

Seksuologia Polska

POLISH SEXOLOGY



Pismo Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego
Journal of the Polish Sexological Society

ROK 2020
TOM 18

Czy terapia Recover skutecznie zmniejsza ból u kobiet z wulwodynią?

*Ewa Baszak-Radomańska, Jadwiga Wańczyk-Baszak, Marta Nowosad, Joanna Sawka,
Agnieszka Mazurkiewicz, Karolina Ochnik-Bąk, Paweł Malicki*

**Wizyta lekarska w położu, metody planowania rodziny i seksualność
po porodzie — jakiego typu poradnictwa oczekują kobiety?**

Ewa Ślizień-Kuczapska, Sylwia Czarnowicz, Michał Rabijewski, Małgorzata Starzec-Proserpio

**Osobowość, samoocena, ocena własnego ciała oraz satysfakcja ze związku a konsumpcja
pornografii przez kobiety w wieku 18–30 lat**

Maja Kwiatkowska, Agnieszka Skorupa

Potrzeby i reakcje seksualne kobiet w wieku okołomenopauzalnym

Anna Kremska

**Uczeń o nieheteronormatywnej tożsamości w polskiej szkole — podejście teoretyczne
i profilaktyka zdrowia seksualnego**

Remigiusz Kijak

Dysfunkcje seksualne u kobiet w przebiegu zaburzeń afektywnych

Aleksandra Pięta, Anna Mosiołek

Asystent seksualny — (nie)potrzebny zawód

Katarzyna Waszyńska

Funkcjonowanie seksualne w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Milena Kansy, Weronika Rodak, Mariusz Furgał

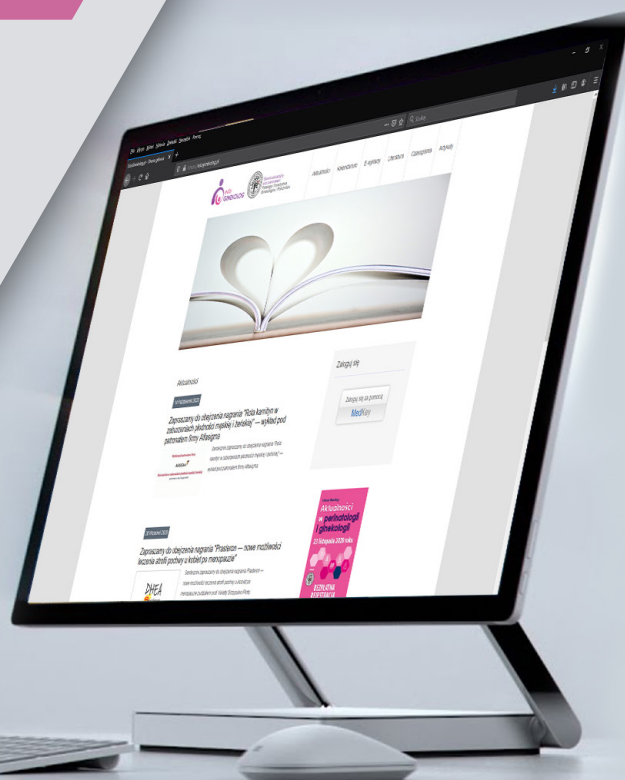
Fantazja seksualna, nieświadoma fantazja i dynamika przywiązania

Christopher Clulow

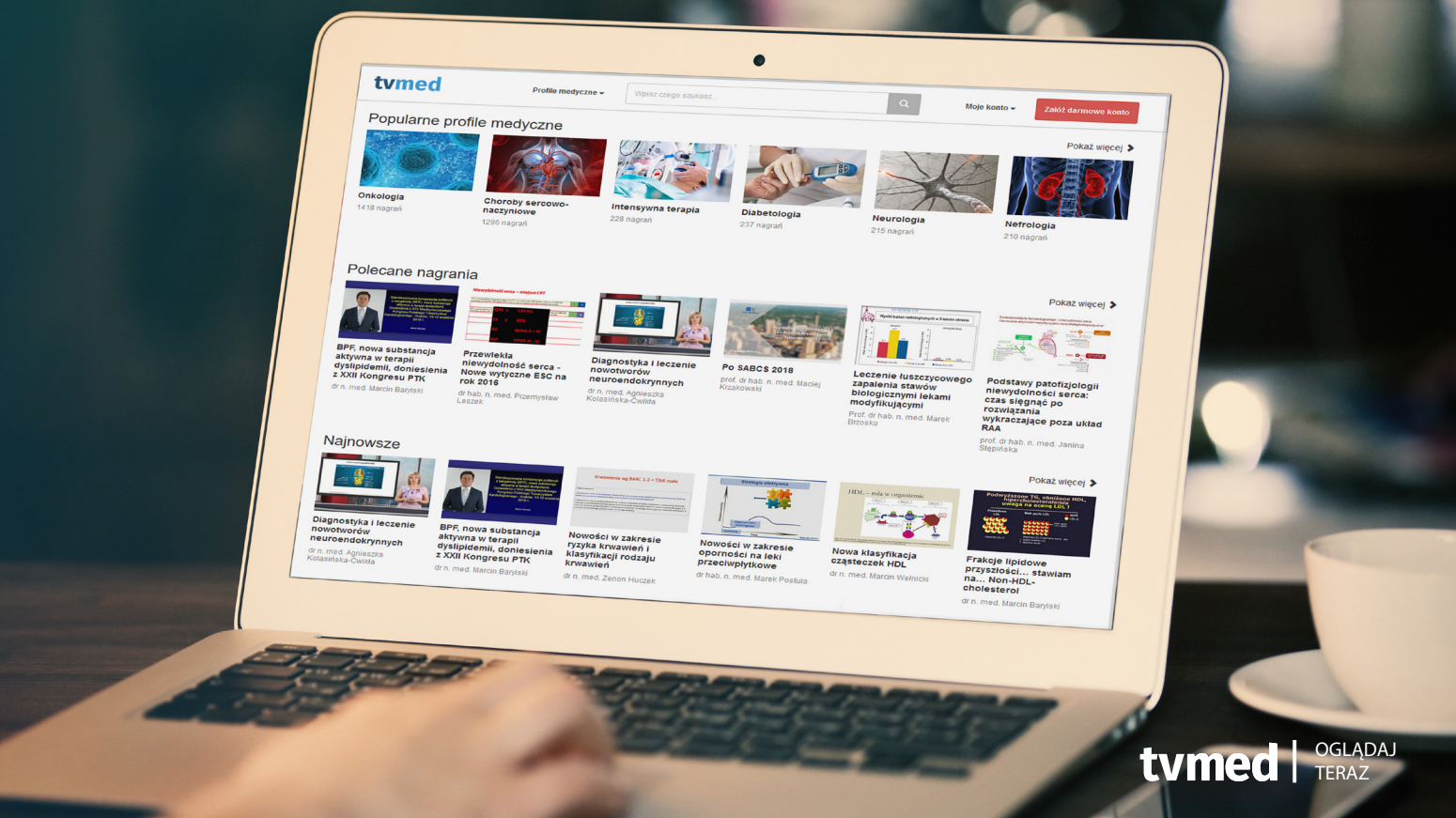
SERWIS EDUKACYJNY DLA LEKARZY SPECJALISTÓW

- Artykuły, wywiady, wykłady, e-wykłady, literatura, czasopisma — wszystko w jednym miejscu
- Intuicyjna nawigacja — materiały ułożone tematycznie
- Kalendarium konferencji ginekologicznych

Zapraszamy
do odwiedzenia serwisu:
eduginekolog.pl



19-0438.001.001



tvmed | OGLĄDAJ
TERAZ

12029_TVmed_2019

MULTIMEDIALNA
PLATFORMA
WIEDZY MEDYCZNEJ

tvmed

- Ponad 5000 wyemitowanych nagrań
- Ponad 300 transmitowanych konferencji
- Ponad 2000 współpracujących z nami specjalistów
- Ponad 1600 godzin materiałów wideo

Dostęp do najlepszej wiedzy medycznej
w ramach jednej prostej opłaty.
Warto skorzystać już dziś!

www.tvmed.pl

**dla lekarzy****dla pacjentów****dla studentów**

Ogromna oferta wydawnicza obejmująca pozycje skierowane do lekarzy i pacjentów, książki autorów polskich i zagranicznych z dziedziny medycyny jest dostępna w jednym miejscu — księgarni internetowej IKAMED!

**książki****czasopisma****e-booki****rabaty dla
stałych klientów****sprzęt medyczny****książki sprowadzane
na zamówienie**

**Zapraszamy do zaponania się
z ofertą IKAMED już teraz!**

www.ikamed.pl



https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska

Redaktor Naczelny/Editor-in-Chief

Sławomir Jakima (Warszawa)

Sekretarz Redakcji/Editorial Assistant

Anna Jakima (Warszawa)

Redakcja

Ewa Małachowska

Bartosz Grabski

Remigiusz Kijak

Przewodniczący Rady Naukowej/Scientific Board President

Zbigniew Lew-Starowicz (Warszawa)

Rada Naukowa/Scientific Board

Maria Beisert (Poznań)

Andrzej Borówka (Warszawa)

Barbara Darewicz (Białystok)

Dominika Dudek, Kraków

Andrzej Felchner (Piotrków Trybunalski)

Marian Filar (Toruń)

Piotr Gałęcki (Łódź)

Andrzej Gomuła (Warszawa)

Wojciech Gruszczyński (Łódź)

Józef Haczyński (Warszawa)

Zbigniew Izdebski (Zielona Góra)

Grzegorz Jakiel (Warszawa)

Janusz Kirenko (Lublin)

Andrzej Kokoszka (Warszawa)

Stanisław Kratochvíl (Brno, Czechy)

Marta Makara-Studzińska (Lublin)

Maciej Skórski (Warszawa)

Wioletta Skrzypulec (Katowice)

Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław)

Redaktor prowadzący

Kamila Reclaw (Gdańsk)

Opinie prezentowane w artykułach nie muszą być zgodne z opiniami Redakcji

Seksuologia Polska (ISSN 1731-6677) jest rocznikiem wydawanym w trybie continuous publishing przez VM Media Sp. z o.o. VM Group Sp. K. ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk tel.: 58 320 94 94, faks: 58 320 94 60 e-mail: redakcja@viamedica.pl https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska



Adres Redakcji:

ul. Husarska 6b, 02-489 Warszawa
tel.: 0601 230 892, 22 621 16 72
e-mail: s.jakima@wp.pl

Istnieje możliwość zamówienia pojedynczego artykułu w cenie 12 zł. Zamówienia drogą elektroniczną.

Reklamy: należy kontaktować się z działem reklamy, tel.: 58 320 94 94; dsk@viamedica.pl. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam.

Wszelkie prawa zastrzeżone, włącznie z tłumaczeniem na języki obce. Żaden fragment tego czasopisma zarówno tekstu, jak i grafiki nie może być wykorzystywany w jakiegokolwiek formie. W szczególności zabronione jest dokonywanie reprodukcji oraz przekładanie na język mechaniczny lub elektroniczny, a także utrwalanie w jakiegokolwiek postaci, przechowywanie w jakimkolwiek układzie pamięci oraz transmitowanie, czy to w formie elektronicznej, mechanicznej czy za pomocą fotokopii, mikrofilmu, nagrań, skanów bądź w jakikolwiek inny sposób, bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Prawa wydawcy podlegają ochronie przez krajowe prawo autorskie oraz konwencje międzynarodowe, a ich naruszenie jest ścigane pod sankcją karną.

Czasopismo jest indeksowane w bazach: EMBASE, FMJ, Google Scholar, *Index Copernicus* (IC 84,57), Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (40), Polskiej Bibliografii Lekarskiej, Scopus, SJR, Ulrich's Periodicals Directory oraz WorldCat.

Opinions presented in the articles not necessarily represent the opinions of the Editors

Polish Sexology (ISSN 1731-6677) is published once a year as a continuous publishing by VM Media Sp. z o.o. VM Group Sp. K. ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland phone: 58 320 94 94, fax: 58 320 94 60 e-mail: redakcja@viamedica.pl https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska

Editorial Address:

ul. Husarska 6b, 02-489 Warszawa
tel.: 0601 230 892, 22 621 16 72
e-mail: s.jakima@wp.pl

Advertising: For details on media opportunities within this journal please contact the advertising sales department, ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland, phone: (+48 58) 320 94 94; e-mail: dsk@viamedica.pl. The Editors accept no responsibility for the advertisement contents.

All rights reserved, including translation into foreign languages. No part of this periodical, either text or illustration, may be used in any form whatsoever. It is particularly forbidden for any part of this material to be copied or translated into a mechanical or electronic language and also to be recorded in whatever form, stored in any kind of retrieval system or transmitted, whether in an electronic or mechanical form or with the aid of photocopying, microfilm, recording, scanning or in any other form, without the prior written permission of the publisher. The rights of the publisher are protected by national copyright laws and by international conventions, and their violation will be punishable by penal sanctions.

Indexed in: EMBASE, FMJ, Google Scholar, *Index Copernicus* (IC 84,57), Polish Medical Bibliography [Polska Bibliografia Lekarska], Polish Ministry of Science and Higher Education (40), Scopus, SJR, Ulrich's Periodicals Directory, WorldCat.

III FORUM GINEKOLOGII I PERINATOLOGII PRAKTYCZNEJ

STANDARDY POSTĘPOWANIA W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII

Przewodniczący Komitetu Naukowego:
prof. dr hab. n. med. Piotr Sieroszewski



ONLINE, 10–12 czerwca 2021 roku



Zapraszamy serdecznie na naszego Facebooka!
www.facebook.com/FGiPP

Szczegóły oraz rejestracja na stronie internetowej:

 www.forumginekologii.viamedica.pl

Kontakt w sprawie uczestnictwa:

 forumginekologii@viamedica.pl

 tel.: (58) 320 94 94

PATRONAT



PARTNER



PATRONAT MEDIALNY



ORGANIZATOR



Virtual Meeting jest skierowany do wszystkich osób zainteresowanych tematyką. Sesje satelitarne firm farmaceutycznych, sesje firm farmaceutycznych oraz wystawy firm farmaceutycznych są skierowane tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.).



Spis treści

PRACE ORYGINALNE

- Czy terapia Recover skutecznie zmniejsza ból u kobiet z wulwodynią?**
Ewa Baszak-Radomańska, Jadwiga Wańczyk-Baszak, Marta Nowosad, Joanna Sawka, Agnieszka Mazurkiewicz, Karolina Ochnik-Bąk, Paweł Malicki 1
- Wizyta lekarska w połogu, metody planowania rodziny i seksualność po porodzie — jakiego typu poradnictwa oczekują kobiety?**
Ewa Ślizień-Kuczapska, Sylwia Czarnowicz, Michał Rabijewski, Małgorzata Starzec-Proserpio..... 10
- Osobowość, samoocena, ocena własnego ciała oraz satysfakcja ze związku a konsumpcja pornografii przez kobiety w wieku 18–30 lat**
Maja Kwiatkowska, Agnieszka Skorupa..... 17
- Potrzeby i reakcje seksualne kobiet w wieku okołomenopauzalnym**
Anna Kremśka 25
- PRACE POGLĄDOWE**
- Uczeń o nieheteronormatywnej tożsamości w polskiej szkole — podejście teoretyczne i profilaktyka zdrowia seksualnego**
Remigiusz Kijak 33
- Dysfunkcje seksualne u kobiet w przebiegu zaburzeń afektywnych**
Aleksandra Pięta, Anna Mosiołek 42
- Asystent seksualny — (nie)potrzebny zawód**
Katarzyna Waszyńska 48
- Funkcjonowanie seksualne w chorobie afektywnej dwubiegunowej**
Milena Kansy, Weronika Rodak, Mariusz Furgał 54
- Fantazja seksualna, nieświadoma fantazja i dynamika przywiązania**
Christopher Clulow 64

Contents

ORIGINAL ARTICLES

- Is Recover therapy effective in reducing pain in women with vulvodynia?**
Ewa Baszak-Radomańska, Jadwiga Wańczyk-Baszak, Marta Nowosad, Joanna Sawka, Agnieszka Mazurkiewicz, Karolina Ochnik-Bąk, Paweł Malicki 1
- Postpartum office visit. Methods of family planning and postpartum sexuality: what kind of counseling do women expect?**
Ewa Ślizień-Kuczapska, Sylwia Czarnowicz, Michał Rabijewski, Małgorzata Starzec-Proserpio..... 10
- Personality, self-esteem, body evaluation, relationship satisfaction and consumption of pornography by women aged 18–30**
Maja Kwiatkowska, Agnieszka Skorupa..... 17
- Sexual needs and reactions of perimenopausal women**
Anna Kremśka 25
- REVIEW ARTICLES**
- A student with a non-heteronormative identity in a Polish school: theoretical approach and prevention of sexual health**
Remigiusz Kijak 33
- Female sexual dysfunction in affective disorders**
Aleksandra Pięta, Anna Mosiołek 42
- Sexual assistant: (un)needed profession**
Katarzyna Waszyńska 48
- Sexual functioning in bipolar disorder**
Milena Kansy, Weronika Rodak, Mariusz Furgał 54
- Sexual fantasy, unconscious phantasy, and the dynamics of attachment**
Christopher Clulow 64



**Od ponad 25 lat aktywnie uczestniczymy
w rozwoju nauki i edukacji medycznej**



wydajemy ponad 1200
publikacji oraz broszur



wydajemy
ponad 40 czasopism



organizujemy ponad
180 konferencji rocznie



udostępniamy ponad
8000 godzin filmów edukacyjnych



prowadzimy ponad
40 serwisów internetowych

**Zapraszamy do zapoznania się z różnorodną ofertą produktów
proponowanych przez Via Medica już teraz!**

www.viamedica.pl

Znajdź nas na



Czy terapia Recover skutecznie zmniejsza ból u kobiet z wulwodynią?

Is Recover therapy effective in reducing pain in women with vulvodynia?

Ewa Baszak-Radomańska, Jadwiga Wańczyk-Baszak, Marta Nowosad, Joanna Sawka, Agnieszka Mazurkiewicz, Karolina Ochnik-Bąk, Paweł Malicki

III Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Ośrodek Terpa w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Wulwodynia (Vd) to ból lub dyskomfort na sromie utrzymujący się przez ponad 3 miesiące przy braku innych widocznych zmian patologicznych. Prowokowana Vd to jeden z powodów dyspareunii, czyli bólu związanego ze współżyciem seksualnym. Wulwodynia jest bólem czynnościowym, współistnieje z nadmiernym napięciem mięśniowo-powięziowym w zakresie miednicy i predyspozycją psychiczną. Nie wypracowano standardów leczenia, ale najlepsze wyniki przynosi terapia multidyscyplinarna.

Materiał i metody: Przeprowadzono badanie retrospektywne wśród 121 kobiet z Vd, które przebyły terapię Recover. Program obejmuje 19 sesji terapeutycznych w zakresie terapii miednicy, wstępnej fizjoterapii i konsultacji psychologicznych w ciągu minimum 5 dni. Do programu ginekolog kwalifikuje pacjentki z Vd i dysfunkcją mięśniowo-powięziową miednicy (overactive state) i podsumowuje leczenie. Oceniono nasilenie i charakter bólu w numeric rating scale (NRS) przed terapią oraz 2 i 6 miesięcy po terapii.

Wyniki: W ocenie bólu na sromie potwierdzono subiektywne zmniejszenie dolegliwości o 65% po terapii, ponadto 2/3 kobiet określiło redukcję bólu i dyskomfortu o minimum 50% (2 i 6 mies. po terapii Recover), przy czym poprawa utrzymywała się na tym samym poziomie z upływem czasu. Najlepsze wyniki uzyskano w redukcji bólu u kobiet z dyspareunią spowodowaną Vd prowokowaną. Okres trwania Vd nie miał znaczenia dla wyników leczenia.

Wnioski: W ośrodku leczenia kobiet z chorobami sromu i Vd wypracowano skuteczny, interdyscyplinarny program terapii Vd. Zgodnie z kryteriami oceny skuteczności leczenia, program Recover przyniósł zmniejszenie bólu w Vd. Warto przeprowadzić badanie z randomizacją i grupą kontrolną z uwzględnieniem także innych kluczowych parametrów oceny terapii Recover, zgodnie z konsensusem Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT).

Słowa kluczowe: ból narządów płciowych i miednicy/ból penetracyjny, dysfunkcja mięśni dna miednicy, dyspareunia, przewlekły ból, terapia multidyscyplinarna, wulwodynia

Seksuologia Polska 2020; 18: 1–9

Abstract

Introduction: Vulvodynia (Vd) is a form of chronic vulvar pain and other discomfort that persists for more than three months in the absence of any evident vulvovaginal pathology. Provoked Vd is one of the reasons of dyspareunia. Vd is classified as a functional pain syndrome that is mediated by pelvic floor muscles dysfunction (PFMD overactive state) and psychological predisposition. Treatment standards do not exist, although multidisciplinary therapy seems to be the most effective.

Material and methods: Retrospective study was performed within 121 women with Vd who undergo Recover therapy. Nineteen therapeutic sessions were included, with manual pelvic therapy, initial general physiotherapy and psychological consultations performed during minimum 5 days. Vd patients with PFMD overactive state were qualified by a gynecologist to the therapy, who also summarizes the treatment. Pain rate and characteristics of vulvar discomfort were assessed before and 2 and 6 months after therapy, recorded in NRS.

Results: Vulvar pain and discomfort subjective reduction by 65% was confirmed after therapy, even more, 2/3 of women reported a minimum 50% relief in pain, the improvements were maintained over the time. The best treatment results in dyspareunia women caused by provoked Vd were obtained. The outcome was not dependent on the duration of Vd.

Conclusions: In the center when women with vulvar diseases and Vd are treated, interdisciplinary Vd therapeutic program was developed. Recover therapy can lead to clinically meaningful improvement in Vd pain, according to chronic pain therapy assessment criteria. Randomized clinical trial with control group is indicated, when other key parameters of IMMPACT consensus, for Recover therapy assessment, would be taken under consideration.

Key words: chronic pain, dyspareunia, genito-pelvic pain/penetration disorders, multidisciplinary therapy, pelvic floor muscles dysfunction, vulvodynia

Seksuologia Polska 2020; 18: 1–9

Wstęp

Wulwodynia (Vd, *vulvodynia*) to rodzaj przewlekłego bólu lub innego dyskomfortu na sromie, który utrzymuje się ponad 3 miesiące (stałe bądź w postaci remisji i nawrotów), przy braku innej widocznej patologii, która może być przyczyną dolegliwości, zgodnie z obowiązującą definicją z 2015 roku [1].

Wulwodynia należy do czynnościowego bólu przewlekłego. Znaczna część pacjentek (ok. 90%) funkcjonuje z nadmiernym napięciem w zakresie układu mięśniowo-powięziowego miednicy (PFMD, *pelvic floor muscle dysfunction overactive/non-relaxing state*) [2–5], co bywa przyczyną dolegliwości współistniejących (dyzuryczne, z odbytu lub objawy jelitowe) [2, 3, 5–7]. Drugim czynnikiem ryzyka do wystąpienia dolegliwości jest predyspozycja psychiczna (życie w dużym stresie, typ osobowości, wysoki poziom lęku, pogorszony nastrój czy depresja) [2, 3, 8]. Etiologia wulwodynii nie jest znana [1].

Wulwodynia może być określana jako prowokowana, spontaniczna (bez czynnika wyzwalającego) i mieszana (dolegliwości spontaniczne i prowokowane). W Vd prowokowanej ból sromu występuje w odpowiedzi na dotyk, ucisk, otarcie (np. w sytuacji stosunku pochwowego lub wsuwania do pochwy wibratora, tamponu, ucisk ubrania lub siedzenie) [1, 2, 8]. Prowokowana Vd, prócz brutalnego seksu, stanowi najczęstszą przyczynę dyspareunii powierzchownej, określanej jako ból czy dyskomfort w przedsionku czy w pochwie, związany z wprowadzaniem członka do pochwy lub pojawiający się po współżyciu. Definicja dyspareunii zakłada, że ból utrzymuje się minimum 6 miesięcy, przynajmniej przy części kontaktów lub występuje nawrotowo [8, 9]. W ostatniej klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), zamiast dyspareunii pojawiło się określenie ból narządów płciowych i miednicy/ból penetracyjny (GPPPD, *genito-pelvic pain/penetration disorders*), ponieważ twórcy uznają, że ból związany ze współ-

życiem seksualnym jest bardziej zespołem bólowym niż dysfunkcją seksualną [9]. Dla oceny dyspareunii najczęściej stosowana jest skala Marinoffa (4 stopnie): 0 — brak bólu przy stosunku, 1 — ból, ale stosunku nie trzeba przerywać ze względu na ból, 2 — stosunek niemożliwy do kontynuacji, 3 — penetracja niemożliwa ze względu na ból. Nasilenie dolegliwości ocenia pacjentka najczęściej w skali *numeric rating scale* (NRS), od 0 — brak bólu do 10 — ból, którego nie można wytrzymać [2, 3, 8, 9].

Nie ma powszechnie przyjętych standardów leczenia Vd [10]. Całkowite pozbycie się bólu jest mało realnym celem leczenia. Dla lekarzy czy terapeutów pracujących z pacjentami z przewlekłym bólem, zmniejszenie dolegliwości albo wzmocnienie umiejętności radzenia sobie z bólem bywa wystarczające dla polepszenia jakości życia i może być zasadniczym punktem końcowym terapii Vd [11].

Ośrodki, w których pracuje się z pacjentkami z przetrwałym bólem sromu, wypracowują własne sposoby terapii. W medycynie opartej na dowodach (EBM, *evidence based medicine*) rekomendowana jest terapia multidyscyplinarna, obejmująca konsultacje lekarskie, terapię manualną miednicy, biofeedback, fizjoterapię ogólną, interwencję psychologiczną lub psychoterapię partą na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT, *cognitive behavioural therapy*) [6, 10–13]. Jest to zgodne z zasadą leczenia bólu przewlekłego (PMPs, *Chronic Pain Management Programs*) wprowadzoną w USA w latach 70. XX wieku, następnie również w Europie, z zastosowaniem różnych modułów, różnego czasu trwania terapii, zazwyczaj stacjonarnie [14, 15]. Jako leczenie koanalgetyczne stosowane są leki miejscowe i ogólne, szczegółowo omawiane w innych publikacjach [6, 11, 15, 16], wiele stosowanych leków nie wykazuje skuteczności bądź nie ukończono jeszcze badań w Vd [10].

Ostatnia publikacja, będąca podsumowaniem stanu wiedzy i wyznaczaniem kierunków badań w tym obszarze [6] wskazuje na pilną potrzebę badań klinicz-

nych w zakresie terapii Vd. Ocena wyników napotyka na liczne ograniczenia, jeśli rezultaty badań mają być walidowane i oparte na EBM. Brak ogólnie przyjętych kryteriów oceny rezultatów leczenia stanowi największą przeszkodę w porównywaniu wyników różnych terapii. Brakuje konsensusu w rekomendacjach dotyczących wielodyscyplinarnych terapii [11].

W literaturze obowiązuje rekomendacja oceny punktów końcowych w leczeniu bólu przewlekłego, opracowana w 2003 roku — *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* (IMMPACT), zalecana także do oceny wyników terapii w Vd [6, 17–19]. W IMMPACT zakłada się konieczność oceny sześciu kluczowych parametrów w badaniach klinicznych dotyczących przewlekłego bólu i Vd: ból oceniany w skali NRS, funkcjonowanie fizyczne w tym także seksualne, funkcjonowanie emocjonalne (depresja, lęk), subiektywna ocena przez pacjenta poprawy stanu zdrowia i zadowolenie z leczenia, objawy i zdarzenia niepożądane oraz dyspozycyjność pacjenta w badaniu. Poza kluczowymi parametrami, wytyczne IMMPACT zawierają parametry dodatkowe. Niektóre z nich, jak funkcjonowanie w określonych rolach i interpersonalne oraz radzenie sobie z problemem powinny być uwzględnione w ocenie Vd [17, 18]. Nie ma publikacji, które oceniałyby wszystkie kluczowe parametry w ocenie skuteczności terapii, najważniejsza pozostaje subiektywna ocena bólu.

Material i metody

Badanie retrospektywne opiera się na ocenie statystycznej danych z elektronicznej dokumentacji medycznej dotyczących kobiet z Vd, diagnozowanych i leczonych w okresie od stycznia 2016 roku do czerwca 2018 roku w ośrodku zajmującym się chorobami sromu i Vd. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Analizie poddano ból spontaniczny lub prowokowany w ostatnim tygodniu (w skali NRS) u 121 dorosłych kobiet z Vd, niebędących w ciąży, które przebyły interdyscyplinarną terapię Recover oraz udzieliły informacji telefonicznie 2 i 6 miesięcy po terapii. Średni wiek kobiet w grupie badanej wynosił 34 lata (18–74 lata), średnia masa ciała 60 kg (51–84 kg).

Kryteria rozpoznania Vd były określone jako: 1) dolegliwości bólowe (pieczenie, ucisk, ciągnięcie, palenie, klucie), świąd, pieczenie, suchość, dyskomfort, nadwrażliwość sromu i /lub krocza; 2) utrzymujące się minimum 3 miesiące (mogą być remisje nawrot); 3) bez innej choroby na sromie mogącej być przyczyną dolegliwości bólowych (choroba z wykluczenia). Wulwodynia prowokowana (13 pacjentek/11% badanych) określana w badaniu jako dyspareunia, pacjentki

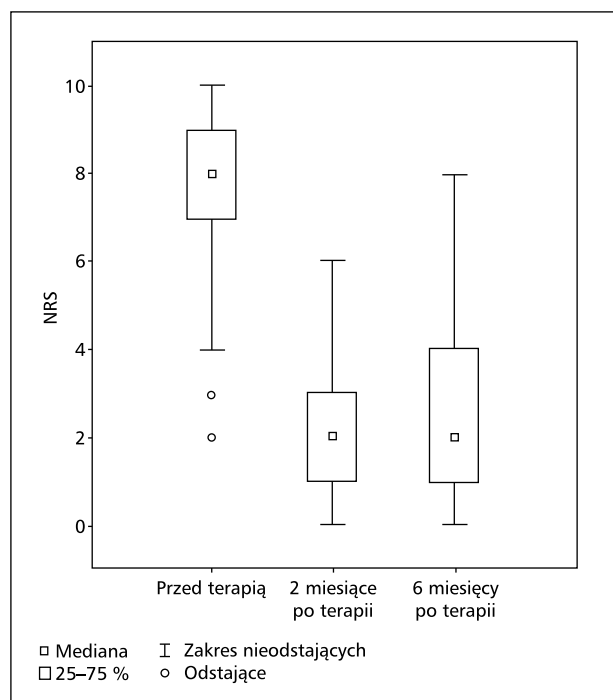
dolegliwości wyłącznie w związku z penetracją, utrzymujące się minimum 6 miesięcy. W skali Marinoffa ≥ 1 pkt, w większości penetracji lub zaniechanie stosunku ze względu na ból, lub minimum 10 epizodów bólu związanego z penetracją. Wulwodynia mieszana (79 pacjentek/62% badanych) z dolegliwościami występującymi spontanicznie i w czasie penetracji. Wulwodynia spontaniczna (29 pacjentek/27% badanych) z dolegliwościami bez związku z czynnikiem zewnętrznym. Kryterium wyłączenia z badania stanowił brak kompletnych danych w dokumentacji.

Terapia RECOVER (*TheRapy of PELviC FIoor in Vulvodynia ResEarCh*), wypracowana przez terapeutów i stosowana w ośrodku od 2014 roku z telefonicznym podsumowaniem w 2 i 6 miesiącach po leczeniu. Pacjentki były diagnozowane przez lekarza ginekologa (sposób diagnostyki opisano w innej publikacji [20]), co stanowi regularną praktykę u kobiet z bólem sromu w ośrodku. Po rozpoznaniu Vd z PFMD *overactive/non-relaxing state* pacjentka była kwalifikowana do terapii Recover obejmującej przeprowadzenie 19 indywidualnych spotkań terapeutycznych (czas trwania 40–60 min, każda sesja) z 3 terapeutami i lekarzem:

- 10 spotkań z terapeutką w zakresie tkanek miękkich miednicy (przez pochwę lub odbyt), gdzie zaangażowano także 10 sesji aplikacji lasera niskoenerygetycznego (LLLT, *low-level laser therapy*) na srom i okolicę okołocewkową. Przeprowadzano również magnetoterapię (raz dziennie, do 10 sesji). Na kolejnym etapie pacjentka była uczona pracy z mięśniami miednicy z zastosowaniem biofeedbacku. Jeśli para wyrażała życzenie, partner był uczony masażu miednicy przez pochwę;
- 3 spotkania diagnostyczne, wstępna terapia według metody *certified fascial manipulation specialist* (CFMS) Stecco, w celu oceny dysfunkcji mięśniowo-powięziowych poza miednicą;
- 5 konsultacji z psychologiem w nurcie akceptacji i zaangażowania (ACT, *acceptance and commitment*), CBT, techniki relaksacyjne.

Pacjentki były motywowane do wykorzystania nabytych umiejętności, technik relaksacyjnych, zmiany nawyków czy włączenia nowych aktywności w codzienne życie. Ostatnie spotkanie podsumowujące odbywało się z ginekologiem, seksuologiem, który kwalifikował do programu terapeutycznego. Praca terapeutów i lekarza to także szerokie spektrum edukacji i wskazówek co do dalszej terapii.

Pacjentki były w programie stacjonarnym (5 dni) w 64% lub przychodziły na terapię w dłuższym terminie, przy czym terapia manualna odbywała się wówczas codziennie przez 10 dni (z 2-dniową przerwą) w 36%. Niektóre pacjentki (23 kobiety/19% wszystkich, tylko



Rycina 1. Ocena bólu w *numeric rating scale* (NRS) w grupie kobiet z wulwodynią przed terapią Recover oraz 2 miesiące i 6 miesięcy po zakończeniu terapii

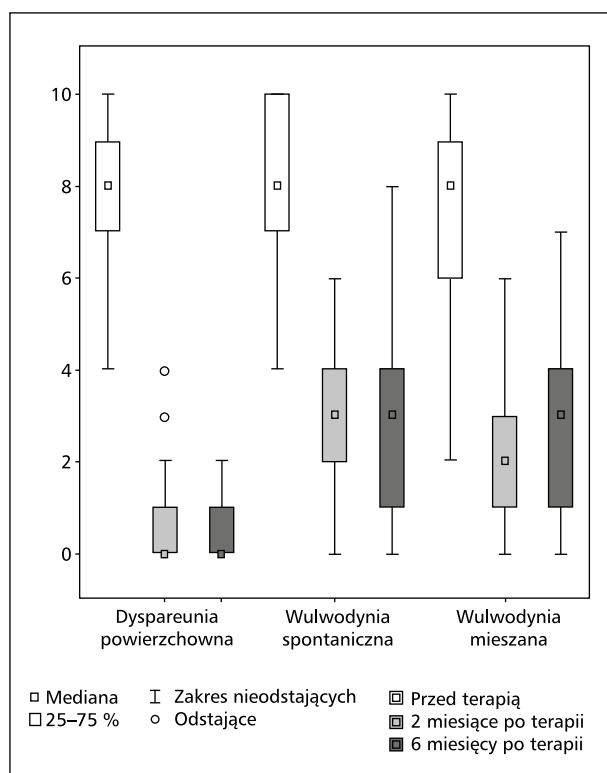
z Vd spontaniczną i mieszaną) stosowały leki doustne w czasie lub po terapii, rekomendowane w ośrodku lub kontynuowane z zalecenia innych lekarzy, między innymi duloksetyna lub inny lek z tej grupy oraz pregabalina lub rzadko gabapentyna lub obie grupy leków łącznie. Nie przerywano leczenia innymi lekami (też antykoncepcyjnymi). Nie prowadzono terapii u pacjentek stosujących amitrypylinę.

Głównym punktem końcowym badania była ocena wpływu terapii Recover na odczuwany ból w skali NRS: przed terapią oraz 2 i 6 miesięcy po zakończeniu terapii. Dodatkowo autorzy ustalali, czy stopień poprawy (czy pogorszenia) miał związek z czasem trwania przewlekłego bólu oraz rodzajem odczuwanych dolegliwości oraz czy terapia wpłynęła na powrót do współżycia z penetracją pochwy u kobiet z dyspareunią.

Analiza statystyczna była przeprowadzona z wykorzystaniem programu Statistica w.9.1 (Statsoft Polska) z określeniem danych populacyjnych (średnia i SD), test χ^2 , test t-studenta, Test Kruskala-Wallisa, test korelacji Manna-Whitneya U z zastosowaniem wartości krytycznej $p = 0,05$.

Wyniki

Ocena NRS z początkiem terapii we wszystkich grupach Vd była podobna, przed terapią średnio NRS = 7,6 (2–10). Po 2 miesiącach po zakończeniu terapii, średnia spadku NRS to –5,27 (Me = –5), średnia NRS =



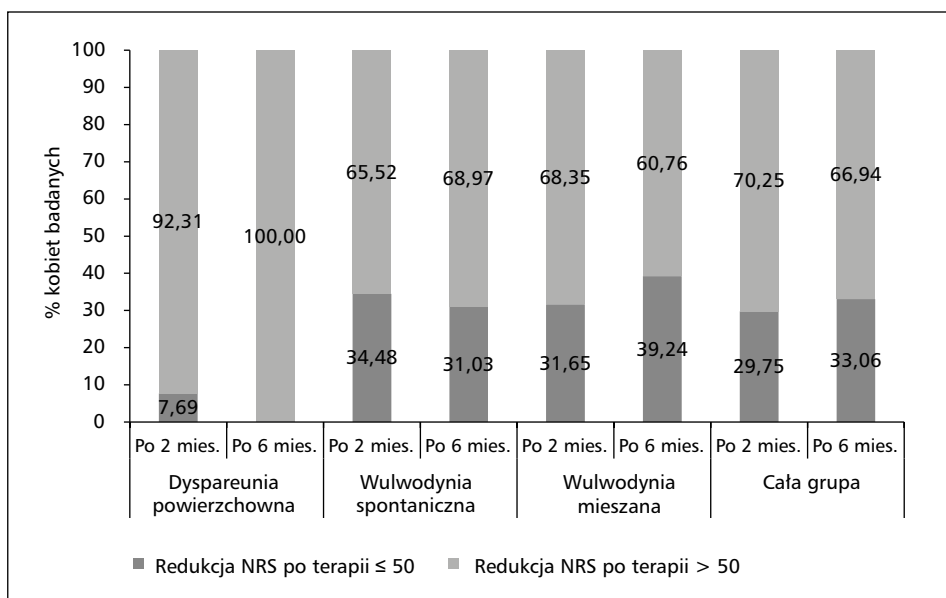
Rycina 2. Ocena bólu w *numeric rating scale* (NRS) w 3 podgrupach kobiet: z dyspareunią, wulwodynią spontaniczną i mieszaną, przed terapią Recover oraz 2 miesiące i 6 miesięcy po zakończeniu terapii

2,32, bez wyraźniej różnicy po 6 miesiącach po terapii, gdzie spadek NRS to –5,21 a średni wynik NRS = 2,38 dla wszystkich badanych. Największy spadek NRS to –10. Była jedna pacjentka z nasileniem dolegliwości NRS +3. Średnio odczuwanie bólu sromu w ocenie NRS spadło o 65% po 2 i 6 miesiącach. Ocena NRS dla całej grupy badanej przedstawiono na rycinie 1 oraz w podziale na 3 podgrupy, na rycinie 2.

Analizując zmianę dolegliwości bólowych, grupę badaną (i 3 podgrupy) podzielono w zależności od stopnia redukcji dolegliwości, ustalając odcieętą na redukcji bólu o 50% po przebytej terapii. Wyniki przedstawiono na rycinie 3.

W grupie badanej 33 kobiety (27,27%) nie odbywały stosunków pochwowych, z czego 2 kobiety/15,38% w grupie dyspareunii nie współżyły, natomiast po 2 i 6 miesiącach po leczeniu wszystkie kobiety z dyspareunią współżyły. W grupie kobiet z Vd mieszaną (w tym również są kobiety z dyspareunią) 2 kobiety/2,53% zaniechały współżycia po 2/6 miesiącach, natomiast 17 kobiet/21,52% i 16/20,25% przystąpiło do współżycia po leczeniu odpowiednio po 2/6 miesiącach.

W 2 podgrupach kobiet, które podawały ból przy współżyciu przed terapią (dyspareunia i Vd mieszaną), po przebyciu Recover podawały utrzymywanie się bolesnych penetracji (skala Marinoffa 1–3): w grupie



Rycina 3. Redukcja bólu w *numeric rating scale* (NRS) po terapii (2 i 6 miesięcy) z podziałem na: do 50% i powyżej 50%, w stosunku do dolegliwości przed leczeniem, z podziałem na podgrupy i całą grupę badaną

dyspareunii 1 kobieta/7,69% i 5 kobiet/38,46% odpowiednio po 2/6 miesiącach, a w grupie kobiet z Vd mieszaną 39 kobiet/49,37% i 38/48,10% odpowiednio po 2/6 miesiącach.

Przeanalizowano zależności występowania i ustępowania bólu w zależności od czasu trwania dolegliwości (o ile pacjentka potrafiła ocenić) w 4 przedziałach: ból pojawił się w ostatnim roku (45 kobiet/37,50%), 1–5 lat (46 kobiet/38,33%), 6–10 lat (13 kobiet/10,83%) oraz ponad 10 lat (16 kobiet/13,33%). Odnotowano istotną statystycznie korelację dolegliwości bólowych w NRS i czasu trwania dolegliwości ($R = 0,213$, $p = 0,019$), podobnie po 2/6 miesiącach. Dłuższemu czasowi trwania dolegliwości bólowych odpowiada większe nasilenie bólu, ale korelacja jest bardzo słaba. Natomiast wielkość zmiany NRS po terapii nie była skorelowana z długością trwania dolegliwości.

Odnotowano jedyną istotną statystycznie różnicę w pomiarze pomiędzy oceną bólu przed terapią u kobiet o skrajnych okresach trwania dolegliwości, w teście Kruskala-Wallis: $H(3, n = 120) = 8,527100$, $p = ,0363$. Statystyki opisowe pokazują, że w grupie o najkrótszym czasie trwania bólu wartości NRS były niższe ($M [mean] = 7,22$, $Me [median] = 7,0$) niż w grupie o czasie trwania powyżej 10 lat ($M = 8,63$, $Me = 10$). W grupie z dolegliwościami bólowymi w ostatnim roku było 97,78%/95,56% pacjentek, u których nastąpił spadek NRS odpowiednio po 2/6 miesiącach, natomiast w grupie z dolegliwościami trwającymi powyżej 10 lat u 84,50%/87,50% nastąpił spadek NRS odpowiednio po 2/6 miesiącach.

Rodzaj i utrzymywanie się określonych dolegliwości na sromie po terapii, pojawienie się nowego dyskomfor-

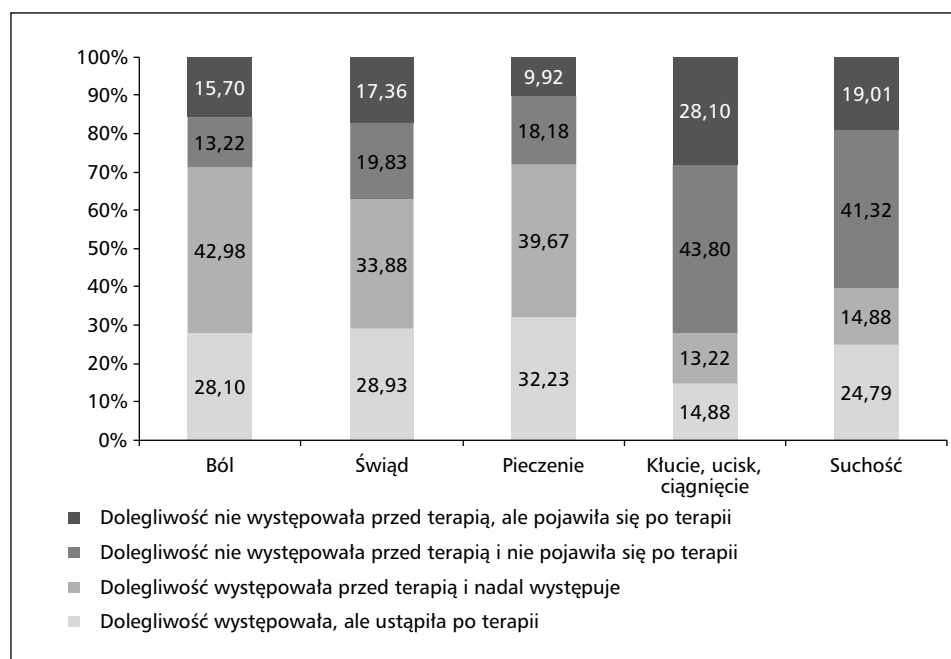
tu na sromie w 6 miesięcy po zakończeniu Recover (do 3 najbardziej dominujących rodzajów bólu zgłaszanych przez pacjentkę) podano na rycinie 4. Jedynym rodzajem dolegliwości, która pojawiła się jako nowa, nie zaś ustąpiła po Recover, jest klucie/ucisk/ciągnięcie (test McNemara $p = 0,038$).

Analizie poddano rodzaje dolegliwości na sromie, w przypadku których zastosowana terapia przyniosła największą korzyść (ryc. 5).

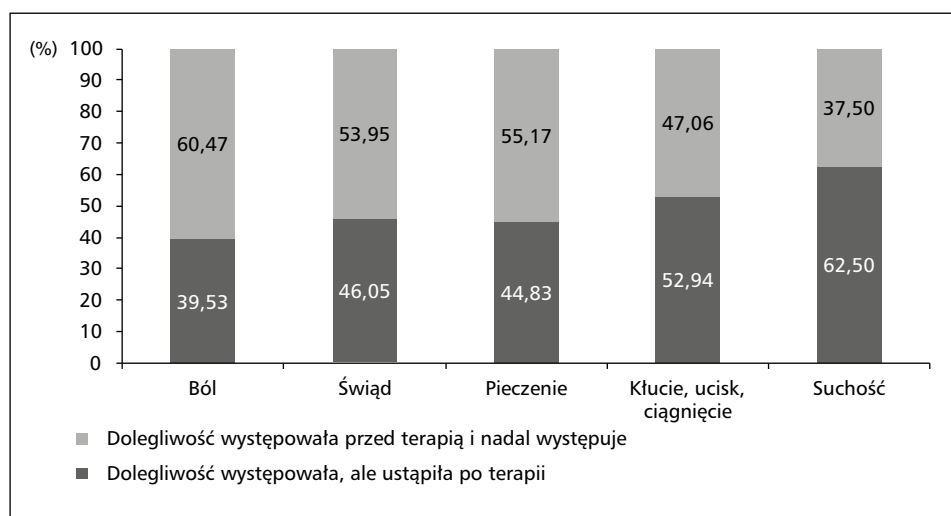
Wulwodynii towarzyszyły objawy dyzuryczne u 64 kobiet/52,89%, określane jako częstomocz, pieczenie przy oddawaniu moczu, występujące minimum 3 razy w roku. Po Recover 29 kobiet/23,99% odczuwało zmniejszenie bądź ustąpienie dolegliwości (poprawa) po 2/6 miesiącach, ale 16 kobiet/13,22% oraz 15 pacjentek/12,39% podaje nasilenie objawów ze strony pęcherza moczowego odpowiednio po 2/6 miesiącach.

Dyskusja

Leczenie bólu przewlekłego jest obarczone znaczącym, bo aż 50-procentowym efektem placebo [6, 17, 21]. W literaturze przeprowadzono metaanalizę leczenia farmakologicznego Vd, porównując 826 publikacji oceniających monoterapię (słowa kluczowe „vulva” „treatment”) w latach 1985–2016 (31 lat). Oceniano leczenie lidokainą, nifedypiną, toksyną botulinową, desimipraminą czy lekami antyfibroblastycznymi stosowanymi na srom. Nie potwierdzono przewagi leczenia farmakologicznego nad placebo (poprawa nie była większa niż 50%) w leczeniu Vd [21].



Rycina 4. Rodzaj dolegliwości na sromie, które utrzymują się mimo leczenia, które nie uległy zmianie oraz pojawiły się jako nowe 6 miesięcy po Recover



Rycina 5. Rodzaje dolegliwości na sromie, które najkorzystniej uległy redukcji w związku z terapią Recover (6 mies. po terapii)

Autorzy ocenili zmniejszenie subiektywnych dolegliwości o 65% w skali NRS po 2 i 6 miesiącach po terapii Recover u kobiet z Vd, ponadto 2/3 kobiet określiło redukcję dolegliwości o minimum 50% w odległej obserwacji (2 i 6 mies. po terapii), przy czym poprawa utrzymywała się na tym samym poziomie z upływem czasu. Wśród kobiet z dyspareunią wszystkie pacjentki odniosły ponad 50-procentową redukcję dolegliwości bólowych po pół roku od zakończenia terapii. Należy zatem zwrócić uwagę na stały efekt Recover u kobiet z Vd. Nie ma wielu prac, w których oceniano by efekt odległy po leczeniu. „Sukces” terapii w Vd bywa rzadko definio-

wany przez badaczy w literaturze [19], niemniej został określony jako punkty końcowe w *IMPACT Consensus Statement* w terapii bólu przewlekłego. Przyjmuje się, że redukcja subiektywnych dolegliwości bólowych o 50% lub więcej w NRS stanowi odzwierciedlenie wyraźnej poprawy w odczuciu pacjenta [6, 17, 18].

Największą korzyść z wielomodułowych terapii odnoszą kobiety z Vd prowokowaną, najwięcej doniesień w literaturze dotyczy tej podgrupy Vd [19, 22, 23]. Należy sądzić, że kobiety z dyspareunią są najbardziej zmotywowane do leczenia, ze względu na przykład na pragnienie utrzymania związku, posiadania dziecka,

zatem bardziej konsekwentnie stosując zasady wyniesione z pracy z terapeutami. Potwierdzają to obserwacje autorów, według których ogromną poprawę w zakresie bolesnego współżycia odczuły pacjentki z Vd prowokowaną w 2 miesiące po terapii. Nasuwa się pytanie, dlaczego u mniej niż połowy kobiet z Vd mieszaną (prócz bólu przy współżyciu występowały spontaniczne dolegliwości na sromie) ból sromu przy penetracji utrzymywał się na wyższym poziomie w obserwacji po zakończeniu Recover. Zdaniem autorów pracy, cechy spontanicznego bólu sromu wskazują na bardziej nasiloną chorobę (większe napięcie w obrębie przepony miednicy, więcej przeciążeń i dysfunkcji w innych regionach ciała, większy wpływ czynników psychologicznych), ale ta teoria wymaga dalszych badań. Nie należy jednak sądzić, że Vd prowokowana i spontaniczna to inne choroby czy odrębne czynniki sprawcze.

W literaturze [22] przeprowadzono analizę 2299 artykułów odnoszących się do wyników leczenia Vd prowokowanej. Wzięto pod uwagę 26 różnych rezultatów leczenia, stosując 110 narzędzi oceny korzyści. Zaledwie w 14% badań oceniano zmniejszenie bólu na podstawie relacji od pacjentki, w 15% poprawę w zakresie dyspareunii. W kolejnych 10% oceniano poprawę w zakresie bólu na podstawie oceny lekarza (najczęściej testem z wacikiem, dotykanie przedsionka pochwy). Najczęściej wykorzystywanym parametrem oceny wyników terapii Vd były aspekty psychologiczne (16%). Zdaniem autorów pracy, wyniki oceny psychologicznej kobiet z Vd mają znaczący wpływ na wyniki leczenia bólu, co wymaga dalszych badań.

Wprawdzie nie ma standardów leczenia Vd, najlepsze wyniki przynosi leczenie multidyscyplinarne [5, 6, 10, 12, 14, 15]. Zespół terapeutów w Recover pracuje w 3 modułach: terapia manualna miednicy, wstępna fizjoterapia, konsultacje psychologiczne. Z punktu widzenia skuteczności terapii, uzyskanie prawidłowego stanu mięśni miednicy wydaje się kluczowe, dzięki intensywnej pracy manualnej przez pochwę lub odbyt [5, 23]. Traktując miednicę jako „ofiarę” innych przeciążeń, dysfunkcji powięziowych, w profilaktyce nawrotów, pogłębieniu i utrwaleniu relaksacji miednicy, duże znaczenie będzie miała kontynuacja fizjoterapii ogólnej i program ćwiczeń mięśni miednicy pod kontrolą biofeedbacku. Kolejnym aspektem poprawiającym wyniki odległe jest wykorzystanie technik relaksacyjnych, interwencja psychologiczna czy psychoterapia [10, 17–19, 22, 23]. Wypełnianie zaleceń po terapii, zadaniowe podejście, wprowadzane zmiany w codziennym funkcjonowaniu mają znaczenie w redukcji objawów bólowych, co jest zgodne obserwacjami leczenia przewlekłego bólu miednicy (*chronic pelvic pain*) [24].

Porównywalne badanie [23] przeprowadzono u kobiet z dyspareunią spowodowaną Vd prowokowaną. Zastosowano *multidisciplinary vulvodinia program* (MVP), trwający 10 tygodni (w warunkach szpitalnych) z udziałem 132 kobiet, polegający na wykorzystaniu zintegrowanych umiejętności psychologicznych, fizjoterapii miednicy, po konsultacji lekarskiej. Skuteczność terapii oceniono u 84 pacjentek po upływie 3–4 miesięcy po MVP na 53,8% poprawy w zakresie dyspareunii (oceniano wiele aspektów seksuologicznych, także ból), co jest gorszym rezultatem niż uzyskali autorzy pracy, ale przy zastosowaniu szerszego spektrum danych.

Wartościową cechą programu Recover jest komunikowanie się terapeutów między sobą, dzielenie uwagami w zakresie postępów leczenia, optymalizowanie podejścia, wykorzystywanie doświadczenia innych, czyli podejście interdyscyplinarne [14, 15], rzadko wykorzystywane w leczeniu Vd w Polsce.

W terapii miednicy zastosowano także niskodawkowy laser LLLT (nie należy mylić z rejuwenacją pochwy laserem CO₂) na srom i okolice okołocewkową, mimo że w pilotażowym badaniu z niewielką liczbą badanych kobiet z Vd prowokowaną, nie potwierdzono wyraźnej skuteczności terapii [25]. Zastosowanie LLLT przynosi pozytywne rezultaty w terapii przewlekłego bólu, wymaga jednak dalszych badań w Vd.

Wulwodynia może ustąpić samoistnie bez leczenia [26], niemniej dolegliwości raczej nasilają się z biegiem lat. Wyniki wskazują, że dłuższemu czasowi trwania dolegliwości bólowych odpowiada większe nasilenie bólu. Optymistyczne jest jednak, że wyniki leczenia były równie dobre, bez względu na okres życia z bólem.

Różne rodzaje dolegliwości, jak ból, świąd, pieczenie, suchość/dyskomfort/nadwrażliwość (wszystkie można uznać za rodzaje bólu przewlekłego) zmniejszyły się po terapii, natomiast u około 1/3 kobiet uczucie klucia/ucisku/ciągnięcia pojawiło się jako nowa dolegliwość w dłuższej obserwacji. Można to tłumaczyć faktem, że w obserwacji *follow-up* wiele kobiet, na pytanie o rodzaj dolegliwości na sromie, odpowiadało: „czasem mnie coś zakłuje”, co było odnotowane. Ten rodzaj dolegliwości może jednak wskazywać na kompensację w zakresie powięzi głębokiej, po ustąpieniu dolegliwości z powięzi powierzchownej (suchość, świąd, uczucie dyskomfortu), co może wskazywać na potrzebę fizjoterapii ogólnej po intensywnej terapii w zakresie miednicy. Najważniejsze jednak, że nasilenie bólu po terapii jest wyraźnie mniejsze, mimo utrzymywania się lub pojawiania nowych, nieprzyjemnych odczuć z okolicy sromu. Dolegliwością, która najlepiej poddawała się leczeniu, było uczucie suchości, które ustąpiło u 2/3 kobiet.

Wulwodynii towarzyszyły objawy dyzuryczne u połowy kobiet, co należy do objawów związanych z PFMD *overactive/non-relaxing muscles*. Po terapii Recover ¼ kobiet odczuwała zmniejszenie bądź ustąpienie dolegliwości, ale 12–13% kobiet podaje nasilenie objawów ze strony pęcherza moczowego, co potwierdza fakt, że terapia ma również wpływ na inne objawy ze strony przepony miednicy [7].

Znaczenie prezentowanej pracy polega na tym, że udało się podsumować dane dotyczące dużej liczby pacjentek z różnymi rodzajami Vd, u których zastosowano takie samo postępowanie terapeutyczne. Niewiele jest prac oceniających Vd spontaniczną czy mieszaną. Podsumowano szerokie spektrum zmiany dolegliwości po terapii. Niewiele jest prac w literaturze, w których ocenia się skuteczność leczenia Vd. Autorzy wypracowali własny, interdyscyplinarny program leczenia Vd jako przewlekłego bólu czynnościowego i rezultaty są zadawalające.

Ograniczeniem tej pracy jest wnioskowanie o skuteczności terapii jedynie na podstawie oceny subiektywnego bólu. Nie analizowano pozostałych kluczowych parametrów terapii Vd, zalecanych w IMMPACT [6, 17–19]. Trudno jest porównać różne metody terapii Vd między sobą. Po zakończeniu Recover część pacjentek stosowała inne zalecane formy terapii (psychoterapia, fizjoterapia ogólna czy miednicy) oraz przyjmowała leczenie farmakologiczne, co zapewne wpłynęło na ocenę rezultatów odległych. Wskazane byłoby przeprowadzenie badań z randomizacją i grupą kontrolną, żeby określić skuteczność terapii Recover i innych metod leczenia Vd, zgodnie z szerokimi kryteriami IMMPACT.

Wnioski

W ośrodku leczenia kobiet z chorobami sromu i Vd wypracowano skuteczny, interdyscyplinarny program terapii Vd. Do programu Recover ginekolog kwalifikuje pacjentki z Vd i dysfunkcją mięśniowo-powięziową miednicy (*overactive state*) [20]. W ramach trwającego najczęściej 5 dni programu (19 spotkań terapeutycznych) pacjentki przechodzą terapię manualną miednicy (przez pochwę lub odbyt), diagnostykę i wstępną fizjoterapię oraz konsultacje psychologiczne. Inne działania są uzupełniające. W ocenie bólu na sromie potwierdzono zmniejszenie nasilenia subiektywnych dolegliwości o 65% , ponadto 2/3 kobiet określiło redukcję bólu i dyskomfortu o minimum 50% (2 i 6 mies. po terapii), przy czym poprawa utrzymywała się na tym samym poziomie z upływem czasu. Okres trwania Vd nie miał znaczenia dla wyników leczenia. Najlepsze wyniki uzyskano w redukcji bólu u kobiet z dyspareunią

spowodowaną Vd prowokowaną. W ośrodku leczenia kobiet z chorobami sromu i Vd wypracowano skuteczny, interdyscyplinarny program terapii Vd. Zgodnie z kryteriami oceny skuteczności leczenia na podstawie EBM, program Recover przyniósł zmniejszenie bólu w Vd. Warto przeprowadzić badanie z randomizacją i grupą kontrolną z uwzględnieniem także innych kluczowych parametrów oceny terapii Recover, zgodnie z konsensusem IMMPACT [6, 17, 18].

Podziękowanie

Dziękuję Markowi Jantosie i Sherie Johns (Adelaida, Australia) za szkolenia terapeutek w terapii manualnej miednicy i biofeedbacku. Marek Jantos stworzył solidne podstawy terapii Recover.

Piśmiennictwo:

1. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis*. 2016; 20(2): 126–130, doi: [10.1097/LGT.0000000000000190](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000190), indexed in Pubmed: [27002677](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27002677/).
2. Jantos MA. Myofascial perspective on chronic urogenital pain in women. In: Santoro GA, Wiczorek AP, Bartram C. ed. *Pelvic floor disorders*. Springer 2021.
3. Reissing ED, Brown C, Lord MJ, et al. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005; 26: 107–113.
4. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2017; 36(2): 221–244, doi: [10.1002/nau.23107](https://doi.org/10.1002/nau.23107), indexed in Pubmed: [27918122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27918122/).
5. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(7): 977–990, doi: [10.1016/j.bpobgyn.2014.07.008](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.07.008), indexed in Pubmed: [25108498](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108498/).
6. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, et al. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(36): 1–20, doi: [10.1038/s41572-020-0164-2](https://doi.org/10.1038/s41572-020-0164-2), indexed in Pubmed: [32355269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355269/).
7. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2012; 87(2): 187–193, doi: [10.1016/j.mayocp.2011.09.004](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.09.004), indexed in Pubmed: [22305030](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22305030/).
8. Goldstein AT. Pain, and pelvic pain. In: Goldstein AT, Pukall CF. ed. *Female sexual pain disorders: evaluation and management*. John Wiley & Sons Ltd. 2020.
9. Lee N, Jakes A, Lloyd J, et al. Dyspareunia. *BMJ*. 2018; k2341, doi: [10.1136/bmj.k2341](https://doi.org/10.1136/bmj.k2341).
10. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, et al. Vulvodynia: assessment and treatment. *J Sex Med*. 2016; 13(4): 572–590, doi: [10.1016/j.jsxm.2016.01.020](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.020), indexed in Pubmed: [27045258](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045258/).
11. Rosen NO, Dawson SJ, Brooks M, et al. Treatment of vulvodynia: pharmacological and non-pharmacological approaches. *Drugs*. 2019; 79(5): 483–493, doi: [10.1007/s40265-019-01085-1](https://doi.org/10.1007/s40265-019-01085-1), indexed in Pubmed: [30847806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30847806/).
12. Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, et al. Evaluation and treatment of female sexual pain: a clinical review. *Cureus*. 2018;

- 10(3): e2379, doi: [10.7759/cureus.2379](https://doi.org/10.7759/cureus.2379), indexed in Pubmed: [29805948](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29805948/).
13. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study. *J Sex Med.* 2016; 13(1): 88–94, doi: [10.1016/j.jsxm.2015.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.003), indexed in Pubmed: [26755091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755091/).
14. Lewis GN, Bean D, Mowat R. How have chronic pain management programs progressed? A Mapping Review. *Pain Pract.* 2019; 19(7): 767–784, doi: [10.1111/papr.12805](https://doi.org/10.1111/papr.12805), indexed in Pubmed: [31187931](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187931/).
15. ACPA Resource Guide to Pain Medication and Treatment. https://www.theacpa.org/pain-management-tools/resource-ghhttps://www.theacpa.org/wp-content/uploads/2019/02/ACPA_Resource_Guide_2019.pdfuide-to-chronic-pain-treatments/.
16. Baszak-Radomańska E, Wańczyk-Baszak J. Farmakoterapia zaburzeń seksualnych związanych z bólem. In: Depko A, Mamcarz A. ed. Farmakoterapia zaburzeń seksualnych. PZWŁ w druku.
17. Sadownik LA, Yong PJ, Smith KB. Systematic review of treatment outcome measures for vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2018; 22(3): 251–259, doi: [10.1097/LGT.0000000000000406](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000406), indexed in Pubmed: [29933290](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29933290/).
18. Pukall CF, Bergeron S, Brown C, et al. Vulvodynia collaborative research group. recommendations for self-report outcome measures in vulvodynia clinical trials. *Clin J Pain.* 2017; 33(8): 756–765, doi: [10.1097/AJP.0000000000000453](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000453), indexed in Pubmed: [27841834](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27841834/).
19. Corsini-Munt S, Rancourt KM, Dubé JP, et al. Vulvodynia: a consideration of clinical and methodological research challenges and recommended solutions. *J Pain Res.* 2017; 10: 2425–2436, doi: [10.2147/JPR.S126259](https://doi.org/10.2147/JPR.S126259), indexed in Pubmed: [29070953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29070953/).
20. Baszak-Radomańska E, Wańczyk-Baszak J, Paszkowski T. Pilot study of testing a clinical tool for pelvic physical examination in patients with vulvodynia. *Ginekol Pol.* w druku.
21. Pereira G, Soriano Marcolino M, Silveira Nogueira Reis Z, et al. A systematic review of drug treatment of vulvodynia: evidence of a strong placebo effect. *BJOG.* 2018; 125(10): 1216–1224, doi: [10.1111/1471-0528.15223](https://doi.org/10.1111/1471-0528.15223), indexed in Pubmed: [29569822](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569822/).
22. Davenport RB, Voutier CR, Veysey EC. Outcome measurement instruments for provoked vulvodynia: a systematic review. *J Low Genit Tract Dis.* 2018; 22(4): 396–404, doi: [10.1097/LGT.0000000000000418](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000418), indexed in Pubmed: [30059352](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30059352/).
23. Brotto LA, Yong P, Smith KB, et al. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med.* 2015; 12(1): 238–247, doi: [10.1111/jsm.12718](https://doi.org/10.1111/jsm.12718), indexed in Pubmed: [25354520](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25354520/).
24. Potente C, Giraudo D, Palleshi G, et al. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation treatment in patients with chronic pelvic pain: a systematic review. *Pelvipereineology.* 2019; 38(3): 70–77, doi: [10.5353/th_b5662889](https://doi.org/10.5353/th_b5662889).
25. Lev-Sagie A, Kopitman A, Brzezinski A. Low-level laser therapy for the treatment of provoked vestibulodynia — a randomized, placebo-controlled pilot trial. *J Sex Med.* 2017; 14(11): 1403–1411, doi: [10.1016/j.jsxm.2017.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.004), indexed in Pubmed: [28970071](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28970071/).
26. Reed BD, Harlow SD, Plegue MA, et al. Remission, relapse, and persistence of vulvodynia: a longitudinal population-based study. *J Womens Health (Larchmt).* 2016; 25(3): 276–283, doi: [10.1089/jwh.2015.5397](https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5397), indexed in Pubmed: [26752153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752153/).

Wizyta lekarska w położu, metody planowania rodziny i seksualność po porodzie — jakiego typu poradnictwa oczekują kobiety?

Postpartum office visit. Methods of family planning and postpartum sexuality: what kind of counseling do women expect?

Ewa Ślizień-Kuczapska¹, Sylwia Czarnowicz², Michał Rabijewski³, Małgorzata Starzec-Proserpio⁴

¹Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

²Specjalistyczny Gabinet Lekarski Profamilia 2000 w Warszawie

³Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

⁴Zakład Rehabilitacji, Oddział Fizjoterapii, Wydział Lekarski Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Streszczenie

Wstęp: Przebieg wizyty lekarskiej w położu nie zawsze jest satysfakcjonujący dla pacjentek oczekujących, oprócz badania ginekologicznego, rozmowy lub porady, dotyczącej tempa powrotu płodności i seksualności po porodzie, wyboru metody planowania rodziny oraz innych zagadnień dotyczących zdrowia prokreacyjnego.

Materiał i metody: W latach 2014–2017 na podstawie autorskiego kwestionariusza, przebadano 266 kobiet w położu, z regionu Mazowsza, w celu uzyskania danych o poziomie satysfakcji po odbytej wizycie lekarskiej w położu w zakresie poradnictwa, dotyczącego metod planowania rodziny i seksualności po porodzie. Dane poddano ilościowej analizie statystycznej i weryfikacji jakościowej.

Wyniki: Prawie 70% ankietowanych kobiet nie rozmawiało z lekarzem na temat seksualności po porodzie. Tylko 26% kobiet było zadowolonych z informacji dotyczących powrotu płodności po porodzie. Metodę laktacyjnego braku miesiączki (LAM) rekomendowano jedynie u około 6% kobiet.

Wnioski: Wskazane jest opracowanie rekomendacji co do przebiegu wizyty lekarskiej w położu. Wzbożenie poradnictwa położowego o interdyscyplinarny zespół konsultantów w składzie: lekarz, położna, fizjoterapeuta, psycholog, konsultant laktacyjny, dietetyk, doradca rodzinny i inni, może sprzyjać poprawie satysfakcji pacjentek oraz fachowej edukacji w zakresie tempa powrotu płodności, wyboru metody planowania rodziny, seksualności, rekonwalescencji dna miednicy oraz sylwetki po porodzie, problematyki laktacyjnej itd.

Słowa kluczowe: położ, powrót płodności po porodzie, seksualność po porodzie, dno miednicy, laktacyjny brak miesiączki, LAM

Seksuologia Polska 2020; 18: 10–16

Abstract

Introduction: The course of postpartum office visit is not always satisfactory for patients who expect, apart from a gynecological examination, conversations and advice regarding the return of fertility and sexuality after childbirth, choosing a method of family planning and other issues related to reproductive health

Adres do korespondencji: lek. med. Ewa Ślizień Kuczapska
Szpital Specjalistyczny św. Zofii
ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa
tel. + 48 501 376 996
e-mail: profamilia2000@gmail.com

Nadesłano: 20.07.2020

Przyjęto do druku: 19.09.2020

Material and methods: In the years 2014–2017, based on the author's questionnaire, 266 women after labor from the Mazovia region were surveyed, in order to obtain data on the level of satisfaction after postpartum office visit regarding information about family planning methods and postpartum sexuality. The data was subjected to quantitative statistical analysis and qualitative verification.

Results: Almost 70% of women surveyed did not speak to their doctor about sex after delivery. Only 26% of women were satisfied with information regarding return of fertility after delivery. LAM Lactation amenorrhea method was recommended only in about 6% of women.

Conclusions: It is advisable to develop recommendations regarding the course of postpartum office visit and enriching postpartum counseling with an interdisciplinary team of consultants consisting of a doctor, midwife, physiotherapist, psychologist, lactation consultant, dietitian, family counselor and others who can help improve patient satisfaction and professional education in the field of postpartum fertility return, choice of family planning method, sexuality, pelvic floor recovery and postpartum silhouettes, lactation issues etc.

Key words: puerperium, postpartum fertility return, postpartum sexuality, pelvic floor muscles exam, lactation amenorrhea method, LAM

Seksuologia Polska 2020; 18: 10–16

Wstęp

Zgodnie z definicją Słomko, połóg to czas, w którym cofają się stopniowo zmiany ciążowe i poporodowe w obrębie narządów płciowych oraz zmiany ogólnoustrojowe, według Gabbe określany również IV trymestrem [1, 2]. Według Williamsa to okres od pierwszej godziny po urodzeniu łożyska do 6 tygodni [3]. Pscherebel definiuje połóg jako czas inicjacji laktacji oraz powrotu płodności po porodzie u kobiet niekarmiących piersią [4]. Wielowiekowa tradycja w wielu krajach pozwala położnicy na czterdziestodniowy odpoczynek od ciężkiej pracy i aktywności seksualnej po porodzie [5]. Na koniec połogu zaleca się odbycie wizyty lekarskiej. W znanych podręcznikach lekarskich [4, 6], ambulatoryjna kontrola ginekologiczna jest rekomendowana już w 4. tygodniu, aby zapobiegać potencjalnym komplikacjom wczesnego połogu. W Australii i innych krajach anglosaskich, gdzie lekarz rodzinny częściej niż ginekolog przejmuje obowiązek opieki ambulatoryjnej w położu nad matką i jej dzieckiem, podkreśla się, że dobrą praktyką lekarską jest wcześniejsza niż w 6 tygodniu konsultacja po porodzie [7, 8]. Zgodnie z najnowszym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [9], położnica podczas wypisu ze szpitala powinna być informowana przez położną o potrzebie odbycia wizyty lekarskiej. Przyjęto, że w zależności od drogi porodu zaleca się wizytę lekarską po 4–6 tygodniach po cięciu cesarskim i około 6–8 tygodniach po porodzie siłami natury. W Polsce brakuje, jak dotąd, rekomendacji lekarskich co do przebiegu wizyty w położu – ich powstanie mogłoby stać się przeciwwagą do rozbudowanej opieki prenatalnej w Polsce [10]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w dokumencie z 1998 roku dostrzega potrzebę objęcia opieką położnicy i jej dziecka od okresu wczesnego połogu do zakończenia 6 tygodnia oraz jej kontynuacji aż do 6 miesiąca [8].

Światowa Organizacja Zdrowia w dokumentach dotyczących standardu wizyty w położu z 2005 i 2013 roku jako kluczowe zagadnienia dotyczące matek-położnic wymienia: przebieg i rozpoznanie potencjalnych medycznych komplikacji wczesnego i późnego połogu, problematykę laktacji, planowanie rodziny i seksualność oraz depresję poporodową. Wśród wczesnych problemów połogu WHO zwraca uwagę na: ból, gorączkę, niedokrwistość wtórną, trudności z gojeniem krocza lub rany po cięciu cesarskim, zaburzenia zwijania się narządów rodnych, zatrzymanie resztek po porodzie, połogowe zapalenie błony śluzowej macicy, zakrzepicę, zaburzenia emocjonalne, łącznie z ujawnieniem się zaburzeń psychicznych, trudności z inicjacją i stabilizacją laktacji. Wśród późniejszych problemów WHO wymienia: nietrzymanie moczu lub stolca, zagrożenia dotyczące rozwoju chorób przewlekłych, które ujawniły się podczas ciąży, na przykład cukrzyca, nadciśnienie, niedoczynność tarczycy, ponadto wznowienie współżycia po porodzie i zaburzenia libido oraz wybór metody planowania rodziny po porodzie [8, 11]. W dokumencie z 2006 roku WHO zwraca uwagę, że połóg jest idealnym czasem na przekazanie informacji, między innymi z zakresu seksualności po porodzie [12].

Prezentowana publikacja przedstawia badania autorskie dotyczące przebiegu wizyty lekarskiej w położu oraz porady co do wyboru metody planowania rodziny i seksualności po porodzie, z uwzględnieniem zaleceń WHO z 2005, 2006 i 2013 [12–14]. Analiza danych wskazuje na potrzebę rozszerzenia poradnictwa o interdyscyplinarny zespół, który przyczyni się do podniesienia standardu usług medycznych w położu.

Materiał i metody

W latach 2014–2017 na podstawie autorskiego anonimowego kwestionariusza, po uzyskaniu zgody na badanie od Komisji Bioetycznej WUM i na prze-

tworzenie danych osobowych, przebadano 266 kobiet w wieku prokreacyjnym z regionu Mazowsza, od których zebrano retrospektywnie informacje dotyczące 565 porodów. Ankiety podzielono na siedem części, w tym jeden oddzielny dział poświęcono w całości wizycie lekarskiej w położu. Respondentki odpowiadały na 8 pytań zamkniętych oraz jedno otwarte. Uzyskane dane poddano ilościowej analizie statystycznej, a także weryfikacji jakościowej. Celem badania było określenie poziomu satysfakcji pacjentki po odbytej wizycie położowej w odniesieniu do poruszanej tematyki dotyczącej seksualności i metod planowania rodziny po porodzie.

Wyniki

Położnice w 66,5% pochodziły z miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, a w 26% ze wsi lub małego miasta. Wyższe wykształcenie posiadało 85,7% matek, średnie lub pomaturalne około 13%. Wykształcenie ojca w 78,9% było wyższe, około 19% ojców miało wykształcenie średnie lub zawodowe. W momencie pierwszego porodu wiek rodziców wynosił średnio 28 lat u matki, 29 lat u ojca. Wiek rodziców przy kolejnych porodach wahał się średnio 31–36 lat.

Wśród respondentek poród siłami natury odbył się w 80,9%, drogą cięcia cesarskiego zakończono 18,1% porodów. Powikłany przebieg ciąży zgłosiło 52% ankietowanych, powikłania podczas porodu miało 9,2%. Ponad 90% kobiet podczas wizyty w położu karmiło wyłącznie piersią. Problemy laktacyjne wystąpiły u 45,7% pacjentek.

Na temat możliwych trudności występujących podczas współżycia nie rozmawiało z lekarzem prawie 70%. Rozmowę na ten temat odbyło 12,7% ankietowanych, około 17% respondentek nie pamięta, czy rozmawiało lub nie odpowiedziało na pytanie. Z informacji uzyskanej od lekarza na temat powrotu płodności po porodzie zadowolonych pacjentek było 26,2%, średnio zadowolonych 16,5%, niezadowolonych 33,3%. Nie odnotowano istotnych różnic w tym zakresie w zależności od wykształcenia kobiet lub miejsca ich zamieszkania.

Wśród proponowanych metod planowania rodziny zaleconych przez lekarza (tab. 1) najczęściej była antykoncepcja — 21,1%, metody naturalne stanowiły 18,6%. Metodę laktacyjnego braku miesiączki LAM (*lactation amenorrhea method*) polecono u 3,9%, LAM w połączeniu z metodami naturalnymi u 1,6% matek. Jedynie 14,3% kobiet zwróciło się o poradę dotyczącą rozpoznawania płodności po porodzie do doradcy rodzinnego.

Według odpowiedzi ankietowanych kobiet 70,7% uważa, że potrzebna jest rozmowa z lekarzem na temat trudności w relacji intymnej po porodzie, 12,8%

Tabela 1. Metody planowania rodziny po porodzie, zalecone przez lekarzy

	n	%
Laktacyjny brak miesiączki	22	3,9
Laktacyjny brak miesiączki + metody naturalne	9	1,6
Laktacyjny brak miesiączki + antykoncepcja	1	0,2
Metody naturalne	105	18,6
Antykoncepcja	119	21,1
Nie było rozmowy	196	34,7
Brak danych	69	12,2

uważa, że taka edukacja nie jest potrzebna lub nie mają zdania.

Poradę laktacyjną w czasie hospitalizacji po porodzie w szpitalu uzyskało 78,8% badanych, nie otrzymało jej prawie 16%, 5,4% nie pamięta, czy taka edukacja miała miejsce. Po wyjściu ze szpitala ponad 70% ankietowanych nie potrzebowało porady laktacyjnej, 21,6% matek skorzystało z konsultacji laktacyjnej, a u 8,1% brakuje danych.

Ankieta nie obejmowała pytań z zakresu wczesnej rehabilitacji dna miednicy po porodzie ani możliwych trudności emocjonalnych.

Dyskusja

Zaprezentowane w pracy badania własne wskazują na niesatysfakcjonujący przebieg wizyty położowej, zwłaszcza w zakresie planowania rodziny i seksualności po porodzie. Badania innych autorów także to potwierdzają (nawet u 85% konsultowanych kobiet), główną częścią wizyty jest badanie ginekologiczne, ewentualnie krótka porada antykoncepcyjna [15–17].

Pomijanie tematyki seksualności po porodzie oraz możliwych trudności w relacjach intymnych może negatywnie korelować z jakością i czasem ponownej poporodowej inicjacji seksualnej oraz przyszłej relacji intymnej i komunikacji rodziców [18, 19].

Problem seksualności po porodzie

Z kanadyjskiego przeglądu 123 prac, publikowanych w ciągu ostatnich 15 lat, z zakresu seksuologii perinatalnej wynika istnienie poporodowego zjawiska rocznej fluktuacji w zakresie relacji intymnych rodziców. Fenomen ten uznano za naturalne wydarzenie, uwarunkowane czynnikami fizjologicznymi i psychologicznymi u obojga partnerów seksualnych [20]. Fakt ten nie powinien zwalniać lekarza z omówienia tych zagadnień z parą. Podobnie tematyka profilaktyki okołoporodowych zaburzeń w obrębie mięśni dna miednicy, korzyści płynące z karmienia piersią i wiele innych

powinny być omówione podczas konsultacji położkowej. W naszym badaniu można jedynie przypuszczać, że na te zagadnienia zabrakło czasu, skoro nie odbyła się rozmowa na temat seksualności perinatalnej i powrocie płodności po porodzie. Część badaczy zwraca uwagę, że częściej problemy dysfunkcji seksualnych dotyczą kobiet po pierwszym porodzie, karmiących wyłącznie piersią [11, 19, 21–23].

W badaniu ankietowym Centrum Nauki o Laktacji (CNOL) z 2017 roku przeprowadzonym wśród 15 tysięcy polskich matek, 80% zostało zapytanych, czy karmią piersią, ale tylko 1/3 z nich zachęcano do kontynuowania karmienia naturalnego i pytano o potencjalne problemy z laktacją. Większość matek, nawet jeżeli mogła opowiedzieć o swoich problemach w karmieniu, nie uzyskała od lekarzy porady, a tylko u 15% matek zbadano piersi [24]. Wynik badania autorów niniejszej pracy potwierdził potrzebę dostępu do konsultanta laktacyjnego jeszcze podczas pobytu w szpitalu (niewielka grupa kobiet potrzebowała jej później). Większość ankietowanych matek karmiła wyłącznie piersią w 6. tygodniu położu, co potwierdza wysoką jakość udzielanych konsultacji. Negatywna interakcja pomiędzy laktacją a seksualnością po porodzie nie jest jednoznaczna, co koreluje z badaniami własnymi [10].

Liczne dane wskazują, że coraz więcej kobiet nie chce rodzić naturalnie z powodu obaw o jakość współżycia po porodzie [25, 26]. W badaniu Pukall wsp. [27] 21% ankietowanych kobiet stwierdziło, że cięcie cesarskie uchroni je przed problemami seksualnymi, podając za źródło tej wiedzy media [27]. Być może objęcie opieką lekarską kobiety w okresie pre- i postnatalnym przez jednego lekarza prowadzącego dałoby czas na satysfakcjonującą poradę, dotyczącą seksualności i innych problemów w ciąży i położu, i w ten sposób uchroniłoby część kobiet przed cięciem cesarskim bez rzeczywistych wskazań [25, 26]. Wyniki badań własnych nie potwierdzają jednoznacznie zależności jakości współżycia po porodzie od drogi narodzin [10]. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, niezależnie od rodzaju porodu, wykazują większą aktywność seksualną przed ciążą. Kobiety prawie dwukrotnie częściej niż mężczyźni oceniają swój poziom satysfakcji ze współżycia po porodzie jako niższy [28, 29].

W jednym z polskich badań 34,7% ankietowanych kobiet odczuwało ból w okolicy rany po cięciu cesarskim, a od 41 do 67% kobiet zgłaszało ból krocza po naturalnym porodzie z nacięciem [30]. Ponadto, kobiety po cięciach cesarskich mają częściej problem z inicjacją laktacji, co dodatkowo może wpływać na stan ogólny położnicy [31, 32].

Według badań Sipińskiego i wsp. 76% pacjentek nie otrzymało informacji przy wypisie ze szpitala na temat

aktywności seksualnej, 14% ankietowanych zainicjowało rozmowę. Jedynie 8% uzyskało pełną informację. Podczas wizyty położkowej pełną informację na temat współżycia seksualnego otrzymało 38% ankietowanych, 12% otrzymało wiedzę na własną prośbę, a 50% nie uzyskało żadnej informacji [33]. Badanie ankietowe 100 kobiet: 43 kobiet ciężarnych oraz 57 kobiet po porodzie (położnic), w wieku 19–40 lat, przeprowadzone przez Toporską i wsp. [34], potwierdza, że dla 84 kobiet źródłem wiedzy na temat ciąży, porodu i położu jest literatura i książki, dla 96 ankietowanych był lekarz lub położna, dla 45 pacjentek źródłem informacji była rodzina i znajomi, 12 kobiet szukało wiedzy w Internecie. Źródłem wiedzy o położu powinny być również Szkoły Rodzenia [35]. Z 212 położnic ze Śląska wiedzę dotyczącą problematyki położkowej od lekarza uzyskało około 6% kobiet [36]. Być może niska ocena konsultacji w położu ma również wpływ na jej jakość [14].

Metody planowania rodziny po porodzie

Najczęściej rekomendowaną przez lekarzy metodą planowania rodziny po porodzie jest antykoncepcja hormonalna, co potwierdzają nasze obserwacje. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca jako „złoty standard” na pierwsze ½ roku życia dziecka dla matek karmiących wyłącznie piersią i niemiesiącujących, metodę LAM [37, 38]. Według badań efektywność metody LAM wynosi 98–99,3% i jest porównywalna do chirurgicznej sterylizacji [39], dlatego nie zaleca się stosowania dodatkowej antykoncepcji w celu uniknięcia efektu tak zwanej podwójnej ochrony przed nieplanowanym poczęciem dziecka. Amerykańska Agencja Międzynarodowego Rozwoju (USAID, *United States Agency for International Development*, *United States Agency for International Development*) uznaje sposoby rozpoznawania płodności, w tym LAM, za nowoczesne metody planowania rodziny ze względu na spełnianie następujących kryteriów: wysoka efektywność, bezpieczeństwo i nieszkodliwość stosowania, zasady oparte na fizjologii rozrodu, prawidłowo sformułowane protokoły dla użytkowników i dobranie grup kobiet w różnych sytuacjach [40].

U wielu kobiet po porodzie istnieje lęk przed kolejną ciążą. Potwierdzają to wyniki badań Sipińskiego i wsp. [33], w których 27% ankietowanych deklaruje tę obawę. Udowodniono, że zapoznanie i wytłumaczenie kobietom zasad rozpoznawania naturalnego powrotu płodności po porodzie zmniejsza lęk i stres związany z nieplanowaną ciążą i przyczynia się do poprawy relacji małżeńskich. Według USAID zaznajomienie się obojga partnerów z naturalnymi procesami regulacji płodności podczas kursu prowadzonego przez profesjonalnie przeszkolony personel medyczny lub w Pol-

sce również przez kompetentnych dyplomowanych doradców rodzinnych oraz pozostawienie rodzicom decyzji o czasie podjęcia współżycia seksualnego, brak potrzeby stosowania dodatkowych technik antykoncepcyjnych i konieczności konsultacji lekarskiej, sprzyja ich akceptacji wśród użytkowników [40, 41]. W nieopublikowanym badaniu własnym z 2019 roku, dotyczącym zagadnień powrotu płodności po porodzie, poruszanych podczas zajęć w wybranych Szkołach Rodzenia w Polsce, wynika, że wśród 29 osób prowadzących zajęcia w Szkołach Rodzenia, tj. 25 położnych, jednej pielęgniarki oraz 3 lekarzy, 13 osób, tj. prawie 50 % telefonicznie ankietowanych, potwierdziło omówienie metody LAM w ramach tematyki regulacji poczęć lub zasad karmienia piersią. Pozostałych 16 ankietowanych nie wspomina o LAM, w związku z brakiem czasu i zainteresowania słuchaczy oraz uznaniem, że temat ten poruszy położna podczas wizyty w położu. O innych metodach planowania rodziny w ogóle się nie wspomina, pozostawiając to lekarzowi na czas wizyty w położu. Tematyka seksualności po porodzie podczas edukacji w Szkołach Rodzenia jest całkowicie pomijana [42]. Wyniki badań Sipińskiego i wsp. [33] wykazały, że 66 pacjentek na 100 przebadanych nie prowadzi obserwacji cyklu miesięczkowego, 15% karmiących piersią nie stosuje żadnej antykoncepcji i 5 pacjentek nie podejmuje współżycia seksualnego w okresie 12 miesięcy po porodzie. Spośród ankietowanych kobiet jedynie 5% stosuje naturalne metody planowania rodziny, 40% stosowało prezerwatywy, 30% stosunek przerywany, 17% kobiet karmiących stosowało antykoncepcję hormonalną. Wspólnie z partnerem decyzje o rodzaju antykoncepcji podejmowało 32% ankietowanych, 26% kobiet podejmowało decyzję samodzielnie, w 18% przypadków wpływ miał lekarz ginekolog. Braki z zakresu wiedzy o tempie powrotu płodności po porodzie oraz wyboru metody planowania rodziny, w zależności od sposobu karmienia dziecka oraz potrzeb i oczekiwań rodziców, może wypełnić jeszcze przedporodowa konsultacja z położną, lekarzem lub innym pracownikiem służby zdrowia i poradnictwa rodzinnego, a dopełnić w położu może zespół multidyscyplinarny [43, 44].

Fizjoterapia mięśni dna miednicy po porodzie/fizjoterapia narządu rodowego i blizny po cięciu cesarskim

Fizjoterapeuta jest ważnym członkiem zespołu konsultantów i spełnia zadania edukacyjne w zakresie fizjoterapii kobiecego dna miednicy, które uczestniczy w procesach kontyngencji moczu i stolca, a także w reakcji seksualnej. Coraz częściej polecany jest trening mięśni dna miednicy (MDM) i terapia uroginekologiczna

w celu profilaktyki zaburzeń okołoporodowych [45, 46]. Jednak wciąż za mało kobiet ma tego świadomość, co potwierdzają wyniki badań — około 20–26,2% [47, 48] kobiet we wczesnym okresie połogu deklaruje, że nie słyszało wcześniej nic na temat MDM. Według Vodusek i wsp. [49] oraz Bump i wsp. [50] ponad 30% zdrowych kobiet nie potrafi samodzielnie napiąć MDM. Podobnie kształtuje się sytuacja pacjentek we wczesnym okresie połogu: blisko 1/3 nie potrafi świadomie uruchomić struktur MDM [47, 48, 51]. Fizjoterapeuta uroginekologiczny może być odpowiedzialny za naukę i ewaluację poprawnej aktywacji MDM, na podstawie badań palpacyjnych i biofeedback [45] oraz wdrażanie wczesnej terapii w przypadku pierwszych objawów wysiłkowego nietrzymania moczu lub tendencji do zaburzeń statyki narządu rodowego [52]. Terapią może zostać objęta także blizna po epizjotomii i cesarskim cięciu. Wizyta u fizjoterapeuty uroginekologicznego pozwala na modyfikację codziennych aktywności, trening behawioralny oraz wprowadzenie elementów autoterapii i edukacji związanej ze zdrowiem seksualnym [53], ponadto pozwala na wspólne oglądanie struktur krocza, wyjaśnienie wątpliwości związanych ze zmianami anatomicznymi oraz omówienie i przećwiczenie technik, ułatwiających powrót do aktywności seksualnej (pozycja, oddech lub odpowiednia aktywacja/relaksacja MDM). Sprzyja to zmniejszeniu lęku związanego z podjęciem aktywności seksualnej po porodzie. Odczuwany przez kobiety pośpiech, zbyt fachowe nazewnictwo medyczne oraz brak partnerskich relacji i podmiotowego traktowania z uwzględnieniem emocjonalnych aspektów związanych z okresem połogu, pozostawia niedosyt po konsultacji lekarskiej [54]. Zespół interdyscyplinarny w składzie lekarz, położna, fizjoterapeuta uroginekologiczny, doradca laktacyjny, psycholog oraz doradca rodzinny i dietetyk może uzupełnić edukację poporodową i przyczyni się do podwyższenia standardu oferowanych usług w położu oraz kontynuacji w okresie późniejszym. Jest to idea spójna z 6. punktem ministerialnego programu zdrowia na lata 2016–2020 pt. „Poprawa zdrowia prokreacyjnego” [55].

Wnioski

1. Prawie 2/3 badanych kobiet nie uzyskało od lekarza informacji dotyczącej seksualności po porodzie i uważa, że potrzebna jest edukacja w zakresie problematyki, dotyczącej relacji intymnej po porodzie oraz możliwych problemów.
2. Ponad 1/3 badanych kobiet nie rozmawiała z lekarzem na temat wyboru metody planowania rodziny po porodzie oraz wyrażało niezadowolenie

- z informacji uzyskanej podczas wizyty lekarskiej, dotyczącej powrotu płodności po porodzie.
3. Pomimo zaleceń WHO i USAID, metodę LAM na pierwsze półrocze życia dziecka u matek karmiących wyłącznie piersią polecono sporadycznie, zaś metody rozpoznawania płodności tylko u niecałej ¼ ankietowanych kobiet.
 4. Wiedza o powrocie płodności i wyborze metody planowania rodziny po porodzie może częściowo pochodzić z zajęć Szkół Rodzenia lub książek i Internetu, rzadko jest przekazywana kompetentnie podczas wizyty w położu i mniej niż 1/7 badanych zwróciła się o poradę do doradcy rodzinnego.
 5. Jakość konsultacji lekarskiej w położu, w naszym badaniu i przeglądzie piśmiennictwa, jest oceniana miernie i wskazuje na wymóg podniesienia jej standardu oraz wzbogacenie o możliwość konsultacji zespołu interdyscyplinarnego, będącego w stanie współpracować i wzajemnie się uzupełniać dla dobra pacjentek i ich rodzin, co potwierdzają rekomendacje WHO i doniesienia z literatury przedmiotu.

Piśmiennictwo:

1. Katz V. Postpartum care. In: Gabbe SG. ed. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. Churchill Livingstone 1986: 623–647.
2. Słomko Z. *Medycyna perinatalna*. PZWL, Warszawa 1986.
3. Pritchard AP, MacDonald PC, Gant NF. *The puerperium*. Williams Obstetrics: Appleton-Century-Crofts/Norwalk, Connecticut USA. 1985; 17: 367.
4. Pschyrembel W, Dudenhausen J. *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. PZWL, Warszawa 1997.
5. Filipek K, Marcyniak ME, Kuran J. Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym położu. *Seksuologia Polska*. 2014; 12(1).
6. Benson RC. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa 1988: 230.
7. Piejko E. The postpartum visit — why wait 6 weeks? *Aust Fam Physician*. 2006; 35(9): 674–678, indexed in Pubmed: 16969434.
8. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66439/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf;jsessionid=FF2FADBF2747D8BD-C32B01EC9011C6D9?sequence=1. Accessed 31.01.2020..
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział XIV pkt 10.10.
10. Ślizień-Kuczapska E, Młyńska S, Rąbajewski M. Seksualność kobiet karmiących piersią w pierwszym roku po narodzinach na podstawie wstępnej analizy klinicznej. 2019; 17: 28–34.
11. Botros SM, Abramov Y, Miller JJR, et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet Gynecol*. 2006; 107(4): 765–770, doi: 10.1097/01.AOG.0000207677.03235.76, indexed in Pubmed: 16582110.
12. Fort, AL, Kothari, MT, Abderrahim N, Postpartum care: levels and determinants in developing countries. Calverton, Maryland, USA, Macro International, 2006. http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=676.
13. The world health report 2005: make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005.
14. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/ (31.01.2020).
15. Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 2000; 107(2): 186–195.
16. Basirnia A, Sahimi-Izadian E, Arbabi M, et al. Systematic review of prevalence of sexual disorders in Iran. *Iran J Psychiatry*. 2007; 2(4): 151–156.
17. Symon A, MacKay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the mother-generated Index. *J Adv Nurs*. 2003; 42(1): 21–29, doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x, indexed in Pubmed: 12641808.
18. Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i położu. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii*. PZWL, Warszawa 2010: 133–138.
19. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, et al. Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian women. *Malays J Med Sci*. 2017; 24(1): 94–103, doi: 10.21315/mjms2017.24.1.10, indexed in Pubmed: 28381932.
20. Pierrepont Cde, Polomeno V, Bouchard L, et al. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité — Partie 2. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016; 45(8): 809–820, doi: 10.1016/j.jgyn.2015.11.001.
21. Szajewska H, Horvath A, Rybak A, et al. Karmienie piersią — stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Medyczne/Pediatrica*. 2016(13): 9–24.
22. WHO UNICEF. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2017. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017/en/> (31.01.2020).
23. Holanda J, Abuchaim E, Coca K, et al. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014; 27(6): 573–578, doi: 10.1590/1982-0194201400093.
24. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej? Wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej i u ginekologa położnika. Raport z badania ankietowego 2017. Centrum Nauki o Laktacji. http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/raport_2017.pdf (31.01.2020).
25. Kalbarczyk B, Bobiński M, Szatanek M, et al. Seksualność kobiety w położu. *Wiadomości Lekarskie*. 2018; 2(II): 424.
26. Machaj A, Stankowska I. Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebiegu ciąży i okresu karmienia piersią. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80(5): 323–333.
27. Cappell J, Pukall CF. Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. *Birth*. 2018; 45(1): 55–63, doi: 10.1111/birt.12321, indexed in Pubmed: 29164677.
28. Marcinkowska U, Kulig M, Lichoń M, et al. Ocena współżycia seksualnego kobiet i mężczyzn w świetle porodów tradycyjnych i rodzinnych. *Ann Acad Med Siles*. 2013; 67(3): 179–183.
29. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, et al. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health*. 2013; 58(6): 654–661, doi: 10.1111/jmwh.12068, indexed in Pubmed: 24325662.
30. Zyś N, P D. Wpływ macierzyństwa na seksualność kobiet. *Pol Prz Nauk Zdr*. 2015; 1(42): 5–12.
31. Ślizień-Kuczapska E, Nehring-Gugulska M. Regulacja procesu wytwarzania pokarmu. In: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. ed. *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017: 43–50.
32. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 90, doi: 10.1186/s12884-016-0876-1, indexed in Pubmed: 27118118.
33. Sipiński A, Kazimierzczak M, Ciesielska B. Zachowania seksualne kobiet karmiących. *Seksuologia Polska*. 2005; 3(2): 52–59.
34. Toporska A. Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i położu. *Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego*. 2008; 31(2): 79–94.

35. Iwanowicz-Palus G, Jędrzejewska L. Czy warto certyfikować szkoły rodzenia? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2016(11): 33–35.
36. Czerwińska-Osipiak A, Pięta B, Kamińska J, et al. Opieka nad kobietą w porożu w świetle polskich i światowych zaleceń. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2018; 17(3): 65–68.
37. Breastfeeding as a family planning method. *The Lancet*. 1988; 332(8621): 1204–1205, doi: [10.1016/s0140-6736\(88\)90279-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)90279-6).
38. Labbok MH, Perez A, Valdes V, et al. The Lactational Amenorrhea Method (LAM): a postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Adv Contracept*. 1994; 10(2): 93–109, doi: [10.1007/BF01978103](https://doi.org/10.1007/BF01978103), indexed in Pubmed: [7942265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7942265/).
39. Lewandowska A. Powrót płodności po porodzie oraz LAM — Lactational Amenorrhea Method. http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/LAM-Lactational-Amenorrhea-Method-oraz_powr%C3%B3t-p%C5%82odno%C5%9Bci-po-porodzie-Aleksandra_Lewandowska.docx. (31.01.2020).
40. Malarcher S, Spieler J, Fabic M, et al. Fertility awareness methods: distinctive modern contraceptives. *Global Health: Science and Practice*. 2016; 4(1): 13–15, doi: [10.9745/ghsp-d-15-00297](https://doi.org/10.9745/ghsp-d-15-00297).
41. Cerańska-Goszczyńska H. Karmienie piersią. Laktacyjna niepłodność poporodowa. In: Troszyński M. ed. *Rozpoznawanie płodności. Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym*. Bonami, Warszawa 2013: 191–196.
42. Ślizień Kuczapska E., Piątkowska J. Nieopublikowane badanie własne. Zagadnienia powrotu płodności po porodzie, metod planowania rodziny i seksualności zawarte w programach wybranych Szkół Rodzenia w Polsce, 2019.
43. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, et al. Ocena poziomu wiedzy położnic na temat okresu porożu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2010; 3(4): 296–301.
44. Ślizień-Kuczapska E, Żukowska-Rubik M, Sys DW. W trosce o rozwój zdrowia prokreacyjnego rodziny. *Poradnictwo medyczne i pozamedyczne w promocji karmienia piersią oraz zagadnień naturalnego powrotu płodności po porodzie Fides et Ratio*. 2018; 2(34): 50–73.
45. Butler R. Clinical Updates in Women's Health Care Summary: The Role of Physical Therapy in Obstetric-Gynecologic Practice: Primary and Preventive Care Review. *Obstet Gynecol*. 2018; 132(3): 809, doi: [10.1097/AOG.0000000000002823](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002823), indexed in Pubmed: [30134423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134423/).
46. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019; 31(6): 485–493, doi: [10.1097/GCO.0000000000000584](https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584), indexed in Pubmed: [31609735](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31609735/).
47. Łataś-Zagrajek K, Starzec M, Sierdziński J, et al. Ability to activate pelvic floor muscles among women during the early postpartum period — initial findings. *Rehabilitacja Medyczna*. 2019; 23(1): 23–28.
48. Vermandel A, De Wachter S, Beyltsens T, et al. Pelvic floor awareness and the positive effect of verbal instructions in 958 women early postdelivery. *Int Urogynecol J*. 2015; 26(2): 223–228, doi: [10.1007/s00192-014-2483-x](https://doi.org/10.1007/s00192-014-2483-x), indexed in Pubmed: [25062656](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25062656/).
49. Vodusek D. Neuroanatomy and neurophysiology of pelvic floor muscles. *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. 2015: 35–42, doi: [10.1016/b978-0-7020-4443-4.00004-2](https://doi.org/10.1016/b978-0-7020-4443-4.00004-2).
50. Bump R, Hurt WG, Fantl JA, et al. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991; 165(2): 322–329, doi: [10.1016/0002-9378\(91\)90085-6](https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90085-6).
51. Sriboonreung T, Wongtrangan S, Eungpinichpong W, et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training in incontinent women at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: a randomized controlled trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2011; 94(1): 1–7.
52. McKinney J, Keyser L, Clinton S, et al. ACOG Committee Opinion No. 736 Summary: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(5): 949–951, doi: [10.1097/AOG.0000000000002628](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002628), indexed in Pubmed: [29683906](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683906/).
53. McKinney J, Keyser L, Clinton S, et al. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018; 132(3): 784–785, doi: [10.1097/AOG.0000000000002849](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002849), indexed in Pubmed: [30134408](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134408/).
54. Synowiec-Piłat M. Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów. *Gin Prakt*. 2003; 11(3): 19–24.
55. Ministerialny Program Zdrowia na lata 2016–2020. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/6-poprawa-zdrowia-prokreacyjnego>.

Osobowość, samoocena, ocena własnego ciała oraz satysfakcja ze związku a konsumpcja pornografii przez kobiety w wieku 18–30 lat

Personality, self-esteem, body evaluation, relationship satisfaction and consumption of pornography by women aged 18–30

Maja Kwiatkowska¹, Agnieszka Skorupa²

¹Centrum Pieczy Zastępczej i Wspierania Rodziny w Gliwicach

²Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Streszczenie

Wstęp: Konsumpcja pornografii uznawana zwyczajowo za męską aktywność, staje się obecnie coraz bardziej popularna również wśród kobiet. Zjawisko to nasuwa pytanie o charakterystykę psychologiczną kobiet korzystających z treści pornograficznych. W przeprowadzonym badaniu analizie poddano cechy osobowości, poziom samooceny, ocenę własnego ciała i satysfakcję ze związku w zestawieniu z opinią na temat pornografii oraz częstotścią korzystania z niej przez kobiety.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 114 kobiet w wieku 18–30 lat pozostających w związku heteroseksualnym. Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem oprogramowania LimeSurvey. Wykorzystano do niego następujące narzędzia: Skalę Jakości Związku (DAS), Kwestionariusz Osobowości (IPIP-BFM-50), Skalę samooceny (SES), Skalę Oceny Ciała (BES) oraz ankietę własną.

Wyniki: Kobiety, które zadeklarowały, że korzystają z pornografii on-line, stanowią 46% badanych. Istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami korzystającymi i niekorzystającymi z pornografii on-line zaobserwowano pod względem stabilności emocjonalnej oraz opinii na temat pornografii. Wykazano również dodatnie korelacje pomiędzy eksplorowanymi zmiennymi a przekonaniem na temat pornografii.

Wnioski: Zagadnienie konsumpcji pornografii on-line przez kobiety jest zdecydowanie wartę dalszej eksploracji. Z jednej strony przybywa polskich użytkowników portali pornograficznych i warto znać nie tylko ryzyko, jakie się z tym wiąże, ale też potencjalny konstruktywny wpływ na odbiorczynie. Z drugiej strony, duża część uzyskanych w badaniu wyników wskazuje na pozytywny odbiór pornografii i jej związek z zasobami kobiet, co stanowi dodatkowy głos w ogólnej dyskusji na temat wpływu pornografii na jej odbiorców.

Słowa kluczowe: pornografia, samoocena i ocena własnego ciała, satysfakcja ze związku, osobowość

Seksuologia Polska 2020; 18: 17–24

Abstract

Introduction: The consumption of pornography, which is usually considered a male activity, is now also becoming more and more popular among women. This phenomenon raises the question about the psychological characteristics of women using pornographic content. In the study, personality traits, level of self-esteem, assessment of body and satisfaction with the relationship were analyzed in relation to the opinion on pornography and the frequency of using it by women.

Material and methods: In the study took part 114 women aged 18–30 staying in heterosexual relationships. The study was conducted via the Lime Survey software. The following tools were used: Dyadic Adjustment

Adres do korespondencji: Maja Kwiatkowska
Centrum Pieczy Zastępczej i Wspierania Rodziny w Gliwicach
e-mail: kwiatkowskamaja.km@gmail.com

Przyjęto do druku:

Nadesłano: 1.09.2020

Przyjęto do druku: 15.10.2020

Scale (DAS), International Personality Item Pool-Big Five Markers-50, Self-Esteem Scale (SES), Body Esteem Scale (BES) and own survey.

Results: 46% of respondents declared that they use online pornography. Statistically significant differences between women using and not using online pornography were observed in terms of emotional stability and opinions on pornography. Positive correlations between explored variables and beliefs about pornography were also proven.

Conclusions: The issue of the consumption of online pornography by women is definitely worth further exploration. On the one hand, there are more and more Polish users of pornographic portals and it is worth knowing not only the risk associated with it, but also the potential constructive impact on the users. On the other hand, a majority of the results obtained in the study indicate a positive perception of pornography by woman, and its correlation with constructive psychological traits. It is an additional voice in the overall discussion on the impact of pornography on its users.

Key words: pornography, self-esteem and body assessment, relationship satisfaction, personality

Seksuologia Polska 2020; 18: 17–24

Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania pornografią. Łatwy dostęp do Internetu oraz względna anonimowość pozwalają na konsumpcję pornografii bez jakichkolwiek przeszkód [1]. Takie okoliczności mogą się przyczynić do intensyfikacji korzystania z materiałów pornograficznych, a co za tym idzie różnego rodzaju negatywnych skutków dla użytkowników. W Polsce wśród serwisów internetowych z erotyką i pornografią największą popularność zyskał Pornhub, z którego miesięcznie korzysta około 5,5 miliona użytkowników na całym świecie [2]. Według raportu opublikowanego przez Pornhub za rok 2019 Polska znajduje się na 14 miejscu na świecie pod względem liczby użytkowników korzystających z serwisu [3]. Biorąc pod uwagę coraz większą konsumpcję pornografii, warto się zastanowić, jakimi cechami psychologicznymi odznaczają się jej odbiorcy oraz jak oglądanie filmów pornograficznych wpływa na ich satysfakcję ze związku, jeśli w takowym się znajdują. Należy zwrócić uwagę, że dla coraz większej liczby osób korzystanie z pornografii, które często idzie w parze z masturbacją, staje się powodem do szukania pomocy u specjalistów [4]. Być może poświęcenie większej uwagi przesłankom psychologicznym pozwoli psychologom, terapeutom oraz lekarzom udzielić bardziej fachowej pomocy tym, którzy jej potrzebują.

Statystyki wskazują, że liczba osób odwiedzających różne serwisy internetowe z pornografią cały czas rośnie. Interesującym zagadnieniem oprócz liczby użytkowników jest również ich płeć, okazuje się bowiem, że coraz więcej kobiet korzysta z pornografii on-line. Na przykład Pornhub [3] w swoim raporcie podaje, że stanowią one 32% użytkowników portalu na całym świecie. W Polsce w ubiegłym roku z serwisu korzystało 35% użytkowniczek — oznacza to o 5% większą liczbę niż w roku 2018 oraz o 6% większą niż w 2017 [3, 5, 6]. Dodatkowo, można zauważyć, że

kobiety korzystają z serwisu zazwyczaj 23 sekundy dłużej niż mężczyźni [3]. Jak podaje Lewczuk i wsp. [7], rzadsze korzystanie z pornografii przez kobiety w porównaniu z mężczyznami wiąże się z ich przekonaniem, że oglądanie pornografii to domena płci przeciwnej. W związku z powyższym, warto poddać analizie cechy psychologiczne kobiet, które są użytkowniczkami pornografii on-line oraz zweryfikować, jaka jest ich opinia na temat pornografii.

W większości badań psychologicznych dotyczących pornografii główny nacisk jest położony na potencjalne negatywne konsekwencje płynące z jej nadmiernego użytkowania. Warto jednak zwrócić uwagę na cechy osobowości konsumenta pornografii poza kontekstem patogenezy. Gerymski [8] w swoich badaniach z udziałem 136 osób w wieku 19–56 lat dowiódł, że użytkownicy pornografii charakteryzują się wyższym poziomem ekstrawersji i stabilności emocjonalnej w stosunku do osób, które nie oglądają materiałów pornograficznych. W innych analizach wykazano również związek pomiędzy wysokim neurotyzmem a częstym korzystaniem z pornografii [9]. Natomiast wyniki badań Ogińskiej-Bulik [10] sugerują, że wysoki poziom neurotyczności, a niski ugodowości, otwartości na doświadczenie i sumienności, sprzyjają angażowaniu się w problematyczne zachowania seksualne, co może również wiązać się z nadmiernym oglądaniem pornografii.

Oglądanie filmów pornograficznych może nieść ze sobą negatywne konsekwencje, takie jak obniżona ocena atrakcyjności własnej oraz partnera [11]. Związek pomiędzy obrazem własnego ciała i korzystaniem z pornografii jest przedmiotem badań psychologów, ale również urologów czy chirurgów plastycznych [12]. Z raportu Mondaini i wsp. [12] wynika, że spośród 67 mężczyzn, którzy zgłosili niezadowolenie z powodu zbyt małych rozmiarów członka, aż 25 pomyślało tak po obejrzeniu materiałów pornograficznych. Warto również zaznaczyć, że żaden z tych mężczyzn nie miał

znacząco małego penisa [12]. Analizy wskazują również, że osoby z obniżoną samooceną mają skłonność do problematycznego korzystania z materiałów pornograficznych [13]. Natomiast raport Stewarta i Szymańskiego [14] ukazuje, że korzystanie z pornografii przez partnera negatywnie wpływa na samoocenę kobiet. Porównywanie się do aktorek filmów pornograficznych może doprowadzić do wykreowania idealnego obrazu kobiecej seksualności, który nie będzie możliwy do uzyskania.

Użytkowanie pornografii jest również związane z jakością funkcjonowania w związku. Zdecydowanie więcej informacji można znaleźć na temat negatywnych, a nie pozytywnych skutków konsumpcji treści pornograficznych osób pozostających w relacji romantycznej. Na przykład Bergner i Bridges [15] podali, że kobiety, które dowiadują się, że ich partner ogląda pornografię zaczynają powątpiewać w uczucie, jakim darzy je mężczyzna oraz w jego zaangażowanie w związek [15]. W opozycji do tego stoją wyniki uzyskane przez Krasuskiego i Żelazo [16], którzy przebadali 184 kobiety, spośród których prawie połowa zadeklarowała, że oglądanie pornografii przez partnera nie jest dla nich problemem. Analizując jednak wyniki z uwzględnieniem poziomu samooceny uzyskano zależność, iż kobiety z niską samooceną częściej wątpią w uczucia, jakimi darzy je partner, jeśli korzysta z materiałów pornograficznych [16]. Kohut i wsp. [17] zwrócili uwagę, że istotne jest również to, jak użytkuje się pornografię w związku. Z badań wynika, że oglądanie filmów pornograficznych osobno może być związane z zahamowaną komunikacją oraz niewielką bliskością w diadzie. Jednocześnie okazuje się, że u par heteroseksualnych wspólne korzystanie z pornografii wiąże się zarówno z odczuwaną bliskością w relacji, jak i z otwartością seksualną [17].

Niniejsze badanie ma na celu odpowiedź na następujące pytania:

1. Jaka jest opinia na temat pornografii on-line i częstotliwość korzystania z niej wśród kobiet w wieku 18–30 lat pozostających w związkach heteroseksualnych?
2. Czy cechy osobowości, takie jak: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia (intelekt), ugodowość, sumienność są związane z oceną pornografii i częstotliwością korzystania z pornografii on-line przez kobiety?
3. Czy poziom samooceny jest związany z oceną pornografii i częstotliwością korzystania z pornografii on-line przez kobiety?
4. Czy ocena własnego ciała w wymiarach: atrakcyjność seksualna, kontrola wagi, kondycja fizyczna jest związana z oceną pornografii i częstotliwością korzystania z pornografii on-line przez kobiety?
5. Czy ocena jakości własnego związku oraz aspekty tej oceny, takie jak: poziom zgodności, poziom

satysfakcji, poziom ekspresji emocjonalnej, poziom spójności są związane z oceną pornografii i częstotliwością korzystania z pornografii on-line przez kobiety?

6. Czy kobiety korzystające i niekorzystające z pornografii on-line różnią się istotnie pod względem: cech osobowości, samooceny, oceny własnego ciała, oceny jakości własnego związku oraz oceny pornografii?

Materiał i metody

Badanie dedykowane było kobietom w wieku 18–30 lat pozostającym w związku heteroseksualnym formalnym lub nieformalnym. Osoby były rekrutowane za pomocą portali społecznościowych oraz poprzez zaproszenia bezpośrednie. Badanie przeprowadzono za pośrednictwem oprogramowania *LimeSurvey*. Ankietyowane udzielały odpowiedzi dobrowolnie i w pełni anonimowo.

Narzędzia badawcze

Skala Jakości Związku

W badaniu użyto polskiej adaptacji Skali Jakości Związku w opracowaniu Cieślaka z 1989 roku [18]. Oryginalna wersja skali — *Dyadic Adjustment Scale*, stworzona była przez Spaniera w 1976 roku do badania oceny jakości małżeństwa. Na potrzeby niniejszej pracy zastosowano ją jednak do oceny jakości związku bez względu na stopień jego formalizacji. Narzędzie obejmuje 32 stwierdzenia mierzące cztery aspekty funkcjonowania związku: zgodność, satysfakcja, ekspresja emocjonalna i spójność. W badaniach polskich współczynnik rzetelności dla wyniku ogólnego wyniósł 0,89.

Kwestionariusz Osobowości

Kwestionariusz *International Personality Item Pool Big Five Markers* (IPIP-BFM-50) został opracowany w ramach projektu IPIP Goldberga i wsp. (2006). Polskiej adaptacji narzędzia dokonali Strus, Ciecuch i Rowiński [18]. Kwestionariusz mierzy Wielką Piątkę cech osobowości w tradycji leksykalnej. Narzędzie składa się z 50 stwierdzeń tworzących pięć skal: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna i intelekt. Współczynniki rzetelności dla skal zawierają się w przedziale od 0,73 do 0,91.

Skala samooceny

Autorem oryginalnej wersji skali samooceny SES (*Sale Esteem Scale*) jest Rosenberg (1965). Polskiej adaptacji dokonały Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek

i Łaguna [20]. Narzędzie mierzy samoocenę globalną i składa się z 10 stwierdzeń. Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza wynosi od 0,81 do 0,83 i jest zależna od badanej grupy wiekowej.

Skala Oceny Ciała

W badaniu zastosowano polską wersję narzędzia Skala Oceny Ciała (BES, *Body Esteem Scale*) autorstwa Franzoni i Shields (1984) w adaptacji Lipowskiej i Lipowskiego [21]. Kwestionariusz pozwala przyrzeć się stosunkowi jednostki do własnego ciała. W jego skład wchodzi trzy podskale: atrakcyjność seksualna, kontrola wagi i kondycja fizyczna w przypadku kobiet lub atrakcyjność fizyczna, siła ciała i kondycja fizyczna w przypadku mężczyzn. Całość składa się z 35 itemów. Rzetelność mierzona alfą Cronbacha w grupie kobiet wynosi 0,92, a w grupie mężczyzn 0,94.

Ankieta własna

Ankieta własna zawierała pytania dotyczące wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, częstości korzystania z pornografii oraz opinii na jej temat. Pytano również o długość i rodzaj związku (heteroseksualny, homoseksualny).

Grupa badana

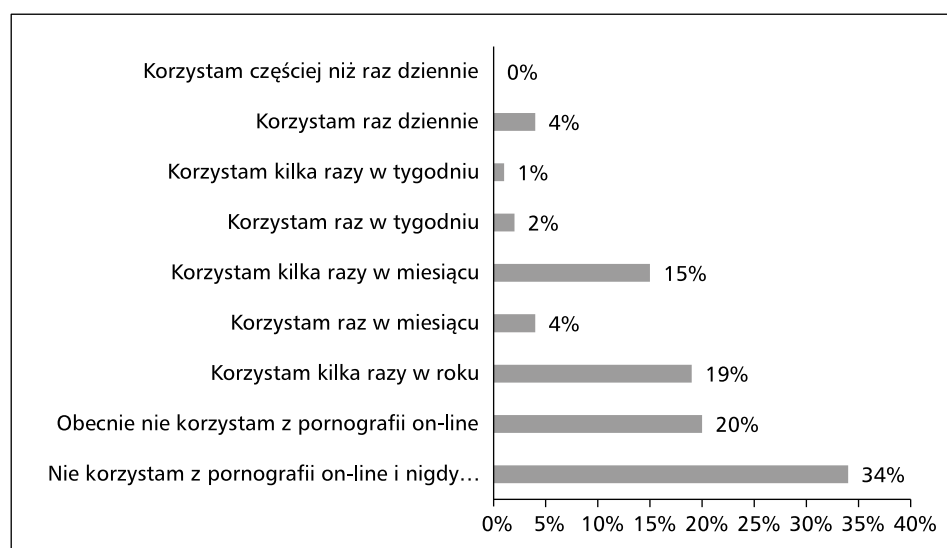
W badaniu wzięło udział 120 kobiet w wieku 18–30 lat pozostających w związku formalnym lub nieformalnym. Ze względu na przeważającą liczbę kobiet będących w związkach heteroseksualnych zdecydowano się nie uwzględniać w analizach odpowiedzi osób pozostających w relacjach homoseksualnych. Stąd ostatecznie w grupie badanej znalazło się 114 kobiet. Średnia wieku badanych wyniosła 24 lata (SD [*stan-*

dard deviation] = 2,88). Większość kobiet posiadało wykształcenie średnie — 59 kobiet (52%) i wyższe — 51 kobiet (45%). Wykształcenie gimnazjalne posiadały 3 badane, a zawodowe 1 ankietowana. Dominująca grupa respondentek pochodziła ze średnich i dużych miast ($n = 92$; 81%). W związku nieformalnym były 92 kobiety (81%), a w związku małżeńskim 22 ankietowane (19%).

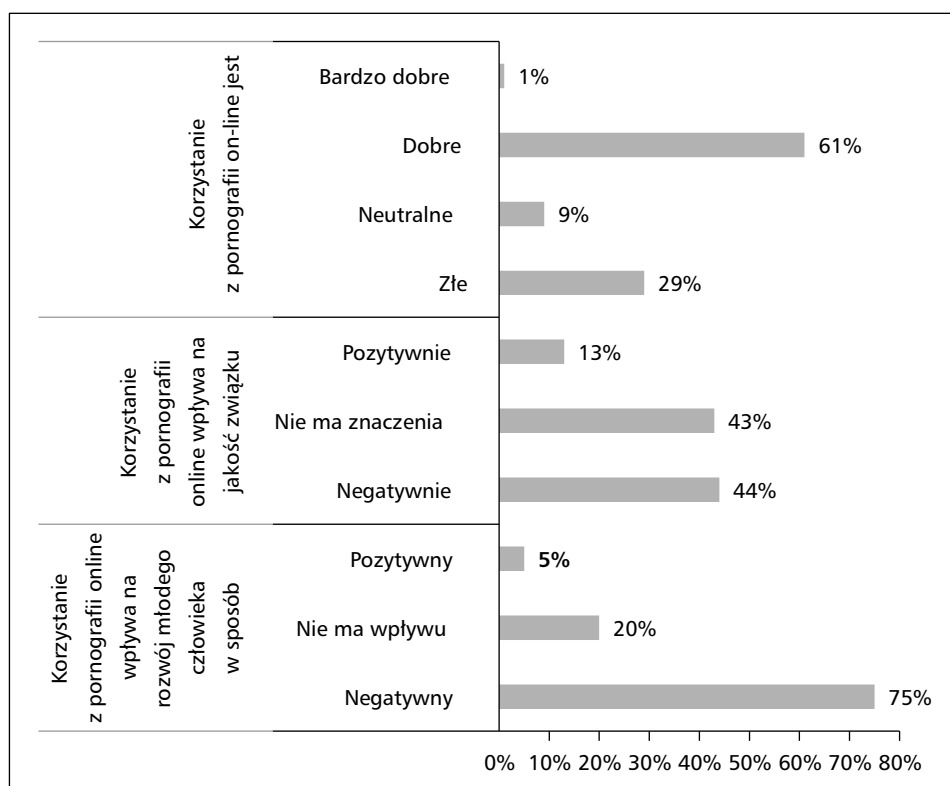
Wyniki

Kobiety, które zadeklarowały, że korzystają z pornografii on-line stanowią łącznie 46% badanych ($n = 52$). Najliczniejsza grupa badanych, 19% ($n = 22$), korzysta z materiałów pornograficznych on-line kilka razy w roku, natomiast 4% kobiet ($n = 5$) korzysta z nich codziennie. Spośród badanych 34% kobiet ($n = 39$) nigdy nie korzystało z pornografii, a 20% ($n = 23$) robiło to w przeszłości, jednak obecnie tego nie robi. Na rycinie 1 przedstawiono procentowy rozkład częstości korzystania z pornografii on-line przez respondentki.

Najwięcej badanych (61%, $n = 69$) żywi przekonanie, że korzystanie z pornografii jest dobre. Za złe uważa je 29% kobiet ($n = 33$). Opinie na temat wpływu korzystania z pornografii na związek są podzielone. Dwie podobnie liczne grupy badanych uważają, że oglądanie pornografii on-line nie ma znaczenia w kontekście jakości związku (43%, $n = 49$) lub że ma wpływ negatywny (44%, $n = 50$). Zdecydowana większość respondentek, bo aż 75% ($n = 85$) uważa, że korzystanie z pornografii on-line ma negatywny wpływ na rozwój młodego człowieka. Na rycinie 2 przedstawiono procentowy rozkład opinii badanych na temat korzystania z pornografii on-line.



Rycina 1. Rozkład częstości korzystania z pornografii on-line



Rycina 2. Rozkład opinii na temat pornografii on-line

Tabela 1. Korelacja analizowanych zmiennych psychologicznych, opinii nt. pornografii oraz częstości korzystania z niej

Zmienne	Opinia na temat korzystania z pornografii on-line	Opinia na temat: jak korzystanie z pornografii on-line wpływa na jakość związku	Opinia na temat: jak korzystanie z pornografii on-line wpływa na rozwój młodego człowieka	Częstość korzystania z pornografii on-line
Częstość korzystania z pornografii	*0,37	*0,51	*0,34	–
Ekstrawersja	0,13	0,00	–0,03	0,03
Ugodowość	0,14	–0,02	–0,05	–0,14
Sumienność	0,05	0,10	–0,05	–0,02
Stabilność emocjonalna	*0,21	*0,36	0,14	*0,24
Intelekt	*0,22	0,08	0,03	0,09
Samoocena	0,18	0,13	0,12	0,06
Atrakcyjność seksualna	0,08	0,13	0,05	–0,01
Kontrola wagi	0,14	0,13	0,01	–0,05
Kondycja fizyczna	*0,19	0,01	–0,05	–0,06
Zgodność	0,13	0,09	0,03	–0,04
Satysfakcja	0,09	0,07	0,13	–0,04
Ekspresja emocjonalna	*0,23	0,06	0,05	0,05
Spójność	0,04	0,03	–0,02	–0,12
Wynik ogólny jakości związku	*0,20	0,07	0,06	0,02

*wynik istotny statystycznie dla $p < 0,05$

W tabeli 1 zaprezentowano wyniki korelacji Spearmana dla eksplorowanych zmiennych psychologicznych, opinii na temat pornografii oraz częstości z jej korzystania. W zakresie cech osobowości uzyskano

dotatnią korelację między stabilnością emocjonalną a opinią na temat korzystania z pornografii on-line ($r = 0,21$, $p < 0,05$), opinią o jej wpływie na jakość związku ($r = 0,36$, $p < 0,05$) oraz częstością z korzystania z por-

Tabela 2. Porównanie grup kobiet korzystających i niekorzystających z pornografii on-line pod względem analizowanych zmiennych psychologicznych oraz opinii na temat pornografii

Zmienne	p
Opinia na temat korzystania z pornografii on-line	*0,00¹
Opinia na temat: jak korzystanie z pornografii on-line wpływa na jakość związku	*0,00¹
Opinia na temat: jak korzystanie z pornografii on-line wpływa na rozwój młodego człowieka	*0,00¹
Ekstrawersja	0,69 ¹
Ugodowość	0,18 ¹
Sumiennność	0,94 ¹
Stabilność emocjonalna	*0,01¹
Intelekt	0,61 ¹
Samocena	0,52 ¹
Atrakcyjność seksualna	0,67 ²
Kontrola wagi	0,85 ²
Kondycja fizyczna	0,99 ²
Zgodność	0,87 ¹
Satysfakcja	0,36 ¹
Ekspresja emocjonalna	0,58 ¹
Spójność	0,21 ¹
Wynik ogólny jakości związku	0,85 ¹

*wynik istotny statystycznie dla $p < 0,05$; ¹Test U Manna-Whitneya; ²Test T Studenta

nografii ($r = 0,24$, $p < 0,05$). Intelekt także okazał się dodatnio skorelowany z opinią na temat korzystania z pornografii ($r = 0,22$, $p < 0,05$). Jeden aspekt oceny własnego ciała, kondycja fizyczna, koreluje istotnie dodatnio z opinią na temat korzystania z pornografii ($r = 0,19$, $p < 0,05$). W zakresie oceny jakości własnego związku uzyskano istotną korelację ekspresji emocjonalnej ($r = 0,23$, $p < 0,05$) oraz ogólnej oceny jakości związku ($r = 0,20$, $p < 0,05$) z opinią na temat korzystania z pornografii. W przypadku pozostałych zmiennych psychologicznych nie wykazano istotnych statystycznie zależności z żadnym z aspektów opinii na temat pornografii oraz z częstością korzystania z filmów pornograficznych on-line. Natomiast analizy wskazują, że im częściej ankietowane korzystają z pornografii on-line, tym mają bardziej pozytywną opinię na temat korzystania z pornografii, jej wpływu na jakość związku i rozwój młodego człowieka.

W tabeli 2 zaprezentowano porównanie badanych oglądających (bez względu na częstotliwość oglądania) i nie oglądających (nigdy lub obecnie) pornografii on-line pod względem opinii na temat pornografii oraz analizowanych cech psychologicznych. W zależności od parametryczności rozkładu zmiennych wykonano test T Studenta lub test U Manna-Whitneya. Istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami występują w zakresie poziomu stabilności emocjo-

nalnej oraz opinii na temat korzystania z pornografii, jej wpływu na jakość związku i na rozwój młodego człowieka.

Omówienie

Uzyskane w badaniu wyniki na temat częstotliwości korzystania kobiet z pornografii on-line korespondują z raportami prezentowanymi przez portale pornograficzne tj. Pornhub [3]. W badaniu wręcz blisko połowa ankietowanych zadeklarowała, że są konsumentkami internetowej pornografii. Analiza wykazała również, że im częściej kobiety oglądają filmy pornograficzne, tym bardziej pozytywna jest ich opinia dotycząca zarówno samego korzystania z pornografii, jak i jej wpływu na rozwój młodego człowieka oraz na jakość związku. Według Lewczuka i wsp. [7] częstość oglądania filmów pornograficznych przez ludzi zależy od opinii, jaką posiadają oni na jej temat.

Choć większość respondentek uznaje korzystanie z pornografii za ogólnie dobre, to zdecydowanie obawiają się jej negatywnego wpływu na rozwój młodego człowieka. Natomiast opinie na temat wpływu pornografii na jakość związku są podzielone, pozytywne oddziaływanie na relację deklaruje tylko 13% badanych. Może wynikać to między innymi z sygnalizowanych w badaniu Bergner i Bridges [15] obaw kobiet o zaangażowanie w związek i jakość uczuć partnera, które pojawiają się po odkryciu, że korzysta on z materiałów pornograficznych. Należy jednak zaznaczyć, że w omawianym badaniu nie uwzględniono rozróżnienia na korzystanie z pornografii osobno przez kobietę, przez partnera lub wspólne. W przyszłości warto dodać takie kategorie odpowiedzi.

Biorąc pod uwagę wyniki DAS, wykazano, że im większą ekspresję emocjonalną w diadzie deklarowały badane oraz im lepiej oceniały jakość swojego związku, tym bardziej pozytywną opinię miały one na temat korzystania z pornografii on-line. Ponieważ ekspresja emocjonalna odnosi się do wzajemnego okazywania sobie uczuć przez partnerów oraz ich przywiązania do siebie, pozytywna opinia na temat pornografii może wynikać z zaufania, którym siebie obdarzają lub wręcz ze wspólnego korzystania z materiałów pornograficznych. Jak wykazał Daneback i wsp. [15], celem par korzystających z pornografii wspólnie jest wzmacnianie relacji w związku, jak również tworzenie erotycznego klimatu [15]. Natomiast kobiety korzystające z pornografii z partnerem mają mniej negatywnych opinii na swój temat, co również może się przekładać na odczuwaną jakość związku [15].

Pod względem osobowości wykazano jedynie istotną zależność pomiędzy stabilnością emocjonalną i intelektem a opinią na temat pornografii. Im bardziej

stabilne emocjonalnie były badane, tym bardziej pozytywną miały opinię. Wykazano również istotne różnice pod względem stabilności emocjonalnej pomiędzy kobietami korzystającymi i niekorzystającymi z pornografii. Wyniki te potwierdzają rezultaty otrzymywane przez innych badaczy, na przykład Hald i Malamuth [22], którzy wykazali, że ankietowani, którzy oglądali filmy pornograficzne mieli wyższy poziom stabilności emocjonalnej w porównaniu z osobami, które nie są konsumentami pornografii. Co ciekawe, dane zarówno z duńskich, jak z polskich badań stoją w opozycji do twierdzenia, że użytkowanie materiałów pornograficznych może być wyrazem problemów emocjonalnych danej osoby.

Dodatkowo im wyższy wynik osiągnęły badane w skali intelekt, tym bardziej pozytywna była ich opinia na temat korzystania z pornografii on-line. Zmienna intelekt jest w znacznym zakresie odpowiednikiem otwartości na doświadczenie w teorii Wielkiej Piątki cech osobowości [19]. Badacze konsumpcji pornografii, tacy jak na przykład Gerymski [8], również wskazują na istotną rolę otwartości na doświadczenie, może być ona między innymi predyktorem większego zestawu upodobań z zakresu kategorii filmów pornograficznych.

Odpowiedzi respondentek dotyczące samooceny i oceny wskazują na prawie zupełny brak związku tych zmiennych z opinią na temat pornografii i częstotścią jej oglądania. Dodatnia i istotna statystycznie okazała się jedynie korelacja między oceną własnej kondycji fizycznej a opinią na temat korzystania z pornografii on-line. Nie potwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic pod względem trzech analizowanych wymiarów oceny własnego ciała u ankietowanych korzystających i niekorzystających z pornografii on-line. Można przypuszczać, że kobiety nie utożsamiają się z aktorami występującymi w filmach pornograficznych i nie mają wobec siebie podobnych oczekiwań związanych z wyglądem i sprawnością seksualną. Jak dotąd więcej doniesień naukowych potwierdza związek obniżonej oceny ciała z korzystaniem z pornografii on-line u mężczyzn niż u kobiet. Wyniki niniejszych badań nie potwierdzają również związku samooceny ogólnej z opinią na temat pornografii i z częstotścią z niej korzystania, a także istotnych różnic w samoocenie u osób korzystających i niekorzystających z pornografii. Rezultaty te stoją w sprzeczności z danymi uzyskiwanymi przez innych badaczy [11, 12] i mogą stanowić dodatkowy głos w dyskusji o powszechnie zakładanej szkodliwości materiałów pornograficznych.

Temat konsumpcji pornografii przez kobiety zdecydowanie wymaga dalszej eksploracji. Dokonując interpretacji uzyskanych wyników, należy pamiętać o limitacjach przeprowadzonych badań. Już sam temat,

konsumpcja pornografii, może budzić opór u respondentów, stąd uzyskano dostęp tylko do ograniczonej grupy badanych, ponadto tych, którzy mają w sobie gotowość do dzielenia się przemyśleniami związanymi z tą tematyką. Żeby zapewnić respondentom anonimowość i zwiększyć ich chęć do uczestnictwa w badaniu zdecydowano się na jego rozpowszechnienie drogą Internetową co również wiąże się z ograniczeniami, między innymi z brakiem możliwości kontrolowania czynników zewnętrznych, takich jak miejsce czy obecność osób trzecich. W przyszłych badaniach należy dążyć do wyeliminowania powyższych ograniczeń, ponadto warto poszerzyć grupę respondentek o kobiety pozostające w związkach homoseksualnych, a także dokonać porównań wyników dla reprezentantek różnych grupach wiekowych, będących zarówno w związkach formalnych, jak nieformalnych. Cennym byłoby również kontrolowanie sposobu oglądania pornografii, czyli zwrócenie uwagi, czy do jej konsumpcji dochodzi indywidualnie, czy wspólnie z partnerem lub partnerką.

Piśmiennictwo:

1. Spitzer M. Cyberchoroby. Jak cyfrowe życie rujnuje nasze zdrowie. Wydawnictwo Dobra Literatura, Słupsk 2016.
2. Największe portale pornograficzne. Z jakich serwisów erotycznych korzystają Polacy [ranking]. 2020. interaktywnie.com.
3. The 2019 Year in Review. 2019. www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review#traffic.
4. Gola M, Lewczuk K, Skorko M. What matters: quantity or quality of pornography use? Psychological and Behavioral Factors of Seeking Treatment for Problematic Pornography Use. *J Sex Med*. 2016; 13(5): 815–824, doi: [10.1016/j.jsxm.2016.02.169](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.169), indexed in Pubmed: [27012817](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27012817/).
5. 2017 Year in Review. www.pornhub.com/insights/2017-year-in-review.
6. 2018 Year in Review. www.pornhub.com/insights/2018-year-in-review.
7. Lewczuk K, Szmyd J, Skorko M, et al. Treatment seeking for problematic pornography use among women. *J Behav Addict*. 2017; 6(4): 445–456, doi: [10.1556/2006.6.2017.063](https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.063), indexed in Pubmed: [29034717](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29034717/).
8. Gerymski R. Czy cechy osobowości są dobrymi predyktorami typu oglądanej pornografii? Analiza związku między cechami osobowości a preferencjami wybranych kategorii pornograficznych. *Przegląd seksuologiczny*. 2017; 51(3): 2–9.
9. Egan V, Parmar R. Dirty habits? Online pornography use, personality, obsessiveness, and compulsivity. *J Sex Marital Ther*. 2013; 39(5): 394–409, doi: [10.1080/0092623X.2012.710182](https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.710182), indexed in Pubmed: [23577795](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23577795/).
10. Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D a ryzyko uzależnienia od czynności. *Psychiatria*. 2010; 7(1): 11–24.
11. Kocur D. Wpływ filmu 50 twarzy Greya na postawy wobec praktyk BDSM oraz zachowania seksualne. *Seksuologia Polska*. 2019; 17: 16–27.
12. Cranney S. Internet Pornography Use and Sexual Body Image in a Dutch Sample. *Int J Sex Health*. 2015; 27(3): 316–323, doi: [10.1080/19317611.2014.999967](https://doi.org/10.1080/19317611.2014.999967), indexed in Pubmed: [26918066](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26918066/).
13. Kim HK, Davis K. Toward a comprehensive theory of problematic Internet use: Evaluating the role of self-esteem, anxiety, flow, and the self-rated importance of Internet activities. *Computers*

- in *Human Behavior*. 2009; 25(2): 490–500, doi: [10.1016/j.chb.2008.11.001](https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.11.001).
14. Szymanski D, Stewart-Richardson D. Psychological, relational, and sexual correlates of pornography use on young adult heterosexual men in romantic relationships. *The Journal of Men's Studies*. 2014; 22(1): 64–82, doi: [10.3149/jms.2201.64](https://doi.org/10.3149/jms.2201.64).
15. Poulsen FO, Busby DM, Galovan AM. Pornography use: who uses it and how it is associated with couple outcomes. *J Sex Res*. 2013; 50(1): 72–83, doi: [10.1080/00224499.2011.648027](https://doi.org/10.1080/00224499.2011.648027), indexed in Pubmed: [22449010](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22449010/).
16. Krasuski T, Żelazo M. Przekonania kobiet dotyczące oglądania pornografii przez mężczyzn. *Seksuologia Polska*. 2017; 15(2): 57–62.
17. Kohut T, Balzarini R, Fisher W, et al. Pornography's associations with open sexual communication and relationship closeness vary as a function of dyadic patterns of pornography use within heterosexual relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2018; 35(4): 655–676, doi: [10.1177/0265407517743096](https://doi.org/10.1177/0265407517743096).
18. Cieślak K. Polska wersja skali G.B. Spaniera służącej do pomiaru jakości związku małżeńskiego (DAS). *Przegląd Psychologiczny*. 1989; 32(4): 1041–1050.
19. Strus W, Ciecuch J, Rowiński T. Polska adaptacja kwestionariusza IPIP-BFM-50 do pomiaru pięciu cech osobowości w ujęciu leksykalnym. *Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology*. 2014; 17(2): 327–346.
20. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga — polska adaptacja metody. *Psychologia społeczna*. 2007; 2(02): 164–176.
21. Lipowska M, Lipowski M. Polish normalization of the body esteem scale. *Health Psychology Report*. 2013; 1(1): 72–81.
22. Hald GM, Malamuth NN. Experimental effects of exposure to pornography: the moderating effect of personality and mediating effect of sexual arousal. *Arch Sex Behav*. 2015; 44(1): 99–109, doi: [10.1007/s10508-014-0291-5](https://doi.org/10.1007/s10508-014-0291-5), indexed in Pubmed: [24729134](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24729134/).

Potrzeby i reakcje seksualne kobiet w wieku okołomenopauzalnym

Sexual needs and reactions of perimenopausal women

Anna Kremska

Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Streszczenie

Wstęp: Według Światowej Organizacji Zdrowia aktywność seksualna jest podstawowym prawem człowieka i integralną częścią jego życia.

Material i metody: W badaniu oceniono potrzeby i reakcje seksualne kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Badaną grupę stanowiło 200 kobiet w wieku 45–55 lat. Badania przeprowadzono w 2016 roku metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem własnego kwestionariusza ankiety oraz Skali Mell-Krat dla kobiet.

Wyniki: Ankietowane nie wstydzą się rozmawiać o swoim życiu seksualnym (71,0%). Najwięcej kobiet w wieku okołomenopauzalnym współżyje raz w tygodniu (53,0%), a 50,5% respondentek przed stosunkiem nie przejawia inicjatywy i tylko czasami ma chęć na zbliżenie. Jedynie 13,5% ankietowanych osiąga orgazm podczas każdorazowego współżycia i po około 6-15 minutach (32,5%). Najwięcej kobiet podczas gry wstępnej odczuwa mierne nawilgocenie (54,0%), ale po stosunku czują się przyjemnie zmęczone i zadowolone (53,0%). Wiele kobiet (38,0%) podczas stosunku zmienia pozycje seksualne, ale wybiera tylko te podstawowe i wykazuje aktywność objawiającą się poruszaniem ciała, dotykaniem i ściąganiem napletka u partnera (35,0%). Aż 42,0% ankietowanych nigdy nie osiągnęło orgazmu nocnego.

Wnioski: Kobiety w wieku okołomenopauzalnym nie wstydzą się rozmawiać o swoim życiu seksualnym. Badane najczęściej współżyją raz w tygodniu. Ankietowane osiągają orgazm w większości przypadków współżycia, ale potrzebują dużo czasu aby go osiągnąć. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym podczas gry wstępnej odczuwają mierne nawilgocenie, a po stosunku czują się przyjemnie zmęczone i zadowolone. Podczas stosunku kobiety są aktywne seksualnie, zmieniają pozycje, ale wybierają tylko te podstawowe.

Słowa kluczowe: wstyd, życie seksualne, pozycje seksualne, orgazm

Seksuologia Polska 2020; 18: 25–32

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization, sexual activity is a fundamental human right and an integral part of human life.

Material and methods: The study assessed the sexual needs and responses of perimenopausal women. The study group consisted of 200 women aged 45–55. The research was conducted in 2016 using the diagnostic survey method, using the company's own questionnaire and the Mell-Krat Scale for women.

Results: The respondents are not ashamed to talk about their sex life (71.0%). Most perimenopausal women have intercourse once a week (53.0%), and 50.5% of the respondents do not show initiative before intercourse and only sometimes want to have sex. Only 13.5% of the respondents achieve an orgasm during each intercourse and after about 6-15 minutes (32.5%). Most women feel slightly moist during foreplay (54.0%), but feel pleasantly tired and content after intercourse (53.0%). Many women (38.0%) change sexual positions during intercourse, but choose only the basic ones and has an activity such as moving the body, touching and pulling the foreskin in a partner (35.0%). As many as 42.0% of respondents never achieved night orgasm.

Conclusions: Perimenopausal women are not ashamed to talk about their sex life. The subjects most often have sex once a week. Respondents achieve orgasm in most cases of intercourse, but take a long time to achieve it. Perimenopausal women feel slightly moist during foreplay, and feel pleasantly tired and content after intercourse. During intercourse, women are sexually active, change positions, but choose only the basic ones.

Key words: shame, sex life, sexual positions, orgasm

Seksuologia Polska 2020; 18: 25–32

Wstęp

Aktywność seksualna jest bardzo często definiowana jako działanie ukierunkowane na osiągnięcie zadowolenia seksualnego, czyli subiektywnego poczucia satysfakcji z własnego życia seksualnego [1, 2]. Światowa Organizacja Zdrowia i Urząd Chirurgii Ogólnej w Stanach Zjednoczonych podają, iż aktywność seksualna jest podstawowym prawem człowieka i integralną częścią jego życia [3].

Czynnikiem warunkującym podejmowanie czynności seksualnych nie jest pożądanie seksualne, a jedynie pozaseksualne motywy podejmowania aktywności seksualnej tj.: potrzeba czułości i uznania dla partnera, potrzeba wzmocnienia więzi. Kobieta motywowana powyższymi czynnikami otwiera się na bodźce seksualne i przechodzi z seksualnej obojętności w kierunku bycia gotową na odbiór bodźców seksualnych. Jeżeli wymienione czynniki zadziałają w właściwym kontekście i miejscu (zapewniającym intymność, poczucie bezpieczeństwa), kobieta będzie szukała dalszych bodźców seksualnych polegających na stymulacji stref erogennych, zapewnieniu odpowiedniej muzyki, wizualnych materiałów erotycznych czy rozmowy z podtekstem seksualnym [4].

Konsekwencją przetwarzania takich bodźców jest pojawienie się podniecenia seksualnego objawiającego się fizykalnymi (przekrwienie, skurcze) i psychicznymi wykładnikami. Jeśli w początkowym etapie reakcji seksualnej nie występuje podniecenie seksualne, to może być ono wyzwolone w wyniku stymulacji seksualnej (tzw. pożądanie reaktywne). W wyniku wystarczającej stymulacji seksualnej napięcie seksualne i przyjemność wzmagają się. Konsekwencją zwiększającego się podniecenia jest satysfakcja seksualna, której może towarzyszyć orgazm, ale nie zawsze — podniecenie i orgazm nie dają się odróżnić. Orgazm może się również pojawiać przed osiągnięciem największego podniecenia w momencie jego osiągania, a niekiedy w chwili powolnego jego ustępowania [4–6].

Według nowego podejścia do reakcji seksualnej akt seksualny rozpoczyna się w określonych strukturach ośrodkowego układu nerwowego kobiety. Pożądanie seksualne jest nie tylko rezultatem działania instynktu, ale także pobudzenia obszarów mózgu odpowiedzialnych za emocje (układ limbiczny), funkcje poznawcze (kora mózgowa), zachowania seksualne (ciała migdałowe, gdzie znajduje się centrum motywacji seksualnej, jądro brzuszno-przysiadkowe guza popielatego, jądro Cajala, gdzie tworzy się treść zachowań seksualnych, a także jądro olbrzymiokomórkowe, jądra szwu pnia mózgu, jądro przedwzrokowe, przysiadkowe oraz przykomorowe podwzgórza, wzgórze, okolica przedczołowa, czołowo-oczodołowa, kora obręczy, wyspy, potyliczno-skroniowa i czuciowa) [4].

Materiał i metody

W badaniu oceniono potrzeby i reakcje seksualne kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Do grupy badanej zrekrutowano 200 kobiet w wieku 45–55 lat. Były to kobiety pracujące w Klinice Ginekologii i Położnictwa w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, pacjentki Kliniki Chirurgii Ogólnej i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Endokrynologii z Pracownią Medycyny Nuklearnej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, studentki Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Rzeszowie działającego przy Uniwersytecie Rzeszowskim, kobiety podnoszące kwalifikacje zawodowe w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego o nr 11/12/2015 z dnia 2 grudnia 2015 roku. Badania przeprowadzono od 11 marca 2016 do 2 grudnia 2016 roku.

W pracy zastosowano następujące kryteria włączenia i wyłączenia. Kryteria włączenia: wiek kobiet 45–55 lat, osoby płci żeńskiej, kobiety aktywne seksualnie, podpisanie formularza świadomej zgody. Kryteria wyłączenia: brak zgody na udział w badaniu, wiek kobiet powyżej 55 i poniżej 45 lat, podanie niespójnych danych, na przykład wiek inicjacji seksualnej wyższy niż wiek aktualny, stwierdzenie chorób mogących mieć negatywny wpływ na wyniki ocenianych parametrów, na przykład usunięcie macicy, plastyka krocza, usunięcie jajników, zaburzenia statyki narządu rodnego, usunięcie trzonu macicy, usunięcie piersi.

Wszystkie ankietowane poinformowano o tematyce podejmowanej podczas badania, celu badań, możliwości rezygnacji z badań, a także zapewniano o całkowitej anonimowości. Następnie omówiono sposób udzielania odpowiedzi dla poszczególnych kwestionariuszy oraz sposób zabezpieczania anonimowości poprzez zwracanie ich w zaklejonej białej kopercie (poprzez pozostawienie koperty w wyznaczonym miejscu).

W badaniu użyto następujących narzędzi badawczych:

1. Kwestionariusz własny — narzędzie zostało skonstruowane w celu uzupełnienia podstawowych informacji związanych z życiem seksualnym w okresie okołomenopauzalnym.
2. Skala Mell-Krat dla kobiet — narzędzie przeznaczone do badania potrzeb i reakcji seksualnych kobiety. Wersja dla kobiet obejmuje 20 cech skalowanych od 1 do 4. U kobiet ocenia się reakcje seksualne w następującej kolejności: libido, częstota potrzeby kontaktów seksualnych, występowanie orgazmu, częstotliwość stosunków i orgazmu w stosunkach, odsetek stosunków z orgazmem, podniecenie

przed stosunkiem, odczucia podczas stosunku, szybkość osiągnięcia orgazmu, zgranie z partnerem w orgazmie, nastrój przed i po stosunku, samoocena, aktywność w stosunku, pozycje, zachowanie podczas orgazmu, skurcze pochwy w trakcie orgazmu, częstość reakcji pochwy podczas orgazmu, orgazmy nocne, czas trwania zaburzeń seksualnych.

Podczas prowadzenia badań napotkano na trudności w zbieraniu materiału badawczego, a związane one były z poczuciem ingerencji w bardzo osobistą sferę życia i opór w dzieleniu się intymnymi informacjami. Wśród 275 kompletów kwestionariuszy, które otrzymały respondenci spełniające kryteria włączenia w grupie badawczej, czyli respondenci z przedziału wiekowego 45–55 lat, udało się zebrać 231 ankiet, a z nich 200 kwestionariuszy nadawało się do analizy. Każdy zebrany komplet kwestionariuszy został oznaczony numerem, zamieszczonym również w bazie danych. Początkowo dane zakodowano w arkuszu kalkulacyjnym Excel pod postacią wartości liczbowych zgodnie z przyjętym kluczem. Dla zmiennych liczbowych obliczono statystyki opisowe tj. medianę, *n* oraz %.

Wyniki

Mediana dla wieku badanych kobiet z grupy badanej wyniosła 50 lat. Wykształcenie kobiet z grupy badanej było zróżnicowane. Najwięcej badanych z tej grupy miało wykształcenie średnie (64 osoby — 32,0%) lub wyższe magisterskie (57 osób — 28,5%). Większość ankietowanych kobiet postrzegała siebie jako wierzącą katoliczkę (187 osób — 93,5%). Znaczną przewagę liczebną miały wśród badanych kobiet — mężatki, stanowiąc odsetek 94,0% (188 osób). Wśród pozostałych badanych były 4 panny (2,0%) oraz 8 kobiet rozwiedzionych (4,0%). Najwięcej badanych kobiet oceniło własne warunki socjalne jako dobre (138 osób — 69,0%), a 62 kobiety jako średnie (31,0%).

Wstyd podczas rozmowy o swoim życiu seksualnym odczuwało 58 kobiet (29,0%) z grupy badanej (tab. 1).

W skali Mell-Krat oceniono jakość życia seksualnego kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

Z wyników skali Mell-Krat (tab. 2) w grupie badanej wynika, że 58,0% ankietowanych w wieku okołomenopauzalnym potrzebowało współżycia, ale klasyfikowała

to jako przeciętną potrzebę, a 8,0% respondentek nie musiało współżyć, bo nie potrzebowało. Połowa (50,0%) kobiet odczuwało potrzebę współżycia kilka razy w miesiącu, a jedynie 3,0% ankietowanych chciało współżyć codziennie. Ponad połowa badanych (53,0%) kobiet współżyło kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu, a jedynie 1,0% respondentek codziennie lub kilka razy dziennie. Aż 51,0% kobiet szczytowało kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu, a 7,0% badanych nigdy nie odczuwało orgazmu lub raz w roku. Na pytanie dotyczące częstotliwości orgazmu podczas stosunków 62,0% ankietowanych odpowiedziało, że w większości przypadków współżycia osiągało orgazm, a jedynie 4,0% respondentek nigdy lub sporadycznie w ciągu życia doświadczyło orgazmu podczas stosunku. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym doświadczały różnych reakcji podczas podniecenia. Aż 54,0% kobiet odczuwało mierne nawilgotnienie, chwilami silnie się podniecało, 34,0% miało duże nawilgotnienie, silnie się podniecało, a jedynie 1,5% respondentek bardzo łatwo się podniecało, nawet w mało dogodnych warunkach. Czas jaki potrzebowały kobiety aby osiągnąć orgazm był różny: 32,5% kobiet szczytowało po około 6 do 15 minutach, 31,0% po około 15 minutach, 29,5% po około 1 do 2 minutach. Dla kobiet ważne było zgranie z partnerem podczas stosunku i 44,5% ankietowanych szczytowało równocześnie z partnerem, ale w większości przypadków po dłuższym drażnieniu przez partnera, 36,5% w większości jednocześnie lub prawie jednocześnie z partnerem, a 3,5% respondentek nigdy nie doświadczyło orgazmu w tym samym czasie co partner. Kobiety odczuwały różny nastrój przed stosunkiem, w tym 50,5% niekiedy miało chęć, ale inicjatywy nie przejawiały, 42,5% badanych cieszyło się stosunkiem i potrafiły być aktywne, mogły się podniecić, a jedynie 1,5% respondentek odczuwało niechęć, strach, wstręt i starały się unikać współżycia. Z kolei po stosunku 53,0% badanych czuło się dobrze, były zadowolone, przyjemnie zmęczone, 21,5% czuło się całkiem dobrze, ale czasem miały uczucie, że czegoś im brakuje i potrzebują dalszego współżycia, a 1,5% ankietowanych czuło się bardzo źle, miało bóle, były nerwowe, odczuwały złość na partnera. Jeżeli chodzi o ocenę siebie w roli partnerki 50,5% ankietowanych uważało, że były w porządku, 31,0% nie było całkiem pewnych, czy są w porządku, a 8,0% badanych wyda-

Tabela 1. Odczucie wstydu podczas rozmowy o swoim życiu seksualnym

	n	%
Nie	142	71
Tak	58	29
Razem	200	100

Tabela 2. Wyniki skali Mell-Krat w grupie badanej

		n	%
Chęć do współżycia	Niechęć	0	0
	Nie muszę go mieć, nie potrzebuję	16	8
	Potrzebuję przeciętnie	116	58
	Potrzebuję	61	30,5
	Mam silne potrzeby	7	3,5
Potrzeba współżycia	Nigdy, najwyżej raz w roku	0	0
	Kilka razy w roku, najwyżej raz w miesiącu	39	19,5
	Kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu	100	50
	2 razy lub częściej w tygodniu	55	27,5
	Codziennie, kilka razy dziennie	6	3
Częstość dochodzenia do szczytowania	Nigdy, najwyżej raz w roku	14	7
	Kilka razy w roku, najwyżej raz w miesiącu	41	20,5
	Kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu	102	51
	2 razy lub częściej w tygodniu	41	20,5
	Codziennie, kilka razy dziennie	2	1
Częstotliwość stosunków	Nigdy, najwyżej raz w roku	1	0,5
	Kilka razy w roku, najwyżej raz w miesiącu	44	22
	Kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu	106	53
	2 razy lub częściej w tygodniu	47	23,5
	Codziennie, kilka razy dziennie	2	1
Częstotliwość orgazmu w stosunkach	Nigdy lub sporadycznie w ciągu życia	8	4
	W mniejszości przypadków współżycia	41	20,5
	W większości przypadków współżycia	124	62
	W każdorazowym współżyciu	27	13,5
	Zawsze, nawet w niesprzyjających warunkach, też w powtarzaniu	0	0
Procent zadowolających stosunków w ostatnim roku	0	4	2
	Okolo 25,0%	35	17,5
	Okolo 50,0%	50	25
	Okolo 75,0%	82	41
	Okolo 90-100,0%	29	14,5
Podniecenie — reakcje przy przygotowaniu	Jest to dla mnie nieprzyjemne, nie staram się, odrzucam to	6	3
	Staram się, ale nic nie czuję, jestem sucha	15	7,5
	Odczuwam mierne nawilgotnienie, silnie się podniecam chwilami	108	54
	Mam duże nawilgotnienie, silnie się podniecam	68	34
	Bardzo łatwo i dużo podniecam się, nawet w mało dogodnych warunkach	3	1,5
Odczucia w stosunku	Nieprzyjemne, bolesność	4	2
	Wrażenie, że jestem zimna	15	7,5
	Przyjemne, stale jednakowo narastają	68	34
	Przyjemnie, narastają do pewnego punktu, ewentualnie zanikają	55	27,5
	Przyjemne, narastają aż do orgazmu	58	29
Szybkość dochodzenia do szczytowania	Nic	5	2,5
	Okolo 15 minut	62	31
	Okolo 6 do 15 minut	65	32,5
	Okolo 3 do 5 minut	9	4,5
	Okolo 1 do 2 minut	59	29,5
Zgranie z partnerem w szczytowaniu	Nigdy	7	3,5
	Jedynie przy pierwszym drażnieniu narządów płciowych, raczej poza stosunkiem	25	12,5
	W większości po dłuższy drażnieniu przez partnera lub po dalszym stosunku	89	44,5
	W większości jednocześnie lub prawie jednocześnie	73	36,5
	Wielokrotnie podczas stosunku	6	3
Nastrój przed stosunkiem	Niechęć, strach, wstręt, staram się uniknąć	3	1,5
	Obojętność, nigdy mi nie zależy	8	4
	Niekiedy mam chęć, ale inicjatywy nie przejawiam	101	50,5
	W większości cieszę się stosunkiem, potrafię być aktywna, mogę się podniecić	85	42,5
	Stale się cieszę, szukam, mogę go mieć nawet w niesprzyjających warunkach	3	1,5

Tabela 2 cd. Wyniki skali Mell-Krat w grupie badanej

		n	%
Nastrój po stosunku	Czuję się bardzo źle, mam bóle, nerwowość, odczuwam złość na partnera	3	1,5
	Czuję obojętność, brak objawów, dobrze zasypiam	26	13
	Czuję się całkiem dobrze, nierzaz mam uczucie, że czegoś brakuje, potrzebę dalszego rozwijania współżycia	43	21,5
	Czuję się dobrze, jestem zadowolona, przyjemnie zmęczona	106	53
	Czuję się bardzo dobrze, odczuwam silne zadowolenie, błogostan, jestem wesoła, mam większą chęć do pracy, do życia	22	11
Ocena siebie w roli partnerki	Wydaję się nienormalna, chłodna, niezdolna	1	0,5
	Wydaję się mało zdolna, chłodniejsza	16	8
	Nie jestem całkiem pewna, czy jestem w porządku	62	31
	Jestem w porządku	101	50,5
	Jestem świetną kochanką, dowiodę tego kiedy chcę	20	10
Aktywność przy stosunku	Pozostawiam wszystko partnerowi, pasywnie leżę, ruchów sama nie wykonuję	5	2,5
	Na końcu stosunku trochę się poruszam w rytm ruchów partnera	27	13,5
	Pieszczę partnera, rytmicznie przyciskam ciałem	67	33,5
	Od początku aktywnie poruszam ciałem, staram się zwiększyć podniecenie przez dotykanie go i ściąganie napletka	70	35
	Sama pobudzam partnera w czułych miejscach (członek), wprowadzam członek do pochwy, aktywnie reguluję ruchy frykcyjne	31	15,5
Pozycje	Zgadzam się tylko na klasyczną, odrzucam „eksperymenty”	16	8
	Wyjątkowo zgadzam się na inną	28	14
	Zmieniam na różne, ale podstawowe	76	38
	Chętnie próbuję różnych pozycji, łącznie, gdy jestem na partnerze	58	29
	Cenię różnorodność, zmieniam pozycje w przebiegu jednego stosunku, przyjemny jest też styl francuski	22	11
Zachowanie w orgazmie	Orgazm niczym się nie przejawia	6	3
	Przyśpieszony oddech	26	13
	Znacznie przyśpieszony oddech, westchnienia	62	31
	Silne westchnienia, skurcze ciała	57	28,5
	Wyraźne objawy oddechowe, dźwiękowe, ruchowe	49	24,5
Cielесne reakcje w organizmie	Nie mam takich odczuć	9	4,5
	Nie jestem pewna	41	20,5
	Czuję, ale słabo	43	21,5
	Czuję wyraźnie, 2–5 razy	97	48,5
	Czuję intensywnie, ponad 5 razy	10	5
Częstość cielesnych reakcji w organizmie	Nigdy	9	4,5
	Okolo 25,0%	61	30,5
	Okolo 50,0%	59	29,5
	Okolo 75,0%	51	25,5
	W każdym orgazmie	20	10
Orgazmy nocne	Nigdy	84	42
	Rzadko, najwyżej raz w roku	29	14,5
	Kilka razy w roku	43	21,5
	Kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu	40	20
	2 razy i więcej w tygodniu	4	2
Pojawienie się i trwanie zaburzeń o ile są	Nigdy nie było lepiej, ten stan trwa od początków współżycia	25	12,5
	Ten stan istnieje od półtora roku	35	16
	Krócej niż pół roku, wcześniej się rozwijał na krótko	22	11
	Nie skarżę się na żadne zaburzenia, trudności pojawiają się wyjątkowo w niesprzyjających warunkach lub na początku związku intymnego	57	28,5
	Nie wiem, co to znaczy mieć trudności we współżyciu	64	32

wało się, że były mało zdolne, chłodniejsze. Badane starały się być aktywne podczas stosunku i 35,0% z nich od początku aktywnie poruszało ciałem i starało się zwiększyć podniecenie przez dotykanie partnera i ściągnięcie napletka, 33,5% pieściło partnera, rytmicznie przyciskało ciałem, 15,5% pobudzało partnera w czułych miejscach (członek), wprowadzało członka do pochwy, aktywnie regulowało ruchy frykcyjne, a 2,5% respondentek pozostawiało wszystko partnerowi, pasywnie leżały i ruchów same nie wykonywały. Kobiety starały się urozmaicać życie erotyczne poprzez zmianę pozycji seksualnych. Aż 38,0% badanych zmieniało pozycje na różne, ale podstawowe podczas stosunku, 29,0% chętnie próbowało różnych pozycji, łącznie, z taką gdy się jest na partnerze, 8,0% zgadzało się tylko na klasyczną i odrzucały „eksperymenty”. Każda kobieta inaczej przeżywała orgazm i 31,0% badanych odczuwało podczas orgazmu znacznie przyspieszony oddech, westchnienia, u 28,5% respondentek orgazm charakteryzował się silnymi westchnieniami, skurczami ciała, a u 3,0% ankietowanych orgazm niczym się nie przejawiał. Otrzymano również, że 42,0% badanych nigdy nie przeżyło orgazmu nocnego, a 20,0% z nich — kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu. U 32,0% badanych nie pojawiły się zaburzenia seksualne, a u 12,5% ankietowanych nigdy nie było lepiej, ten stan trwa od początków współżycia.

Według większości badanych kobiet nieosiągnięcie orgazmów nie wpływało u nich znacząco na relacje partnerskie (122 osoby – 61,0%). Niezadowolonych ze współżycia było z tego powodu ogółem 50 badanych (25,0%) (tab. 3).

Dyskusja

Z obserwacji autorki pracy wynika, że prawie 1/3 kobiet z grupy badanej odczuwało wstyd podczas rozmowy o swoim życiu seksualnym. Podobne wyniki otrzymała Posturzyńska i wsp., która zauważyła, iż dolegliwości związane z przekwitaniem są dla kobiet wstydlivym tematem [7]. Jak wynika z badań przeprowadzonych w populacji irańskich kobiet wiele z nich jest zakłopotanych pytaniami dotyczące funkcji seksualnych po menopauzie [8].

W badaniu własnym ponad połowa badanych kobiet współżyła kilka razy w miesiącu, najwyżej raz w tygodniu. Podobna aktywność seksualna występuje w materiale innych badaczy, między innymi Blümel i wsp., który wykazał, iż 80,0% kobiet w wieku okołomenopauzalnym było aktywnych seksualnie [9]. Według danych z piśmiennictwa okazuje się, iż pary po 50. roku życia współżyją 1–2 tygodniowo [10]. W większości projektów badawczych otrzymano, iż obniża się

Tabela 3. Skutki braku orgazmów u kobiet w grupie badanej

	n	%
Niezadowolenie ze współżycia	50	25
Rozczarowanie związkiem	4	2
Oslabienie reakcji seksualnych	23	11,5
Agresja	4	2
Pogorszenie relacji partnerskich	17	8,5
Brak wpływu na relacje partnerskie	122	61
Inne	2	1

częstość współżycia seksualnego wraz z wiekiem badanych. Średnia częstość podejmowania współżycia seksualnego u osób w wieku pomiędzy 50. a 54. rokiem życia wynosiła pięć razy w miesiącu [11]. Również Gardziejska i wsp. [12], oceniając częstotliwość stosunków płciowych w czasie okołomenopauzalnym, otrzymała, iż 44,0% kobiet deklaruje współżycie średnio raz w tygodniu, 36,0% rzadziej, a 10,0% częściej niż raz w tygodniu. Pozostałe 10,0% utrzymywało, że nie współżyje wcale [12]. Natomiast w badaniach Chmielewskiej i wsp. 24,0% badanych z grupy wiekowej co najmniej 40 lat uprawiało seks kilka razy w tygodniu. Kilka razy w miesiącu podejmowało współżycie 53,0% respondentek w wieku co najmniej 40 lat, a kilka razy w roku 14,0% badanych [13]. Dane zagadnienie badała również Czajkowska i wsp. [14]. Otrzymali wyniki, iż 33,9% ankietowanych współżyło kilka razy w tygodniu, 13,6% raz w tygodniu, 31,4% kilka razy w miesiącu, 4,2% raz w miesiącu, a 6,8% ankietowanych kilka razy w roku. Uzyskano również odpowiedź „nie wiem” lub „trudno powiedzieć” i stanowiły one 5,1%. Kobiety odczuwały potrzebę kontaktu seksualnego w niejednakowym natężeniu. Kilka razy dziennie odczuwało jedynie 0,7%, codziennie 8,1%, kilka razy w tygodniu 36,0%, raz w tygodniu 12,5%, kilka razy w miesiącu 25,7%, raz w miesiącu 7,4%, kilka razy w roku 3,7%, a nie odczuwało potrzeby współżycia 5,9% badanych [14].

Według Skrzypulec i wsp. [15] 40,0% respondentek miało niższe pragnienie aktywności seksualnej, 32,0% nie zauważyło żadnych zmian, a 22,0% nie miało ochoty na kontakty seksualne w okresie menopauzy. Jedynie 6,0% respondentek uznało, że ma większy popęd seksualny [15]. W literaturze przedmiotu odnaleźć można również dane świadczące o występowaniu tendencji do zmniejszania częstości współżycia w okresie okołomenopauzalnym. Kobiety powyżej 50 lat (65,5%) są aktywne seksualnie, ale ta aktywność jest mniejsza w porównaniu z młodszymi kobietami ($p < 0,001$) [14]. Doniesienia z literatury, potwierdzają, że szczyt aktywności seksualnej kobiet przypada na wiek około 20–30

lat, dając w rezultacie 93,0% aktywnych kobiet. W okresie okołomenopauzalnym aktywność maleje do 82,0%, aby w końcu w wieku 60 lat obniżyć się do 60,0% [16]. W badaniu Bello i wsp. [17] autorzy również potwierdzają, iż aktywność seksualna wśród kobiet powyżej 40. roku życia jest niska i spada z wiekiem ($p < 0,001$) [17]. Bardzo ważnym czynnikiem w utrzymaniu aktywności seksualnej do starości jest siła popędu seksualnego oraz podniecenie seksualne. Regularne współżycie odgrywa istotną rolę w zdrowiu kobiety i utrzymaniu aktywności seksualnej. Wyniki badań pokazują, że 70,0% 50-letnich kobiet odbywa regularne stosunki, ponad 30,0% z nich ma stosunek co najmniej raz w tygodniu i co trzecia kobiety twierdziła, że seks w starszym wieku zapewnił jej intensywniejsze wrażenia w porównaniu z odczuciami z okresu młodości [18].

Analiza dostępnej literatury wykazała, że kobiety wraz z wiekiem tracą zainteresowanie i chęć do częstych kontaktów seksualnych, ale odczuwanie przez nie przyjemności ze współżycia jest względnie stałe [10]. Izdebski [19] zauważył, że jedynie 27,0% kobiet w wieku okołomenopauzalnym doświadcza orgazmu podczas stosunku. Odnotował również, że głównym powodem ograniczenia aktywności seksualnej kobiet jest niechęć do seksu, zmęczenie i codzienny stres [19]. Z kolei Czajkowska i wsp. [14], podobnie jak autorka niniejszej pracy, otrzymała wyniki potwierdzające, że orgazm podczas stosunku płciowego odczuwało zawsze 16,0% badanych, a 46,0% badanych zazwyczaj, 22,0% ankietowanych rzadko, a nigdy 8,0% kobiet w wieku 50–59 lat [14].

W niniejszym badaniu respondenci zmieniały pozycje seksualne podczas stosunku w celu urozmaicenia życia erotycznego. W dostępnej literaturze przedmiotu znajdują się nieliczne doniesienia, dotyczące tego zagadnienia. Autorka pracy znalazła jednak potwierdzenie własnych wyników w badaniach Czajkowskiej i wsp. [14], gdzie najczęściej wybieranymi pozycjami seksualnymi wśród kobiet w wieku 50–59 lat była pozycja klasyczna (38,0%), tylna (21,0%), odwrotna (11,0%), łożeczka (16,0%).

Ostatnim zagadnieniem poruszonym przez autorkę pracy było zbadanie, czy nieosiąganie orgazmów wpływa na relacje z partnerem. Okazuje się, że problemy z osiągnięciem orgazmu nie wpłynęły znacząco na relacje partnerskie, a niezadowolonych ze współżycia z tego powodu było zaledwie 25,0% kobiet z grupy badanej. W dostępnym piśmiennictwie znajdują się nieco odmienne wyniki. Zdaniem Łukasiewicza i wsp. [16], w przypadku kobiet w wieku okołomenopauzalnym, orgazm jest ważny, ponieważ nasila więź z partnerem i wzbudza w kobiecie większe przywiązanie i oddanie [16].

Wnioski:

1. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym nie wstydzą się rozmawiać o swoim życiu seksualnym.
2. Badane najczęściej współżycją raz w tygodniu.
3. Ankietowane osiągają orgazm w większości przypadków współżycia, ale potrzebują dużo czasu, aby go osiągnąć.
4. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym podczas gry wstępnej odczuwają mierne nawilgocenie, a po stosunku czują się przyjemnie zmęczone i zadowolone.
5. Podczas stosunku kobiety są aktywne seksualnie, zmieniają pozycje, ale wybierają tylko te podstawowe.

Piśmiennictwo

1. Nomejko A, Dolińska-Zygmunt G, Zdrojewicz Z. Poczucie jakości a satysfakcja z życia seksualnego — badania własne. *Seksuol Pol.* 2012; 10(2): 54–60.
2. Lo SST, Kok WM. Sexuality of Chinese women around menopause. *Maturitas.* 2013; 74(2): 190–195, doi: [10.1016/j.maturitas.2012.11.006](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.006), indexed in Pubmed: [23265305](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265305/).
3. Bossini L, Fortini V, Casolaro I, et al. [Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: a review]. *Psychiatr Pol.* 2014; 48(4): 715–726, indexed in Pubmed: [25314799](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25314799/).
4. Nowosielski K, Skrzypulec V. Cykl reakcji seksualnej u kobiety. *Ginekol Pol.* 2009; 80(6): 440–444.
5. Nowosielski K. Fizjologia reakcji seksualnej kobiet. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii*. PZWL, Warszawa 2010: 101–110.
6. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas.* 2016; 87: 49–60, doi: [10.1016/j.maturitas.2016.02.009](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009), indexed in Pubmed: [27013288](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27013288/).
7. Posturzyńska M, Rechberger T, Postawski K. Objawy uroginekologiczne i ich wpływ na jakość życia kobiet w okresie przekwitania. *Prz Menopauz.* 2006; 6: 388–392.
8. Omidvar S, Bakouie F, Amiri FN. Sexual function among married menopausal women in Amol (Iran). *J Midlife Health.* 2011; 2(2): 77–80, doi: [10.4103/0976-7800.92534](https://doi.org/10.4103/0976-7800.92534), indexed in Pubmed: [22408336](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22408336/).
9. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, et al. [Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women. Influence of menopause and hormone replacement therapy]. *Rev Med Chil.* 2002; 130(10): 1131–1138, indexed in Pubmed: [12491830](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12491830/).
10. Jakiel G, Pilewska-Kozak AN, Łepecka-Klusek C, et al. Mężczyźni kobiet menopauzalnych Część II. Relacje partnerskie i seksualne. *Prz Menopauz.* 2009; 2: 97–101.
11. Grabowska M. Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2011.
12. Gardziejewska A, Różańska-Kohsek A, Zalewski M, et al. Sexuality of perimenopausal women. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2014; 20(4): 400–404, doi: [10.5604/20834543.1132044](https://doi.org/10.5604/20834543.1132044).
13. Chmielewska EA, Krupienicz A. Zachowania seksualne pielęgniarek. *Seksuol Pol.* 2015; 13(1): 8–13.
14. Czajkowska KB, Lew-Starowicz Z, Szymańska M. The prevalence of sexual activity, and sexual dysfunction and behaviours in postmenopausal women in Poland. *Prz Menopauzalny.* 2016; 15(3): 156–164, doi: [10.5114/pm.2016.63495](https://doi.org/10.5114/pm.2016.63495), indexed in Pubmed: [27980527](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27980527/).

15. Skrzypulec V, Naworska B, Drosdzol A. Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz.* 2007; 2: 96–101.
16. Łukasiewicz M, Lew-Starowicz Z. Orgazm a menopauza w życiu kobiety. *Prz Menopauz.* 2008; 1: 49–53.
17. Bello FA, Daramola OO. Attitude to the Menopause and Sex amongst Middle-Aged Women in a Family Medicine Clinic in Ibadan, Nigeria. *Obstet Gynecol Int.* 2016; 2016: 2031056, doi: [10.1155/2016/2031056](https://doi.org/10.1155/2016/2031056), indexed in Pubmed: [27895667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27895667/).
18. Depko A. Pytania do seksuologa. Wydawnictwo Wiedza i życie, Warszawa 2005.
19. Izdebski Z. Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

Uczeń o nieheteronormatywnej tożsamości w polskiej szkole — podejście teoretyczne i profilaktyka zdrowia seksualnego

A student with a non-heteronormative identity in a Polish school: theoretical approach and prevention of sexual health

Remigiusz Kijak

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Uniwersytet Warszawski
Katedra Badań Niepełnosprawności, Uniwersytet Rzeszowski

Streszczenie

Artykuł wpisuje się we współczesny dyskurs dotyczący miejsca uczniów o nieheteronormatywnej tożsamości seksualnej w polskiej szkole. Jest próbą przedstawienia problematyki nieheteronormatywności na tle przemian społecznych. Wprowadza w definicyjny obszar związany z różnorodnością seksualną, wskazuje na zakres oczekiwań, jakie stawiane są współczesnej szkole w zakresie wsparcia ucznia nieheteronormatywnego. Pojawia się zatem pytanie, na ile polska szkoła jest otwarta na zróżnicowanie uczniów z którymi ma pracować. W jakim zakresie współczesna polska szkoła jest przygotowana do wspierania ucznia o zróżnicowanej tożsamości seksualnej? Czy nieheteronormatywność jest opresją — jakie istnieją możliwości jej przełamania? Podjęto także rozważania nad tym, czy można mówić o emancypacji osób nieheteronormatywnych.

Słowa kluczowe: życie seksualne, nieheteronormatywność, LGBTQ+, uczeń, nauczyciel, szkoła

Seksuologia Polska 2020; 18: 33–41

Abstract

The article is part of the contemporary discourse on the place of students with non-heteronormative sexual identity in Polish schools. It is an attempt to present the problem of non-heteronormativity against the background of social changes. It introduces the definition of the area related to sexual diversity, indicates the range of expectations posed by contemporary schools in terms of supporting a non-heteronormative student — the question arises, therefore, to what extent Polish school is open to the diversity of students, with whom it is to work. To what extent is contemporary Polish school prepared to support a student with a diversified sexual identity? Is non-heteronormativity an oppression and what are the possibilities of overcoming it? Consideration has also been made on whether we can talk about the emancipation of non-heteronormative people?

Key words: sex life, non-heteronormativity, LGBTQ +, student, teacher, school

Seksuologia Polska 2020; 18: 33–41

Wstęp

Współczesna szkoła to miejsce inkluzyjnego bytowania osób o zróżnicowanych potrzebach rozwojowych, intelektualnych, emocjonalnych o różnym zaple-

czu kulturowym, światopoglądowym, wyznaniowym, różnej tożsamości seksualnej. Tyle teoria — w praktyce pojawia się pytanie, w jakim zakresie współczesna polska szkoła jest przygotowana do wspierania ucznia o zróżnicowanych potrzebach rozwojowych czy nieheteronormatywnej tożsamości. Czy współczesny nauczyciel potrafi budować relacje międzyrówieśnicze oparte na szacunku do osób nieheteronormatywnych czy być

Adres do korespondencji: Remigiusz Kijak, Uniwersytet Warszawski, ul. Mokotowska 16/20, Warszawa, e-mail: remigiuszkijak@gmail.com

Nadesłano: 2.12.2020

Przyjęto do druku: 23.12.2020

może powiela opresyjną retorykę względem młodych osób, które chcą alternatywnie wyrażać własną seksualność? Dla wielu młodych ludzi LGBTQ+ (*lesbians, gays, bisexuals, transgenders, queer*) homofobiczne i transfobiczne postawy rówieśników i społeczności szkolnej stanowią poważne problemy, ograniczając możliwość tworzenia się pozytywnej tożsamości, utrudniając poczucie bezpieczeństwa, ograniczając wsparcie. Jak słusznie zauważają Kosciw i wsp. [1] w szkołach, w których włącza się we działania profilaktykę i edukację seksualną, zmniejsza się ryzyko wystąpienia zachowań homofobicznych, a uczniowie LGBTQ+ są mniej narażeni na doświadczenie nękania w szkole i znacznie częściej zgłaszają incydenty przemocy werbalnej lub fizycznej. Uczniowie wiedzą bowiem, że nauczyciel będzie interweniował w przypadkach zastraszania na tle homofobicznym.

Intersekcyjne studia nad zagadnieniami seksualności, queer w polskiej szkole

W refleksjach na temat sytuacji uczniów nieheteroseksualnych podkreśla się ich nienormalność. Obie kategorie zostały w przeszłości zdefiniowane w paradygmacie medycznym jako patologia i choroba, a w kategoriach społecznych — odmienicy. Dla osób nieheteroseksualnych wspólnym obszarem wykluczeń pozostają ciało i seksualność — nieodłącznie ze sobą powiązane. Dominująca definicja zdrowego, sprawnego i pięknego ciała (*compulsory able-bodiedness*) zdolnego do tak zwanego „normalnego pożądania i normalnego aktu seksualnego” (*compulsory heterosexuality*) stygmatyzuje osoby określone mianem *queer* jako niekompletne, słabe i dziwaczne. Studia poświęcone *queer* analizują, w jaki sposób społeczeństwo w nieustanny sposób reprodukuje te wykluczające normy i w jaki sposób się one przejawiają.

Warto przyrzeć się temu procesowi. Krytyczna teoria *queer* koncentruje się zarówno na seksualności, jak i tożsamości płciowej, aby w konsekwencji uzyskać pięć kluczowych spostrzeżeń na temat podstawowej struktury społeczeństwa.

Po pierwsze, teoretycy *queer* wykazali, że „idea dziwactwa” jest niezbędnym warunkiem wstępnym idei heteroseksualności [2]. Określenia dziwactwo i dziwak były często stosowane dla nazwania inności. W ten sposób zabarwiano emocjonalnie najczęściej pejoratywnie stosunek do niej. Każda inność była odrzucana lub ośmieszana, lub w jakiś sposób wykluczana czy poddawana opresji. Jednak dzięki tej kategorii możliwe było oznaczanie tak zwanej normalności — to znaczy uznanie za taką z jakiegoś powodu. Dziwak nie wpi-

sywał się w tę kategorię. Opisywanie nieheteronormatywności w kategoriach norm i odchyleń, uśrednianie i generalizowanie charakterystyk złożonych populacji, z wykorzystaniem metodologicznych założeń obiektywistycznych, zawartych w uproszczonych statystykach jest we współczesnej nauce seksuologicznej i pedagogicznej dyskursem ustępującym miejsca rekonstrukcjom zróżnicowanych i wielowymiarowych wizerunków ludzkiej tożsamości seksualnej.

Po drugie, teoria *queer* sugeruje, że skoro heteroseksualność jest systematycznie — bądź systemowo — wzmacniana jako normatywna, dziwactwo jest postrzegane jako nienormalne [3]. Istnieją systemy prawne, polityczne, edukacyjne realizujące idee normalności — normy, przeciętności. Bycie typowym, przeciętnym jest bardziej nominowane niż bycie innym, „dziwnym”.

Po trzecie, teoretycy *queer* wykazali, że społeczna definicja heteroseksualności opiera się na rozumieniu płci jako binarnej (binarność płciowa: przekonanie, że istnieją tylko dwie płcie — męska i żeńska i że każda osoba musi posiadać jedną z tych dwóch płci) i stałej [4].

Po czwarte, teoria *queer* głosi, że w owej binarności płci mężczyźni mają uprzywilejowaną tożsamość płciową w stosunku do kobiet. Każdy, kto nie jest osobą płciową (przymus określenia się, określenia dualnego płci, bycie określonym), czyli cisgenderową (osoba, której identyfikacja płciowa i płeć nadana podczas urodzenia jest tożsama — inaczej, jeśli osoba nie jest transpłciowa — jest cispłciowa), jest jeszcze bardziej marginalizowany [5].

Wreszcie, „dziwni teoretycy” (tak niekiedy określają siebie teoretycy *queer*) uważają, że założenia te są tak fundamentalne dla sposobu organizacji społeczeństwa, że heteroseksualność i patriarchy stają się faktycznie obowiązkowe, a ci, którzy nie są zgodni, są karani za pomocą mechanizmów egzekwowania prawa, takich jak piętno, ukryte kary ekonomiczne i działania organów ścigania [6]. Niestety, żyjemy w czasach „przymusu określenia się”. Odczytuje się to w reportażach z demonstracji, które odbywały się 2018 roku w Warszawie, w 2019 roku w Białymstoku i nadal się odbywają, na przykład pod postacią „Strajku kobiet” z 2020 roku i zapewne nadal się będą odbywać. Ich uczestnicy są traktowani przez „polityczną większość” jako zagrożenie dla tak zwanych „tradycyjnych wartości”. Ciekawe jest jednak, że, jak pokazują wyniki licznych badań [6], wśród osób nieheteronormatywnych wiele jest takich, które cenią tak skrętnie zagarniane przez jedną ze stron „tradycyjne wartości”. Żyjemy też w czasach, które wymuszają stanięcie po określonej stronie (w domyśle poprawnej), ze wszystkimi konsekwencjami w przypadku wyboru „złej” strony. Podobnie definiują tę sytuację teoretycy *crip*. Argumentują, że

sprawność fizyczna jako obowiązkowa siła w społeczeństwie wzmacnia „obowiązkową heteroseksualność” [7]. Poprzez sugestię normatywnego charakteru zarówno sprawności fizycznej, jak i heteroseksualności, społeczeństwo zostało ustrukturyzowane — a ludzie nauczeni by traktować różnicę jako problematyczną [8, 9]. Joanna Mizielińska, jedna z pierwszych naukowiec, która wprowadziła perspektywę *queer* do polskiej nauki, a zarazem wnikliwa komentatorka prac Judith Butler, „kanonicznych” dla *queer studies*, wskazuje trzy podstawowe problemy utrudniające recepcję tych studiów w Polsce. Píše o tym Kochanowski [10], który jako pierwszy wymienia zasadniczą nieprzekładalność terminu *queer* na język polski, „co osłabia kontrkulturowy wydźwięk tej perspektywy, który byłby bardziej słyszalny, gdyby rzecz pojawiła się pod hasłem »teorie perwertów« czy »teoria pedalska«, co swego czasu postulowano”. Drugi problem dotyczy teoria i genealogii *queer*, która „wyrosła z pewnego rodzaju rozczarowania dotychczasowym sposobem budowania wiedzy o homoseksualności”. Trzecim problemem jest według badacza „»wypychanie« problematyki seksualności poza obręb *gender studies* (coraz wyraźniej rezerwowanych w Polsce dla teorii feministycznych) i utożsamienie *queer studies* z badaniami nad seksualnością, a w zasadzie nad homoseksualnością”.

W kontekście zazębiających się systemów „ucisku strukturalnego”, krytyczna teoria *queer* i teorie *crip* podkreślają znaczenie uznania niedominujących tożsamości, które pozwalają na przekroczenie: *queer* i *crip* w tym samym momencie. Oba terminy służą raczej jako dyskursywne przestrzenie niż stała tożsamość oparta na określonej płciowości, płci. *Queer* i *crip* mogą być budowane na wiele sposobów, ale często używa się do tego znaków i symboli przywłaszczonych ze społeczeństwa, które nie docenia tych tożsamości, ale jest przystosowane do stylu własnego osób, które je uznają za właściwe, a niekiedy własne [10]. Obecnie coraz więcej osób LGBTQ+ coraz częściej „wychodzi z szafy”. Więcej młodych ludzi, uczniów szkół podstawowych i średnich chce ujawniać swoją nieheteronormatywną tożsamość. Pomimo tych postępowych zmian dla wielu wciąż może być to dość trudne. Młode lesbijki, młodzi geje, osoby biseksualne i transpłciowe żyjący w Polsce, uczą się w polskich szkołach i nie zawsze czują się rozumiane i akceptowane. Sytuacje znęcania się w szkołach i innych miejscach mogą mieć potencjalnie poważne konsekwencje dla wielu młodych ludzi. Ta ważna kwestia była podkreślana wielokrotnie przez Stowarzyszenia zajmujące się problematyką LGBTQ+ w Polsce — nieskutecznie — nadal rośnie przemoc względem społeczności nieheteronormatywnej w Polsce. Zadziwiające z jaką swobodą uchwalane

są deklaracje w wielu polskich powiatach i gminach o strefach wolnych od LGBTQ+. Samo sformułowanie przywołuje najgorsze skojarzenia z historii europejskiej lat 30. i 40. XX wieku. W świecie zachodnim sytuacja choć lepsza wciąż jednak nie jest dobra. Jeszcze 10 lat temu, jak wynika z badań [11], prawie jedna czwarta młodych uczniów w wieku 10–17 lat była prześladowana w szkole przynajmniej raz z powodu orientacji seksualnej. Wynik badania z 2016 roku finansowanego przez *National Office for Suicide Prevention* (Biuro ds. Zapobiegania Samobójstwom) ujawnił, że 50% lesbijek, gejów, biseksualistów lub osób transpłciowych było zastraszanych z powodu własnej tożsamości seksualnej lub przypuszczeń rówieśników, że osoba mogłaby taką tożsamość ujawniać, co w konsekwencji doprowadzało do prób samobójczych [12]. *Queer studies* jest zatem nurtem krytycznym wobec klasycznych ruchów tożsamościowych, takich jak klasyczny ruch LGBT, zarzucając im z jednej strony bazowanie na jednowymiarowej tożsamości (możliwe jest wyłącznie i niezmiennie bycie osobą homo- lub biseksualną), z drugiej — próbę stworzenia jak najbardziej zbliżonego do normy wizerunku geja/lesbijki (jeżeli osoba nieheteroseksualna to dobrze sytuowana, jeżeli osoba niepełnosprawna to heteroseksualna, obie z pragnieniem założenia tradycyjnej rodziny) [13]. Dlatego *queer studies*, odrzucając wartościowaną przez społeczeństwo kategorię tożsamości, postuluje zbudować wspólną polityczną agendę osób nieheteroseksualnych wokół konkretnych tematów, takich jak ubóstwo, system opieki zdrowotnej, ochrona środowiska itp., a nie wokół jedynie tożsamości seksualnej [10, 13]. Coraz częściej młodzi ludzie ujawniający swoją tożsamość seksualną chcą być traktowani jako wielowymiarowa jednostka, a nie osoba definiowana jedynie przez własną nieheteronormatywność. Dlatego wielu — szczególnie młodych ludzi — nie chce ujawniać swojej tożsamości seksualnej nie z poczucia strachu, ale dlatego, że nie chcą być utożsamiani jedynie jako geje, lesbijki czy zasadniczo osoby nieheteroseksualne. Dlatego niekiedy sami mogą czuć się wykluczani przez działaczy LGBTQ, nie chcą bowiem niejako przyznać się do swojej „prawdziwej” tożsamości ani ujawniać swojej tożsamości seksualnej automatycznie. Zostają wówczas zakwalifikowani do grupy heteroseksualnej. Można odnieść wrażenie że mamy obecnie do czynienia z fantazmatem przymusu określania się czy wręcz subwersywności (odwracania znaczeń) [10].

Stan badań

Dostępne dane z badań psychologiczno-seksuologicznych prezentuje Zbigniew Izdebski w obszernym raporcie „Seksualność Polaków na początku XXI

wieku". W studium badawczym [14] oraz w pracy Obuchowskiej i Jaczewskiego [15] dokonano przeglądu polskich badań dotyczących osób nieheteronormatywnych. Jak wskazują autorzy raportów, główne polskie badania pochodzą z lat 70. i 80. XX wieku. Andrzej Jaczewski, Jerzy Radomski, Zbigniew Lew-Starowicz uznali, że w Polsce wyłącznie homoseksualne zachowanie przejawiało 2,7% kobiet i 1,4% mężczyzn. Wyniki kolejnych badań Jaczewskiego i Radomskiego [16] przeprowadzonych na próbie 2601 osób (studenci, ochotnicze hufce pracy, junacy oraz żołnierze), wskazują, że do 18. roku życia kontakt homoseksualny miało 2,7% młodych kobiet oraz 13,9% młodych mężczyzn. Wyniki badań Lwa-Starowicza z 1992 roku przeprowadzonych na ogólnopolskiej próbie 1188 osób na temat doświadczeń homoseksualnych, wskazują, że doświadczenia te posiadało 4,4% kobiet oraz 5,9% [17]. Izdebski kilkakrotnie przeprowadził badania ogólnopolskie. Z pierwszych, prowadzonych w 1992 roku na próbie 3175 studentów w wieku 19–23 lata, wynikało, iż doświadczenia homoseksualne posiadało 6,4% kobiet oraz 11,5% mężczyzn [17]. W badaniach z roku 1997 przeprowadzonych na próbie 3209 Polaków w wieku 15–59 lat, orientację nieheteronormatywną zadeklarowało 2,3% badanych (w jednakowym odsetku kobiet i mężczyzn) [18]. Wyniki badań Izdebskiego z 2001 roku wskazywały na orientację nieheteroseksualną u 6,8% kobiet oraz 7,3% mężczyzn [19]. W badaniach z 2005 roku w których brało udział 1526 kobiet i 1499 mężczyzn w wieku 18–49 lat 3,1% kobiet i 1,8% mężczyzn ujawniło, że odczuwało pociąg homoseksualny [20]. Badania z 2011 roku również prowadzone przez Izdebskiego na próbie 2467 osób w wieku 15–49 lat wskazały, iż orientację homoseksualną ujawniło ponad 6% kobiet i 3% mężczyzn [21].

Prezentowana statystyka ma jedynie charakter poglądowy i nie odnosi się do wszystkich rodzajów tożsamości, jej ukazanie ma na celu uświadomić, że skala zjawiska nieheteronormatywności nie jest marginalna, jak podają się w niektórych opracowania. Prawdą jest, że większość osób, mimo incydentalnego czy częstszego praktykowania homoseksualnego seksu lub zaangażowania w relację, nie przyjmuje homoseksualnej tożsamości, jednak należy pamiętać, iż ujawnianie tożsamości nieheteronormatywnej w heteronormatywnych społecznościach — nawet w badaniach anonimowych nie stanowi rzeczywistego oglądu sytuacji. Większość danych empirycznych ujmuje binarny podział ludzi na homo- i heteroseksualnych, jednak sposób ten już nie działa — wiele osób nie odnajdzie się na żadnej ze skal (np. gdy nie odczuwa takiej potrzeby lub akceptuje zmienność swojej tożsamości seksualnej). Badania takie niosą też niedoszacowanie, nawet

jeśli są anonimowe. Jak pisze Diamond [22], ludzka seksualność jest płynna, czego badania binarne nie uwzględniają. Dobrze podsumował to Rzyński [23], pisząc o ludzkich odcieniach seksualności, że tak naprawdę w rezultacie „moje życie jest moje”.

Warto w tym miejscu wskazać wyniki jednego z najpopularniejszych i najbardziej kompleksowych badań lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych i interseksualnych (LGBTI, *lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex*) przeprowadzonego wśród młodych ludzi w Irlandii [12]. Badanie, było sfinansowane przez HSE Krajowe Biuro ds. Zapobiegania Samobójstwom. Wzięło w nim udział 2250 osób poniżej 25. roku życia uczących się w szkole. Ustalono, że aż 67% młodych ludzi było świadkiem zastraszania osób LGBTQ+ w szkole, a aż 48% osobiście doświadczyło przemocy. Istnieje silny związek statystyczny między osobami doświadczającymi zastraszania w szkole a wysokimi wskaźnikami depresji, lęku, stresu, samookaleczania, myśli samobójczych i prób samobójczych. Podobne wnioski uzyskał Izdebski [24] w najnowszym raporcie na temat życia seksualnego Polek i Polaków. Tylko 25% badanej młodzieży otrzymywało jakąś formę wsparcia rówieśniczego, częściej tworzyli małe grupki funkcjonujące na marginesie pozostałych relacji rówieśniczych w szkole. Bardzo niepokojące jest również to, że co czwarty uczeń o nieheteronormatywnej tożsamości seksualnej opuścił szkołę, aby uniknąć negatywnego traktowania z powodu bycia osobą LGBTQ+. Podsumowując, problem z ustaleniem skali nieheteronormatywnych wiąże się przede wszystkim z tym, że brany jest w badaniach pod uwagę jedynie jeden czynnik autoidentyfikacji, czyli jak dana osoba subiektywnie się identyfikuje, co oczywiście nie odpowiada rzeczywistej skali. Pozostają przecież jeszcze inne kryteria, takie jak: kierunek odczuć i pragnień, fantazje seksualne, emocjonalne i uczuciowe zaangażowanie, płeć aktualnych i byłych partnerów.

Podstawowe i kluczowe pojęcia związane z seksualnością i tożsamością seksualną

Bardzo istotne jest również wyjaśnienie niektórych pojęć, określeń i terminów, aby nauczyciel zajmujący się edukacją w szkole potrafił rozpoznawać pewne kwestie związane z nieheteronormatywnością. Jest to ważne między innymi dlatego, by móc uporządkować wspólną nomenklaturę. Przy próbie zrozumienia pojęcia „tożsamości seksualnej” kluczowe jest poznanie najpierw terminów oraz koncepcji bezpośrednio je poprzedzających: „płeć, seksualność, pociąg seksualny, orientacja seksualna” czy wreszcie „tożsamość płciowa”, a także zrozumienie towarzyszących tym

konstruktom myśli przewodnich, jak również problemów, z którymi wiąże się ich definiowanie. Ważne jest uznanie, że uczeń w szkole może utożsamiać się nie tylko z homoseksualnością czy biseksualnością, ale wybierać spośród wielu możliwości, które na danym etapie jego rozwoju najlepiej określają jego tożsamość. Nauczyciel powinien ten proces rozumieć i wspierać. Uczniowie, szczególnie ci młodszy, wchodzący w okres dojrzewania, mogą przejawiać wiele niezrozumiałości również dla siebie zainteresowań seksualnych. Kształtowanie się tożsamości seksualnej jest procesem dynamicznym i zmiennym, szkoła powinna uwzględnić tę różnorodność i odnosić się do niej z rozwagą i szacunkiem. Orientacja seksualna oznacza trwałe emocjonalny, uczuciowy i seksualny pociąg w kierunku osób tej samej płci (homoseksualna), przeciwnej (heteroseksualna), lub obu (biseksualna), a niekiedy żadnej (aseksualna) lub realizację seksualności tylko w działaniach autoerotycznych (autoerotyczna). Orientacji seksualnej nigdy nie rozpatruje się w kategoriach medycznych, co więcej — coraz częściej wskazuje się na ograniczenia samego pojęcia orientacji seksualnej, która w niedostatecznym stopniu jest w stanie opisać zróżnicowanie ludzkiej seksualności. Dzieje się tak z uwagi na brak uniwersalnych kryteriów, jak ją opisać i czym ona faktycznie jest, czy potrzeby seksualne i autoidentyfikacji mają dynamiczny czy statyczny charakter, pojawia się kategoria płynności tożsamości i jej wielowymiarowości, na przykład pojęcie orientacji seksualnej jest nieaplikowane do osób transpłciowych żyjących w związkach między innymi z osobami transgenderowymi, oraz względność kulturowa pojęcia orientacji seksualnej (jest ważna w kulturze europejskiej, ale w niektórych kulturach azjatyckich czy Ameryce Łacińskiej istotna pozostaje rola, jaką partnerzy względem siebie odgrywają, a nie orientacja). Ważne jest dodanie, że płeć i seksualność są konstrukcjami społecznymi rozumianymi w kontekście tego, że na faktyczną ludzką różnorodność biologiczną i społeczną poszczególne kultury nakładają system pojęć, a ten wtórnie produkuje i wzmacnia istniejące w świadomości społecznej kategorie, sprawiając że większość ludzi rzeczywiście się z nimi identyfikuje i pasuje do systemu. Oznacza to tyle, że ludzie, mając do dyspozycji trzy orientacje seksualne stworzone im w latach 60. XIX wieku, zaczęli się do nich dopasowywać. Gdyby wówczas powstały inne rodzaje orientacji seksualnej, prawdopodobnie automatycznie wpasowano by się w aktualnie dostępne. Oznacza to zatem, że trójpodział orientacji jest tylko jedną z możliwych koncepcji [25].

Zgodnie z rekomendacjami wszystkich uznanych towarzystw psychiatrycznych, psychologicznych, psychoterapeutycznych i seksuologicznych pomoc

osobom nieheteronormatywnym nigdy nie powinna polegać na dążeniu do zmiany orientacji seksualnej, ale na poprawie adaptacji do niej. Dotyczy to przede wszystkim F66.1 — tak zwanej orientacji seksualnej niezgodnej z ego (egodystonicznej). Chodzi oczywiście nie o zmianę kierunku popędu, a o ustabilizowanie pacjenta i wyeliminowanie zinternalizowanej homofobii i odzyskanie wewnętrznego spokoju. Pomoc może także polegać na uzyskaniu lepszego rozeznania co do swojej orientacji i różnych jej wymiarów. Bardziej szczegółowe spojrzenie na orientację (tożsamość) seksualną ujawnia, że ten aspekt osobowości człowieka, nie jest jednorodny, posiada wiele wymiarów, spośród których najważniejsze to: kierunek pociągu seksualnego, kierunek pragnień uczuciowych (potrzeby bliskości, zakochiwania się, tworzenia stałych związków), własna identyfikacja, zachowania seksualne. U większości ludzi te wymiary są ze sobą zgodne — osoba identyfikuje się na przykład jako homoseksualna, odczuwa pociąg fizyczny do osób tej samej płci, pragnie bliskiej relacji z osobą tej samej płci, w osobach tej samej płci się zakochuje, tworzy z nimi związki emocjonalne oraz podejmuje z nimi współżycie seksualne. Nie zawsze tak musi być i zdarza się, że (u niektórych przez dłuższy czas, a u innych krócej) te elementy nie wykazują spójności, co może być etapem rozwoju tożsamości seksualnej. Może się zdarzyć, że na przykład mężczyzna będzie wykazywać odpowiedź seksualną (reaktywność seksualną, pociąg seksualny) do mężczyzn, wchodzić z nimi w interakcje seksualne (analne stosunki płciowe), jednak nie będzie identyfikował się jako osoba homoseksualna, nawet nie jako biseksualna, a dodatkowo będzie wchodził w bliskie związki intymne tylko z kobietami i tylko w nich będzie w stanie się zakochać. Często mężczyzn takich włącza się do jednej grupy z homoseksualnymi dla szerszego opisu — na przykład dla analizy ich zdrowia lub zachowań, określając tę grupę jako mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM, *men having sex with men*) [26]. Jak wspomniano wcześniej większością orientacją seksualną jest heteroseksualizm. Dane dotyczące rozpowszechnienia pozostałych orientacji są bardzo niespójne i obarczone dużym błędem. Dzieje się tak między innymi dlatego, że: mniejszościowe orientacje seksualne wciąż wiążą się ze stygmatyzacją społeczną i są ukrywane, otrzymywane wyniki zależą od tego, o który aspekt orientacji seksualnej zostanie zapytany respondent i jakiego okresu życia i przedziału czasowego dotyczy ocena, badania różnią się metodologią, na przykład badaną grupą, orientacja u niektórych osób może wykazywać pewną zmienność w czasie, a u innych pozostaje względnie stabilna. Należy przyjąć, iż osoby nieheteroseksualne należą więc do mniejszości seksualnych,

podobnie jak osoby o nietypowych tożsamościach płciowych (np. transwestytyczne, transgenderowe, transpłciowe) i nietypowych preferencjach seksualnych nieszkodzących innym ludziom (np. fetyszystycznych, lekko i umiarkowanie nasilonych preferencjach sadomasochistycznych). Należy odnieść się także do aseksualności, rozumianej jako doświadczanie niewielkiego lub niekiedy braku pociągu seksualnego do innych osób i/lub brak zainteresowania zachowaniami/relacjami seksualnymi. Niekiedy mylona jest z demiseksualnością oznaczającą osobę, dla której trudne jest doświadczenie seksualnego pobudzenia z drugą osobą bez zbudowania wcześniej silnego romantycznego lub emocjonalnego związku. Należy również odróżnić aseksualność od pojęcia *grayasexual* oznaczającego sferę pomiędzy aseksualnością i seksualnością — osoba może odczuwać pociąg seksualny tylko okazjonalnie. W rozpiętości ludzkiej seksualności można wskazać na inne mieszczące się binarnie tożsamości seksualne (tożsamość seksualną należy odróżnić od tożsamości płciowej) związane z różnorodnością w zakresie orientacji psychoseksualnej człowieka. Osoby agenderowe nie utożsamiają się z tradycyjnie rozumianymi pojęciami kobiecości i męskości. Podobnie określa swoją tożsamość osoba bigenderowa, która fluktuuje pomiędzy dwoma tradycyjnie rozumianymi pojęciami mężczyzny i kobiety w swoich zachowaniach i identyfikacji, utożsamiając się z obiema płciami. Podobnie odczuwać będzie osoba identyfikująca się jako *gender-fluid*, która nie czuje potrzeby wiązania swojej tożsamości płciowej w jakiejś konkretnej kategorii. Niektóre osoby płynne genderowo (płynność, *fluidity* opisuje cechę tożsamości, która może się zmieniać w czasie pomiędzy różnymi opcjami, np. kobieta i mężczyzna, biseksualność i heteroseksualność, zazwyczaj używana z dodatkowym określeniem, np. płynność genderowa, płynność orientacji itd.) jednego dnia czując się bardziej kobieco, a innego bardziej męsko. Interseksualna jest osoba, u której kombinacja chromosomów, gonad, hormonów lub wewnętrznych narządów płciowych lub genitaliów różni się od oczekiwanego wzorca mężczyzny lub kobiety. Panseksualni emocjonalnie, fizycznie i/lub seksualnie są pociągani przez osoby każdej płci. Jako poliseksualną określa się osobę, która jest emocjonalnie, fizycznie i/lub seksualnie pociągana przez osoby więcej niż jednej, ale niekoniecznie każdej płci. Transseksualni są ci, którzy identyfikują się zarówno psychicznie, jak i fizycznie z płcią (*gender* oraz *sex*) inną niż przypisana im podczas narodzin. Osoby transseksualne czasem decydują się na przejście zabiegów prawnych lub/i medycznych, które pozwalają im zmienić określenie płci w dokumentach oraz codziennym życiu.

Warto omówić dokładniej pojęcie płynności seksualnej, które nie neguje istnienia orientacji seksualnej (heteroseksualnej, homoseksualnej, biseksualnej). Diamond [22] sugeruje, by rozważać orientację seksualną jako oś, na której przeciwnych krańcach są kobieta i mężczyzna. Nasze zainteresowania są gdzieś pośrodku tej osi i mogą się przesuwac — raz w jedną, raz w drugą stronę. Autor niniejszej pracy określa płynność seksualną jako zdolność do zmiany przedmiotu pożądania seksualnego — w zależności od sytuacji lub środowiska. Nie oznacza to jednak, że dana osoba wybiera swoją orientację seksualną, a raczej że stopień, w jakim przyciągają ją mężczyźni lub kobiety, może się różnić i zmieniać w czasie, nawet wielokrotnie w ciągu całego życia. Płynność seksualna jest zwykle uzależniona od osobistych doświadczeń i relacji w związkach, odmiennie niż biseksualizm, który ma bardziej stałą tendencję i utrzymującą się w podobnym stopniu przez większość życia. Ktoś, kto jest płynny seksualnie, niekoniecznie będzie konsekwentnie interesował się zarówno kobietami, jak i mężczyznami, jak ma to miejsce w biseksualności. Mogą zdarzyć się momenty w jego życiu, w których będzie bardziej świadomy zainteresowania jedną płcią, i momenty, w których będzie go przyciągać inna płeć [23].

Zróżnicowanie ludzkiej seksualności

Nauczyciel powinien zrozumieć, że jego wsparcie, zrozumienie dla nieheteronormatywnej tożsamości ucznia i jego obyczajowości seksualnej, jest niezmiernie ważne. Pozwala bowiem uszanować proces stawiania się osobą seksualną i stanowi wyraz jego zrozumienia dla zróżnicowania seksualnego człowieka. Nie jest bowiem możliwa w żadnym stopniu zmiana orientacji seksualnej lub jej spontaniczny wybór — jak niekiedy czyta się w pseudonaukowych opracowaniach. Ile jest więc na świecie osób identyfikujących się jako homo- lub biseksualne (najczęstsze kryterium)? Często przyjmuje się, że stanowią one około 3% populacji. Nie da się sklasyfikować zachowań seksualnych i zamknąć ich w statystyce. Gdyby tak było, wówczas oznaczałoby, że ludzka seksualność jest przewidywalna, zawsze taka sama, określona, z góry przypisana. Wystąpiłaby sytuacja, o której pisze Kochanowski [10]: „heteronormalizacja przebiega z różną siłą, a zatem w różnym stopniu osiąga swój cel”. Dzieje się tak dlatego, o czym pisze dalej autor, „że jednostki w różnym stopniu i w różny sposób starają się przeciwdziałać owym mechanizmom utrwalającym obowiązkowy heteroseksualizm”. Wiele osób utożsamiających się w rozmaity sposób z potrzeby przynależenia do większości nigdy się nie ujawni i będzie żyło heteronormatywnie — tego zaś statystyka nie uwzględni.

Musimy zawsze określić, co rozumiemy przez homoseksualizm: wyobrażenia i fantazje seksualne, kierunek popędu seksualnego, mieszkanie z partnerem tej samej płci, kontakty homoseksualne: pieszczoty, stosunek seksualny? Czy odnosimy się do całego życia, czy tylko na przykład dwóch czy pięciu ostatnich lat — jaką częstotliwość uważamy za wiążącą? A wreszcie, gdzie i jak zbierane są dane: przez ankiety — anonimowe lub nie, bezpośrednie rozmowy, wywiad telefoniczny? Metoda bowiem może także zmienić zakres ujawnianego zjawiska — i właśnie dlatego trzeba założyć, że ludzkiej seksualności nie da się opisać jednolitą teorią, przeczy to założeniu teorii *queer* mówiącej o dekonstrukcji binarnego podziału homo/heteroseksualizmu. Seksualizm jest niepewny, nieustalony, nie wpisuje się w jakąś określoną kategorię. Oczywiście, ludzie będą większościowo określać się jako heteroseksualni lub mniejszościowo jako homoseksualni, jednak pomiędzy tymi dwiema orientacjami ludzkiej tożsamości seksualnej mieści się wiele rozmaitych sytuacji — coraz więcej osób nie czuje potrzeby określania się po którejkolwiek ze stron.

Szkoła nie powinna kapitulować przed aktami nietolerancji, dyskryminacji i wykluczenia. Jak wynika z badań Kampanii Przeciw Homofobii (KPH) [27], aż 76% uczniów stwierdziło, że było świadkiem przemocy werbalnej na tle homofobicznym, podczas gdy takie samo zjawisko zauważa zaledwie 47,5% nauczycieli. Przypadki przemocy fizycznej o charakterze homofobicznym zauważało 26% uczniów i 15,5% nauczycieli. Uczniowie ukrywają swoją orientację seksualną, a według autora raportu Jana Świerszcza z KPH, w każdej trzydziestoosobowej klasie jest co najmniej jedna osoba nieheteroseksualna. Prawie 58% tych osób ukrywa swoją orientację seksualną. Niestety, nie tylko polskie statystyki na temat przemocy względem osób LGBTQ+ są złe. Badania realizowane w Stanach Zjednoczonych w 2005 roku wydają się jeszcze bardziej pesymistyczne. The Gay, Lesbian and Straight Education Network [28] donosi, że 90% młodzieży LGBTQ+ doświadczyło przemocy słownej w szkole. Niepokojącym faktem uzyskanym z badań jest również to, że młodzi homoseksualiści częściej niż ich rówieśnicy popełniają samobójstwa i twierdzą, że jest to również wynikiem nękania i dyskryminacji. W związku z tym argumentują, że młodzież LGBTQ+ powinna podlegać szczególnej ochronie w ramach szkolnych działań profilaktycznych. Wyniki polskich badań KPH [27] wykazały, że aż 60% uczniów przyznało, że w szkole tematyka orientacji seksualnej nie jest poruszana wcale, a jeśli tak, to jedynie na lekcjach religii, gdzie przedstawia się ją w kategoriach grzechu czy choroby. Jak wynika z badań KPH [27], 78% nauczycieli deklaruje, że porusza pod-

czas lekcji wychowawczych tematy homoseksualności i homofobii, jednak tylko 37% uczniów potwierdza ten fakt. Nauczyciele przyznają, że nie mają odpowiedniego przeszkolenia w tej dziedzinie, zaś 7% uważa, że poruszanie tych tematów byłoby promowaniem homoseksualizmu (!). Według wyników badania 61% nauczycieli nie chciałoby ujawnienia orientacji nieheteroseksualnej przez ucznia w szkole, 30% deklaruje wsparcie dla ujawniających się uczniów, a 7% czułoby się niekomfortowo, mając w klasie takiego ucznia.

Nauczyciel wobec nieheteronormatywnego ucznia

Środa [29] pisze, że: „machina heteroseksualizmu działa od narodzin, bo to po stronie płci szuka się tego, co się w nią włożyło — najgłębszych prawd o jednostce, tego czym ona jest i co ją określa”. Edukacja, a w tym strategię działania systemu oświatowego, które ją tworzą — wpisane są niewątpliwie w mechanizm heteroseksualności. Od najmłodszych lat instytucje oświatowe niejako kształtują płeć i odbiór płci przez dziecko czy ucznia [30]. Istotnym gwarantem odejścia od tego opresyjnego mechanizmu — jakim niewątpliwie jest wtłaczanie człowieka w jeden heteroseksualny wariant ludzkiej tożsamości, w którym każda odmienność jest represjonowana, stają się przemyślane działania szkoły jako instytucji kształtującej otwartość i tolerancję. Szkoły w procesie podnoszenia świadomości powinny mieć na celu zwiększenie zrozumienia i szacunek dla różnicy; kluczem do tego jest stosowanie poprawnej i odpowiedniej terminologii. Ważne jest zrozumienie, że na przykład transpłciowi uczniowie często decydują się na zmianę imienia pasującego do ich preferowanej płci. Szkoła i jej personel powinni omówić z uczniem i rodzicami, w jaki sposób należy odnosić się do ucznia. W odpowiedniej formie powinny zostać też omówione obszary codziennego korzystania z preferowanego imienia w pismach do rodziców, listach obecności w dzienniku itp. Niekiedy szkoła będzie jedynym miejscem wsparcia dla ucznia nieheteronormatywnego — nauczyciel powinien zdawać sobie z tego sprawę — odrzucenie w szkole, domu i grupie rówieśniczej często skutkuje próbami samobójczymi wśród młodych ludzi. W miarę możliwości sugeruje się, aby szkoły ograniczyły lub wyeliminowały rozdzielanie uczniów ze względu na płeć w trakcie zajęć szkolnych. W sytuacjach, w których jest to konieczne, na przykład w szkołach jednopłciowych uczniowie transpłciowi powinni być umieszczeni w odpowiedniej grupie z preferowaną tożsamością płciową — jest to dobra praktyka, pozwala bowiem na unikanie stereotypów dotyczących płci. Istotne jest również wyeliminowanie w odniesieniu do

planowanych treści programów nauczania podziału ze względu na płeć czy tradycyjne cechy płci — na przykład podczas organizacji tylko zajęcia sportowe dla chłopców lub tańca czy zajęć muzycznych dla dziewcząt. Szkoły powinny oferować zróżnicowane programy, które dotyczą szerokiego zakresu zainteresowań i uzdolnień, nie segregować ich zaś ze względu na płeć. Wiele szkół wymaga od uczniów przestrzegania zasad stosowania makijażu, odpowiedniego stroju, biżuterii itp. Uczniowie transpłciowi lub interseksualni powinni mieć pozwolenie na noszenie ich zgodne z ich tożsamością płciową. Wszyscy uczniowie powinni czuć się bezpieczni i wspierani podczas korzystania z toalety i przebieralni. Uczniowie transpłciowi powinni mieć taką możliwość dostępu do toalety i przebieralni odpowiadającą ich tożsamości płciowej — szkoła powinna skonsultować się z uczniem, jakiego dostępu do tych obiektów potrzebuje. Można zapewnić toalety neutralne pod względem płci, zmieniając nazwę toalety na toaleta uniseks/przebiegalnia. Istnieje ryzyko, że choć niektórzy uczniowie transpłciowi będą zadowoleni z takiego rozwiązania, inni nie będą się z tym dobrze czuć, a co za tym idzie, powinni otrzymać odpowiednią alternatywę, na przykład pojedynczą toaletę, jeśli jest to możliwe nie powinna to być toaleta dla personelu! Rosnąca widoczność osób transpłciowych, transgenderowych i świadomość wielu problemów, których doświadczają, ujawniła lukę wiedzy wśród ogółu społeczeństwa oraz personelu edukacji i zdrowia. Wiele trudności napotykanych przez osoby transpłciowe wynika z braku zrozumienia, którego można łatwo uniknąć poprzez odpowiednio ukierunkowaną edukację i szkolenia. Rozwój zawodowy przyszłych nauczycieli i pedagogów powinien uwzględniać tę wiedzę w programach nauczania na kierunkach nauczycielskich i pedagogicznych. W szkołach wziąć pod uwagę również to, że obecnie wielu uczniów funkcjonuje w bardzo zróżnicowanych środowiskach rodzinnych, w tym: rodziny z jednym rodzicem (matka lub ojciec); rodziny międzypokoleniowe (jedna lub dwoje dziadków jako główni opiekunowie); rodziny przybrane (czasami znane jako „rodziny mieszane”); rodziny zastępcze; dwójka rodziców/opiekunów tej samej płci; rodzeństwo z różnych rodzin; rodziny, w których rodzice/opiekunowie mieszkają niezależnie; młodzi ludzie pod opieką instytucji; dzieci z rodzicami adopcyjnymi; inne. Uznanie i szacunek dla zróżnicowania środowiska, w którym żyją uczniowie, jest kluczowym aspektem dającym poczucie bezpieczeństwa dziecku w szkole. Język używany przez szkołę i szacunek, jaki ta instytucja kieruje do rodziców ucznia, jest niezmiennie istotny. Można go określić mianem „języka włączającego” w formach komunikacji pisemnej lub ustnej uwzględniającej sytuację

domową; promowanie szacunku dla innej niż złożona tradycyjnie z kobiety i mężczyzny rodziny. Kolejną istotną kwestią jest postulat, by szkoły uwzględniały okres dojrzewania i uznawały go za istotny w życiu młodych ludzi. To czas, w którym wielu młodych ludzi ma swoje pierwsze romantyczne związki i nie inaczej dzieje się w przypadku osób, które identyfikują się jako lesbijki, geje, osoby biseksualne lub transpłciowe, interseksualne, panseksualne i inne. W wielu przypadkach szkoła ma do czynienia z różnymi problemami związanymi z romantycznymi związkami między uczniami. Bale maturalne i inne imprezy towarzyskie uwypuklają również sytuacje, w których dyrektorzy powinni uznać i zrozumieć, że młoda osoba wyraża chęć zaproszenia osoby tej samej płci na podobne wydarzenie.

Podsumowanie

Celem niniejszej analizy była przede wszystkim odpowiedź na pytanie, czy nieheteronormatywność jest opresją, ale także, jakie istnieją możliwości jej przełamania. Podjęto także rozważania nad tym, czy można mówić o emancypacji osób nieheteronormatywnych. W odczuciu autora jednej z ważniejszych analiz teoretycznych na gruncie pedagogiki na temat „opresji” dokonała Podgórska-Jachnik [31], która odniosła mechanizm opresyjności do problematyki osób z niepełnosprawnościami. Podobne mechanizmy można jednak zauważyć w odniesieniu do osób nieheteronormatywnych. Opresja nie jest zwykłym, oczywistym, spodziewanym dodatkiem do rzeczywistości. Jej normalności nie sankcjonuje nawet powszechność występowania zjawisk opresyjnych będących skutkiem wszechobecnej relacji nierówności i ucisku władzy, przemocy materialnej

i symbolicznej [31]. Niewątpliwie najistotniejszy, choć niejako przewrotny, jest fakt, że jedynie negatywna ocena mechanizmów opresyjnych nie wyczerpuje w pełni egzemplifikacji zjawiska. Jeśli bowiem w działaniach opresyjnych dostrzeże się szanse rozwojowe, wówczas optyka opresji staje się doświadczeniem wyzwalającym. Należy zatem rozumieć, że „zidentyfikowana opresja” z jej rozpoznaniem mechanizmem działania i związanymi z nim uwarunkowaniami mogą się stać punktem wyjścia do uruchomienia pozytywnej zmiany i wyzwolenia motywacji do pokonania barier, do wzbudzenia procesów emancypacyjnych — co dokonuje się w szkołach za sprawą „tęczowych piątek”, „marszów równości” czy nawet tęczowej torby na zakupy. Tego mechanizmu nie da się powstrzymać, a raz uruchomiony wzbudza zinternalizowaną potrzebę wyrażenia sprzeciwu. To szansa rozwojowa, taka sama, jaka zawiera się w każdej sytuacji kryzysowej.

Nie jest sama w sobie ani gwarancją sukcesu, ani powodem automatycznego pozytywnego przewartościowania sądu na temat źródła opresji, jednak daje szansę uświadomienia własnej sytuacji, środowiska, do którego opresja się odnosi, jak również uruchamia mechanizmy działania. Jak pisze Podgórska-Jachnik [31] „takie przewartościowanie może być [...] efektem ciężkiej i najczęściej długotrwałej pracy [...]”, ale ostatecznie powinno się wiązać z nadaniem swojej tożsamości podmiotowego i emancypacyjnego charakteru.

Piśmiennictwo:

1. Kosciw JG, Greytak EA, Palmer NA, Boesen MJ. National school climate survey: the experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools. GLSEN, New York 2013.
2. Disidentifications: queers of color and the performance of politics. University of Minnesota Press, Minneapolis: 1999.
3. Edelman L. No future. Queer theory and the death drive. Duke University Press, Durham-London 2004: 1–32.
4. Szkudlarek P. Wschód będzie tym wszystkim, czym Zachód nie jest” — o japońskich wolnościach i zniewoleniach z perspektywy Queer. *InterAlia*. Pismo poświęcone studiom queer / *InterAlia*. A Journal of Queer Studies 2016; 11.
5. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of „sex”. Routledge, New York 1993.
6. Butler J. Uwikłani w płęć. Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2008.
7. Foucault M. Wola wiedzy. In: Foucault M. ed. Historia seksualności. Czytelnik, Warszawa 2002.
8. McRuer R. Crip theory: cultural signs of queerness and disability. New York University Press, New York-London 2006.
9. Johnson M, McRuer R. Cripistemologies. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*. 2014; 8(2): 127–148, doi: [10.3828/jlcs.2014.12](https://doi.org/10.3828/jlcs.2014.12).
10. Kochanowski J. Queer studies. In: Abramowicz M, Biedroń R. ed. *Queer Studies*. Podręcznik kursu. Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2010.
11. Mizielińska J. Płeć, ciało, seksualność. Od feminizmu do teorii queer, Universitas Kraków.
12. Kelly C, Gavin A, Molcho M, NicGabhainn S. The Irish Health Behaviour in School-aged Young Children (HBSC) Study 2010. Department of Health and National University of Ireland, Galway, 2012.
13. LGBT Ireland Study: An Exploration of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Lives in the Republic of Ireland. Dublin: GLSEN and BeLonG To Youth Service, 2016.
14. Izdebski Z. Seksualność Polaków u progu XXI wieku. Studium badawcze. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
15. Obuchowska I, Jaczewski A. Rozwój erotyczny. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2002.
16. Jaczewski A, Radomski J. Wychowanie seksualne i problemy seksuologiczne wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1986.
17. Lew-Starowicz Z. Zachowania homoseksualne młodzieży. In: Izdebski Z. ed. Wychowawcze, etyczne i społeczne problemy zachowań seksualnych młodzieży. Towarzystwo Rozwoju Rodziny, Warszawa-Zielona Góra 1992.
18. Izdebski Z. Wychowawcze, etyczne i społeczne problemy zachowań seksualnych młodzieży. Towarzystwo Rozwoju Rodziny, Warszawa-Zielona Góra 1992.
19. Izdebski Z. Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997-2001-2005. Oficyna Wyd. Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2006.
20. Izdebski Z. Rozwój seksualny. In: Izdebski Z. ed. Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania. PWN, Warszawa 2001.
21. Izdebski Z. Wiedza Polaków na temat HIV/AIDS oraz zachowania seksualne—2005 rok, badanie wykonane na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS. TNS OBOP, 2005.
22. Diamond L. Sexual fluidity. Understanding women's love and desire. Harvard Univ Press, Cambridge 2009.
23. Rzyziński R. Moje życie jest moje. Czarna Owca, Warszawa 2020.
24. Izdebski Z. Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 18-49 lat w 2017 roku. Studium badawcze na tle przemian od 1997 roku. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2020.
25. Bojarska K, Kowalczyk R. Tożsamości seksualne. In: tarowicz-Lew Z, Starowicz-Lew M, Skrzypulec-Plinta V. ed. *Seksuologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
26. Tomasz W, Kowalczyk R, Lew-Starowicz Z. The quality of sexual life and personality of men addicted to gambling. *Seksuologia Polska*. 2018; 16(2): 37–42.
27. Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce RAPORT ZA LATA 2015–2016 pod redakcją Magdaleny Świder i dr. Mikołaja Winiewskiego, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2016.
28. The Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN, 2005).
29. Środa M. Obcy, inny wykluczony. Wyd. Naukowe UW, Warszawa 2020.
30. Lew-Starowicz Z, Lew-Starowicz M. Homoseksualizm. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
31. Podgórska-Jachnik D. Głusi: emancypacje. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013.

Dysfunkcje seksualne u kobiet w przebiegu zaburzeń afektywnych

Female sexual dysfunction in affective disorders

Aleksandra Pięta¹⁻³, Anna Mosiołek^{1,3}

¹Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Szkoła Doktorska, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

Streszczenie

Celem niniejszej pracy przeglądowej jest omówienie czynników wpływających na występowanie dysfunkcji seksualnych w przebiegu depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej u kobiet. Autorzy pracy dokonali przeglądu literatury dostępnej w bazie PubMed oraz Scopus z okresu od 1 stycznia 2010 do 31 marca 2020 roku. Badania podkreślają rolę dysfunkcji seksualnych jako objawu choroby, a także zwracają uwagę na zależność od farmakoterapii, chorób towarzyszących czy zaburzeń snu. Poznanie rodzaju oraz przyczyn dysfunkcji seksualnych występujących u pacjentów może poprawić współpracę z lekarzem oraz przestrzeganie zaleceń, a tym samym przełożyć się na lepsze wyniki stosowanej terapii. Na podstawie przeglądu dostępnych źródeł można wyznaczyć także możliwe kierunki przyszłych badań.

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, zaburzenia afektywne, depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, mania
Seksuologia Polska 2020; 18: 42–47

Abstract

The aim of this article is to discuss the factors influencing the occurrence of sexual dysfunctions in the course of depression and bipolar disorder in women. The authors of the study reviewed the literature available in the PubMed and Scopus databases for the period from January 1, 2010 to March 31, 2020. Research emphasizes the role of sexual dysfunction as a symptom of the disease, and also highlights the dependence on pharmacotherapy, comorbidities and sleep disorders. Understanding the type and causes of sexual dysfunctions in patients may improve compliance, and thus translate into better results of the therapy. Based on available sources, possible directions for future research can also be determined.

Key words: female sexual dysfunction, affective disorders, depression, major depressive disorder, bipolar disorder, mania
Seksuologia Polska 2020; 18: 42–47

Wstęp

Celem artykułu jest zaprezentowanie przeglądu literatury dotyczącej przyczyn dysfunkcji seksualnych u kobiet w przebiegu zaburzeń afektywnych: depresji oraz choroby afektywnej dwubiegunowej. Analizie poddano artykuły naukowe opublikowane w okresie od 1 stycznia 2010 do 31 marca 2020 roku dostępne w bazie PubMed oraz Scopus. Prace naukowe wyszukano ręcznie, przeglądając wyżej wymienione bazy elektroniczne przy pomocy słów kluczowych: *female sexual dysfunction, affective disorders, de-*

pression, major depressive disorder, bipolar disorder, mania. Wyszukiwane hasła zostały ze sobą zestawione w frazy, aby zoptymalizować wyniki.

Spśród 301 wyszukanych prac, ocenie poddano 62, które bezpośrednio poruszały powyższą problematykę. W uwzględnionych pracach znalazło się 17 artykułów przeglądowych oraz 45 prac oryginalnych.

Seksualność jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Prawidłowe funkcjonowanie jednostki w tym zakresie wpływa korzystnie na zdrowie fizyczne, dobrostan psychiczny oraz pozwala na budowanie satysfakcjonujących relacji partnerskich. Zgodnie z Deklaracją Praw Seksualnych Człowieka, ogłoszoną przez Światowe Towarzystwo Seksuologiczne (WAS, *World Association for Sexual Health*) w 2014 roku, każdy człowiek ma niezbywalne prawo do najlepszego

Adres do korespondencji: Aleksandra Pięta, Mazowieckie Specjalistyczne, Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza, Pruszków
e-mail: aleksandrapieta123@gmail.com

Nadesłano: 20.08.2020

Przyjęto do druku: 22.10.2020

możliwego do osiągnięcia stanu zdrowia i dobrostanu w zakresie seksualności, w tym do możliwości przeżywania przyjemnych, satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych. W tym celu niezbędna jest dostępność i właściwa jakość świadczeń zdrowotnych [1].

Wiele chorób przewlekłych przebiega z obniżeniem jakości życia seksualnego. Problem ten dotyka w szczególności populacji pacjentów psychiatrycznych [2, 3]. Wynik badania Ahmadzadeh i Shahin przeprowadzonego w Iranie ($n = 900$) wskazuje na istotnie częstsze występowanie dysfunkcji seksualnych (SD, *sexual dysfunction*) w tej grupie chorych, w porównaniu z pacjentami hospitalizowanymi z powodu chorób somatycznych ($p = 0,00$). Rodzaj i nasilenie dysfunkcji związane są z chorobą podstawową, stosowanymi lekami, problemami w relacji małżeńskiej lub partnerskiej oraz czynnikami społeczno-kulturowymi. Uzyskane wyniki wskazywały, że najczęściej zaburzenia sfery seksualnej w populacji psychiatrycznej dotyczą pacjentów ze schizofrenią, chorobą afektywną dwubiegunową (BD, *bipolar disorder*) oraz depresją (MDD, *major depressive disorder*). W powyższym badaniu u pacjentów obserwowano brak podniecenia seksualnego ($p = 0,00$), zaburzenia fazy pożądania ($p = 0,00$) oraz anorgazmii ($p = 0,00$) [4].

Badania podkreślają także odrębności w zależności od płci. Częściej zaburzenia seksualne dotyczą kobiet (FSD, *female sexual dysfunction*) [5–7]. W grupie pacjentek z depresją odsetek FSD może sięgać nawet do 90% [8], a w chorobie afektywnej dwubiegunowej 40% [9]. Różnice w występowaniu SD u kobiet i mężczyzn leczonych z powodu MDD próbują wyjaśnić Lee i wsp. [10] w badaniu, w którym zaobserwowano częstsze występowanie SD u kobiet z MDD niepoddanych farmakoterapii oraz u mężczyzn stosujących leki z powodu MDD, w porównaniu z grupą kontrolną zdrowych ochotników. Na podstawie uzyskanych wyników, badacze sugerują, że mężczyźni częściej doświadczają działań niepożądanych farmakoterapii w postaci SD, natomiast u kobiet zaburzenia funkcji seksualnych obserwuje się jako konsekwencję objawów choroby, jednak hipoteza ta wymaga przeprowadzenia dalszych badań.

Wartym podkreślenia jest fakt, że dane te odnoszą się do informacji udzielonej w trakcie bezpośredniej oceny przez lekarza. W przypadku samodzielnego zgłaszania SD przez pacjentów, liczba ta spada nawet do 35%, a tylko 1/3 szuka profesjonalnej pomocy [11, 12].

Dotychczas przeprowadzone badania szeroko opisują wpływ stosowanej farmakoterapii na występowanie dysfunkcji seksualnych u pacjentów z chorobą psychiczną [13]. Natomiast niedostateczna jest liczba badań traktujących dysfunkcje seksualne

jako objaw psychopatologiczny zaburzeń psychicznych [11, 14–16]. Wskazuje się również na możliwą rolę dodatkowych obciążeń somatycznych, zaburzeń hormonalnych oraz zaburzeń snu [17–20].

Dysfunkcje seksualne jako objaw zaburzeń afektywnych

U pacjentów z zaburzeniami dotyczącymi afektu można obserwować epizody depresji, manii lub hipomanii.

Zależność pomiędzy depresją a zaburzeniami sfery seksualnej jest dwukierunkowa. Dysfunkcje seksualne mogą być następstwem istniejącej już choroby, ze względu na patogenezę jej objawów. Ponad połowie pacjentów z depresją, towarzyszy lęk, który powoduje aktywację autonomicznego układu nerwowego. Wzrost napięcia układu współczulnego zmniejsza libido, jednocześnie zmniejszenie odpowiedzi przywspółczulnej skutkuje mniejszym ukrwieniem narządów płciowych oraz mniejszą lubrykacją pochwy [11]. Objawy psychomotoryczne i poznawcze, wraz z towarzyszącymi depresji negatywnymi wzorcami myślenia (niską samooceną, poczuciem beznadziejności, bezradności), również przyczyniają się do wystąpienia SD [21]. Natomiast zmniejszenie objawów choroby pod wpływem zastosowanego leczenia może poprawiać funkcje seksualne [22].

Pierwotne pogorszenie jakości życia seksualnego może jednak wtórnie prowadzić do wystąpienia symptomów depresji: 1/3 pacjentów dotkniętych SD doświadczają znacznego cierpienia, wpływającego na samoocenę i dobrostan psychiczny, prowadząc do zaburzeń nastroju [11].

W badaniu Kalmbach i wsp. [23] przeprowadzonym w grupie młodych kobiet ($n = 171$, wiek $20,07 \pm 3,32$) obserwowano dobowe wahania w zakresie dysfunkcji seksualnych, w zależności od nasilenia doświadczanych w ciągu dnia objawów MDD. Wyższy poziom anhedonii korelował z obniżeniem popędu seksualnego w dniu następnym ($p < 0,001$). Opisano także istotną statystycznie zależność pomiędzy obniżeniem nastroju, a trudnością z osiągnięciem orgazmu ($p = 0,02$) oraz nasileniem objawów lękowych a obniżeniem libido ($p = 0,03$), lubrykacją pochwy ($p < 0,01$) i dyspareunią ($p = 0,01$). Jednoczesne zmiany nasilenia objawów afektywnych i dysfunkcji seksualnych mogą sugerować wspólne podłoże patofizjologiczne, między innymi w zakresie aktywności dopaminergicznej ośrodkowego układu nerwowego. Hipoteza ta powinna zostać poddana dalszym badaniom.

Jednym z kryteriów rozpoznania epizodu manii i hipomanii według klasyfikacji *Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders (DSM-5) jest wzrost aktywności seksualnej. Zgodnie z dostępnym przeglądem literatury autorstwa Kopeykina i Kim [24], w przebiegu manii i hipomanii u pacjentek opisywano zwiększone libido, ryzykowne zachowania seksualne, a także związane z nimi trudności w małżeństwie i obniżenie satysfakcji z życia seksualnego, zarówno u chorej, jak i jej partnera. Hiperseksualność związana z BD jest jednak przez 40% pacjentów rozpatrywana w kategorii zmian pozytywnych, szczególnie przez kobiety. Dane dostępne na ten temat są jednak ograniczone, a autorzy opracowania wskazują na konieczność przeprowadzenia aktualnych badań [24–27].

Dysfunkcje związane z zastosowanymi lekami

Działania niepożądane leków są raportowane jako częsta przyczyna przerwania terapii i *non-compliance* wśród pacjentów leczonych psychiatrycznie [28, 29]. Dysfunkcje seksualne spowodowane lekami przeciwdepresyjnymi dotyczą 27–65% kobiet i 26–57% mężczyzn w pierwszych tygodniach terapii [30–32]. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (klomipramina, amitryptylina, imipramina) mogą prowadzić do zaburzeń sfery seksualnej, szczególnie anorgazmii. Dysfunkcje występowały, w zależności od badania, u 41% do 96% pacjentów leczonych klomipraminą. Najwięcej przypadków SD odnotowuje się w grupach pacjentów leczonych inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) oraz inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin norepinephrine reuptake inhibitors*), a efekt ten zależy od dawki [33–36]. Najczęściej zgłaszanymi przez kobiety działaniami niepożądanymi związanymi z SSRI, są zaburzenia fazy pożądania (72%), lubrykacji pochwy (83%) i trudności w osiągnięciu orgazmu (42%) [37]. Dysfunkcje seksualne obserwowano rzadziej w przypadku substancji, takich jak trazodon, agomelatyna, amineptyna, bupropion, moklobemid, mirtazapina, nefazodon i luraszodon [38–42].

Leki z grupy SSRI mogą wpływać na funkcje seksualne nawet po latach od zakończenia leczenia. W 2006 roku po raz pierwszy opisano objawy znane obecnie jako zespół dysfunkcji seksualnych po przyjmowaniu SSRI (PSSD, *post SSRI sexual dysfunction*). Objawy PSSD obejmują zmniejszenie wrażliwości narządów płciowych, obniżenie popędu seksualnego, zaburzenia erekcji, brak podniecenia lub orgazmu, zaburzenia odczuwania przyjemności oraz przedwczesny wytrysk u mężczyzn. Powyższe zmiany mogą dotyczyć także sfery psychicznej i prowadzić do zubożenia emocjonalnego. Etiologia PSSD nie została do końca poznana [43].

Leki stabilizujące nastrój, szeroko stosowane w leczeniu pacjentów z BD, również wpływają na funkcje seksualne. Około 1/3 pacjentów otrzymujących lit doświadczają SD [40, 44]. Większe ryzyko występuje w przypadku stosowania litu w połączeniu z benzodiazepinami (49%) niż litu w monoterapii (14%) [45, 46]. Najczęstsze zaburzenia zgłaszane przez pacjentki w trakcie terapii to obniżenie libido (40%), trudności w osiągnięciu orgazmu (26%) oraz obniżenie jego jakości (24%) [47]. Stosowanie walproinianów może indukować wzrost stężenia androgenów, prowadząc do zaburzeń cyklu menstruacyjnego i nasilając objawy zespołu policystycznych jajników (PCOS, *polycystic ovary syndrome*), a także wiązać się z występowaniem hipolibidemii i anorgazmii. Karbamazepina, poprzez zwiększenie stężenia globuliny wiążącej hormony płciowe (SHBG, *sex hormone binding globulin*) i zmniejszenie poziomu estradiolu, progesteronu i testosteronu, może prowadzić do hipogonadyzmu, braku miesiączki i obniżenia popędu seksualnego. Okskarbazepina zwykle nie powoduje SD, jednak istnieją pojedyncze doniesienia o przypadkach anorgazmii. Nie obserwowano wpływu lamotryginy na funkcje seksualne u pacjentów z BD [40].

Zaburzenia hormonalne

Objawy depresji oraz dysfunkcje seksualne mogą współistnieć razem z szeregiem zmian hormonalnych. W badaniu Krysiak i wsp. [48] oceniano nasilenie objawów depresji oraz funkcjonowanie seksualne u kobiet z wrodzonym przerostem nadnerczy o późnym początku (NC-CAH, *nonclassic congenital adrenal hyperplasia*). W badanej grupie ($n = 24$) zaobserwowano większe nasilenie objawów depresji oraz częstsze występowanie dysfunkcji (obniżenie pobudzenia seksualnego, lubrykacji, satysfakcji seksualnej oraz dyspareunii) względem kontrolnej grupy zdrowych kobiet. Opisano odwrotną zależność pomiędzy poziomem 17-hydroksyprogesteronu a obniżeniem pobudzenia seksualnego, lubrykacji, satysfakcji seksualnej oraz wystąpieniem dyspareunii ($p < 0,05$ do $p < 0,01$) oraz wpływ dodatni poziomu testosteronu na pożądanie i orgazm ($p < 0,05$). Dane dotyczące testosteronu są jednak niejednoznaczne. Zespół badawczy ze Szpitala Uniwersyteckiego Sakarya w Turcji (*Sakarya University Training and Research Hospital*) zaobserwował u kobiet z rozpoznaniem MDD ($n = 52$) niższe stężenie testosteronu całkowitego (TT, *total testosterone*) oraz testosteronu biodostępnego (cBT, *calculated bioavailable testosterone*) ($p < 0,001$) oraz częstsze występowanie zaburzeń funkcji seksualnych niż w grupie kontrolnej kobiet zdrowych ($n = 30$) ($p < 0,001$). Pod wpływem za-

stosowanego leczenia przeciwdepresyjnego uzyskano zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych i wzrost poziomu testosteronu ($p < 0,001$) do poziomu porównywalnego z grupą kontrolną, jednak nie obserwowano ustąpienia dysfunkcji seksualnych [49].

Badania dotyczące kobiet z nadczynnością i niedoczynnością tarczycy również wykazały wpływ funkcjonowania tego narządu na wystąpienie zaburzeń nastroju oraz SD. Oceniono nasilenie objawów depresji oraz funkcjonowanie seksualne kobiet z chorobą Gravesa i wolem toksycznym. Zarówno objawy depresji jak i dysfunkcje seksualne były powiązane z poziomem tyreotropiny (TSH), fT3, fT4. W grupie pacjentek z chorobą Gravesa nasilenie dysfunkcji i objawów depresyjnych było zależne od poziomu przeciwciał TRAb oraz TPOAb [50]. Wśród pacjentek z subkliniczną niedoczynnością tarczycy oraz z chorobą Hashimoto opisano podobne zależności, co sugeruje wpływ chorób autoimmunologicznych tarczycy na funkcje seksualne oraz wystąpienie objawów depresji u kobiet [51–53].

U pacjentek z hiperprolaktynemią opisano pogorszenie funkcji seksualnych (pożądania, podniecenia, lubrykacji pochwy, orgazmu oraz bolesne stosunki) oraz większe nasilenie objawów depresji [54, 55]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu kobiet z akromegalią [56].

Nie znaleziono podobnych badań przeprowadzonych w populacji pacjentek z klinicznym rozpoznaniem depresji lub choroby afektywnej dwubiegunowej. Uzyskane wyniki wyznaczają nowy kierunek badań, a powyższe zależności mogą być przedmiotem dalszych dociekań.

Choroby towarzyszące

Dostępne źródła potwierdzają także współwystępowanie objawów depresji oraz dysfunkcji seksualnych w przebiegu chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 2 [57], nadciśnienie tętnicze [17], przewlekła niewydolność nerek [59], łuszczyca [60, 61] czy choroby neurologiczne [62–65], jednak dotychczasowe badania nie były prowadzone w docelowej populacji pacjentów z klinicznym rozpoznaniem MDD lub BD.

Dysfunkcje seksualne w przebiegu zaburzeń snu

W przebiegu zaburzeń afektywnych można obserwować szerokie spektrum zaburzeń snu: bezsenność, nadmierną senność, zmniejszoną potrzebę snu lub zaburzenia jego jakości. Dostępne źródła sugerują wpływ prawidłowej higieny snu na aktywność seksualną jednostki [66]. Wynik badania Afsahri i wsp. [67]

dotyczącego kobiet w wieku reprodukcyjnym ($n = 277$) wykazało istotny statystycznie związek pomiędzy jakością odpoczynku nocnego, a występowaniem FSD. Wśród uczestniczek badania występowanie zaburzeń fazy pożądania oraz dyspareunii było istotnie powiązane z jakością snu i bezsennością ($p < 0,001$). Aspekty seksualności, takie jak podniecenie, lubrykacja pochwy, faza orgazmu, a także poziom satysfakcji seksualnej, były związane z zaburzeniami jakości snu, bezsennością i nadmierną sennością ($p < 0,05$). Kobiety te nie były oceniane pod kątem występowania objawów afektywnych.

Badanie Prairie i wsp. [68] ($n = 1716$) opisuje współwystępowanie objawów depresyjnych, bezsenności oraz dysfunkcji seksualnych u 5% badanych kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Nie znaleziono jednak opracowania bezpośrednio wiążącego zaburzenia snu u kobiet spełniających kryteria kliniczne BD i MDD z towarzyszącymi im dysfunkcjami seksualnymi. Obszar wymaga przeprowadzenia bardziej szczegółowych analiz i może być przedmiotem dalszych badań.

Podsumowanie

Dysfunkcje seksualne to istotny problem kliniczny w praktyce lekarza psychiatry. Często zaburzenia te dotyczą pacjentów leczonych z powodu depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej. Zaburzenia funkcji seksualnych mogą być objawem choroby, ale też działaniem niepożądanym stosowanej farmakoterapii lub współistniejących zaburzeń. Świadomość złożoności tego problemu oraz mnogości przyczyn, może okazać się pomocna w uzyskaniu oczekiwanych rezultatów leczenia, współpracy w zakresie stosowania zaleceń lekarskich (*compliance*), a przede wszystkim poprawy komfortu życia pacjentki [69]. Niewiele badań poświęcono dysfunkcjom seksualnym u kobiet z klinicznym rozpoznaniem depresji lub choroby afektywnej dwubiegunowej. Dostępne źródła wyznaczają pewne możliwe kierunki przyszłych badań, a powyższe zależności powinny być przedmiotem dalszych prac.

Piśmiennictwo:

1. World Association for Sexual Health (WAS) Declaration of sexual rights. 2014. https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf (6.02.2020).
2. McMillan E, Adan Sanchez A, Bhaduri A, et al. Sexual functioning and experiences in young people affected by mental health disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 253: 249–255, doi: [10.1016/j.psychres.2017.04.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.009), indexed in Pubmed: [28395230](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28395230/).
3. Piontek A, Szeja J, Błachut M, et al. Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiad Lek.* 2019; 72(10): 1984–1988, indexed in Pubmed: [31982027](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31982027/).
4. Ahmadzadeh G, Shahin A. Sexual dysfunctions in the patients hospitalized in psychiatric wards compared to other specialized wards in Isfahan, Iran, in 2012. *Adv Biomed Res.* 2015; 4:

- 225, doi: [10.4103/2277-9175.166648](https://doi.org/10.4103/2277-9175.166648), indexed in Pubmed: [26623400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26623400/).
5. Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgrad Med.* 2014; 126(2): 91–99, doi: [10.3810/pgm.2014.03.2744](https://doi.org/10.3810/pgm.2014.03.2744), indexed in Pubmed: [24685972](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24685972/).
6. Thakurta RG, Singh OmP, Bhattacharya A, et al. Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian J Psychol Med.* 2012; 34(4): 365–370, doi: [10.4103/0253-7176.108222](https://doi.org/10.4103/0253-7176.108222), indexed in Pubmed: [23723546](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23723546/).
7. Lai CH. Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *J Clin Psychopharmacol.* 2011; 31(1): 39–44, doi: [10.1097/JCP.0b013e318205a670](https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318205a670), indexed in Pubmed: [21192141](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21192141/).
8. Sreelakshmy K, Velayudhan R, Kuriakose D, et al. Sexual dysfunction in females with depression: a cross-sectional study. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017; 39(2): 106–109, doi: [10.1590/2237-6089-2016-0072](https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0072), indexed in Pubmed: [28700039](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28700039/).
9. Namli Z, Karakuş G, Tamam L. Assessment of dyadic adjustment and sexual functions in patients with bipolar disorder. *Noro Psikiyatr Ars.* 2018; 55(2): 171–176, doi: [10.5152/npa.2017.19213](https://doi.org/10.5152/npa.2017.19213), indexed in Pubmed: [30057460](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30057460/).
10. Lee TI, Issac J, Lin SH, et al. Gender difference in antidepressant-related sexual dysfunction in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013; 35(4): 407–411, doi: [10.1016/j.genhosppsych.2013.03.015](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.015), indexed in Pubmed: [23639184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23639184/).
11. Porto R. [Depressive symptoms and sexuality]. *Presse Med.* 2014; 43(10 Pt 1): 1111–1115, doi: [10.1016/j.lpm.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.07.001), indexed in Pubmed: [25148948](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25148948/).
12. Chokka PR, Hankey JR. Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2018; 8(1): 13–23, doi: [10.1177/2045125317720642](https://doi.org/10.1177/2045125317720642), indexed in Pubmed: [29344340](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29344340/).
13. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc.* 2016; 91(9): 1280–1286, doi: [10.1016/j.mayocp.2016.04.033](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.033), indexed in Pubmed: [27594188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594188/).
14. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2012; 9(6): 1497–1507, doi: [10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x), indexed in Pubmed: [22462756](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22462756/).
15. Lin CF, Juang YY, Wen JK, et al. Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang Gung Med J.* 2012; 35(4): 323–331, doi: [10.4103/2319-4170.106138](https://doi.org/10.4103/2319-4170.106138), indexed in Pubmed: [22913859](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22913859/).
16. Forbes MK, Baillie AJ, Eaton NR, et al. A place for sexual dysfunctions in an empirical taxonomy of psychopathology. *J Sex Res.* 2017; 54(4-5): 465–485, doi: [10.1080/00224499.2016.1269306](https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1269306), indexed in Pubmed: [28121167](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28121167/).
17. Nascimento ER, Maia ACO, Nardi AE, et al. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *J Affect Disord.* 2015; 181: 96–100, doi: [10.1016/j.jad.2015.03.050](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.050), indexed in Pubmed: [25942437](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25942437/).
18. Bak E, Marcisz C, Krzeminska S, et al. Does type 1 diabetes modify sexuality and mood of women and men? *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15(5), doi: [10.3390/ijerph15050958](https://doi.org/10.3390/ijerph15050958), indexed in Pubmed: [29751592](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29751592/).
19. Krysiak R, Kowalcze K, Okopień B. Sexual function and depressive symptoms in young women with overt hyperthyroidism. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019; 234: 43–48, doi: [10.1016/j.ejogrb.2018.12.035](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.12.035), indexed in Pubmed: [30654201](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654201/).
20. Prairie BA, Wisniewski SR, Luther J, et al. Symptoms of depressed mood, disturbed sleep, and sexual problems in midlife women: cross-sectional data from the Study of Women's Health Across the Nation. *J Womens Health (Larchmt).* 2015; 24(2): 119–126, doi: [10.1089/jwh.2014.4798](https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4798), indexed in Pubmed: [25621768](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25621768/).
21. Reddy RM, Saravanan RA, Praharaj SK, et al. Sexual dysfunction in women with depression: a hospital-based cross-sectional comparative study. *Indian J Psychol Med.* 2020; 42(1): 46–51, doi: [10.4103/IJPSYM.IJPSYM_321_19](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_321_19), indexed in Pubmed: [31997865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31997865/).
22. Ishak WW, Christensen S, Sayer G, et al. Sexual satisfaction and quality of life in major depressive disorder before and after treatment with citalopram in the STAR*D study. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74(3): 256–261, doi: [10.4088/JCP.12m07933](https://doi.org/10.4088/JCP.12m07933), indexed in Pubmed: [23561231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23561231/).
23. Kalmbach DA, Kingsberg SA, Ciesla JA. How changes in depression and anxiety symptoms correspond to variations in female sexual response in a nonclinical sample of young women: a daily diary study. *J Sex Med.* 2014; 11(12): 2915–2927, doi: [10.1111/jsm.12692](https://doi.org/10.1111/jsm.12692), indexed in Pubmed: [25200390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25200390/).
24. Kopeykina I, Kim HJ, Khatun T, et al. Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *J Affect Disord.* 2016; 195: 1–14, doi: [10.1016/j.jad.2016.01.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.035), indexed in Pubmed: [26851616](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851616/).
25. Sørensen T, Giraldo A, Vinberg M. Sexual distress and quality of life among women with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2017; 5(1): 29, doi: [10.1186/s40345-017-0098-0](https://doi.org/10.1186/s40345-017-0098-0), indexed in Pubmed: [28589489](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28589489/).
26. Grover S, Nehra R, Thakur A. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. *Ind Psychiatry J.* 2017; 26(2): 114–120, doi: [10.4103/ipj.ipj_15_16](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_15_16), indexed in Pubmed: [30089956](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30089956/).
27. Rowe LS, Morris AM. Patient and partner correlates of couple relationship functioning in bipolar disorder. *J Fam Psychol.* 2012; 26(3): 328–337, doi: [10.1037/a0027589](https://doi.org/10.1037/a0027589), indexed in Pubmed: [22409161](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22409161/).
28. Morehouse R, Macqueen G, Kennedy SH. Barriers to achieving treatment goals: a focus on sleep disturbance and sexual dysfunction. *J Affect Disord.* 2011; 132 Suppl 1: S14–S20, doi: [10.1016/j.jad.2011.03.047](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.047), indexed in Pubmed: [21575992](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21575992/).
29. Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgrad Med.* 2014; 126(2): 91–99, doi: [10.3810/pgm.2014.03.2744](https://doi.org/10.3810/pgm.2014.03.2744), indexed in Pubmed: [24685972](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24685972/).
30. Montejó AL, Montejó L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry.* 2018; 17(1): 3–11, doi: [10.1002/wps.20509](https://doi.org/10.1002/wps.20509), indexed in Pubmed: [29352532](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29352532/).
31. Olisah VO, Sheikh TL, Abah ER, et al. Sociodemographic and clinical correlates of sexual dysfunction among psychiatric outpatients receiving common psychotropic medications in a Neuropsychiatric Hospital in Northern Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2016; 19(6): 799–806, doi: [10.4103/1119-3077.180063](https://doi.org/10.4103/1119-3077.180063), indexed in Pubmed: [27811454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27811454/).
32. Gelenberg AJ, Dunner DL, Rothschild AJ, et al. Sexual functioning in patients with recurrent major depressive disorder enrolled in the PREVENT study. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201(4): 266–273, doi: [10.1097/NMD.0b013e318288d298](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318288d298), indexed in Pubmed: [23538970](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23538970/).
33. Hatta S, Duni A, Ng CG, et al. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) therapy on the female sexual response cycle of women with major depression. *Clin Ter.* 2013; 164(1): 11–15, doi: [10.7417/T.2013.1503](https://doi.org/10.7417/T.2013.1503), indexed in Pubmed: [23455735](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23455735/).
34. La Torre A, Giupponi G, Duffy D, et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review--part I: antidepressants. *Pharmacopsychiatry.* 2013; 46(5): 191–199, doi: [10.1055/s-0033-1345205](https://doi.org/10.1055/s-0033-1345205), indexed in Pubmed: [23737245](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23737245/).
35. Baldwin DS, Manson C, Nowak M. Impact of antidepressant drugs on sexual function and satisfaction. *CNS Drugs.* 2015; 29(11): 905–913, doi: [10.1007/s40263-015-0294-3](https://doi.org/10.1007/s40263-015-0294-3), indexed in Pubmed: [26519341](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26519341/).
36. Midi M, Kanagasundram S, Sidi H, et al. Sexual arousal difficulties in women treated with antidepressants: a comparison between escitalopram and fluoxetine. *Int J Psychiatry Med.* 2012;

- 43(4): 405–418, doi: [10.2190/PM.43.4.h](https://doi.org/10.2190/PM.43.4.h), indexed in Pubmed: [23094470](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23094470/).
37. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc.* 2016; 91(9): 1280–1286, doi: [10.1016/j.mayocp.2016.04.033](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.033), indexed in Pubmed: [27594188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594188/).
38. Khazaie H, Rezaie L, Rezaei Payam N, et al. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone; a randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015; 37(1): 40–45, doi: [10.1016/j.genhosppsych.2014.10.010](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.10.010), indexed in Pubmed: [25467077](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467077/).
39. Sapetti A. Agomelatine: an antidepressant without deterioration of sexual response. *J Sex Marital Ther.* 2012; 38(2): 190–197, doi: [10.1080/0092623X.2011.613095](https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.613095), indexed in Pubmed: [22390531](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22390531/).
40. Montejó AL, Montejó L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry.* 2018; 17(1): 3–11, doi: [10.1002/wps.20509](https://doi.org/10.1002/wps.20509), indexed in Pubmed: [29352532](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29352532/).
41. Clayton AH, Tsai J, Mao Y, et al. Effect of lurasidone on sexual function in major depressive disorder patients with subthreshold hypomanic symptoms (Mixed Features): Results From a Placebo-Controlled Trial. *J Clin Psychiatry.* 2018; 79(5), doi: [10.4088/JCP.18m12132](https://doi.org/10.4088/JCP.18m12132), indexed in Pubmed: [30086213](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30086213/).
42. Preeti S, Jayaram SD, Chittaranjan A. Sexual dysfunction in patients with antidepressant-treated anxiety or depressive disorders: a pragmatic multivariable longitudinal study. *East Asian Arch Psychiatry.* 2018; 28(1): 9–16, indexed in Pubmed: [29588433](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29588433/).
43. Reisman Y. Post-SSRI sexual dysfunction. *BMJ.* 2020; m754, doi: [10.1136/bmj.m754](https://doi.org/10.1136/bmj.m754).
44. Grover S, Ghosh A, Sarkar S, et al. Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *J Clin Psychopharmacol.* 2014; 34(4): 475–482, doi: [10.1097/JCP.000000000000131](https://doi.org/10.1097/JCP.000000000000131), indexed in Pubmed: [24781439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24781439/).
45. Elnazer HY, Sampson A, Baldwin D. Lithium and sexual dysfunction: an under-researched area. *Hum Psychopharmacol.* 2015; 30(2): 66–69, doi: [10.1002/hup.2457](https://doi.org/10.1002/hup.2457), indexed in Pubmed: [25619161](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25619161/).
46. García-Blanco A, García-Portilla MP, Fuente-Tomás Ld, et al. Sexual dysfunction and mood stabilizers in long-term stable patients with bipolar disorder. *J Sex Med.* 2020; 17(5): 930–940, doi: [10.1016/j.jsxm.2020.01.032](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.032), indexed in Pubmed: [32139195](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32139195/).
47. Grover S, Nehra R, Thakur A. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. *Ind Psychiatry J.* 2017; 26(2): 114–120, doi: [10.4103/ipj.ipj_15_16](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_15_16), indexed in Pubmed: [30089956](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30089956/).
48. Krysiak R, Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual function and depressive symptoms in young women with nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *J Sex Med.* 2016; 13(1): 34–39, doi: [10.1016/j.jsxm.2015.11.002](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.11.002), indexed in Pubmed: [26755084](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755084/).
49. Kumsar Ş, Kumsar NA, Sağlam HS, et al. Testosterone levels and sexual function disorders in depressive female patients: effects of antidepressant treatment. *J Sex Med.* 2014; 11(2): 529–535, doi: [10.1111/jsm.12394](https://doi.org/10.1111/jsm.12394), indexed in Pubmed: [24286389](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24286389/).
50. Krysiak R, Kowalcze K, Okopień B. Sexual function and depressive symptoms in young women with overt hyperthyroidism. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019; 234: 43–48, doi: [10.1016/j.ejogrb.2018.12.035](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.12.035), indexed in Pubmed: [30654201](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654201/).
51. Krysiak R, Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual function and depressive symptoms in young women with thyroid autoimmunity and subclinical hypothyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2016; 84(6): 925–931, doi: [10.1111/cen.12956](https://doi.org/10.1111/cen.12956), indexed in Pubmed: [26426544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26426544/).
52. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, et al. Hyperthyroidism: a risk factor for female sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2011; 8(8): 2327–2333, doi: [10.1111/j.1743-6109.2011.02354.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02354.x), indexed in Pubmed: [21679305](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21679305/).
53. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, et al. Sexual dysfunction in women with clinical hypothyroidism and subclinical hypothyroidism. *J Sex Med.* 2010; 7(7): 2583–2590, doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01815.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01815.x), indexed in Pubmed: [20412428](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20412428/).
54. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The effect of bromocriptine treatment on sexual functioning and depressive symptoms in women with mild hyperprolactinemia. *Pharmacol Rep.* 2018; 70(2): 227–232, doi: [10.1016/j.pharep.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.pharep.2017.10.008), indexed in Pubmed: [29475005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475005/).
55. Rubio-Abadal E, Del Cacho N, Saenz-Navarrete G, et al. PROLACT Group. How Hyperprolactinemia Affects Sexual Function in Patients Under Antipsychotic Treatment. *J Clin Psychopharmacol.* 2016; 36(5): 422–428, doi: [10.1097/JCP.0000000000000539](https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000539), indexed in Pubmed: [27433851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27433851/).
56. Celik O, Hatipoglu E, Akhan SE, et al. Acromegaly is associated with higher frequency of female sexual dysfunction: experience of a single center. *Endocr J.* 2013; 60(6): 753–761, doi: [10.1507/endocrj.ej12-0424](https://doi.org/10.1507/endocrj.ej12-0424), indexed in Pubmed: [23391571](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23391571/).
57. Krysiak R, Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning and depressive symptoms in women with diabetes and prediabetes receiving metformin therapy: a pilot study. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2017; 125(1): 42–48, doi: [10.1055/s-0042-116594](https://doi.org/10.1055/s-0042-116594), indexed in Pubmed: [27711958](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27711958/).
58. Tagliabue M, Gottero C, Zuffranieri M, et al. Sexual function in women with type 1 diabetes matched with a control group: depressive and psychosocial aspects. *J Sex Med.* 2011; 8(6): 1694–1700, doi: [10.1111/j.1743-6109.2011.02262.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02262.x), indexed in Pubmed: [21477012](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21477012/).
59. Oyekin DG, Gülpek D, Sahin EM, et al. Depression, anxiety, body image, sexual functioning, and dyadic adjustment associated with dialysis type in chronic renal failure. *Int J Psychiatry Med.* 2012; 43(3): 227–241, doi: [10.2190/PM.43.3.c](https://doi.org/10.2190/PM.43.3.c), indexed in Pubmed: [22978081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22978081/).
60. Alariny AF, Farid CI, Elweshahi HM, et al. Psychological and sexual consequences of psoriasis vulgaris on patients and their partners. *J Sex Med.* 2019; 16(12): 1900–1911, doi: [10.1016/j.jsxm.2019.08.017](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.017), indexed in Pubmed: [31542353](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31542353/).
61. Ferreira BR, Pio-Abreu JL, Reis JP, et al. Analysis of the prevalence of mental disorders in psoriasis: the relevance of psychiatric assessment in dermatology. *Psychiatr Danub.* 2017; 29(4): 401–406, doi: [10.24869/psyd.2017.401](https://doi.org/10.24869/psyd.2017.401), indexed in Pubmed: [29197196](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29197196/).
62. Rathore C, Henning OJ, Luef G, et al. Sexual dysfunction in people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2019; 100(Pt A): 106495, doi: [10.1016/j.yebeh.2019.106495](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106495), indexed in Pubmed: [31577987](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31577987/).
63. Zelená V, Kuba R, Soška V, et al. Depression as a prominent cause of sexual dysfunction in women with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2011; 20(3): 539–544, doi: [10.1016/j.yebeh.2011.01.014](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.01.014), indexed in Pubmed: [21353646](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21353646/).
64. Silveira C, Guedes R, Maia D, et al. Neuropsychiatric symptoms of multiple sclerosis: state of the art. *Psychiatry Investig.* 2019; 16(12): 877–888, doi: [10.30773/pi.2019.0106](https://doi.org/10.30773/pi.2019.0106), indexed in Pubmed: [31805761](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31805761/).
65. Varanda S, Ribeiro da Silva J, Costa AS, et al. Sexual dysfunction in women with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2016; 31(11): 1685–1693, doi: [10.1002/mds.26739](https://doi.org/10.1002/mds.26739), indexed in Pubmed: [27501238](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27501238/).
66. Seehuus M, Pigeon W. The sleep and sex survey: Relationships between sexual function and sleep. *J Psychosom Res.* 2018; 112: 59–65, doi: [10.1016/j.jpsychores.2018.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.005), indexed in Pubmed: [30097137](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30097137/).
67. Afsahri P, Salehnejad Z, Hekmat K, et al. Do Sleeping disorders impair sexual function in married iranian women of reproductive age? Results from a Cross-Sectional Study. *Psychiatry J.* 2018; 2018: 1045738, doi: [10.1155/2018/1045738](https://doi.org/10.1155/2018/1045738), indexed in Pubmed: [29850469](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29850469/).
68. Prairie BA, Wisniewski SR, Luther J, et al. Symptoms of depressed mood, disturbed sleep, and sexual problems in midlife women: cross-sectional data from the Study of Women's Health Across the Nation. *J Womens Health (Larchmt).* 2015; 24(2): 119–126, doi: [10.1089/jwh.2014.4798](https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4798), indexed in Pubmed: [25621768](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25621768/).
69. Reynaert C, Zdanowicz N, Janne P, et al. Jacques D. Depression and sexuality *Psychiatr Danub* 2010 Nov;22 :S111-3 PMID. ; 21057415(Suppl 1).

Asystent seksualny — (nie)potrzebny zawód

Sexual assistant: (un)needed profession

Katarzyna Waszyńska

UAM Laboratorium Promocji Zdrowia i Psychoterapii

Streszczenie

Osoby z niepełnosprawnościami przeżywają wiele trudności związanych z życiem seksualnym. Wynika to między innymi z niewystarczającej edukacji seksualnej, zbyt małej liczby modeli adaptacji, rehabilitacji czy integracji kładących nacisk na budowanie jakości życia w tym obszarze. Jednym z podnoszonych rozwiązań jest w tej sytuacji wprowadzenie profesji asystenta seksualnego. Mimo że w wielu krajach działają już przeszkoleni w tym zakresie pracownicy, nadal ten temat wiąże się z licznymi wątpliwościami, kontrowersjami i spekulacjami. Celem tego opracowania jest więc przedstawienie sytuacji i funkcjonowania asystentów seksualnych w różnych krajach oraz wskazanie korzyści i ograniczeń wiążących się z wykonywaniem tego zawodu.

Słowa kluczowe: edukacja seksualna, asystent seksualny, seksualność osób z niepełnosprawnościami intelektualną i ruchową

Seksuologia Polska 2020; 18

Abstract

People with disabilities experience a number of difficulties connected with their sex life. It is due, among other reasons, to insufficient sexual education, too few adaptation models, not enough rehabilitation or integration that put emphasis on building a quality of life in that area. One of the proposed solutions is the introduction of the profession of a sexual assistant. Despite the fact that many countries already have trained professionals working in that capacity, there are still many doubts, controversies and speculations connected with this topic. The aim of this study is to present situations and the functioning of the sexual assistants in different countries, and pointing out the benefits and limitations involved in such a profession.

Key words: sexual education, sexual assistant, sexuality of people with intellectual and physical disabilities

Seksuologia Polska 2020; 18

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w dokumencie „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO” podkreśliła rolę współpracy poszczególnych specjalistów w podniesieniu standardów zdrowia i jakości życia osób z różnymi niepełnosprawnościami [1]. Dotyczy to też aspektów związanych ze zdrowiem seksualnym. Prawo do seksualnej równości, a więc do realizacji swej

seksualności, podkreślono również w Deklaracji Praw Seksualnych. Z tych dokumentów wynika, że osoby z niepełnosprawnościami mają prawo do odkrywania własnej seksualności, dostępu do profesjonalnej pomocy w uzyskiwaniu wiedzy i wsparcia w tym obszarze, uczenia się odpowiedzialności i dokonywania wyborów w kwestii podejmowanej aktywności o charakterze seksualnym. Postulują to również naukowcy i specjaliści zajmujący się jakością życia osób z niepełnosprawnościami w Polsce (m.in. Izdebski, Długołęcka, Fornalik, Wąż, Kijak, Radomski).

Jednak pomimo tych wytycznych, w codziennej praktyce zalecenia te są różnie realizowane. Funkcjonowanie seksualne osób z niepełnosprawnościami nadal jest pełne mitów i stereotypów, co powoduje, że

Adres do korespondencji: Katarzyna Waszyńska
UAM Laboratorium Promocji Zdrowia i Psychoterapii
Nadesłano: 2.09.2020 Przyjęto do druku: 15.10.2020

ten aspekt jest niejednokrotnie pomijany w obszarze edukacji, wspierania, terapii i rehabilitacji [2–4].

Jest to, jak podaje Długolecka [5], jedna z istotnych barier uniemożliwiających realizację potrzeby seksualnej u osób z niepełnosprawnością. Istnieją na przykład przekonania, że osoby z niepełnosprawnością są aseksualne (więc ten temat ich nie dotyczy) lub przeciwnie — hiperseksualne (należy ograniczać i hamować wszystkie przejawy ich seksualności). Ponadto w przestrzeni publicznej seksualność kojarzona jest z młodością, atrakcyjnością fizyczną. Dlatego w społecznym dyskursie rozmywa się często aspekt płciowości, a co dopiero seksualności tej grupy. Używamy sformułowań „osoba niepełnosprawna”, zapominając, że mówimy o kobiecie lub mężczyźnie. Unikanie tematów związanych z seksualnością osób z niepełnosprawnością odnosi się zarówno do edukacji i wychowania seksualnego dzieci i młodzieży, jak i do realizacji potrzeby seksualnej w życiu dorosłym.

Również modele adaptacji, rehabilitacji czy integracji w małym stopniu dotyczą strategii działania odnoszących się do realizacji intymnych potrzeb [3]. Dlatego „Osoby te, ze swoimi fantazjami i potrzebami, ale i frustracjami oraz trudnościami, zbyt często pozostają same, nierozumiane przez partnerów czy członków rodzin oraz pozbawione wsparcia profesjonalistów, którzy mogliby ułatwić odnalezienie indywidualnego sposobu radzenia sobie w tej trudnej sytuacji” [6].

Seksualność kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnościami — wyzwania i ograniczenia

Osoby z niepełnosprawnością przeżywają wiele trudności związanych z życiem seksualnym. Heteroseksualne kobiety z niepełnosprawnością mają problemy ze znalezieniem partnera, doświadczają braku poczucia atrakcyjności [7]. Mężczyźni nie wpisują się w wizerunek „macho”, co łączy się z pozbawieniem ich w percepcji społecznej atrybutów męskości [8]. Temat orientacji, preferencji seksualnych osób z niepełnosprawnościami jest również pomijany. Ofiarami społecznych stereotypów i uprzedzeń są również kobiety i mężczyźni z niepełnosprawnościami, którzy ze względu na bariery społeczne nie dają sobie prawa do akceptacji swojej seksualności.

„Rozwój świadomości seksualnej dotyczy nie tylko świadomości potrzeb erotycznych, ale także sposobów ich zaspokajania, które u osób niepełnosprawnych ruchowo zwykle zatrzymują się na etapie autoerotyki. Seks z partnerem bywa dla nich problematyczny, z powodu braku wiedzy na temat pozycji dostosowanych do fizycznych ograniczeń, nieakceptowania swojego

ciała lub negatywnych postaw wobec seksualności, które zostały ukształtowane w trakcie wychowania. Na tę płaszczyznę nakładają się także trudności w znalezieniu partnera i wspólnego odkrywaniu seksualności” [9]. Osoby z niepełnosprawnością ruchową zgłaszają również trudności i problemy wiążące się z ingerencją „osób trzecich” w sferę tworzenia i budowania relacji intymnych. Oprócz tego skarżą się na problemy z uzależnieniem od pornografii, poczucie osamotnienia, lęki i poczucie inności, występujące zaburzenia seksualne [2, 4, 10, 11].

Dlatego część osób z niepełnosprawnościami decyduje się na kontakt z pracownikami seksualnymi — korzysta z płatnych usług seksualnych.

W badaniach Izdebskiego [12] realizowanych wśród kobiet świadczących usługi seksualne na ulicy i w agencjach w wybranych miastach Polski (2002), 20% z nich wskazało, że miało doświadczenia z klientami niepełnosprawnymi. Organizowaniem tych spotkań zajmowali się niekiedy ojcowie tych mężczyzn, a spotkania miały miejsce w ich domach.

Ślęzak [6] prowadząc wywiady z kobietami zatrudnionymi w agencjach towarzyskich (projekt 2007–2013) zauważyła, że z tej formy zaspokojenia seksualnego korzystali mężczyźni niepełnosprawni fizycznie, komunikujący się i mogący się samodzielnie poruszać. Byli to klienci określani przez pracownice jako mniej pożądanymi (oprócz agresywnych i niewypłacalnych). Spotykali się często z odmową a także niezadowoleniem ze strony zatrudnionych kobiet. Ciało, jak pisze Ślęzak, odbiegające od „typowego” dyskwalifikowało mężczyzn jako poświadanych partnerów interakcji. Wymagało również niestandardowego, nietypowego działania, co stanowiło zdaniem kobiet dodatkowe utrudnienie. „Niepodejmowanie interakcji seksualnych z niepełnosprawnymi mężczyznami miało także swe przyczyny w lęku związanym z brakiem wiedzy rozmówczyń na temat istoty dysfunkcji, jej wpływu na możliwość zrealizowania stosunku seksualnego, a co za tym idzie, trudności z wyobrażeniem sobie jak takie spotkanie mogłoby przebiegać. Pracownice często nie potrafiły nazwać rodzaju dysfunkcji danego klienta (podczas wywiadów opisywały jedynie jej zewnętrzne oznaki). Nie były także świadome, na ile ta niepełnosprawność była poważna, w jakim stopniu mogła wpłynąć na przebieg aktu seksualnego i w jaki sposób »technicznie« go przeprowadzić” [6]. Okazuje się również, że część pracownic seksualnych powiela funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy i przekonania dotyczące życia seksualnego osób z niepełnosprawnościami [6].

Ślęzak w trakcie siedmiu lat realizacji projektu nie spotkała pracownicy, która specjalizowałaby się w usługach z klientami z niepełnosprawnością (po-

mimo specjalizacji odnoszących się do preferencji takich jak BDSM [*bondage, discipline, domination, submission*], fetyszym).

Asystent seksualny — cele i zadania

Wprowadzenie profesji asystenta (seksualny akompaniament) postulowane jest przez osoby z niepełnośnościami, ich bliskich oraz przez specjalistów [11, 12]. Jak zauważają Gammino, Facio, Cipoletta [12], literatura naukowa opisująca ten obszar jest jednak niewielka. Prowadzi się stosunkowo mało badań dotyczących weryfikacji tego zagadnienia [12–14]. Garofalo Geymonat [13], analizując omawiany zakres, zachęca do spojrzenia na asystenturę seksualną jako interesującą przestrzeń dla sojuszu między prawami osób świadczących usługi seksualne a prawami osób niepełnosprawnych.

Rolą asystenta może zatem być:

- 1) wspieranie realizacji potrzeb psychoseksualnych w procesie rehabilitacji, bez wchodzenia w relacje intymne z pacjentem;
- 2) specjalizowanie się w świadczeniu usług seksualnych osobom z różnymi niepełnośnościami;
- 3) aktywny udział w terapii seksualnej (przy współudziale psychoterapeuty — seksuologa) [11].

W kontakcie z osobą z niepełnośnościami ruchową asystent seksualny może również uczestniczyć w wykonaniu działań umożliwiających podjęcie aktywności seksualnej, a więc: przeniesienie na łóżko, rozebranie, stymulacja narządów płciowych. Wśród repertuaru zachowań seksualnych znajdują się, zgodnie z ustalonymi w kontrakcie założeniami, dotyk, pieśszcoty, zbliżenie seksualne.

Psychoedukacja łączy się z intymnością, „odkryciem i poczuciem” swego ciała w innych kontekstach niż higienicznych czy pielęgnacyjnych. „Ciało osób z niepełnośnościami fizyczną jest dotykane jedynie przez opiekunów i lekarzy, jest eksponowane podczas medycznej opieki, pozbawione intymności i poczucia wstydu” [11]. Kolejnym krokiem jest więc poznanie reakcji ciała, jego możliwości, obszarów wrażliwych na dotyk, alternatywnych sposobów uzyskiwania przyjemności czy realizacji potrzeby seksualnej.

We Francji propagatorem tej działalności jest Nuss, założyciel organizacji Coordination Handicap et., który głosi, iż „pytanie o asystentów seksualnych jest tak naprawdę pytaniem o wolność osób całkowicie ograniczonych przez swoją fizyczność” [11]. Francuskie Stowarzyszenie Osób Sparaliżowanych i Narodowa Rada Konsultacyjna Osób Niepełnosprawnych również postulowały legitymizację tej profesji. W 2016 roku do

Appas (Stowarzyszenie Promocji Wsparcia Seksualnego) z wnioskami o pomoc w tej sprawie zgłosiła się około 300 osób. Byli to głównie samotni mężczyźni z niepełnośnością ruchową (podania kobiet stanowią tylko około 5%). Najczęściej piszą sami zainteresowani, choć w przypadku 7% prośba jest nadsyłana przez rodzinę lub instytucję. Członkowie Appas aktywnie działają w różnych regionach Francji, prowadząc szkolenia, seminaria i kampanie edukacyjne. W ciągu roku szkoli się ponad 30 stażystów: masażystów, emerytów, opiekunów, wyspecjalizowanych nauczycieli lub pracowników seksualnych. Ta aktywność spotkała się ze sprzeciwem Chrześcijańskiego Biura Osób Niepełnosprawnych. Jego członkowie twierdzili, że seksualny akompaniament będzie przestrzenią dla dyskryminacji i przemocy wobec osób niepełnosprawnych. Argumentowali, że głównym celem pomagania osobom z niepełnośnościami powinno być polepszenie ich sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Natomiast dla Nussa [15] „seksualny akompaniament nie jest celem, ale środkiem do odzyskania pewności siebie, ciała i seksualności”. Jest to pomost do „prawdziwego życia”; do momentu zawarcia romantycznego związku.

W Szwajcarii na rzecz wprowadzenia asystentów seksualnych działała psychoterapeutka Zemp [16], która starała się przekonać opinię publiczną, iż jest to ważny aspekt życia osób z niepełnośnością. Pracowała w organizacji Fachstelle Behinderung & Sexualität (Fabs), skupiającej się również na przeciwdziałaniu przemocy seksualnej. W roku 1977 Zemp zagrała wspólnie z mężem w filmie dokumentalnym „Niepełnosprawna miłość” autorstwa Graf. Od 2003 do 2010 roku prowadziła i zarządzała organizacją Niepełnosprawność i Seksualność. Zmarła w 2011 roku. W Szwajcarii działa również stowarzyszenie asystentów seksualnych, oferując szkolenia dla asystentów seksualnych w wymiarze 200 godzin.

Wotton jest australijską prostytutką, która wyspecjalizowała się w pracy z osobami z niepełnośnością. Twierdzi, że ludzki dotyk i intymność seksualna mają znaczenie terapeutyczne. Była współzałożycielką *Touching Base* (2000), charytatywnej organizacji nastawionej na pomoc w nawiązaniu kontaktów pomiędzy osobami z niepełnośnością a pracownikami seksualnymi i organizującą:

- „Service Awareness Trainings” – jednodniowe warsztaty – „Wsparcie osób niepełnosprawnych w dostępie do branży seksualnej”;
- „Professional Disability Awareness Training” dla pracowników seksualnych.

Aktywiści *Touching Base* występują na konferencjach, seminariach (np. Family Planning NSW Family

Forum), w telewizji, piszą artykuły. W 2013 roku do grona podobnych organizacji dołączyły nowe: *Paths Together* z Nowej Zelandii i *Equitable Accessible Sexual Expression* (EASE) z Kanady [17]. Wotton aktywnie działa również na rzecz pracowników seksualnych, przeciwstawiając się stygmatyzacji i dyskryminacji tej grupy zawodowej.

Asystenci seksualni pracują w Niemczech, Szwajcarii, Danii, Belgii, Holandii, Włoszech, Austrii. Opłacani są albo ze świadczeń społecznych lub też finansowani przez organizacje pozarządowe.

W Niemczech, począwszy od lat 90. XX wieku, jako asystentka seksualna pracowała Nina de Vries. Pod patronatem Fachstelle für Behinderung und Sexualität (FABS) szkoliła terapeutów seksualnych. Według niej: „asystentami seksualnymi są kobiety i mężczyźni, którzy — opierając się na własnej, zdrowej i świadomej motywacji — pomagają osobom z niepełnosprawnościami w doświadczaniu ich seksualności [...]” [18]. Nie są to jej zdaniem, partnerzy zastępczy lecz osoby oferujące bardzo osobistą, indywidualną relację. Inną niemiecką pracownicą seksualną jest Klee, która koncentruje się na pomocy seksualnej dla osób starszych i niepełnosprawnych. Swoje usługi reklamuje w internecie również Catharina König z Bochum. Posiada certyfikat Sexualbegleiterin Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter (ISBB) oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe. Występowała jako prelegentka w *Berufskolleg Kohlstraße* (Wuppertal), *Gertrud Bäumer Vocational College* (Duisburg), *LVR Vocational College* (Düsseldorf), *Berufskolleg* (Krefeld), *School of Occupational Therapy* (LVR) (Essen), *Geschwister-Scholl-Schule* (Leverkusen), *Gertrud Bäumer Vocational College* (Lüdenscheld), *Vocational College* (Olsberg) [19].

W Hiszpanii od 2010 roku jako asystent pracuje D. Zorzos – pseudonim Dyon Baco. Współinicjował projekt Sex Asistant Catalunya (wiedza i badania nad seksualnością osób z niepełnosprawnościami). Koncepcję swojej pracy przedstawia na seminariach i w mediach społecznościowych. Współpracuje z Tandem Team Barcelona jako doradca w sprawach intymnych. Na stronie internetowej organizacji możemy przeczytać: „Intymny i erotyczny akompaniament to źródło ułatwiające erotyczną ekspresję tym, którzy nie mogą uzyskać do niej dostępu ze względu na swój stan (fizyczny, intelektualny lub umysłowy [...]). W innych krajach używany jest termin »asystent seksualny«. Jednak w Tandem Team wolimy mówić o akompaniamentie [...], jak mówi współczesna seksuologia, wszyscy jesteśmy istotami płciowymi zdolnymi do dawania i otrzymywania przyjemności, niezależnie od naszego stanu” [20].

W ramach szkolenia, które proponuje Tandem Team, poruszane są następujące kwestie: podsta-

wy seksuologii, seksuologia ewolucyjna, anatomia i fizjologia seksualna, aspekty związane z niepełnosprawnościami (anatomiczne, fizjologiczne i neurologiczne kwestie odnoszące się do różnych rodzajów niepełnosprawności, pomoc i potrzeby logistyczne), prawo i etyka w odniesieniu do seksualności i akompaniamentu, aspekty, które należy wziąć pod uwagę podczas wykonywania tej pracy (motywacja, poświęcenie, ograniczenia, rodzaje niepełnosprawności, bariery techniczne i komunikacyjne, aspekty ekonomiczne).

Istotną rolę, zdaniem działaczy Tandem Team, odgrywa edukacja seksualna osób z niepełnosprawnościami. Istotnymi kwestiami, wchodzącymi w jej zakres, powinny być: trening zwiększenia poczucia pewności siebie i własnej wartości, promocja zdrowia seksualnego, zachęcanie do integracji społecznej, uczenie swojego ciała, szacunek wobec siebie i wobec innych ludzi, odpowiedzialność za własne zachowania, zarządzanie pożądaniem i erotyczną przyjemnością, miłość i związek (*La sexualidad humana*). Zorzos bierze udział w projekcie „Funkcjonalna seksualność” pod kierownictwem lekarki i seksuolożki Ricart. Celem projektu jest między innymi poprawa jakości życia ludzi z różnymi niepełnosprawnościami poprzez dostarczanie wsparcia i wiedzy na temat seksualności. Organizowane są także warsztaty, w trakcie których ludzie uczą się akceptować i wyrażać swoje potrzeby seksualne [21].

W Szwajcarii działalność asystentów jest legalna (wszędzie poza kantonem Genewa). Asystent seksualny zarabia standardową stawkę ustaloną przez Szwajcarskie Stowarzyszenie Asystentów Seksualnych Corps Solidaires. Aby móc wykonywać ten zawód, trzeba ukończyć dwuletni kurs organizowany przez stowarzyszenie. Obejmuje on treści psychologiczne, techniki relaksacji i masażu i część medyczno-rehabilitacyjną [22].

W USA istnieją asystenci-trenerzy seksualni, specjalnie przygotowani do świadczenia tego typu usług. Współpracują z psychoterapeutą-seksuologiem. „Terapeuta koncentruje się na rozmowie i prowadzi proces terapeutyczny, a trener seksualny angażuje się w zachowania seksualne z klientem, często wykorzystując konkretne techniki wspomagające. Trener seksualny dostarcza odpowiednich informacji klientowi i jego terapii o przebiegu relacji intymnych. Potrójna relacja jest zbudowana za obopólną zgodą [...]” [11]. Potwierdzeniem uprawnień jest licencja wydawana przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Profesjonalnych Trenerów Seksualnych (IPSA, *International Professional Surrogates Association*). Bazuje się na zapewnieniu klientowi bezpieczeństwa, poufności, aby w takiej atmosferze mógł korzystać z wystandaryzowanych form pomocy (w tym również edukacji).

Asystenci współpracują z terapeutą, wymieniając się informacjami i postępowaniem w pracy. „Celem spotkania jest poznanie przez klienta różnych aspektów reakcji seksualnej, odczuć seksualnych i technik seksualnych w bezpiecznych warunkach, w towarzystwie i ze wsparciem profesjonalisty wyszkolonego w umiejętności przekazywania informacji zwrotnych oraz udzielania rad [...]. Trenerzy nie są w tym przypadku substytutami partnerów seksualnych, a ich usługi »to krok naprzód w odkrywaniu siebie, a nie po prostu jedna z opcji osiągania satysfakcji seksualnej«” [11].

Zdaniem wielu ludzi działających na rzecz zalegalizowania instytucji asystenta seksualnego do relacji z asystentem kwalifikuje się głównie osoba z taką formą niepełnosprawności, która wyklucza jakąkolwiek możliwość realizowania potencjału seksualnego [11].

W polskich badaniach, przeprowadzonych w 2010 roku wśród osób po urazie rdzenia kręgowego, 1/3 respondentów rozważałaby skorzystanie z tego rodzaju usług, gdyby była taka możliwość. Zdecydowana większość badanych była za wprowadzeniem funkcji asystenta seksualnego [2].

Część asystentek(ów) seksualnych to osoby wcześniej pracujące jako *sex worker* (czyli pracownik seksualny — osoby zatrudnione w przemyśle seksualnym: prostytutka, sekstelefony, striptiz, masaże) [11]. Część z nich specjalizuje się właśnie w obszarze pracy z osobami z niepełnosprawnością.

Kontrowersje wokół asystentury seksualnej

Istnieją rozbieżności w opiniach na temat tego, czy ta aktywność jest tożsama z prostytutką. Jedni twierdzą, że zdecydowanie nie, ponieważ cele tej pracy to edukacja i wsparcie, a asystenci oferują relację, w ramach której oczywiście może dojść do kontaktu seksualnego. Przeciwnicy asystentów seksualnych oponują, iż jest to tożsama z prostytutką działalność, tylko opisywana innym językiem.

Istnieje również wiele kontrowersji wiążących się z wykonywaniem tej profesji. Odnoszą się one w szczególności do usług oferowanych osobom z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym i głębokim. Długołęcka i Fornalik [11] wskazują na kilka kwestii w tym obszarze. Niezbędnym warunkiem takich kontaktów jest dobrowolność. „W tym miejscu pojawia się istotna wątpliwość: czy osoba niepełnosprawna intelektualnie jest w stanie samodzielnie podjąć decyzję o tym, że wchodzi w relację oraz dotyczącą całego jej przebiegu?”. Kolejny dylemat, który podnoszą autorzy wobec tej grupy kobiet i mężczyzn, odnosi się do określenia sposobu rozpoznania decyzji u osób, które

nie mówią i mają niskie kompetencje komunikacyjne.

Trudnością jest też zrozumienie istoty oferowanej usługi – relacji. „Istnieje duże ryzyko, że asystent stałby się w oczach wielu kobiet i mężczyzn życiowym partnerem, ukochaną lub ukochanym, obiektem silnych uczuć” [11], dlatego „rozważania należy bez wątpienia poszerzyć o konsekwencje wynikające z braku rozumienia przez osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębszym lub głębokim roli asystenta seksualnego” [11].

Jeszcze inna perspektywa, tożsama w przypadku osób pełnosprawnych, odnosi się do wymiaru etycznego: płacenia za kontakty seksualne. Szczególną trudność Długołęcka i Fornalik dostrzegają również w grupie osób, które zostały ubezwłasnowolnione, częściowo lub całkowicie. Podają pod rozagę pytanie o to, kto miałby w takiej sytuacji podjąć decyzję, a tym samym odpowiedzialność za nią. Obiekcje dotyczą również istniejących w Polsce uregulowań prawnych (art. 198 kodeksu karnego), w ramach których asystent seksualny mógłby być uznany za sprawcę przemocy.

Podsumowanie

Istnieje spora grupa propagatorów tego zawodu, ale też i przeciwników. Z pewnością nie jest to temat jednowymiarowy, ponieważ dotyczy zarówno aspektów obyczajowych, etycznych, moralnych, jak i norm prawnych. Pokazuje jednak, jak ważna jest edukacja na temat seksualności kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnościami i jak potrzebna jest tego rodzaju praca z rodzicami, opiekunami. Można założyć, iż osoby legitymujące się uprawnieniami asystenta seksualnego posiadają specjalistyczną wiedzę (jak wynika z przedstawianych powyżej tematów szkoleń) oraz mają świadomość możliwości i ograniczeń przebiegu aktywności seksualnej. Odpowiednia selekcja, wiedza i szkolenia dla tej grupy byłyby ważne z perspektywy ochrony potencjalnych klientów [13]. W tego rodzaju działalności niezwykle istotne wydaje się jasne określenie granic, zasad i reguł wiążących się z wykonywaną profesją. Podobnie jak w zakresie pomocy psychologicznej, tak i tu (a nawet tutaj bardziej ze względu na kontakt fizyczny), ważne jest jasne komunikowanie klientowi, na czym polega „praca” asystenta i jakie są zasady kontaktu. Sposobem na przeciwdziałanie trudnościom, kontrowersjom czy też nadużyciom mógłby być kontrakt (czy też pewnego rodzaju umowa) zawierany pomiędzy osobą zainteresowaną a asystentem. Zanim jednak do ustalenia formalnych aspektów wiążących się z regulacjami prawnymi, ważna wydaje się edukacja społeczna na temat potrzeb i życia seksualnego osób z różnymi niepełnosprawnościami.

Jak piszą Długolecka i Fornalik [11], „propozycja wprowadzenia asystentów seksualnych okazuje się więc pragmatycznym rozwiązaniem »niewygodnego problemu« i próbą zapewnienia jak największego komfortu i bezpieczeństwa przy korzystaniu z usług seksualnych; w rozwiązaniu bardziej profesjonalnym — terapii seksualnej, polega ona również na oferowaniu możliwości skorzystania z terapii poznawczo-behawioralnej”.

Piśmiennictwo:

1. <http://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who>.
2. Długolecka, Izdebski, Radomski. Psychoseksualne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w relacjach z otoczeniem społecznym – raport, Zielona Góra 2010.
3. Ostrowska A. Seksualność osób niepełnosprawnych. In: Ostrowska A. ed. O seksualności osób niepełnosprawnych. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007.
4. Tederko P, Radomski D. Zdrowie seksualne osób po urazie kręgosłupa powikłanym zaburzeniami neurologicznymi. *Seksuologia Polska*. 2009; 7(2): 65–72.
5. Długolecka A. Seksualność osób niepełnosprawnych fizycznie – zakres problemów. In: Ostrowska A. ed. O seksualności osób niepełnosprawnych. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007.
6. Ślęzak I. Mężczyźni z niepełnosprawnością fizyczną jako klienci agencji towarzyskich. Perspektywa pracownic seksualnych. http://interalia.org.pl/media/11B_2016/slezak.pdf.
7. Wiegierink D, Roebroek M, Donkevoort M, et al. Social and sexual relationships of adolescents and young adults with cerebral palsy: a review. *Clinical Rehabilitation*. 2006; 20: 1023–1031.
8. Mironiuk-Nietreba A. Seksualność osób z niepełnosprawnością ruchową w sztuce filmowej, czyli kilka refleksji o edukacyjnym potencjale popkultury. *Studia Edukacyjne*. 2013; 29.
9. Mironiuk-Nietreba A. Dojrzewanie seksualne z niepełnosprawnością fizyczną. In: Ostrowska A. ed. O seksualności osób niepełnosprawnych. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007.
10. Lew-Starowicz Z, Długolecka A. Edukacja seksualna. Świat Książki, Warszawa 2006.
11. Długolecka A, Fornalik I. Usługi seksualne w procesie rehabilitacji seksualnej osób z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną. In: Kowalczyk R, Leśniak M. ed. Prostytucja. Studium zjawiska. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o — Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2013.
12. Gammino G, Faccio E, Cipolletta S. Sexual assistance in Italy: an explorative study on the opinions of people with disabilities and would-be assistants. *Sexuality and Disability*. 2016; 34(2): 157–170, doi: [10.1007/s11195-016-9435-y](https://doi.org/10.1007/s11195-016-9435-y).
13. Geymonat GG. Disability Rights Meet Sex Workers' Rights: the Making of Sexual Assistance in Europe. *Sexuality Research and Social Policy*. 2019; 16(2): 214–226, doi: [10.1007/s13178-019-0377-x](https://doi.org/10.1007/s13178-019-0377-x).
14. Limoncin E, Galli D, Ciocca G, et al. The psychosexual profile of sexual assistants: an internet-based explorative study. *PLoS One*. 2014; 9(2): e98413, doi: [10.1371/journal.pone.0098413](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098413), indexed in Pubmed: [24919176](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24919176/).
15. <http://www.faire-face.fr/2015/03/17/appas-accompagnement-sexuel-formation/>.
16. <https://web.archive.org/web/20060210035647/http://aiha-zemp.com:80/de/persoendlich>.
17. <http://easecanada.org>.
18. Sarkar D. Interview mit Sexualpädagogin Nina de Vries, Wie, Sex Helper“, behinderten Menschen Zärtlichkeit schenken. *Berliner Zeitung*. 2015-07-10.
19. Stephanie arbeitet als Hure im Altenheim „Für Sex ist doch niemand zu alt“n. *Berliner Kurier*. 2013.
20. <http://www.tandemteambcn.com/tandem-intimty-1>.
21. <http://sexualidadfuncional.es/sexualidad-funcional/>.
22. <http://www.blabliblu.pl/2014/02/02/zawod-asystenta-seksualnego-prostytucja-czy-misja>.

Funkcjonowanie seksualne w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Sexual functioning in bipolar disorder

Milena Kansy, Weronika Rodak, Mariusz Furgał

Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Oddział Kliniczny, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie pewnych ważnych aspektów funkcjonowania seksualnego osób z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej. Przegląd literatury i dostępnych obecnie informacji na temat przeszkód w funkcjonowaniu seksualnym osób chorujących oraz ich partnerów, daje możliwość zyskania szerszej perspektywy w analizie trudności wynikających z objawów, rozwoju choroby i jej leczenia, w tym farmakologicznego, oraz rodzaju relacji intymnej partnerów. W pracy opisano wpływ rozwoju i etapu choroby, rodzaju relacji intymnej oraz leczenia farmakologicznego na życie seksualne. Opisano również zagrożenia związane z zachowaniami seksualnymi pojawiającymi się w trakcie epizodów manii. Zamieszczono krótkie komentarze do badań będące spostrzeżeniami z własnej praktyki terapeutycznej autorów.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, funkcjonowanie seksualne, dysfunkcje seksualne

Seksuologia Polska 2020; 18: 54–63

Abstract

The aim of this article is an attempt to show various aspects of sexual functioning of people suffering from bipolar disorder. By reviewing the literature and currently available information on obstacles in the sexual life of patients and their partners, it gives the opportunity to gain a broader perspective on difficulties resulting from the symptoms of the disease, treatment and disease development. The following parts of the article will present how sexual life is influenced by: disease development and stage, type of intimate relationship and pharmacological treatment. This article will also describe the risks associated with sexual behavior that may occur during periods of mania. Short comments to the reviewed results, resulting from therapeutic experience of authors were added.

Key words: bipolar disorder, sexual functioning, sexual dysfunction

Seksuologia Polska 2020; 18: 54–63

Wstęp

Seksualność, a w szczególności funkcjonowanie seksualne, wiąże się z całościowym wewnętrznym i zewnętrznym funkcjonowaniem człowieka. Seksualność obejmuje nie tylko rodzaj i częstość podejmowanej aktywności seksualnej, fantazje seksualne i etapy cyklu reakcji seksualnej, ale też obraz Ja, relacje interpersonalne, rolę społeczne oraz system wartości [1]. Funkcjonowanie seksualne jest również związane ze stylem przywiązania osoby wynikającym z wczesnych doświadczeń tworzenia więzi w relacji z pierwszymi opiekunami. Może się ono cechować poczuciem bez-

pieczeństwa, wzajemności i zaufania w przypadku bezpiecznego stylu przywiązania, albo obejmować różnego rodzaju przeżycia utrudniające relacje — poczucie bezsilności, braku zaufania do innych, przewidywanie bycia odrzuconym przy unikającym stylu przywiązania oraz chaos między pragnieniem bliskości a poczuciem niemożności jej otrzymania w zaabsorbowanym stylu przywiązania. W rzetelnej analizie funkcjonowania seksualnego człowieka niemożliwe jest abstrahowanie od jego doświadczeń życiowych ani sposobu przeżywania siebie i świata. Pozostaje ono bowiem pod wpływem stanu psychicznego osoby, w tym emocji, stosowanych mechanizmów obronnych oraz organizacji osobowości.

Rozwój seksualny podlega biologicznym, społecznym oraz psychologicznym wpływom. W przypadku chorób psychicznych, w tym choroby afektywnej

Adres do korespondencji: Milena Kansy, Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki,
Katedra Psychiatrii UJCM, Londyn, Wielka Brytania, e-mail: milenakansy@gmail.com
Nadesłano: 9.09.2020 Przyjęto do druku: 22.12.2020

dwubiegunowej (ChAD) można zauważyć interakcje choroby oraz różnych obszarów funkcjonowania człowieka. Zmiany afektu i nastroju oraz towarzyszące im zmiany napędu oraz nawrotowy charakter tych zaburzeń [2] mogą mieć istotne znaczenie dla funkcjonowania, również w sferze seksualnej. Funkcjonowanie seksualne osób chorujących jest determinowane ich zmiennymi nastrojami.

Niedostateczne uwzględnienie funkcjonowania seksualnego może utrudniać rozumienie pacjentów oraz ich leczenie. Jakkolwiek sfera seksualna ma duży wpływ na ogólną satysfakcję z życia, pacjenci często niechętnie spontanicznie ujawniają problemy seksualne podczas rozmów ze specjalistami. Satysfakcja seksualna istotnie wiąże się z ogólnym poczuciem jakości życia [3], jest jej niezależnym predyktorem [4, 5]. Trudności w zakresie funkcjonowania seksualnego, o których pacjentka lub pacjent nie chcą lub obawiają się mówić, a które powodują dużą frustrację i pogorszenie nastroju czy poczucia własnej wartości, są częstym powodem przedwczesnej rezygnacji z farmakoterapii [6].

W przebiegu zaburzeń afektywnych mogą się pojawić zaburzenia seksualne [3, 7, 8]. Mimo znacznego rozpowszechniania często są niedoceniane przez klinicystów. W pracy klinicznej z osobami chorującymi na ChAD uwaga kierowana jest zwykle na stany prowadzące do zagrożenia zdrowia i życia. Obszar seksualności bywa bagatelizowany. Wzięcie pod uwagę problemów seksualnych pacjenta może pozwolić na uwzględnienie w decyzjach terapeutycznych potrzeb pacjentów i dzięki temu poprawić współpracę w leczeniu.

Z jednej strony ChAD wpływa na relację partnerską oraz na jej aspekt seksualny, z drugiej — trudy i niepowodzenia relacyjne wpływają zwrótnie na przebieg choroby i jej leczenia [9]. Analizując związek między ChAD a seksualnością należy zatem uwzględniać występujące między nimi sprzężenie zwrotne.

Celem niniejszego opracowania jest analiza problemu seksualności chorych na ChAD. Autorzy oparli się na przeglądzie literatury z bazy PubMed oraz Google Scholar i przytoczyli najważniejsze, ich zdaniem, artykuły napisane po 2003 roku z uwzględnieniem kilku istotnych badań z lat wcześniejszych (1960–1998). Kryteriami wyszukiwania były hasła: „bipolar disorder”, „sexual functioning”, „bipolar disorders in couples”, „affective disorders and sexual functioning”, „sexual disorders in bipolar disorder”. Wybór artykułów był podyktowany potencjalną użytecznością wyników w praktyce klinicznej osób pracujących z chorującymi na ChAD. W przeglądzie tym mogą więc nie być uwzględnione wszystkie dostępne dane ze wskazanych lat.

Rozwój choroby a rozwój seksualności

Wczesny początek ChAD w sposób istotny wpływa na rozwój seksualności pacjenta. Początkowe stadia mogą przypadać na okres młodzieńczy. Pojawiają się już wtedy zaburzenia nastroju związane z lękiem oraz towarzyszące (m.in. zaburzenia snu). Jest to również czas wzmożonego rozwoju seksualnego człowieka, eksperymentowania ze swoją seksualnością i zdobywania pierwszych doświadczeń, będących podłożem kształtującej się i rozwijającej seksualności. Trudy emocjonalne związane z początkiem chorobą przekładają się na seksualność pacjenta [10].

Wyniki badań pokazują również związek między występowaniem negatywnych wydarzeń życiowych w dzieciństwie, takich jak przemoc fizyczna, emocjonalna, seksualna, zaniedbania, alkoholizm rodziców, śmierć lub rozłąka innego rodzaju z rodzicem, choroby psychiczne w rodzinie, samobójstwa członków rodziny, a występowaniem ChAD w późniejszym okresie. Związek taki nie jest oczywiście specyficzny, takie wydarzenia występują również w historii życiowej pacjentów z innymi typami zaburzeń czy chorób psychicznych [11], a także u osób zdrowych. Jednak wydarzenia, z którymi osoby chorujące zmagają się w okresie wczesnodziecięcym, mogą mieć znaczny wpływ na ich funkcjonowanie społeczne, szczególnie na tworzenie i podtrzymywanie relacji. Trudności wynikają z zaburzeń więzi, pojawiających się po wielokrotnym doświadczaniu zagrożeń relacyjnych w okresie rozwoju. Jeśli się powtarzają, utrzymują osobę w poczuciu bezradności, zagrożenia a także chaosu i dezintegracji — ten kto miał chronić, jednocześnie budzi przerażenie albo obawę, że odejdzie. Badacze wskazują na wyraźny i silny związek między nadużyciami emocjonalnymi a występowaniem ChAD [12]. Podobnie jak w przypadku innych traumatycznych wydarzeń, związek z chorobą ma również doświadczanie wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie [13]. Przemoc seksualna w okresie rozwojowym skutkuje zakłóceniem regulacji emocjonalnej i utrudnia radzenie sobie z uczuciami [14]. W pewnym zakresie może również zmieniać funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego na poziomie neurofizjologicznym [11].

Tego typu nadużycia mają wpływ na rozwój ChAD oraz mogą skutkować trudnościami w relacjach i licznymi zaburzeniami seksualnymi [15]. Gdy zmniejsza się poczucie bezpieczeństwa w relacjach, zanika też możliwość doświadczania innych jako responsywnych, gotowych do pomocy i wsparcia emocjonalnego w potrzebach. Rozeznawanie własnych i cudzych granic staje się również utrudnione, co może mieć istotne konsekwencje dla kontaktów seksualnych w przyszłości. Częstym skutkiem doświadczeń związanych z od-

rzuceniem jest większa liczba partnerów seksualnych oraz angażowanie się w zachowania ryzykowne [16].

Opierając się na doświadczeniu z praktyki klinicznej, autorzy zauważyli, że zaburzenia na tle emocjonalnym wynikające z rozwijającej się choroby mogą zwiększać u pacjentów intensywność występujących w wieku młodzieńczym dylematów. Mogą także potęgować lęk oraz różnego rodzaju emocjonalne wewnętrzne konflikty, dotyczące własnej tożsamości, seksualności i ciała. Okres dorastania sam w sobie bogaty jest w doświadczenia zmienności emocjonalnej, intensywności przeżyć wewnętrznych i impulsywności. Zaburzenia emocjonalne mogą w tym okresie zwiększać intensywność wewnętrznych konfliktów emocjonalnych, zmniejszać zdolność refleksji nad sobą i utrudniać relacje interpersonalne. Koncepcje wskazujące zalety wczesnego rozpoczynania leczenia podkreślają możliwość zapobiegania wpływowi niepożądanych początków choroby na dysfunkcje w rozwoju innych sfer psychicznych, w szczególności psychoseksualnej. Im wcześniej da się zapobiec zakłócającemu wpływowi intensywności emocjonalnej i zmienności afektywnej, tym mniejsze mogą być konsekwencje tego wpływu na obszar tożsamości i relacji. Jest to szczególnie istotne, ponieważ gromadzenie doświadczeń relacyjnych w tym okresie życia prowadzi do utrwalania sposobów funkcjonowania w relacjach, pojawiających się reakcji emocjonalnych oraz przeżyć dotyczących własnej osoby w kontekście relacji.

Silne zaabsorbowanie swoim stanem psychicznym, przeżywanymi objawami i występującym lękiem, może również na różne sposoby spowalniać, zubażać i utrudniać szeroko rozumiany rozwój psychospołeczny. Te tezy i spostrzeżenia zasługują na odrębne opracowanie teoretyczno-eksperymentalne.

Epizody depresji

W trakcie epizodów depresyjnych osoby doświadczają obniżenia nastroju oraz negatywnej samooceny, która wiąże się z uczuciem smutku, przygnębienia i poczucia winy. Dodatkowo zauważalna jest utrata energii, aktywności oraz zainteresowań, a zdolność odczuwania przyjemności z różnych działań i doświadczeń wyraźnie się obniża. Mogą również wystąpić utrata apetytu i spadek masy ciała. Najgroźniejsze dla pacjentów są pojawiające się myśli i wynikające z nich tendencje samobójcze [2]. Każdy z wymienionych objawów znacząco wpływa na wiele obszarów życia. Osoby z objawami depresyjnymi częściej są mniej zadowolone ze swojego związku [17]. Wyniki badań wskazują również, że osoby z objawami depresyjnymi siebie postrzegają jako nie lubiane przez partnera,

a partnera — jako niewspierającego i dewaluującego jakość relacji [18], w tym związanych z aktywnością seksualną.

W analizach wskazuje się też, że okresy depresyjnego nastroju skutkują utratą zainteresowania seksualnego [19]. Osoby z depresją zgłaszały niższy poziom zainteresowania seksualnego ($p < 0,01$) i satysfakcji seksualnej ($p < 0,002$) w miesiącu poprzedzającym badanie, ale nie mniejszą aktywność seksualną niż grupa kontrolna. Zasadniczo 9 z 18 (50%) porównań międzygrupowych wykazywało istotne statystycznie różnice [20]. U osób z depresją intensywność pobudzenia seksualnego również się obniża [21], co może tym samym utrudniać podejmowanie i utrzymywanie inicjatywy seksualnej. Wiąże się to również z okresami mniej intensywnych doznań podczas stosunków seksualnych, obniżeniem podniecenia oraz trudnościami w odczuwaniu orgazmu. Wyniki badań pokazują również silny związek występowania suchości pochwy ze stanem psychicznym. Ci sami badacze wskazują na podobny związek w przypadku dyspareunii. Odsetek kobiet z dyspareunią zwiększał się wraz ze wzrostem wskaźnika depresji [22]. Zaburzenia podniecenia seksualnego w postaci problemów z erekcją u mężczyzn są częstsze u chorych na depresję niż u osób bez epizodów depresyjnych. W badaniu, w którym wzięło udział 100 pacjentów z zaburzeniami erekcji, rozrostem gruczołu krokowego oraz z obydwooma schorzeniami, wyniki ukazały, że pacjenci z zaburzeniami erekcji byli 2,6 raza bardziej skłonni do zgłaszania objawów depresji niż mężczyźni z samym rozrostem gruczołu krokowego ($p < 0,005$). Pacjenci z objawami depresji zgłaszali też niższe libido niż inni pacjenci ($p < 0,0001$). Badania te jednak nie pozwalały stwierdzić związku przyczynowo-skutkowego, dlatego nie jest jasne, czy to pacjenci z depresją są częściej narażeni na zaburzenia erekcji, czy zaburzenia te same w sobie mogą przyczyniać się do pojawiania się objawów depresyjnych [23]. W badaniach japońskich związek zaburzeń erekcji z objawami depresyjnymi i lękowymi był istotny zwłaszcza w grupie wiekowej 45–55 lat [24]. Wyniki wielu innych badań również potwierdzają związek występowania depresji i zaburzeń erekcji u mężczyzn [25, 26].

Kobiety z objawami depresji częściej zgłaszają kłopoty w zakresie osiągnięcia podniecenia seksualnego i orgazmu, problemy z bólem podczas stosunków seksualnych oraz mniejszą satysfakcję i przyjemność seksualną niż grupa kontrolna [27]. Problemy z pobudzeniem seksualnym u kobiet są częstsze — nawet 6 razy bardziej prawdopodobne u kobiet z depresją niż bez niej [27–29]. Co ciekawe, wyniki badań pokazują, że w epizodzie depresyjnym kobiety zgłaszały większe pragnienie aktywności seksualnej (niż grupa

kontrolna), ale niekoniecznie z partnerem, a w postaci masturbacji. Częstotliwość masturbacji była u nich większa w porównaniu z kobietami bez epizodów depresyjnych [27, 28]. Być może wynik ten świadczy o tym, że satysfakcja seksualna kobiet z depresją w relacji z partnerem była niższa, co stanowi pierwszą z hipotez. Drugą hipotezą autorów jest to, że masturbacja zapewnia niezawodną formę przyjemności, a depresja jako stan, w którym może nastąpić utrata zainteresowaniem dotychczasowymi czynnościami. Dlatego jedynie pierwotne wzmacniacze pozytywnych doznań, takie jak jedzenie i seks, mogą zapewnić satysfakcjonujący poziom spełnienia, a nie powodować nasilenia obaw wokół oceny i własnej wydajności oraz sprawności. Co więcej, masturbacja może być formą uspokojenia, pozwalającą na choćby chwilowe lepsze samopoczucie, niekoniecznie mające na celu zaspokojenie i rozładowanie napięcia seksualnego samego w sobie [27]. Osoba pogrążona w smutku, bez poczucia sensu życia, z myślami rezygnacyjnymi czy samobójczymi, bez motywacji do działań, nie ma możliwości organizowania w swojej przestrzeni psychicznej miejsca na potencjalną realizację potrzeby seksualnej związanej z mobilizacją zaangażowania w relację z drugą osobą. Niektórzy badacze wskazują również na to, że nie zawsze u osób w epizodach depresyjnych, zwłaszcza u mężczyzn, występuje utrata pożądania seksualnego czy aktywności seksualnej [30–34], co może mieć związek z poszukiwaniem pocieszenia czy otuchy. Spośród osób zgłaszających doświadczenie depresji 9,4% wskazało na wzrost, a 42% na zmniejszenie zainteresowania seksualnego [31]. Druga część wspomnianego badania miała charakter jakościowy, co pozwoliło to wyciągnięcie wniosków dotyczących funkcji seksu w depresji. Służy on zaspokojeniu potrzeb intymności, przyjemności, pozwala na uspokojenie poprzez rozładowanie seksualne oraz na przemieszczenie doznań lękowych na inny obszar.

Z badań Johnsona [35] wynika, że zahamowanie orgazmu u osób z depresją jest nawet 4,6 raza bardziej prawdopodobne niż u pozostałych. Kobiety z depresją znacznie częściej zgłaszają, oprócz problemów z osiągnięciem orgazmu, również ból podczas stosunku [36]. Zaburzenia pożądania seksualnego są obecne nawet u połowy osób z depresją, a prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń pożądania ponad 5 razy większe niż u pozostałych osób [37]. Wyniki innych badań [38] również wskazują na współwystępowanie depresji z zaburzeniami seksualnymi nie można wyciągać wniosków o związkach przyczynowo-skutkowych.

Praktyka kliniczna autorów niniejszej pracy, zarówno w leczeniu indywidualnym, jak i terapii par, pozwala na stawianie hipotez dotyczących funkcjonowania

seksualnego osób z ChAD w okresie depresji. Jeżeli chory pozostaje w związku, to oprócz jego frustracji, mogą narastać również trudności relacyjne, wynikające z frustracji partnera, często mającego poczucie opuszczenia i braku kontaktu emocjonalnego z chorującym. Frustracja partnera zwrótnie może wpływać na zwiększenie trudów osoby chorej, potęgując jej poczucie bezwartościowości oraz niemożności sprostania wyzwaniom życia codziennego, w tym życia w związku, oraz oczekiwaniom relacyjnym partnera. Frustracja dotyczy też życia seksualnego, do którego motywacja osoby chorej jest w okresie epizodu choroby znacznie obniżona, a często nie występuje w ogóle.

Wspomnienia epizodów manii i pojawiającą się w nich wzmożona aktywność seksualna mają swoje skutki w okresach remisji lub okresach epizodów depresyjnych. Prowadzi to do odczuwania poczucia winy i wstydu, które mogą dodatkowo wpływać na zahamowanie różnej aktywności, w tym seksualnej. Należy to mieć na uwadze w leczeniu pacjentów w okresie depresji po epizodzie podwyższonego nastroju.

Epizody manii

W trakcie epizodów manii charakterystyczne jest podwyższenie nastroju oraz towarzyszące: wielomówność, pobudzenie psychoruchowe czy zwiększona aktywność seksualna. Często pojawiają się również inne, bywa że lekkomyślne lub mało odpowiedzialne zachowania, wzmożona łatwość interakcji z innymi i brak dystansu w kontaktach interpersonalnych [2]. W takim okresie mogą się również zwiększać drażliwość i kłótniowość pacjentów, co znacznie wpływa na relacje z bliskimi osobami.

Okresy manii często wiążą się ze zwiększonym zainteresowaniem seksualnym i aktywnością seksualną wraz z epizodami poszukiwania wielu partnerów seksualnych i nawiązywania przypadkowych kontaktów fizycznych [39]. Wyniki niektórych badań wskazują na związek nawiązywania dużej liczby kontaktów seksualnych z ryzykiem samobójstwa w późniejszym okresie, kiedy pacjenci deklarują brak sensu i wartości życia [40]. Promiskuityzm może również mieć znaczący wpływ na pacjentów pozostających w stałych związkach, ponieważ wiąże się z możliwymi romansami ujawnionymi lub nieujawnionymi partnerowi.

Z doświadczeń klinicznych wynika, że nieporozumienia w relacji mogą się też wiązać z natarczywością seksualną osoby chorującej, próbami wymuszania kontaktów seksualnych oraz bagatelizowaniem wrażliwości partnera. Okresy manii sprzyjają rezygnacji z intymności i bliskości emocjonalnej w relacjach. Obniża się poziom czułości i wrażliwości wobec osób

pozostających w relacjach, zwłaszcza wobec partnera w stałym związku. Często seks w tym okresie ma jedynie wymiar hedonistyczny, zupełnie nie spełniając swojej funkcji relacyjnej.

Warto zwrócić uwagę na różne zagrożenia dotyczące realizacji seksualnej w ChAD. Zwiększony popęd seksualny w okresach manii oraz możliwe podejmowanie ryzykownych zachowań również na tle seksualnym, zwiększa ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową [41, 42]. Osoby w manii podejmują różne ryzykowne działania, zarówno w obszarze seksualnym, jak i innych.

Możliwe jest również pozytywne przeżywanie skutków manii w postaci zwiększonej aktywności seksualnej. Niektóre osoby, zwłaszcza te, u których w okresie remisji występuje obniżone libido, mogą okresy wzmożonego popędu seksualnego przeżywać jako możliwość doświadczania innego poziomu własnej aktywności seksualnej. Podobnie dla partnerów tych osób takie momenty mogą być możliwością innego doświadczania relacji seksualnej, jakkolwiek autorzy niniejszej pracy nie znaleźli wyników badań potwierdzających tą stosunkowo częstą obserwację kliniczną.

Pozostawanie w relacji lub życie bez partnera

Funkcjonowanie seksualne może się różnić w zależności od pozostawania w związku lub życia bez partnera. Wśród osób z ChAD zauważa się wysoki wskaźnik rozwodów [43], co wskazuje na występowanie trudności w relacjach: dużej zmienności w relacji, utrudnionego planowania, chociażby dotyczącego prokreacji. Zarówno partnerzy, jak i osoby chorujące, mierząc się z niestabilnością w związku, a także częstym intensywnym zaangażowaniem w leczenie czy radzenie sobie ze skutkami epizodów choroby, często nie mają dodatkowej energii na planowanie podejmowania innych rodzinnych wyzwań [43]. W literaturze znajdują się informacje na temat reakcji partnerów na zachowania osoby chorej. W okresach maniackich przy intensywnym zaangażowaniu osoby chorej w realizowanie celów i szukanie różnych źródeł przyjemności ich partnerzy wykazują mniej zaangażowania w interakcje. W okresach depresyjnych partnerzy zaabsorbowani są próbami łagodzenia smutku, przygnębienia i rezygnacji występujących u osoby chorej [44]. Dodatkowo obie osoby z pary zmagają się z występującymi w chorobie: agresywnością, impulsywnością, często kompromitującymi faktami czy wspomnieniami, silnymi emocjami, skutkami ubocznymi przyjmowanych leków [11]. Dla samych osób chorych pozostawanie w związku lub życie bez partnera ma duże znaczenie.

Według badań osoby z ChAD pozostające w małżeństwie, rozwiedzione oraz w separacji przeżywają więcej niepowodzeń i trudności w funkcjonowaniu niż osoby będące samotne i nigdy niebędące w małżeństwie [45].

Zmienność faz może również mieć swoje odzwierciedlenie w relacji seksualnej z partnerem. W okresach manii, gdy osoba chora doświadcza wzrastającego popędu seksualnego, partnerzy mogą unikać intymnego kontaktu ze względu na napięcie, niepokój w parze oraz brak wrażliwości uczuciowej u osoby chorej. Jednocześnie w okresach depresyjnych partnerzy spotykają ze strony osoby chorej mniejszy popęd seksualny, irytację czy wysoki poziom poczucia nieszczęścia, co również może hamować ich w inicjatywie bliskości erotycznej [44].

Korzystając z doświadczenia pracy z parami w terapii par i rodzin, autorzy zauważają istotność i specyfikę zjawiska opieki, jakie występuje w parze, w której jedna z osób choruje. Zarówno okresy depresyjne, jak i maniackalne mogą prowokować do zachowań opiekuńczych, kontrolujących i ochronnych ze strony partnera. Partnerzy w okresach depresji motywują chorujących do aktywności, dbają o ich higienę, spożywanie posiłków, zażywanie leków. W okresach manii natomiast próbują kontrolować zachowania partnera, czasami ograniczać różne impulsywne zachowania, a nawet minimalizować ich szkodliwe skutki, zmniejszając poczucie odpowiedzialności osoby chorującej za nie. Tego typu zachowania, mające charakter opiekuńczych, mogą znacząco zmniejszać popęd seksualny w relacji, ze względu na to, że relacja partnerska/erotyczna jest odmienna w swojej formie od relacji opiekuńczej/matczynej, w której popęd seksualny raczej ulega wycofaniu lub wyciszeniu.

W okresach choroby niezadowolenie z życia małżeńskiego wzrasta. Dotyczy ono również obszaru aktywności seksualnej. Partnerzy osób chorujących opisują swoje silne poczucie poświęcania się, do którego zaliczają rezygnację z planów dotyczących życia rodzinnego, częste okresy zmniejszonej ilości snu, rezygnację z własnych przyjemności oraz brak energii i czasu na to, by zająć się sobą. Często wspominają, że ich życie jest skoncentrowane na chorym partnerze, co utrudnia angażowanie się w inne aktywności. Poświęceniu często towarzyszą bezsilność, związana z poczuciem małego wpływu na przebieg choroby oraz na ciągłość podejmowanego leczenia przez chorego [43]. Bezsilność potęguje poczucie samotności w radzeniu sobie z życiowymi rodzinnymi wyzwaniami, wstyd i zaniepokojenie w różnych sytuacjach, które występują w okresach choroby, co miesza się z urazami i żalem wywołanymi przez niektóre wydarzenia w życiu relacyjnym czy seksualnym. Poczucie poświęcenia własnych

spraw oraz bezsilności może również znacząco zmniejszać zainteresowanie życiem seksualnym u partnera osoby chorej.

Zdolności mentalizacyjne pozwalające na rozumienie własnych emocji i rozpoznawanie przeżyć innych osób dają możliwość łatwiejszego radzenia sobie w relacjach oraz tym samym radzenia sobie w obszarze sfery seksualnej [46]. Mentalizowanie, przyjmowanie perspektywy drugiej osoby oraz rozumienie cudzych intencji są często utrudnione lub niemożliwe w przebiegu tej choroby [47]. Zaburzenie w odczytywaniu emocji innych bliskich osób, a tym samym ich potrzeb, intencji i reakcji oraz utrudnienie refleksji nad sobą, mogą znacząco wpływać na jakość relacji seksualnej. Wrażliwość na własne potrzeby oraz sygnały drugiej strony są niezwykle istotne i zwiększają szansę na satysfakcję z seksu. Dodatkowo brak poczucia bezpieczeństwa w parze, występujący zarówno u osób chorujących, jak i pozostających z nimi w związkach [43], zmniejsza wrażliwość na drugą osobę, co może prowadzić do większego skupiania się na sobie i ochronie siebie niż na swobodnym oddaniu się relacji czy bliskości fizycznej z drugą osobą.

Partnerzy osób chorujących na ChAD napotykają na różne trudności poza sferą seksualną. Mogą one mieć wpływ na obniżenie motywacji do podjęcia aktywności seksualnej. Są to: nadużywanie alkoholu przez osobę chorą, problemy finansowe wynikające z zachowań impulsywnych osoby chorującej (hazard, zakupy), mniejsze zaangażowanie partnera w życie rodzinne i pełnienie ról rodzinnych, w tym rodzicielskich [48]. Emocje, które wzbudzają się w osobie pod wpływem wspomnianych doświadczeń, mogą powodować dystans emocjonalny utrudniający zbliżenie zarówno emocjonalne, jak i fizyczne. Opisywane zachowania mogą być przeżywane przez partnera osoby chorującej jako swoiste porzucenia w życiu relacyjnym i rodzinnym.

Zaburzenia seksualne występujące w ChAD

Pacjenci mogą napotykać na wiele trudności seksualnych, które zależą od fazy choroby, intensywności objawów oraz stosowanego leczenia farmakologicznego. Doświadczenia emocjonalne z pierwszymi opiekunami oraz późniejsze doświadczenia relacyjne mogą mieć istotny wpływ na funkcje seksualne. U mężczyzn z ChAD częściej mogą występować zaburzenia erekcji. Ta dysfunkcja może ograniczać satysfakcję z życia seksualnego, powodując dyskomfort, niechęć do kontaktów seksualnych oraz występujący stres czy napięcie podczas potencjalnie możliwych zbliżeń. Nad-

mierna aktywność seksualna pojawiająca się zwłaszcza w okresach manii [49] może znacząco utrudniać funkcjonowanie seksualne, podobnie jak obniżenie aktywności seksualnej pojawiające się w okresach depresji.

Poziom popędu seksualnego oraz aktywności seksualnej utrudniający życie jednostki i znacznie na nie wpływający jest różny w zależności od cech indywidualnych. W okresach manii jest widoczny znaczny wzrost szeroko rozumianej aktywności seksualnej w porównaniu z funkcjonowaniem poza tymi okresami. U pacjentów z ChAD wiąże się to z częstszym angażowaniem się we flirty, erotycznym prowokacyjno-uwodzicielskim zachowaniem, częstszym poruszaniem tematów dotyczących seksu, zwłaszcza u kobiet [50]. Z wielokrotnione jest też zaabsorbowanie myśleniem o seksie [51], ryzykowne stają się zachowania seksualne, rozumiane jako obarczone wysokim poziomem ryzyka dla zdrowia lub życia osoby lub osób z jej otoczenia. Są to przygodne kontakty seksualne z osobami obcymi, często bez stosowania zabezpieczeń, co jest związane z możliwością zarażenia się chorobami oraz zajścia w niechcianą i nieplanowaną ciążę [52]. Osoby chore w okresie manii, głównie kobiety, angażują się również w zachowania seksualne za pieniądze oraz seks pod wpływem substancji psychoaktywnych [53].

W zaburzeniach erekcji u pacjentów z ChAD znaczącą rolę mogą odgrywać zarówno leczenie farmakologiczne tej choroby, jak i czynniki psychologiczne. Może to się również wiązać z obniżeniem stężenia testosteronu wynikającym z zaburzeń snu [54] lub towarzyszącym ChAD [55].

Problemy seksualne w grupie osób z ChAD mogą być niedoszacowane. Jest to wciąż temat, który powoduje u wielu osób zawstydzenie. Pacjenci niechętnie rozmawiają, nawet z lekarzem, o swoim życiu intymnym. Często można więc nie mieć dostępu do pełnego wachlarza problemów, a tym samym nie wiedzieć o ich rozpowszechnieniu.

Wpływ leczenia farmakologicznego na utrudnienia funkcjonowania seksualnego

Istotnym czynnikiem oddziałującym na funkcjonowanie seksualne osób z rozpoznaniem ChAD są różnego rodzaju dysfunkcje będące efektem ubocznym psychofarmakoterapii. W leczeniu ChAD stosuje się nie tylko stabilizatory nastroju, obejmujące kilka grup leków, ale także leki przeciwdepresyjne czy przeciwłkowe. Należy mieć na uwadze, że dysfunkcje pojawiające się w konsekwencji stosowania leków psychiatrycznych często nie są przez pacjentów zgłaszane spontanicz-

nie i należy pytać o nie osoby leczone wprost, nawet jeśli same nie zgłaszają tego typu dolegliwości związanych z farmakoterapią. Podłożem obserwowanych polekowych zaburzeń funkcji seksualnych mogą być zarówno zaburzenia hormonalne, jak i niezwiązane z nimi czynniki pokrótce omówione poniżej.

Zaburzenia metabolizmu hormonów płciowych

Niektóre leki stosowane w ChAD wpływają na funkcjonowanie seksualne poprzez modyfikowanie metabolizmu hormonów płciowych. Zakłada się na przykład, że wpływ litu na stężenie testosteronu może być odpowiedzialny za zgłaszane niekiedy podczas stosowania tego leku objawy, takie jak: trudność w uzyskaniu podniecenia, spadek libido, zaburzenia erekcji, zaburzenia lubrykacji u kobiet, anorgazm lub zmniejszenie odczuwanej satysfakcji z orgazmu [56]. Z kolei karbamazepina wpływa na metabolizm hormonów płciowych poprzez indukcję enzymów wątrobowych. U mężczyzn obserwowano wzrost stężenia globuliny wiążącej hormony płciowe (SHGB, *sex hormone binding globulin*), a także spadek stężenia hormonów androgenowych wskutek ich zwiększonego katabolizmu [57]. Zależnie od typu konkretnych zaburzeń hormonalnych u mężczyzn opisywano spadek libido, zaburzenia erekcji lub zaburzenia w zakresie zdolności osiągania orgazmu. Z kolei u kobiet odnotowywano głównie spadek libido, trudności w uzyskaniu podniecenia i zmniejszoną satysfakcję z pożycia seksualnego [58].

Hiperprolaktynemia

Hiperprolaktynemia jest potencjalnym objawem ubocznym stosowania leków blokujących niewybiórczo receptory dopaminowe. Spośród leków stosowanych w ChAD takie działanie wykazują niektóre atypowe neuroleptyki. Blokada receptorów dopaminowych w szlaku podwzgórzowo-lejkowym prowadzi do wzmocnienia uwalniania prolaktyny. Efekty działania prolaktyny wynikają między innymi z jej pośredniego wpływu na redukcję wydzielania hormonów płciowych poprzez obniżenie stężeń lutropiny (LH, *luteinizing hormone*) i folitropiny (FSH, *follicle-stimulating hormone*). Objawy hiperprolaktynemii wpływające na funkcjonowanie seksualne obejmują spadek libido i anorgazm, ponadto u mężczyzn zaburzenia erekcji i ejakulacji, a u kobiet — według niektórych źródeł — dyspareunię [59, 60]. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na funkcje seksualne badano jednak przede wszystkim wśród pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń z kręgu schizofrenii. W tej grupie wykazano, że związek pomiędzy stwierdzoną hiperprolaktynemią a obecnością

dysfunkcji seksualnych często jest na tyle słaby, że należy rozważać ich pozafarmakologiczne pochodzenie [61].

Wzrost masy ciała i zaburzenia metaboliczne

Na zaburzenia funkcji seksualnych wpływ może mieć wzrost masy ciała i rozwój zespołu metabolicznego. Są one nierzadkimi objawami ubocznymi stosowanych w ChAD atypowych leków przeciwpsychotycznych (zwłaszcza olanzapiny i kwetiapiny) oraz kwasu walproinowego. Wzrost masy ciała może niekorzystnie wpływać na libido poprzez pogorszenie oceny własnego ciała i spadek ogólnej wydolności fizycznej. Konsekwencjami rozwoju powikłań metabolicznych mogą być zaburzenia hormonalne oraz zaburzenia wtórne do rozwoju miażdżycy czy cukrzycy — u mężczyzn zaburzenia erekcji i ejakulacji, natomiast u kobiet najczęściej spadek libido, zaburzenia fazy podniecenia i orgazmu [62, 63].

Sedacja

Niektóre leki stosowane w ChAD mają wyraźne działanie uspokajające. Efekt zależy od dawki oraz indywidualnej wrażliwości. U części pacjentów przeradza się w poczucie nadmiernego uspokojenia, ociężałości lub wręcz senności, co może — niekorzystnie wpływając na aktywność chorego w różnych wymiarach — generować także spadek aktywności seksualnej.

Inne czynniki

Niektóre mechanizmy prowadzące do powstania polekowych dysfunkcji seksualnych nie są w pełni jasne — tak jak w przypadku objawów ubocznych z tego zakresu związanych ze stosowaniem najpopularniejszych grup leków przeciwdepresyjnych, których mechanizm działania obejmuje hamowanie wychwytu zwrotnego serotoniny. To właśnie aktywacja przekazywania serotoninergetycznego w ośrodkowym układzie nerwowym, a zwłaszcza stymulacja post-synaptycznych receptorów 5-HT₂, wydaje się być podłożem zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości [64]. Kobiety najczęściej relacjonują zaburzenia fazy podniecenia, następnie spadek libido, a w dalszej kolejności trudności z osiągnięciem orgazmu [65]. Mężczyźni skarżą się głównie na zaburzenia dotyczące libido i zdolności osiągania orgazmu [66].

Podsumowanie

Życie seksualne osób z ChAD w znacznym stopniu koreluje z przebiegiem choroby, zarówno jej epizoda-

mi depresyjnymi, jak i maniakalnymi. Niezależnie od związków ze stanem psychicznym pacjenta, jego funkcjonowanie seksualne ma związek z relacjami z partnerem, a te z kolei zależą aktualnej dyspozycji psychicznej pacjenta. Jak przedstawiono powyżej, kolejne czynniki, które wiążą się tym, jak w relacjach erotycznych funkcjonuje osoba z zaburzeniem dwubiegunowym, mają wyraźne związki z biologicznymi aspektami choroby. W tym artykule pominięto niektóre z nich, skupiono się zaś na związanych ze zmianami wprowadzanymi przez leczenie. Takie wzajemne interrelacje poziomu psychologicznego, biologicznego i społecznego, tutaj ograniczone do niektórych aspektów funkcjonowania w związku, pokazują złożoność czynników zakłócających satysfakcjonujące życie seksualne pacjentów. W związku z analitycznym charakterem badań naukowych i ich skupianiem się zazwyczaj na badaniu pewnego wycinka interakcji pomiędzy jedynie dwoma poziomami, w codziennej pracy klinicyści są zdani na posługiwanie się potwierdzonymi naukowo badaniami w połączeniu z mniej zobiektywizowanym naukowo myśleniem klinicznym, co starano się oddać, uzupełniając komentarzem o takim charakterze dane naukowe. Ta trudność badawcza nie jest zresztą specyficzna jedynie dla analizowanego w niniejszej pracy obszaru, ale dotyczy ogólnie bio-psycho-społecznego podejścia do różnych zjawisk związanych z chorobami [67].

W artykule nie zostało uwzględnione rozróżnienie na typy choroby afektywnej dwubiegunowej, co w pewnym stopniu zmniejsza dokładność opisu, ponieważ różnica przeżyć w manii i hipomanii może mieć znaczenie również dla życia seksualnego osoby chorującej. W literaturze można znaleźć wyniki badań wskazujących na brak znaczących różnic dotyczących życia seksualnego związanych z ChAD, zwłaszcza kiedy osoby chore są skutecznie leczone w trybie ambulatoryjnym.

Wciąż nieokreślona zostaje granica między wpływem choroby na niektóre cechy i zachowania a postrzeganiem/traktowaniem ich jedynie jako zmiennych temperamentalnych, osobowościowych lub innych będących względnie niezmiennymi, niezależnymi od dynamiki choroby cechami.

Jednoznacznym wnioskiem z badań jest konieczność brania pod uwagę w pracy z pacjentami funkcjonowania seksualnego osób chorujących i ich partnerów, co pozwala na analizę różnego rodzaju trudów, niedogodności, a także cierpienie pacjenta i często stanowi o możliwości utrzymania dobrego funkcjonowania w związku a czasem nawet współpracy w leczeniu przez pacjenta. Zmiany w funkcjonowaniu seksualnym pacjenta mogą być sygnałem zmian jego stanu psychicznego, w szczególności przebiegu choroby — poprawy i pogorszenia.

Piśmiennictwo

1. Dolczewska-Samela A. Promocja zdrowia seksualnego jako forma profilaktyki zaburzeń. *Pol Przegl Nauk Zdr.* 2006; 3(8): 198–201.
2. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
3. Sørensen T, Giraldo A, Vinberg M. Sexual distress and quality of life among women with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2017; 5(1): 29, doi: [10.1186/s40345-017-0098-0](https://doi.org/10.1186/s40345-017-0098-0), indexed in Pubmed: [28589489](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28589489/).
4. Nomejko A, Dolińska-Zygmunt G, Zdrojewicz Z. Poczucie jakości życia a satysfakcja z życia seksualnego - badania własne. *Seksuologia*. 2012; 10(2).
5. Żak-Tykus A, Nawrat M. Satysfakcja seksualna, życiowa i partnerska. *Family Forum*. 2013: 3.
6. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2009; 29(2): 157–164, doi: [10.1097/JCP.0b013e31819c76e9](https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819c76e9), indexed in Pubmed: [19512977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19512977/).
7. Barata BC. Affective disorders and sexual function: from neuroscience to clinic. *Curr Opin Psychiatry.* 2017; 30(6): 396–401, doi: [10.1097/YCO.0000000000000362](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000362), indexed in Pubmed: [28806269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28806269/).
8. McMillan E, Adan Sanchez A, Bhaduri A, et al. Sexual functioning and experiences in young people affected by mental health disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 253: 249–255, doi: [10.1016/j.psychres.2017.04.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.009), indexed in Pubmed: [28395230](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28395230/).
9. Sheets ES, Miller IW. Predictors of relationship functioning for patients with bipolar disorder and their partners. *J Fam Psychol.* 2010; 24(4): 371–379, doi: [10.1037/a0020352](https://doi.org/10.1037/a0020352), indexed in Pubmed: [20731483](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731483/).
10. Ferensztajn E, Rybakowski J. Etapy przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatr Pol.* 2012; 4: 613–626.
11. Jaworska-Andryszewska P, Abramowicz M, Kosmala A, et al. Trauma wczesnodziecięca w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2016; 11(2).
12. Etain B, Mathieu F, Henry C, et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress.* 2010; 23(3): 376–383, doi: [10.1002/jts.20532](https://doi.org/10.1002/jts.20532), indexed in Pubmed: [20564371](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20564371/).
13. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord.* 2013; 15(4): 341–358, doi: [10.1111/bdi.12050](https://doi.org/10.1111/bdi.12050), indexed in Pubmed: [23346867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23346867/).
14. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse Negl.* 2010; 34(12): 967–976, doi: [10.1016/j.chiabu.2010.06.004](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.004), indexed in Pubmed: [21030084](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21030084/).
15. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, et al. Wpływ kumulacji urazów seksualnych na życie seksualne i związek pacjenta. *Psychiatr Pol.* 2014; 48(4).
16. Roemmele M, Messman-Moore TL. Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *J Child Sex Abus.* 2011; 20(3): 264–283, doi: [10.1080/10538712.2011.575445](https://doi.org/10.1080/10538712.2011.575445), indexed in Pubmed: [21660814](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21660814/).
17. Li PF, Johnson L. Couples' depression and relationship satisfaction: examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns. *Journal of Family Therapy.* 2016; 40: S63–S85, doi: [10.1111/1467-6427.12124](https://doi.org/10.1111/1467-6427.12124).
18. Baucom D, Whisman M, Paprocki C. Couple-based interventions for psychopathology. *Journal of Family Therapy.* 2012; 34(3): 250–270, doi: [10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x).
19. Casper RC, Redmond DE, Katz MM, et al. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1985; 42(11): 1098–1104, doi: [10.1001/archpsyc.1985.01790340082012](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790340082012), indexed in Pubmed: [3863548](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3863548/).

20. Howell JR, Reynolds CF, Thase ME, et al. Assessment of sexual function, interest and activity in depressed men. *J Affect Disord.* 1987; 13(1): 61–66, doi: [10.1016/0165-0327\(87\)90074-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(87)90074-7), indexed in Pubmed: [2959701](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2959701/).
21. Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(1): 55–63, doi: [10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a](https://doi.org/10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a), indexed in Pubmed: [14739690](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14739690/).
22. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53(3): 144–148, doi: [10.1136/jech.53.3.144](https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144), indexed in Pubmed: [10396490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10396490/).
23. Shabsigh R, Klein LT, Seidman S, et al. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology.* 1998; 52(5): 848–852, doi: [10.1016/s0090-4295\(98\)00292-1](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(98)00292-1), indexed in Pubmed: [9801112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9801112/).
24. Sugimori H, Yoshida K, Tanaka T, et al. Erectile Dysfunction. *Handbook of Sexual Dysfunction.* 2005: 169–206, doi: [10.1201/b14175-11](https://doi.org/10.1201/b14175-11).
25. Low WY, Khoo EM, Tan HM, et al. Depression, hormonal status and erectile dysfunction in the aging male: results from a community study in Malaysia. *The Journal of Men's Health & Gender.* 2006; 3(3): 263–270, doi: [10.1016/j.jmhg.2006.02.007](https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.02.007).
26. Nicolosi A, Moreira ED, Villa M, et al. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *J Affect Disord.* 2004; 82(2): 235–243, doi: [10.1016/j.jad.2003.12.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.008), indexed in Pubmed: [15488252](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15488252/).
27. Frohlich P, Meston C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *J Sex Res.* 2002; 39(4): 321–325, doi: [10.1080/00224490209552156](https://doi.org/10.1080/00224490209552156), indexed in Pubmed: [12545415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12545415/).
28. Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, et al. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(6): 539–548, doi: [10.1023/B:A-SEB.0000044738.84813.3b](https://doi.org/10.1023/B:A-SEB.0000044738.84813.3b), indexed in Pubmed: [15483368](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15483368/).
29. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53(3): 144–148, doi: [10.1136/jech.53.3.144](https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144), indexed in Pubmed: [10396490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10396490/).
30. Bancroft J, Janssen E, Strong D, et al. The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Arch Sex Behav.* 2003; 32(3): 217–230, doi: [10.1023/a:1023409516739](https://doi.org/10.1023/a:1023409516739), indexed in Pubmed: [12807294](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807294/).
31. Bancroft J, Janssen E, Strong D, et al. The relation between mood and sexuality in gay men. *Arch Sex Behav.* 2003; 32(3): 231–242, doi: [10.1023/a:1023461500810](https://doi.org/10.1023/a:1023461500810), indexed in Pubmed: [12807295](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807295/).
32. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998; 13 Suppl 6: S1–S4, doi: [10.1097/00004850-199807006-00001](https://doi.org/10.1097/00004850-199807006-00001), indexed in Pubmed: [9728667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9728667/).
33. Baldwin DS. Depression and sexual function. *J Psychopharmacol.* 1996; 30(10): 34.
34. Bancroft J, Janssen E, Carnes L, et al. Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: the relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *J Sex Res.* 2004; 41(2): 181–192, doi: [10.1080/00224490409552226](https://doi.org/10.1080/00224490409552226), indexed in Pubmed: [15326543](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15326543/).
35. Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(1): 55–63, doi: [10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a](https://doi.org/10.1023/B:A-SEB.0000007462.97961.5a), indexed in Pubmed: [14739690](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14739690/).
36. Meston CM, Rellini AH, Heiman JR. Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74(2): 229–236, doi: [10.1037/0022-006X.74.2.229](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.229), indexed in Pubmed: [16649867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16649867/).
37. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29(7): 573–585, doi: [10.1016/j.cpr.2009.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.007), indexed in Pubmed: [19632022](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19632022/).
38. Balon R. Mood, anxiety, and physical illness: body and mind, or mind and body? *Depress Anxiety.* 2006; 23(6): 377–387, doi: [10.1002/da.20217](https://doi.org/10.1002/da.20217), indexed in Pubmed: [16823859](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823859/).
39. Mazza M, Harnic D, Catalano V, et al. Sexual behavior in women with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011; 131(1-3): 364–367, doi: [10.1016/j.jad.2010.11.010](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.010), indexed in Pubmed: [21130498](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21130498/).
40. Dell'Osso L, Carmassi C, Carlini M, et al. Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *J Sex Med.* 2009; 6(11): 3063–3070, doi: [10.1111/j.1743-6109.2009.01455.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01455.x), indexed in Pubmed: [19732307](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19732307/).
41. Ozcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, et al. Reproductive health in Women with serious mental illnesses. *J Clin Nurs.* 2014; 23: 1283–1291.
42. Miller LJ, Ghadiali NY, Larusso EM, et al. Bipolar disorder in women. *Health Care Women Int.* 2015; 36(4): 475–498, doi: [10.1080/07399332.2014.962138](https://doi.org/10.1080/07399332.2014.962138), indexed in Pubmed: [25315819](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25315819/).
43. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, et al. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar Disord.* 2016; 18(2): 192–199, doi: [10.1111/bdi.12370](https://doi.org/10.1111/bdi.12370), indexed in Pubmed: [26890335](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26890335/).
44. Lam D, Donaldson C, Brown Y, et al. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2005; 7(5): 431–440, doi: [10.1111/j.1399-5618.2005.00240.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00240.x), indexed in Pubmed: [16176436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16176436/).
45. Sylvia LG, Montana RE, Deckersbach T, et al. Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2017; 5(1): 10, doi: [10.1186/s40345-017-0078-4](https://doi.org/10.1186/s40345-017-0078-4), indexed in Pubmed: [28188565](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28188565/).
46. Waszyńska K. Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2010.
47. Wiener D, Andrzejewska M, Bodnar A, et al. Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia.* 2011; 6(2).
48. Henker FO. Coping with a manic-depressive spouse. *Med Aspects Hum Sex.* 1985; 19(4): 29–32.
49. Kopeykina I, Kim HJ, Khatun T, et al. Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *J Affect Disord.* 2016; 195: 1–14, doi: [10.1016/j.jad.2016.01.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.035), indexed in Pubmed: [26851616](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851616/).
50. Allison JB, Wilson WP. Sexual behavior of manic patients: a preliminary report. *South Med J.* 1960; 53: 870–874, doi: [10.1097/00007611-196007000-00009](https://doi.org/10.1097/00007611-196007000-00009), indexed in Pubmed: [13792827](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13792827/).
51. Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry.* 1973; 28(2): 221–228, doi: [10.1001/archpsyc.1973.01750320053009](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.01750320053009), indexed in Pubmed: [4684288](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4684288/).
52. Fletcher K, Parker G, Paterson A, et al. High-risk behaviour in hypomanic states. *J Affect Disord.* 2013; 150(1): 50–56, doi: [10.1016/j.jad.2013.02.018](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.018), indexed in Pubmed: [23489397](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489397/).
53. McCandless F, Sladen C. Sexual health and women with bipolar disorder. *J Adv Nurs.* 2003; 44(1): 42–48, doi: [10.1046/j.1365-2648.2003.02766.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02766.x), indexed in Pubmed: [12956668](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956668/).
54. Andersen ML, Alvarenga TF, Mazaro-Costa R, et al. The association of testosterone, sleep, and sexual function in men and women. *Brain Res.* 2011; 1416: 80–104, doi: [10.1016/j.brainres.2011.07.060](https://doi.org/10.1016/j.brainres.2011.07.060), indexed in Pubmed: [21890115](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21890115/).
55. Wooderson SC, Gallagher P, Watson S, et al. An exploration of testosterone levels in patients with bipolar disorder. *BJPsych Open.* 2015; 1(2): 136–138, doi: [10.1192/bjpo.bp.115.001008](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001008), indexed in Pubmed: [27703738](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27703738/).

56. Grover S, Ghosh A, Sarkar S, et al. Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *J Clin Psychopharmacol*. 2014; 34(4): 475–482, doi: [10.1097/JCP.000000000000131](https://doi.org/10.1097/JCP.000000000000131), indexed in Pubmed: [24781439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24781439/).
57. Svalheim S, Sveberg L, Mochol M, et al. Interactions between antiepileptic drugs and hormones. *Seizure*. 2015; 28: 12–17, doi: [10.1016/j.seizure.2015.02.022](https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.02.022), indexed in Pubmed: [25797888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25797888/).
58. Hamed SA. The effect of epilepsy and antiepileptic drugs on sexual, reproductive and gonadal health of adults with epilepsy. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2016; 9(6): 807–819, doi: [10.1586/17512433.2016.1160777](https://doi.org/10.1586/17512433.2016.1160777), indexed in Pubmed: [26934627](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26934627/).
59. Ignacak A, Kasztelnik M, Sliwa T, et al. Prolactin--not only lactotrophin. A „new” view of the „old” hormone. *J Physiol Pharmacol*. 2012; 63(5): 435–443, indexed in Pubmed: [23211297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23211297/).
60. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The effect of bromocriptine treatment on sexual functioning and depressive symptoms in women with mild hyperprolactinemia. *Pharmacol Rep*. 2018; 70(2): 227–232, doi: [10.1016/j.pharep.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.pharep.2017.10.008), indexed in Pubmed: [29475005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475005/).
61. De Hert M, Detraux J, Peuskens J. Second-generation and newly approved antipsychotics, serum prolactin levels and sexual dysfunctions: a critical literature review. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13(5): 605–624, doi: [10.1517/14740338.2014.906579](https://doi.org/10.1517/14740338.2014.906579), indexed in Pubmed: [24697217](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24697217/).
62. Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano D, et al. From inflammation to sexual dysfunctions: a journey through diabetes, obesity, and metabolic syndrome. *J Endocrinol Invest*. 2018; 41(11): 1249–1258, doi: [10.1007/s40618-018-0872-6](https://doi.org/10.1007/s40618-018-0872-6), indexed in Pubmed: [29549630](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29549630/).
63. Doruk H, Akbay E, Cayan S, et al. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Arch Androl*. 2005; 51(1): 1–6, doi: [10.1080/014850190512798](https://doi.org/10.1080/014850190512798), indexed in Pubmed: [15764412](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15764412/).
64. Segraves RT, Balon R. Antidepressant-induced sexual dysfunction in men. *Pharmacol Biochem Behav*. 2014; 121: 132–137, doi: [10.1016/j.pbb.2013.11.003](https://doi.org/10.1016/j.pbb.2013.11.003), indexed in Pubmed: [24239785](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24239785/).
65. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2016; 91(9): 1280–1286, doi: [10.1016/j.mayocp.2016.04.033](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.033), indexed in Pubmed: [27594188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594188/).
66. Clayton AH, El Haddad S, Iluonakhamhe JP, et al. Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13(10): 1361–1374, doi: [10.1517/14740338.2014.951324](https://doi.org/10.1517/14740338.2014.951324), indexed in Pubmed: [25148932](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25148932/).
67. Wood BL. Biopsychosocial. In: L'Abate L. ed. *Paradigms in theory construction*. Springer Science+Business Media, LLC 2012.

Fantazja seksualna, nieświadoma fantazja i dynamika przywiązania

Sexual fantasy, unconscious phantasy,
and the dynamics of attachment

Christopher Clulow

Tavistock Institute of Medical Psychology, London

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Clulow Ch. Sexual fantasy, unconscious phantasy, and the dynamics of attachment. Couple and Family Psychoanalysis 2019; 9(1): 1–14. doi:10.33212/cfp.v9n1.2019.1

Tłumaczenie: Milena Kansy^{1,3}, Dawid Storman^{2,3}, Katarzyna Gdowska³

¹Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum

²Zakład Higieny i Dietetyki, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum

³Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Streszczenie

Autor niniejszej pracy analizuje fantazję seksualną wyrażającą się jako nieświadoma fantazja w relacji pary. Opierając się na wzorach przywiązania i biorąc pod uwagę stany umysłu „na niby” i „psychicznej równoważności”, rozważa możliwości partnerów do łączenia się w odgrywanie wspólnej nieświadomej fantazji w spotkaniach seksualnych. W tym kontekście poczyniono spostrzeżenia na temat różnych form narcystycznej relacji z obiektem, a także wysnuto wnioski przydatne do pracy terapeutycznej z parami.

Słowa kluczowe: relacje przywiązania w parach, terapia par, narcystyczna relacja z obiektem, fantazja seksualna, wspólna nieświadoma fantazja

Seksuologia Polska 2020; 18: 64–73

Abstract

This article explores sexual fantasy as an articulation of unconscious phantasy in couple relationships. Drawing on patterns of attachment, and attending to „pretend” and „psychic equivalence” states of mind, it considers the potential of partners to combine in enacting shared unconscious phantasy through fantasy-driven sexual encounters. Observations about different forms of narcissistic object relating are made in this context, and some implications for couple therapists suggested.

Key words: attachment in couples, couple psychotherapy, narcissistic object relating, sexual fantasy, shared unconscious phantasy

Seksuologia Polska 2020; 18: 64–73

Śnienie na jawie i koszmary dzieńne

Jan Harlan, producent wielu futurystycznych filmów w reżyserii Stanleya Kubricka, podkreśla, że każda świetna historia jest napędzana emocjami miłości

i strachu, tak i każda fantazja zawiera w sobie jakiś rodzaj marzeń/pragnień, ale też koszmarów/obaw [1]. To zestawienie przeciwieństw przypomina twierdzenia psychoanalityczne mówiące o tym, że pożądanie seksualne lub jego brak wiąże się z napięciem występującym między przeciwieństwami, na przykład uczuciem miłości i nienawiści czy bezpieczeństwa związanego z tym, co znane, i emocji w związku z czymś, co jest

Adres do korespondencji: Christopher Clulow Tavistock Institute of Medical Psychology, London
e-mail: christopher.clulow@outlook.com
Nadesłano: 16.09.2020 Przyjęto do druku: 20.12.2020

nieznane. Napięcia te zawarte są w tym, co Glasser [2] określa jako „podstawowy kompleks” (*core complex*), który zawiera powiązane ze sobą uczucia, myśli i postawy znajdujące wyraz w tym, co nazywa perwersją. Clulow i Boerma [3] zastosowali jego koncepcję w szerszym kontekście do zrozumienia zaburzeń pożądania seksualnego występującego powszechnie w różnych relacjach — jako konflikt wynikający z jednoczesnego pragnienia i obawy dotyczących zbliżenia się i oddalania od osób, z którymi jesteśmy najbardziej związani. Wiążą się one także z tym, co niektórzy uznają za fundamentalną niezgodność pomiędzy dwoma systemami behawioralnymi: seksualnym a systemem przywiązania (patrz, na przykład, Eagle [4]).

Autor niniejszego artykułu bada rozumienie związku między pożądaniem seksualnym a fantazjami seksualnymi i zakłada, że sposób wyrażania fantazji seksualnych i ich forma mogą być związane z konfliktem emocjonalnym wynikającym z osobistych doświadczeń w czasie dorastania. Oto argumenty przemawiające za tym: doświadczenia w rozwoju człowieka wpływają na wykształcenie się wzorców przywiązania w dorosłym życiu; te wzorce mają swój wyraz w różnych psychologicznych strategiach zarządzania konfliktem pomiędzy lękiem a pragnieniem bliskości; uczucia pragnienia i lęku bywają również erotyczne i usytuowane wokół seksualności; te uczucia mogą natomiast wyzwalać i być wyzwalane przez fantazje seksualne. Łączenie połączeń pozwala zrozumieć dynamikę scalającą system przywiązania z występującymi fantazjami seksualnymi oraz wpływ nieświadomych fantazji na kształt wewnętrznego świata relacji z obiektem wraz ze świadomymi wyobrażeniami i snami na jawie.

Z tej perspektywy fantazje seksualne funkcjonują na podobieństwo snów, gromadząc w ramie narracyjnej przeżycia emocjonalne przyjmujące postać relacji. Od snów odróżnia je element świadomego tworzenia, co nie wyklucza tego, że zawierają również elementy nieświadome. Można je opisać jako sny na jawie lub, gdy wywołują głównie lęk, jako koszmary dzienne, które w swojej libidinalnej formie odpowiadają definicji fantazji seksualnej będącej „przede wszystkim świadomą myślą lub zestawem myśli, które dotyczą aktu, czynności, sceny czy wyobrażeń seksualnych i często seksualnego języka, które będą w wielu przypadkach wywoływać przyjemne doznania, od pocucia przyjemności umysłowej po fizyczne stymulację stref genitalnych” [5]. W takim stopniu, w jakim przypominają sny, Freuda królewską drogą do nieświadomości, tworzą dwojaki przepust nie tylko dla budzących obiektów podniecenia, ale też tych i wywołujących lęk [6].

W okresie dojrzewania fantazje seksualne są powszechnym sposobem wywoływania doświadczenia

autoerotycznego. Dzieje się tak zwłaszcza u chłopców, u których zmiany hormonalne związane z dojrzewaniem płciowym wywołują intensywne podniecenie seksualne i ciekawość. Magazyny erotyczne i strony internetowe o treści erotycznej podsycają fantazje o czymś zarówno „tam”, jak i „tutaj” i są niezwykle ekscytujące, pochłaniające, a czasem niepokojące. Ponieważ są to fantazje seksualne, ich treść może pozostać niezauważona, postrzegana po prostu jako obrazy napędzane testosteronem w celu pobudzenia masturbacji. Tymczasem wiadomo, że wiele fantazji przed pokwitaniem przedstawia podstawowe obawy i lęki rozwojowe.

Bettelheim [7] sugeruje na przykład, że wiele baśni przyciąga zarówno dzieci, jak i dorosłych, ponieważ dotyczą podstawowych nieświadomych konfliktów związanych z seksualnością, agresją i śmiercią. Rustin i Rustin [8] twierdzą, że płynność granicy między wyobrażeniem a rzeczywistością w dzieciństwie sprawia, że dzieci są szczególnie wrażliwe na historie, które nadają formę doświadczeniu ich wewnętrznych światów. Analizując stosunkowo współczesną literaturę dziecięcą, można zauważyć, w jaki sposób opowieści mogą służyć uspokojeniu obaw dziecka związanych z separacją i utratą lub z moralnymi dylematami dotyczącymi relacji dobra i zła. Wright [9] sugeruje, że w wieku dorosłym wielkie dzieła sztuki mogą służyć podobnemu celowi, nadając formę naszemu niekiedy nieznanemu doświadczeniu, podobnie jak historie religijne lub narracje powstałe w trakcie psychoterapii. Dlaczego więc nie warto uwierzyć w pomysł, że fantazje seksualne zawierają podstawowe obawy i symboliczne znaczenie, które mają korzenie i potencjał rozwojowy?

Seksualność a dynamika przywiązania

Teoria przywiązania jest zakorzeniona w badaniach dotyczących obserwacji relacji matek i ich niemowląt. Skupienie się na najwcześniejszej diadzie pozwala twierdzić, że związek między matką a niemowlęciem stanowi prototyp myślenia o intymności pary dorosłych, w tym intymności seksualnej. Podobieństwa nie są trudne do zauważenia. Znaczenie kontaktu wzrokowego i szczególnego spojrzenia charakterystycznego dla relacji matki z niemowlęciem odnosi się również do relacji erotycznych, podobnie jak „baby-talk”, które oznacza szczególnie i wyjątkowy rodzaj intymnego połączenia. Bliski, fizyczny, bezpośredni kontakt matki z dzieckiem jest odzwierciedlony w dorosłym życiu w splecionych ciałach kochanków. Również zwiększona wrażliwość na nastrój, który prowadzi do zbliżeń sprzyjających zacieraniu się granic między osobami, dotyczy obu tych relacyjnych domen.

Pojawia się zatem wniosek, że jeśli dziecko dorasta w bezpiecznym przywiązaniu do swoich opiekunów, zostają stworzone fundamenty dla satysfakcjonujących relacji seksualnych w wieku dorosłym. Bezpieczne przywiązanie wiąże się między innymi z ufnością, że inni zaoferują pomoc, gdy zajdzie taka potrzeba oraz ze zdolnością do odczytywania intencji i motywacji innych osób w uzasadniony i trafny sposób. Można zatem stwierdzić, że „bezpieczny seks”, jeśli coś takiego istnieje, wymaga poczucia pewności co do akceptującej reakcji innych na nasze własne uczucia seksualne, zdolności do tolerowania i cieszenia się z odrzucania gratyfikacji, zdolności wyczuwania czy nasze uczucia seksualne zostają odwzajemnione przez drugą osobę, i zdolności mierzenia własnych uczuć w odpowiedzi na seksualne uwertury/inicjatywy innych. Zachowanie seksualne staje się wtedy czymś odpowiadającym zarówno na nasze własne potrzeby i pragnienia, jak i na potrzeby potencjalnych partnerów seksualnych. To poczucie wzajemności stwarza warunki, by podniecenie seksualne budowało się i rozniecało poprzez interakcje z kimś drugim, poprzez współtworzone doświadczenia zmysłowe. Jaką rolę pełni fantazja seksualna w tym scenariuszu? Po co fantazjować, skoro możesz mieć rzeczywiste obiekty?

Holmes [10] odpowiada na to pytanie, łącząc zdolność do zabawy w wieku niemowlęcym i seksualność dorosłych poprzez pojęcie „hedonistycznej intersubiektywności” — obopólnie przyjemnej zmysłowości, niekoniecznie seksualnej, polegającej na zabawowej eksploracji siebie i innych, w wyniku czego wyobraźnia wpływa na doświadczenie. Nawiązując do Winnicotta [11] i jego opisu dziecka bawiącego się z zadowoleniem z samym sobą wobec (i dzięki) obecności matki, Holmes twierdzi, że „bezpieczny” seks wiąże się z doświadczeniem bycia jednocześnie zespolonym z kimś i osobnym. Kolejność wynikająca z rozwoju wygląda tu następująco: bezpieczne przywiązanie w okresie niemowlęcym sprzyja zdolności do bycia samemu, ta wzmacnia kompetencje wyobrażeniowe, a kompetencje wyobrażeniowe z kolei budują zdolność funkcjonowania seksualnego i erotycznego w wieku dorosłym. Innymi słowy, dobry seks w wieku dorosłym jest postrzegany jako wynik rozwiniętych możliwości wyobraźni wynikłych z bezpiecznego połączenia matką i niemowlęciem, jest to tak zwana hipoteza diadyczna. Pozostaje w kontraście do innych perspektyw, poczynwszy od Freuda, które traktują bezpieczne połączenie między rodzicami jako warunek wstępny rozwoju możliwości wyobraźni niemowlęcia, a poprzez to do możliwości „dobrego” seksu w wieku dorosłym — zasadniczo perspektywa triadyczna.

Powstaje pytanie, co dzieje się w momencie, gdy nie ma bezpiecznej bazy zapewniającej podstawę

do eksploracji i wzajemnego budowania zdolności wyobrażeniowych? Klasyfikacje stylów przywiązania wskazują też przywiązanie pozabezpieczne, które można traktować jako kontinuum, gdzie na jednym końcu afekt jest dezaktywowany, a hiperaktywowany na drugim [12]. Dezaktywacja przywiązania wiąże się z unikowym zachowaniem w dzieciństwie i odrzucającym stanem umysłu w dorosłości. Hiperaktywacja przywiązania wiąże się natomiast z lękowo-ambiwalentnym zachowaniem w dzieciństwie i zaabsorbowanym stanem umysłu w wieku dorosłym. Jak te strategie radzenia sobie z afektami mogą wpływać na zachowania seksualne i fantazje seksualne?

Odrzucająca więź (aspekt behawioralny przywiązania unikającego — przyp. tłum.), opisuje stan umysłu, w którym uczucia są trzymane w ryzach, aby uniknąć rozczarowania, straty i gniewu związanego z doświadczeniem powtarzającego się i konsekwentnie doświadczanego odrzucenia w okresie niemowlęcym i dzieciństwie. Osoba taka przewiduje, że ci, do których można by zwrócić się o wsparcie i pocieszenie, nie będą ani dostępni, ani wrażliwi, więc jako substytut pierwszeństwo mają tu samodzielność i samowystarczalność; na poziomie świadomości taka osoba niewiele oczekuje od innych. Jednak maska samowystarczalności dorosłego kryje zranione niemowlę, którego potrzeby nie zmniejszają się, lecz szukają wyrazu w ograniczonej lub nierelacyjnej formie. Osoby te mogą nadawać większe znaczenie rzeczom niż ludziom lub mocno angażować się w różnego rodzaju aktywności i działania, by uniknąć poczucia samotności czy rozpacz. Zaangażowanie seksualne, a także inne doświadczenia związane z przeżyciami emocjonalnymi mogą być przekierowywane lub wyrażane w nieosobowy sposób, aby uniknąć lęku przed odrzuceniem, poniżeniem czy narażeniem na zranienie. Zależnie od pozycji na kontinuum pozabezpiecznego przywiązania (unikający styl przywiązania postrzega się jako powszechniejszy u mężczyzn, jednak uwzględnienie płci jako czynnika warunkującego styl przywiązania może być mylące), spotkania seksualne mogą mieć małą intensywność, krótki czas trwania, a ich znaczenie emocjonalne osłabiane jest przez częste zmiany partnerów. W tych okolicznościach poczucie bezpieczeństwa w realizacji erotycznych fantazji z drugą osobą może być ograniczone, skutkując nie tyle tworzeniem czegoś wzajemnie podniecającego i satysfakcjonującego, ile mechanicznym stosunkiem pozbawionym uczuć. Autoerotyczne fantazje mogą wydawać się bezpieczniejsze niż spotkanie z prawdziwym partnerem seksualnym, a pornografia i masturbacja bardziej ekscytujące niż stosunek z realnym partnerem. Największym lękiem w tym scenariuszu jest możliwość zaangażowania

emocjonalnego; w tym stanie umysłu ów warunek konieczny do relacyjnego seksu może trzymać pod kontrolą warunki, na jakich dochodzi do zaangażowania się, a wśród nich także wszelkie możliwe do urzeczywistnienia fantazje seksualne. Związek między niskim zaangażowaniem w seks a unikowym stylem przywiązania został potwierdzony w badaniach (patrz na przykład Hazan i Zeifman, 1994, [13]), podobnie jak silny związek między unikającym stylem przywiązania a seksem pozazwiązkowym [14, 15].

W przeciwieństwie do tego, zaabsorbowany styl przywiązania opisuje stan umysłu, w którym występuje poczucie, że trzeba wyolbrzymić i wzmocnić ekspresję swoich uczuć, aby zostać wysłuchanym, co jest wynikiem powtarzających się doświadczeń rozwojowych, gdzie osoby, do których dziecko zwracało się o pomoc i wsparcie były niekonsekwentnie dostępne bądź nie-spójnie reagujące. Wzmacnianie potrzeb i żądań staje się sposobem na zwrócenie uwagi rzeczywistych lub potencjalnych figur przywiązania, które są postrzegane jako nieuważne lub tylko sporadycznie nimi zainteresowane. Może to również służyć nieświadomym celom karania ich za doświadczaną niestałość.

W tym stanie umysłu istnieje wysokie ryzyko/możliwość pomieszania potrzeb przywiązania i zachowań seksualnych, gdzie motywacja do seksu napędzana jest pragnieniem nawiązania bliskiej więzi emocjonalnej lub lęku przed porzuceniem. Dostępność seksualna w tych okolicznościach może przynieść odwrotny skutek, wywołując ambiwalentną reakcję emocjonalną ze strony partnerów, którzy to wyczuwają i odsuwają się od tego, postrzegając potencjalne wysokie koszty spełnienia wymagań zaabsorbowanego partnera co do więzi. W zależności od miejsca na kontinuum poczucia bezpieczeństwa, w którym znajduje się jednostka (zaabsorbowane przywiązanie jest powszechnie postrzegane, jako częściej występujące u kobiet, jednak rozróżnienie płciowe może wprowadzać w błąd), spotkania seksualne mogą być intensywne, rozciągnięte w czasie lub mogą obejmować wielu partnerów, sprawiając wrażenie rozwiązłości. Dostępna jest niewielka przestrzeń na rozwój własnej autonomicznej zdolności wyobraźniowej, która daje asumpt seksualnym fantazjom. Największym lękiem w tym scenariuszu jest odrębność emocjonalna, dlatego takie osoby częściej będą wkląć się w fantazje seksualne innych niż tworzyć wyobraźniowo coś, co mogą uznać za swoje odrębne. Wyniki badań potwierdzają, że u osób w ten sposób lękowo przywiązanych częścią motywacji do oferowania seksu może być pragnienie zadowolenia swoich partnerów i mogą one niechętnie odmawiać jakichś praktyk seksualnych, by nie ryzykować bycia porzuconym [16, 17].

Są też oczywiście osoby, które dorastały, doświadczając rodziców jako przerażających albo takich, którzy sami byli przerażeni. Wtedy ci, do których można się zwracać po ochronę, stają się zagrożeniem, przed którym trzeba się chronić. Potrzebujący ochrony nie są zaś w stanie pomieszczać i przekształcać lęków swoich dzieci. W takich okolicznościach, gdy na przykład zachowanie przywiązaniowe zostaje skojarzone z przemocą fizyczną lub seksualną, dziecku trudno jest wypracować w sobie spójne sposoby radzenia sobie z sytuacjami, w których się znajduje. Pozostające ze sobą w konflikcie uczucia, w tym uczucia seksualne, mogą być łagodzone jedynie poprzez dysocjację lub próby kontrolowania świata emocjonalnego i relacyjnego. W takiej sytuacji tworzenie fantazji seksualnych może wzbudzać istotnie trudne przeżycia, z powodu kłopotu w rozróżnianiu fantazji od świata rzeczywistego. W tych okolicznościach przerażenie dotyczy tego, że marzenia na jawie mogą stać się koszmarami dziennymi, a te przekształcić się w rzeczywistość kosmaru nocą. Może to prowadzić do lęku wokół możliwości urzeczywistnienia się fantazji, które się pojawiają. Ponieważ zdeorganizowany styl przywiązania jest wrażliwy na kontekst i może współistnieć z cechami charakterystycznymi dla zorganizowanego bezpiecznie stylu przywiązania, jego wpływ na zachowania seksualne i fantazje seksualne bywa trudny do przewidzenia. Konsekwencją tego może być unikanie lub niechęć do wzbudzania poprzez fantazję pragnień seksualnych w związku z traumatycznymi skojarzeniami powiązanymi z wąską granicą między intymnością a ryzykiem nadużycia. Dodatkowo, granica między rzeczywistością wewnętrzną i zewnętrzną zaciera się w tych okolicznościach. W tym kontekście szczególnie istotne jest rozróżnienie między trybami odnoszenia się „na niby” i „psychicznej równoważności” [18]. Każdy sposób funkcjonowania dotyczy rozróżniania granic między światem wewnętrznym i zewnętrznym oraz opisuje procesy, które uruchamiają się, gdy zdolność do rozróżnienia ich jest ograniczona lub nie występuje. Funkcjonowanie „na niby” oznacza wycofanie się z obcowania ze światem zewnętrznym i skierowanie w wewnętrzny świat myśli i uczuć, które są oddzielane od rzeczywistości zewnętrznej.

Można się domyślać, że funkcjonowanie „na niby” będzie uprzywilejowywało fantazje seksualne ponad realne doświadczenia seksualne z partnerami, chyba że partnerzy ci staną się częścią świata fantazji „na niby”. Funkcjonowanie w trybie „psychicznej równoważności” odzwierciedla znowu stan umysłu, w którym świat wewnętrzny będzie określany przez zewnętrzną rzeczywistość. Sposób funkcjonowania w trybie psychicznej równoważności będzie narażał te

osoby na to, że zostaną wcielone do świata i do fantazji (w tym seksualnych) osób dla nich znaczących. W obu przypadkach, w których postrzeganie rzeczywistości zewnętrznej zostaje zniekształcone przez fantazje wewnętrzne, mamy do czynienia z bardzo małą świadomością, że taka właśnie percepcja rzeczywistości może być zniekształcona. Każdy z tych trybów funkcjonowania psychicznego poprzedza zdolność do „mentalizowania” [19], czyli rozpoznawania i rozróżniania własnych i cudzych intencji, i stanów emocjonalnych oraz do refleksji nad związkami między nimi. Łatwo jest sobie wyobrazić, jak fantazje seksualne mogą być źródłem niepokoju, gdy funkcjonowanie psychiczne jest w trybie „psychicznej równowagi” lub źródłem ukojenia w trybie „na niby”.

To schematyczne podsumowanie wpływu wzorców przywiązania na role podejmowane i przyjmowane w fantazjach seksualnych może redukować złożoność i niesforność erotyki, wtłaczając ją w sztucznie uporządkowane ramy. Ugrzecznianie /układanie seksualności, jeśli to właśnie czyni taka teoretyzacja, może chronić przed angażowaniem się w nieuporządkowane realia pożądania i zachowań seksualnych. Podczas gdy zachowania seksualne, a nawet fantazje, można podzielić na kategorie w odniesieniu do wzorców przywiązania, kategorie te niekoniecznie wyjaśniają procesy, za pomocą których powstają.

W badaniach własnych streszczono [20], w jaki sposób inni autorzy rozszerzyli koncepcję matczynego odzwierciedlenia Winnicotta, aby zrozumieć proces rozwoju seksualnego i genezę pożądania. Krótko mówiąc, rodzice mogą mieć trudności z odzwierciedleniem tego, co postrzegają jako przejawy seksualności u swoich dzieci albo odwracając się od nich, i wtedy introjektowany obiekt rodzicielski pozostaje nieobecny i enigmatyczny (nadmiernie zaznaczone odzwierciedlenie), albo wprowadzając w te sensualne-cum-seksualne sygnały odpowiedź afektywną bardziej przynależną im niż ich dziecku (słabo zaznaczone odzwierciedlenie). Niedostateczna stymulacja pozostawia lukę w psychice rozwijającego się dziecka i prowadzi do ciągłych poszukiwań w celu odzyskania zagubionego ekscytującego obiektu poprzez wzbudzanie pożądania seksualnego u innych osób w późniejszym życiu, jako wstęp do zintegrowania tego afektu z ja. Nadmierna stymulacja staje się znakiem ostrzegawczym dla psychiki, by broniła się przed spodziewanym wtargnięciem do niej obcych obiektów i afektów, co obciąża lękiem spotkania i uczucia seksualne. Kluczową kwestią w sytuacji braku odzwierciedlenia jest to, że brak dostrojonej odpowiedzi na takie podniecenie pozostawia niemożliwość z doświadczeniem, które zostanie opracowane w fantazji. Obiekt pobudzenia i podniecenia jest ideą

utraconego obiektu, opracowanym doświadczeniem, a nie utraconym obiektem lub doświadczeniem tego.

Jako taki nigdy nie może być odzyskany. Z tej perspektywy deficyt uczuć staje się w dorosłości motorem nigdy niezwieńczonego poszukiwania wypełnionej fantazją utraconej seksualności. Uczucia seksualnej przyjemności i pożądania erotycznego zostają skojarzone z doświadczeniem seksualnego pobudzenia u innych, a gdy ta reakcja jest zgodna z podnieceniem w obszarze self, potwierdza to pobudzenie jako seksualne. Kontynuacją takiego przystającego odzwierciedlenia jest zwiększone poczucie bezpieczeństwa: seksualne self zostaje doświadczone, zrozumiane i zaakceptowane przez drugiego, w wyniku czego czuje się żywe i czuje, że jest z kimś razem. Przeciwnością tego jest spuścizna intruzji (obiekty — przyp. tłum.), za którą stoi scenariusz odzwierciedlenia przez rodzica jego własnych, nie zaś jego dziecka doświadczeń w odpowiedzi na dziecka seksualność/zmysłowość. Podsumowując, znaczenie kwestii odzwierciedlenia dla fantazji seksualnej, zdrowy rozwój seksualny i bogate życie wewnętrzne, polegają na unikaniu skrajności, tj. zmysłowego zubożenia i nadmiernej stymulacji, które mogą poważnie hamować lub zniekształcać ekspresję fantazji erotycznej w dorosłym życiu. Pewna, ale niezbyt duża, doraźna rodzicielska „nieobecność” w seksualnym odzwierciedleniu może pobudzić fantazję w zabawowy, kreatywny i nowatorski sposób. Nadmierne ingerencja lub nieobecność mogą albo zwiększyć, albo ograniczyć swobodę seksualnego fantazjowania, przez co może dochodzić do zakłócenia relacji seksualnych związanych z obecnym partnerem.

Fantazja seksualna i zadanie terapeutyczne

Jeśli fantazje seksualne, swobodę ich doznawania i ich odgrywania analizuje się w kontekście wzorców przywiązania, można oczekiwać, że zajęcie się nimi przyniesie rzeczywiste korzyści terapeutyczne. Rozumienie fantazji seksualnych w kategorii snów, czyli jako nośnika nieświadomych, symbolicznych treści, zawierających rozszczerzone ekscytujące i odrzucające obiekty, sugeruje, że mogą one rozjaśnić, a może wręcz stać się celem psychoanalitycznie zorientowanej pracy terapeutycznej, nie tylko ze względu na ich potencjał objaśniania nieświadomych fantazji.

Tu jednak pojawia się zagadka. Autor niniejszej pracy, jako terapeuta par, pracuje z relacjami, w których seksualność jest cechą charakterystyczną powiązań między partnerami i granic między nimi. Jednak nie spotkał jeszcze pary, w której którykolwiek z partnerów dobrowolnie zgłosił do dyskusji na wspólnej sesji swoje

fantazje seksualne. Mówią o swoich praktykach seksualnych i preferencjach, a czasami o snach o treściach seksualnych, ale nie mówią o swoich świadomych fantazjach seksualnych. Jak to rozumieć?

Odsuwając na bok możliwość, że to terapeuta może pośrednio w pracy z parami zniechęcać do dyskusji o fantazjach seksualnych lub zamykać ją, zastanawiające jest, czy kluczem do zrozumienia nieobecności tych fantazji może być zasadniczo ich prywatny charakter. Ujawnianie partnerowi seksualnemu swojego intymnego snienia/marzeń dziennych to w obecności trzeciej osoby, może naruszyć czar osobistego *reverie* i okazać się szczególnie trudne, jeśli towarzyszą im poczucie wstydu lub winy. Jest to szczególnie prawdopodobne, gdy związek nie układa się dobrze. W kontekście indywidualnej psychoterapii fantazje seksualne mogą być bardziej dostępne, ponieważ można się oprzeć na terapeutę jako na kogoś, kto służy refleksją, nie zaś potępieniem ich treści, przez co pacjent ma lepszą ochronę przed lękiem wobec osobistego znaczenia fantazji w kontakcie z terapeutą niż z partnerem seksualnym.

W analizie powodów, dla których fantazje seksualne mogą nie pojawiać się w terapii par, daleko do sugestii, że pary przychodzące na terapię nie mają fantazji seksualnych. Przecież czasem konsekwencje testowania fantazji, że „wszędzie dobrze, gdzie nas nie ma” mogą sprowadzić pary na terapię: romanse są częstą przyczyną szukania pomocy. W tych okolicznościach granica między fantazją a rzeczywistością mogła się załamać. Fantazja przedstawia się jako rzeczywistość, realizowana w sposób, który ma realne i często bolesne konsekwencje dla wszystkich zainteresowanych. Na podstawie opisu poniższego przypadku autor pragnie ukazać związek między seksualną fantazją, która została zakomunikowana poprzez rozegranie, a jej potencjałem do ukazywania nieświadomych fantazji związanych z dynamiką przywiązania. Przypadek jest fikcyjny — albo inaczej, jest fantazją. Takie rozwiązanie, gdzie szanuje się zaufanie pacjentów do terapeuty, wiąże się z utratą istotnej cechy, jaką jest prawdziwość historii. Pozostaje jednak nadzieja, że dynamiczne procesy, napotkane w praktyce klinicznej, które doprowadziły wysuniętego argumentu, zostaną przedstawione wiarygodnie.

Opis przypadku

John i Joanna

Paraszkukała pomocy po odkryciu Joanny, że John spotykał się z prostytutkami. Ich relacja była już wcześniej pełna napięć ze względu na oglądanie przez Johna pornografii oraz przez fakt, że od jakiegoś czasu nie

uprawiali seksu. Joanna twierdziła, że John jest chory i potrzebuje pomocy w tym, co uznała ona za uzależnienie od seksu. Ona widziała w terapii par wsparcie w uzyskaniu koniecznej dla niego pomocy. John zaś, jeśli chodzi o pornografię, był zdania, że partnerka robi problem z czegoś, na co pozwala sobie wielu ludzi; twierdził, że gdyby była seksualnie odważniejsza, nie potrzebowałby prostytutek.

Zapytany, jaka miałaby być „odważniejsza seksualnie”, odpowiedział, że ma na myśli gry seksualne, z którymi chciał, by eksperymentowali. Wspólnym wątkiem tych gier były jego zdominowanie, związanie i upokorzenie. Eksplorowanie ich relacji seksualnej ujawniło, że fantazje Johna nie były tajemnicą dla Joanny. Na początku ich związku brała udział w jego grach. Początkowo były dla niej nawet przyjemne, dając jej poczucie siły w ich związku, ale potem John chciał, aby wcielili w życie bardziej ekstremalne wersje jego fantazji o niewoli, na co ona odmówiła. Czuła, że John nie chciał jej, ale jakąś zdepersonalizowaną jej wersję odpowiadającą jego fantazjom. Czuła też, że jego scenariusze stają się ciemniejsze i coraz bardziej niebezpieczne. Kiedy odmówiła pójścia za nim, odsunął się od niej seksualnie, a ona poczuła się ukarana — czuła to samo, gdy korzystał z prostitutek i internetu w celu realizacji swoich fantazji.

Seksalny problem uwydatnił ich dylemat przywiązania. Dla Johna prośba, by porzucił fantazje seksualne, które znajdowały swe odbicie i rozwinięcie w jego seksualnych grach, była niczym prośba o porzucenie jakiejś fundamentalnej części siebie. Pragnął usilnie, by Joanna zaakceptowała jego seksualność, a tym samym zaakceptowała go jako osobę, którą był. Udział w jego zabawach seksualnych byłby ważnym symbolem tej akceptacji, podczas gdy jej naleganie, aby zrezygnował z tej części swojego życia, oznaczało dla niego brak akceptacji czegoś, co było fundamentalne dla jego bycia osobą. Dla Joanny problem był taki sam, ale odwrócony. Czuła, że John uzależnia przyszłość ich relacji seksualnej od tego, czy ona będzie wspomagać jego potrzeby.

Kontekst przywiązania dla ich dylematu można przedstawić następująco: John był środkowym z trojga dzieci w swojej rodzinie i miał dwie siostry. Jego matka cierpiała na nieustannie nawracające epizody depresji, a ojciec często gwałtownie wyrażał swój gniew wobec niej, a lekceważenie wobec syna. Uważał, że jego matka emocjonalnie wspierała się na nim, co dawało mu poczucie ważności. Spędzał dużo czasu sam w swojej sypialni i miał niewielu przyjaciół, lecz zaprzeczał uczuciom smutku czy samotności. Trudno było mu znaleźć emocjonalną więź z ojcem, ponieważ mieli tak mało wspólnego ze sobą. Joanna przypusz-

czała, że ojciec Johna był rozczarowany, że jego syn jest bardziej „synusiem mamusi” niż „małym mężczyzną”.

Nietrudno odczytać w fantazji seksualnej Johna tęsknotę, by połączyć się z matczyną postacią, tak jakby dostać się do niej poprzez stawanie się zniewoloną kobietą. Sugerować to do pewnego stopnia mogą zachowania przywiązaniowe, o ile reprezentują one wycofanie się do bezpiecznej przystani obiektu matczynego w obliczu obaw przed dołączeniem do „świata mężczyzn”, któremu bał się, że nie sprosta. Owa przystań nie była całkowicie bezpieczna. Fantazja zapewniła mu pewien stopień oddzielenia od matki (chroniąc go przed tym, że matka potrzebuje) oraz dostarczyła autoerotycznego rozwiązania, by zarządzać uczuciami seksualnymi. Pozwoliło mu to poczuć, że ma pewną kontrolę nad swoim pragnieniem zależności. Innymi słowy, posiada on kobietę poprzez stawanie się taką kobietą, jaką chce mieć, pomijając potrzebę relacji z nią, która w fantazji może być obarczona niebezpieczeństwem.

Jego fantazja miała jeszcze ciemniejszą stronę. Zniewolenie stwarzało sytuację bezradności wobec agresywnego, sadystycznego drugiego obiektu, który w fantazji ujarzmił go i upokarzał. Tutaj była okazja do zabawy z nieświadomą fantazją, której dziecięce potrzeby wywołały zarówno sadystyczne, jak i masochistyczne reakcje w jego wewnętrznym świecie relacji z obiektami. Pozostaje otwartą kwestia, czy ta fantazja (świadoma i nieświadoma) zawierała w sobie uczucia nienawiści wobec przygnębionej i zajętej matki w okresie niemowlęctwa i dzieciństwa i została wyprojektowana na innych (w tym ojca), jako sposób ochrony obiektów jego miłości przed jego agresywnymi impulsami, czy też reprezentowała odtwarzanie bolesnego aspektu jego relacji z ojcem, w której jest on podatny na ataki i upokorzenia. Tak czy inaczej, można by powiedzieć, że dokładnie kontrolowane zasady odgrywania nieświadomej fantazji w świadomości zapisanej fantazji seksualnej stanowiły pewną ochronę przed lękiem związanym z zależnością od innych i samocenną przy innych.

W efekcie John zapraszał Joannę do udziału w trybie funkcjonowania „na niby” w ich relacji, tym samym rozbijając rzeczywistą relacyjną granicę między nimi. Miała dołączyć do jego azylu, który zapewniała jego fantazja seksualna, chroniąc przed lękiem przed nawiązaniem prawdziwej relacji. John, próbując znormalizować swoje zachowanie, usiłował podporządkować Joannę sobie, związać ze swoim wewnętrznym światem, aby uniknąć myślenia o dysonansie między jego wewnętrznym światem fantazji a zewnętrzną rzeczywistością ich związku. Ponieważ gry seksualne nie dawały Joannie możliwości odegrania własnej roli,

a tym samym zmiany gry, w którą grał John (tj. umożliwienia mu spotkania się z rzeczywistością innej osoby, dzięki której mógłby przetestować własną rzeczywistość), element „zabawy” jego fantazji seksualnej nie był w stanie zmniejszyć jego lęku. Zamiast tego fantazja zaczęła wyrażać się w coraz bardziej przesadny i wymagający sposób, zarówno po to, żeby utrzymać związany z nią ładunek seksualny, jak i odizolować najgłębiej skrywany obszar (azyl) przed wtargnięciem kogoś, kto mógłby go z tego ograbić.

Taka nieświadoma fantazja, że inni są intruzywni i okradają cię z twej istoty, może stanowić motywację do przyjmowania trybu relacji „na niby”, co wiąże się z unikającym pozabezpiecznym stylem przywiązania. Może to również wskazywać na pewną dezorganizację wynikającą z tego, że jego pierwotne figury przywiązania są albo bezradne (jego matka), albo zagrażające (jego ojciec). Kolonizacja przez zajęty sobą, zależną matkę i odrzucenie przez pogardliwego, lekceważącego ojca, którzy wymusili na synu, by wchodził z nimi w relacje na wyłącznie ich warunkach, postawiły przed Johnem wybór, który przeniósł na swoją żonę (i na swojego terapeutę) — dostosuj się do mnie lub odrzuć. Jego prośba o akceptację mogła również w Joannie wzbudzać nieprzyjemne poczucie konieczności wyboru pomiędzy uległością wobec niego a zmuszeniem go do bycia uległym wobec niej.

Dlaczego Joanna została wciągnięta w ten scenariusz? Być może jej dylemat nie różnił się tak bardzo od dylematu jej męża. W jej oczach wybór polegał na tym, że albo miała się podporządkować jego seksualnym grom, w których po prostu grała przypisaną jej rolę, a w której czuła się nie tylko obco, ale pod kontrolą, albo odmówić i zaryzykować utratę mężczyzny, który na początku ją pociągał. Gdy opisywała ich sytuację, niezwykle trudno było uchwycić, co sama myśli i czuje. Joanna była skupiona na tym, co postrzegała, jako problemy Johna; oddana badaniu i wyjaśnianiu, co można z nimi zrobić. Podczas gdy on wydawał się pełen fantazji seksualnych, ona nie miała żadnych. Potrafiła przedstawić szkieletowy zarys jego rodzinnych doświadczeń, jej własne pozostały niejednoznaczne i nieuchwytnie. Warto sobie wyobrazić, że dorastała jako najstarsze dziecko w wielodzietnej rodzinie, której rodzice usiłowali związać koniec z końcem i polegali na niej, by w znacznej mierze opiekowała się pozostałymi dziećmi w domu. Dzieci nie miały zbyt wiele uwagi rodziców, a Joanna wcześniej nauczyła się, że aby uzyskać ich aprobatę, musi przedkładać ich potrzeby i potrzeby rodzeństwa ponad swoje. Kiedy poznała Johna, pochlebiało jej zainteresowanie nią i świadomość, że patrzy na nią ciepło i ujmująco. Nie miała nic przeciwko zapewnieniu mu odrobiny macierzyństwa na

początku ich związku. Seks był dla niej mniej ważny niż doświadczenie bycia słuchaną i traktowaną poważnie, więc początkowo cieszyła się z jego seksualnych gier.

Z perspektywy przywiązania można powiedzieć, że wychowanie Joanny nie zapewniło jej poczucia bezpieczeństwa, które umożliwiłoby jej poznanie własnego umysłu. Zamiast tego zorganizowała się wokół potrzeb innych — dopóki pozwalała, aby potrzeby jej partnera miały pierwszeństwo przed jej własnym, działała w trybie relacji psychicznej równoważności (*psychic equivalence mode*). Mimo że może tu występować też aspekt unikający (przywiązania) (definiowanie relacji w kategoriach jego potrzeb i dystansowanie się od swoich własnych), to jednak jej trudność w ustaleniu autentycznej pozycji wobec własnego doświadczenia wskazuje na niepewne, zaabsorbowane przywiązanie. Zaangażowanie się w zabawę seksualną, której chciał John, początkowo zapewniło jej pewien poziom bezpieczeństwa i podniecenia: była przez niego pożądana, choć jako rodzaj matczynej dominacji. Stało się to problematyczne, gdy poczuła, że ich role coraz bardziej się rozchodzą, budząc jej lęk, że może stracić kontrolę nad swoim poczuciem siebie. Niepokój ujawnił się szczególnie wtedy, gdy elementy sadystyczne nabrały większego znaczenia w ich grze. Obawa, że jego fantazje mogą stać się jej rzeczywistością, skłoniła ją do wycofania się. Pewna ulga i satysfakcja wynikała z jej mniemania, że to John miał problem. Pozwoliło to zarysować pewne granice w ich związku, oddzielające jego rzeczywistość od jej i dające jej pewien potencjał, możliwość przejścia własnego doświadczenia bez zagrożenia ich relacji, którą ceniła i chciała kontynuować.

Czy fantazja seksualna Johna wyrażała jej własną, tę, na poznanie której nie mogła sobie pozwolić? Prawdopodobnie nie, jeśli chodzi o stopień i zakres elementów sadomasochistycznych. Ale wspólny był tam pewien motyw nieświadomej fantazji, że ceną bezpieczeństwa przywiązania jest podporządkowanie się innym. Zostało to następnie rozegrane pomiędzy nimi w kategoriach seksualnej fantazji, w której jedna osoba zostaje zdominowana przez drugą. Praca nad tym dążyłaby do tego, by fantazja ta nie musiała definiować już rzeczywistości (przez co Joanna nie musiałaby działać w trybie równoważności psychicznej), natomiast angażowanie się we wspólną nieświadomą fantazję, że bliskie relacje domagają się wyrzeczenia siebie, stanowiło problem, w którym zarówno Joanna, jak i John potrzebowaliby pomocy

Fantazja a rzeczywistość

Wycofanie się Joanny z intymnej przestrzeni w obszarze fantazji Johna, którą chciał dla nich stworzyć, może być rozumiane jako wariacja na temat powszech-

nego źródła konfliktu w relacjach par, gdy partnerzy zmieniają narcystyczną formę relacji na taką, która bazuje na realności partnera. Wyidealizowana i idealizująca forma tej podróży zdarza się wcześniej w większości związków, gdy partnerzy przechodzą od stanu „zakochania się” do wymagających większej pracy wyzwań związanych z rozpoznawaniem i kochaniem tych, którymi naprawdę są ich partnerzy, ze wszystkimi ich przyzwyczajeniami. Wiedza o sobie i akceptacja siebie sprawiają, że podróż ta jest łatwiejsza niż wtedy, gdy relacje nękają złośliwe, nieświadome fantazje.

Z perspektywy relacji z obiektem nieświadoma fantazja przejawia się najbardziej w identyfikacji projekcyjnej, w której aspekty zinternalizowanych relacji mogą zostać odszczepione od self i umieszczone w innych. Identyfikacja projekcyjna jest konceptem ważnym dla psychoterapeutów par, ponieważ stanowi pomost między nieświadomym konfliktem w obrębie self a konfliktem interpersonalnym z innymi. Fantazja rezygnuje z granic interpersonalnych poprzez kolonizację drugiego, który staje się self-obiektem, zbyt przerażającym albo zbyt ekscytującym, by być pomieszczonym w self. Jest to forma identyfikacji narcystycznej. To samo w sobie nie jest patologiczne, ale stanowi aspekt rozwoju psychologicznego, który wraz z pomieszczeniem bezpiecznej postaci przywiązaniowej może doprowadzić do detoksykacji tego, co wzbudza strach. Pozwala to na integrację self, co z kolei zmniejsza pomieszczenie w kwestii tego, co należy do innych. W kategoriach kleinowskich patologiczny narcyzm jest stanem umysłu, w którym człowiek powodowany prześladowczym lękiem wchodzi w schizo-paranoidalny stan umysłu usztywniający wzorce relacji i zniekształcający rzeczywistość. Stany umysłu „na niby” i „psychicznej równoważności” również zawierają schizoparanoidalny stan, i bardzo przypominają to, co Britton [21] opisał odpowiednio jako „oderwany narcyzm” i „przylegający narcyzm”. Niosą ten sam potencjał rozwojowy (dzieci lubią bawić się w udawane gry i odgrywać innych) jak ryzyko patologii (kiedy stają się ustalonymi strukturami wewnętrznymi dominującymi we wzorcach relacji).

Wyzwaniem terapeutycznym jest zaproponowanie i przetestowanie wielości możliwych rzeczywistości, co jest nieodłączne w byciu w rzeczywistej relacji (w przeciwieństwie do relacji fantazyjnej). Polega to na pracy na granicy między tym, co się jawi, a realnością — zachęcając partnerów do badania, czy to co odbierają, co im się wydaje, jest w rzeczywistości tym samym. To, w jakim stopniu fantazja seksualna może być wykorzystana w tym procesie, będzie zależeć od tego, jak głęboko jest osadzona w nieświadomej fantazji. Napędzane, coraz mroczniejsze odtworzenie nieświadomego wewnętrznego scenariusza, takiego jak ten, do

którego John chciał włączyć Joannę, pozostawia niewiele miejsca na zabawę i zastanowienie się nad tym, co przedstawia fantazja. Zamiast tego staje się stwierdzeniem rzeczywistości, nalegającym na uległość Joanny jako warunku ich związku. Jeśli Joanna zadaje pytania, rozmyśla nad tym lub oddala się od przydzielonej jej roli bądź nie ma wystarczającego poczucia bezpieczeństwa, aby odgrywać rolę w ich związku w sposób, który zmniejsza niepokój Johna (umożliwiając mu w ten sposób poznanie, zaakceptowanie i pomieszczenie jego własnych wrażliwych i gwałtownych uczuć, jakie się między nimi rozgrywają), ich związek jest zagrożony. Jeśli dzieląc nieświadomą fantazję, to samo będzie się działo w drugą stronę. Każdy z partnerów może szukać sposobów na odróżnienie doświadczenia bycia podatnym na zranienie w stosunku do siebie nawzajem od doświadczenia bycia narażonym na upokorzenie lub zaniedbanie oraz rozróżnianie bycia asertywnym od bycia przemocowym czy zaniedbującym.

Skala tego zadania, pod względem generowanego przez niego lęku, zmobilizuje mechanizmy obrony w parze i w relacji z terapeutą (terapeutami). Może być konieczne dokonanie technicznego wyboru terapeutycznego. Kiedy narcystyczna więź nie jest w stanie znieść rzeczywistości innego umysłu w pracy, interpretacja dynamiki przywiązania zawartej w fantazjach seksualnych może jedynie odtworzyć zagrożenie, przed którym trzeba się bronić — wtargnięcia jednego umysłu do drugiego. Bardziej obiecujące może być podejście mentalizujące, które zachęca partnerów do zainteresowania się sobą, sobą i swoim terapeutą, starając się nie definiować tej rzeczywistości. Lęk przeciwpriemiennościowy, który terapeuci muszą wówczas znosić, to strach przed współudziałem we wspieraniu czegoś, co można uznać za zniekształconą rzeczywistość, poprzez zaakceptowanie i zbadanie jej. Prawdopodobnie będzie też silna presja, by terapeuci, usiłując utrzymać relację terapeutyczną, rozszczepili swoje doświadczenia, testując współpracującą relację pomiędzy dwoma zaangażowanymi w tą samą parę terapeutami. Wyzwanie polega na tym, by znieść i podjąć inną perspektywę i uczyć się z niej oraz pomieścić lęk, że jest się wtedy w zмовie z czymś obcym, a nawet perwersyjnym. Lęk, że zaciekawienie i słuchanie drugiego automatycznie oznacza zgodę lub porozumienie, to dokładnie ten dylemat, do zmagania z którym zachęcamy partnerów.

Minęło ponad sto lat, odkąd Freud, słuchając swoich pacjentów opisujących seksualne spotkania między nimi a rodzicami, optował za interpretowaniem ich bardziej jako fantazji seksualnych, wyrazu ich nieświadomych pragnień, niż opisu rzeczywistych doświadczeń. W ten sposób położył podwaliny pod swoją teorię dziecięcej seksualności, która cechowała późniejsze narracje

psychoanalityczne. Teoria przywiązania, jak pierwotnie zaproponował Bowlby [22–24] przestrzegała przed odrzuceniem opisów z dzieciństwa jako fantazji, sugerując, że mamy skłonność do odwracania się od rzeczywistości i do jej odrzucania, gdy jest ona dla nas trudna do zniesienia.

Dzisiaj zarówno psychoanaliza, jak i teoria przywiązania zbliżyły się do siebie w rozumieniu, że życie psychiczne i społeczne są ze sobą bardzo ściśle powiązane. Celem artykułu nie jest ustalenie prawdziwości jednego lub drugiego stanowiska, ale refleksja nad relacją między nimi, uznanie, że znakiem rozwoju jest akceptacja różnych rzeczywistości w nas samych i u innych ludzi. Definiuje to ważną część terytorium psychoterapii psychoanalitycznej, niezależnie od tego, czy dotyczy ona osób, par czy rodzin. „Mentalizowanie”, w języku obecnej teorii przywiązania, lub „testowania rzeczywistości”, używając języka Freuda, pozostaje ważną częścią procesu i celów psychoterapii. Oba wymagają pracy na granicy oddzielającej fantazję od rzeczywistości. Fantazje seksualne mogą zapewnić dostęp do ważnych rzeczywistości wewnętrznych, kłopotliwych dla osób szukających naszej pomocy. Te wewnętrzne rzeczywistości będą miały podstawę w ich doświadczeniach życia społecznego i będą wpływać na charakter oraz jakość tworzonych przez nich relacji seksualnych. Zajmując się fantazjami seksualnymi, raczej odgrywanymi niż wypowiedzianymi w kontekście terapii par, otwiera się możliwość, by nieświadome fantazje, które hamują dorosłą bliskość eksplorować i modyfikować w zabawowy sposób.

Piśmiennictwo

1. Harlan J. Music in Kubrick's Films. Lecture given at the Stanley Kubrick Season, St Albans. 2010; 7.
2. Glasser M. Aggression and sadism in the perversions. In: Rosen I. ed. Sexual deviation. Oxford University Press, London 1979: 279–299.
3. Clulow C, Boerma M. Dynamics and disorders of sexual desire. In: Clulow C, Boerma M. ed. Sex, Attachment and Couple Psychotherapy. Karnac, London 2009.
4. Eagle M. Attachment and sexuality. In: Diamond D, Blatt J, Lichtenberg J. ed. Attachment and sexuality. Analytic Press, New York 2007: 27–50.
5. Kahr B. Sex and the Psyche. Allen, London 2007.
6. Scharff DE. Sexuality, dreams and the somatic link. In: The interpersonal unconscious. Jaso Aronson, Plymouth 2012: 123–138.
7. Bettelheim B. The uses of enchantment: the meaning and importance of fairy tales. Penguin, Harmondsworth 1978.
8. Rustin M, Rustin M. Narratives of love and loss. Studies in modern children's fiction. Verso, London 1987.
9. Wright K. Mirroring and attunement: self-realization in psychoanalysis and art. Routledge, Hove 2009.
10. Holmes J. Exploring in security. Towards and attachment informed psychoanalytic psychotherapy. Routledge, Hove 2010.
11. Winnicott DW. The capacity to be alone. In: Winnicott DW. ed. Playing and Reality. Penguin, Harmondsworth 1971: 49–56.

12. Shaver P, Mikulincer M. An overview of attachment theory. In: Obegi J, Berant E. ed. *Clinical applications of adult psychotherapy and research*. Guilford, New York 2008: 17–45.
13. Hazan C, Zeifman D. Sex and the psychological tether. In: Bartholomew K, Perlma D. ed. *Advances in personal relationships: Vol 5: attachment processes in adulthood*. Jessica Kingsley, London 1994: 151–177.
14. Beaulieu-Pelletier G, Philippe FL, Lecours S, et al. The role of attachment avoidance in extradyadic sex. *Attach Hum Dev*. 2011; 13(3): 293–313, doi: [10.1080/14616734.2011.562419](https://doi.org/10.1080/14616734.2011.562419), indexed in Pubmed: [21506032](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21506032/).
15. Shaver P, Mikulincer M. Adult attachment and sexuality. In: Noller P, Karantzas G. ed. *Clinical applications of adult psychotherapy and research*. Guilford, New York 2012: 17–45.
16. Feeney J, Noller P. Attachment and sexuality in close relationships. In: Harvey J, Wenzel A, Sprecher S. ed. *Handbook of sexuality in close relationships*. Erlbaum, Mahwah, NJ 2004: 183–201.
17. Impett E, Gordon A, Strachman A. Attachment and daily sexual goals: A study of dating couples. *Personal Relationships*. 2008; 15(3): 375–390, doi: [10.1111/j.1475-6811.2008.00204.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00204.x).
18. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, et al. Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*. 1997(9): 679–700, doi: [10.4324/9780429471643-3](https://doi.org/10.4324/9780429471643-3).
19. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press, New York 2002.
20. Clulow C. How was it for you? Attachment, sexuality and mirroring in adult relationships. In: Nathans S, Schaeffer M. ed. *Couples on the couch. Psychoanalytic couple therapy and the tavisstock model*. Routledge, London 2017: 193–212.
21. Britton R. *Sex, death and the superego. Experiences in Psychoanalysis*. Karnac, London 2003.
22. Bowlby J. *Attachment and loss: attachment*. Hogarth Press, London 1969.
23. Bowlby J. *Attachment and loss: separation*. London, Hogarth Press 1973.
24. Bowlby J. *Attachment and loss: loss, sadness and depression*. London, Hogarth Press 1980.

Forum Medycyny Rodzinnej — Konferencja Czasopisma **Forum** **Medycyny Rodzinnej**

2–3 lipca 2021 roku

Przewodniczący Komitetu Naukowego:
prof. dr hab. n. med. Janusz Siebert

VIRTUAL MEETING



Szczegółowe informacje oraz bezpłatna rejestracja:

www.medycynarodzinna.viamedica.pl

Virtual Meeting jest skierowany tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 499).

PATRONAT



ORGANIZATOR



20-0857.001.017

III FORUM GINEKOLOGII I PERINATOLOGII PRAKTYCZNEJ

STANDARDY POSTĘPOWANIA W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII

Przewodniczący Komitetu Naukowego:
prof. dr hab. n. med. Piotr Sieroszewski



ONLINE, 10–12 czerwca 2021 roku



Zapraszamy serdecznie na naszego Facebooka!
www.facebook.com/FGiPP

Szczegóły oraz rejestracja na stronie internetowej:

 www.forumginekologii.viamedica.pl

Kontakt w sprawie uczestnictwa:

 forumginekologii@viamedica.pl

 tel.: (58) 320 94 94

PATRONAT



PARTNER



PATRONAT MEDIALNY



ORGANIZATOR



Virtual Meeting jest skierowany do wszystkich osób zainteresowanych tematyką. Sesje satelitarne firm farmaceutycznych, sesje firm farmaceutycznych oraz wystawy firm farmaceutycznych są skierowane tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.).