacji okolicy przedniej ściany pochwy przez uprzednio przeszkolone do tego celu pacjentki. Znamienne jest to, że i w tym badaniu u wszystkich kobiet znaleziono szczególnie wrażliwą strukturę na przedniej ścianie pochwy, która ulegała obrzmieniu podczas stymulacji i wypukłała się do światła pochwy.

Inną lokalizację punktu G zaproponowali badacze francuscy, Lenck i wsp., którzy na podstawie przeprowadzonych sekcji zwłok oraz badań ultrasonograficznych pacjentek sugerowali, że punkt ten miałby się znajdować w zwieraczu wewnętrznym cewki moczowej [13].

Od czasu opublikowania badań Ladas, Whipple i Perry'ego przez długi czas nie poddawano ich teorii w wątpliwość. Naukowcy wykorzystywali odkrycie do wielu badań dotyczących kobiecej seksualności, nie analizując jego prawdziwości. Trudno się dziwić, że przeświadczenie o istnieniu punktu G silnie zakorzeniło się w publicznej świadomości.

W 1990 roku naukowcy przeprowadzili badanie ankietowe wśród kobiet mieszkających w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie [14]. W sondażu czynny udział wzięło 1289 kobiet, z których 89% stwierdziło, że są przekonane o obecności w swoim ciele bardzo erogennej strefy, zwanej punktem G.

W związku z postępowaniem w rozwoju nauki i medycyny, aby udowodnić istnienie punktu G, potrzebne byłoby nie tylko obserwacje kliniczne, ale także obiektywne badania histologiczne, embriologiczne i anatomiczne poszukiwanej struktury.

Niestety w ciągu wielu lat, mimo licznych odniesień do istnienia punktu G i postępu diagnostycznego i technicznego, nie można w literaturze odnaleźć jednoznacznych dowodów potwierdzających lub wykluczających istnienie takiej struktury.

Pierwsze badania histologiczne unerwienia narządów płciowych żeńskich pochodzą z 1958 roku. Krantz wykazał wówczas na podstawie badań mikroskopowych tkanek ludzkiej pochwy występowanie jedynie parasympatycznych zakończeń neuronalnych w jej ścianie [15].

W 1995 roku Hilliges i wsp. podjęli się próby wykazania unerwienia ścian pochwy przy użyciu metod

immunohistochemicznych [16]. Do badań uzyskano 24 próbki materiału biopsyjnego pobranego od 6 kobiet. Przetestowano wycinki pochodzące z przedniej i tylnej ściany pochwy okolicy sklepienia, przedniej ściany pochwy na wysokości szyi pęcherza moczowego i z okolicy wejścia do pochwy. Wyniki badań wskazują, że cała przednia ściana pochwy charakteryzuje się większą ilością zakończeń nerwowych niż tylna, jednak o typie podnabłonkowym, co wskazywałoby na unerwienie autonomiczne, a nie czuciowe. Brak jednoznacznego wykazania bogato unerwionego obszaru na przedniej ścianie pochwy nie dowodzi jednak, że punktu G nie ma. Autorzy tego eksperymentu nie stawiali sobie za cel jego odnalezienia, pobierając próbki przypadkowo.

Badania nad pochodzeniem embriologicznym narządów moczowo-płciowych mogłyby rzucić pewne światło na możliwość istnienia w tkance otaczającej pochwę struktury bardzo wrażliwej czuciowo. Tkanka pochodzenia mezodermalnego, z której powstaje przewód przyśródnerczowy Müllera, jest ubogo zaopatrzona w zakończenia czuciowe. Dowody naukowe wskazują, że z przewodów tych wykształca się kanał maciczo-pochwowy, z którego obok jajowodów i macicy powstaje górna część pochwy. Dolna część pochwy, w której ścianie ma znajdować się punkt G, nabłonek i przedsionek pochwy powstają najprawdopodobniej z endodermy zatoki moczowo-płciowej. Elementy łącznotkankowe i mięśniowe pozostałych warstw ściany pochwy powstają z otaczającej mezenchymy [17].

Wyniki nowszych badań sugerują, że jedynie przedsionek pochwy ma pochodzenie endodermalne, natomiast dolna część pochwy i srom pochodzą z ektodermy.

Hines uważa, że jeśli to twierdzenie byłoby prawdziwe, istniałaby możliwość obecności struktury hiperwrażliwej, odpowiadającej punktowi G. Wiąże się to z faktem, że tkanki pochodzenia ektodermalnego są bogate w zakończenia czuciowe, takie jak krążki Merkla, ciałka czuciowe i wolne zakończenia nerwowe [18, 19].

W 2001 roku Terence M. Hines wywołał żywą dyskusję na temat punktu G, publikując na łamach *American Journal of Obstetrics and Gynecology* artykuł, będący próbą podsumowania wielu lat badań i publikacji różnych naukowców dotyczących tego zagadnienia [19]. Zarzucił on badaczom brak starannych anatomicznych i histologicznych badań nad istnieniem punktu G, które, przy współczesnym stanie wiedzy, byłyby możliwe do wykonania. Wyraził swoje zdumienie wobec tak powszechnej akceptacji dla tego odkrycia ze strony świata naukowego i przy-

stawiania przez większość popularnych książek seksuologicznych istnienia punktu G za oczywiste na podstawie opisu kilkunastu przypadków klinicznych sprzed prawie 30 lat. Hines obrazowo porównał punkt G do ginekologicznego UFO: coraz bardziej poszukiwany, coraz bardziej dyskutowany, ale niezwyfikowany na podstawie obiektywnych dowodów. Jego zdaniem zebrane dowody są zbyt słabe, aby potwierdzić faktyczność punktu G, a opieranie się na anegdotach i kilku przypadkach klinicznych zamiast na rzetelnych badaniach jest krzywdzące dla kobiet. W ten sposób są one, zdaniem Hinesa, mylnie informowane na temat własnej seksualności i ciała. Autor twierdzi, że kobiety, którym nie udało się odnaleźć w swoim ciele punktu G, mogą się czuć „wybrakowane”, nieatrakcyjne i anormalne. Artykuł Hinesa wywołał wiele kontrowersji w świecie seksuologicznym. Na łamach czasopisma rozgorzała dyskusja na temat jego zarzutów. Szczególnie poruszeni zostali ludzie, którzy całe swoje życie naukowe poświęcili temu zagadnieniu. Beverly Whipple i John D. Perry z *Rutgers University*, których uważa się za odkrywców punktu Gräfenberga, w odpowiedzi na zarzuty postawione im przez Hinesa stwierdzili, że ich publikacje nie służyły kreowaniu nowych celów, a tylko próbie naukowego wyjaśnienia doświadczeń wielu kobiet, które nie pasują do monolitycznego modelu orgazmu łechtaczkowego (*clitoral-centric model*) [20]. Fakt osiągnięcia przez wiele kobiet orgazmu podczas stymulacji ścian pochwy nie może być, ich zdaniem, pominięty i musi mieć naukowe wyjaśnienie. Zauważyli, że przy obecnym stanie wiedzy stwierdzenie, że punkt G jest mitem, zaprzecza odczuciom i reakcjom seksualnym wielu kobiet na całym świecie, a założona przez nich autentyczność istnienia punktu G pozwoliła wielu kobietom przełamać wewnętrzne opory przed opisywaniem własnych reakcji seksualnych.

Zdaniem twórców pojęcia punktu G, wystarczającym podłożem anatomicznym dla tej struktury jest udowodniona przy użyciu nowoczesnych metod immunohistochemicznych przez Zaviacica obecność żeńskiego odpowiednika prostaty, czyli gruczołów okołocewkowych Skenego (*prostate gland*) [7, 21]. Są one odpowiedzialne za wydzielanie płynu, bogatego w fosfatyzę kwaśną, fruktozę i antygen gruczołu krokowego (PSA, *prostate specific antigen*), wydostającego się z cewki moczowej kobiet podczas pobudzenia seksualnego.

Weryfikując swoje wcześniejsze publikacje, Whipple i Perry stwierdzili, że wrażliwa strefa nazwana punktem G nie leży w ścianie pochwy, a tylko jest przez tę ścianę wyczuwalna i dostępna stymulacji. Może ona

odpowiadać strefie okołocewkowej, z systemem przewodów i tkanki gruczołowej, mającej zdolność wzdrodu i zwiększonego ukrwienia podczas pobudzenia seksualnego, podobnie jak ciała jamiste prącia.

Rebecca Chalker z *Pace University* w odpowiedzi na artykuł Hinesa przytacza dowody naukowe, świadczące o słuszności twierdzenia Whipple i Perry'ego, dotyczącego przestrzeni okołocewkowej Skene'go [21]. Chalker podaje, że O'Connel i wsp. w 1998 roku opublikowali badania nad anatomicznymi powiązaniem między cewką moczową a łechtaczką [22]. Z badań tych, zdaniem Chalker, jednoznacznie wynika, że cewka moczowa u kobiet jest otoczona przez tkankę zdolną do erekcji. To właśnie ta tkanka, położona wzdłuż przebiegu cewki moczowej do szyi pęcherza, może być na długim odcinku wyczuwalna i dostępna w badaniu palpacyjnym przez przednią ścianę pochwy. Chalker twierdzi, że wiele jej pacjentek podczas reakcji seksualnej może samodzielnie zlokalizować położenie pewnego miejsca wzdłuż sklepienia pochwy, które jest nadwrażliwe na dotyk, ucisk i wibrację [23].

W 2003 roku Roy J. Levin z *University of Sheffield* podjął się próby odpowiedzi na pytanie, czy punkt G jest rzeczywistością, czy fikcją [24]. Po przeanalizowaniu wielu publikacji dotyczących punktu G zaproponował wprowadzenie nowego terminu, opisującego zespół erogennych miejsc w okolicy narządów moczowo-płciowych kobiety. Termin ten — *the anterior wall erogenous complex* — miałby określać łącznie obszar cewki moczowej, łechtaczki, punktu G (okołocewkowej strefy gruczołowej) i powięź Halbana jako miejsca o szczególnej wrażliwości w odpowiedzi na pobudzenie podczas penetracji. Zdaniem Levina, błędem jest skupianie się nad poszukiwaniem punktu o szczególnej wrażliwości, bowiem cała okolica pochwy jest strefą erogenną.

Męski punkt G

Wielu badaczy zastanawia się, czy u mężczyzn może występować struktura odpowiadająca punktowi G. Biorąc pod uwagę to, że płęć fenotypowa kształtuje się z pierwotnie żeńskiego zarodka, wydaje się to prawdopodobne. W wielu publikacjach istnieje pojęcie męskiego punktu G. W przewodniku seksuologicznym czytamy: „Coraz częściej mówi się o prostacie jako o siedlisku erotycznych doznań. Ze względu na duże unerwienie niektórzy nazywają ją męskim punktem G. Mężczyźni ze zdumieniem odkrywają erotyczne doznania podczas badania prostaty przez odbyt. Kiedy badający sprawdza tylną ścianę gruczołu krokowego, niektórzy z pacjentów doznają erekcji, nad którą nie są w stanie zapanować” [1]. Potwierdzałoby to teorię,

że punkt G u kobiet jest tkanką okołocewkową zawierającą w sobie gruczoły Skene'go, uznane za żeński odpowiednik prostaty.

Nowy punkt G

Nowy pogląd na zagadnienie przestrzeni Gräfenberga przedstawiła grupa naukowców egipskich pod przewodnictwem Ahmeda Shafika, którzy w 2004 roku opublikowali wyniki swoich badań elektrowaginograficznych.

Rozpatrywali oni hipotezę generowania przez pochwę fal elektrycznych, które powodują skurcze jej ścian podczas penetracji. Do eksperymentu przystąpiły 24 młode, zdrowe kobiety, a fale elektryczne były rejestrowane przez dwie elektrody umieszczone w ścianie pochwy. Rejestracja fal odbywała się podczas rozciągania ścian pochwy za pomocą balonu napełnionego dwutlenkiem węgla.

Rejestracja amplitudy i szybkości przewodzenia tych fal, a także doświadczenie ze znieczuleniem wybranych części ścian pochwy dowiodły, że „rozrusznik” znajduje się w górnej części przedniej ściany pochwy. Doświadczenia wykorzystujące zmiany napięcia ścian pochwy w odpowiedzi na rozprężanie się balonika wypełnionego dwutlenkiem węgla sugerują, że stymulator ten jest pobudzany do generowania fal przez rozciągającą się ścianę pochwy. Na tej podstawie badacze zaproponowali stwierdzenie, że pochwy generator fal elektrycznych odpowiada punktowi G. Autorzy twierdzą, że dopóki obszar ten nie zostanie bezpośrednio podrażniony, nie dochodzi do skurczów i towarzyszącego im wzrostu pobudzenia seksualnego [25].

Doniesienia te zmieniają dotychczasowe pojęcie o punkcie G. Naukowcy egipscy postulują, że punkt ten nie jest skupiskiem włókien czuciowych wrażliwych na stymulację, tylko że jest to tkanka mająca możliwość generowania potencjałów czynnościowych, powodujących rozchodzenie się skurczu błony mięśniowej pochwy. Nowy punkt G różni się także położeniem od punktu Gräfenberga, który miał się znajdować około 5 cm od wejścia do pochwy, a nie w jej górnej części. Możliwe jest także, że każde z tych odkryć jest zgodne z prawdą, a jedno nie wyklucza drugiego.

Podsumowanie

Na podstawie przeanalizowanych przez autorów niniejszego artykułu publikacji należy stwierdzić, iż mimo że powstało bardzo wiele prac dotyczących istnienia punktu G, o różnym stopniu krytycznej i rzetelnej wie-

dzy, nie udało się dotychczas jednoznacznie potwierdzić ani wykluczyć obecności struktury odpowiadającej punktowi opisanemu przez Grafenberga. Możliwe jest także, że nie występuje on u wszystkich kobiet. Tak twierdzą zwolennicy hipotezy o jego istnieniu. Faktem jest, że obecność punktu G jest powszechnie akceptowana przez opinię publiczną. W większości internetowych poradników, które dzięki swojej dostępności są we współczesnym świecie jednym z głównych źródeł informacji dotyczących sfery życia erotycznego, istnienie punktu G jest oczywiste, a odnalezienie go wydaje się proste przy umiejętnym wykorzystaniu instrukcji tam zawartych. Zwolennicy teorii twierdzą, że stymulacja punktu G powoduje orgazm znacznie silniejszy niż orgazm łechtaczkowy. Pozycjami sprzyjającymi jego pobudzeniu są pozycje, w których członek dotyka przedniej ściany pochwy. Niestety okazuje się, że praktyka mocno odbiega od teorii, co w konsekwencji może doprowadzić do frustracji i zniechęcenia mężczyzn i błędnego przekonania kobiet o tym, że są niedoskonałe lub obdarzone wstydliwą „wadą” — w postaci nieposiadania punktu G. Goodstone, cytowana przez autorów poradnika seksuologicznego dla mężczyzn, ostrzega: „Pamiętajcie, że niewiele badań potwierdza istnienie punktu G u kobiet. Jeśli więc któraś z nich nie może go zlokalizować, to nie oznacza, że coś jest z nią nie w porządku. Być może nie jest dostatecznie rozluźniona. Być może u niektórych kobiet punkt ten nie istnieje. Być może zanika, jeśli nie był dotykany. Za mało o nim wiemy, by stawiać pewne konkluzje” [1].

Z drugiej strony jednak być może dzięki ciągłym kontrowersjom i niepewności wokół istnienia tego swoistego wyzwalacza podniecenia seksualnego współżycie płciowe nie ogranicza się tylko do stymulacji punktu G, a dzięki temu jest to przeżycie bogatsze, pełniejsze i bardziej urozmaicone.

Piśmiennictwo

- Chichester B., Robinson K. Sekrety seksu. Poradnik stuprocentowego mężczyzny. Książka i Wiedza, Warszawa 2003; 112–113.
- Grafenberg E. The role of the urethra in female orgasm. *Int. J. Sexology* 1950; 3: 145–148.
- Mah K., Binik M.Y. The nature of human orgasm — a critical review of major trends 2001; 21: 823–856.
- Addiego F., Belzer E.G., Comolli J., Moger W., Perry J.D., Whipple B. Female ejaculation: a case study. *J. Sex Res.* 1981; 17: 13–21.
- Perry J.D., Whipple B. Pelvic Muscle Strength of Female Ejaculators: Evidence in Support of a New Theory of Orgasm. *J. Sex Res.* 1981; 17: 22–39.
- Weisberg M. A Note on Female Ejaculation. *J. Sex Res.* 1981; 17: 90–95.
- Zaviacic M. The human female prostate. W: Vestigial Skene's paraurethral glands and ducts to woman's functional prostate. Slovak Academic Press, Bratislavia (Slovakia) 1999; 1–171.
- Ladas A.K., Whipple B., Perry J.D. The G spot and other discoveries about human sexuality. Holt, Rinehart and Winston, New York 1982.
- Goldberg D.C., Whipple B., Fishkin R.E., Waxman H., Fink P.J., Weisberg M. The Grafenberg spot and female ejaculation: a review of initial hypotheses. *J. Sex Marital. Ther.* 1983; 9: 27–37.
- Alzate H., Londono M. Vaginal erotic sensitivity. *J. Sex Marital. Ther.* 1984; 10: 49–56.
- Alzate H. Vaginal eroticism: a replication study. *Arch. Sex Behav.* 1985; 14: 529–537.
- Zaviacic M., Zaviacicova A., Holoman I.K., Molcan J. Female urethral expulsions evoked by local digital stimulation of the G-spot: Differences in the response patterns. *The Journal. of Sex Research* 1988; 24: 311–318.
- Lenck L.C., Vanneuville G., De Monnet J.P., Harmand Y. Sphincter urethral (point G) Correlations anatomo-cliniques. *Revue Francaise Gynecologie Obstetrique* 1992; 87: 65–69.
- Darling C.A., Davidson J.K., Conway-Welch C. Female ejaculation: perceived origins, the Grafenberg spot/ area, and sexual responsiveness. *Arch. Sex Behav.* 1990; 19: 29–47.
- Krantz K. Innervation of the human vulva and vagina. *Obstet. Gynecol.* 1959; 12: 382–396.
- Hilliges M., Falconer C., Ekman-Ordeberg G., Johansson O. Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9.5 immunohistochemistry. *Acta Anat* 1995; 153: 119–126.
- Bartel H. Embriologia dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 278–294.
- Westrom L.V., Willen R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet. Gynecol.* 1998; 91: 572–576.
- Hines T.M. The G-spot: A modern gynecologic myth. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2001; 185: 359–362.
- Whipple B., Perry J.D. The G-spot: A modern gynecologic myth-reply. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187: 519.
- Zaviacic M., Ablin R.J. The female prostate and prostate-specific antigen. Immunohistochemical localization, implications for this prostate marker in woman, and reasons for using the term “prostate” in the human female. *Histol. Histopathol.* 2000; 15: 131–142.
- Chalker R. The G-spot: some missing pieces of the puzzle. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187: 518–519.
- O'Connell H.E., Hutson J.M., Anderson C.R., Plenter R.J. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *J. Urol.* 1998; 159: 1892–1897.
- Levin R.J. The G-spot — reality or illusion? *Sexual and Relationship Therapy* 2003; 18: 117–119.
- Shafik A., Sibai O.E., Shafik A.A., Ahmed I., Mostafa R.M. The electrovaginogram: study of the vaginal electric activity and its role in the sexual act and disorders. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2004; 269: 282–286.