

SEKSUALNOŚĆ – CZY TO ZAWSZE TRUDNY TEMAT?

Katarzyna Klasa

Wokół problematyki seksualności panuje obecnie swoista niejednoznaczność postaw. Z jednej strony mamy do czynienia z powszechną obecnością i dostępnością rozmaitych treści seksualnych, od Internetu począwszy, przez czasopisma, książki, filmy, na reklamach (nie tylko „środków na potencję”) kończąc. Przykładem wpływu szeroko pojętej kultury masowej na postawy wobec seksualności może być choćby popularność książek z serii „Pięćdziesiąt twarzy Greya”, w których pojawia się tematyka preferencji sadomasochistycznych. Ogromna popularność tej serii znalazła wyraz nie tylko w postaci m.in. kolekcji bielizny dla kobiet, ale również ubranek dla niemowląt.

Z drugiej strony, problematyka seksualności w ujęciu nie „masowym”, a bardziej indywidualnym, stanowi nadal tabu, zwłaszcza gdy odnosi się do kwestii zaburzeń zdrowia seksualnego. Jak wskazują badania, uświadczenie seksualne w rodzinie spoczywa głównie na barkach matek [1], oczywiście szkoły (choć jak się wydaje, przede wszystkim dotyczy to zdobycia wiedzy o biologicznych aspektach seksualności), znaczącą rolę ma również grupa rówieśnicza. Ważnym źródłem informacji o seksie jest Internet oraz pornografia, będące źródłami niejednokrotnie problematycznymi ze względu na przekaz, stworzony do celów „rozrywkowych”, który osoby zwłaszcza mało doświadczone, mogą przyjąć za „normę”, np. dotyczącą wyglądu narządów płciowych, długości trwania stosunku czy siły doznań i związanej z nimi ekspresji emocjonalnej (odgrywanej). Nie bez znaczenia jest tu wreszcie pomijanie kwestii bliskości i relacji z partnerem seksualnym jako takiej.

Kolejnym problemem jest, potwierdzana przez badania, trudność w podejmowaniu tematu seksualności nie tylko przez potencjalnych pacjentów, ale i nierzadko przez klinicystów. Co interesujące, powody takiego stanu rzeczy są dość podobne dla obu stron: obawa, że nie jest to temat, który należy wnieść z uwagi na możliwość urażenia/bycia odebranych jako osoba „molestująca”/wnosząca tematy „nieadekwatne” czy „niemedyczne” (choć np. pytanie o zadowolenie z życia seksualnego powinno pojawić się podczas wizyty u ginekologa, a informacja o problemach z erekcją może sprzyjać wcześniejszemu wykryciu zaburzeń krążenia). Niekiedy pomijanie tematów związanych z seksualnością wynika z poczucia braku wiedzy jak właściwie należałoby o nich rozmawiać (np. kwestie słownictwa, brak informacji). Wskazuje się w związku z tym na konieczność poszerzenia odpowiedniej edukacji specjalistów z obszaru medycyny, psychologii i psychoterapii [2, 3, 4].

Jednocześnie należy pamiętać, że zdrowie seksualne, definiowane jako część zdrowia reprodukcyjnego, polegające na zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością stanowi niezwykle istotny aspekt funkcjonowania każdego człowieka (Międzynarodowa Konferencja ONZ na Rzecz Ludzkości i Rozwoju, Kair 1994 r.). Co więcej, na XIII Światowym Kongresie Seksuologii w 1997 roku (Światowe Towarzystwo Seksuologiczne), sformułowano Deklarację praw seksualnych, która w sierpniu 2002 roku została przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Przyjmuje się, że [za 5]:

- Seksualność jest integralną częścią osobowości każdej istoty ludzkiej. Jej pełny rozwój uzależniony jest od zaspokojenia takich podstawowych ludzkich potrzeb, jak pragnienie kontaktu, intymności, ekspresji uczuć, czułości i miłości.
- Seksualność wynika z interakcji zachodzących między jednostką a otaczającą ją strukturą społeczną. Pełny rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym.
- Prawa seksualne należą do uniwersalnych praw człowieka, bazujących na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich ludzi. Ponieważ zdrowie jest fundamentalnym prawem człowieka, tak samo podstawowym prawem musi być jego zdrowie seksualne.
- W celu zapewnienia zdrowego rozwoju seksualności jednostek ludzkich i społeczeństw wszystkie społeczeństwa muszą uznawać, promować i szanować poniższe prawa seksualne i bronić ich wszystkimi środkami. Zdrowie seksualne rozwija się w środowisku, które uznaje i szanuje prawa seksualne.

Prawa te to:

1. Prawo do wolności seksualnej. Wolność seksualna obejmuje możliwość jednostki do wyrażania pełni potencjału seksualnego. Jednakże wyklucza wszelkie formy przymusu seksualnego, wykorzystywania oraz nadużyć w jakimkolwiek czasie i jakiegokolwiek sytuacji życiowej.

2. Prawo do odrębności seksualnej, integralności oraz bezpieczeństwa seksualnego ciała. Prawo to pozwala człowiekowi podejmować niezależne decyzje dotyczące własnego życia seksualnego, zgodne z własną moralnością i etyką społeczną. Obejmuje ono również możliwość sprawowania kontroli oraz zadowolenia z własnego ciała, z wykluczeniem tortur, okaleczeń i jakiegokolwiek przemocy.
3. Prawo do prywatności seksualnej. Obejmuje ono możliwość podejmowania indywidualnych decyzji i zachowań w sferze intymnej w stopniu, w jakim nie naruszają one praw seksualnych innych osób.
4. Prawo do równości seksualnej. Odwołuje się ono do wolności od wszystkich form dyskryminacji, niezależnie od płci, orientacji seksualnej, wieku, rasy, klasy społecznej, religii lub niesprawności fizycznej albo emocjonalnej.
5. Prawo do przyjemności seksualnej. Przyjemność seksualna, włączając zachowania autoerotyczne, jest źródłem fizycznego, psychologicznego, intelektualnego i duchowego dobrostanu.
6. Prawo do emocjonalnego wyrażania seksualności. Wyrażanie seksualności obejmuje więcej niż przyjemność erotyczną lub zachowanie seksualne. Ludzie mają prawo do wyrażania swojej seksualności poprzez komunikowanie się, dotyk, wyrażanie uczuć i miłości.
7. Prawo do swobodnych kontaktów seksualnych. Oznacza ono możliwość zawarcia związku małżeńskiego lub niezawierania go, przeprowadzenia rozwodu oraz ustanowienia innych opartych na odpowiedzialności form związków seksualnych.
8. Prawo do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących posiadania potomstwa. Obejmuje możliwość podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu potomstwa, jego liczbie, różnicy wieku między potomstwem oraz prawo do pełnego dostępu do środków regulacji płodności.
9. Prawo do informacji seksualnej opartej na badaniach naukowych. Prawo to implikuje, że poszukiwanie informacji dotyczących seksualności będzie realizowane na drodze

nieskrępowanych, lecz naukowo etycznych badań, a ich odpowiednie rozpowszechnianie będzie następować na wszystkich poziomach społecznych.

10. Prawo do wyczerpującej edukacji seksualnej. Edukacja seksualna jest procesem trwającym od momentu narodzin, przez całe życie i powinny być w nią zaangażowane wszystkie instytucje społeczne.

11. Prawo do seksualnej opieki zdrowotnej. Seksualna opieka zdrowotna powinna być dostępna w celu zapobiegania i leczenia wszelkich problemów, chorób i zaburzeń seksualnych.

Co może zatem stanowić powód do rozważenia konsultacji ze specjalistą z zakresu zdrowia seksualnego? Kto jest takim specjalistą?

Jednym z często zgłaszanych przez pacjentów powodów niepokoju lub wręcz lęku, jest nieakceptacja swojej orientacji seksualnej – najczęściej dotycząca orientacji homoseksualnej lub niepewność co do swojej orientacji seksualnej.

Przede wszystkim należy pamiętać, że od wielu lat przyjmuje się w medycynie, że orientacji seksualnej, rozumianej jako trwały emocjonalny, uczuciowy i seksualny pociąg wobec osób określonej płci, nie rozpatrujemy w kategoriach zaburzenia. Orientacja heteroseksualna, homoseksualna i biseksualna są traktowane jednakowo, przy czym ta pierwsza stanowi orientację większościową (statystycznie).

Nieakceptacja i chęć zmiany swojej orientacji seksualnej może wynikać z lęku przed oceną społeczną, wynikającą ze statystycznej heteronormatywności, lęku przed odrzuceniem przez bliskich, lub z doznanego odrzucenia, lęku przed zawiedzeniem oczekiwań bliskich osób, czy wreszcie z konfliktu pomiędzy orientacją a obrazem siebie (np. wizją „prawdziwego mężczyzny/prawdziwej kobiety”, tj. mężczyzny/kobiety jednoznacznie heteroseksualnego/heteroseksualnej).

Zgodnie ze współczesną wiedzą nie jest możliwe, by orientację seksualną zmienić, a podejmowanie takich prób przez osoby „leczące” uważane jest za nienaukowe i nieetyczne. Można natomiast i należy pracować z pacjentem nad przyczynami braku owej akceptacji i zmianą tego stanu rzeczy.

Trudność stanowić może także sytuacja niejasności co do własnej orientacji seksualnej. Podaje się [za: 6], że pierwsze obawy przed uczuciami i pociągami do tej samej płci pojawiają się w przypadku lesbijek w wieku ok. 14-16 l., w przypadku gejów w wieku

ok. 12-13 l., inicjacyjne doświadczenia homoseksualne w przypadku dziewcząt mają miejsce ok. 20-22 r. ż, w przypadku chłopców ok. 14-15 r. ż. Samoidentyfikacja następuje u kobiet w okresie ok. 21-23 r. ż., u mężczyzn ok. 19-21 r. ż. Może się też zdarzyć, że odkrycie potrzeb nieheteroseksualnych następuje jeszcze później. Tzw. *coming out*, czyli ujawnienie się przed innym, a wcześniej uświadomienie sobie swoich skłonności, odmienności od większości rówieśników, następuje u osób nieheteroseksualnych później, m.in. ze względu na większościowy model heteroseksualny i wyrastanie w atmosferze negatywnych postaw wobec homoseksualizmu. Owe negatywne postawy często przybierają postać założenia „nie mam nic przeciwko, byle nie dotyczyło to mojego dziecka/rodzeństwa/znajomego”. Stąd oddziaływanie terapeutyczne może, a niekiedy powinno, obejmować nie tylko osobę nieakceptującą siebie, ale także jej bliskich [5, 6].

Warto także przypomnieć, że sporadyczne, podejmowane np. „z ciekawości” kontakty homoseksualne (skądinąd będące doświadczeniem wielu osób), nie przesądzają o orientacji. Pojawia się natomiast szereg pytań, na które warto uzyskać odpowiedzi (samodzielnie lub przy pomocy specjalisty), np. która płeć wywołuje pożądanie seksualne? W kim się zakochuję? Z kim odczuwam bliskość? Może bowiem zdarzyć się, że określony sposób realizacji seksualności (lub jej brak) następuje z innych powodów niż te wynikające *stricto* ze świadomej orientacji – np. z lęku przed bliskością z osobą odmiennej płci, chęci „ustatkowania się” itp.

Odrębną grupę problemów związanych ze zdrowiem seksualnym stanowią tzw. dysfunkcje seksualne. Mogą być one zarówno wynikiem niektórych chorób somatycznych (np. zaburzeń endokrynologicznych, zaburzeń krążenia), efektem ubocznym działania niektórych leków, jak i wynikać z uwarunkowań psychogennych.

Klasyfikacja ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) określa ogólne kryteria rozpoznania dysfunkcji seksualnych niespowodowanych zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną jako sytuacje, w których dana osoba nie jest zdolna do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień. Określona dysfunkcja występuje często, lecz w pewnych sytuacjach może się nie ujawnić, i trwa przez co najmniej 6 miesięcy, oraz nie można jej przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania wg ICD-10, ani schorzeniom somatycznym czy farmakoterapii. Wyróżnia się następujące rodzaje dysfunkcji:

- Brak lub utrata potrzeb seksualnych - rozpoznawany jest, gdy stanowi objaw podstawowy, a nie wtórny np. do dyspareunii (zaburzenia bólowego); nie wyklucza

się tu zaistnienia pobudzenia seksualnego, ale u chorującej osoby zmniejsza się prawdopodobieństwo zainicjowania seksu.

- Awersja seksualna (silny lęk i unikanie) i brak przyjemności seksualnej (brak radosnego przeżywania - występują normalne reakcje seksualne, orgazm, ale brak jest adekwatnej przyjemności).
- Brak reakcji genitalnej, w tym: zaburzenie erekcji na tle psychogennym (ważna jest sytuacyjność wystąpienia zaburzenia erekcji) i zaburzenie zespołu gotowości płciowej (m.in. niewystarczająca lubrykacja pochwy).
- Zaburzenia orgazmu – orgazm nie występuje lub jest znacznie opóźniony, sytuacyjny.
- Wytrysk przedwczesny, tzn. niezdolność do kontrolowania wytrysku w czasie satysfakcjonującym oboje partnerów (mamy tu do czynienia z tzw. normą pary), przed penetracją lub bez erekcji.
- Pochwica nieorganiczna – skurcz mięśni pochwy, utrudniający lub uniemożliwiający penetrację, z towarzyszącym bólem, może wystąpić nawet w odpowiedzi na wyobrażenie sobie zbliżenia seksualnego.
- Dyspareunia nieorganiczna to wg ICD bolesne współżycie płciowe; stały lub okresowo pojawiający się ból przy wyobrażeniu aktywności seksualnej, podczas gry wstępnej, stosunku lub po jego odbyciu.
- Nadmierny popęd seksualny – brak określonych kryteriów; dotyczy głównie osób w okresie dojrzewania i młodych dorosłych. Ważne jest, by ustalić co osoba uskarżająca się określa jako „nadmierny” popęd. Lekarz może rozpoznać także dysfunkcje „inne” lub „niespecyficzne”, np. wtedy, gdy zgłaszana skarga nie spełnia wszystkich kryteriów określanych przez klasyfikację.

Rzadszym, choć nie oznacza to, że mniej istotnym, problemem z obszaru zdrowia seksualnego są kwestie związane z tożsamością płciową, czyli tzw. zaburzenia identyfikacji płciowej, obejmujące transseksualizm (przeżywanie się jako osoby odmiennej płci niż posiadana płeć biologiczna), transwestytyzm o typie podwójnej roli (potrzeba okresowego funkcjonowania w roli osoby odmiennej płci biologicznej), zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie. Adekwatna diagnoza w przypadku tych zaburzeń wymaga czasu i ogromnej staranności, podobnie jak leczenie osób transseksualnych dążących do zmiany przypisanej płci, związane z ingerencją hormonalną i niejednokrotnie chirurgiczną, potrzebnym wsparciem psychoterapeutycznym. W grę wchodzi tu również prawne aspekty zmiany płci.

Opieka psychoterapeutyczna niezbędna jest także dla osób niezakwalifikowanych do operacyjnej zmiany płci.

Powodem dyskomfortu i niepokoju, a zatem przesłanką do zgłoszenia się do specjalisty mogą być również tzw. zaburzenia preferencji seksualnych (parafilie), rozpoznawane wg klasyfikacji ICD-10 w przypadku, gdy osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań, realizuje ten popęd, lub odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie; preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy. Często zdarza się, że zgłoszenie się do specjalisty następuje nie tyle z własnej inicjatywy, co za namową kogoś bliskiego lub z lęku przed konsekwencjami, np. prawnymi.

W klasyfikacji ICD-10 wyróżnia się następujące zaburzenia preferencji seksualnych:

- fetyszizm - fetysz, tj. nieożywiony przedmiot lub sytuacja, jest najważniejszym źródłem stymulacji seksualnej lub jest niezbędny do uzyskania zadawalającej reakcji seksualnej, a jego rola jest ważniejsza niż rola partnera, w skrajnej postaci fetyszizmu zbędny jako osoba. Fetyszami mogą być części ciała, elementy garderoby, określone materiały (np. guma, futra) [5]. Transwestytyzm fetyszystyczny - podniecenie wywoływane jest noszeniem ubrań oraz przybieraniem wyglądu osoby przeciwnej płci; po opadnięciu pobudzenia seksualnego następuje silne pragnienie zdjęcia przebrania.
- ekshibicjonizm - źródłem podniecenia jest pokazywanie narządów płciowych osobom obcym lub w miejscach publicznych, bez jednoczesnej chęci do nawiązania z nimi relacji seksualnej.
- oglądactwo (voyeurism) - źródłem stymulacji seksualnej jest oglądanie innych osób podczas zachowań seksualnych lub innych czynności intymnych, np. mycia się, bez potrzeby ujawnienia swojej obecności i nawiązania kontaktu seksualnego z osobą (osobami) podgladaną.
- sadomasochizm - źródłem satysfakcji seksualnej jest tu jedno z następujących działań: zniewolenie, zadawanie bólu, upokorzenie, krępowanie (sadyzm) lub bycie biorcą tych zachowań (masochizm).

Do innych zaburzeń preferencji seksualnej należą m.in. froterizm (ocieractwo), zoofilia, skatologia telefoniczna (obsceniczne rozmowy telefoniczne z obcymi osobami), preferencja partnerów z jakimiś nieprawidłowościami anatomicznymi.

Niezwykle groźnym zaburzeniem preferencji seksualnej jest pedofilia, oznaczająca pociąg seksualny wobec dzieci w wieku przedpokwitaniowym lub w okresie pokwitania (bez cech dojrzałości płciowej), przy czym rozpoznanie pedofilii ma miejsce, gdy sprawca (starsza z osób uczestniczących w kontakcie seksualnym) ma co najmniej 16 lat, a dziecko jest o co najmniej 5 lat młodsze od niego. Pamiętać należy, że również normy prawne określają minimalny wiek osoby, z którą wejście w fizyczny kontakt seksualny nie stanowi przestępstwa – w Polsce zgodnie z kodeksem karnym jest to ukończone 15 lat.

Na koniec podkreślić należy, że ogromne znaczenie dla jakości życia seksualnego ma relacja z partnerem seksualnym. Bardzo często nieujawniane, a niekiedy nawet nieświadomiane sobie przez jedną z osób, problemy odnoszące się właśnie do relacji uczuciowej czy ambiwalencji wobec określonych aspektów związku, „pokazują się” najpierw w obszarze relacji seksualnej. Trudności w nawiązywaniu lub podtrzymywaniu związku z partnerem seksualnym, brak poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego, mogą być również zakorzenione we własnych nieprzepracowanych problemach, z którymi warto zgłosić się do specjalisty.

Leczenie czy pomoc w zakresie trudności w życiu seksualnym może mieć postać indywidualnej terapii seksualnej lub terapii pary. Odpowiednimi specjalistami są tu seksuolodzy: lekarze - najczęściej ginekolodzy, urolodzy i psychiatrzy z dodatkową specjalizacją w zakresie seksuologii, seksuolodzy o podstawowym wykształceniu niemedycznym, najczęściej psychologicznym, z ukończonymi podyplomowymi studiami w zakresie seksuologii (należy zwrócić uwagę czy atestowanymi przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne), certyfikowani lub w trakcie certyfikacji przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne.

Jeśli trudności w życiu seksualnym wynikają w pierwszym rzędzie z trudności w relacjach z partnerem/partnerką, pomocna może być psychoterapia (indywidualna lub terapia pary).

Podsumowując: czy seksualność to zawsze trudny temat? Wydaje się, że jakkolwiek nie zawsze jest to temat łatwy, nie oznacza to, że musi być tematem trudnym. Należy pamiętać, że w sytuacji obaw czy niepewności dotyczącej własnego zdrowia seksualnego, zasadne jest przyjęcie założenia, że lepiej jest zadać specjalistę o jedno pytanie więcej niż o jedno pytanie mniej. Im więcej informacji będzie miał specjalista, tym efektywniejsza będzie udzielana przez niego pomoc.

Piśmiennictwo:

1. Klasa K., *Wywiad z profesor Marią Beisert*, „Psychiatria i Psychoterapia”, 2011, Tom 7, Nr 4: s. 4-14.
2. Bancroft J., *Seksualność człowieka*, Elsevier Urban& Partner, Wrocław, 2011.
3. Müldner-Nieckowski Ł., Sobański J.A., Klasa K., Dembińska E., Rutkowski K., *Seksualność studentów medycyny - przekonania i postawy*. „Psychiatria Polska”, 2012: T. 46, nr 5, s. 791-805.
4. Müldner-Nieckowski Ł., Klasa K., Sobański J.A., Rutkowski K., Dembińska E. *Seksualność studentów medycyny - rozwój i realizacja potrzeb seksualnych. Medical students' sexuality - development and fulfilment of sexual needs.* „Psychiatria Polska ”, 2012: T. 46, nr 1, s. 35-49.
5. Lew Starowicz Z., Skrzypulec V. (red.) *Podstawy Seksuologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
6. Lew Starowicz Z. (red.) *Seksualność człowieka w ujęciu wieloaspektowym*, Vizja PRESS&IT, Warszawa, 2011.