

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ

*Zakład Psychoterapii, Problemów Społecznych i Rehabilitacji Seksualnej*

*Wydział Rehabilitacji*

*Akademia Wychowania Fizycznego*

*Marymoncka 34, 00-968 Warszawa*

*e-mail: zbigniew.lew\_starowicz@awf.edu.pl*

## SEKSUALNOŚĆ PŁCI

Historia badań nad seksualnością płci obejmuje prawie sto lat. Pionierzy seksuologii nie mieli łatwego życia, a część z nich stała się prawdziwymi męczennikami. Do początku XX w., a szczególnie w XIX w. (epoka wiktoriańska), seks, ciało i nagość były tematem tabu. Większość kobiet nigdy nie przeżywała orgazmu, większość par małżeńskich nie widziała nagości partnera. Kobiety sypiały w koszulach nocnych ze specjalnymi klapkami. Mąż podnosił klapkę w celu wprowadzenia członka do pochwy i jedyne co mógł zobaczyć, to twarz żony w ciemnej sypialni. Obsesyjna walka z masturbacją przyjęła nawet sadystyczne formy, np. zakładanie na członek specjalnych aparatów uniemożliwiających erekcję lub powodujących wstrząs elektryczny w przypadku jej pojawienia się. Na uczelniach nie zajmowano się wówczas badaniami nad seksualnością, z wyjątkiem „patologicznych rozpoznań”. A było ich dużo: masturbacja, seks oralny, analny, niewierność, homoseksualizm (traktowany jako jedna z dewiacji), niezdolność do współżycia. Kryterium zdrowia seksualnego była zdolność do zapłodnienia, a to wszystko, co utrudniało prokreację lub się z nią rozmięło, postrzegano jako patologię.

W 1899 r. w USA Ida Craddock, sekretarka National Liberal League, opublikowała poradnik dla małżeństw zatytułowany „Prawidłowe pożycie małżeńskie”, w którym dowodziła, że u kobiety mogą być orgazmy lechtaczkowe – „masturbacyjne” i pochwowe – zgodne z prawem natury i ważne dla miłości (CRADDOCK

1899). Tego typu poglądy i praktyczne rady sprowokowały przywódcę antyseksualnej krucjaty, A. Comstocka, do działania. Ida Craddock została aresztowana, a ława przysięgłych i sędzia skazali ją na karę pozbawienia wolności, co skłoniło ją do popełnienia samobójstwa.

Więcej szczęścia miał angielski lekarz Havelock Ellis, który w 1897 r. opublikował w Londynie pierwszy z siedmiu tomów „Studies in the Psychology of Sex”; ostatni tom pojawił się w 1928 r. Dokładnie badał seksualność płci. Stwierdził na przykład, że seks jest podstawą życia, masturbacja i sny erotyczne są naturalnym zjawiskiem, podobnie jak orgazm u kobiet; podniecenie u kobiety mogą prowokować nieseksualne bodźce, np. praca przy maszynach do szycia, jazda na rowerze. Prace Ellisa, pierwszego nowoczesnego seksuologa, przyczyniły się do zmiany myślenia o seksie i zainteresowania nim badaczy.

W Wiedniu zaczął działać Zygmunt Freud, który opublikował w 1905 r. „Trzy rozprawy z teorii seksualnej” (FREUD 1905). Jego stwierdzenie, że orgazm lechtaczkowy jest orgazmem niedojrzałym, zaś pochwowy – wyrazem dojrzałości kobiecej, przyczyniło się do trudności w życiu seksualnym milionów par. Kobietom przypisywał powszechność zazdrości o członek, a mężczyznom – powszechność lęku kastracyjnego. Zaslugą Freuda było zbadanie wczesnodziecięcej seksualności, faz rozwoju psychoseksualnego, kompleksów, mechanizmów obronnych. Współczesne feministki nie mogą mu wybaczyć, że ujawniane przez kobie-

ty doświadczenia molestowania seksualnego w dzieciństwie potraktował jako ich fantazje, a nie rzeczywistość. Freud cieszył się większą popularnością w USA niż w Europie i być może dlatego rozwój seksuologii nabrał większego przyspieszenia w USA. Psychologia Junga, obecnie popularna u nas, przyczyniła się do większego rozumienia inności psychicznej i psychoseksualnej płci oraz bipolarności płci. Jednakże niewiele wniosła do poznania seksualności płci, podobnie zresztą jak prace innych pionierów psychoanalizy.

Kamieniem milowym w poznaniu seksualności płci stały się opublikowane wyniki raportów socjoseksuologicznych i badań eksperymentalnych, z zastosowaniem aparatury pomiarowej. W 1948 r. Alfred Kinsey opublikował monografię poświęconą seksualności mężczyzn, a w 1953 r. – seksualności kobiet (KINSEY 1948, 1953). Wyniki badań obalały potoczne poglądy na temat zachowań seksualnych płci. Ważniejsze od cyfr poświęconych przed- i pozamałżeńskiej aktywności seksualnej, kontaktom oralnym, analnym, homoseksualnym itp. okazało się obalenie stereotypu kobiety ozięblej. Z jego badań wynikało, że o ile w pierwszym roku trwania małżeństwa orgazmu nie osiągała 1/4 żon, to po dziesięciu latach tylko 1/7; kobiety współżyjące przed ślubem mają bardziej udane życie seksualne po ślubie, w porównaniu z kobietami bez doświadczeń seksu przedmałżeńskiego. Publikacje Kinsey'a rozpełniały wielką nagonkę na jego osobę i zmarł on zaszczuty w 1956 r.

Obecnie uważa się, że Kinsey stworzył podstawy naukowe rewolucji seksualnej i badań socjoseksuologicznych. O ile raporty Kinsey'a i wiele podobnych im z różnych krajów świata przyczyniły się do poznania zachowań seksualnych ludzi, upodobań i potrzeb, to naukowe podstawy fizjologii życia seksualnego płci stworzyła opublikowana w 1966 r. praca amerykańskich badaczy W. Mastersa i V. Johnsona „Współżycie seksualne człowieka” (MASTERS i JOHNSON 1966). Na podstawie badań 382 kobiet i 312 mężczyzn w trakcie masturbacji i stosunku, z zastosowaniem kamery, poznano fazy reaktywności seksualnej obu płci oraz stwierdzono zdolność kobiet do przeżywania wielokrotnych orgazmów.

Odkrycia tej pary badaczy były nie tylko krokiem milowym w poznaniu seksualności płci, ale także podstawą do opracowania przez nich treningowych metod leczenia zaburzeń seksualnych, co przyczyniło się do poprawy ja-

kości życia seksualnego milionów par. Zachęciły również wielu badaczy do naukowego badania seksualności człowieka. Na wyniki nie trzeba było długo czekać. Od 1966 r. pojawiło się wiele wyników badań odkrywających tajemnice seksualności płci, z których najważniejsze są następujące:

– mężczyźni ujawniają większą, w porównaniu z kobietami, aktywność masturbacyjną, akceptację swobody seksualnej, seksu przedmałżeńskiego, częstość współżycia seksualnego, liczbę partnerów seksualnych, a u kobiet jest wyższy niż u mężczyzn niepokój, lęk i poczucie wstydu wiążące się z seksem, akceptacja podwójnego standardu zachowań seksualnych (LAUMANN i współaut. 1994, MICHAEL i współaut. 1994);

– kobiety kierują się w wyborze partnera następującymi preferencjami: dobre perspektywy finansowe, pozycja społeczna, starszy wiek, ambicja, pracowitość, pozytywny stosunek do dzieci, wzrost, odwaga, sprawność fizyczna a mężczyźni: młody wiek, atrakcyjność fizyczna, wierność (BUSS 2001);

– seksualność mężczyzn wiąże się z większym poziomem testosteronu w miesiącach jeściennych i w godzinach rannych, z większym nastawieniem na seks jako taki, łatwiejszym zakochiwaniem się, nastawieniem na przyjemność seksualną, a seksualność kobiet – ze zróżnicowaniem indywidualnym libido w przebiegu cyklu miesięcznego, z silniejszym łączeniem seksu z relacją uczuciową, ze zróżnicowaniem miłości (BRANNON 2002).

Seksualność płci jest coraz częściej omawianym zagadnieniem na międzynarodowych kongresach seksuologicznych (Paryż 2001, Singapur 2002, Amman 2002, Hawana 2003) i poświęcone są mu specjalne sesje. Wyniki badań uzyskanych przez ośrodki naukowe w Sao Paulo, Walencji, Parmie, Nowym Jorku wyjaśniły kontrowersje co do związku seksualności kobiet z fazami cyklu miesięcznego. Badania eksperymentalne ujawniły, że kobiety w wieku 18–49 lat, mające normalne cykle miesięczne i nie przyjmujące tabletek antykoncepcyjnych, nie ujawniały różnic w podnieceniu w fazach cyklu. Stwierdzono nieznaczną różnicę w fazie owulacji (większą pobudliwość) jedynie u tych kobiet, które pierwszy raz w życiu oglądały filmy erotyczne.

Okazało się również, że testosteron ma w seksualności kobiet istotne znaczenie: zwiększa wrażliwość na bodźce erotyczne, fantazje seksualne i pożądanie. Podniecenie genitalne u

kobiet jest mniej istotne w subiektywnym odczuwaniu niż u mężczyzn. Obie płcie inaczej uczą się odbierania i rozumienia sygnałów z ciała. Najlepszym tego przykładem jest aktywność masturbacyjna. Mężczyźni masturbują się częściej niż kobiety i dlatego uczą się bardziej obiektywnego oceniania poziomu doznań genitalnych. Kobiety masturbujące się często ujawniają rozbieżność między subiektywną a obiektywną percepcją podniecenia seksualnego. Wyniki badań eksperymentalnych ujawniły intrygującą prawidłowość: subiektywna ocena poziomu podniecenia seksualnego kobiet ujawnia mniejszą zgodność z wynikami pomiaru aparaturą. U kobiet występuje nie tylko rozbieżność między subiektywnym a obiektywnym podnieceniem seksualnym, ale również między subiektywnym podnieceniem seksualnym a zachowaniami seksualnymi polegającymi na adaptacji do potrzeb ich partnerów. Świadczy to o tym, że dla kobiet seksualność i sytuacje intymne mają różne znaczenia, nie tylko seksualne. Badacze interpretują to następująco: w naszej kulturze kobiety są wychowywane w przekonaniu, że sprawą zasadniczą jest to, by ich seksualne i uczuciowe zaangażowanie powinno być poza kontrolą. Nic zatem dziwnego, że słabsza jest u kobiet obserwacja własnych reakcji seksualnych oraz większa niepewność w ich ocenianiu.

Kobiety rzadziej niż mężczyźni doświadczają natrętnych myśli o seksie. Ich spontaniczne fantazje seksualne dotyczą najczęściej erotyki, narządów płciowych, władzy seksualnej, zakazanego seksu i cierpienia seksualnego. Myślą o seksie średnio 2 razy dziennie, podczas gdy mężczyźni 4–5 razy. Kobiety natomiast częściej fantazjują w trakcie współżycia seksualnego, co umożliwia im podtrzymanie podniecenia. W marzeniach erotycznych kobiet ważny jest kontekst uczuciowy, a także cechy osobowości mężczyzny. Znacznie częściej niż mężczyźni, kobiety fantazjują uwzględniając scenariusz spotkania, gesty, zachowania, rozmowy z partnerem.

Nadal wiele kontrowersji wśród badaczy budzi zjawisko tzw. „wytrysku u kobiet”, punktu Grafenberga w pochwie. Z przeprowadzonych badań eksperymentalnych wynika, że u kobiet istnieje tkanka erekcyjna, obejmująca kroczową część cewki moczowej. Erekcja obejmuje zatem nie tylko lechtaczkę, ale i ten obszar. To, co zwano punktami G, A czy U w pochwie oznacza po prostu tkankę erekcyjną. Potwierdzeniem jej były badania z zastosowa-

niem Viagry u kobiet. Wywołuje ona erekcję lechtaczki i tkanki erekcyjnej, może być stosowana w leczeniu zaburzeń seksualnych u kobiet wiążących się z zaburzeniami krążenia obwodowego. Badania składu „wytrysku” u kobiet ujawniły, że zawiera on antygen PSA, a zatem są podstawy do stwierdzenia, że u kobiet jest odpowiednik gruczołu krokowego (prostaty).

Inne wyniki badań eksperymentalnych ujawniły, że model reakcji seksualnych kobiet i mężczyzn opublikowany w 1966 r. ma wartość statystyczną, a nie jakościową. Okazuje się, że część kobiet ma „męski” model reaktywności seksualnej, tzn. szybko narastające podniecenie, szybkie osiąganie orgazmu i szybkie ustępowanie podniecenia. Nie zależy im specjalnie na wstępnych pieszczotach, a po kontakcie seksualnym przestają być zainteresowane współżyciem równie szybko, jak do niego dążyły. Te wyniki badań potwierdziły teorię ról seksualnych Sandry Bem, która stwierdziła, że niezależnie od płci występują u ludzi cztery typy osobowości: męska, kobieca, androgyniczna i nieokreślona (BEM 2000). Tego typu wyniki badań mają również wpływ na klasyfikację zaburzeń seksualnych i od niedawna zaczyna się rozpoznawać u kobiet zaburzenie o nazwie „przedwczesny orgazm”, analogicznie do takiego rozpoznania u mężczyzn.

Do niedawna badania seksualności kobiet cieszyły się większym zainteresowaniem niż badania seksualności mężczyzn. Przyczyną tego były dwa czynniki: większość badaczy to mężczyźni, pojawia się coraz więcej badaczek o orientacji feministycznej i popularne stały się gender studies.

Dopiero wprowadzenie w 1998 r. Viagry do leczenia zaburzeń seksualnych przyczyniło się do wzrostu zainteresowania seksualnością mężczyzn. Firmy farmaceutyczne zainteresowane produkcją nowych leków dla bardzo chłonnego rynku potencjalnych odbiorców sprzyjają badaniom naukowym. Postęp badań jest naprawdę imponujący, głównie w zakresie biochemicznych uwarunkowań seksualności. Odkryto ośrodki sterujące popędem seksualnym u mężczyzn w mózgu, mediatory reaktywności erekcyjnej (dopamina, serotonina, opioidy, noradrenalina, oksytocyna, GABA, endotelina, tlenek azotu, prostanoidy), receptory centralne i obwodowe, na które działają mediatory. Te odkrycia umożliwiły odkrycie mechanizmu działania tradycyjnych leków stosowanych w leczeniu zaburzeń erekcji (np. johimbi-

ny), a także pojawieniu się nowej generacji leków (np. Cialis, Vardenafil). Wiadomo już, że w przyszłości powstaną leki, których działanie będzie się opierać na receptorach opioidowych, ET, MI, DP, EP, FP, IP itd. Badania nad „chemią miłości” dostarczyły również wielu ważnych informacji o wpływie leków przeciwdepresyjnych na seksualność. Na przykład leki zmniejszające poziom serotoniny poprawiają funkcje seksualne i dlatego zaczęto je stosować w leczeniu przedwczesnych wytrysków.

Badania eksperymentalne z zastosowaniem metod pomiarowych ujawniły, że istnieje pięć czynników odróżniających mężczyzn sprawnych seksualnie od niesprawnych:

1) sprawni mężczyźni ujawniają bardziej pozytywne reakcje fizjologiczne i psychiczne na seksualność jako taką;

2) niesprawni mężczyźni ujawniają zmniejszoną zdolność kontroli swojego podniecenia seksualnego, często nie potrafią określić obiektywnie poziomu podniecenia np. są przekonani, że w danej chwili nie mają pełnej erekcji i tak to czują, jakkolwiek erekcja jest prawidłowa;

3) sprawni seksualnie mężczyźni są bardziej podatni na rozpraszające działanie nieseksualnych bodźców i w takiej sytuacji następuje u nich zmniejszenie reaktywności seksualnej; natomiast niesprawni mężczyźni są mniej wrażliwi na bodźce nieseksualne i nie mają one na nich istotnego wpływu. Paradoksalnie zatem sprawny seksualnie mężczyzna jest bardziej wrażliwy na czynniki zakłócające intymność spotkania;

4) zróżnicowane bodźce seksualne u mężczyzn sprawnych zwiększają reaktywność seksualną, odwrotnie niż u niesprawnych mężczyzn. Nic zatem dziwnego, że aktywność seksualna partnerki i jej zmiana w trakcie współżycia zwiększa podniecenie u sprawnego mężczyzny, a zmniejsza – u niesprawnego;

5) stany niepokoju działają hamująco na niesprawnych mężczyzn, mają natomiast mniejsze znaczenie dla mężczyzn sprawnych (u niektórych mogą nawet działać pobudzająco).

Od czasu pojawienia się Viagry w 1998 r. zaburzenia erekcji są najczęściej omawianym problemem na seksuologicznych i urologicznych kongresach naukowych; ukazało się ponad 3000 publikacji naukowych na temat zaburzeń erekcji. Okazało się, że w seksualności mężczyzn równie ważne, jak biologiczne i psychiczne, są uwarunkowania kulturowe. Jed-

nym z przykładów jest przebieg dyskusji panelowej na Azjatyckim Kongresie Naukowym w Singapurze w 2002 r. Mężczyźni z krajów Zachodu, w porównaniu z Chińczykami i Koreańczykami, bardziej obsesyjnie przeżywają zaburzenia erekcji, a sprawność seksualna jest dla nich podstawowym kryterium poczucia wartości w roli męskiej. Dlaczego? Zdaniem uczestników dyskusji tzw. „mężczyzna Wschodu” ma także inne, równie ważne jak sprawność seksualna, źródła poczucia wartości w roli męskiej, np. rola zawodowa, pełnienie roli głowy rodziny. Również ważne są relacje między płciami. O ile „mężczyzna Zachodu” lęka się negatywnej oceny ze strony partnerki i jej seksualnych wymagań, to „kobiety Wschodu” są bardziej uległe, nie stwarzają poczucia zagrożenia, czerpią poczucie satysfakcji z tego, że są akceptowane w roli matki, żony i mogą sprawić radość seksualną mężczyźnie.

Badania seksualności płci rozwijają się bardzo dynamicznie. Przewiduje się poznanie „chemii miłości” u kobiet i wprowadzenie leków wpływających na seksualność kobiet, zbadanie seksualności na poziomie molekularnym, dokładne poznanie ośrodków sterujących seksem w mózgu.

Z jednej strony, zaciera się różnice między płciami, czego przykładem jest nowa, opracowywana klasyfikacja zaburzeń seksualnych, w której rozpoznania obejmują obie płci równocześnie, opisuje się „wytrysk” i tkankę erekcyjną u kobiet. Z drugiej natomiast strony, coraz większą popularnością cieszą się u Czytelników publikacje oddzielające świat płci grubą kreską, np. „Mężczyźni są z Marsa, a kobiety z Wenus” (GRAY 1996). Można to uznać jako wyraz oporu wobec zacierania różnic między płciami, kreowania modelu kobieto-mężczyzny (osobowość androgyniczna).

W Polsce niewiele jest badań naukowych poświęconych seksualności płci z zastosowaniem aparatury pomiarowej. Dominują publikacje psychologiczne, gender studies, badania statystyczne. Wynika to z prostego faktu: kurczy się w Polsce baza naukowa seksuologii, brak jest pieniędzy na wyposażenie jej w aparaturę pomiarową i w specjalistyczne laboratoria.

Przeprowadzane w Polsce badania statystyczne dostarczają interesujących wyników. Porównując np. „Raport Seksualności Polaków” (LEW-STAROWICZ 1992, 2002) wyraźnie widać, jak na przestrzeni 10 lat zmieniły się niektóre postawy wobec seksualności i zachowa-



nia seksualne. Zmniejszają się różnice w postawach między płciami. Z „Raportu Seksualności Polaków 2002” wynika, że wiele istniejących różnic między płciami daje podstawy do stwierdzenia, że inność psychoseksualna płci nie jest nadal dokładnie poznana i kryje jeszcze wiele tajemnic i potwierdza wyniki badań D. Bussa, iż seksualność kobiet bardziej wiąże

się „z interesem gniazda”, a mężczyzn – z „przekazywaniem plemników”. Potwierdza także stwierdzenia innych autorów, że seksualność kobiet bardziej ma charakter więziotwórczy, a seksualność mężczyzn częściej jest rozdzielona od uczuć, ale to tylko statystyczna prawidłowość. Dane na ten temat są przedstawione w Tabeli 1.

Tabela 1. Wybrane pozycje i cząstkowe dane statystyczne dotyczące seksualności Polaków (w procentach) z Raportu Seksualności Polaków 2002 (LEW-STAROWICZ 2002).

Cecha	K	M
<u>ródło uświadomienia seksualnego</u>		
Rówieśnicy	29	44
Rodzina	19	20
<u>Ocena inicjacji seksualnej</u>		
Nieudana, przykra	22	10
Wspaniałe przeżycie	10	26
<u>Więź z pierwszym partnerem seksualnym</u>		
Kontakt jednorazowy	11	30
Współmałżonek	35	18
<u>Bieguny wieku inicjacji seksualnej</u>		
Do 17 roku życia	8	27
20 lat i więcej	41	20
Motywacja uczuciowa inicjacji seksualnej	69	45
<u>Upodobania seksualne</u>		
Pornografia	11	40
Seks oralny	21	43
Wymiana partnerów	5	18
<u>Bieguny liczby partnerów seksualnych</u>		
Jeden	47	23
Powyżej 10	2	19
Zbyt rzadkie kontakty seksualne	9	22
<u>Chęć na seks</u>		
Codziennie	6	19
Kilka razy/miesiąc i rzadziej	35	24
<u>Treść snów erotycznych</u>		
Własna osoba	48	37
Orgie seksualne	6	15
<u>Poglądy</u>		
Sex shopy są potrzebne	36	55
Akceptacja seksu bez uczucia	12	35
W TV powinno być więcej seksu	14	43

## SEXUALITY OF GENDER

## S u m m a r y

The starting point of this review is a brief description of the past of sexuology. Then more recent reports and concepts in that field are discussed. Gender and cultural differences in the attitude to sexual

roles and experiences are emphasized. At the end, updated statistical data concerning sexuality of Polish men and women are presented.

## LITERATURA

- BEM S. L., 2000. *Męskość, kobiecość - o różnicach wynikających z płci*. Gdańsk, GWP.
- BRANNON L., 2002. *Psychologia rodzaju*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- BUSS D., 2001. *Psychologia ewolucyjna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- CRADDOCK I. C., 1899. *Right marital living*. Chicago.
- FREUD S., 1905. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. F. Deuticke, Leipzig und Wien.
- GRAY J., 1996. *Mężczyźni są z Marsa, kobiety z Wenus: jak dochodzić do porozumienia i uzyskiwać to, czego się pragnie*. Zysk i S-ka. Poznań.
- KINSEY A. C., 1948. *Sexual behavior in the human male*. W. B. Saunders Co., Philadelphia.
- KINSEY A. C., 1953. *Sexual behavior in the human female*. W. B. Saunders Co., Philadelphia.
- LAUMANN E. O., GAGNON J. H., MICHAEL R. T., MICHAELS S., 1994. *The Social organization of sexuality in the United States*. University of Chicago Press, Chicago.
- LEW-STAROWICZ Z., 1992. *Raport seksualności Polaków 1992*. SMS/KRC, Warszawa.
- LEW-STAROWICZ Z., 2002. *Raport seksualności Polaków 2002*. SMS/KRC, Warszawa.
- MASTERS W. H., JOHNSON V. E., 1966. *Human sexual response*. Little, Brown & Co., Boston.
- MICHAEL R. T., GAGNON J. H., LAUMANN E. O., KOLATA G. B., 1994. *Sex in America: A definitive survey*. Little, Brown and Company, Boston.