

Przemiany seksualności
w społeczeństwie współczesnym

UNIwersytet IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

SERIA PSYCHOLOGIA I PEDAGOGIKA NR 176

Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym

Teoria i rzeczywistość

Redakcja naukowa

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ

KATARZYNA WASZYŃSKA



POZNAŃ 2014

ABSTRACT. Lew-Starowicz Zbigniew, Waszyńska Katarzyna (eds), *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym. Teoria i rzeczywistość* [Transformation of Sexuality in Contemporary Society. Theory and Reality]. Poznań 2012. Wydawnictwo Naukowe UAM [Adam Mickiewicz University Press]. Seria Psychologia i Pedagogika nr 176. Pp. 382. ISBN 978-83-232-2461-7. ISSN 0083-4254. Texts in Polish.

Publication *Transformation of Sexuality in Contemporary Society. Theory and Reality* has an interdisciplinary character. Human sexuality is presented in the perspective of the educational, social, psychological and medical assistance. The authors of the articles are specialists in various fields of science, many of them are known in Polish and foreign sexological literature. The book consists of four parts, dealing successively with important issues from a wide area of sexology. The main objective of this division was the reader's interest in a specific context of sexual functioning including interdisciplinary perspectives, both theoretical and empirical. In the first part, entitled "Reconstructions of Sexuality. Contexts and Discourses" the authors attempt to reconstruct the events that relate to the foundations – essentials (health, therapy, body, identity, history) related to the discussed issues. The second part is devoted to the subject of sex education. The next part deals with issues related to sexual life from the perspective of developmental lines. The final section discusses the issues related to human sexuality from the socio-cultural perspective. The authors of texts contained in this book are representatives of different disciplines: medicine, education, psychology, sociology and law. However, despite the differences in terms of education, what they share is a scientific and clinical interest in the man and one's functioning in the sphere of sexual life.

Zbigniew Lew-Starowicz, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa, Poland

Katarzyna Waszyńska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii Wydziału Studiów Edukacyjnych, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland

Recenzent: dr hab. Ewa Jarosz

Publikacja dofinansowana przez Wydział Studiów Edukacyjnych UAM

© Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2012

Projekt okładki: HELENA OSZMIAŃSKA
Fotografia na okładce: MACIEJ UMIĘCKI, *Gorączka*

Redaktorzy: OLGA BRONIKOWSKA, ANNA RĄBALSKA
Redaktor techniczny: ELŻBIETA RYGIELSKA
Łamanie komputerowe: REGINALDO CAMMARANO

ISBN 978-83-232-2461-7

ISSN 0083-4254

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
61-701 POZNAŃ, UL. FREDRY 10
www.press.amu.edu.pl

Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wydnauk@amu.edu.pl

Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Wydanie I – dodruk. Ark. wyd. 26,25. Ark. druk. 23,875

DRUK I OPRAWA: UNI-DRUK, LUBOŃ, UL. PRZEMYSŁOWA 13

Spis treści

Wstęp	7
-------------	---

Część I

REKONSTRUKCJE SEKSUALNOŚCI. KONTEKSTY I DYSKURSY

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ Podstawy terapii seksualnej	15
ZBYSZKO MELOSIK Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne	33
AGNIESZKA CYBAL-MICHALSKA Tożsamość w ponowoczesności – przyczynek do refleksji na temat społecznej konstrukcji obrazu ciała	51
KATARZYNA WASZYŃSKA Seksualność człowieka w aspekcie historycznym	63

Część II

EDUKACJA SEKSUALNA. WYBRANE ASPEKTY

EWA KASPEREK-GOLIMOWSKA Edukacja seksualna jako forma ochrony i promocji zdrowia seksualnego	87
KATARZYNA WASZYŃSKA Przejawy seksualności dziecka w wieku przedszkolnym – kontekst edukacyjny	131
IZABELA FORNALIK Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną. W poszukiwaniu właściwego modelu	149
JOANNA DEC „Czym skorupka za młodu nasiąknie...”, czyli o stereotypach dotyczących seksualności w podręcznikach do „wychowania do życia w rodzinie”	169

Część III

SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA W ASPEKCIE ROZWOJOWYM

KATARZYNA WASZYŃSKA	
Biografia seksualna młodych dorosłych	189
ANNA GULCZYŃSKA, WERONIKA STEFANIAK	
Masturbacja dziecięca	215
ALICJA DŁUGOŁĘCKA	
Rozwój psychoseksualny dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną	231
KATARZYNA WASZYŃSKA	
Fantazje i sny erotyczne w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości	251
ZBIGNIEW BIELAN, IZABELA STANKOWSKA	
Funkcjonowanie seksualne kobiety dojrzałej w okresie poprokreacyjnym	279

Część IV

SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA W PERSPEKTYWIE SPOŁECZNO-KULTUROWEJ

EWELINA FLATOW	
Wybrane aspekty seksualności studentów w Polsce i we Francji. Kontekst społeczno-kulturowy	291
BARBARA JANKOWIAK, ŁUKASZ KACZMAREK	
Jakość i trwałość współczesnych związków partnerskich. Propozycja skali	323
ROBERT KOWALCZYK, KRZYSZTOF NOWOSIELSKI, KATARZYNA WASZYŃSKA, JOANNA ŚLUSARCZYK	
Psychologiczne uwarunkowania wzajemnej atrakcyjności w diadach męskich homoseksualnych	343
MONIKA FILIPIAK	
Rodzinny kontekst problemów seksualnych osób z syndromem DDA	363
KAJETAN TWOREK	
Psycholog i pedagog jako osoby zawiadamiające o popełnieniu przestępstwa i przesłuchiwanie w charakterze świadka w postępowaniu karnym – z uwzględnieniem specyfiki przestępstw przeciwko wolności seksualnej	371

Wstęp

Publikacja *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym. Teoria i rzeczywistość* ma interdyscyplinarny charakter. Seksualność człowieka jest w niej przedstawiona w perspektywie edukacyjnej, społecznej, psychologicznej i medycznej. Autorami artykułów są specjaliści z różnych dziedzin nauki, wielu z nich jest znanych w polskim i zagranicznym piśmiennictwie seksuologicznym.

Zagadnienia wiążące się z seksualnością człowieka w pracach pionierów seksuologii, jak np. Zygmunta Freuda, Carla Junga, Magnusa Hirschfelda, a w Polsce Kazimierza Imielińskiego, zawsze były przedstawiane z uwzględnieniem uwarunkowań biopsychospołecznych. Wprowadzenie w roku 1989 nowych skutecznych leków do leczenia zaburzeń seksualnych przyczyniło się do medykalizacji seksuologii. Znalazło to wyraz również w Polsce, gdzie istnieją dwa towarzystwa zajmujące się seksuologią: Polskie Towarzystwo Seksuologiczne i Polskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej. Okazało się jednak, że jakkolwiek upowszechnienie się nowoczesnych metod terapii seksualnej (farmakoterapii, metod chirurgicznych) przyczyniło się do rozwoju metod diagnostycznych, poznania neurobiologicznych uwarunkowań seksualności i zwiększenia skuteczności leczenia zaburzeń seksualnych, to jednak pomijanie uwarunkowań psychospołecznych seksualności zaczęło być dostrzegane jako przeszkoda w rozwiązywaniu problemów pacjentów, a także w promocji zdrowia seksualnego i jakości życia. Obecnie zauważalna jest tendencja do ponownej integracji seksuologii i dotyczy to również rekomendacji do leczenia zaburzeń seksualnych, opracowywania programów edukacji seksualnej, rozwoju terapii partnerskiej.

W Polsce integralna perspektywa seksualności człowieka ma długie tradycje. Szczególne zasługi w podtrzymywaniu tej tradycji ma środowisko naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Znajduje to potwierdzenie w wielu pracach badawczych, programach szkolenia przed- i podyplomowego, w rozprawach doktorskich i habilitacyjnych, w wydawnictwach Uczelni, a także w tej publikacji.

*Zbigniew Lew-Starowicz
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii
CMKP – Warszawa*

Niniejsza praca wpisuje się w nurt naukowych dyskursów nad kształtem i formą seksualności człowieka na różnych etapach życia. Jednocześnie pozycja ta zawiera wiele cennych klinicznie informacji, które mogą być przydatne dla pedagogów, psychologów, lekarzy w ich praktyce edukacyjnej i terapeutycznej.

Tematyka seksualności, pomimo coraz większej liczby publikacji na ten temat, nadal pozostaje niewypełnionym polem dla wymiany doświadczeń, badań, zagadnień, dzięki którym możemy łatwiej i bardziej precyzyjnie zrozumieć człowieka oraz jego wybory i dylematy. Wydaje się to szczególnie istotne, gdy do tej wspólnej dyskusji udaje się zaprosić specjalistów, zarówno teoretyków, jak i praktyków, wywodzących się z obszaru nauk humanistycznych i medycznych. Ta wieloaspektowość spojrzenia umożliwia szerokie, a jednocześnie wszechstronne przedstawienie zagadnień, które w swej naturze dotyczą zarówno ducha (psychiki), jak i ciała.

Książka ta składa się z czterech części, poświęconych kolejno ważnym zagadnieniom z szerokiego obszaru seksuologii. Głównym celem takiego podziału było zainteresowanie czytelnika określonym kontekstem funkcjonowania w sferze seksualnej z uwzględnieniem interdyscyplinarnej perspektywy zarówno teoretycznej, jak i empirycznej.

W części pierwszej, zatytułowanej „Rekonstrukcje seksualności. Konteksty i dyskursy”, autorzy podejmują próbę zrekonstruowania zjawisk, które dotyczą zagadnień fundamentalnych (zdrowie, terapia, ciało, tożsamość, historia) związanych z omawianą problematyką. Pierwszy z tekstów, artykuł autorstwa **Zbigniewa Lew-Starowicza**, rozpoczyna się przedstawieniem historii terapii seksualnej, wyjaśnieniem głównych omawianych pojęć, a także zawiera informacje porządkujące ten ważny aspekt pomocy zarówno z perspektywy pacjenta, jak i osoby terapeuty. Autor systematyzuje wiedzę z zakresu metod pracy (korzyści i zagrożeń, wskazań i przeciwwskazań), a także kierunków rozwoju terapii seksualnej, postulując niezwykle ważne holistyczne podejście do człowieka i jego problemów.

Zbyszko Melosik w swej wielowątkowej narracji zajmuje się zagadnieniami zdrowia, choroby, koncepcji ciała w ujęciu wybranych teorii socjologicznych. Rozważania te dotyczą również roli kultury popularnej jako potencjalnej płaszczyzny promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Nie sposób zajmować się seksualnością człowieka bez osadzenia jej w kontekście współczesnej rzeczywistości społecznej. Ta teza stanowi myśl przewodnią niniejszej pracy.

W ten nurt rozważań wpisuje się również praca **Agnieszki Cybal-Michalskiej**, która w swych refleksjach zajmuje się społeczną konstrukcją obrazu ciała jako elementu ponowoczesnej tożsamości. Autorka pisze, iż „społeczno-kulturowe konteksty ciała pozwalają interpretować tożsamość człowieka późnej nowoczesności przez jakość odczytywania społecznych znaczeń ciała i stanowią przyczynek do dalszych interpretacji fenomenu tożsamości”.

W kolejnym tekście dokonana została próba zrekonstruowania fenomenu seksualności w ujęciu historycznym.

Część druga poświęcona jest tematyce edukacji seksualnej. Otwiera ją artykuł **Ewy Kasperek-Golimowskiej**, w którym autorka wskazuje, iż edukacja seksualna jest ważną formą ochrony i promocji zdrowia seksualnego. Kolejne teksty poświęcone są wybranym aspektom tej tematyki.

Celem drugiego mojego tekstu jest przybliżenie zagadnień związanych z seksualnością małego dziecka oraz wskazanie kierunku oraz sposobów postępowania ze strony rodziców, opiekunów. Słowa Debry W. Haffner: „edukacja seksualna tak naprawdę zaczyna się już w sali porodowej”, są mottem zawartym w prezentowanej przeze mnie pracy.

Izabela Fornalik zajmuje się tematyką, która przez wiele lat była niewyjaśniona i bagatelizowana. Temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną – jak pisze autorka – „stopniowo zaczyna być obecny w polskiej przestrzeni naukowej”. Tekst *Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną. W poszukiwaniu właściwego modelu* może być ważnym przyczynkiem do dyskusji nad kształtem i formą tych oddziaływań.

Joanna Dec dokonuje weryfikacji istniejących na polskim rynku oświatowym wybranych podręczników do „wychowania do życia w rodzinie”, wskazując na występujące w nich uchybienia – stereotypowe przedstawianie zjawisk, co odzwierciedla indywidualny światopogląd autorów, odbiegający od ustaleń Światowej Organizacji Zdrowia.

Kolejna część dotyczy kwestii związanych z życiem seksualnym z perspektywy linii rozwojowej. W swoim artykule, rozpoczynającym tę część, przedstawiam wyniki badań dotyczących zagadnień związanych z biografią seksualną, odwołując się do perspektywy psychologii *life-span*.

Tekst autorstwa **Anny Gulczyńskiej i Weroniki Stefaniak** poświęcony jest problematyce masturbacji dziecięcej. Autorki omawiają to zagadnienie w kontekście przyczyn, mechanizmów i form występowania takiej aktywności.

Problematyka rozwoju psychoseksualnego dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną została podjęta przez **Alicję Długołęcką**. Ten niezwykle trudny temat autorka rozpoczyna od analizy pojęcia niepełnosprawności w kontekście rozważań teoretycznych oraz klasyfikacji medycznych. Następnie omawia kwestie związane z budowaniem tożsamości seksualnej oraz rolą wychowania i edukacji seksualnej dla kształtowania się tego procesu u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ruchowo i intelektualnie.

W kolejnym artykule przedstawiam wyniki badań własnych, których celem było charakteryzowanie zjawiska fantazji seksualnych (częstotliwości i treści) w trzech różnych momentach życia: w okresie dojrzewania, po inicjacji seksualnej, w okresie wczesnej dorosłości.

Trzecią część książki zamyka artykuł **Zbigniewa Bielana i Izabeli Stankowskiej** na temat funkcjonowania seksualnego kobiety dojrzałej w okresie poprokreacyjnym. Autorzy omawiają to zagadnienie w kontekście zdrowia kobiety, jej relacji z partnerem, a także seksualnego stylu życia.

Ostatnia część pracy poświęcona jest zagadnieniom seksualności człowieka z perspektywy społeczno-kulturowej.

Ewelina Flatow, autorka pierwszego artykułu w tej części, prezentuje wyniki badań na temat wybranych aspektów seksualności, które przeprowadziła w Polsce i we Francji. Punktem wyjścia tych analiz empirycznych, jak pisze autorka, była istniejąca w literaturze przedmiotu dyferencjacja aktywności seksualnej tych grup.

Celem drugiej pracy, autorstwa **Barbary Jankowiak**, jest przedstawienie propozycji skali do badania jakości i trwałości związków partnerskich. W pierwszej części artykułu zdefiniowano pojęcia jakości i trwałości związków, przedstawiono czynniki, które warunkują szczęście w związku oraz przedstawiono narzędzia do pomiaru jakości relacji. W drugiej części pracy zaprezentowano obecny stan prac nad Skalą Jakości i Trwałości Związków Partnerskich wraz z ich właściwościami psychometrycznymi.

Praca zbiorowa autorstwa **Roberta Kowalczyka, Krzysztofa Nowosielskiego, Katarzyny Waszyńskiej i Joanny Ślusarczyk** odnosi się do problematyki psychologicznych uwarunkowań wzajemnej atrakcyjności w diadach męskich homoseksualnych. Przedstawiono badania, których celem była odpowiedź na pytanie o rolę i znaczenie wybranych czynników warunkujących wzajemną atrakcyjność osób homoseksualnych tworzących związki.

W kolejnym artykule **Monika Filipiak** przedstawia wyniki badań odnoszące się do funkcjonowania seksualnego dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Ta tematyka jest niezwykle trudna, aczkolwiek często spotykana w gabinetach seksuologicznych. Dlatego też badania empiryczne z tego zakresu przyczyniają się do zwiększenia wiedzy i świadomości osób pracujących z DDA.

Artykuł kończący tę część książki napisany został przez **Kajetana Tworka** i dotyczy problematyki sądowej. Autor omawia kwestie udziału psychologa i pedagoga jako osób zawiadamiających o popełnieniu przestępstwa i przesłuchiowanych w charakterze świadków w postępowaniu karnym. Dodatkowo uwzględnia również specyfikę przestępstw przeciwko wolności seksualnej na tle przestępczości ogólnej.

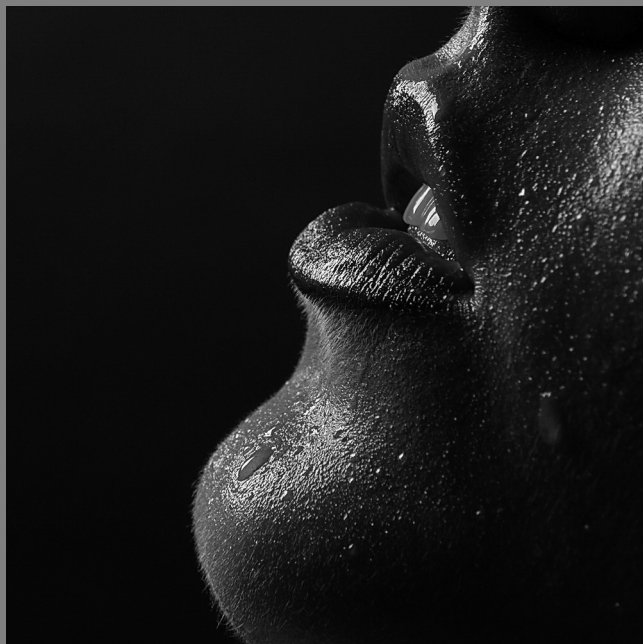
Autorzy tekstów zawartych w tej książce są przedstawicielami różnych dyscyplin naukowych: medycyny, pedagogiki, psychologii, socjologii, prawa. Jednak pomimo różnic w zakresie wykształcenia łączy ich naukowe i kliniczne zainteresowanie człowiekiem i jego funkcjonowaniem w sferze szeroko rozumianego życia seksualnego. Dzięki temu, mam nadzieję, praca ta ma tak interdyscyplinarny charakter.

Wyrazy podziękowania chciałabym przekazać prof. Zbigniewowi Lew-Starowiczowi, który zgodził się uczestniczyć w tym projekcie. Jest mi niezmiernie miło, że mogę we współpracy z tak wybitnym specjalistą realizować swoje zainteresowania naukowe.

Pragnę również serdecznie podziękować autorom artykułów, którzy zgodzili się współtworzyć to przedsięwzięcie. Dzięki ich wiedzy, doświadczeniu i pracy powstała niniejsza pozycja.

Książka ta powstała również dzięki zaangażowaniu i życzliwości Dziekana Wydziału Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – prof. zw. dra hab. Zbyszko Melosika. Na jego ręce chciałabym zatem złożyć szczególne podziękowania za okazaną pomoc merytoryczną, organizacyjną, a także psychiczne wsparcie.

*Katarzyna Waszyńska
Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii
Wydziału Studiów Edukacyjnych UAM*



Część I

**REKONSTRUKCJE SEKSUALNOŚCI.
KONTEKSTY I DYSKURSY**

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ

Podstawy terapii seksualnej

ZBYSZKO MELOSIK

*Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym:
konteksty teoretyczne*

AGNIESZKA CYBAL-MICHALSKA

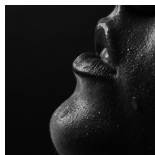
*Tożsamość w ponowoczesności – przyczynek do refleksji
na temat społecznej konstrukcji obrazu ciała*

KATARZYNA WASZYŃSKA

Seksualność człowieka w aspekcie historycznym

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ

Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP – Warszawa



PODSTAWY TERAPII SEKSUALNEJ

W piśmiennictwie światowym termin „terapia seksualna” (*sex therapy*) zaczął upowszechniać się od roku 1970, kiedy została opublikowana książka pary badaczy amerykańskich Williama H. Mastersa i Virginii E. Johnson *Niedobór seksualny człowieka* (*Human Sexual Inadequacy*)¹. Został w niej przedstawiony model leczenia różnych zaburzeń seksualnych, skonstruowany na podstawie wyników badań empirycznych z zakresu psychofizjologii reakcji seksualnych człowieka oraz doświadczeń terapeutycznych, opublikowanych przez tych samych badaczy cztery lata wcześniej. Obie publikacje tych autorów ze Szkoły Medycznej St. Louis Uniwersytetu w Waszyngtonie przyczyniły się do prawdziwego przełomu w dziejach seksuologii zarówno w sensie poznawczym, terapeutycznym, jak i w postawach wobec seksualności.

Kolejnym pionierem terapii seksualnej jest Helen Singer Kaplan, autorka kilku znaczących monografii, łączących w terapii seksualnej elementy koncepcji psychodynamicznej, psychoanalitycznej z behawioralną. H. Kaplan była profesorem psychiatrii New York Hospital-Cornell Medical Center i dyrektorem Human Sexual Program w tej instytucji. W roku 1975 wydała atlas poświęcony terapii seksualnej. Później pojawiły się inne szkoły i orientacje terapii seksualnej, które wniosły znaczący wpływ w jej rozwój: Josepha LoPiccolo², Sandry R. Leiblum i Lawrence’a A. Pervina³, Gerda Arentewicza i Guntera Schmidta⁴. Dzięki tym badaczom w praktyce seksuologicznej upowszechniły się metody leczenia zaburzeń seksualnych o wysokim poziomie skuteczności, stosunkowo proste, ukierunkowane na usuwanie objawów. Zaczęto je popularyzować w wielu

¹ W.H. Masters i V.E. Johnson, *Niedobór seksualny człowieka*, tł. R. Klimek, Warszawa: PZWL, 1975.

² J. LoPiccolo, *Handbook of sex therapy*, New York and London: Plenum Press, 1978.

³ S.R. Leiblum, L.A. Pervin, *Principles and Practice of Sex Therapy*, New York and London: The Guilford Press, 1990.

⁴ G. Arentewicz, G. Schmidt, *The treatment of sexual disorders: Concepts and techniques of couple therapy*, New York: Basic Books, 1983.

masowych publikacjach, dzięki którym wiele związków partnerskich przezwyciężyło trudności w życiu seksualnym.

Istnieje wiele definicji terapii seksualnej. Jedne podkreślają jej behawioralne mechanizmy, inne – ukierunkowanie na więź seksualną w związku partnerskim, psychogeny charakter zaburzeń. Lee Birk⁵ łączy te koncepcje w jednej definicji: „terapia seksualna to nauka i sztuka diagnozowania i leczenia psychogennych dysfunkcji seksualnych” i traktuje ją jako wysoce specjalistyczną metodę psychoterapii i terapii partnerskiej.

W miarę upływu lat gromadzono coraz więcej doświadczeń, obserwacji, wyników badań poświęconych skuteczności i trwałości różnych metod terapii seksualnej w leczeniu zaburzeń seksualnych. Określano wskazania i przeciwwskazania, gromadzono dane o możliwych następstwach ubocznych. Okazało się, że metody terapii seksualnej są wysoce skuteczne w zdecydowanej większości psychogennych (czynnościowych) zaburzeń, a także mogą być pomocne jako jedna z metod w leczeniu zaburzeń na tle organicznym. Jakkolwiek opierają się na mechanizmach behawioralnych, opracowanych jeszcze przez Skinnera, Pawłowa i Wolpego, a następnie przez pionierów terapii seksualnej – Mastersa i Johnson, Kaplan i innych – towarzyszą im inne czynniki, mające duże znaczenie dla pacjentów. Podkreśla się na przykład wpływ – towarzyszących tej terapii – edukacji seksualnej, formowania właściwych postaw wobec seksualności, zasady współdziałania i współpracy partnerów, rozwijania znajomości „mapy ciała” własnej i osoby partnera, przyjmowania aktywnej postawy wobec problemów i trudności w życiu seksualnym, neutralizowania lęków i irracjonalnych przekonań wobec ciała i seksualności.

Jedną z największych zalet terapii seksualnej jest jej wysoka skuteczność. Arentewicz i Schmidt⁶ podają na przykład, że w leczeniu pochwicy i przedwczesnego wytrysku nasienia sięga ona 90–95%, w anorgazmii – 85–95%, w pierwotnych zaburzeniach erekcji członka – 40–60%, a we wtórnych – 60–80%, w opóźnionym wytrysku lub zahamowaniu wytrysku – 50–82%.

K. Esther Sapire⁷ cele terapii seksualnej określa następująco:

- doskonalenie jakości relacji partnerskich, reaktywności seksualnej i satysfakcji ze współżycia seksualnego,
- zwiększenie i rozwijanie znajomości ciała, przeciwdziałanie mitom, stereotypom, zakłóconemu postrzeganiu obrazu ciała i własnego Ja,
- zwiększenie zakresu doświadczeń seksualnych,
- zwiększenie doznań erotycznych, zmysłowych,
- pomoc w rozładowywaniu napięć, lęków,
- pomniejszanie czynników hamujących i blokujących zwiększanie czynników pozytywnych w życiu seksualnym,

⁵ L. Birk, *Sex therapy*, w: A. Nicholi (ed.), *The New Harvard Guide to Psychiatry*, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 1988.

⁶ G. Arentewicz, G. Schmidt, dz. cyt.

⁷ K.E. Sapire, *Contraception and sexuality in health and disease*, London: McGraw-Hill Book Co., 1990.

– kreowanie sytuacji, w których partnerzy mogą werbalnie i pozawerbalnie wyrazić swoje doznania, uczucia i rozładowują napięcia i lęki oraz poprawiają doznania i reaktywność seksualną.

Lee Birk⁸ zaleca terapię seksualną przede wszystkim w psychogennych zaburzeniach seksualnych, współistniejących z patologią więzi partnerskiej, w zahamowaniach na tle seksualnym, w rozwiązywaniu różnych problemów życia seksualnego. Może być stosowana jako podstawowa forma leczenia lub w połączeniu z różnymi metodami psychoterapii indywidualnej, partnerskiej, grupowej. W przypadku nieskomplikowanych postaci zaburzeń seksualnych leczenie obejmuje średnio do 25 godzin, rzadziej wymaga 50–100 godzin. W zasadzie „typowe leczenie” jest rozłożone na 3–4 miesiące.

Rozwój seksuologii medycznej przyczynił się do poszerzenia terapii seksualnej o farmakoterapię.

Zdaniem większości badaczy przeciwskazaniem do terapii seksualnej mogą być: niechęć i opór wobec proponowanych metod, mechanizmy manipulowania osobą partnera, walka o dominację w związku, przejawy lekceważenia osoby partnera, oczekiwanie natychmiastowej poprawy, głębokie zaburzenia więzi uczuciowej między partnerami, brak stałego partnera, zaburzenia wynikające z ukrytych preferencji homoseksualnych, problemy natury etycznej (np. odrzucenie metod masturbacyjnych).

Na podstawie własnych doświadczeń terapeutycznych sędzę, że w leczeniu zaburzeń seksualnych najbardziej optymalne jest łączenie terapii seksualnej z psychoterapią indywidualną bądź partnerską. Uzyskuje się dzięki temu łączeniu głębsze poznanie etiopatogenezy zaburzeń seksualnych, utrwała się osiągnięte efekty w usuwaniu objawów, zmienia się postawy pacjenta wobec Ja, partnera, drugiej płci. Wydłuża to wprawdzie czas trwania leczenia, ale i bardziej przeciwdziała nawrotom zaburzeń seksualnych (głównie natury psychogennej).

Od kiedy w roku 1998 do leczenia zaburzeń erekcji wprowadzono sydenafil, a w następnych latach kolejne leki z grupy inhibitorów 5-PDE, terapia zaburzeń seksualnych uległa znacznej medykalizacji. Lekami z tej grupy zaczęto leczyć zaburzenia erekcji również na tle psychogennym. Również w leczeniu wytrysków przedwczesnych rekomendowaną metodą stały się leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Sukces farmakoterapii w leczeniu zaburzeń seksualnych zaczął budzić nadzieje, że również zaburzenia seksualne u kobiet zaczną być eliminowane przez stosowanie leków. Okazało się jednak, że nie jest to takie proste, bowiem seksualność kobiet jest bardzo złożona, duży wpływ mają na nią uwarunkowania psychospołeczne, a nie tylko biologiczne. Próba wprowadzenia do leczenia zaburzeń pożądania i podniecenia u kobiet leku flibanseryna – jak na razie – zakończyła się niepowodzeniem.

W ostatnich latach w światowej seksuologii medycznej zaczęto doceniać znaczenie czynników psychogennych w klinice zaburzeń seksualnych obu płci. Dotyczy to zarówno etiopatogenezy tych zaburzeń, jak i postaw i oczekiwań pacjentów wobec leczenia,

⁸ L. Birk, dz. cyt.

relacji terapeuty z pacjentem, reakcji partnerów pacjentów na zaburzenia seksualne, motywacji do przyjmowania leków. Zaczęto promować model terapii integralnej obejmującej: farmakoterapię, terapię partnerską i psychoterapię. Nowo opracowane przez Światowe Towarzystwo Seksuologii Medycznej standardy leczenia zaburzeń seksualnych uwzględniają czynniki psychiczne na poziomie diagnostycznym i terapeutycznym.

Klasyfikacja zaburzeń seksualnych

Prostą klasyfikację przedstawia K. Ester Sapire⁹. Wyodrębnia następujące kategorie zaburzeń: dysfunkcje seksualne, trudności we współżyciu, urazowe doświadczenia seksualne (gwałt, kazirodztwo), odmienności seksualne parafilie, zaburzenia identyfikacji z płcią). W tej pracy interesują nas pierwsze dwie kategorie zaburzeń. Do dysfunkcji seksualnych Sapire zalicza:

- 1) zaburzenia pożądania
 - hypoaktywne
 - hyperaktywne
 - awersja (wstręt)
 - anaesthesia (znieczulenie)
- 2) zaburzenia podniecenia
 - brak lubricatio (u kobiet)
 - zaburzenia erekcji członka
- 3) zaburzenia orgazmu
 - preorgazmia (u kobiet, inaczej: brak orgazmu)
 - zaburzenia wytrysku nasienia u mężczyzn
 - wytryski zbyt wczesne
 - zahamowanie wytrysku (opóźniony lub brak)
 - wytrysk wczesny
- 4) trudności we współżyciu
 - apareunia (związek nieskonsumowany)
 - u kobiet: pochwica
 - gruba błona dziewicza
 - nadmierna samokontrola
 - u mężczyzn – pierwotne zaburzenia erekcji członka
 - dyspareunia (u mężczyzn i kobiet).

Obecnie klinika zaburzeń seksualnych opiera się na klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV-R. Zespoły ekspertów przygotowują nową edycję wyżej wymienionych klasyfikacji. Dyskusja w piśmiennictwie jest burzliwa i można przewidzieć duże zmiany w tych klasyfikacjach.

⁹ K.E. Sapire, dz. cyt.

Leczenie zaburzeń seksualnych

Przedstawiam metody najmniej skomplikowane, a zarazem o wysokiej skuteczności, optymalne w warunkach leczenia ambulatoryjnego, a także autoterapii. Niektóre z proponowanych metod w przypadku danego związku partnerskiego mogą okazać się niewskazane, np. ze względu na opory natury moralnej, niechęć drugiej osoby, brak akceptacji metody przez pacjenta itd. Istnieje jednak możliwość wyboru innej metody w leczeniu danego zaburzenia seksualnego, ponadto można neutralizować opory i niechęć do tych metod dzięki konsultacji ze specjalistą.

Metody leczenia

Leczenie zaburzeń seksualnych było i jest znane w wielu kulturach. Opierało się na magii, ziołach, rytuałach, mechanoterapii, specjalnych treningach (znanych od wieków np. w taoizmie, tantryzmie, jodze). Do najbardziej powszechnych metod leczenia, zwłaszcza impotencji i obniżenia poziomu libido, należą afrodyzjaki, czyli środki poprawiające sprawność seksualną i zwiększające reaktywność na drodze pobudzenia układu nerwowego, hormonalnego, pracy gonad. Czegóż to nie spotykamy! Wymienię kilka dla przykładu: wyciągi z pająków (tarantuli w Hiszpanii), ca-cuong (wyciągi z owadów w Wietnamie), kantarydyna (wyciągi z muszek hiszpańskich), kawior, raki, rogi jelenia syberyjskiego, ślimaki, larwy os, selery (zalecane przez madame de Pompadour), trufle (zalecane przez Ludwika XIV), żeń-szeń (inaczej ginseng, znany w Korei), orzeszki kola, orzechy, rozmaryn, wyciągi z drzewa sandałowego (Indie), środki narkotyczne (psylocybina w Meksyku, khan w Etiopii, peyotl u Indian), żaby, węże, cafe mandingueiro (w Brazylii). W starej receptce francuskiej była mieszanka wina czerwonego, pudru waniliowego, goździków, imbiru, cynamonu. Dotąd w wielu kulturach leczą zaburzenia seksualne szamani i znachorzy, często z dużym powodzeniem. W Czarnej Afryce mundu mogo, czyli znachorzy, leczą te zaburzenia tylko sobie znanymi ziołami.

W kulturze Zachodu przez wiele stuleci zaburzenia seksualne również leczono magią, znachorstwem, ziołami, afrodyzjakami, winem czerwonym, a na początku XX wieku również hydroterapią, fizykoterapią, johimbiną, strychniną, preparatami fosforu, hipnozą od czasów jeszcze Mesmera. Od czasów Freuda leczeniem zajęła się psychoanaliza i zaczęły pojawiać się różne kierunki psychoterapeutyczne.

W latach 50. wprowadzono do leczenia zaburzeń seksualnych metody relaksacji, desensybilizację, galwanizację, specjalne narzędzia np. do leczenia pochwicy, a także zmodyfikowane metody psychoanalizy. W latach 70. pojawiły się metody treningowe, które zrewolucjonizowały wprost leczenie seksualne i dawały wysoki odsetek popraw. Powstały różne szkoły i orientacje, które do dnia dzisiejszego dominują w seksuologii, np. szkoła Mastersa-Johnson, Kockotta, Kaplan, LoPiccolo i inne. W ostatnich latach, w związku z rozwojem metod diagnostycznych, specjalnej aparatury i stwierdzenia

częstego tła organicznego różnych zaburzeń seksualnych, poza metodami psychoterapii, treningowymi, znane stały się też takie metody leczenia, jak np. autoinfekcje (wprowadzenie różnych leków do ciał jamistych członka), protezy członka, operacje chirurgiczne (ukierunkowane np. na poprawę przepływu naczyniowego w obwodzie narządów płciowych). W wyniku postępu w badaniach diagnostycznych i zastosowania nowych metod leczenia, skuteczność leczenia zaburzeń seksualnych wzrosła do bardzo wysokich wyników i tak np. pochwica jest uleczalna w 100%, impotencja w ponad 90%, podobnie dyspareunia, hypolibidemia.

Obecnie w leczeniu zaburzeń seksualnych stosowany jest szeroki asortyment różnych metod. Farmakoterapia nadal jest stosowana i przydatna w wielu zaburzeniach na tle organicznym, w leczeniu wykorzystuje się np. afrodyzjaki, hormony, preparaty wzmacniające, autoinfekcje, leki psychotropowe. W wielu krajach stosowana jest hydroterapia, akupunktura, masaż, akupresura, mechanoterapia, a od niedawna chirurgia i protezowanie członka.

Wiele ośrodków, klinik czy instytutów terapii seksualnej stosuje różne metody psychoterapii w przypadku zaburzeń seksualnych o charakterze nerwicowym, psychoanalizę (zarówno klasyczną, jak i zmodyfikowaną, krótkoterminową, grupową), psychoterapię racjonalną, racjonalno-emocjonalną, analityczną, Gestalt, transakcyjną, bioenergetyczną, muzykoterapię, hipnoterapię, terapię grupową, małżeńską. Ciekawe, że większość tych ośrodków podaje, że skuteczność leczenia zaburzeń na tle nerwicowym sięga 70% przypadków. Okazuje się, że w tym leczeniu istotna jest nie tyle metoda, ile osobowość terapeuty, postawa pacjenta wobec leczenia, wiara w wyleczenie. W ostatnich latach rośnie popularność metod orientalnych, czyli opierających się na taoizmie, jodze, tantryzmie, medytacji Wschodu, zen itd. Mówi się, iż te metody nie tylko usuwają objawy zaburzeń seksualnych, ale sprzyjają również integracji psychicznej, zdrowiu psychicznemu, nowej postawie wobec seksualności, płci, partnerstwa, życia samego. Muszę przyznać, że metody orientalne i mnie są bliskie, wiele z nich opiera się przecież na wielowiekowych obserwacjach i tradycjach, które dopiero od niedawna są odkrywane przez medycynę Zachodu.

W wielu ośrodkach, zwłaszcza opierających się na leczeniu ambulatoryjnym i nastawionym na szybkie usunięcie objawów chorobowych, stosowane są metody, które również szeroko stosuję we własnej praktyce, nazywane „treningowymi”. Najbardziej znany jest model PLISSIT autorstwa Annona z roku 1975. Obejmuje on cztery etapy leczenia: przyzwolenie (*permission*), właściwą informację (*limited information*), specyficzne sugestie (*specific suggestions*) i intensywną terapię (*intensive therapy*).

Istnieje obecnie wiele metod treningowych, wymienię z nazwy te najważniejsze: metoda sterowanych wyobrażeń, relaksacja, desensybilizacja, naśladowanie, metoda stosunku udowego, pozycji ginekologicznej, ucisku członka, ćwiczenia mięśni Kegla, przedłużania linii pochwy, treningi Mastersa-Johnson, Guillerma, Kaplan, LoPiccolo, masturbacyjne itd. Metody te, dostosowywane do specyfiki zaburzenia, pacjenta i jego związku, dają wysoki odsetek popraw i trwałego wyleczenia. Opisuję je dokładniej

w swojej wydanej w Polsce monografii *Leczenie nerwic seksualnych*¹⁰. Są one opisane także w wielu publikacjach fachowych i popularnych, w wielu krajach ukazały się różne poradniki i „samouczki”, z których zainteresowani mogą korzystać – bez potrzeby konsultowania się ze specjalistą – w przypadku dość typowych problemów i zaburzeń seksualnych o charakterze nerwicowym. W Polsce również została wydana moja tego rodzaju książka pt. *Vademecum sztuki miłosnej*¹¹, w której poszczególne treningi są dokładnie opisane w formie kolejnych, codziennych ćwiczeń. Dzięki temu wielu pacjentów nie musi w typowych zaburzeniach szukać seksuologów i płacić za leczenie. W wielu jednak przypadkach, nawet zaburzeń nerwicowych, konieczna jest konsultacja u specjalisty.

Afrodyzjaki

W medycynie ludowej kultur świata począwszy od czasów starożytnych stosowane były różne środki mające powodować pobudzenie seksualne. Takie środki ukierunkowane na uaktywnienie życia seksualnego nazywamy afrodyzjakami. Wiele z nich odeszło w niepamięć, inne znamy z nazwy, ale nie potrafimy rozpoznać ich pochodzenia i składu chemicznego. Są jednak środki, które przetrwały do czasów współczesnych, a ich badanie potwierdziło skuteczność działania pobudzającego oraz jego mechanizm. Afrodyzjakami są również różne przyprawy, potrawy, a to szczególnie rozbudowana kuchnia orientalna (głównie chińska) oraz francuska. Afrodyzjaki działają pobudzająco na czynności seksualne poprzez działanie obwodowe (np. na receptory dotykowe, podrażniają układ moczowo-płciowy, ośrodek erekcji w rdzeniu kręgowym, uaktywniają pracę gonad), inne z kolei działają na wyższe ośrodki seksualne, układ hormonalny, poziom napięcia układu nerwowego, pobudzenie aktywności psychicznej – wyobraźni erotycznej. Afrodyzjaki bywają stosowane zarówno doraźnie, np. u mężczyzn mających trudności z osiągnięciem erekcji członka, jak i jako dodatek do codziennej diety celem podtrzymywania aktywności życia seksualnego. Wiele z nich działa również i na kobiety. Poniżej przedstawiam stosowane obecnie w różnych częściach świata afrodyzjaki, których działanie jest znane i potwierdzone, ale pomijam mechanizm ich działania, wymagałoby to bowiem całej rozprawy, a nie tak krótkiego tekstu. Opieram się na różnych publikacjach, głównie na monografii poświęconej afrodyzjakom autorstwa Michela Lenois¹². Wiele z nich jest u nas dostępnych i mogą stać się dodatkiem do potraw. Inne są dla nas egzotyczne i niedostępne, ale przy tak rozwiniętej turystyce ten problem może być rozwiązany. Należy jednak pamiętać o kilku podstawowych zasadach: afrodyzjaki należy stosować ostrożnie, unikając przedawkowania, osobom zdrowym są niepotrzebne, ich długotrwałe używanie wiąże się z osłabieniem działania,

¹⁰ Z. Lew-Starowicz, *Leczenie nerwic seksualnych*, Warszawa: PZWL, 1991.

¹¹ Z. Lew-Starowicz, *Vademecum sztuki miłosnej*, Warszawa: IWZZ, 1989.

¹² M. Lenois, *Guide pratique des aphrodisiaques*, Verviers: Marabout, 1980.

mogą kolidować z chorobami i przyjmowanymi lekami, zaleceniami dietetycznymi. Wskazany jest zatem umiar i rozwaga.

Afrodyzjaki pochodzenia zwierzęcego:

- ambra (stosowana na Madagaskarze, Jawie)
- wyciągi z pajaków (np. tarantuli w Hiszpanii), opisane już przez Avicennę
- ca-cuong (wyciąg z insektów stosowany w Wietnamie, Chinach)
- kantarydyna (ekstrakt z muszek hiszpańskich, silnie działający)
- kawior, mózdzek, sproszkowane rogi jelenia syberyjskiego, renifera
- raki (ulubiony przysmak wchodzący w skład sałatki Ludwika XV)
- ślimaki (opisane już przez Pliniusza)
- dziczyzna, ostrygi, larwy os (stosowane na Antylach), miód (opisany przez

Owidiusza)

– jajka, mięso węży (stosowane powszechnie w Azji), jądra (stosowane w kuchni chińskiej), mięso żółwi (znane na Antylach).

Afrodyzjaki pochodzenia roślinnego:

- selery (zalecane przez madame de Pompadour)
- grzyby (głównie trufle, polecane w kuchni francuskiej Ludwika XIV)
- czekolada, żeń-szeń (znany również pod nazwą ginseng)
- hoang-nam (inaczej strychnina, znana od dawna w Wietnamie)
- orzeszki kola, mięta, gałki muszkatołowe, cebula, orzechy, pokrzywa, ryż, poncz, rozmaryn, wyciąg z drzewa sandałowego (znany w Indiach), wanilia, johimbina (z kory rośliny afrykańskiej), goździki; jednym z bardziej znanych afrodyzjaków jest cynamon, który wchodzi w skład mieszanek zalecanych przez seksuologów francuskich. Podam dwie receptury dla przykładu:

cynamon 10 gramów
wanilia 5 gramów
sok cytrynowy 20 gramów
tymianek 15 gramów
gałka muszkatołowa 5 gramów
(po dwie łyżeczki dziennie)

Druga mieszanka:

1 litr wina malaga
cynamon 30 gramów
żeń-szeń 30 gramów
wanilia 30 gramów
po 15 dniach leżakowania tej mieszanki pić po trzy duże łyżki.

Francuzi zalecają stosowanie jeszcze innej mieszanki:

1/2 litra wina bordeaux
cukier 100 gramów
puder waniliowy 4 gramy
goździki 4 gramy
imbir 3 gramy

cynamon 3 gramy

przefiltrować i po 15-dniowym leżakowaniu stosować trzy duże łyżki stołowe dziennie.

Inne afrodyzjaki: papierosy mentolowe, małe dawki wytrawnego wina czerwonego.

W niektórych kulturach dla pobudzenia seksualnego stosowane bywają środki pobudzające i halucynogenne, np. marihuana, psylocybina (Meksyk), khat (Etiopia), peyotl (Indianie z Ameryki Środkowej). Przez krótki czas stosowany był preparat syntetyczny LSD-25, ale podobnie jak i ww. środki ma działanie narkotyczne i dlatego – w związku z wieloma negatywnymi następstwami – wszystkie oceniane są negatywnie.

Działanie pobudzające seksualnie mają również pewne zabiegi stosowane na określone centra ciała, np. masaż wschodni, akupunktura, akupresura. Podkreśla się również wartość biczów wodnych na okolicę kręgosłupa, a także pozytywny wpływ jazdy rowerem. Istnieją również specjalne ćwiczenia jogi seksualnej. W Marsylii od dawna znana była metoda zwana „sekretem marsylskim”, polegająca na smarowaniu odbytu oliwą, co miało sprzyjać kurczliwości zwieracza odbytu. Obecnie popularne jest stosowanie kosmetyków zawierających feromony, a zainteresowanie nimi roślinie. W naszych warunkach poza ww. składem diety pomocne jest stosowanie preparatów zawierających wiele witamin i pierwiastków, mikroelementy, biostymulatory.

Dzięki wysokiej skuteczności i bezpieczeństwu leków stosowanych obecnie w leczeniu zaburzeń seksualnych afrodyzjaki stają się coraz mniej popularne i potrzebne.

Uzewewnętrznianie problemów seksualnych

Życie seksualne należy do jednej z najważniejszych dziedzin aktywności człowieka i relacji partnerskich w małżeństwie. Wiele przeprowadzonych w różnych krajach badań ukazuje, że udane i satysfakcjonujące życie seksualne jest jednym z fundamentów zdrowia fizycznego i psychicznego, radości życia, pozytywnych kontaktów międzyludzkich, sprawności zawodowej, poczucia sukcesu, osobistego i małżeńskiego, opóźnia również procesy starzenia się. W przypadku kobiet wiąże się również z satysfakcją z siebie w roli kochanki, z równowagą układu hormonalnego, z akceptacją macierzyństwa jako wyrazu więzi uczuciowej z partnerem.

Problemy i zaburzenia seksualne stają się zagrożeniem dla zdrowia fizycznego i psychicznego, więzi partnerskich, wpływają również na samopoczucie, kontakty międzyludzkie. Jeżeli tak się sprawy mają, to można założyć, że im większy jest zakres problemów i zaburzeń seksualnych, tym większy też będzie zakres negatywnych zróżnicowanych następstw. O skali zjawiska świadczy fakt, że problemy i trudności w życiu seksualnym są bardzo często spotykane, i to od okresu inicjacji seksualnej, a według różnych badaczy doświadczyło ich na sobie blisko 60% kobiet i 40% mężczyzn w wieku do 60 lat. Na szczęście w większości przypadków są to problemy i trudności epizodyczne, sytuacyjne i przejściowe, rzadziej trwałe, ale i tak skala zjawiska wydaje

się znacząca. I tu dochodzimy do pierwszego paradoksalnego odkrycia – wprawdzie problemy i trudności seksualne spotykane są częściej u kobiet niż u mężczyzn, to jednak u kobiet w mniejszym zakresie ujawniają się ich negatywne następstwa zdrowotne i partnerskie. Wiele chorób psychosomatycznych, nerwic, depresji, patologii małżeńskiej, uzależnień itp. zaburzeń bywa następstwem nieudanego życia seksualnego, ale mimo wszystko w większym stopniu dotyczy to mężczyzn aniżeli kobiet. Różnie usiłowano tłumaczyć to zjawisko, np. kierując się specyfiką odmienności psychicznej płci – mężczyźni jako bardziej ambicjonalnie traktujący swoją sprawność seksualną i czujący się odpowiedzialni za poczucie satysfakcji swych partnerek bardziej przeżywają swoje niepowodzenia. Inni badacze sądzą, że seks więcej znaczy w życiu mężczyzn niż kobiet, ale ten pogląd w obecnych czasach nie znajduje potwierdzenia. Uważa się również, że kobiety są płcią silniejszą biologicznie i bardziej odporną psychicznie i stąd rzadsze są u nich następstwa problemów seksualnych, ale i ten pogląd nie tłumaczy do końca tego zjawiska, a nawet brzmi kontrowersyjnie, zważywszy, iż sprawy sercowe tradycyjnie więcej znaczą w życiu kobiet.

Już od 30 lat w wielu polskich czasopismach omawiane są problemy życia seksualnego, na ich łamach publikowane są też listy czytelników. Jeżeli przyjrzymy się dokładniej tej korespondencji i treści listów, to okazuje się, że w większości przypadków ich autorami są kobiety opisujące wiele pełnych dramatyzmu przeżyć. Zdaje się to uzasadniać znany stereotyp większej uczuciowości i wrażliwości kobiet. Wniosek? – zatem więcej negatywnych następstw nieudanego życia seksualnego winno być u kobiet, dlaczego więc jest odwrotnie? Odpowiedzi na to pytanie należy szukać zupełnie gdzie indziej. Podsunęły ją wyniki wieloletnich badań naukowych oceniających zdrowie fizyczne i psychiczne osób, które w młodości doznały różnych szoków i urazów seksualnych. Okazało się, że te negatywne następstwa w większym zakresie dotyczą mężczyzn niż kobiet. Badacze penetrujący to zjawisko doszli do wniosku, iż takie różnice następstw stresów w życiu seksualnym wiążą się z uzewnętrznianiem, ujawnianiem zjawiska i w tym przypadku różnice między płciami są znaczące. Mężczyźni doświadczający różnych problemów i zaburzeń seksualnych są bardziej skłonni do ich ukrywania, przeżywania jako osobistej klęski, „utruty twarzy”, tłumią i hamują w sobie przykre przeżycia. Piętrzące się i narastające stesy seksualne wpływają na pojawienie się zachowań agresywnych i autodestrukcyjnych, zaburzeń zdrowia, a w życiu społecznym częściej prowadzą do antifeministycznych i antyseksualnych postaw, skrajnie rygorystycznego oceniania zachowań innych.

Kobiety, nie mniej dotkliwie przeżywające własne problemy i zaburzenia seksualne, w większym stopniu ujawniają skłonność do szukania oparcia i zrozumienia u innych, „wygadania się”, uzewnętrzniania przeżyć w formie płaczu. Nic zatem dziwnego, że one częściej piszą listy do czasopism, chętniej szukają pomocy u przyjaciółek, psychoterapeutów, opiekujących się nimi ginekologów, a także otwierają się chętniej wobec spowiedników, których traktują jako powierników problemów sercowych. Okazuje się, że sam fakt „wyrzucenia z siebie” problemu, wypowiedzenia go, uzewnętrznienia

działa leczniczo. Wprawdzie nie musi to leczyć zaburzenia seksualnego jako takiego, ale neutralizuje lub zmniejsza towarzyszące mu napięcie psychiczne, lęk, poczucie zagrożenia, niepewność. Zjawisko to znajduje potwierdzenie u wielu autorek nadsyłanych do pism listów, które później zgłaszają się na proponowaną im wizytę. Kobiety te zgodnie stwierdzają, iż fakt napisania listu działał nań kojąco, a uzyskana porada, a nawet tylko odpowiedź z propozycją wizyty, sprowokowała uspokojenie, poprawę samopoczucia i nadzieję na rozwiązanie problemu.

Wielu psychoterapeutom znane jest zjawisko, że sam fakt umożliwienia kobiecie „wygadania się”, spokojne wysłuchanie jej z życzliwym zainteresowaniem to już co najmniej połowa powrotu do zdrowia. Nic zatem dziwnego, że uzewnętrznianie własnych problemów i otwieranie się wobec budzącej zaufanie osoby już działa leczniczo i zmniejsza możliwe negatywne następstwa problemów w życiu seksualnym.

Przeobrażenia obyczajowe i zmiany zachodzące w kobiecości-męskości sprawiają, iż obecnie coraz więcej mężczyzn zaczyna również uzewnętrzniać swoje przeżycia i stresy wiążące się z życiem seksualnym. Coraz więcej listów zaczynają nadsyłać mężczyźni. Podobnie coraz więcej mężczyzn znajduje powierników wśród swych najbliższych, podobnie traktuje seksuologów, psychoterapeutów. Model „twardziela”, który nie otworzy się wobec nikogo, samotnie szukającego rozwiązania swego problemu, zaczyna zanikać. Z kolei przemiany emancypacyjne sprawiły, iż coraz więcej jest kobiet „twardych”, które same pragną rozwiązywać własne problemy i odczuwają opór wobec otwierania się wobec innych, niezależnie od tego, czy miałyby to uczynić w formie listowej, czy w bezpośrednim kontakcie z terapeutą. To zjawisko zamiany tradycyjnych ról płciowych dowodzi, iż następstwa stresów w życiu seksualnym zależą nie tyle od płci, ile od zdolności do uzewnętrzniania, ujawniania swych problemów, otwarcia się wobec innej osoby. Do niedawna taka postawa była domeną kobiet, obecnie zaczyna to ulegać zmianie. Wysnuwa się z tego wszystkiego wniosek, iż społeczeństwo ewoluujące w stronę otwartości i zdolności uzewnętrzniania się staje się zdrowsze psychicznie i seksualnie. Należy jednak dodać zastrzeżenie: zarówno ekshibicjonizm w sprawach seksu, jak i purytanizm są równie szkodliwe.

Dlaczego kłamią?

Wielu pacjentów szukających pomocy u seksuologa nie mówi prawdy i wręcz kłamie. Takie zachowania częściej obserwuje się u mężczyzn. Kobiety najczęściej ukrywają swoje romanse, ale odpowiednio naprowadzone w końcu otwierają się i są bardziej otwarte. Z mężczyznami bywa gorzej. Niekiedy można to zrozumieć, na przykład jeżeli dotyczy to zachowań dewiacyjnych – nie wiedzą, jak to będzie potraktowane, lękają się odrzucenia, negatywnych reakcji ze strony terapeuty. Można w końcu zrozumieć zatajanie romansów, ale bywa, że taki fakt może być kluczem do zrozumienia problemów mężczyzny. Najczęściej ukrywają romanse mężczyźni kontynuujący współzycie

seksualne ze swoją żoną i mający młode kochanki. To nie lęk przed ośmieszeniem czy oceną, lecz coś innego – kłamią dlatego, że trudno im utrzymać odpowiednią sprawność seksualną w pożyciu z dwiema jednocześnie partnerkami, i skarżąc się na impotencję „w małżeństwie”, oczekują przepisania leków dopingujących. Jeżeli nie są zadowoleni z rezultatów leczenia, to zmieniają lekarza, powtarzając tę samą bajkę i domagają się silniej działających leków. Wielu pacjentów ukrywa fakt leczenia się u innego specjalisty, kupowania afrodyzjaków w sex shopach. To też można zrozumieć, jakkolwiek może to utrudnić przebieg leczenia.

Wiele przykładów kłamstwa wiąże się z lękiem przed rozpoznaniem „beznadziejnego stanu” lub brakiem wiary w skuteczność leczenia. Zatajane zatem bywają różne choroby, przyjmowane leki, przebyte zabiegi operacyjne. Często ujawnia się część prawdy, a nie całą prawdę – zdarza się, że pacjent przyznaje się do tego, że ma zaburzenia erekcji w próbach odbycia stosunku, ale twierdzi, że poza tymi próbami ma pełne erekcje członka, np. po obudzeniu się, w trakcie oglądania pornografii, w trakcie masturbowania się itp. W rzeczywistości jest inaczej i ukrywając prawdę, kieruje lekarza na niewłaściwy trop i metodę leczenia.

Zdarzają się – niestety często – i inne zakłamania, np. pacjent skarży się na przedwczesne wytryski nasienia, a ukrywa fakt impotencji. Inni skarżą się na „niewyjaśniony” zanik zainteresowania osobą partnerki i rzekomo zachowaną sprawność seksualną. Z kolei jeszcze inni kłamią, twierdząc, że tylko z żoną „nie wychodzi”, a potwierdzili swoją sprawność w rzekomym romansie itp. Wiele takich zatajonych faktów i zafałszowań wiąże się z lękami przed impotencją, odbieraniem siebie jako mało wartościowego kochanka, potrzebą „zachowania twarzy” wobec terapeuty itp. motywami. Na szczęście w trakcie kolejnych wizyt część takich mężczyzn w końcu ujawnia prawdę, ale zdarza się, że inni brną w tym dalej i odpowiedzialnym za brak powodzenia w leczeniu czynią terapeutę, a nie siebie. Doświadczeni terapeuci potrafią wyczuć, kiedy pacjent nie mówi prawdy, ale stawia to ich w niezręcznej sytuacji. Częstym dowodem na takie zakłamania są rzekome „odmowy” żon do zgłoszenia się na rozmowę.

Niezależnie od tego, czy jawne kłamstwa lub niepełne prawdy wiążą się z lękiem, ukrywaniem romansów, szukaniem pomocy u różnych specjalistów lub na własną rękę w sex shopach – zawsze prowadzi to do utrudnienia postępowania diagnostycznego i leczenia.

Epizodyczne zaburzenia seksualne

Jedną z najczęściej spotykanych błędnych postaw wobec własnego życia seksualnego (występującą szczególnie u mężczyzn) jest przekonanie, że sprawność seksualna winna być niezmienna i na tym samym dobrym poziomie od młodości do późnego wieku. Zatem przyjmuje się jako rzecz oczywistą, iż przez kilkadziesiąt lat życie seksualne powinno być zawsze udane i bez zaburzeń. Dopiero wiek jesieni życia przyjmuje

się za hipotetycznie możliwy dla pojawiania się problemów, ale nie do końca, bowiem mężczyźni w podeszłym wieku powołują się na opinie swych kolegów, że nadal są zdrowi i sprawni, a zatem przydarzające się im trudności w życiu seksualnym nie powinny się pojawić. Wielu mężczyzn zachowuje niczym niezmacone przekonanie o swojej sprawności seksualnej i dopuszcza możliwość pogorszenia się tej sprawności jedynie po wypiciu większej ilości alkoholu. Tego typu założona wizja życia seksualnego sprzyja pojawianiu się nieprawidłowych reakcji psychicznych w przypadku kryzysów i epizodycznych zaburzeń w życiu seksualnym. Problem jest o tyle ważny, iż takie epizodyczne zaburzenia nie należą do rzadkości i mogą na przykład wynikać ze zmęczenia, stresów zawodowych, kłótni, „dołka psychicznego”, oddziaływania zmian atmosferycznych, spadku ciśnienia tętniczego krwi, infekcji, zmiany rytmu biologicznego, powrotu z podróży po dłuższej jeździe samochodem, wpływu nawet małej dawki alkoholu, zachowania partnerki, próby współżycia z nową partnerką itd. Ponadto biorytm aktywności seksualnej zmienia się w zależności od pory roku, doby i ma swój 3-tygodniowy cykl, w którym są szczyty możliwości seksualnych i „dołek”, czyli inaczej – dzień kryzysowy.

Wynika z tego, że niezmienny stan sprawności seksualnej jest mitem i każdy powinien na tyle dobrze znać swoją fizjologię, aby przewidzieć lub rozpoznać „zły dzień”. Jest jednak inaczej i doznanie niepowodzenia we współżyciu seksualnym prowadzi do błędnych reakcji typu: lęk, panika, niepokój, poczucie „początku końca”, kompromitacji wobec partnerki itp. Taki mężczyzna, zaniepokojony sobą, zaczyna przyjmować postawę obserwatora własnych reakcji seksualnych lub postanawia „sprawdzić się” i w takiej sytuacji bardzo często przejściowe, epizodyczne zaburzenie sprawności seksualnej może przerodzić się w stan nerwicy seksualnej. Kolejne niepowodzenie pogłębia lęk i niepokój – nowa próba i nowe niepowodzenie. I tak najczęściej powstaje nerwica seksualna. Kobiety rzadziej reagują w ten sposób, są bowiem bardziej przyzwyczajone do cykliczności zmian zachodzących w ich organizmie i w psychice, czego wyrazem jest cykl miesięczny i znajomość innych rytmów biologicznych. Z powyższego wynikają wnioski praktyczne: nie należy traktować ciała jako niezawodnej maszyny, epizodyczne trudności w życiu seksualnym nie muszą być chorobą ani „początkiem końca”, w przypadku ich wystąpienia należy zachować spokój i dystans, należy przyjąć możliwość okresowego pojawienia się gorszej sprawności seksualnej, warto poznać własny organizm i czynniki sprzyjające pojawieniu się epizodycznych trudności w życiu seksualnym.

Złożone zaburzenia seksualne

U większości pacjentów zgłaszających się do seksuologów występuje jedno z zaburzeń seksualnych, np. u mężczyzn impotencja, zbyt wczesne wytryski, u kobiet – brak orgazmu, pochwica itd. Od kilku lat obserwuję wzrost liczby pacjentów cierpiących na kilka zaburzeń seksualnych jednocześnie. Co ciekawe, niekoniecznie jedno zaburzenie

może prowokować kolejne, jak to się dzieje dość często w przypadku hipolibidemii (zmniejszenia się popędu płciowego). W tym przypadku zmniejszającej się aktywności seksualnej zaczyna towarzyszyć niepełna erekcja członka, a później trudności z osiągnięciem wytrysku nasienia. Tego rodzaju „ciąg” patologii seksualnej spotyka się na przykład w zaburzeniach hormonalnych, w przebiegu andropauzy. W przypadku kobiet zdarza się, że po pewnym czasie trwania dyspareunii (bolesność we współżyciu) obserwuje się utratę zdolności do przeżywania orgazmu, następnie zanik zainteresowania współżyciem seksualnym. Istnieją zatem jednocześnie trzy formy zaburzeń seksualnych, ale rozwój tych zaburzeń ma logiczne wyjaśnienie – powtarzające się przykre doznania bólowe mogą zakłócać osiągnięcie orgazmu, a to wszystko razem może zniechęcać do współżycia.

Zdarzają się sytuacje, kiedy współistnieją różne zaburzenia seksualne, a każde z nich może mieć inną przyczynę. I tak na przykład u danego pacjenta zaburzenia erekcji są wynikiem nikotynizmu, a przy próbie współżycia z nową partnerką wystąpił przedwczesny wytrysk nasienia spowodowany napięciem nerwicowym, lękiem. U kobiety istnieje na przykład brak orgazmu o charakterze nerwicowym, a po przebytym zapaleniu pochwy pojawiła się dyspareunia.

Istnieją również przypadki, kiedy pacjenci zgłaszają więcej niż jedno zaburzenie seksualne, ale tylko jedno jest prawdziwe, a drugie jest pozorne. I tak na przykład młody mężczyzna rozpoczynający współżycie seksualne zaobserwował u siebie zbyt wczesny wytrysk nasienia i impotencję. Prosi o leczenie obu tych zaburzeń. Okazuje się, że był przekonany, że po wytrysku nasienia „powinna” utrzymywać się nadal pełna erekcja członka. Nie wiedział, że po wytrysku członek traci stan erekcji i po pewnym czasie może ponownie go osiągnąć.

Inna możliwość: współistniejące zaburzenia seksualne mogą mieć wspólny mechanizm rozwojowy – na przykład mężczyzna skarżący się na to, że w stanie niepełnej erekcji członka ma przedwczesne wytryski nasienia, uwarunkował się na zachowania masturbacyjne, w których ulegał szybkiemu podnieceniu i do wytrysku dochodziło przy niepełnej erekcji.

Jak widać, możliwych kombinacji jest wiele i różne mogą być ich przyczyny. Podobne zjawisko dotyczy dewiacji seksualnych. U danej osoby może być ich kilka jednocześnie. U jednej osoby mają one związek ze sobą, a u innej każda z dewiacji może mieć inne przyczyny.

Współwystępowanie różnych zaburzeń seksualnych u tej samej osoby wymaga przeprowadzenia badań diagnostycznych i opracowania metod leczenia. Pacjenci cierpiący na kilka zaburzeń seksualnych często sądzą, że ich stan jest niejako automatycznie „gorszy” i szanse leczenia są mniejsze. Jednak ilość niekoniecznie przechodzi w jakość i sytuacja każdego pacjenta jest niepowtarzalna. Dobrze jeżeli pacjent ujawni wszystkie swoje problemy. Zdarza się bowiem, że ujawni jedno z zaburzeń, a ukryje inne. Nierzadko też ujawni zaburzenie, a ukryje swoje preferencje seksualne, które wiele tłumaczy i na przykład mężczyzna o homoseksualnej orientacji, usiłujący „leczyć

się” poprzez dążenie do współżycia z kobietą, skarży się na impotencję, zbyt słabą reaktywność seksualną, ale ukrywa swoje homoseksualne skłonności.

Szansę leczenia zwiększają się, kiedy lekarz uzyskuje wszystkie istotne informacje, a nie ich wyselekcjonowaną część.

Nietypowe uzależnienie w seksie

Potrzeba odmiany, nowości, urozmaicenia często pojawia się w zachowaniach seksualnych ludzi. Nic zatem dziwnego, że oferty sex shopów, pobudzanie wyobraźni przez oddziaływanie pornografii prowokują ciekawość i chęć spróbowania. Podobnie motyw ciekawości skłania wiele związków w fazie odkrywania swej inności seksualnej i w początkach współżycia seksualnego do wypróbowywania różnych pozycji i technik seksualnych. Tego typu eksperymentowanie nie trwa długo i ostatecznie partnerzy ograniczają się do własnych ulubionych pozycji, dodając do nich kilka, które szczególnie wywarły na nich wrażenie. Tak naprawdę, to większość związków po zaspokojeniu ciekawości z wieloma pozycjami współżyje w jednej lub w kilku pozycjach.

Istnieje jednak cienka granica między zaspokajaniem ciekawości a możliwością uzależnienia się w przypadku pornografii, wibratorów, erektorów i afrodyzjaków. Większość eksperymentujących par nie przekracza tej granicy. Oglądanie pornografii dostarczyło pewnych pomysłów, działało podniecająco, ale zaczyna nużyć chociażby ze względu na powtarzające się motywy tych filmów czy fotografii. Dana para bawiła się wibratorem i zaspokoili ciekawość, a wibrator pokrywa się kurzem. Wypróbowano działanie reklamowanych afrodyzjaków i przestaje się odczuwać potrzebę ich zażywania (z wyjątkiem osób mających zaburzenia seksualne i traktujących afrodyzjaki jako lek).

Zdarza się jednak, że to, co służyło zaspokojeniu ciekawości i było dodatkowym bodźcem we współżyciu, staje się podstawą więzi seksualnej i rozwija się uzależnienie. Są związki, które zdolne są do współżycia wyłącznie w trakcie oglądania pornografii. Tego typu uzależnienie wiąże się nawet z kosztami, bowiem trzeba sięgać do stale nowych filmów, które po pewnym czasie przestają działać podniecająco.

Podobnie można uzależnić się od afrodyzjaków, bielizny erotycznej. W przypadku afrodyzjaków ich działanie w wyniku przyzwyczajenia zaczyna słabnąć i albo zwiększa się dawki (co może być niebezpieczne dla zdrowia), albo zmienia się je na inne. I tu można dojść do granic ich działania i wówczas poszukuje się mocniejszych leków pobudzających seksualnie. W przypadku wibratorów, erektorów u niektórych kobiet może powstać uzależnienie, bowiem odczuwają one większą przyjemność pobudzając się nimi. Członek partnera przestaje być bodźcem erotycznym i narzędzie „wygrywa w tej konkurencji”. Kobiety, które przychodzą do mnie z takimi problemami, twierdzą, że narzędzia odczuwają silniej w pochwie w porównaniu z członkiem, a wibracje są bardzo silnym bodźcem – tego nie daje przecież członek. Sytuacja w związku staje się trudna. Partner czuje się niepewnie i praktycznie zbędny, a jego męska duma została

urazona. Zdarzają się i takie przypadki, że partnerowi lub partnerce bardziej odpowiada samopobudzanie się w trakcie oglądania pornografii niż współżycie z leżącym obok i chętnym do współżycia współpartnerem. Dobro więzi seksualnej związku wymaga rozpoczęcia leczenia uwalniającego od uzależnienia. To nie jest jednak takie łatwe i wymaga czasu i specjalnych treningów partnerskich.

Leczenie przez współpartnera

Załóżmy, że osoby zaczynające współżycie seksualne odpowiednio przygotowują się do niego, m.in. sięgając do publikacji, poradników z zakresu ABC fizjologii i psychologii seksualnej, rozwiązywania typowych problemów i trudności we współżyciu. Można sądzić, iż rozpowszechnienie takiego przygotowania przyczyniłoby się do zniknięcia z poczekalni seksuologów co najmniej połowy pacjentów, a do sex shopów zaczęłyby zgłaszać się nieliczne osoby poszukujące dla siebie specjalnych atrakcji. Mam podstawy, aby tak twierdzić, bowiem prawie połowa zgłaszających się do mnie pacjentów mogłaby skutecznie i dobrze rozwiązać swoje problemy dzięki aktywnej postawie i odpowiedniej wiedzy swych partnerów. Zaburzenia typu: przedwczesne i zbyt wczesne wytryski nasienia, trudności z osiągnięciem wytrysku, orgazmu u kobiet należą do najczęściej spotykanych, a można przecież skutecznie im przeciwdziałać dzięki masażom erotycznym, trenowaniu specjalnych odruchów, doborowi diety, pobudzeniu pewnych sfer erogennych itd. Posłużmy się przykładem: mężczyzna zaczyna odczuwać osłabienie sprawności, pobudliwości seksualnej. Zamiast objadać się afrodyzjakami, szukać pomocy w hormonach można wypróbować bardziej naturalne metody – na przykład partnerka stara się być prowokująca i atrakcyjna w *ars amandi*, zmienia formy pieszczot, wprowadza nowe pieszczoty, stosuje masaż jąder, punktu położonego w połowie odległości między członkiem a odbytem, pobudza członek ręką w trakcie wykonywania przez partnera ruchów frykcyjnych, wykonuje ruchy miednicą, obkurcza mięśniówkę pochwy na członku, zmienia porę współżycia na godziny poranne itp. W przypadku każdego typowego zaburzenia seksualnego istnieją specjalne zestawy metod naturalnych i proponowanych zachowań partnera i możemy o tym czytać w wielu wydanych u nas poradnikach. Wiele takich porad praktycznych zamieściłem w swojej książce *Leczenie nerwic seksualnych*.

W wielu krajach zaczęły ukazywać się specjalne kasety wideo, które poświęcone są na przykład leczeniu impotencji czy braku orgazmu. Korzystają z nich zainteresowane pary i w wielu przypadkach skutecznie rozwiązują swoje problemy. Podkreślam to dlatego, że często spotyka się postawę partnera typu: „to twój problem, a nie mój”, „idź z tym do lekarza”. Problem jest zawsze wspólny. Z kolei inne osoby mają jakieś zahamowania wobec stosowania wskazówek opisanych w poradnikach. Nic zatem dziwnego, że w domowej biblioteczkę znajdują się dobre poradniki, ale praktycznie nic z tego nie wynika. Często jest u nas jeszcze spotykana bariera wstydu. Wpływa

ona również na wybór metod leczenia – niekiedy seksuolog czuje się zmuszony do stosowania leków, bowiem partner pacjenta/pacjentki nie wyraża zgody na aktywne włączenie się w proces leczenia, często też nie widzi potrzeby wspólnej wizyty u terapeuty. Kultura wstydu, zahamowań, braku otwartości wobec seksu, braku współpracy partnerów nadal u nas dominuje, a miliony wydanych publikacji nie zdołały jeszcze tego zmienić. Należy jednak zdać sobie sprawę z tego, że najlepszym terapeutą w przypadku trudności i zaburzeń seksualnych jest osoba partnera, a specjalista pomaga i podsuwa strategie rozwiązania problemu. Z kolei najlepszy nawet specjalista niewiele pomoże, jeżeli osoba partnera przyjmuje postawę oceniającą, wymagającą i bierną wobec pacjenta.

Antyleczenie

Wielu mężczyzn odczuwających zmniejszenie popędu płciowego, sprawności seksualnej, zanikanie erekcji członka przed lub w trakcie stosunku pokłada magiczną nadzieję w skuteczności oddziaływania afrodyzjaków. Trudno się temu zresztą dziwić, skoro sam termin „afrodyzjaki” oznacza, że są to leki i inne substancje pobudzające seksualnie. Najbardziej znana jest johimbina, ale w sex shopach znaleźć można wiele innych afrodyzjaków, począwszy od słynnej muszki hiszpańskiej, a na preparatach z kilku składników kończąc. Wiara w skuteczne działanie afrodyzjaków sprawia, że wizyta u specjalisty oceniana jest jako zbyt droga. Zresztą w wielu miejscowościach nie ma seksuologów. Leczenie się na własną rękę często bywa bezskuteczne, a nawet może dawać skutki odwrotne od oczekiwanych. Jeżeli zdrowy mężczyzna z normalnym temperamentem, odczuwający duże pożądanie wobec atrakcyjnej partnerki, miewa w pieszczotach wstępnych zaburzenie erekcji członka, to przyjmowanie afrodyzjaków nie ma w jego przypadku żadnego uzasadnienia i raczej potrzebne jest pewne uspokojenie napięcia psychicznego, a nie pobudzanie systemu nerwowego. Podobnie mężczyźni mający zaburzenia seksualne z powodu powiększenia gruczołu krokowego, nadciśnienia, zaburzeń rytmu serca, przyjmowania leków p-nadciśnieniowych i krążeniowych itd., którzy po przyjęciu afrodyzjaków nie tylko nie poczują poprawy, ale jeszcze czują się gorzej i zaczynają ujawniać zaniepokojenie sobą, wierzą, że są poważnie i nieuleczalnie chorzy.

Spotykam się często z pewnym zjawiskiem, o którym chciałbym wspomnieć i przestrzec przed nim. Otóż część mężczyzn, ładując w siebie afrodyzjaki, testosteron, jednocześnie pije alkohol i wypala paczkę albo więcej papierosów dziennie.

W takiej sytuacji działanie leków pobudzających seksualnie może być iluzoryczne i bezskuteczne, ale to nie wszystko. Badania naukowe ujawniły, że łączenie afrodyzjaków z lekami psychotropowymi, z uzależnieniami prowadzi do osłabienia systemu odpornościowego organizmu, a to z kolei sprzyja chorobom przenoszonym drogą płciową, w tym i AIDS. Uszkodzeniu ulega zarówno układ immunologiczny, jak i nerwowy. To

zjawisko mało jest jeszcze znane i stąd wielu mężczyzn leczących się na własną rękę wyrządza sobie niedźwiedzią przysługę.

Jeśli osłabienie popędu płciowego, sprawności seksualnej ma tło biologiczne, to m.in. konieczne jest zastosowanie metod wzmacniających organizm – witamin, mikroelementów, biostymulatorów, fizykoterapii (masaż, elektrostymulacja itd.). Dopiero wzmacniając organizm, można myśleć o zastosowaniu metod leczenia pobudzających seksualnie, ale i wtedy ograniczenie lub unikanie palenia papierosów i picia alkoholu jest koniecznością. Mężczyźni niemogący rozstać się z alkoholem zmieniają kolejnych lekarzy i skarżą się na to, że stosowane leczenie im nie pomaga. Nie przyjmują do wiadomości, że alkohol prowadzący do zaburzeń hormonalnych może uniemożliwić działanie leków pobudzających seksualnie i pozornie leczenie jest bezskuteczne. W wielu przypadkach zgłaszają się do mnie partnerki tych mężczyzn i zadają pytanie: „czy on panu powiedział, że nadal pije?” Sięgam do karty chorobowej i okazuje się, że na pytanie o picie podał odpowiedź negatywną.

Kierunki rozwoju terapii seksualnej

Obecnie w leczeniu zaburzeń seksualnych rekomendowany jest model terapii integralnej obejmującej farmakoterapię, terapię partnerską i psychoterapię indywidualną, grupową, systemową, poznawczo-behawioralną. W Polsce dostępne są publikacje na ten temat.

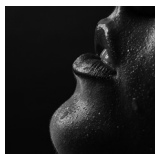
W Polsce leczeniem zaburzeń seksualnych zajmują się: seksuolodzy, lekarze różnych specjalizacji po przeszkoleniu w zakresie podstaw seksuologii klinicznej, psycholodzy z certyfikatem seksuologa klinicznego, psychoterapeuci.

ZALECANE LEKTURY

- BANCROFT J., *Seksualność człowieka*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2010
- GAPIK L., WOŹNIAK A. (red.), *Terapia w seksuologii. Zagadnienia wybrane*, Poznań: UAM, 2001
- JASIŃSKI M., *Psychoterapia osób z zaburzeniami seksualnymi*, w: L. Grzebiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka*, Warszawa: Eneteia, 2006, s. 491–506
- KRATOCHVIL S., *Leczenie zaburzeń seksualnych*, Warszawa: Iskry, 2002
- LEIBLUM S., ROSEN R., *Terapia zaburzeń seksualnych*, Gdańsk: GWP, 2005
- LEW-STAROWICZ Z., *Leczenie nerwic seksualnych*, Warszawa: PZWL, 1991
- LEW-STAROWICZ Z., *Terapia seksualna*, Warszawa: Leo Book, 1992
- LEW-STAROWICZ Z., *Leczenie zaburzeń seksualnych*, Warszawa: PZWL, 1997
- LEW-STAROWICZ Z., SKRZYPULEC V. (red.), *Podstawy seksuologii*, Warszawa: PZWL, 2010
- LEW-STAROWICZ Z., *Psychoterapia osób z zaburzeniami seksualnymi*, w: L. Grzebiuk (red.), *Psychoterapia. Problemy pacjentów*, Warszawa: Eneteia, 2011

ZBYSZKO MELOSIK

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



DYSKURSY ZDROWIA W SPOŁECZEŃSTWIE WSPÓŁCZESNYM: KONTEKSTY TEORETYCZNE

Wprowadzenie

Współcześnie coraz częściej akceptuje się tezę, iż nie istnieje możliwość sformułowania jednej definicji ciała, zdrowia i choroby. Nie są to bowiem stany wyłącznie „obiektywne”, które są „dane”, lecz – w dużej mierze – społeczne konstrukcje. I tak, znaczenia i symbole, które uosabia (lub raczej: ucieleśnia) ciało, zależą od kultury, miejsca i czasu. To samo dotyczy kategorii zdrowia i choroby. Mają one charakter relatywny. To, co w jednych warunkach kulturowych czy społecznych jawi się jako bezwzględnie zdrowe (stąd – pożądane), w innych może stać się przyczyną lub oznaką choroby (i odwrotnie). W rezultacie też nie wydaje się możliwe stworzenie jednej „ostatecznej” (i kulturowo uniwersalnej) koncepcji promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

W poniższej narracji przedstawione zostaną niektóre wybrane konteksty teoretyczne tego zagadnienia¹. Podjęta zostanie próba rekonstrukcji tych koncepcji ciała, zdrowia i choroby, które wynikają z wybranych teorii socjologicznych. Z kolei rozważania zawarte w drugiej części tekstu dotyczyć będą roli kultury popularnej jako potencjalnej płaszczyzny promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Biomedyczna koncepcja ciała/zdrowia i jej krytyka: poglądy F. Capry i I. Illicha

Konieczność wprowadzenia kontekstów kulturowych i społecznych do promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej wydaje się nieunikniona². Wynika ona również

¹ Na temat różnorodnych teoretycznych aspektów teorii edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia por. też bardzo interesujące rozważania E. Charońskiej, *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Warszawa 1997.

² Na temat ten porównaj też rozważania zawarte na przykład w tekstach: R. Caplan, *The Importance of Social Theory for Health Promotion: From Description to Reflexivity*, „Health Promotion International”

z coraz większej krytyki jednostronnego charakteru biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia. Krytykę tę przedstawić można dobrze na przykładzie poglądów dwóch znanych teoretyków – Fritjofa Capry i Ivana Illicha.

Badacze historii medycyny twierdzą, iż biomedyczny model ciała i zdrowia zrodził się pod wpływem paradygmatu Kartezjuszowskiego. Kartezjusz twierdził, że „ciało jest maszyną, którą można całkowicie zrozumieć w kategoriach układu i działania jego części”. Jak pisze o Kartezjuszu (w swojej słynnej książce *Punkt zwrotny*) F. Capra, „człowieka zdrowego przyrównywał on do dobrego zegara w doskonałym – pod względem mechanicznym – stanie; chorego natomiast – do zegara, którego części pracują nieprawidłowo”. Zdaniem tego samego autora – bardzo krytycznego wobec koncepcji biomedycznej – „wskutek podziału na umysł i ciało lekarze zaczęli zajmować się ciałem przyrównywanym do maszyny i lekceważyć psychiczne, społeczne i środowiskowe aspekty choroby”³. Zgodnie z tym podejściem, ciało człowieka dzieli się na poszczególne coraz mniejsze części, a za chorobę uważa się „nieprawidłowe funkcjonowanie mechanizmów biologicznych, badanych z punktu widzenia biologii komórkowej i molekularnej”. Z kolei zadaniem lekarza jest fizyczna lub chemiczna interwencja, której celem jest „przywrócenie prawidłowego funkcjonowania zaburzonego mechanizmu”. Twierdzi się jednocześnie, że współczesna medycyna opiera się nadal w dużej mierze na „koncepcji ciała jako maszyny, choroby – jako konsekwencji uszkodzenia maszyny i roli lekarza polegającej na reperowaniu tej maszyny”, przy czym „różne części reperują różni specjaliści”⁴.

F. Capra zarzuca modelowi biomedycznemu daleko idący redukcjonizm. Uważa, iż „koncentrując się na coraz mniejszych fragmentach ciała, współczesna medycyna traci z oczu samego pacjenta jako istotę ludzką”; traktuje go tak, jak gdyby funkcjonował on w sposób całkowicie „mechaniczny”. Ponadto model ten przyczynił się do powstania – zwykle nieprzekraczalnego – podziału: na lekarzy zajmujących się ciałem oraz psychiatrów i psychologów, skoncentrowanych na umyśle. Według F. Capry, „przepaść między nimi poważnie utrudniła zrozumienie większości ważniejszych chorób”. Jednocześnie coraz większe uzależnienie usług medycznych od skomplikowanych technologii prowadzi do daleko idącej specjalizacji lekarzy. Prowadzi to w konsekwencji do rezygnacji z postrzegania „pacjenta jako integralnej osoby”. F. Capra uważa, iż

[...] w wielu wypadkach jest oczywiście bardzo słuszne kojarzenie poszczególnych chorób z określonymi częściami ciała. Ale w nowoczesnej medycynie naukowej położono za duży nacisk na ujęcie redukcjonistyczne: powstało tyle dyscyplin wyspecjalizowanych do tego stopnia, że lekarze [...] zajmują się leczeniem poszczególnych narządów i tkanek, na ogół nie biorą pod uwagę reszty ciała, a tym bardziej nie uwzględniają psychologicznych i społecznych aspektów choroby danego pacjenta⁵.

1993, nr 2, s. 147–157; L. Lowell, *Every Silver Lining Has a Cloud: The Limits of Health Promotion*, „Social Policy” 1987, s. 57–60.

³ F. Capra, *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*, Warszawa 1987, s. 174.

⁴ Tamże, s. 170, 215.

⁵ Tamże, s. 170, 194, 204, 215.

Z kolei I. Illich, jeden z najbardziej znanych krytyków kultury współczesnej (między innymi autor słynnej koncepcji „descholaryzacji” – likwidacji szkoły jako instytucji), skoncentrował się w swoich rozważaniach na społecznych przejawach i konsekwencjach biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia.

Pierwszy aspekt jego krytyki dotyczy zasadniczej „medykalizacji życia” w społeczeństwie współczesnym. I. Illich utrzymuje w tym kontekście, iż „zagrożenie, jakie współczesna medycyna reprezentuje [...] jest analogiczne do zagrożenia, jakie rozmiar i intensywność ruchu ulicznego reprezentuje dla ruchu” (pisze on też, iż „w bogatych krajach medycyna kolonizacja osiągnęła «chorobliwe rozmiary»; biedne kraje w szybkim tempie idą w tym samym kierunku”)⁶.

Drugi aspekt krytyki odnosi się do „profesjonalizacji” podejścia do ciała i zdrowia. Jak pisze I. Illich, „społeczeństwo przekazało lekarzom wyłącznie prawo do określania, co konstituuje chorobę, kto jest lub mógłby być chory i jak należy postępować wobec takich ludzi”⁷. Można do tego dodać, że biolodzy i lekarze często wchodzą w rolę wszechwiedzących – posiadających dostęp do absolutnej Prawdy i Wiedzy – ekspertów. Coraz częściej przy tym traktują ciało wyłącznie w kategoriach „parametrów” i „wskaźników”, arbitralnie określają kryteria i normy zdrowia, wyznaczają jego „skale” i „poziomy” (I. Illich mówi w tym kontekście o „diagnostycznym imperializmie”). Takie podejście prowadzi do „uprzedmiotowienia” pacjenta, traci on prawo do decydowania o własnej „cielesności”. Często staje się ona jedynie dodatkiem do diagnoz i wyników badań.

Wreszcie trzeci aspekt Illichowskiej krytyki dotyczy zjawiska zbiurokratyzowania medycyny współczesnej. I. Illich uważa, iż jest ona „praktykowana przez [...] specjalistów, którzy kontrolują ogromne populacje za pomocą biurokratycznych instytucji”. Jesteśmy w sytuacji, kiedy „opieka zdrowotna jest przekształcona w zestandaryzowane punkty...”, a „język, poprzez który ludzie mogliby doświadczać swoich ciał, zmienia się w biurokratyczny żargon”. W rezultacie „medyczna biurokracja konstruuje chorobę – zdrowie przez wzmaganie stresu, przez zwielokrotnianie obezwładniającej zależności, przez generowanie nowych przykrych potrzeb, przez zmniejszanie poziomu tolerancji na brak komfortu i ból, przez zredukowanie swobody działania jednostkom, które cierpią”⁸.

Zgadając się z niektórymi zarzutami stawianymi biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia przez F. Caprę i I. Illicha, trzeba stwierdzić, iż rezygnacja z niej nie wydaje się możliwa ani celowa. Jej rola w codziennym życiu pacjentów – w skutecznym leczeniu i znoszeniu bólu oraz cierpienia – jest bowiem niepodważalna. Poza tym to właśnie koncepcja biomedyczna przyczyniła się do zasadniczego postępu medycyny; wystarczy tu wspomnieć tylko o poznaniu przyczyn i mechanizmów tysięcy chorób oraz stworzeniu możliwości ich eliminacji (np. epidemicznych chorób zakaźnych). Wydaje

⁶ I. Illich, *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London 1976, s. 7–8.

⁷ Tamże, s. 6.

⁸ I. Illich, dz. cyt., s. 41, 46.

się jednak, że właściwe byłoby uzupełnienie podejścia biomedycznego przez to, które wiąże się z naukami społecznymi.

Jak słusznie pisze Zygmunt Bauman, przez wieki ciało (a także dodajmy: zdrowie i choroba) pozostawało domeną biologów i lekarzy, tak jak gdyby nie było ono w żaden sposób kształtowane przez społeczeństwo i nie było „wrażliwe na jego przemiany”. „Dzieje ciała ludzkiego wpisują się wtedy w czas ewolucji biologicznej, a nie w czas historii ludzkiej kultury”. Z. Bauman zapytuje w tym kontekście:

A co, jeśli przyjąć, że ciało ludzkie, podobnie jak myśli i uczucia, jest wystawione na działania społeczeństwa? Że na ciele [...] społeczeństwo odciska swój kształt, że w tworzywie dostarczonemu przez ewolucję gatunków rzeźbi społeczeństwo i nie było ono w żaden sposób kształtowane przez społeczeństwo i nie było „wrażliwe na jego przemiany”. „Dzieje ciała ludzkiego wpisują się wtedy w czas ewolucji biologicznej, a nie w czas historii ludzkiej kultury”. Z. Bauman zapytuje w tym kontekście:

A co, jeśli przyjąć, że ciało ludzkie, podobnie jak myśli i uczucia, jest wystawione na działania społeczeństwa? Że na ciele [...] społeczeństwo odciska swój kształt, że w tworzywie dostarczonemu przez ewolucję gatunków rzeźbi społeczeństwo, i że sens „bycia wytworem” ma swą historię w przypadku ciała podobnie, jak ma ją w przypadku myśli i uczuć? Czy i jak zmieni się wówczas nasza opowieść o najnowszej historii człowieka, społeczeństwa i ich wzajemnym stosunku?⁹

Wychodząc z tego założenia, warto spróbować zrekonstruować podejścia do ciała, zdrowia i choroby, a także promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, które wynikają z wybranych teorii socjologicznych.

Socjologiczne koncepcje zdrowia i jego promocji

Funkcjonalizm strukturalny

Funkcjonalno-strukturalna interpretacja społeczeństwa opiera się na trzech założeniach: społeczeństwo stanowi relatywnie trwałą i stabilną oraz dobrze zintegrowaną strukturę elementów; każdy element społeczeństwa pełni w nim określoną funkcję i przyczynia się do „trwania” systemu; każda funkcjonalna struktura opiera się na konsensie wartości wśród jej członków¹⁰.

W perspektywie funkcjonalizmu strukturalnego system opieki zdrowotnej stanowi jeden z istotnych elementów społeczeństwa. Zgodnie z wymienionymi założeniami, powinien on funkcjonować w sposób maksymalnie racjonalny i efektywnie odpowiadać na potrzeby społeczne. Punktem postrzegania relacji społeczeństwo–jednostka–medycyna jest tu biomedyczna koncepcja ciała, zdrowia i choroby.

Funkcjonalizm strukturalny za punkt wyjścia swoich analiz przyjmuje przy tym teorię „ludzkiego kapitału”¹¹. Według tej teorii, każda inwestycja w „ludzki kapitał” ma przynieść „spłatę” i „zysk” w postaci przyszłych „dywidend” – większych niż te,

⁹ Z. Bauman, *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Toruń 1995, s. 70.

¹⁰ Por. Z. Melosik, *Współczesne amerykańskie spory edukacyjne. Między socjologią edukacji a pedagogiką postmodernistyczną*, Poznań 1995, s. 17.

¹¹ C. Hurn, *The Limits and Possibilities of Schooling. An Introduction to the Sociology of Education*, Boston 1978, s. 35.

które osiągnięto by po złożeniu tej samej ilości pieniędzy w banku. U podstaw teorii „ludzkiego kapitału” leży jasno wyrażone przez T. Justera przekonanie, iż „jednostki rozpoczynają życie z pewną ilością potencjalnego kapitału w formie genetycznego wyposażenia, które rozwijają w dzieciństwie i młodości”¹².

W tej perspektywie społeczeństwo powinno troszczyć się o „zwiększenie jakości kapitału ludzkiego”; przy czym nie ulega żadnej wątpliwości, iż jest pożądane, aby był on „zdrowy”. Będzie on bowiem wówczas bardziej wydajny i przydatny dla społeczeństwa (nieprzypadkowo przecież najwybitniejszy przedstawiciel omawianego nurtu Talcott Parsons uznaje zdrowie za „stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań”¹³). Promocja zdrowia polega – w perspektywie funkcjonalno-strukturalnej – na propagowaniu racjonalnych zachowań zdrowotnych, które odpowiadają normom i zaleceniom wypracowanym przez lekarzy. Jednostka powinna podporządkować się im i nie oczekuje się od niej większej refleksji w tej dziedzinie. Społeczeństwo wytwarza również mechanizmy akceptacji pożądanych zachowań zdrowotnych i dezaprobaty dla zachowań niewłaściwych.

Krytycy utrzymują, iż w omawianej teorii (również i w kontekście zdrowia i jego promocji) jednostki traktowane są jak aktorzy, którzy „[...] występują na scenie społecznej nie jako podmioty [...], lecz jako obiekty wzajemnie się przystosowujące i oceniające pod kątem tego przystosowania. Człowiek jest w tym ujęciu wyłącznie aktorem grającym swoją rolę według z góry narzuconego scenariusza”. Nie dostrzega się tutaj faktu, iż „człowiek jako członek społeczeństwa jest także «współautorem dramatu», w którym gra rolę, że stale dąży do kształtowania własnego losu oraz sytuacji, w jakiej znajduje się i działa”¹⁴. Jak pisze D. Wrong,

[...] założenie o maksymalizacji aprobaty ze strony innych jest psychologicznym dopełnieniem socjologicznego założenia dotyczącego ogólnego konsensu w sferze wartości [...]. Przesocjalizowany pogląd na człowieka [...] jest odpowiednikiem przeintegrowanego poglądu na społeczeństwo¹⁵.

Człowiek zdaje się tu być kontrolowany przez siły pozostające całkowicie poza jego kontrolą.

Funkcjonalno-strukturalny pogląd na edukację (również i zdrowotną) kładzie również nacisk na to, aby jednostki (używając słów R. Meighana) „dopasowały się do jakichś koniecznych otworów w relatywnie harmonijnym społeczeństwie”¹⁶. Takie stanowisko prowadzi w praktyce do wypracowania technik manipulowania jednostkami, stosownie do oczekiwań społecznych. Pedagog i promotor zdrowia zachowują

¹² Podaję za: tamże, s. 35–36.

¹³ Podaję za: E. Roman, *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesów socjalizacji młodzieży*, „Forum Oświatowe” 1994, nr 1, s. 213.

¹⁴ H. Białyszewski, *Wstęp do wydania polskiego*, w: T. Parsons, *Szkice z teorii socjologicznej*, Warszawa 1972, s. XLIX.

¹⁵ Podaję za: D. Blackledge, B. Hunt, *Sociological Interpretations of Education*, London 1985, s. 106.

¹⁶ R. Meighan, *A Sociology of Educating*, London 1986, s. 95–96.

się „jak garncarz kształtujący glinę lub ogrodnik hodujący rośliny lub budowniczy budujący dom”. W każdym z tych przypadków jednostki są widziane jako „rzeczy poddawane procesom” (któż bowiem konsultowałby z gliną rodzaj garnka, w jaki chciałaby być uformowana?)¹⁷. Logicznie, niekonformistyczne zachowania jednostek określane są w tej perspektywie jako „nienormalne”, niezależnie od intencji działających podmiotów¹⁸.

Teoria reprodukcji ekonomicznej i kulturowej

Zwolennicy teorii reprodukcji ekonomicznej stwierdzają krytycznie, iż istniejący system instytucji zdrowotnych oraz obowiązująca ideologia zdrowia potwierdzają istniejącą w społeczeństwie strukturę ekonomiczną¹⁹. Zdrowie jest towarem, który można kupić i sprzedać, a osoby z grup o niskim statusie ekonomicznym nie dysponują środkami na ten cel – nie mogą pozwolić sobie „na zdrowie” (pozbawione są często dobrej opieki lekarskiej i wysokiej klasy środków farmaceutycznych). Przedstawiciele tego nurtu powołują się na badania potwierdzające, iż jednostki z grup ekonomicznie uprzywilejowanych są (statystycznie) „zdrowsze” i „dłużej żyją” niż te, które pochodzą z grup ubogich. Prowadzą też one bez wątplenia „zdrowszy tryb życia” (na przykład w zakresie odżywiania się czy spędzania wolnego czasu). Problem ten rozpatrywać można również w innym kontekście – podziału świata na regiony bogate i biedne. W krajach wysoko rozwiniętych opieka zdrowotna stoi – z powodów ekonomicznych – na względnie wysokim poziomie; podczas gdy w krajach Trzeciego Świata brakuje środków na stworzenie jej podstaw, co prowadzi do katastrofalnych skutków (np. w zakresie śmiertelności niemowląt, rozpowszechniania się chorób zakaźnych itd.). Konsekwencją takiej sytuacji jest wtórne reprodukcowanie nierówności rozwojowych na świecie – kraje wysoko rozwinięte są coraz bogatsze (między innymi dlatego, że ich populacja jest zdrowsza; stąd – bardziej efektywna), kraje Trzeciego Świata pozostają biedne (wśród przyczyn tego stanu jest także stan zdrowia ich populacji).

Z kolei u podstaw teorii reprodukcji kulturowej Pierre’a Bourdieu leży założenie, iż we współczesnych społeczeństwach występuje „uniwersalizacja kulturowych arbitralności grupy dominującej”²⁰. Następuje to poprzez narzucanie arbitralnych znaczeń kulturowych i związane jest nieodłącznie ze stosunkami władzy²¹.

¹⁷ Tamże, s. 25–26.

¹⁸ B. Mercer, H.C. Covey, *Theoretical Frameworks in the Sociology of Education*, Cambridge 1980, s. 34, 36.

¹⁹ Podwaliny pod teorię reprodukcji ekonomicznej dała znana książka S. Bowlesa i H. Gintisa, *Schooling in Capitalist America. Educational Reform and the Contradictions of Economic Life*, New York 1976.

²⁰ D. Shirley, *A Critical Review and Appropriation of Pierre Bourdieu’s Analysis of Social and Cultural Reproduction*, „Journal of Education” 1986, nr 2, s. 99–100.

²¹ G. Lakomski, *On Agency and Structure. Pierre Bourdieu and Jean-Vlaude Passeron’s Theory of Symbolic Violence*, „Curriculum Inquiry” 1984, nr 2, s. 154.

Zdaniem P. Bourdieu, przestrzeń społeczna zdefiniowana jest przez walkę między „symbolicznymi systemami”. Systemy te są instrumentami wiedzy i dominacji, które czynią możliwy konsens w społeczeństwie, dotyczący znaczenia świata społecznego. Uprawomocniają one dominację pewnych grup poprzez narzucanie „poprawnej” definicji rzeczywistości społecznej – w tym również i pojmowania ciała, zdrowia i choroby. Utworzony w ten sposób porządek kosmologiczny i społeczny nie jest postrzegany jako arbitralny (i jedynie jako jeden z wielu możliwych), lecz jako oczywisty i naturalny, stąd niemożliwy do zakwestionowania. Występuje więc zjawisko „naturalizacji” dominującego dyskursu, który staje się źródłem zdrowego rozsądku. Jednocześnie uczenie się dominującego dyskursu jest równoznaczne z uzyskiwaniem umiejętności koniecznych dla efektywnego działania społecznego²². Każde pojmowanie rzeczywistości jest przesycone apriorycznymi kodami, które po przyswojeniu przez jednostkę stają się „kultywowaną zdolnością”, podlegającą w oczywisty sposób nierównej dystrybucji w społeczeństwie²³.

Główną płaszczyzną przekazywania arbitralności kulturowych jest system edukacji. W jej toku narzuca się arbitralności kulturowe grupy dominującej (w tym również te, które dotyczą zdrowego stylu życia) dzieciom z innych grup. W rezultacie kultura grupy dominującej przekazywana jest jako „naturalna” i „nadrzędna”, a edukacja (i promocja zdrowia) staje się miejscem „przemocy symbolicznej”²⁴. Jak pisze Bourdieu, „rolą instytucji edukacyjnych jest organizowanie «kultu kultury», która choć oferowana jest wszystkim, w rzeczywistości zarezerwowana jest dla członków grupy dominującej”. Podkreśla się w tym kontekście wewnętrzną logikę systemu, którego obiektywną funkcją jest zachowywanie wyłącznie tych wartości, które są podstawą porządku społecznego²⁵. Tak więc, instytucje edukacyjne faworyzują tych, którzy posiadają kapitał kulturowy dominującej grupy, przy czym postępuje się tak, jakby wszystkie dzieci miały do niego równy dostęp. Występuje tu zjawisko potwierdzania wstępnych nierówności poprzez ignorowanie ich. Postrzeganie edukacji tak, *jak gdyby* przekazywała ona dziedzictwo kulturowe, będące własnością całego społeczeństwa, jest „najbardziej efektywnym filtrem w procesach reprodukcyjnych”²⁶. Nacisk na przekonania, wartości i styl życia klas wyższych i nagradzanie tych, którzy posiadają kompetencje typowe dla tych klas, stanowi podstawę reprodukcji społecznej. P. Bourdieu stawia więc fenomenologiczne pytanie, dotyczące tego, w jaki sposób edukacja (i promocja zdrowia) obiektywizuje arbitralności kulturowe, internalizując je w jednostki jako to, co „naturalne”²⁷.

²² N. Fairclough, *Language and Power*, London 1989, s. 91–92.

²³ J. Alexander, *Analytic Debates: Understanding the relative autonomy of culture*, w: J. Alexander, S. Seidman (red.), *Culture and Society. Contemporary Debates*, Cambridge 1990, s. 24.

²⁴ D. Blackledge, B. Hunt, *Sociological Interpretations...*, dz. cyt., s. 164.

²⁵ P. Bourdieu, *The School as Conservative Force: scholastic and cultural inequalities*, w: J. Eggleston, *Contemporary Research in the Sociology of Education*, London 1974, s. 40.

²⁶ R. Harker, *Bourdieu: Education and Reproduction*, w: R. Harker, Ch. Mahar, *An Introduction to the Work of Pierre Bourdieu. The Practice of Theory*, London 1990, s. 87–90.

²⁷ S. Rothstein, *Symbolic Violence: The Disappearance of Individual in Marxist Thought*, „Interchange” 1991, nr 3, s. 28.

W świetle teorii P. Bourdieu kategoria zdrowia jest ściśle związana – powtórzmy raz jeszcze – z narzucaniem przez grupy dominujące całemu społeczeństwu akceptowanych przez siebie norm w zakresie zdrowia i zdrowego stylu życia. Normy te mają zwykle charakter „zmedykalizowany” (i wynikają z biomedycznej koncepcji człowieka i jego ciała). Popularne i alternatywne koncepcje zdrowia są odrzucane i lekceważone. Innymi słowy, zdrowe jest to, co elita uważa za zdrowe, a jej poglądy kształtowane są przez „profesjonalistów”. Trzeba jednak przy tym zauważyć, że w ostatnich dekadach można zaobserwować występowanie zjawisk sprzecznych z teorią P. Bourdieu. Oto logika społeczeństwa konsumpcji prowadzi do zniesienia różnicy między kulturą „wysoką” i „niską”; mamy też coraz częściej do czynienia ze swoistym przejmowaniem przez grupy dominujące sposobów odżywiania czy innych elementów stylu życia dotychczas „zarezerwowanych” dla grup podporządkowanych.

Teoria krytyczna

Przedstawiciele myśli krytycznej odrzucają determinizm zawarty w koncepcjach reprodukcji. Kultura jest – ich zdaniem – terenem walki, na którym „podporządkowane i poddane opresji grupy stale tworzą kontrwartości, przekonania, obrazy i sposoby myślenia [...] kwestionujące dominację, niesprawiedliwość i alienację”²⁸. Zgodnie z tradycją szkoły frankfurckiej, w poglądach zwolenników teorii krytycznej jednostka jest w swoich stosunkach ze społeczeństwem zarówno „wolna”, jak i „zniewolona”, a zrozumienie istoty tej dialektyki stwarza większe możliwości w sferze upodmiotowienia i emancypacji (również i w dziedzinie promocji zdrowia)²⁹.

Teoretycy krytyczni prezentują teorię wiedzy i działania, która dąży do wyjaśniania konfliktów między jednostką i społeczeństwem w kategoriach ludzkiego działania. Prezentują oni model, który – jak pisze Roy Pellicano – „kładzie nacisk na permanentne interakcje między jednostką i szerszym kontekstem kulturowym”, w którym reprodukcja i prowadzący do emancypacji opór współistnieją ze sobą³⁰. Jednostki nie są pasywnymi odbiorcami wiedzy, lecz relatywnie autonomicznymi, „aktywnymi istotami”, zdolnymi do jej restrukturalizowania i używania do „własnych celów”. Taka sytuacja może stanowić punkt wyjścia konstruowania „języka możliwości” w sferze emancypacji, a w konsekwencji – upodmiotowienia jednostki³¹.

Znakomitym przykładem może być w tym kontekście wykorzystanie jako podstawy programów edukacji zdrowotnej koncepcji, którą sformułował jeden z czołowych przedstawicieli współczesnej myśli krytycznej – Paolo Freire. Dla P. Freire celem edu-

²⁸ Por. S. Shapiro, *Towards a Language of Educational Politics: The Struggle for a Critical Public Discourse of Education*, „Educational Foundations” 1989, nr 3, s. 81.

²⁹ R. Pellicano, *Theory and Resistance. Review Essay*, „Urban Education” 1985, nr 2, s. 224.

³⁰ Tamże.

³¹ R. Sultana, *Transition Education, Student Contestation and the Production of Meaning: Possibilities and Limitations of Resistance Theory*, „British Journal of Sociology of Education” 1989, nr 3, s. 301–302.

kacji jest „wyzwolenie człowieka” poprzez jego upodmiotowienie. Dzieje się to poprzez „ustrukturyzowany dialog”, który umożliwi wszystkim uczestnikom procesu wejście w rolę „współuczających się” i kreatorów „wspólnie pojmowanej rzeczywistości”. Zmierzają tutaj do kształtowania zdolności do „krytycznego myślenia” oraz stworzenia nawyku permanentnych interakcji między refleksją i działaniem, które przyczynią się do „zmiany” – zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. Programy promocji zdrowia, które wykorzystywały jako swoje źródło koncepcję P. Freire (uzupełnioną propozycją R.W. Rogersa), oparte były na trzech (nieliniarnych, lecz nakładających się na siebie) etapach: słuchanie – dialog – działanie. W każdym z nich rezygnowano z typowej dla przeszłości metody „orientacji na otrzymywanie informacji”. Zastępowana ona była „uczestniczącą orientacją na uczenie się”³².

Na zakończenie warto dodać, że w kontekście poglądów teoretyków krytycznych promotor zdrowia przyjmuje rolę „transformatywnego intelektualisty”. Jego działania prowadzić mają do emancypacji jednostek; ma on też wyposażać je w zdolność „mediowania” środowiska w celu zmiany *status quo*. „Transformatywni intelektualiści” powinni też kształtować „wolną indywidualną wolę” i „wolną kolektywną wolę” oraz wspomagać jednostki w kształtowaniu kompetencji w zakresie konstruktywnej krytyki społecznej³³. Krytyczna promocja zdrowia zmierza więc – powtórzmy raz jeszcze – do upodmiotowienia i w żadnym przypadku nie powinna pełnić funkcji „kontrolującej”³⁴.

Fenomenologia

Zwolennicy podejścia fenomenologicznego powstrzymują się od jakichkolwiek twierdzeń dotyczących ontologicznego statusu analizowanych zjawisk społecznych. Peter Berger i Thomas Luckman utrzymują w tym kontekście, iż zadaniem socjologii wiedzy jest analiza procesów, „za których pośrednictwem dowolny zbiór wiedzy zostaje społecznie ustanowiony jako «rzeczywistość»”; punkt ciężkości analizy spoczywa więc na tym, „co w społeczeństwie uchodzi za wiedzę”, na tym, co ludzie „«uznają» jako «rzeczywistość» w ich codziennym [...] życiu” (również w zakresie zdrowia i choroby). Krytyczne znaczenie ma w tym kontekście wiedza zdroworozsądkowa³⁵.

³² N. Wallerstein, V. Sanchez-Merki, *Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program*, „Health Education Research” 1994, nr 1, s. 106–107; tam też przedstawione są szczegóły realizacji tej koncepcji promocji zdrowia na Wydziale Medycyny University of New Mexico w Stanach Zjednoczonych (por. s. 107–115); inna – podjęta w Kalifornii – próba wykorzystania pedagogiki krytycznej w promocji zdrowia przedstawiona jest przez E. Meridith w „Health Education Quarterly” 1994, nr 3, s. 355–367.

³³ R. Pellicano, *Theory...*, dz. cyt., s. 227.

³⁴ Na temat jednego z kontekstów „kontrolującej” funkcji promocji zdrowia, a mianowicie „konstruowania konsumenta zdrowia zgodnie z modelem kapitalizmu konsumenckiego”, pisze szeroko V.M. Grace, *The Marketing of Empowerment and Construction of a Health Consumer: A Critique of Health Promotion*, „International Journal of Health Services” 1991, nr 2, s. 329–343.

³⁵ Por. P. Berger, T. Luckman, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, Warszawa 1983, s. 26, 42–43, 51.

Świat życia codziennego jest światem, który „trwa jako świat rzeczywisty” dla członków społeczeństwa. W związku z tym socjologia musi „podjąć próbę wyjaśnienia podstaw wiedzy życia codziennego, czyli obiektywizacji subiektywnych procesów (i znaczeń), które tworzą intersubiektywny świat zdrowego rozsądku”. Rzeczywistość życia codziennego „jawi się jako już zobiektywizowana”, przy czym jednostka dzieli ją z innymi członkami społeczeństwa³⁶.

Z ogromnej ilości indywidualnych symbolizacji doświadczenia społeczeństwo tworzy uniwersum dyskursu, które zawiera i obiektywizuje te symbolizacje, dostarczając jednostce „zrozumiały świat” (np. w sferze odpowiedzi na pytania: czym jest zdrowie, a czym jest choroba? co jest zdrowe, a co nie? na czym polega zdrowy styl czy tryb życia?). W ten sposób świat jest postrzegany jako rzeczywistość istniejąca niezależnie od jednostkowych preferencji. Jak pisze P. Berger, „społecznie osiągalne definicje tego świata przyjmowane jako «wiedza» o nim są nieustannie weryfikowane [...] przez sytuacje społeczne, w których ta «wiedza» jest akceptowana bez zastrzeżeń”. Tak więc, „społecznie tworzony świat staje się [...] jedynym światem rzeczywistym, który daje się naprawdę pomyśleć”. W ten sposób jednostka wolna jest od „konieczności rozważania na nowo każdego swojego kroku”. Znaczenie to „uzyskuje ona odwołując się po prostu do «zdrowego rozsądku»”³⁷.

W ramach uniwersum znaczeń znajdują się różne subuniwersa, które mają swoich zwolenników, to znaczy grupy wytwarzające dane znaczenia i traktujące je jako *realne*. Jak twierdzą P. Berger i T. Luckman, „między takimi grupami może występować konflikt lub konkurencja” (na przykład w zakresie odmiennego pojmowania zdrowia i zdrowego stylu życia). „Wraz z utworzeniem się subuniwersów znaczeń powstaje różnorodność perspektyw, przy czym w każdej z nich można oglądać całość społeczeństwa pod kątem jednego subuniwersum. Konfrontacja alternatywnych uniwersów symbolicznych wiąże się z problemem siły decydującej, która z konkurencyjnych wersji rzeczywistości «wejście w życie» w społeczeństwie”. Neutralizuje się przy tym potencjalne kwestionowanie dominującej społecznie definicji rzeczywistości za pomocą przypisywania innym definicjom „niższego statusu ontologicznego”, a w związku z tym takiego statusu poznawczego, którego nie można traktować poważnie. Niekiedy też występuje procedura włączania alternatywnych koncepcji do własnego uniwersum – za pomocą ich przełożenia na pojęcia tego uniwersum (obecnie dotyczy to na przykład medycyny ludowej). „W ten sposób negację naszego uniwersum przez dewiantów dyskretnie zamieniamy w jego afirmację”. W konkluzji P. Berger i T. Luckman piszą, iż władza w społeczeństwie jest władzą „wytwarzania rzeczywistości”³⁸.

Wszystkie przedstawione wyżej uwagi i założenia można znakomicie wykorzystać do analizy problemu zdrowia/choroby. Fenomenologia interesowałaby się odpowie-

³⁶ Tamże, s. 50, 53–55.

³⁷ P. Berger, *Tożsamość jako problem socjologii wiedzy*, w: *Problemy socjologii wiedzy*, wybór A. Chmielecki i in., Warszawa 1985, s. 482.

³⁸ P. Berger, T. Luckman, *Społeczne...*, dz. cyt., s. 140–141, 170–173, 182–183, 188.

dzią na pytanie, jakie – społecznie skonstruowane – formy wiedzy na temat zdrowia stają się w danym miejscu i czasie częścią zdroworozsądkowej wiedzy społeczeństwa. Innymi słowy, chodzi tu nie tyle o odpowiedź na pytanie, *co jest naprawdę zdrowiem* (i co jest *naprawdę zdrowe*), ile o stwierdzenie, co członkowie społeczeństwa *uważają za zdrowie* (lub *za zdrowe*). Fenomenolog próbuje opisać różnorodne, niekiedy sprzeczne ze sobą, pojęcia zdrowia i choroby. Pragnie też odpowiedzieć na pytanie, jakie historyczne i społeczne warunki spowodowały, iż określona zawartość znaczeniowa pojęć „zdrowie” i „choroba” stała się częścią zdrowego rozsądku i funkcjonuje jako *realna*. Ponadto dąży do zarysowania występujących w społeczeństwie alternatywnych – wobec obowiązujących – koncepcji zdrowia i choroby.

Pragmatyzm

Pragmatyści sprzeciwiają się dążeniom do wyjaśnienia natury rzeczywistości. Według Johna Deweya, pytanie, *czym generalnie jest rzeczywistość*, jest mało znaczące. Dewey uznaje istnienie świata fizycznego, poprzedzającego każde doświadczenie człowieka. Ponieważ jednak związki ludzi z rzeczywistością mają charakter epizodyczny, z pragmatycznego punktu widzenia każdy pogląd na świat składa się jedynie z hipotez roboczych, będących przedmiotem permanentnej weryfikacji³⁹.

Mamy tu więc do czynienia z kontekstualną koncepcją rzeczywistości: jest nią to, co jest za rzeczywistość uznawane w danym szczególnym kontekście historycznym⁴⁰ (dyskusja nie dotyczy tu świata samego w sobie, lecz naszych przekonań o świecie – także w zakresie ciała, zdrowia i choroby). Pragmatyzm koncentruje się więc na dziedzinie epistemologii, darząc małym zainteresowaniem ontologię⁴¹.

Z pragmatycznego punktu widzenia żadna prawda o świecie nie jest absolutna, odwieczna lub niezmienna – dotyczy to także zdrowia i jego promocji. Status prawdy nadawany jest ze względu na *funkcjonalność* danej formy wiedzy. Prawda stanowi dla Deweya *dynamiczną serię procesów*, za pomocą których można osiągnąć cele życiowe. Wszystko, co percypujemy w poszczególnych sytuacjach jako prawdziwe, ma charakter odwracalny. Jak pisze w tym kontekście C.G. Prado: „to, co zalicza się do wiedzy, może zmieniać się tak samo jak to, co traktuje się jako uzasadnienie przekonania”⁴².

Pragnąc znaleźć to, *co jest znaczące*, Dewey traktuje wiedzę jako *proces*, a nie jako „towar”, który może być gromadzony; niemożliwe jest *posiadanie* wiedzy lub prawdy. W konsekwencji, pragmatyści gotowi są znieść tradycyjne rozróżnienia między teorią a praktyką, między poznawaniem a działaniem⁴³. Preferują oni empiryczną teorię

³⁹ E.J. Power, *Philosophy of Education. Studies in Philosophies, Schooling and Educational Policies*, New Jersey 1982, s. 133.

⁴⁰ C.G. Prado, *The Limits of Pragmatism*, New Jersey 1989, s. 9.

⁴¹ R.D. Van Scotter, J.D. Hass, R.J. Kraft, *Foundations of Education*, Englewood Cliffs 1979, s. 43.

⁴² C.G. Prado, *The Limits...*, dz. cyt., s. 9.

⁴³ E.J. Power, *Philosophy...*, dz. cyt., s. 134.

wartości, opierającą się na „rozpoznawaniu” wartości w trakcie działania ludzkiego. Wartości oraz moralność konstituowane są społecznie i są zależne od czasu, miejsca, a także okoliczności. Gdy wartość jest zweryfikowana pozytywnie podczas refleksyjnego, inteligentnego działania, wówczas może być uznana za „korzystny standard moralny”, przy czym „filozofia moralna powinna być przedmiotem permanentnej rekonstrukcji”⁴⁴. Innymi słowy, idee mają konsekwencje, które ujawniają się w działaniu, nadając im określone znaczenie⁴⁵. W ten sposób, „pragmatyczne pojmowanie wartości nie umieszcza jej ani obiektywnie w przedmiocie, ani subiektywnie w przeżyciu emocjonalnym, ale w działaniu i przewidywaniu jego rezultatów”⁴⁶.

Z pragmatycznego punktu widzenia wiedza dotycząca zdrowia i choroby ma charakter kontekstualny. Dyskusja nie odnosi się więc nigdy do kategorii „zdrowia” i „choroby” samych w sobie, lecz do ludzkich przekonań na ich temat. Owe przekonania otrzymują status prawdziwej wiedzy wówczas, gdy są funkcjonalne – gdy sprawdzają się w praktyce. Z jednej strony, pragmatyczne podejście do problemu zdrowia i choroby koncentruje się na zagadnieniach epistemologicznych, z drugiej strony – na problemach weryfikowania zdobytej wiedzy w działaniach na rzecz podniesienia stanu zdrowia społeczeństwa.

Poststrukturalizm

Z perspektywy poststrukturalizmu istotą walki o kształt życia społecznego jest wytwarzanie znaczeń. Dyskursywna walka o znaczenia (i narzucanie ich jako obowiązujących) jest związana z dążeniem do uprawomocnienia w społeczeństwie określonych „wersji rzeczywistości”, kosztem wersji alternatywnych. Jednocześnie walka o świadomość (dotycząca tego, co uważa się za rzeczywistość) jest niczym innym jak walką o społeczny kształt tego, co uważa się za „normalne” i „naturalne” – również w zakresie zdrowia/choroby. Procesy definiowania i wykluczania – poprzez całą gamę „różnicowania” – stanowią także wstępny warunek socjalizacji oraz utrzymania porządku społecznego⁴⁷.

Decydujące dla kształtu życia społecznego jest więc kontrolowanie sposobów poznawania, bowiem to one właśnie stanowią podstawę wytwarzania tożsamości i stosunków społecznych oraz tego, co uważa się za rzeczywistość (na przykład w każdym społeczeństwie trwa nieustanna walka o kształt poczucia szczęścia, sukcesu życiowego, samorealizacji, wolności – jest ono definiowane w trakcie dyskursywnej walki, której rezultatem jest przyjęcie przez ludzi – jako „normalnego” – określonego zakresu znaczeniowego tych pojęć)⁴⁸.

⁴⁴ Tamże, s. 135–136.

⁴⁵ R.D. Van Scotter, J.D. Hass, R.J. Kraft, *Foundations...*, dz. cyt., s. 42–43.

⁴⁶ K. Sońnicki, *Rozwój pedagogiki zachodniej na przełomie XIX i XX wieku*, Warszawa 1967.

⁴⁷ R.H. Brown, *Rhetoric, Textuality and the Postmodern Turn in Sociological Theory*, „Sociological Theory” 1990, nr 2, s. 191–193; por. też M. Apple, *Official Knowledge. Democratic Education in a Conservative Age*, New York 1993, s. 58.

⁴⁸ Z. Melosik, *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Poznań–Toruń 1995, s. 48.

Jednym z kluczowych pojęć Foucaultowskiej dyskursywnej analizy rzeczywistości społecznej jest „prawda”. Poststrukturalizm rezygnuje z modernistycznej koncepcji absolutnej prawdy. Badacze twierdzą, iż jest ona nieuprawomocniona, ponieważ wiedza leżąca u podstaw prawdy jest zawsze i wszędzie częścią dyskursu, który ma charakter warunkowy i partykularny⁴⁹. Pojęcia prawdy i wiedzy zostały w radykalny sposób zdekonstruowane; odtąd warunki ich „tworzenia” i „urzeczywistniania” są widziane jako integralna część ich partykularnego zakresu⁵⁰. W konsekwencji są one związane nieodłącznie z występującymi w danym społeczeństwie stosunkami władzy.

Utrata przez prawdę i wiedzę esencjalistycznego i absolutystycznego charakteru przynosi konsekwencje w postaci uznania za konstrukty społeczne całego szeregu pojęć i kategorii. Dotyczy to również „ciała” i „zdrowia”.

Poststrukturalizm rezygnuje z renesansowej tradycji postrzegania ciała wyłącznie jako „systemu mięśni, kości, nerwów i organów, które stanowią transhistoryczną i transkulturową całość”. Uważa się, że determinizm biologiczny utrudnia postrzeganie ciała w kontekstach kulturowych i społecznych. W związku z tym podejście poststrukturalne podejmuje problem kulturowych sposobów konstruowania i przekształcania ciała⁵¹. Jak pisze Iain Chambers, „ciało staje się strefą plastyczną, przecinaną przez wielorakie dyskursy, konstruowaną przez różne języki, rytmy i miejsca”⁵².

W każdym społeczeństwie trwa walka o kontrolowanie znaczeń ciała. Dotyczy ona zakresiania granic odpowiedzi na pytanie: czym ciało – w swoim kulturowym wymiarze – jest i czym się może stać? Walka ta jest przy tym o tyle ważna, że – jak ujmuje to John Fiske – to właśnie ciało jest płaszczyzną, na której „to, co społeczne, jest najbardziej przekonująco reprezentowane jako to, co indywidualne, i gdzie polityka może być najlepiej zamaskowana jako natura”⁵³.

Podobny charakter ma pojęcie zdrowia. Z perspektywy poststrukturalnej w każdym społeczeństwie istnieje swoista rywalizacja różnych odpowiedzi na pytanie, czym jest zdrowie i jak je kształtować. Akademickie dyskursy i badania naukowe w tej dziedzinie splatają się z wiedzą potoczną i różnego typu „magicznymi” propozycjami. To, co uważane jest za „zdrowe” w jednym czasie, miejscu i kulturze, traci taki status w innym miejscu i epoce. Społeczne sposoby postrzegania zdrowego trybu i stylu życia są tak różnorodne i wewnętrznie sprzeczne, iż trudno jest znaleźć w tej dziedzinie jakąkolwiek logikę.

W kontekście założeń poststrukturalizmu konieczna jest odpowiedź na pytania: dlaczego w danym miejscu i czasie dominują takie, a nie inne sposoby postrzegania „ciała” i problemu „zdrowia”? jakie jest źródło wyłaniania się nowych dyskursów w tym zakresie? dlaczego ludzie zmieniają (niekiedy radykalnie) swoje poglądy na ten temat?

⁴⁹ Por. S. Shapiro, *Postmodernism and the Crisis of Reason: Social Change or the Drama of Aesthetic?*, „Educational Foundations”, Fall 1991, s. 60.

⁵⁰ Por. J. Knight, R. Smith, J. Sachs, *Deconstructing hegemony: multicultural policy and a populist response*, w: S. Ball (red.), *Foucault and Education. Disciplines and Knowledge*, London 1990, s. 133.

⁵¹ Por. D. Kirk, *The Body, Schooling and Culture*, Geelong 1993, s. 2–3.

⁵² I. Chambers, *Migrancy, Culture, Identity*, London 1994, s. 23.

⁵³ J. Fiske, *Understanding Popular Culture*, London 1989, s. 70.

Wnioski

Celem powyższych rozważań nie było ustalenie, która z „prezentowanych” koncepcji jest „najlepsza”. Wydaje się, że mogą być one postrzegane – przynajmniej do pewnego stopnia – jako komplementarne wobec siebie. Trzeba zauważyć, że niektóre z nich mają charakter analityczny, podczas gdy inne prezentują określoną ideologię społeczną, otwarcie opowiadającą się za określonym sposobem promowania zdrowia. Każdy z nas stworzyć sobie może „małą”, „prywatną” koncepcję promocji zdrowia – eklektyczną lecz wartościową, w kontekście osobistym i codziennym. Co łączy te koncepcje (poza funkcjonalizmem strukturalnym), to „przekroczenie” *stricte* biomedycznej koncepcji zdrowia i człowieka.

Dyskursy zdrowia i kultura popularna

Kultura popularna stanowi lekceważoną i zaniedbaną sferę, zarówno w dziedzinie edukacji w szkołach, jak i w promocji zdrowia. A przecież należy zgodzić się z Lawrence’em Grossbergiem, iż kultura ta stanowi potężny czynnik socjalizacji, jest jednym z najważniejszych sposobów wykorzystywanych przez ludzi do nadania sensu sobie samym, swojemu życiu i światu⁵⁴. To ona też w dużej mierze kształtuje tożsamość młodego pokolenia. Popularne teksty i bohaterowie są źródłem tworzenia poczucia wspólnoty i podejmowanych przez młodzież praktyk kulturowych⁵⁵. Kultura popularna stanowi więc potencjalnie bardzo konstruktywną płaszczyznę działania, zarówno dla pedagogów, jak i promotorów zdrowia. Trudno zrozumieć, dlaczego tak rzadko się to dostrzega. Może ze względu na – aby użyć określeń L. Grossberga – jej „natchmiaszowość” i „radość”, jej rzeczywistą popularność? Kultura popularna stanowi miejsce odpoczynku, prywatności, źródło przyjemności, namiętności i emocji⁵⁶. Może właśnie (paradoksalnie) dlatego uznawana jest za „niepoważną” i w punkcie wyjścia niepedagogiczną?

Septyczne podejście do kultury popularnej utrudnia w znaczącym stopniu możliwości oddziaływania pedagogów i promotorów zdrowia. Raz jeszcze starają się oni „wnieść” w świadomość młodzieży to, co „właściwe” i „wartościowe”. W rezultacie wytwarza się luka między doświadczeniami i oczekiwaniami młodego pokolenia a ofertą pedagogiczną, która w konsekwencji jest po prostu odrzucana.

W tym kontekście stwierdzić można, że przed promocją zdrowia i edukacją zdrowotną stoją dwa zasadnicze zadania. Po pierwsze, istotne wydaje się być kształtowanie

⁵⁴ L. Grossberg, *We gotta get out of this place. Popular conservatism and postmodern culture*, New York 1992, s. 69; roli kultury popularnej w społeczeństwach współczesnych poświęcone są dwie moje książki: *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne* (Poznań–Toruń 1996) oraz *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji* (Poznań–Toruń 1995).

⁵⁵ Por. Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 18.

⁵⁶ Tamże, s. 78–79.

wśród kandydatów na promotorów zdrowia wrażliwości na popularne trendy w kulturze współczesnej, które mają zasadniczy wpływ zarówno na codzienne sposoby postrzegania zdrowia i choroby, jak i na praktyki podejmowane przez jednostki w tej dziedzinie. Moda, muzyka, reklama, sport, popularne czasopisma i programy telewizyjne – to sfery szczególnie ważne w tym zakresie. Po drugie, istotne wydaje się być także rozwijanie intelektualnych kompetencji w sferze krytycznej analizy dyskursów zdrowia zawartych w tekstach kultury popularnej. W tym przypadku punktem wyjścia jest porzucenie postawy moralizatora, który „wszystko wie lepiej”. Pamiętać należy przy tym, że promotor zdrowia nie może – w interakcjach z młodzieżą – zredukować go do wskaźników biomedycznych. Istotna jest też świadomość, iż w życiu codziennym zdrowie jest tym, co ludzie za zdrowie uważają (jakkolwiek trywialne czy sprzeczne z wiedzą medyczną byłyby ich poglądy). Decydującą rolę odgrywają w tym kontekście popularne mity, przesady, stereotypy i zwyczaje, jak również wyłaniające się popularne trendy kulturowe.

Można w tym miejscu przedstawić cztery możliwe fazy procesu (re)konstruowania postaw zdrowotnych młodzieży⁵⁷. Pierwsza z nich polegałaby na – dokonywanej wspólnie z młodzieżą – interpretacji tych tekstów kultury popularnej, które odnoszą się do problemu ciała i zdrowia. Przykładem mogą być tutaj zdjęcia wysokich supermodelek o anorektycznym ciele czy reklamy McDonald's. Faza ta ma charakter fenomenologiczny i zawiera opis odpowiedzi na tekst, który preferuje sama młodzież. Określa się tutaj relacje między subiektywną jednostką a tekstem w kategoriach doświadczenia i percepcji tej jednostki – na przykład może ona postrzegać wspomniane wyżej modelki jako ideały urody bądź „wytwory” niemal patologiczne; może uważać, że McDonald's daje możliwość radosnego spędzenia czasu w trakcie konsumpcji pożywnego jedzenia bądź traktować go jedynie jako kolorową – i niezdrową – iluzję. Fenomenologia jest jednak jedynie punktem wyjścia. Faza druga polegałaby na dekonstruowaniu stosunku jednostki do tekstu – po to, aby umieścić go w kontekście wpływów społecznych i historycznych. Dzięki temu uzyskuje się wiedzę dotyczącą stopnia, do którego odpowiedź jednostki na tekst jest rezultatem – z jednej strony – jej partykularnej biografii, a z drugiej – przekazu zawartego w samym tekście. I tak na przykład, jeśli dana osoba ma nadwagę lub funkcjonuje w środowisku preferującym wzorowanie się na bohaterkach kultury popularnej (takich jak modelki, aktorki, piosenkarki), wówczas jej fascynacja superszczupłą sylwetką jest logiczna. Z kolei, jeśli młody człowiek uważa amerykański styl życia za „najlepszy z możliwych”, to wówczas jego pozytywna percepcja McDonald's jest bardzo prawdopodobna. W fazie tej próbuje się też określić – wspólnie z młodzieżą – jakie warunki kulturowe i społeczne zadecydowały o wzrastającym primacie szczupłego ciała oraz popularności McDonald's. W fazie trzeciej wykreśla się konteksty, w których stosunki między jednostkami a tekstami uzyskują swoje wymiary afektywne i praktyczne. Istotą byłoby tu na przykład okre-

⁵⁷ Por. Z. Melosik, *Postmodernistyczne...*, dz. cyt., s. 239.

ślenie potencjalnych konsekwencji akceptacji przez jednostkę ciała supermodelki jako ideału (jedną z nich byłoby przejście na wyniszczającą organizm dietę) czy fascynacji McDonald's. Faza czwarta polega na wypracowywaniu – wspólnie z młodzieżą i na podstawie wynegocjowanych kryteriów – strategii odpowiedzi na tekst. Chodziłoby więc na przykład o odpowiedź na pytanie, w jaki sposób można być atrakcyjną kobietą i jednocześnie zachować umiar w walce z kilogramami, czy też w jaki sposób można prowadzić akceptowany wśród rówieśników styl życia, a jednocześnie nie opierać swojej diety głównie na „fast food”.

W takiej sytuacji promotor zdrowia nie próbuje stać się „niekwestionowanym autorytetem”, który posiada „absolutną wiedzę” o tym, co właściwe i zdrowe. Dąży on natomiast do poznania marzeń i aspiracji młodzieży – po to, aby umieścić w akceptowanych przez młodzież kontekstach swoje próby (re)konstruowania jej postaw zdrowotnych.

Zakończenie

Współczesny człowiek żyje w wielu rzeczywistościach jednocześnie. Jego świat jest sfragmentaryzowany. Dobrze wykazać można to na przykładzie Polski. Mamy tu tradycyjną rzeczywistość religijną wraz z tym jej centrum, jakim jest Kościół katolicki, rzeczywistość liberalną wraz z ideą (niekiedy bardzo zdecydowanej) walki o sukces życiowy, a także ciągle żywą rzeczywistość socjalistyczną – z przekonaniem o konieczności „równości”. Koncepcja „wejścia do Europy” jest konfrontowana z ideologiami nacjonalistycznymi, a romantyczne i pozytywistyczne tradycje – ze zjawiskami amerykanizacji czy westernizacji. Mass media wprowadzają nas w kolorowy świat marzeń i iluzji, a komputery w rzeczywistość wirtualną. Potrafimy jednocześnie czytać Dostojewskiego i brukowe czasopisma, słuchać Mozarta i muzyki rapowej, jeść „u mamy”, w McDonald's czy w restauracji chińskiej. „Wszystko miesza się ze wszystkim”. Obejmuje to także sferę zdrowia i choroby. Dyskursy naukowe i medyczne mieszają się z popularnymi przekonaniami i mitami. Stajemy nieustannie w obliczu sprzecznych stanowisk i opinii (masło czy margaryna?). W rezultacie trudno jest oczekiwać, abyśmy – w sferze zdrowia i choroby – postępowali logicznie i racjonalnie. Oczekiwać jednak należy, że będziemy (choćby) świadomi naszych wyborów i przyczyn braku racjonalności i logiki w naszych sposobach myślenia i podejmowanych praktykach społecznych. Jest to bowiem nieodzowny punkt wyjścia każdej zmiany.

LITERATURA

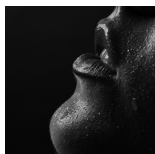
- ALEXANDER J., *Analytic Debates: Understanding the relative autonomy of culture*, w: J. Alexander, S. Seidman (red.), *Culture and Society. Contemporary Debates*, Cambridge: Cambridge University Press, 1990

- BAUMAN Z., *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Toruń: UMK, 1995
- BERGER P., *Tożsamość jako problem socjologii wiedzy*, w: *Problemy socjologii wiedzy*, wybór A. Chmielecki i in., Warszawa: PWN, 1985
- BERGER P., LUCKMAN T., *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*, przeł. J. Niznik, Warszawa: PIW, 1983
- BIAŁYSZEWSKI H., *Wstęp do wydania polskiego*, w: T. Parsons, *Szkice z teorii socjologicznej*, przeł. A. Bentkowska, Warszawa: PWN, 1972
- BLACKLEDGE D., HUNT B., *Sociological Interpretations of Education*, London: Croom Helm, 1985
- BOURDIEU P., *The School as Conservative Force: scholastic and cultural inequalities*, w: J. Eggleston, *Contemporary Research in the Sociology of Education*, London: Methuen, 1974
- BOWLES S., GINTIS H., *Schooling in Capitalist America. Educational Reform and the Contradictions of Economic Life*, New York: Basic Books, 1976
- BROWN R.H., *Rhetoric, Textuality and the Postmodern Turn i Sociological Theory*, „Sociological Theory” 1990, nr 2
- CAPLAN R., *The Importance of Social Theory for Health Promotion: From Description to Reflexivity*, „Health Promotion International” 1993, nr 2, s. 147–157
- CAPRA F., *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*, przeł. E. Woydyło, Warszawa: PIW, 1987
- CHAMBERS I., *Migrancy, Culture, Identity*, London: Routledge, 1994
- CHAROŃSKA E., *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej, 1997
- FAIRCLOUGH N., *Language and Power*, London: Longman, 1989
- FISKE J., *Understanding Popular Culture*, London: Routledge, 1989
- GRACE V.M., *The Marketing of Empowerment and Construction of a Health Consumer: A Critique of Health Promotion*, „International Journal of Health Services” 1991, nr 2, s. 329–343
- GROSSBERG L., *We gotta get out of this place. Popular conservatism and postmodern culture*, New York: Routledge, 1992
- HARKER R., *Bourdieu: Education and Reproduction*, w: R. Harker, Ch. Mahar, *An Introduction to the Work of Pierre Bourdieu. The Practice of Theory*, London: Macmillan, 1990
- HURN C., *The Limits and Possibilities of Schooling. An Introduction to the Sociology of Education*, Boston, MA: Allyn and Bacon, 1978
- ILLICH I., *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Boyars, 1976
- KIRK D., *The Body, Schooling and Culture*, Geelong: Deakin University Press, 1993
- KNIGHT J., SMITH R., SACHS J., *Deconstructing hegemony: multicultural policy and a populist response*, w: S. Ball (red.), *Foucault and Education. Disciplines and Knowledge*, London: Routledge, 1990
- LAKOMSKI G., *On Agency and Structure. Pierre Bourdieu and Jean-Vlaude Passeron's Theory of Symbolic Violence*, „Curriculum Inquiry” 1984, nr 2
- LOWELL L., *Every Silver Lining Has a Cloud: The Limits of Health Promotion*, „Social Policy” 1987, s. 57–60
- MEIGHAN R., *A Sociology of Educating*, London: Cassell, 1986
- MEŁOSIK Z., *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Poznań–Toruń: Edytor, 1995
- MEŁOSIK Z., *Współczesne amerykańskie spory edukacyjne. Między socjologią edukacji a pedagogiką postmodernistyczną*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 1995
- MEŁOSIK Z., *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*, Poznań–Toruń: Edytor, 1996
- MERCER B., COVEY H.C., *Theoretical Frameworks in the Sociology of Education*, Cambridge: Schenkman Book, 1980
- MERIDITH E., „Health Education Quarterly” 1994, nr 3, s. 355–367
- PELLICANO R., *Theory and Resistance. Review Essay*, „Urban Education” 1985, nr 2
- POWER E.J., *Philosophy of Education. Studies in Philosophies, Schooling and Educational Policies*, New Jersey: Prentice Hall, 1982

- PRADO C.G., *The Limits of Pragmatism*, New Jersey: Humanities Press International, 1989
- ROMAN E., *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesów socjalizacji młodzieży*, „Forum Oświatowe” 1994, nr 1
- ROTHSTEIN S., *Symbolic Violence: The Disappearance of Individual in Marxist Thought*, „Interchange” 1991, nr 3
- SHAPIRO S., *Towards a Language of Educational Politics: The Struggle for a Critical Public Discourse of Education*, „Educational Foundations” 1989, nr 3
- SHAPIRO S., *Postmodernism and the Crisis of Reason: Social Change or the Drama of Aesthetic?*, „Educational Foundations”, Fall 1991
- SHIRLEY D., *A Critical Review and Appropriation of Pierre Bourdieu’s Analysis of Social and Cultural Reproduction*, „Journal of Education” 1986, nr 2
- SOŚNICKI K., *Rozwój pedagogiki zachodniej na przełomie XIX i XX wieku*, Warszawa: PZWS, 1967
- SULTANA R., *Transition Education, Student Contestation and the Production of Meaning: Possibilities and Limitations of Resistance Theory*, „British Journal of Sociology of Education” 1989, nr 3
- VAN SCOTTER R.D., HASS J.D., KRAFT R.J., *Foundations of Education*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979
- WALLERSTEIN N., SANCHEZ-MERKI V., *Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program*, „Health Education Research” 1994, nr 1

AGNIESZKA CYBAL-MICHALSKA

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



TOŻSAMOŚĆ W PONOWOCZESNOŚCI – PRZYCZYNEK DO REFLEKSJI NA TEMAT SPOŁECZNEJ KONSTRUKCJI OBRAZU CIAŁA

Postępujący proces globalnej „ekumeny kulturowej” (U. Hannerz), utożsamiany z fragmentaryzacją, ambiwalencją i wieloznacznością w różnych sferach życia społecznego oraz utratą i permanentną zmianą jednostkowych punktów odniesienia, aktualizuje problem dynamiki zmiany natury tożsamości, który zwrotnie na niego oddziałuje¹.

Permanentny charakter zmiany społecznej można próbować rozpoznać i zinterpretować poprzez percepcję owych zmian „na poziomie, na którym jednostka ludzka kształtuje swoje odniesienia”², aktualizując wiedzę o sobie, o świecie, poszukuje odzworowań, co nie pozostaje bez wpływu na autodefinicję podmiotu społecznego, którego życie w ponowoczesności nierzadko „ucieleśnionym” bywa. Globalny i globalny charakter dynamicznych przemian społecznych implikuje konceptualizowanie się zróżnicowanych oraz elastycznych, zmiennych i otwartych form indywidualnej i zbiorowej tożsamości³. W tym sensie „tożsamość jako kategoria chwytająca zarówno aspekt podobieństwa (identyczności), jak i różnicy jednostek i grup społecznych

¹ *Stricte* globalny dyskurs nad ciągłą konstrukcją i rekonstrukcją tożsamości oraz kondycją młodego człowieka, żyjącego w wieloznacznej i ambiwalentnej ponowoczesnej rzeczywistości, został przez autorkę podjęty w pracy *Tożsamość młodzieży w perspektywie globalnego świata* (Poznań 2006). Na relacyjny charakter tożsamości zwraca uwagę A. Kłoskowska, podkreślając, iż „[...] nie można oddzielić rozwoju jednostkowego od zmian, jakie mają miejsce w społeczeństwie, jak i nie można rozdzielić kryzysu tożsamości w życiu jednostki i równoczesnych kryzysów rozwoju historycznego. Kultura, historia, wpływają na konstruowanie tożsamości jednostki, a kryzys tożsamości może być związany nie tylko z walką wewnętrzną, ale także ze wstrząsami zewnętrznego świata i konfliktem ze społeczeństwem” (A. Kłoskowska, *Kultura narodowa i narodowa identyfikacja*, w: tejże (red.), *Oblicza polskości*, Warszawa 1990, s. 175).

² B. Misztal, *Teoria socjologiczna a praktyka społeczna*, Kraków 2000, s. 144, patrz też: s. 151–164.

³ Patrz: J.A. Scholte, *Globalization. A critical introduction*, New York 2005, s. 224–231.

okazuje się zatem trafiać w sedno toczącego się współcześnie teoretycznego dyskursu⁴ nad tym, co globalne (uniwersalne) i lokalne (partykularne), albowiem „po raz pierwszy w historii ludzkości tożsamość i społeczeństwo połączone są w globalnym środowisku”⁵.

Charakter procesów globalizacyjnych, odzwierciedlający pluralizm, wieloznaczność, epizodyczność, sfragmentaryzowanie, nową konfigurację lokalności i globalności, wywołuje liczne konsekwencje dla konstytuowania się indywidualnej (osobistej i społecznej) tożsamości podmiotu. Niejednoznaczność konceptualizacji świata i swojego miejsca w świecie „wyłuskuje tożsamość z jej wcześniejszego, pewnego lokalnego kontekstu”, ale – jak podkreśla Anthony Giddens – globalizacja, dokonując „swoistej inwazji w lokalność [...], nie prowadzi do zniszczenia lokalnych kontekstów; wprost przeciwnie, nowe formy lokalnej tożsamości kulturowej i autoekspresji są przyczynowo związane z procesami globalizacji”⁶. W „nieciągłej czasoprzestrzeni i niejednorodnym systemie znaczeń kulturowych”⁷ staje się praktyką poznawczą, opartą na permanentnym, indywidualnym eksperymentowaniu. Ponowoczesność otwiera przed jednostką wachlarz licznych możliwości autokreacji, a tożsamość staje się elastycznym systemem odniesień. Zasadne wydaje się postawienie pytań, czy pejzaż ponowoczesnego świata sprzyja konceptualizacji dojrzałej tożsamości jednostkowej oraz czy pojedynczy człowiek może być przygotowany do permanentnej autokreacji, gwarantującej satysfakcjonujące przeżywanie własnej osoby i swojego miejsca w ponowoczesnej rzeczywistości? Rozważania Zygmunta Baumana udzielają częściowej odpowiedzi na postawione pytania. Inspiracją do dalszych rozważań i badawczych eksploracji jest sformułowana przez autora teza, że „potrzeba konstruowania, przerabiania i uaktualniania tożsamości łączy wszystkich mieszkańców ruchliwego świata, zaś zdolność w zaspokajaniu tej potrzeby, choćby w minimalnym stopniu, dzieli ich, a być może wręcz polaryzuje układ społeczny”⁸.

Globalizacja utożsamiana z „wielością światów” (Z. Bauman), jak podkreśla Bronisław Misztal, „zmieniła naturę «tożsamości», obnażyła ją i wyłuskała z kontekstu roli społecznej, uwolniła od roli determinującego wpływu i odarła z pewności [*certainty*], jaka się wiązała z konstruowaniem tożsamości w warunkach społeczeństwa przemysłowego”⁹, co wskazuje na szczególną aktualność pytań o sens i zakres pojęcia tożsamości oraz rodzi konieczność poszukiwania odpowiedzi na temat możliwości i zdolności podmiotu do kreowania swojej tożsamości i kształtowania koncepcji własnego Ja również poprzez kreowanie własnego wizerunku¹⁰. Dynamika zmian w płasz-

⁴ M. Kempny, *Globalizacja kultury i ulokowanie tożsamości? Procesy kulturowe w teoretycznym dyskursie współczesnej socjologii*, w: A. Jawłowska (red.), *Wokół problemów tożsamości*, Warszawa 2001, s. 97–98.

⁵ A. Giddens, podają za: B. Misztal, *Teoria socjologiczna...*, dz. cyt., s. 156.

⁶ A. Giddens, podają za: M. Kempny, *Globalizacja kultury...*, dz. cyt., s. 93.

⁷ B. Misztal, *Teoria socjologiczna...*, dz. cyt., s. 157.

⁸ Z. Bauman, *Tożsamość – jaka była, jest i po co?*, w: A. Jawłowska (red.), *Wokół problemów...*, dz. cyt., s. 14.

⁹ B. Misztal, *Teoria socjologiczna...*, dz. cyt., s. 144–145.

¹⁰ W społecznie konstruowanej przestrzeni kulturowej, zdominowanej przez tendencje indywidualistyczne, rdzeniem tożsamości jest zarówno autobiografia (szczególną rolę przypisuje się interpretacji

czyźnie społeczno-kulturowej implikuje zmiany w tożsamościowych aspektach życia społecznego, w jakich jednostka poszukuje i dookreśla siebie.

Wraz z refleksją nad permanentną zmianą warunków psychospołecznej egzystencji jednostki w społeczeństwie późnej nowoczesności nasiliła się tendencja do definiowania tożsamości jako nieustannego, ciągle formowanego na nowo procesu¹¹. W koncepcji postmodernistycznej kwestionuje się istnienie trwałej tożsamości. Jednostka może sama decydować o tym, kim jest, kim chce być i stać się tym, kim chce, ma możliwość i potrafi zostać, pozostając wierna samej sobie¹². W metaforycznym ujęciu Z. Baumana, tożsamość przypomina „lekki płaszcz, który można w dowolnym momencie zrzucić z ramion i zamienić na inny”¹³. Zgodnie z założeniami tej orientacji, jednostka nie ma względnie trwałej koncepcji siebie, a jeśli w swojej dotychczasowej biografii ma poczucie trwałego „Ja”, to – jak konstatuje S. Hall – dlatego, że „wymyślamy siebie», że konstruujemy swój wizerunek, opowiadkę na własny temat, dzięki której odczuwamy komfort psychiczny i mamy poczucie zasadniczej niezmienności trwania naszego Ja”¹⁴.

Dla partycypujących w chybotliwej rzeczywistości jednostek i grup społecznych znalezienie odpowiedzi na pytania: „kim jestem?”, „kim się staję?”, nabierają szczególnego znaczenia i okazują się być coraz trudniejsze do sprecyzowania.

Kiedy ludzie zaczynają mówić, „jak to dobrze mieć tożsamość”, znaczy to najpewniej, że zwątpili, czy aby na pewno ją mają i nie bardzo wiedzą, co należałoby zrobić, by ją mieć. Tymczasem mieć tożsamość, to nie czuć potrzeby zastanawiania się nad nią. Świadomość czy potrzeba posiadania tożsamości pojawiają się wówczas, kiedy okazuje się, że odpowiedź na pytania „kim jestem?” i „gdzie należę?” – co w praktyce wychodzi na jedno – wcale nie jest jasna ani prosta¹⁵.

Jednostki i społeczeństwa stają wobec dylematu samookreślenia się, wyostrożonego poszukiwania tożsamości, która jest „zadaniem do wykonania i zadaniem, przed jakim nie ma ucieczki”¹⁶. Konstruowanie tożsamości ma charakter twórczy, a w warunkach późnej nowoczesności staje się elastycznym i otwartym procesem poszukiwania identyfikacji. W obrębie teoretycznego dyskursu akcent pada nie tylko na pytanie o istotę tożsamości (czym jest i jak definiowana jest tożsamość), ale również – a może przede wszystkim – na problem „w jaki sposób tożsamość się tworzy i zmienia”¹⁷ w zależności od kontekstu. Ponieważ „zadomawiamy się w drodze” (J. Clifford),

przez jednostkę jej własnej historii), i jak „każda inna sformalizowana narracja, jest to coś, co musi zostać wypracowane i co naturalną kolej rzeczy wymaga twórczego wkładu” i refleksyjnego podejścia do własnej biografii (A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, Warszawa 2001, s. 107).

¹¹ E. Wnuk-Lipiński, *Świat międzyepoki*, Kraków 2004, s. 207–209.

¹² C. Taylor, *Źródła współczesnej tożsamości*, w: K. Michalski (red.), *Tożsamość w czasach zmiany. Rozmowy w Castel Gandolfo*, Kraków–Warszawa 1995, s. 9–21.

¹³ Z. Baumann, podają za: B. Misztal, *Teoria socjologiczna...*, dz. cyt., s. 150.

¹⁴ S. Hall, podają za: E. Wnuk-Lipiński, *Świat międzyepoki*, dz. cyt., s. 209.

¹⁵ Z. Bauman, *Tożsamość – jaka była...*, dz. cyt., s. 8.

¹⁶ Z. Bauman, *Dwa szkice o moralności ponowoczesnej*, Warszawa 1994, s. 9.

¹⁷ A. Jawłowska, *Tożsamość na sprzedaż*, w: tejże (red.), *Wokół problemów...*, dz. cyt., s. 54.

[...] nie o to więc już idzie, by odkryć w sobie dane raz na zawsze powołanie, lub by cierpliwie i wytrwale, piętro po pięttrze i cegła po cegle, budować swe jestestwo, swą tożsamość – ale o to, by „nie dać się zdefiniować”; by każda przybrana tożsamość była szatą, a nie skórą, by zbyt ściśle do ciała nie przylegała, by można było, gdy zajdzie potrzeba lub przyjdzie chęć, pozbyć się jej równie łatwo, jak się zdejmuje przepoconą koszulę. Krzepka, solidnie zbudowana tożsamość częściej okazuje się kulą u nogi niż parą skrzydeł. Ponowoczesna strategia życiowa każe unikać jak ognia wszystkiego, co to raz na zawsze, na wieki wieków, aż śmierć nas rozdzieli¹⁸.

A jeśli dodać do tego ponowoczesną refleksję ujętą w pytania retoryczne postawione przez Z. Baumana:

A co, jeśli przyjąć, że ciało ludzkie, podobnie jak myśli i uczucia, jest wystawione na działanie społeczeństwa? [...] Że ciało [...] jest wytworem społecznym i że sens „bycia wytworem” ma swoją historię w przypadku ciała, podobnie jak ma ją w przypadku myśli i uczuć?¹⁹

Czy „przyptywy i odpływy” (M. O’Brien) wymiaru tożsamościowego jednostki nie będą wówczas uwarunkowane kontekstem „społecznych znaczeń ciała, wpisywanych w nie kształtów i konturów, kolorów oraz różnorodnych symboli”?²⁰

Aby zobrazować dyskursywny charakter tożsamości, Stuart Hall proponuje, by „płynnymi” nazywać raczej identyfikacje, a nie tożsamości, wskazując tym samym na odmienny semantyczny sens obu pojęć. Identyfikacja jest procesem dyskursywnym, „[...] bez fundamentu, który może postępować we wszystkich kierunkach, z których żaden nie jest do końca wyznaczony przez warunki początkowe [...]”. Identyfikacja nie jest zdeterminowana, bo można ją zawsze «zdobyć» albo «stracić», «zatrzymać» albo «zarzucić». Identyfikacja okazuje się ostatecznie względna i zdana na przygodność²¹. Konceptualizacja jakościowo nowego ujęcia problematyki tożsamości i identyfikacji, pojęć często używanych zamiennie na określenie wyobrażeń, przekonań i świadomości tego, kim jestem, wskazuje na wielowymiarowy charakter humanistycznego dyskursu, który łączy w sobie implikacje interdyscyplinarnego dialogu i stwarza potrzebę przegądu teoretycznych refleksji nad sposobami rozumienia tożsamości oraz wyznacznikami procesu jej kształtowania.

¹⁸ Z. Bauman, *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Warszawa 2000, s. 143, tożsamość rozumiana procesualnie, kontekstowo i dynamicznie, czyni tożsamość „płynną” w metaforycznym sensie. M. O’Brien podaje jednak w wątpliwość metaforę płynności tożsamości i wskazuje na jej ograniczony zasięg interpretacyjny. Metafora płynnej tożsamości „prowadzi do błędnej interpretacji podstawowych symptomów upozorowania tożsamości, które nie ustępują mimo zachodzących, pozornie kluczowych, zmian społecznych i ekonomicznych”. M. O’Brien, *Esej o płynnej tożsamości*, w: A. Jawłowska (red.), *Wokół problemów...*, dz. cyt., s. 31. Autor podkreśla fakt, iż „przyptywy i odpływy identyfikacji są w znaczącym stopniu strukturywane przez te same uwarunkowania i konteksty, które stanowiły przedmiot zainteresowania socjologii od ponad wieku: władzę, oczekiwania związane z rolą, ramy normatywne etc.” (tamże).

¹⁹ Podaję za: Z. Melosik, *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków 2010, s. 9.

²⁰ Tamże, s. 11.

²¹ S. Hall, podaję za: Z. Bauman, *Tożsamość – jaka była...*, dz. cyt., s. 13. W ujęciu Z. Baumana, identyfikacja „realizuje się przez dyskurs, a tożsamości, jakie kształtują się w ten sposób, nie miałyby miejsca, gdyby nie dyskurs” (podaję za: B. Misztal, *Teoria socjologiczna...*, dz. cyt., s. 143).

Sens pojęcia tożsamości (*identity*) ma charakter dialektyczny, to znaczy, że istnieje tylko w powiązaniu ze swoim przeciwieństwem, odmiennością. Można zatem uznać, iż w procesie kształtowania tożsamości odmiennosc pojawia się przed ową tożsamością i determinuje proces poszukiwania identyfikacji, czyli utożsamiania się z wybranymi zinterioryzowanymi i zinternalizowanymi wartościami kulturowymi. W kontekście dominującej roli popkultury istotnym „budulcem” autoidentyfikacji człowieka ponowoczesności będzie kult ciała i młodości. Tożsamość nie może być ukształtowana bez odmienności. Fakt ten przemawia za sensownością tezy o związku pomiędzy „obrazem ciała a obrazem siebie”²² i podkreśleniem własnej odrębności od otoczenia w sensie fizycznym. Ponowoczesny charakter rzeczywistości społeczno-kulturowej sprawia, że jednostka jest coraz bardziej świadoma roli, jaką odgrywa ciało w codziennym życiu społecznym²³. Zdaniem G. Therborna, na proces formułowania tożsamości składają się trzy fazy: różnicowanie, krystalizowanie własnego wizerunku i rozpoznawanie przez innych²⁴. Ważkim elementem autoidentyfikacji jednostek, w interesującym nas kontekście, będzie więc diagnoza ich cech wizerunkowych (m.in. obrazu ciała, wyglądu zewnętrznego) w konfrontacji z percepcją tych cech u innych. Doświadczanie własnej cielesności – jak podkreśla A. Giddens – nie jest bez znaczenia, gdyż „pozwała na «uchwycenie pełni chwili» i umożliwia świadomą kontrolę wrażeń zmysłowych pochodzących z otoczenia zewnętrznego, jak również głównych narządów i ogólnej kondycji fizycznej”²⁵.

„Ucieleśnienie” rzeczywistości poddawanej permanentnej zmianie stwarza możliwość (a nawet konieczność) jednostkowego dokonywania ciągłych wyborów, odpowiadających zmiennym potrzebom generowanym przez ponowoczesną jakość społeczną. W tym sensie ciało jest w dużym stopniu społeczną konstrukcją – kreacją wpływów kulturowych, politycznych, ekonomicznych i technologicznych. Wyróżnione determinanty kreują idee „czym ciało jest, powinno być lub mogłoby być”²⁶. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia kognitywnego, przyjąć bowiem należy, iż „[...] odczytywanie ciała nie ma charakteru «neutralnego». Opiera się bowiem zawsze na określonej (akceptowanej w danym miejscu i czasie) wiedzy [...] na temat ciała”²⁷. Wskazując na jakościowy komponent wiedzy, należy podkreślić jej „normatywny i dyscyplinujący” (Z. Melosik) i wartościujący charakter. „Społeczna presja wywierana na jednostki powoduje, że wiedza ta jest przez nie akceptowana i ucieleśniana w ciałach”²⁸.

Społecznie konstruowane tożsamości są więc historycznie zmienne (zależą od miejsca i czasu), co w odniesieniu do jednostki oznacza wielość odmian identyfi-

²² Patrz: A. Brytek-Matera, *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*, Warszawa 2008.

²³ R. Cohen, P. Kennedy, *Health, Lifestyle and the Body*, w: tychże, *Global Sociology*, New York 2007, s. 270.

²⁴ Patrz: G. Therborn, *Drogi do nowoczesnej Europy*, Warszawa–Kraków 1998, s. 351.

²⁵ A. Giddens, *Nowoczesność...*, dz. cyt., s. 108.

²⁶ R. Cohen, P. Kennedy, *Health, Lifestyle...*, dz. cyt., s. 271.

²⁷ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 12.

²⁸ Tamże, s. 13.

kacji w różnych okresach życia. Podmiot „dokonuje swoistych wyborów w obrębie tożsamości i konstytuujących je narracji”²⁹ w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie „Kim jestem?”, ale również – co podkreśla B. Misztal – w dookreśleniu „Kim jestem, skoro jestem tak różny od innych?” (pytanie kontrastowe), „Kim jestem, skoro cechy charakteryzujące ludzi rozkładają się tak nierówno?” (pytanie gradacyjne)³⁰, co wskazuje również na doniosłe znaczenie poczucia odrębności własnego „Ja cielesnego” od otoczenia i uchwycenia „różnicy” względem innych w tym aspekcie, jak również „różnicy” względem siebie, biorąc pod uwagę dynamikę czasową. W tym sensie różnie perspektywy obrazu własnego ciała „oparte są na umysłowej reprezentacji ciała (umysłowym wizerunku ciała), ukształtowanej zarówno przez intrapsychiczne, jak i interpersonalne doświadczenia”³¹ jednostkowe.

Zmiany w subiektywnych aspektach jednostkowego samookreślenia (a w interesującym nas kontekście – również subiektywnego wyobrażenia o swoim ciele) uzależnione są od właściwości fazy rozwojowej, w której znajduje się podmiot, i determinowane przez jakość rzeczywistości społeczno-kulturowej, która podlega ciągłym fluktuacjom. W kulturze „kultu ciała i seksualności” (Z. Melosik), „zagęszczonej semiotyczności” (L. Witkowski), wielość, różnorodność i dostępność różnych stylów życia³², które podmiot „przejmuje” (A. Giddens), stwarza szereg możliwości kontroli na poziomie jednostkowym, lecz jedynie w „polu widzenia znajdującej się w określonym miejscu jednostki”³³.

Samopoznanie rozciąga się także na świadomość ciała i możliwość sprawowania nad nim kontroli. „Sprawowanie władzy nad ciałem jest więc równoznaczne w dużej mierze z posiadaniem władzy nad tożsamością”³⁴, jak konstatuje Z. Melosik. W sytuacji, gdy jednostka bezrefleksyjnie poddaje się wpływom środowiska zewnętrznego, „wycofuje się w ciało” (Z. Melosik), dzięki czemu ma poczucie kontroli nad własną biografią, co czyni ją pozornie sensowną. Ciekawą ilustracją wyróżnionej tezy stanowi bogata i często podejmowana w humanistycznym dyskursie lista zagadnień związanych z ludzkim ciałem, a mianowicie: ciało wysportowane, ciało seksualnie atrakcyjne, ciało doskonałe, wymarzone (co eksponuje nierzadko podejmowaną problematykę zaburzeń jedzenia, jak bulimia i anoreksja), ciało na diecie, ciało jako konsument mody (na strój, tatuaż, kolczykowanie, operację plastyczną), ciało (nie)starzejące się, ciało zdrowe itp. Sposób interpretowania ciała jako „integralnego aspektu jaźni” (P.E.S. Freund)³⁵ napoty-

²⁹ Patrz: A. Cudowska, *Kształtowanie twórczych orientacji życiowych w procesie edukacji*, Białystok 2004, s. 247.

³⁰ B. Misztal, *Teoria socjologiczna...*, dz. cyt., s. 158–160.

³¹ Patrz: A. Brytek-Matera, *Obraz ciała...*, dz. cyt., s. 9.

³² A. Giddens styl życia, do którego jednostka jest zmuszona, rozumie jako „mniej lub bardziej zintegrowany zespół praktyk, które podejmuje jednostka nie tylko dlatego, że są użyteczne, ale także dlatego, że nadają materialny kształt poszczególnym narracjom tożsamościowym” (A. Giddens, *Nowoczesność...*, dz. cyt., s. 113).

³³ Tamże, s. 263.

³⁴ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 17.

³⁵ Podają za: tamże, s. 18.

ka wielość dyskursów. Swoista „polityka ciała” – jak ujmuje to Z. Melosik (podkreślając zarazem jej chaotyczny, stylistyczny i upozorowany charakter) – sprawia, że „ciało staje się strefą plastyczną, przecinaną przez wielorakie dyskursy, konstruowaną przez różne języki, tempa i miejsca, otrzymywane i przeżywane z zasadniczo odmiennymi ucieleśnianymi znaczeniami”³⁶.

Znaczącym źródłem inspiracji rzeczowej wielości dyskursów jest zorientowanie: na doświadczenia zapośredniczone z mediów i ideologię konsumpcji. Następtwem intensyfikacji przemian w wielu aspektach życia społecznego jest sytuacja podmiotu w świecie „hiperrzeczywistości” (J. Baudrillard), w którym obraz, symulacja, gra znaków, złudzenie, wypierają realne doznania i doświadczenia. Rzeczywistość rozplywa się, a nawet zanika, w świecie fantazji, w którym „medialne symulacje rzeczywistości stają się dla ludzi bardziej realne niż rzeczywistość”³⁷. Fascynacja iluzją, fantazją konsumentowi medialnego oddziaływania dostarcza jedynie pozory poczucia sensu własnej egzystencji i bycia wolnym w swoich wyborach. Ludzkie doświadczenia, nie wyłączając „tożsamości ciała, która staje się ciałem tożsamości”³⁸, zapośredniczone z masowej dystrybucji medialnych spektakli, są „tyleż wyrazem, co narzędziem [...] globalizujących tendencji”³⁹, przez jakie wyraża się późna nowoczesność⁴⁰. Przekazy wizualne wywołują „efekt kolażu” (A. Giddens), który oznacza, że „[...] osobne, ułożone jedna obok drugiej «historie» są raczej wyrazem hierarchii ważności znaczeń, które są właściwe przekształconemu środowisku relacji przestrzenno-czasowych, gdzie miejsce przestało zajmować centralną pozycję. Nie układają się one rzecz jasna we wspólną opowieść, ale wywodzą się z integralnych całości myślowych i rozumowych” w różnorodny sposób wyrażanych⁴¹. Włączenie w obszar zmysłowego doświadczenia jednostki czasowo i przestrzennie oddalonych wydarzeń medialnych ma – obok funkcji wzbogacającej jego pole doświadczenia – szereg egzystencjalnych reperkusji, odnoszących się do społecznego funkcjonowania człowieka. Kultura w dobie późnej nowoczesności „stanowi obszar zmieniających się, nie powiązanych ze sobą fragmentów”⁴². Tożsamość mająca charakter twórczy, będąca elastycznym i otwartym systemem identyfikacji, jest kształtowana pod wpływem urynkowionych wzorów osobowych, które oferują nam tożsamość zapośredniczoną z mediów, podporządkowaną kreacjom tożsamości „typu supermarket” (Z. Melosik) czy Baumanowski „spacerowicz”. Tożsamość „jest wówczas uosabiana poprzez wizualne reprezentacje, które z kolei są prezentacją obowiązujących form wiedzy/władzy dotyczących ciała”⁴³.

³⁶ I. Chambers, podają za: tamże, s. 19.

³⁷ J. Baudrillard, podają za: P. Sztompka, *Socjologia*, Kraków 2002, s. 559.

³⁸ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 18.

³⁹ A. Giddens, *Nowoczesność...*, dz. cyt., s. 37.

⁴⁰ Tamże, s. 8.

⁴¹ Tamże, s. 38.

⁴² M. Śleboda, *Dylemat pierwszy: globalizacja*, w: M. Bogunia-Borowska, M. Śleboda (red.), *Globalizacja i konsumpcja. Dwa dylematy współczesności*, Kraków 2003, s. 68.

⁴³ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 18.

Życie społeczne zogniskowane wokół wirtualnej rzeczywistości, w której dominują złudzenie, iluzja, presja symbolicznej rywalizacji, zasada przyjemności, rozrywki i tymczasowości, determinuje kształtowanie we współczesnym społeczeństwie orientacji na ideologię konsumpcji. Konsumpcjonizm przenika niemalże każdą dziedzinę ludzkiej egzystencji, odwołując się do alienacji nowoczesnego stylu życia i obiecując jego przezwyciężenie⁴⁴ poprzez zaspokajanie kulturowo kreowanych potrzeb hedonistyczno-narcystycznych, staje się istotnym komponentem kreującym „wymarzone ciało” (Evans i Lee)⁴⁵.

Nie ma ciała „naturalnego” – jest ono zawsze definiowane przez kulturowe i społeczne procesy. W trakcie nich (re)konstruowana jest „prawdziwa” wiedza o ciele. [...] Wyznacza kryteria analizy, wartościowania i klasyfikowania ciał. W konsekwencji zmusza jednostki do tego, aby zaprzęcały swojemu ciału, jeśli nie odpowiada ono obowiązującym normom, zaprasza je natomiast do kulturowania tych jego cech, które uosabiają aktualny ideał⁴⁶.

Uniwersalności konsumpcyjnego stylu życia, analizowanego również w kontekście „ucieleśnienia” życia, sprzyjają zapewne rozwój kultury hedonizmu, kult ciała, wzrost znaczenia jakości spędzania czasu wolnego, kreacja nowych sposobów podkreślania statusu jednostek i zaspokajania potrzeb estetycznych, szeroka oferta towarowa, wzrost działań marketingowych, rozbudzanie wyimaginowanych potrzeb konsumenckich, wzrost konsumpcji usług czy też zorientowanie społeczeństwa na doświadczenie zapośredniczone z mediów. Zjawisko konsumpcji i jej funkcji we współczesnych społeczeństwach należących do kręgu kultury zachodnioeuropejskiej G. McCracken analizuje w kategoriach lokalizacji znaczeń (*location of meaning*) i transferu znaczeń (*transfer of meaning*). Kreowanie i umiejscawianie znaczeń wytworów człowieka w społeczno-kulturowej przestrzeni zostaje drogą transmisji znaczeń zlokalizowane w indywidualnym konsumencie⁴⁷. Charakterystyczny dla kultury prozelityzm aktualizuje problem interioryzowania kultury w sposób intencjonalny i nieintencjonalny. W kontekście kulturowo obowiązującej wiedzy o ciele „społeczna presja wywierana na jednostki powoduje, że wiedza ta jest przez nie akceptowana i ucieleśniana w ciałach”⁴⁸. Zjawisko nadawania znaczeń i wartości konkurującym ze sobą obrazom ciała jako produktom konsumpcyjnym w znacznym stopniu wpływa na „praktykowanie władzy społecznej” (J. Fiske)⁴⁹, określając tym samym miejsce jednostki w układzie stratyfikacyjnym wyznaczonym przez triadę przywilejów: środki konsumpcji, władzy i prestiżu⁵⁰.

⁴⁴ A. Giddens, *Nowoczesność...*, dz. cyt., s. 235–236.

⁴⁵ Podaję za: R. Cohen, P. Kennedy, *Health, Lifestyle...*, dz. cyt., s. 272.

⁴⁶ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 13.

⁴⁷ Patrz: M. Bogunia-Borowska, *Dylemat drugi: konsumpcja*, w: M. Bogunia-Borowska, M. Śleboda (red.), *Globalizacja i konsumpcja...*, dz. cyt., s. 157–162, 237–239.

⁴⁸ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 13.

⁴⁹ Tamże, s. 17.

⁵⁰ S. Ossowski, *O strukturze społecznej*, Warszawa 1982, s. 22. Patrz też: M. Bogunia-Borowska, *Dylemat drugi...*, dz. cyt., s. 280–295.

W sytuacji masowej fetyszyzacji na wewnętrzną treść tożsamości jednostki składają się więc parametry przepisów „konsumerycznych” (Z. Bauman) ról społecznych, z którymi jednostka się identyfikuje w celu uniknięcia alienacji⁵¹ – „marketingowy” charakter podmiotu (E. Fromm) ujawnia się w skłonności jednostki do oceny „kulturowej «adekwatności» swojego ciała” (Z. Melosik) przy uwzględnieniu zmieniających się wymogów zewnętrznych hedonistyczno-konsumpcyjnej rzeczywistości. Jednostka „działa zgodnie z wymaganiami stawianymi przez rynek”. Nasze „Ja” musi ulegać ustawicznej zmianie w myśl zasady „jestem taki, jakim chciałbyś mnie widzieć”⁵², wskazując tym samym na doniosłe znaczenie jaźni odzwierciedlonej, która odnosi się do wyobrażeń podmiotu o tym, jak jest postrzegany przez innych. „Jeżeli zatem jednostka pragnie coś osiągnąć – sprzedać się, musi dostosować się do wyobrażeń. [...] Nie jest to proces swobodny i spontaniczny, ale przemyślany i wypracowany”⁵³. Tożsamość jednostki, będąca kreacją ideologii konsumpcyjnej, zależy od jakości punktu odniesienia podmiotu, tak więc społeczny aspekt konsumpcji ma charakter relatywny, skoncentrowany na subiektywnych ocenach jednostek.

Ponowoczesność ujednocila, ale również rozprasza. Tożsamość podmiotu podlega permanentnej zmianie, gdyż konstruuje się i przekształca „w sposób ciągły, w zależności od tego, jak jawimy się i jak odnajdujemy się w systemach kulturowych, które nas otaczają”⁵⁴. Kształtowanie tożsamości, ujmowanej jako „unikanie sztywności i pozostawianie wszelkich możliwych drzwi otwartych”⁵⁵, staje się – jak podkreśla L. Witkowski – „szansą przetrwania bez poczucia wykorzenia, gdy nie jestem już dla siebie tym, kim nie chcę być, a nie jestem wciąż dla innych tym, kim chciałbym być”⁵⁶. Implikuje to również postrzeganie człowieka jako bytu, którego doświadczenie „jest w dużym stopniu ucieleśnione. [...] Społeczna historia człowieka jest także historią jego ciała, a historia ciała z kolei ma swoje wymiary społeczne”⁵⁷.

Odpowiedzią na nieodłączną ambiwalencję ponowoczesności jest nieustanny proces kreowania pozytywnego wizerunku siebie, konstytuowania tożsamości jako efekt dyskursu pomiędzy „Ja” przeszłym, teraźniejszym i przyszłym. W ujęciu Ch. Taylora, „tożsamość jest procesem nigdy nie kończącej się samoartykulacji; ma otwarte granice, lecz w obrębie danych horyzontów sensu”⁵⁸. Atrybutem ponowoczesnej tożsamości jest kreowanie obrazu siebie „poprzez budowanie wizualnego image’u swojego ciała. [...] Jeśli tożsamość człowieka jest postrzegana w znacznej mierze przez pryzmat jego ciała, to wówczas punkt ciężkości jej konstruowania zaczyna przesuwac się z «wnętrza» na

⁵¹ Z. Bauman, *Ponowoczesność...*, dz. cyt., s. 9.

⁵² M. Bogunia-Borowska, *Dylemat drugi...*, dz. cyt., s. 268–269.

⁵³ E. Fromm, podają za: tamże, s. 268.

⁵⁴ S. Hall, podają za: B. Misztal, *Teoria socjologiczna...*, dz. cyt., s. 163.

⁵⁵ Z. Bauman, podają za: M. Kempny, *Globalizacja kultury...*, dz. cyt., s. 94.

⁵⁶ L. Witkowski, *Ambiwalencje tożsamości z pogranicza kulturowego*, w: M.M. Urlińska (red.), *Edukacja a tożsamość etniczna*, Toruń 1995, s. 16.

⁵⁷ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 9.

⁵⁸ Podają za: M. Środa, *Indywidualizm i jego krytycy*, Warszawa 2003, s. 62.

«powierzchnię»⁵⁹. Zdolność do egzystencji podmiotu w wielości źródeł ponowoczesnych znaczeń domaga się uznania swojej wyjątkowości, indywidualności i odrębności także w sensie fizykalnym. Indywiduum, wciąż będące *in statu nascendi*, odnajduje samego siebie w relacji z otoczeniem społeczno-kulturowym, w którym „na ciele [...] społeczeństwo odciska swój kształt”⁶⁰. Społeczno-kulturowe konteksty ciała pozwalają interpretować tożsamość człowieka późnej nowoczesności przez jakość odczytywania społecznych znaczeń ciała i stanowią przyczynek do dalszych interpretacji fenomenu tożsamości.

LITERATURA

- CYBAL-MICHALSKA A., *Tożsamość młodzieży w perspektywie globalnego świata*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2006
- CYBAL-MICHALSKA A., *Orientacje proeuropejskie młodzieży. Stan i potrzeby edukacyjne*, Poznań: UAM WSE, 2001
- BAUMAN Z., *Dwa szkice o moralności ponowoczesnej*, Warszawa: Instytut Kultury, 1994
- BAUMAN Z., *Ponowoczesność jako źródło cierpienia*, Warszawa: Sic! 2000
- BOGUNIA-BOROWSKA M., ŚLEBODA M. (red.), *Globalizacja i konsumpcja. Dwa dylematy współczesności*, Kraków: Universitas, 2003
- BOKSZAŃSKI Z., *Tożsamość jednostki*, „Kultura i Społeczeństwo” 1989, nr 2
- BRYTEK-MATERA A., *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*, Warszawa: Centrum Doradztwa i Informacji Difin, 2008
- BRZEZIŃSKA A., *Społeczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Scholar, 2000
- COHEN R., KENNEDY P., *Health, Lifestyle and the Body*, w: tychże, *Global Sociology*, New York: Palgrave, 2007
- CUDOWSKA A., *Kształtowanie twórczych orientacji życiowych w procesie edukacji*, Białystok: Trans Humana, 2004
- CZEREPIANIAK-WALCZAK M., *Między dostosowaniem a zmianą*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe US, 1994
- DELSOL CH., *Esej o człowieku późnej nowoczesności*, przeł. M. Kowalska, Kraków: Znak, 2003
- GIDDENS A., *Nowoczesność i tożsamość*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001
- JAWŁOWSKA A. (red.), *Wokół problemów tożsamości*, Warszawa: LTW, 2001
- KŁOSKOWSKA A. (red.), *Oblicza polskości*, Warszawa: UW, 1990
- MAMZER H., *Tożsamość w podróży. Wielokulturowość a kształtowanie tożsamości jednostki*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2002
- MELOSİK Z., *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków: Impuls, 2010
- MELOSİK Z. (red.), *Młodzież. Styl życia i zdrowie*, Poznań: Wolumin, 2001
- MICHALSKI K. (red.), *Tożsamość w czasach zmiany. Rozmowy w Castel Gandolfo*, przeł. S. Amsterdamski, Kraków: Znak, Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego, 1995
- MISZTAŁ B., *Teoria socjologiczna a praktyka społeczna*, Kraków: Universitas, 2000
- OBUCHOWSKI K., *Od przedmiotu do podmiotu*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, 2000

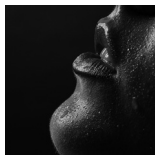
⁵⁹ Z. Melosik, *Tożsamość...*, dz. cyt., s. 19.

⁶⁰ Z. Bauman, podają za: tamże, s. 9.

- OSSOWSKI S., *O strukturze społecznej*, Warszawa: PWN, 1982
- REYKOWSKI J., SKARŻYŃSKA K., ZIÓŁKOWSKI M. (red.), *Orientacje społeczne jako element mentalności*, Poznań: Nakom, 1990
- RUTKOWIAK J. (red.), *Odmiany myślenia o edukacji*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 1995
- SCHOLTE J.A., *Globalization. A critical introduction*, New York: Palgrave Macmillan, 2005
- „Studia Socjologiczne” 1993, nr 2
- SZTOMPKA P., *Socjologia*, Kraków: Znak, 2002
- ŚRODA M., *Indywidualizm i jego krytycy*, Warszawa: Fundacja Aletheia, 2003
- THERBORN G., *Drogi do nowoczesnej Europy*, Warszawa–Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998
- URLIŃSKA M.M. (red.), *Edukacja a tożsamość etniczna*, Toruń: UMK, 1995
- WNUK-LIPIŃSKI E., *Świat międzyepoki*, Kraków: Znak, 2004

KATARZYNA WASZYŃSKA

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA W ASPEKcie HISTORYCZNYM

Jednym z najczęściej opisywanych pojęć w seksuologii jest seksualność. Jednak pomimo to zarówno w mowie potocznej, jak i w literaturze naukowej trudno jednoznacznie określić, a tym samym zdefiniować, ten termin. Wynika to z faktu, iż seksualność przeplata się ze wszystkimi sferami funkcjonowania człowieka (emocjonalną, psychiczną, fizyczną, społeczną) i łączy się z oddziaływaniem czynników zarówno biologicznych, psychologicznych, jak i społeczno-kulturowych.

Seksualność jest aspektem kondycji człowieka, przejawiającym się w postaci pożądania lub pragnienia, towarzyszących im fizjologicznie zdeterminowanych odpowiedzi seksualnych i zachowań prowadzących do uzyskania podniecenia i orgazmu¹.

Fizjologiczny potencjał, z którym człowiek przychodzi na świat, już od samego początku poddawany jest wpływowi czynników psychologicznych i społeczno-kulturowych. Rodzina jest pierwszym środowiskiem, w którym człowiek uczy się swojej płciowości (ról, zachowań z nią związanych), przejawów i granic swej seksualności, a także sposobów i wzorów relacji społecznych. Kolejną przestrzenią dla kreowania swej tożsamości jest szkoła, w której młody człowiek nawiązuje pierwsze bliższe kontakty, ma możliwość eksplorowania świata zarówno jednej, jak i drugiej płci. W okresie dojrzewania w świadomości nastolatka pojawia się potrzeba seksualna, która współwystępuje z potrzebą tworzenia więzi, bliskości. Zaznacza się to poprzez nawiązywanie intymnych kontaktów z drugą osobą, podtrzymywanie zarówno emocjonalnych, jak i seksualnych wymiarów tej relacji. W zależności od wieku osoby, jej cech osobowości, a także indywidualnych potrzeb, hierarchia poszczególnych wymiarów relacji partnerskiej może ulegać zmianie. W tym sensie seksualność człowieka daleko wykracza poza właściwości biologii przejawiające się w świecie zwierząt.

¹ J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011.

Antoni Kępiński podkreśla humanistyczny i prospołeczny aspekt seksualności, określając ją jako realizację ludzkiej tęsknoty za wyjściem poza granice swojej płciowości i indywidualności i za złączeniem się z otaczającym światem². Może się ona przejawiać w realizowaniu wielu pozaseksualnych potrzeb w bliskim kontakcie z drugą osobą, stając się ważnym elementem komunikacji międzyludzkiej.

Do wyjaśnienia ludzkiej seksualności używa się współcześnie modelu ekologicznego, skonstruowanego przez Whalena, a zmodyfikowanego przez Schmidta³.

Motywacja seksualna rozumiana jest jako dyspozycja do reagowania w specyficzny sposób na określone bodźce. Możliwe jest to dzięki współistnieniu dwóch komponentów: wrodzonych właściwości biofizjologicznych (genetycznie zaprogramowane właściwości przekazywane zgodnie z zasadami dziedziczenia; prenatalny i postnatalny rozwój organizmu – kariotyp, stan układu neuroendokrynnego, prawidłowe funkcjonowanie ośrodków korowych i podkorowych, nerwów obwodowych, receptorów, hormonów...) oraz właściwości nabytych, stanowiących sumę biograficznych doświadczeń seksualnych człowieka. Oba komponenty wzajemnie oddziałują na siebie i przejawiają się zarówno w sile popędu seksualnego, potencji, jak i pobudliwości seksualnej. Apetencja seksualna (czynność poszukiwawcza) uwarunkowana jest działaniem czynników biologicznych, psychospołecznych (zwłaszcza wychowawczych) oraz wpływów kulturowych⁴.

Według Schmidta można przyjąć następującą interpretację: człowiek rodzi się z wyposażeniem neurofizjologicznym, które pozwala na odczuwanie rozkoszy przy stymulacji narządów płciowych i stref erogennych; może ono narastać aż do punktu szczytowego (orgazmu). Stymulacja i orgazm w sensie teorii uczenia się oddziałują jako wzmocnienie i nasilają tendencję do poszukiwania sytuacji podniecających, które mogą je wyzwolić. Im częstsze są przeżycia seksualne od wczesnego dzieciństwa, im przyjemniej i bardziej bezkonfliktowo są przeżywane i im bardziej akceptowane społecznie, tym silniejsza staje się motywacja seksualna, a tym samym wzrasta poziom apetencji. Apetencja ta, wskutek doświadczeń, staje się uzasadnioną antycypacją emocjonalną konsekwencji aktywności seksualnej. Im silniej w doświadczeniach człowieka są z sobą związane aktywność seksualna i rozkosz, a przeżycia seksualne z zaspokojeniem seksualnym, rozkoszą i odprężeniem, a także z poczuciem akceptacji, bezpieczeństwa i wartościowości, tym większa jest apetencja seksualna, co jest zgodne z prawami powstawania wtórnej motywacji⁵.

Z modelu ekologicznego wynika, że – pomijając aspekt treściowy – seksualności można przypisać dwie cechy: stałość (choć nie statyczność) i zmienność. Stałość oznacza, że seksualność jest atrybutem każdego człowieka (niezależnie od takich

² A. Kępiński, *Z psychopatologii życia seksualnego*, Warszawa: PZWL, 1973.

³ Za: K. Imieliński (red.), *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa: PWN, 1985; tegoż, *Seksjatria*, Warszawa: PWN, 1990.

⁴ K. Imieliński, *Seksuologia kulturowa*, Warszawa: PWN, 1984; M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 2004.

⁵ K. Imieliński, *Seksjatria*, dz. cyt., s. 244.

cech specyficznych, jak wiek, rasa, przynależność do grupy kobiet czy mężczyzn) oraz pozostaje pod stałym wpływem wymienionych w modelu komponent. Stała jest ich obecność i funkcja (wywieranie wpływu). Zmienność natomiast oznacza, że seksualność podlega zmianom rozwojowym oraz że zmianom podlegają wpływy obu komponent na każdym etapie rozwoju człowieka. Chodzi tu o zmienny udział poszczególnych czynników w zależności od fazy rozwojowej, o proporcje oddziaływań, wprowadzanie nowych, typowych dla danej fazy czynników i o zanikanie innych, typowych dla fazy wcześniejszej⁶.

Wiele osób uważa, że różnorodne zachowania seksualne to „wynałazek” obecnego pokolenia i że różnią się od zachowań seksualnych naszych przodków. W pewnym sensie jest to prawdą, ponieważ wzory wartości, nastawień seksualnych i zachowań zmieniają się. Jednakże współczesna seksualność ma swoje głębokie korzenie w nurcie historii seksualnej. Nie można w pełni zrozumieć uwarunkowań współczesnej seksualności, jeżeli nie prześledzi się ich kulturowego i historycznego kontekstu, by zobaczyć, jakie informacje przekazali nam nasi przodkowie i jak to ukształtowało nasze obecne wartości, przekonania i zachowania seksualne. Rodzące się przez stulecia koncepcje seksualności stanowią odbicie aktualnie istniejących trendów i obowiązujących przekonań.

Historia seksuologii jest w dużej mierze mozaiką różnorodnych postaw wobec seksualności w różnych społeczeństwach.

Jest to historia trwających kilka tysięcy lat zapasów o pozycję, znaczenie, wartość i formę seksualności jako jednej ze sfer ludzkiego życia. Historia, w której możliwości i granice seksualności człowieka były bardzo różnorodnie wyrażane, pozwala łatwiej zrozumieć istotę tej dziedziny ludzkiej aktywności, ustalić jej związki z całokształtem aktywności oraz odpowiednio ją zinterpretować. Znajomość tej historii, oparta na aspektach filozoficznych, religioznawczych, etnologicznych i innych, pozwala spojrzeć na zagadnienie współżycia seksualnego mężczyzny i kobiety z wyżyn antropologii seksualnej. W ten sposób nie tylko poznaje się erotykę i jej przejawy, lecz także lepiej się ją rozumie⁷. W podejściu do problematyki seksualnej istnieją ogromne różnice kulturowe; duże rozbieżności stwierdza się także w obrębie jednej i tej samej kultury na przestrzeni dłuższego czasu.

Historia reglamentacji obyczajowo-prawnej przejawów seksualności człowieka to długotrwały proces zabiegania o równowagę pomiędzy potrzebą, będącą wynikiem biologicznej warstwy popędu, a obowiązkami wynikającymi z przesłanek pozaseksualnych, najczęściej ekonomicznych i politycznych. We wszystkich okresach cywilizacji dużą rolę w tym procesie odgrywały determinanty związane z czynnikami wynikającymi ze struktury gospodarczej, społecznej, takie jak poziom sił wytwórczych i związane z nim stosunki produkcji i wymiany oraz stosunki władcze⁸.

⁶ M. Beisert, dz. cyt., s. 8–9.

⁷ K. Imieliński, *Seksuologia*, Warszawa 1989, s. 6.

⁸ M. Filar, *Liberalizm i rygoryzm seksualny w różnych kulturach. Zarys historyczny*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia kulturowa*, Warszawa 1984, s. 220.

W rozwoju seksuologii można wyróżnić cztery okresy:

- 1) okres przedhistoryczny, charakteryzujący się nielicznymi informacjami o życiu seksualnym ludzi,
- 2) okres obserwacji i dociekań przednaukowych, który zakończył się na przełomie XVIII i XIX wieku,
- 3) okres wiedzy przedseksuologicznej – XIX wiek,
- 4) okres wiedzy seksuologicznej – XX wiek, w którym seksuologia ze względu na podstawy teoretyczne i rozwój metodologii naukowej uzyskała rangę samodzielnej nauki⁹.

Okres przedhistoryczny dotyczył czasów od początków istnienia człowieka do epoki starożytnej (pojawienie się pierwszych dzieł pisanych). Źródłem informacji są zachowane do dzisiejszych czasów malowidła, rysunki jaskiniowe, rzeźby. Na ich podstawie można wnioskować, jaką rolę w ówczesnych czasach odgrywała seksualność, jakie było do niej nastawienie oraz jakie spełniała funkcje. Chociaż, jak wskazują naukowcy, interpretacja świadectw pochodzących z tamtego okresu nie może być jednoznaczna, to jednak wnikliwa analiza odkryć archeologicznych poparta szeroką wiedzą historyczną może dostarczyć wielu cennych informacji. W społeczeństwach pierwotnych – jak pisze Kazimierz Imieliński – istniała raczej nie erotyka, lecz seksualność oparta na zmysłowości i promiskuityzmie seksualnym, służąca nie tyle uzyskiwaniu rozkoszy seksualnej, ile podtrzymaniu płodności w celu zabezpieczenia swej egzystencji. Z doniesień staroegipskich i staroindyjskich wynika, że symbolem płodności, a tym samym przedmiotem kultu, były bóstwa dwupłciowe (androginy). Do dzisiaj wśród badaczy tego okresu toczą się spory o to, czy człowiek prehistoryczny znał różnicę między miłością erotyczną a seksualnością. W części znalezisk możemy dopatrzeć się pewnych symboli przemawiających za istnieniem w świadomości człowieka jaskiniowego obu zjawisk¹⁰. Ciekawe są wyjaśnienia dotyczące pochodzenia pocałunku. Według jednych teorii, pocałunek już w ówczesnych czasach stanowił załączek rodzącej się erotyki. Inne teorie dopatrują się w tym zachowaniu znaczenia symbolicznego. Poprzez usta człowiek zaspokajał niezbędne do życia potrzeby (oddychanie, odżywianie, picie). Usta były zatem uważane za drogi wejścia i wyjścia życia (w momencie śmierci oddech ustaje). Aby przychylnie usposobić ponadzmysłowe siły – dawców życia – pracłowiek dotykał ustami ludzi, zwierzęta, rośliny, przedmioty. W miarę upływu czasu pocałunek stał się symbolem przychylności, przyjaźni, a później i miłości erotycznej¹¹.

Próbą uchwycenia związku między zjawiskami natury a ludźmi była magia, stąd wielu czynnościom seksualnym nadawano magiczną moc (niektóre plemiona w wytrysku nasienia i wilgotności pochwy przy orgazmie widziały środek do przychylnego usposobienia bogów deszczu), inne wymagały specjalnych ceremonii (np. kult rozpalania świętego ognia – *kudyemba*) i środków zapobiegawczych w postaci praktyk

⁹ K. Imieliński, *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Warszawa 1982, s. 13.

¹⁰ G. Bataille, *Erotyzm*, „Literatura na Świecie” 1973, nr 8.

¹¹ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt.

rytualnych (zabieg ganza – usunięcie dojrzewającej dziewczynie łechtaczki i warg sromowych, operacja mika – rozcięcie członka w dolnej części cewki moczowej od napletka do krocza). W epoce przedhistorycznej kult płodności łączony był również z rytuałem kanibalizmu (zjadanie wrogów w celu przywłaszczenia sobie ich siły i potencji seksualnej). Jak pisze Imieliński¹², „[...] ludzie pożerali się nawet z miłości. Miało to realne uzasadnienie: ponieważ człowiek nie chciał stracić ukochanej osoby, usiłował więc przywłaszczyć sobie jej ducha i ciało, aby w ten sposób zjednoczyć się z nią na zawsze”¹³. Z tego okresu pochodzi również pierwsze zdobienie ciał poprzez malowanie, tatuże, zawieszanie ozdób. Najczęściej dotyczyło to okolic narządów płciowych oraz twarzy. Pierwotnie czynności te miały chronić przed poparzeniem słonecznym, zimnem, uszkodzeniami mechanicznymi. Z biegiem czasu zaczęto im nadawać znaczenie magiczne i kultowe, a później również erotyczne i seksualne (podwyższanie atrakcyjności, wskazywanie swej potencji)¹⁴.

Spółczesność ludów pierwotnych od momentu uświadomienia sobie roli mężczyzny w mechanizmie zapłodnienia zaczęło zmieniać charakter z matriarchalnego na patriarchalny. Dzieliło się na trzy grupy:

1) dzieci, które do okresu dojrzewania uznawane były za bezpłciowe i przebywały wspólnie z kobietami,

2) mężczyźni zdolni do noszenia broni,

3) starcy.

Przechodzenie do innych grup łączyło się z licznymi obrzędami. Najliczniejsze i najbardziej różnorodne dotyczyły oczywiście dojrzewania i „wchodzenia w dorosłość”.

Mimo że seksualność w tym okresie przenikała prawie wszystkie sfery funkcjonowania człowieka, niektóre jej przejawy objęte były zakazami i ograniczeniami. Dotyczyło to głównie współżycia z kobietą miesiączkującą, ciężarną lub w połogu¹⁵. Na straży tabu stał lęk przed niebezpieczeństwami, które mogły grozić ze strony duchów.

W przebiegu długiego okresu rozwoju w epoce prehistorycznej zmieniało się podejście ludzi pierwotnych do kazirodztwa. We wczesnym okresie kazirodztwo było zjawiskiem powszechnie akceptowanym. Pierwsze sygnały niechęci do kazirodztwa zaczęły się pojawiać, nim jeszcze ustalono związek pomiędzy współżyciem a urodzeniem dziecka. Widoczne to było w totemizmie i egzogamii. Trudno wytłumaczyć, z jakich przyczyn zaczęła się w tamtym czasie rozprzestrzeniać obawa przed kazirodztwem i dlatego w późniejszych latach objęto je zakazami¹⁶. Według Filara¹⁷, od zarania cywilizacji ludzkiej czynności seksualne człowieka były poddawane regulacji nakazów i zakazów obyczajowych, które były powszechne i zmienne. Nie istniała społeczność,

¹² Klaatsch 1936, za: K. Imieliński, *Seksuologia kulturowa*, dz. cyt.

¹³ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt., s. 142.

¹⁴ K. Imieliński, *Seksuologia kulturowa*, dz. cyt.

¹⁵ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ M. Filar, dz. cyt.

gdzie sfera aktywności seksualnej byłaby całkowicie wolna od wszelkiej regulacji oby-
czajowo-prawnej, lecz żaden z przejawów reglamentacji nie może być uznawany za
niezmienny we wszelkich formacjach społeczno-kulturowych.

W epoce starożytnej we wszystkich kulturach snuto rozważania nad wartością
seksualności i próbowano klasyfikować różne zachowania seksualne z punktu widzenia
filozoficzno-etycznego, religijnego, a nawet seksuologicznego¹⁸.

Kultura babilońska to najstarsza cywilizacja, rozwijająca się w Mezopotamii, która
może być uważana za kolebkę cywilizacji europejskiej.

Spółczesność babilońska dzieliła się na trzy klasy:

- 1) warstwa górna,
- 2) warstwa średnia,
- 3) klasy niższe.

Przynależność do poszczególnych klas określała też pozycję społeczną kobiety
wobec męża. Przynależność do warstwy górnej była regulowana pochodzeniem od
bogów lub wielkich przodków. Z przywilejów społecznych korzystali zarówno kobieta,
jak i mężczyzna. Nierzadkie były zjawiska, gdy kobieta szeroko korzystała ze swobody
seksualnej, jednak pod warunkiem, że nie była zamężna, a jej partnerem był mężczy-
zna z tej samej warstwy społecznej. O kontaktach seksualnych pomiędzy klasami
pisze Imieliński: „kto udziela swej książęcej siły kobiecie z ludu, uszlachetnia ją; lecz
księżniczka oddająca się mężczyźnie niżej urodzonemu doprowadza do obniżenia się
rangi jej płci”¹⁹. Nierówność kobiety i mężczyzny widoczna była w warstwie średniej
– mieszczaństwie. Mąż pracował i przynosił pieniądze, natomiast kobieta prowadząca
dom je wydawała i z tego powodu uważana była za obciążenie materialne. Posiadanie
określonej liczby kobiet uzależnione było od sytuacji materialnej mężczyzny. W klasach
najniższych, w których bieda stała na straży monogamii, nie było ograniczeń w prze-
jawach zachowań seksualnych kobiet i mężczyzn. Państwo opieką i zainteresowaniem
otaczało tylko dzieci, ze względu na potrzebę zwiększenia liczby ludności.

Przerwanie ciąży było karane: kobieta otrzymywała chłostę, a mężczyzna płacił
grzywnę lub zobowiązany był do darmowej pracy na rzecz króla. Wysokość kary była
ustalana w zależności od warstwy społecznej, z której pochodziło nieurodzone dziec-
ko. Kodeks Hammurabiego stał na straży instytucji małżeństwa, regulował przypadki
niewierności małżeńskiej, a także określał warunki i możliwości uzyskania rozwodu.
Prawodawstwo obejmowało zakazami głównie kontakty seksualne, które naruszały
funkcjonowanie małżeństwa i rodziny. Surowo karane były stosunki kazirodcze, za-
chowania seksualne podejmowane ze zwierzętami oraz wszelkie działania naruszające
prawa własności mężczyzny (np. zgwałcenie kobiety będącej żoną innego mężczyzny)²⁰.
Kultura ta wiązała się z prymatem mężczyzn, dlatego też męska przyjaźń była akcepto-
wana i poważana. W VI wieku pod wpływem inwazji Persów zmieniło się nastawienie

¹⁸ K. Imieliński, *Seksiatria*, dz. cyt., s. 35.

¹⁹ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt., s. 199.

²⁰ Tamże.

do spraw związanych z seksualnością człowieka (w tym również do męskich relacji). Seks miał służyć rozmnażaniu, a nie przyjemności – satysfakcja płynąca z tych kontaktów była surowo oceniana. Kontakt seksualny, którego celem nie było spłodzenie dziecka, zaczął być uważany za grzeszny. Wzrosło również negatywne nastawienie wobec kontaktów homoseksualnych: zachowania homoseksualne zaczęto uważać za większe przestępstwo niż morderstwo. To właśnie wpływ kultury perskiej miał istotne znaczenie w rozwoju postaw wobec seksu w kulturze Zachodu²¹.

Wśród Egipcjan sfery seksu i religii były ściśle powiązane. Symbole seksualne odgrywały istotną rolę w rytuałach religijnych. Bogowie egipscy byli istotami seksualnymi, a ich współżycie zapewniało życie całemu światu. Dominującą rolę w tej kulturze odgrywał mężczyzna, on nadawał kształt ówczesnemu życiu seksualnemu. W obyczajowości społecznej istniał kult członka – wokół jego posągów (będących symbolem życia) odbywały się pochody religijne, ważne ceremonie²². Współżycie seksualne było uświęconym aktem (kult płodzenia) związanym z obrzędem defloracji, będącym wyrazem ofiary składanej bogom. W trakcie tych rytuałów obecny był kapłan, często również jego pomocnik. Nierzadko też używano sztucznego penisa²³.

Z napisów pozostawionych w piramidach wiadomo, iż w tamtym okresie podejmowano masturbację, kontakty oralne, analne. Homoseksualizm był znany, lecz nie cieszył się poparciem społecznym. W Egipcie częste były związki kazirodcze (zwłaszcza wśród arystokracji i faraonów), występowały też przypadki transwestytyzmu czy sodomii²⁴.

Starożytni Żydzi – Hebrajczycy – nie byli silnym narodem i często ulegali wpływom innych grup narodowościowych. We wczesnym judaizmie kodeks norm seksualnych zawierał wiele elementów kultur sąsiednich (poligamia, prostytutka sakralna, aprobata dla przyjemności płynącej z seksualności). Po powrocie Żydów z niewoli babilońskiej stopniowo zaczął się rozwijać nurt ascetyczny i rygorystyczny wobec seksu²⁵.

Około VII wieku przed Chrystusem Żydzi odrzucili, zainicjowane w Egipcie, powiązania pomiędzy seksualnością a religią. Żydowski bóg Jehowa (Yahweli) nie miał już cech seksualnych.

Zachowania seksualne Hebrajczyków koncentrowały się głównie wokół prokreacji. Nakazywano „żyć i rozmnażać się”, a wszystko, co nie prowadziło do prokreacji, nie było akceptowane (w tym masturbacja, kontakty homoseksualne). Stosunki seksualne przed zawarciem małżeństwa były postrzegane negatywnie, dlatego też śluby zawierano bardzo wcześnie²⁶. Potrzeba seksualna podporządkowana była stabilizacji rodziny, wierności małżeńskiej przeciwstawianej aktywności autoerotycznej, homoseksualnej

²¹ Tamże.

²² E.R. Mahoney, *Human sexuality*, New York: McGraw-Hill, 1983.

²³ N. Sussman, *Sex and Sexuality in History*, w: B.J. Sadock, H.I. Kaplan & A.M. Freedman (eds.), *The Sexual Experience*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1976.

²⁴ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, Wrocław: Ossolineum, 1987.

²⁵ Tamże.

²⁶ E.R. Mahoney, dz. cyt.

oraz przed- i pozamałżeńskiej²⁷. Podkreślenie związku małżeństwa i reprodukcji było uwidocznione w zwyczaju „dziedziczenia” małżeństwa (lewirat – „małżeństwo szwagrow”). Oznaczało to, że jeśli mąż umierał bez pozostawienia potomków, obowiązkiem jego najbliższego krewnego było zająć jego miejsce i mieć z wdową dzieci (historia Onana). Chociaż pierwotnie grzechem było odbywanie stosunków przerywanych (niszczenie nasienia), to później zaczęto grzech Onana kojarzyć z masturbacją (tu również doprowadzanie do ejakulacji w celach nieprodukcyjnych).

Społeczeństwo żydowskie było patriarchalne, nie było mowy o równości płci. Kobiety były postrzegane jako źródło „kłopotów seksualnych” (Filon Aleksandryjski, 25 p.n.e. – 50 p.n.e.) i stanowiły własność mężczyzny (w tym również w sferze seksualnej). Biblijna Ewa jako „prekursora” przez swą seksualność odciągnęła Adama od idealnego związku z Bogiem²⁸.

Żydzi cenili fallusa jako symbol płodności, ale nie dochodziło do jego kultu. Podobnie jak u Egipcjan, męskie członki były zabierane jako trofea wojenne²⁹. Żydzi oddzielili aktywność seksualną od aktywności religijnej, rozwinęli również surowy kodeks zachowań seksualnych (m.in. zabraniali uprawiania seksu, którego celem nie była prokreacja)³⁰. Surowe kary groziły zarówno za utratę dziewictwa przed ślubem, za zachowania homoseksualne, jak i – zgodnie z przepisami Starego Testamentu – za transwestytyzm, sodomie, zgwałcenie i kazirodztwo.

Nie można zrozumieć obyczajowości seksualnej Zachodu bez znajomości kultury greckiej, której wpływy sięgają znacznie głębiej niż wszelkich innych kultur³¹. Było to – jak pisze Filar – miejsce pierwszej „rewolucji seksualnej” antyku. Nigdzie i nigdy wcześniej kompromis między przyjemnością a obowiązkiem nie był tak głęboki i tak zdemokratyzowany, a seksualna wolność tak wielka. Grecy, w odróżnieniu od dualistycznej koncepcji judaistycznej, rozpatrywali człowieka jako integralną jedność duszy i ciała³². Przywiązywali dużą wagę do życia w harmonii, „stawania się pięknym” w sensie fizycznym i duchowym. Jak pisze Imieliński, atrakcyjność człowieka dla innego człowieka nie opierała się na różnicach w cechach płciowych, lecz była wynikiem oddziaływań praw estetyki³³. U szczytu rozwoju cywilizacji greckiej zmysłowość i otwarte przeżywanie seksualności były powszechne w codziennym życiu. Grecy wysoko cenili wszystko, co ludzkie (w tym seks i piękno). Oddzielili również aspekt seksualny od religijnego, ale w przeciwieństwie do Żydów widzieli seksualność jako radosną ludzką ekspresję i aktywność, która od strony moralnej bogów nie obchodziła. Dużą rolę przywiązywano do erotyki i zmysłowości: pocałunki przyjęły wiele różnych form; kobiece biust uważany był za „wysoce erotyczny”, stosunki seksualne praktykowano w różnych

²⁷ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt.

²⁸ E.R. Mahoney, dz. cyt.

²⁹ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

³⁰ E.R. Mahoney, dz. cyt.

³¹ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt., s. 51.

³² M. Filar, dz. cyt., s. 227–228.

³³ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt.

pozycjach, a seks oralny był powszechnym wstępem do współżycia seksualnego³⁴. Kobiety służyły jako żony lub matkowały synom. Choć w kulturze greckiej istniał kult ludzkiego ciała, to jednak męskie ciało uważane było za atrakcyjniejsze. Męski homoseksualizm był postrzegany raczej w sensie duchowym niż fizycznym i opisywany jako „prawdziwa forma ludzkiej miłości”. Grecy uważali go za „klinicznie czystą” postać seksu, gdyż nie prowadził do dalszych biologicznych konsekwencji, rozumiany był jako normalna i oczywista forma życia ludzkiego³⁵. Żeński homoseksualizm, tak jak i pozycja kobiety w Grecji, cieszył się znacznie mniejszym poparciem, uważano go nawet za mało znaczący i często wiązano z prostytutką.

Gdy społeczeństwo greckie zaczęło podupadać, podejście do seksu również uległo zmianie. Wpływ innych narodowości zaznaczył się pojawieniem się w kulturze greckiej nowych trendów pod postacią religii orfickiej. Popularność nowo głoszonych twierdzeń spowodowała wystąpienie pierwszych przejawów niechęci wobec sfery seksualnej. Myśli Platona przeniknęły do współczesności jako koncepcja „greckiego dualizmu”³⁶. Koncepcja ta zakładała dwoistość natury ludzkiej, składającej się ze sfery duchowej i cielesnej. Umysł charakteryzował się: duchowością, intelektem, ciało natomiast traktowane było jako materialne i fizyczne. Umysł stał bezwzględnie wyżej niż ciało.

Platońską koncepcję *sacrum* i *profanum* (*sacrum* – duchowa harmonia, atrakcyjność intelektualna, *profanum* – fizyczna miłość) możemy znaleźć w wielu najnowszych pracach poświęconych płci. Na stosunku do płci i seksualności zaważyły również poglądy Arystotelesa. Powoływał się on na naturę i udowadniał, że samiec jest dominujący i ważniejszy od samicy. Mężczyzna i kobieta są jak Słońce i Ziemia, energia i materia, stolarz i drewno. Nasienie mężczyzny formuje i stwarza życie, a kobieta emituje substancję, która jest w części nasieniem. Stoi zatem niżej od mężczyzny³⁷.

Motywy seksualne pojawiały się licznie w literaturze greckiej (liryki Safony, dzieła Homera, komedie attyckie). Seksualność ukazywana była w wielu aspektach: romantycznym, fizycznym, lirycznym, pornograficznym...³⁸

W starożytnym Rzymie stosunek do seksu i zachowań seksualnych silnie kontrastował z podejściem Greków. Rzymianie nie przejęli greckiego punktu widzenia na estetykę i duchową naturę seksu. Uważali seks za czysto fizyczny; ciało nie było dla nich formą piękną, lecz instrumentem seksualnym³⁹. Uważali, że należy korzystać z nadarzającej się okazji. To fizyczne podejście do seksualności dotarło do nas w formie terminów pochodzących z łaciny i oznaczających różne formy aktywności seksualnej: *cunnilingus* (stymulacja oralna żeńskich narządów), *fellatio* (stymulacja oralna męskich genitaliów), masturbacja, prostytutka, pornografia. Rzymianie, ogarnięci pasją unormowania prze-

³⁴ E.R. Mahoney, dz. cyt.

³⁵ M. Filar, dz. cyt., s. 228.

³⁶ Tamże; Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

³⁷ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

³⁸ Tamże.

³⁹ N. Sussman, dz. cyt.

pisami prawnymi całego otaczającego ich świata, w zakresie legislacji seksualnej wyznaczali nawet specjalne miejsca w mieście do uprawiania seksu z prostytutkami: były to łuki pod wielkimi akweduktami. Popularność tych miejsc spowodowała, że łac. słowo *fornices* (oznaczające łuki) stało się nazwą rzymskich domów publicznych⁴⁰. Rzymianie często łączyli seksualność z okrucieństwem; szczególnie w ostatnich latach imperium: krwawe areny i sceny były silnym bodźcem seksualnym, a prostytutki czekały na podnieconych klientów zaraz po wyjściu z przedstawienia. Dość powszechnym zjawiskiem było zmuszanie par do odbywania stosunków seksualnych na oczach tłumu, zdarzało się również, że kobiety były gwałcone przez zwierzęta dla uciechy oglądających je ludzi. Wielu cesarzy rzymskich interesowało się seksualnością: Caligula był zachwycony tymi, którzy potrafili na jego oczach zabłysnąć najbardziej niezwykłymi aktami seksualnymi. Zarówno Caligula, jak i Neron praktykowali transwestytyzm⁴¹.

Kultura rzymska była również patriarchalna i zdominowana przez mężczyzn. Kobieta pozostawała pod prawną opieką mężczyzny, gdyż z punktu widzenia prawa nie była w pełni odpowiedzialna za swe czyny⁴². Od kobiet oczekiwano, by były zawsze aktywne seksualnie.

Lewinsohn podaje, iż pozycja żony w Rzymie zależała od stopnia zadowolenia męża z ich życia seksualnego. Jeśli nie udawało jej się spełnić jego potrzeb seksualnych, to musiała stworzyć mężowi okazję do zaspokojenia seksualnego w inny sposób (np. prostytutką)⁴³. Jednakże jak podają inne źródła, kobietom inteligentnym i żądnym władzy udawało się czasem pozyskać duży wpływ na męża, a zatem i na politykę⁴⁴. Znane były przypadki szerokiej aktywności seksualnej wśród kobiet z wyższych sfer: Messalina, młoda żona starzejącego się cesarza Klaudiusza, wzięła sobie na stałe do pałacu kochanka. Ekscentryczność jej zachowań polegała na tym, że często zmuszała szlachetnie urodzone damy, by odbywały stosunki z obcymi, podczas gdy ich mężowie byli zobowiązani przyglądać się im⁴⁵. W okresie Cesarstwa rozpowszechnił się obyczaj posiadania przez damy z wyższych sfer *cicibeja* (*cavaliero servante*), przyjaciela domu, który był „zatrudniony” przez cały dzień i towarzyszył swej pani w czasie widowisk, na uroczystościach religijnych, w odwiedzinach⁴⁶.

W Rzymie funkcjonował prawny zakaz wymuszeń seksualnych wobec kobiet i dzieci. Znajdował on silne podbudowanie w zakazie obyczajowym. Zgwałcenie rozpatrywane było jako tzw. *crimen vis*, a więc przestępstwo polegające na naruszeniu wolności przez zastosowanie przemocy, a jego aspekt seksualny schodził zdecydowanie na dalszy plan. Po raz pierwszy w historii traktowano tu w zasadzie na równi zgwałcenie kobiety i mężczyzny. Tradycyjnie chronione były również dzieci. Racjonalizacja karal-

⁴⁰ E.R. Mahoney, dz. cyt.

⁴¹ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

⁴² Tamże.

⁴³ Podaje za: K. Imieliński, *Manowce seksu*, Res Polonia, 1990.

⁴⁴ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt.

⁴⁵ N. Sussman, dz. cyt.

⁴⁶ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt.

ności jednak i tu nie bazowała w zasadzie na elementach seksualnych, gdyż właściwie chodziło tu z jednej strony o ochronę słabszego, z drugiej zaś – o penalizację czynów, które w ramach racjonalnego, rzymskiego rozumienia seksu były zbliżone do czynów przeciw naturze. Rzymskie prawo rodzinne nie wykazywało także nigdy żadnego przewrażliwienia w zakresie „czystości” prokreacji. Nieślubne dzieci nie były nigdy dyskryminowane, a przerwanie ciąży zawsze było w Rzymie dozwolone⁴⁷. Działalność dwóch lekarzy praktykujących w ówczesnym czasie w Rzymie: Soranusa (upowszechnił wiele metod sterowania płodnością) i Galena (zalecał masturbację w przypadkach podniecenia seksualnego i braku możliwości odbycia stosunku) przyczyniła się do pewnego kroku w ewolucji postaw wobec seksualności w starożytnym świecie. Tabu seksualnym objęty był natomiast homoseksualizm i wszelkie formy zachowań określanych jako czyny przeciwko naturze.

Średniowiecze przyniosło zasadnicze zmiany...

Upadek Zachodniego Cesarstwa Rzymskiego (A.D. 476) to początek wieków średnich, które trwały około 1000 lat aż do renesansu. Podczas tego okresu Kościół rzymskokatolicki doszedł do głosu i próbował ustanowić nową hierarchię wartości, włączając w to negatywne nastawienie do seksualności. Chrześcijaństwo, jak każda zresztą religia, musiało ustosunkować się do seksu, był on bowiem zbyt ważnym składnikiem praktyki społecznej, by go ignorować. Stały przed nim, jak przed każdą religią, dwie drogi: albo wykorzystać seks dla swych celów, czyniąc zeń sakrum i religijne misterium, albo wyłączyć go ze swej orbity, nadając mu rangę prozaicznej, ziemsko-cieleśnej czynności fizjologicznej. Odziedziczona po judaizmie dualistyczna koncepcja człowieka narzucała jednak z góry konieczność zajęcia określonego stanowiska. Skoro człowiek składał się ze śmiertelnego ciała, które „z prochu powstało i w proch się obróci”, oraz z „nieśmiertelnej duszy”, która miała być podmiotem życia wiecznego, nic dziwnego, iż w gradualistycznym systemie bytów duchowość stawiana była wysoko ponad cielesnością⁴⁸.

Doktryna kościelna określała celibat jako wartość naczelną, a jedynym usprawiedliwieniem dla podejmowania stosunków seksualnych była prokreacja. Seks postrzegany był jedynie jako zwierzęca chuć i określany jako nieprzyzwoity, nieczysty. Dziewictwo (jak najdłuższe lub na całe życie) było preferowane, a małżeństwo było dla tych, którzy nie mogli sobie z nim poradzić. Chrześcijaństwo radykalnie wzmocniło małżeństwo, czyniąc je nierozzerwalnym, i uznało rozwód za grzech. Innym czynnikiem wykształcenia się rygorystycznej postawy wobec seksualizmu był przyjęty z judaizmu zakaz przerywania ciąży, rozszerzony następnie na antykoncepcję⁴⁹.

Kościół zalecał pozycję klasyczną (mężczyzna u góry, kobieta na dole) jako jedyną odpowiednią pozycję seksualną. Wielu ówczesnych teologów podkreślało, że inne pozycje są dziełem diabła. Seks oralny i analny były w pogardzie. Św. Tomasz z Akwinu wyrażał pogląd, że pożądanie seksualne jest przeciwko naturze, a do najcięższych grzechów należą współżycie w nienaturalnych pozycjach, masturbacja oraz homoseksualizm. Przeciwwstawiający się wszelkiej przyjemności erotycznej

⁴⁷ M. Filar, dz. cyt., s. 134–135.

⁴⁸ Tamże, s. 136.

⁴⁹ Tamże, s. 138.

Kościół opracował nawet „modny” strój nocny dla kobiet. Była to koszula nocna (*chemise caguloe*) z dziurą w okolicy genitalnej, przez którą mąż mógł zapłodnić żonę z zachowaniem absolutnego minimum kontaktu cielesnego⁵⁰. Rozkosz seksualną traktował św. Augustyn jako konsekwencję grzechu pierworodnego. Twierdził, że orgazm czyni człowieka niezdolnym do myślenia, a tym samym niszczy jego ducha⁵¹. Oficjalna doktryna kościelna okazała się jednak być tylko pobożnym życzeniem. Wśród ludności, jak również wśród samego kleru, utrzymywało się silne zainteresowanie seksem. Walka z seksualnością w średniowieczu z perspektywy czasu może być traktowana jako przegrana, mimo że Kościół starał się uczynić seks ponurym i niepopularnym. W okresie średniowiecza został utrzymany niski status kobiet, jak również pogląd, że kobiety są z natury lubieżne, „chutliwe” i są często przyczyną męskich kłopotów (obarczano je winą za grzech pierworodny). W XIV wieku takie postrzeganie kobiet doprowadziło do działań skierowanych przeciwko nim: oskarżenia o czary. Wszystko, co niewytłumaczalne, było przypisywane nadnaturalnym siłom: począwszy od choroby psychicznej, męskich problemów z erekcją po plagi nawiedzające kraje⁵².

Wiele postaw wobec seksu, idei i mitów z czasów średniowiecza przetrwało całe wieki i utrwaliło się w zachodnim modelu seksualności. Pozostałościami z tego okresu są między innymi:

- ambiwalentny stosunek do kobiet, seksualności, satysfakcji seksualnej,
- konflikt między moralnością a erotyzmem⁵³.

Począwszy od XV wieku życie ludzkie nabrało nowego znaczenia. Wtedy też, jak podaje Filar, rodziła się ostatnia wielka rewolucja seksualna czasów historycznych. Wywodząca się z antyku apoteoza ciała i miłości została przyjęta przez zmęczoną średniowieczno-feudalną mistyfikacją Europę⁵⁴. Życie zaczęto bardziej cenić, a tym samym nastawienie wobec seksu zmieniło się na bardziej permissywne i liberalne. Miłość fizyczna uznana została za naturalne prawo zarówno kobiety, jak i mężczyzny. Znalazło to żywe odzwierciedlenie w literaturze i sztuce. Boccaccio (autor *Dekameronu*) twierdził: „natura nie stworzyła nic bez celu, dała nam poszczególne części ciała po to, by były używane, a nie spoczywały w bezruchu”. Po Europie krążyły *Żywoty pań swawolnych*, skopiowane postaci 16 figur stosunków płciowych, do których Aretino, ulubieniec Klemensa VII, skomponował *Sonetti lussuriosi*⁵⁵. Nastąpiło odejście od dogmatów wiary i religijności (odprężenie od reguł skierowanych przeciwko życiu seksualnemu), co wpłynęło na podniesienie rangi kobiet, przedstawianych ówczesnie jako istoty zmysłowe o dużym temperamencie. Nie przywiązywano dużej wagi do dziewictwa,

⁵⁰ N. Sussman, dz. cyt.

⁵¹ K. Imieliński, *Seksuologia*, dz. cyt.

⁵² E.R. Mahoney, dz. cyt.

⁵³ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

⁵⁴ M. Filar, dz. cyt.

⁵⁵ Tamże.

wierności czy problemu nieślubnych dzieci. Pochwalano wartości starożytnej Grecji i seks jako cecha jednostki zaczął mieć swoje prawa. Popularne stały się takie cechy, jak: ekstrawagancja, indywidualność i zmysłowość. Czar odrodzenia został jednak szybko przerwany przez wielką europejską epidemię syfilisu. Przeniesiony prawdopodobnie z Ameryki, zaatakował znaczne obszary kontynentu, stając się wielkim problemem społecznym i zdrowotnym. Straszliwa choroba była jak paliwo dla tych, którzy chcieli zreformować grzeszne zachowania seksualne społeczeństwa⁵⁶.

Wiadomo było, że Kościołowi nie udało się wprowadzić własnego poglądu na seksualność. Szeroko rozprzestrzeniający się syfilis oraz wysoki wskaźnik dzieci z nieprawego łoża dostarczył argumentów religijnym reformatorom, takim jak Jan Kalwin i Marcin Luter⁵⁷. Luter zliberalizował prawodawstwo i uznał prawo do rozwodu w przypadku bezpłodności żony lub męża⁵⁸. Kalwin twierdził, że syfilis jest „gniewem Bożym” za rozwiązłość seksualną, której nie udało się kontrolować Kościołowi. Pod wpływem Kalwina rozwinęła się rewolta znana jako reformacja. Podzieliła ona chrześcijaństwo na obozy: protestancki i katolicki, z których ten ostatni ustanowił bardziej restrykcyjny kodeks seksualny. Kalwin utrzymywał, że ludzie na samym początku swego istnienia byli bez grzechu. Upadek człowieka zapoczątkowany wypędzeniem Adama i Ewy z raju spowodował, że od tego momentu stali się grzeszni, a jedynym źródłem odkupienia była dobroć Boga. Pracując ciężko nad sobą, by przezwyciężyć istniejącą w sobie grzeszność i słabość, można było mieć nadzieję, że zostanie się wybranym i zbawionym. Surowym karom podlegały zachowania seksualne z niewiernymi, zdrady małżeńskie, homoseksualizm, zgwałcenie kobiety, przerwanie ciąży, jak również kazirodztwo i sodomia. Takie poglądy spowodowały bardziej restrykcyjne podejście do seksualności⁵⁹. Cenzurą objęto zarówno literaturę (okrojono *Dekameron*), jak i sztukę (przemalowano dzieła Michała Anioła, kryjąc nagość świętych postaci)⁶⁰.

Skandal wojen religijnych zrodził nie tylko protestancko-kalwiński purytanizm, lecz także arystokratyczny sekularyzm i indywidualizm, który bronił prawa do wzruszeń, do pasji i do wolnej miłości, ujmując miłość erotyczną jako szczególne życiowe szczęście. Tendencja ta wystąpiła szczególnie silnie w XVIII wieku, kiedy to można było mówić o dominacji erotyzmu w określonych kręgach społecznych. Nie było żadnych ograniczeń poligamii i poliandrii na królewskich i arystokratycznych dworach, przeciwnie, urosła ona wręcz do rangi instytucji – kto jej nie uprawiał, uchodził za ekscentryka lub barbarzyńcę⁶¹. O rozluźnieniu sfery seksualnej może świadczyć fakt, że w epoce galanterii nawet choroby weneryczne uważano za „choroby eleganckie”⁶². Kult erotyzmu postawił kobietę w centrum zainteresowań. Uprawniona była do aktywnej roli zarówno

⁵⁶ E.R. Mahoney, dz. cyt.; M. Filar, dz. cyt.

⁵⁷ E.R. Mahoney, dz. cyt.

⁵⁸ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

⁵⁹ E.R. Mahoney, dz. cyt.

⁶⁰ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

⁶¹ M. Filar, dz. cyt., s. 251–252.

⁶² K. Imieliński, *Seksjatria*, dz. cyt.

w sferze seksualnej, jak i społecznej. Liczne kochanki możnowładców odegrały istotną rolę w historii: madame Pompadour, caryca Katarzyna I (Marta Skowrońska). Za nieelegancki i nienaturalny uważany był ówczasie męski homoseksualizm⁶³. Warunki społeczno-ekonomiczne nie pozwalały na poligamię i promiskuityzm w biedniejszych klasach społecznych.

Rewolucja francuska przyniosła upadek rokokowego świata arystokracji. Hasłami przewodnimi rewolucjonistów była walka z panującym rozluźnieniem obyczajowym, stąd pierwsze akty władzy dotyczyły spraw seksualnych. Liczne zakazy miały prowadzić do uporządkowania świata zgodnie z nakazami cnoty. Rewolucja spowodowała również utratę przez kobietę jej pozycji i wpływów zarówno w sensie obyczajowo-prawnym, jak i seksualnym⁶⁴. Po licznych dyskusjach w roku 1792 wprowadzono instytucję świeckiego rozvodu, mającą ukrócić zachowania pozamałżeńskie.

Wielka rewolucja burżuazyjna w sprawach seksu nie była z pewnością ani radykalna, ani liberalna. Uświęciła jedynie i podniosła do rangi doktryny oficjalnej stary mieszczański rygorizm seksualny⁶⁵.

W odwiecznym „tańcu na linie”, jakim była historia obyczajowości seksualnej, zbyt gwałtowne wychylenie w jedną stronę powodowało zawsze następnie balans w drugą dla złapania równowagi⁶⁶. Powrót Burbonów na tron spowodował ponowny rozkwit kultu erotyki i feminizmu w Europie. Pierwszym zwiastunem nowej epoki był rodzący się motyw miłości romantycznej (odseksualnionej, a jednocześnie niespełnionej, nieszczęśliwej). Literatura opisywała licznie nowo rodzące się idee: dzieła Goethego, lorda Byrona czy Heinego zyskały rangę przewodników życiowych. Mężczyźni stali się sentymentalni, a popełniane w imię miłości samobójstwa stanowiły epidemię⁶⁷. Jak pisze Filar, „etos romantyczny różnił się jednak od prowansalskiego, gdyż ten zawsze znajdował ukoronowanie w łóżku, podczas gdy romantyczny kończył się co najwyżej przy drzwiach sypialni z wypalonym pistoletem w dłoni”⁶⁸.

W drugiej połowie XIX wieku przez Europę przeszła fala purytanizmu, która miała swe źródła w Anglii. Nurt ten charakteryzował się dużym rygoryzmem obyczajowym i seksualnym. Drugą połowę XIX wieku, jak piszą badacze, można określić mianem antyseksualnej krucjaty.

Ustawodawstwa karne tego okresu nie przewidywały już wprawdzie – wzorem swych XVIII-wiecznych poprzedników – iście barbarzyńskich kar za określone zachowania seksualne, niemniej zawierały szeroką gamę penalizowanych przejawów życia seksualnego, tak iż na dobrą sprawę niezakazany pozostawał jedynie stosunek małżeński⁶⁹. Silnie uwidoczniła się w tym okresie walka z pornografią i literaturą ero-

⁶³ M. Filar, dz. cyt.

⁶⁴ Tamże.

⁶⁵ Tamże, s. 256.

⁶⁶ Tamże.

⁶⁷ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt.

⁶⁸ M. Filar, dz. cyt., s. 259.

⁶⁹ Tamże, s. 261.

tyczną (liczne procesy pisarzy i wydawców, m.in. Oscara Wilde'a, Gustawa Flauberta, Charles'a Baudelaire'a...). Filar tak opisuje panujący w ówczesnym czasie duch purytanizmu:

Ciało było jednak oficjalnym tabu, panie nie miały nóg ani piersi, zwoje materiału krępowały je szczególnie jak nigdy, doktor mógł badać je jedynie przez ubranie, i to w obecności męża lub matki pacjentki, nie należało do rzadkości, iż nawet mąż nie oglądał nigdy swej żony tak, jak ją stworzyła natura. Bidety i mycie genitaliów uważano za wysoce nieestosowne i niebezpieczne, mogło bowiem doprowadzić do masturbacji, która była „czarnym Piotrusiem” tej epoki. Przedsiębiorczy przemysł angielski wypuścił nawet na rynek specjalne klatki, które zakładane na noc na genitalia chłopców miały ich uchronić od tej straszliwej plagi⁷⁰.

W całej historii obyczajowości seksualnej zawsze tam, gdzie oficjalna doktryna ustosunkowywała się do seksualności, zdecydowanie restrykcyjnie abstrahując od realiów życia, natychmiast zachodził proces kształtowania się podwójnej moralności i w rezultacie obok tej oficjalnej „od święta” funkcjonować zaczynała druga – praktyczna, „na co dzień”. Oficjalne potępienie ożywiało więc „podziemny” nurt erotyzmu... Tak więc „wszystko można, co nie można, byle cicho i z ostrożnością” – to główne *credo* pragmatycznej burżuazyjnej moralności seksualnej tej epoki⁷¹.

Duch pruderii dotarł również do Ameryki, gdzie znalazł licznych zwolenników.

W epoce wiktoriańskiej w USA, przypadającej na lata 1865–1918, dominował pogląd, że seksualność wiąże się z utratą (a nie z zachowaniem) nasienia, zdrowia, pozycji. Były to czasy szybkich zmian, wzrostu przemysłowego i osobistych sukcesów ludzi.

Jednym z autorytetów epoki wiktoriańskiej, jeśli chodzi o seksualność, był William Acton. Uważał, że prawdziwą oznaką siły jest zdolność do kontroli własnych żądz seksualnych, a idealny mężczyzna to taki, który – dzięki silnej woli – utrzymywał wszystkie żądze i namiętności pod kontrolą. Seks określał jako stałą energię, będącą częścią sił witalnych człowieka, która jest ograniczona. Jego zwolennicy twierdzili, że mężczyzna może mieć tylko ograniczoną liczbę orgazmów i jeśli już ją wyczerpie, to „zwiędnie jak suszona śliwka”. Acton i inni przyjęli pogląd, że wytrysk to „trwonienie witalnego płynu nasiennego”. Dość częste były głosy „ekspertów”, twierdzących, że utrata 1 uncji nasienia równała się utracie 40 uncji krwi!!! Pomysł ten po raz pierwszy przedstawiony został przez szwajcarskiego lekarza Tissota (1760) w książce pod tytułem *Onanizm a schorzenia wywołane przez masturbację*. Aktywność seksualna była zatem postrzegana jako realne niebezpieczeństwo dla życia, zdrowia i umysłu. Jeden z ówczesnych ekspertów seksualnych zalecał współżycie w małżeństwie nie więcej niż 12 razy w roku, gdyż w przeciwnym razie miała pojawić się niepoczytalność lub niesprawność fizyczna. Inni zalecali różną częstotliwość współżycia w zależności od zawodu mężczyzny. Jeszcze gorsze skutki wynikały z masturbacji nieletnich chłopców (należało tego bezwzględnie unikać). Wymyślono zatem wiele cudownych

⁷⁰ Tamże, s. 262.

⁷¹ Tamże.

środków, które miały ostudzić zapał: polecano diety „na uspokojenie”, opatentowano urządzenia, które uniemożliwiały erekcję podczas snu. W ekstremalnych przypadkach Acton zalecał wprowadzanie podłużnego przedmiotu w cewkę i przepłukanie jej azotanem srebra (wysoce żrącą substancją, która łatwo mogła doprowadzić do trwałego uszkodzenia)⁷².

Kobiety, w przeciwieństwie do mężczyzn, przedstawiano jako słabe, ulotne, delikatne, kruche i czyste, a przede wszystkim beznamiętne. W opinii „ekspertów” kobieca masturbacja była zatem jeszcze straszniejsza niż męska i powodowała wiele chorób, które wpływały na płodność. Uważano, że kobiety są mniej zainteresowane seksem, jednak wymyślano również drastyczne środki zapobiegające autostymulacji, jak na przykład okaleczenia lub usunięcia łechtaczki.

Nie wszyscy podzielali takie poglądy. Do mniejszości należeli m.in. Thoreau, Emerson, Alcott, którzy kwestionowali „głos epoki” i opowiadali się za powrotem do natury, miłości romantycznej i rozwojem oraz akceptacją ludzkich związków seksualnych. Cenny wkład w rozwój wiedzy o seksualności wniosła literatura piękna: dzieła markiza de Sade, Leopolda Sacher-Masocha, filozofa Sorena Aabye Kierkegaarda. W XIX wieku doszło również do burzliwego rozwoju nauk biologicznych: sformułowania teorii ewolucji, odkrycia Lamaczka, Pasteura, Menela. Pewnej ewolucji ulegały również poglądy na istotę zbroczeń płciowych, które łączono ze zwyrodnieniem umysłowym, uznawano za grzech i wpływ szatana, jak również próbowano tłumaczyć hipotezami atawistycznymi (Lombroso). Pod koniec wieku naukowcy wyjaśniający mechanizm powstawania tych zachowań skupili się głównie wokół dwóch szkół: zwolenników teorii uwarunkowań wrodzonych oraz nabytych. Pod koniec lat 90. XIX wieku zostały zasiane „ziarna zmian”, które miały wykiełkować i bujnie się rozwinąć w stuleciu następnym.

Następstwem obyczajowości podwójnej i tłumionej moralności swoje powstanie i rozwój zawdzięcza psychoanaliza. Odkrycie przez nią podświadomych popędów, licznych kompleksów, seksualnego tła wielu zaburzeń psychicznych stawia właściwą ocenę tej epoce, za którą jeszcze teraz przychodzi nam płacić, przetrwała bowiem w mentalności wielu współczesnych⁷³.

Na postępujące w XX wieku poważne zmiany w ustosunkowaniu się do seksualizmu wpłynęła oczywiście nie tylko „podwójna” moralność seksualna drugiej połowy XIX wieku, lecz także inne istotne okoliczności. Szczególne znaczenie miała tu niewątpliwie występująca po raz pierwszy w historii cywilizacji możliwość wyraźnego oddzielenia prokreacyjnej warstwy płciowości od hedonistycznej. Pod koniec XIX wieku – po odkryciach Harveya, de Graafa, Leuwenhoecka, von Baera i szwedzkiego biologa Fiola, który w roku 1877 pierwszy zaobserwował proces połączenia plemnika z jajem u wyższych ssaków – przebieg i prawidłowości procesu zapłodnienia nie były

⁷² E.R. Mahoney, dz. cyt.

⁷³ Z. Lew-Starowicz, *Seks w kulturach świata*, dz. cyt., s. 77.

już tajemnicą. Od tego był już tylko krok do antykoncepcji – świadomej działalności człowieka, mającej na celu eliminację zapłodnienia w trakcie aktu seksualnego⁷⁴. Ważnym odkryciem współczesności były również doświadczenia nad sztucznym zapłodnieniem. Do zmniejszenia strachu przed konsekwencjami stosunku seksualnego przyczyniły się badania naukowe w zakresie walki z następstwami chorób wenerycznych (Crede – 1884, odkrycie środka przeciwko syfilisowi, wynalezienie penicyliny przez Fleminga...). Prowadzono również zakrojone na szeroką skalę eksperymenty z zakresu fizjologii seksualnej i obserwacji klinicznych, dostarczając nowych informacji na polu diagnozy i leczenia różnorodnych zaburzeń emocjonalno-seksualnych. Duży wpływ na rozwój seksuologii miały organizowane licznie sympozja, konferencje naukowe a także ukazujące się od roku 1933 w Stanach Zjednoczonych czasopismo „Sexuology”. Raporty pionierów badających tę sferę życia torowały drogę współczesnej seksuologii. Byli to między innymi:

– wspomniany wcześniej Ryszard von Krafft-Ebing, uważany za twórcę współczesnej patologii seksualnej; jego dzieło *Psychopatia sexualis* było pierwszym obszernym przedstawieniem dewiacji seksualnych; przyczynił się także do licznych zmian w zakresie nomenklatury seksualnej (wprowadził pojęcie sadyzmu, masochizmu, zoofilii)

– Magnus Hirschfeld – jeden z największych znawców problematyki homoseksualizmu, stworzył pojęcie transwestytyzmu; w roku 1918 założył w Berlinie Instytut Wiedzy Seksualnej

– Iwan Bloch – współzałożyciel seksuologii i seksiatрії; w roku 1906 wprowadził pojęcie *Sexualwissenschaft* (wiedza seksualna, nauka seksualna); pierwszy uznał sadyzm i masochizm za objaw powszechnie występujący u ludzi; jego poglądy opierały się na założeniu, że zboczenia płciowe występowały we wszystkich okresach i kulturach

– William Stekel – badacz zjawiska homoseksualizmu, impotencji i oziębłości seksualnej; zajmował się również związkiem pomiędzy porannymi erekcjami a marzeniami sennymi

– Alfred Kinsey, zwany „Kolumbem wiedzy seksualnej”; jego raporty, opracowane na podstawie 10-letnich badań, stały się kamieniem milowym w rozwoju seksuologii; swoje nowatorskie odkrycia przedstawił w licznych książkach, które szybko stały się bestsellerami na całym świecie

– Hans Giese, uważany za jednego z najwybitniejszych pionierów seksiatрії; łączył odkrycia z zakresu medycyny i antropologii z wpływami socjologicznymi oraz religijno-filozoficznymi; w roku 1955 wydał – przetłumaczony także na język polski – podręcznik *Die Sexualität des Menschen (Seksuologia)*.

– William Masters, twórca opublikowanego w roku 1966 raportu *Human sexual response* (w Polsce wydano go w roku 1975 pt. *Współżycie seksualne człowieka*).

W XX wieku nasilił się również proces emancypacji kobiet, które zaczęły odgrywać coraz większą rolę w życiu politycznym i społeczno-kulturowym. W ślad za tym szły

⁷⁴ M. Filar, dz. cyt., s. 263.

również postępujące zmiany, mające na celu uwolnienie się kobiet z patriarchalnego systemu w sferze seksualnej⁷⁵.

Wczesne lata 20. XX wieku wiązały się z wyraźnym wzrostem praw kobiet. Od roku 1920 przyznano im prawo do głosowania, co spowodowało wzrost aktywności ruchów kobiecych. W świadomości społecznej pojawiła się tzw. nowa kobieta ery jazzu. Nazywano je *red hot babies*, czyli „trzpiotki”. Zmieniły się także trendy w modzie: kobiety zaczęły nosić sukienki do kolan, krótkie włosy, używały pomadek, perfum, kolorowych pończoch, paliły papierosy. Stały się bardziej aktywne i dynamiczne, zaczęły również uczęszczać do nocnych klubów.

Pierwszy międzynarodowy kongres seksuologiczny odbył się w roku 1921 w Berlinie. Następne odbyły się w: Kopenhadze (1928), Londynie (1929), Wiedniu (1930), Brnie (1932). W roku 1928 Hirschfeld wraz z H. Ellisem i A. Forelem założyli Światową Ligę Reform Seksualnych⁷⁶.

W roku 1948 Alfred Kinsey opublikował książkę *Zachowania seksualne kobiet i mężczyzn*, a w 1953 wydano pozycję na temat seksualności kobiet. Akceptacja badań Kinseya przez opinię publiczną odzwierciedlała istniejące zainteresowanie sprawami seksualnymi. W roku 1953 Hugh Hefner wydał pierwszy numer „Playboya”. Hefnerowi udało się wprowadzić seks i nagość pod postacią fotografii na stoiska z gazetami obok najbardziej szacownych periodyków. Połączył seks z sukcesem i statusem. Hedonizm i seksualność przestały być oznakami upadku, lecz stały się symbolem statusu społecznego i osiągnięć ekonomicznych. W „Playboyu” seks był pozytywny i zabawny na sposób amerykański.

Również muzyka tego okresu odzwierciedlała wzrost akceptacji dla seksu i zmysłowości. Pojawił się rock and roll, a zmysłowość Elvisa Presleya zyskała mu niezliczone rzesze zakochanych nastolatków. Nadal jednak w pewnych kręgach wyczuwalna była niechęć i opór. „Playboy” powoli odkrywał kobiece piersi, a zaśniał okolice podbrzusza. W pierwszym telewizyjnym wystąpieniu w programie Eda Sullivana pokazano Presleya „od pasa w górę” – gdyż zmysłowość młodego piosenkarza była nadal zbyt szokująca dla większości Amerykanów.

Lata 60. całkowicie zmieniły panującą wcześniej mentalność, określaną jako „od pasa w górę”. Na scenę wkroczyło młode pokolenie urodzone w okresie „baby-boomu” po drugiej wojnie światowej. Głośno i jawnie rzucało wyzwanie zastanym wartościom amerykańskiego społeczeństwa. Nastawienie seksualne wśród studentów college'ów było bardzo liberalne; znacznie wzrósł odsetek kobiet w wieku studenckim podejmujących stosunki seksualne. Takie określenia, jak *swingers* (pary, które wymieniały partnerów seksualnych) czy *groupies* (seks grupowy), na stałe weszły do języka. Pokazy seksualne w San Francisco ściągały tysiące widzów.

⁷⁵ K. Imieliński, *Seksiatria*, dz. cyt.

⁷⁶ A. Depko, *Historia seksuologii*, w: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010.

Rudi Geinreich wprowadziła kąpielowy strój topless. Kobiety zaczęły definiować własną seksualność, krytykując błędy w myśleniu Freuda. Powszechnie używana i ogólnie dostępna stała się pigułka antykoncepcyjna. Ataki i zmiany w tradycyjnym nastawieniu do seksu i wartości były symbolicznym atakiem na „system”.

W latach 70. ugruntowało się bardziej otwarte nastawienie do seksualności, zapoczątkowane w latach 60. Ruch kobiet zainicjował potężny i skuteczny atak na tradycyjne widzenie kobiet i ich seksualności. Sąd zalegalizował aborcję. Przedmiotem debat politycznych i publicznych stały się: homoseksualizm, gwałt. Pojawił się nowy pełnoprawny zawód – terapeuta seksualny. Główną postacią w kobiecym tenisie została osoba, która przeszła operację zmiany płci. Wyniki badań nad seksem i porady seksualne pojawiły się w większości magazynów kobiecych. Popularne magazyny skierowane do kobiet pokazywały nagich mężczyzn. Pornografia stała się dostępna w prawie każdym mieście i rozwinęła się w olbrzymi przemysł. Dopuszczono do emisji film porno *Deep Throat* (Głębokie gardło), który obejrzały miliony ludzi i który był recenzowany w większości szanowanych magazynów. W sklepach pojawiły się środki do higieny intymnej, a łożka wodne stały się powszechnym towarem. Soers Roebuck sprzedawał wibratory uformowane na kształt męskiego członka, a mężczyźni striptizerzy zabawiali żeńską publiczność. W latach 70. seks wyszedł na otwartą przestrzeń.

Według definicji zamieszczonej w *Małej encyklopedii powszechnej PWN*, historia nauki jest historią walki o racjonalne i krytyczne poznanie rzeczywistości, historią nieustannego pogłębiania wiedzy o istotnych i koniecznych związkach między zjawiskami oraz o sposobach ich wykorzystywania w praktycznej działalności człowieka, historią przewycięzania irracjonalistycznych i fideistycznych poglądów w dążeniu do stworzenia racjonalistycznego, opartego na przesłankach naukowych, poglądu na świat⁷⁷.

Rozwój seksuologii w Polsce

Pierwsze naukowe wzmianki z zakresu seksuologii możemy znaleźć już w XVI-wiecznych pismach Szymona z Łowicza, który w „Poradniku Lekarskim” udzielał rad na temat życia seksualnego. W wieku XIX przetłumaczono na język polski książkę Samuela A. Tissota *Onanizm*. W tym okresie dały się również zauważyć wpływy Jędrzeja Śniadeckiego, który postulował potrzebę wychowania seksualnego młodzieży. Pierwsze polskie publikacje poświęcone tematyce seksualnej ukazały się na początku XX wieku: Izabeli Moszczeńskiej *Jak rozmawiać z dziećmi o kwestiach wrażliwych* (1904) oraz Stanisława Kurkiewicza *Z dociekań nad życiem płciowym* (1906). Prekursorami badań nad seksualnością byli Z. Łazowski, K. Siwicki, Z. Kowalski, B. Dybowski, którzy w latach 1901–1918 prowadzili empiryczne dociekania nad seksualnością młodzieży akademickiej. W roku 1930 powstało Robotnicze Towarzystwo Służby Społecznej,

⁷⁷ *Mała encyklopedia powszechna PWN*, Warszawa: PWN, 1974.

a przy nim Sekcja Regulacji Urodzeń z sześcioma poradniami propagującymi antykoncepcję. W tym samym czasie w literaturze polskiej kwestie seksualne poruszane były licznie w publikacjach Tadeusza Boya-Żeleńskiego. Wtedy też przetłumaczono na język polski czterotomową *Encyklopedię wiedzy seksualnej* pod redakcją Maxa Marcusego. Druga połowa XX wieku to okres szerokiej działalności zarówno publicystycznej, jak i naukowej. W roku 1956 opublikowana została *Klinika nerwic płciowych* Tadeusza Bilikiewicza. Lata 60., 70. i 80. to czasy aktywności znanych dziś autorytetów z dziedziny seksuologii, między innymi Mikołaja Kozakiewicza, Kazimierza Imielińskiego, Juliana Godlewskiego, Bolesława Popielskiego, Zbigniewa Lew-Starowicza, Andrzeja Jaczewskiego, Marii Trawińskiej.

Dużą rolę w rozwoju seksuologii w Polsce odegrało powstałe w roku 1956 Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa, przemianowane później na Towarzystwo Rozwoju Rodziny. Obydwa towarzystwa kontynuowały prace nad krzewieniem oświaty seksualnej i rozwojem poradnictwa seksuologicznego, zapoczątkowane w roku 1933 przez Ligę Reformy Obyczajów oraz Krakowskie Towarzystwo Krzewienia Świadomego Macierzyństwa⁷⁸.

W roku 1962 powstało Koło Seksuologów Polskich przy Zarządzie Głównym Towarzystwa Świadomego Macierzyństwa, którego prezesem został Popielski. Rok później zawiązano Komisję Wychowania Seksualnego przy Zarządzie Głównym Towarzystwa Planowania Rodziny z M. Kozakiewiczem na czele. W tym samym roku jako pierwszy w Polsce tytuł specjalisty seksuologa otrzymał K. Imieliński, który w roku 1971 złożył pracę habilitacyjną z seksuologii na Akademii Medycznej w Krakowie. Dwa lata później powstał pierwszy Zakład Seksuologii w Krakowie, którego twórcą i kierownikiem był właśnie K. Imieliński. W roku 1991 powstało Polskie Towarzystwo Seksuologiczne (pierwszy prezes: Z. Lew-Starowicz). W 1994 powołano pierwszego w Polsce specjalistę krajowego z dziedziny seksuologii, którym został Z. Lew-Starowicz. Obecnie przyszli seksuolodzy kształcą się w ośrodku Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Instytucie Seksuologii Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego w Warszawie oraz w Przychodni Seksuologii i Patologii Węzi Międzyludzkich w Łodzi⁷⁹.

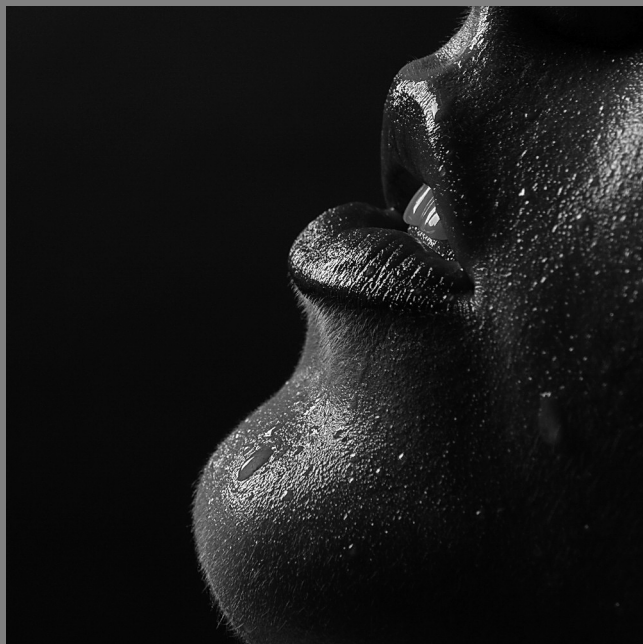
LITERATURA

- BANCROFT J., *Seksualność człowieka*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011
BEISERT M. (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 2004
BULLOUGH V., *Sexual variance in society and history*, Wiley, 1976
DEPKO A., *Historia seksuologii*, w: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010

⁷⁸ A. Depko, dz. cyt., s. 22.

⁷⁹ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2001.

- FILAR M., *Liberalizm i rygoryzm seksualny w różnych kulturach. Zarys historyczny*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia kulturowa*, Warszawa: PWN, 1984
- IMIELIŃSKI K., *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Warszawa: PZWL, 1982
- IMIELIŃSKI K., *Seksuologia*, Warszawa: PWN, 1989
- IMIELIŃSKI K. (red.), *Seksuologia kulturowa*, Warszawa: PWN, 1984
- IMIELIŃSKI K. (red.), *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa: PWN, 1985
- IMIELIŃSKI K. (red.), *Seksiatria*, t. 1–2, Warszawa: PWN, 1990
- KĘPIŃSKI A., *Z psychopatologii życia seksualnego*, Warszawa: PZWL, 1973
- LEW-STAROWICZ Z., *Seks w kulturach świata*, Wrocław: Ossolineum, 1987
- LEW-STAROWICZ Z., *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2001
- MAHONEY E.R., *Human Sexuality*, New York: McGraw-Hill, 1983
- Mała encyklopedia powszechna PWN*, Warszawa: PWN, 1974



Część II

**EDUKACJA SEKSUALNA.
WYBRANE ASPEKTY**

EWA KASPEREK-GOLIMOWSKA

*Edukacja seksualna jako forma ochrony
i promocji zdrowia seksualnego*

KATARZYNA WASZYŃSKA

*Przejawy seksualności dziecka w wieku przedszkolnym
– kontekst edukacyjny*

IZABELA FORNALIK

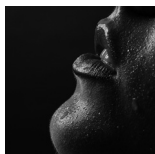
*Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną.
W poszukiwaniu właściwego modelu*

JOANNA DEC

*„Czym skorupka za młodu nasiąknie...”,
czyli o stereotypach dotyczących seksualności
w podręcznikach do „wychowania do życia w rodzinie”*

EWA KASPEREK-GOLIMOWSKA

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



EDUKACJA SEKSUALNA JAKO FORMA OCHRONY I PROMOCJI ZDROWIA SEKSUALNEGO

Edukacja seksualna jest pojęciem, dziedziną wychowania oraz sferą działalności człowieka, która wzbudza wiele kontrowersji. Od lat toczą się dyskusje na temat jej celów, zakresu, podmiotów prowadzących i uczestniczących oraz zakładanych efektów. Dylematy odnoszące się do edukacji seksualnej oddają następujące pytania: Czy dzieciom i młodzieży w ogóle należy przekazywać wiedzę dotyczącą seksualności człowieka? Kto powinien to robić – szkoła czy rodzice? Od jakiego wieku można lub należy rozpocząć edukację seksualną? Jaki powinien być jej zakres i cele? Jakie wartości powinno się promować? Jakie metody nauczania powinny być stosowane, a jakich należy unikać? Czy edukacja seksualna przyspiesza inicjację seksualną? Czy wiedza na temat antykoncepcji prowadzi do wzrostu aktywności seksualnej młodzieży? Czy nie byłoby lepiej, gdyby edukacja seksualna pozostała domeną rodziny?¹

Ze względu na uwikłanie edukacji seksualnej w spory ideologiczne, dyskusje polityczne, światopoglądowe i wyznaniowe, istnieje wiele bardzo zróżnicowanych odpowiedzi na powyższe pytania, podobnie jak wiele jest skrajnych ocen i argumentów formułowanych przez zwolenników i przeciwników edukacji seksualnej, zwłaszcza tej prowadzonej w szkole.

Z wielu doniesień i badań wynika, że większość Polaków jest przekonana o potrzebie prowadzenia edukacji seksualnej. Zgodnie z danymi CBOS, w 2005 roku taki pogląd wyraziło 79% ankietowanych. Mniej więcej co szósty respondent (18%) był odmiennego zdania². Poglądy na ten temat różnicują trzy czynniki: wiek, religijność i poglądy

¹ <http://www.federa.org.pl/publikacje/mat_info/edukacja.htm>.

² Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (176) „Aborcja, edukacja seksualna, zapłodnienie pozaustrojowe” przeprowadzono w dniach 7–10 stycznia 2005 roku na liczącej 1089 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłej ludności Polski. Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, luty 2005, <http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_037_05.PDF>.

polityczne. Im młodszy są ankietowani, tym częściej uważają, że należy wprowadzić lekcje poświęcone seksualności w szkołach podstawowych, a im starsi – tym częściej są temu przeciwni. Religijność (mierzona częstością praktyk) sprzyja sprzeciwianiu się edukacji seksualnej w szkołach podstawowych, natomiast nieuczestniczenie w praktykach religijnych wiąże się z przekonaniem o potrzebie wprowadzenia takich lekcji. Osoby o prawicowej orientacji politycznej wyrażają pogląd, że nie należy wprowadzać lekcji poświęconych seksualności, a zwolennicy opcji lewicowej są zdecydowanymi zwolennikami edukacji seksualnej w szkołach³.

W badaniach z 2007 roku⁴ 90% ankietowanych twierdziło, że w szkole powinno się przekazywać wiedzę o życiu seksualnym człowieka. W porównaniu z rokiem 1998 odsetek respondentów zdecydowanie podzielających ten pogląd wzrósł o 13 punktów procentowych, natomiast odsetek tych, którzy są przeciwnego zdania, zmalał o ponad połowę (z 18% do 7%). Z badań wynika, że niemal trzy piąte ankietowanych (59%) było zdania, że obowiązek przekazywania dzieciom wiedzy o życiu seksualnym człowieka spoczywa w równym stopniu na rodzicach i szkole, jedna trzecia zaś (34%) sądziła, że należy to przede wszystkim do rodziców. Nieliczni (3%) wyrażali pogląd, że wychowaniem seksualnym dzieci i młodzieży powinna zająć się głównie szkoła⁵.

Badani o wyższym poziomie wykształcenia i zamieszkujący większe miejscowości częściej są zdania, że troska o wychowanie seksualne dzieci to przede wszystkim sprawa ich rodziców. Taki pogląd jest bliższy osobom zajmującym stanowiska kierownicze, inteligencji, pracownikom umysłowym niższego szczebla i fizyczno-umysłowym oraz ankietowanym w ogóle nieuczestniczącym w praktykach religijnych, a także częściej kobietom niż mężczyznom. Odsetek osób uważających, że obowiązek edukacji seksualnej powinien być dzielony między szkołę a rodziców najwyższy jest wśród rolników (87%), respondentów pracujących na własny rachunek (70%), mieszkańców wsi i najmniejszych miast (odpowiednio 63% i 68%)⁶.

Zdecydowana większość ankietowanych (84%) uważała, że w szkołach powinny odbywać się zajęcia, na których młodzi ludzie mogliby poznać różne metody zapobiegania ciąży. Zwolenników takich zajęć jest na ogół tym więcej, im młodszy są ankietowani, w im większej miejscowości mieszkają i im lepiej oceniają własne warunki materialne. Za edukacją na temat antykoncepcji częściej opowiadają się respondenci o poglądach lewicowych niż deklarujący orientację prawicową. Im częstsze uczestnictwo w praktykach religijnych, tym częstszy sprzeciw wobec zajęć szkolnych poświęconych różnym metodom zapobiegania ciąży⁷.

³ Tamże.

⁴ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (206) „O wychowaniu seksualnym młodzieży” zrealizowano w dniach od 29 czerwca do 2 lipca 2007 roku na liczącej 1064 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, <http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_123_07.PDF>.

⁵ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (206) „O wychowaniu seksualnym młodzieży” zrealizowano w dniach od 29 czerwca do 2 lipca 2007 roku na liczącej 1064 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Centrum Badania Opinii Publicznej, Warszawa 2007.

⁶ Tamże.

⁷ Tamże.

Dla grupy przeciwników edukacja seksualna, zwłaszcza realizowana w szkole (państwowa), stanowi „specyficzną indoktrynację ideologiczną”, „jest formą molestowania seksualnego nieletnich wprowadzoną drogą niegodziwych nacisków, podstępny lub dezinformacji”⁸. Niechęć do edukacji seksualnej prowadzonej w szkole argumentują jej błędnymi założeniami, które wyłączają problematykę płci z jej naturalnego kontekstu, koncepcji osoby i życia ludzkiego, miłości, małżeństwa, rodzicielstwa i sprowadzają działania edukacyjne tylko do „instruktażu z dziedziny fizjologii i co najwyżej psychologii”. Wśród domniemanych niebezpiecznych skutków tak rozumianej edukacji seksualnej wymienia się:

[...] niszczenie życia duchowego człowieka, a w konsekwencji odrzucenie moralności, naruszanie wolności sumienia i wyznania oraz prawa do wychowywania dzieci zgodnie ze światopoglądem rodziców, instrumentalne traktowanie seksu, ograniczanie edukacji do nauczania technik współżycia płciowego i tak zwanego bezpiecznego seksu, jakoby wolnego od zagrożenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, blokowanie potrzeb prokreacyjnych poprzez propagowanie środków kontroli urodzeń, a zwłaszcza prezerwatyw, promowanie przyjemności seksualnej jako celu samego w sobie oraz dobro konsumpcyjne, które w pewnych okolicznościach staje się towarem, traktowanie człowieka jak przedmiotu mogącego być źródłem satysfakcji seksualnej i to niekoniecznie wzajemnej⁹.

W wypowiedziach przeciwników szkolnej edukacji seksualnej, zwłaszcza związanych z Kościołem katolickim, zyskuje ona postać „permissywnej, liberalnej, biologicznej seksedukacji”, która powoduje wiele szkód w rozwoju osobistym i społecznym człowieka: utrudnia prawidłowy rozwój psychoseksualny, rozbudza przedwcześnie erotyzm, stymuluje wczesną inicjację seksualną i podejmowanie zabaw seksualnych, sugeruje akceptację dorosłych dla aktywności seksualnej dzieci, sprzyja rezygnacji z zachowań heteroseksualnych i zachęca do szukania perwersyjnych sposobów zaspokajania potrzeby seksualnej, wzmacnia patologiczne zachowania (gwałty, prostytutka, przemoc, uzależnienia), jest formą walki z małżeństwem i rodziną (przekazuje informacje na temat metod zapobiegania ciąży, zaciera różnice między płciami, zachęca do zmiany ról życiowych kobiety i mężczyzny, narusza prawo rodziców do ochrony dziecka przed deprawacją)¹⁰.

Na tle tych od lat toczonych sporów, często bardzo emocjonalnych, ideologicznych i niemerytorycznych dyskusji toczących się w różnych gremiach, na wielu po-

⁸ D. Kornas-Biela, *Historyczny kontekst rozwoju edukacji seksualnej i jej konsekwencje*, „Studia nad Rodziną” 1998, nr 1, s. 133–148; K. Ostrowska, *Edukacja czy wychowanie seksualne*, „Studia nad Rodziną” 1998, nr 1, s. 149–162.

⁹ Na podstawie materiałów Instytutu Studiów nad Rodziną UKSW, dostępnych w Internecie: <<http://www.isnrng.uksw.edu.pl/slownik/seksualne.htm>>.

¹⁰ Por. także: „Wychowawca. Miesięcznik Nauczycieli i Wychowawców Katolickich” 2007, nr 7–8; <<http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TM/2001-10-rodzina.html>>. D. Kornas-Biela, *Historyczny kontekst rozwoju edukacji seksualnej i jej konsekwencje*, dz. cyt., s. 133–148; teźże, *Skutki edukacji seksualnej*, „Wychowawca. Miesięcznik Nauczycieli i Wychowawców Katolickich” 2011, nr 5, s. 5–9; M. Dziewecki, *Rodzina i edukacja seksualna*, „Katecheta” 2001, nr 10, s. 5–8.

ziomach życia społecznego, edukacja seksualna zyskiwała określone umocowania prawne określające jej miejsce w systemie edukacji, czas i sposób jej realizacji oraz zakres tematyczny.

Podstawy formalnoprawne szkolnej edukacji seksualnej w Polsce

Źródłem kolejnych rozporządzeń dotyczących tych kwestii na przestrzeni ostatnich 18 lat jest Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. nr 17, poz. 78, z późn. zm.), która zobowiązuje szkoły do wprowadzenia treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka. Wraz z upływem czasu, zależnie od rozkładu sił politycznych i w efekcie dyskusji społecznych, kolejne rozporządzenia wprowadzały zmiany zarówno w odniesieniu do nazwy przedmiotu, treści programowych, sposobu realizacji, organizacji, wymogów co do kompetencji osób prowadzących, roli rodziców i wielu innych kwestii. Można je prześledzić w następujących dokumentach:

– Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 roku o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 139, poz. 646)

– Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 19 września 1997 roku w sprawie wprowadzenia do nauczania szkolnego oraz zakresu treści programowych przedmiotu „Wiedza o życiu seksualnym człowieka” (Dz.Urz. MEN nr 8, poz. 37)

– Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 kwietnia 1998 roku w sprawie wprowadzenia do nauczania szkolnego przedmiotu „Wiedza o życiu seksualnym człowieka”

– Ustawa z dnia 16 grudnia 1998 roku o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 5, poz. 32)

– Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 roku w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. nr 67, poz. 756)

– Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. nr 51, poz. 458)

– Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 sierpnia 2007 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z dnia 31 sierpnia 2007, nr 157, poz. 1100)

– Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z dnia 15 stycznia 2009, nr 4, poz. 17)

– Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 sierpnia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. nr 131, poz. 1079).

Obecnie edukacja seksualna stanowi element zajęć edukacyjnych „wychowanie do życia w rodzinie”, a realizacja treści programowych ma pozostawać w ścisłym związku ze szkolnymi programami wychowania i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, a w szczególności: wspierać wychowawczą rolę rodziny, promować integralne ujęcie ludzkiej seksualności, kształtować postawy prorodzinne, prozdrowotne i prospołeczne.

Zgodnie z nowelizacją podpisaną w roku 2009, na zajęcia z wychowania do życia w rodzinie nie będą uczęszczać tylko ci uczniowie niepełnoletni, których rodzice zgłoszą dyrektorowi szkoły sprzeciw w formie pisemnej co do udziału dzieci w zajęciach, oraz ci uczniowie pełnoletni, którzy sami zgłoszą dyrektorowi w formie pisemnej sprzeciw wobec udziału w zajęciach.

Zajęcia z wychowania do życia w rodzinie mają być prowadzone w szkołach podstawowych (w klasach V–VI), gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych w ramach godzin przeznaczonych w szkolnych planach nauczania do dyspozycji dyrektora szkoły, w każdej klasie po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców. Zajęcia mogą być prowadzone przez osoby posiadające kwalifikacje do nauczania w danym typie szkoły oraz ukończone studia wyższe z zakresu nauk o rodzinie albo studia podyplomowe lub kursy kwalifikacyjne zgodne z treściami programowymi zajęć.

Podstawa programowa¹¹ określa, że celem wychowania do życia w rodzinie na poziomie szkoły podstawowej jest ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka oraz pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania. W wymaganiach szczegółowych wymienione są następujące treści nauczania: podstawowe funkcje rodziny z podkreśleniem miejsca dziecka w rodzinie; przekaz wartości i tradycji w rodzinie, wspólne świętowanie, spędzanie wolnego czasu; więź rodzinna, związki uczuciowe i inne relacje w rodzinie; konflikty i ich rozwiązywanie; macierzyństwo i ojcostwo; podstawowa wiedza dotycząca budowy i funkcjonowania układu rozrodczego człowieka; ciąża, rozwój płodu, poród, przyjęcie dziecka jako nowego członka rodziny; różnice i podobieństwa między chłopcami i dziewczętami; identyfikacja z własną płcią; akceptacja i szacunek dla ciała; zmiany fizyczne i psychiczne okresu dojrzewania; zróżnicowane, indywidualne tempo rozwoju; higiena

¹¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z dnia 15 stycznia 2009 r., nr 4, poz. 17).

okresu dojrzewania; prawo człowieka do intymności i ochrona tego prawa; postawy asertywne; istota koleżeństwa i przyjaźni, wzajemny szacunek, udzielanie sobie pomocy, współpraca, empatia; mass media – zasady i kryteria wyboru czasopism, książek, filmów i programów telewizyjnych; instytucje działające na rzecz dziecka i rodziny; odpowiedzialność za własny rozwój; samowychowanie.

Cele wychowania do życia w rodzinie na III etapie edukacyjnym (gimnazjum) obejmują: okazywanie szacunku innym ludziom, docenianie ich wysiłku i pracy, przyjęcie postawy szacunku wobec siebie; wnoszenie pozytywnego wkładu w życie swojej rodziny; przyjęcie integralnej wizji osoby; wybór i urzeczywistnianie wartości służących osobowemu rozwojowi; kierowanie własnym rozwojem, podejmowanie wysiłku samowychowawczego zgodnie z uznawanymi normami i wartościami; poznawanie, analizowanie i wyrażanie uczuć; rozwiązywanie problemów i pokonywanie trudności okresu dorastania; znajomość organizmu ludzkiego i zachodzących w nim zmian oraz akceptacja własnej płciowości; przyjęcie integralnej wizji ludzkiej seksualności; umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek dla ciała innej osoby; korzystanie ze środków przekazu w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem; umiejętności korzystania z systemu poradnictwa dla dzieci i młodzieży.

Szczegółowe treści nauczania na III etapie obejmują następujące zagadnienia: rozwój człowieka, faza prenatalna, narodziny, faza niemowlęca, wczesnodziecięca, przedpokwitaniowa, dojrzewania, młodości, wieku średniego, wieku późnego, życie jako fundamentalna wartość; budowa prawidłowych relacji z rodzicami, konflikt pokoleń, przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów, odpowiedzialność wszystkich za atmosferę panującą w rodzinie, rodzina niepełna; rola autorytetów w życiu człowieka; relacje międzyosobowe i ich znaczenie, przyjaźń, zakochanie, miłość; pierwsze fascynacje, miłość platoniczna, miłość młodzieńcza, miłość dojrzała; zachowania asertywne; podstawowe informacje o rozwoju seksualnym człowieka: tożsamość płciowa: kobiecość i męskość; dojrzewanie, rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej; problemy i trudności okresu dojrzewania (napięcia seksualne, masturbacja), sposoby radzenia sobie z nimi, pomoc w rozeznaniu sytuacji wymagających porady lekarza lub innych specjalistów; różnice w rozwoju psychoseksualnym dziewcząt i chłopców; postawy i wzajemne oczekiwania; zagrożenia okresu dojrzewania: presja seksualna, uzależnienia, pornografia, prostytutka nieletnich; główne funkcje płciowości: wyrażanie miłości, budowanie więzi i rodzicielstwo; inicjacja seksualna; związek pomiędzy aktywnością seksualną a miłością i odpowiedzialnością; dysfunkcje związane z przedmiotowym traktowaniem człowieka w dziedzinie seksualnej; ryzyko związane z wczesną inicjacją, kształtowanie i akceptacja tożsamości płciowej; możliwości pomocy w pokonywaniu trudności związanych z tożsamością płciową, płodność wspólną sprawą kobiety i mężczyzny; planowanie rodziny, metody rozpoznawania płodności, antykoncepcja – aspekt zdrowotny, psychologiczny i etyczny; infekcje przenoszone drogą płciową, AIDS: drogi przenoszenia zakażenia, profilaktyka, aspekt społeczny;

wartości związane z seksualnością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, małżeństwo, rodzicielstwo, znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości oraz budowaniu trwałych i szczęśliwych więzi, wpływ sposobu spędzania wolnego czasu (w tym korzystania ze środków masowego przekazu) na człowieka.

Do zadań szkoły na III etapie edukacyjnym należy w szczególności: stymulowanie procesu samowychowania; współpraca z rodzicami w zakresie prawidłowych relacji między nimi a dzieckiem; pomoc we właściwym przeżywaniu okresu dojrzewania; wzmacnianie procesu identyfikacji z własną płcią; wspieranie rozwoju moralnego i kształtowania hierarchii wartości; promowanie integralnej wizji seksualności człowieka; ukazanie jedności pomiędzy aktywnością seksualną a miłością i odpowiedzialnością; tworzenie klimatu dla koleżeństwa, przyjaźni oraz szacunku dla człowieka; pomoc w poszukiwaniu odpowiedzi na podstawowe pytania egzystencjalne; informowanie o możliwościach uzyskania pomocy w systemie poradnictwa dla dzieci i młodzieży.

Cele wychowania do życia w rodzinie na IV etapie edukacyjnym w zakresie podstawowym obejmują: pogłębianie wiedzy związanej z funkcjami rodziny, miłością, przyjaźnią, pełnieniem ról małżeńskich i rodzicielskich, seksualnością człowieka i prokreacją; umiejętność podejmowania odpowiedzialnych decyzji dotyczących wyboru drogi życiowej, małżeństwa i rodziny; rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z okresem dojrzewania, dorastania i wyborem drogi życiowej; umiejętność świadomego kreowania własnej osobowości; uzyskanie przez uczniów lepszego rozumienia siebie i najbliższego otoczenia; umiejętność poszukiwania i udzielania odpowiedzi na pytania: Kim jest człowiek? Jakie są jego cele i zadania życiowe? Jaki jest sens życia? Przyjęcie pozytywnej postawy wobec życia ludzkiego, osób niepełnosprawnych i chorych; przygotowanie – na podstawie wiedzy i wykształconych umiejętności – do poszanowania godności życia ludzkiego i dojrzałego funkcjonowania w rodzinie; znajomość podstawowych zasad postępowania w sferze ludzkiej płciowości i płodności; kształtowanie postaw prozdrowotnych, prospołecznych i prorodzinnych.

Szczegółowe treści nauczania obejmują następujące zagadnienia: tożsamość i wielowymiarowość człowieka; poczucie sensu życia; komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia; tolerancja wobec odmienności kulturowych, etnicznych, religijnych, seksualnych; rozwój psychoseksualny człowieka w kolejnych fazach życia; dojrzewanie: rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej; problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi; wartości i pojęcia związane z płciowością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, rodzina, rodzicielstwo; znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości i budowaniu emocjonalnych więzi; role kobiet i mężczyzn a panujące stereotypy; inicjacja seksualna, jej uwarunkowania i następstwa; argumenty biomedyczne, psychologiczne i moralne za opóźnianiem wieku inicjacji seksualnej; istota seksualności człowieka i jej aspekty; integracja seksualna; komplementarność płci – wzajemne dopełnianie się płci w sferach fizycznej, psychicznej, emocjonalnej i społecznej; rozumienie, akceptacja i szacunek dla osób płci odmienniej; istota, rodzaje i etapy rozwoju

miłości; różnice w przeżywaniu miłości; metody rozpoznawania płodności; metody i środki antykoncepcji; sposoby ich działania i zasady doboru; choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie im; AIDS: profilaktyka, aspekt społeczny i etyczny, chory na AIDS w rodzinie; trudności w osiągnięciu tożsamości płciowej, możliwości pomocy; normy zachowań seksualnych; przemoc i przestępstwa seksualne; możliwości zapobiegania, sposoby obrony; informacja o ośrodkach pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej; przygotowanie do małżeństwa; problemy wierności, zaufania i dialogu; małżeństwo: jego fazy; trudności i konflikty oraz sposoby ich rozwiązywania; wartość małżeństwa; macierzyństwo i ojcostwo; przygotowanie do ról rodzicielskich; adopcja; bezdzietność; przebieg i higiena ciąży; rozwój prenatalny dziecka; szkoła rodzenia, poród i naturalne karmienie; rola rodziców w okresie oczekiwania na narodziny dziecka, w czasie porodu i po narodzinach; funkcje rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem wychowania dzieci w rodzinie; znaczenie prawidłowych postaw rodzicielskich dla rozwoju dziecka; samotne rodzicielstwo; nieplanowana ciąża; sposoby szukania pomocy w sytuacjach trudnych; aborcja jako zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego – aspekty: prawny, medyczny i etyczny; konflikty w rodzinie i ich przyczyny; sposoby rozwiązywania konfliktów; przemoc w rodzinie; wykorzystywanie seksualne; profilaktyka, możliwości uzyskiwania pomocy; zagrożenia życia społecznego: alkoholizm, narkomania, agresja, sekty, pornografia; prawodawstwo dotyczące rodziny; zawarcie małżeństwa, separacja, rozwód; prawa i obowiązki małżonków i rodziców, prawa dziecka; obowiązki państwa wobec rodziny; człowiek wobec niepełnosprawności, starości, choroby, umierania i śmierci, w tym w aspekcie życia rodzinnego; poradnictwo młodzieżowe i rodzinne w Polsce.

Na IV etapie edukacyjnym do zadań szkoły należy w szczególności: wspieranie wychowawczej roli rodziny; integrowanie działań szkoły i rodziców; pomoc w kształtowaniu pozytywnego stosunku do płciowości; odniesienie płciowości do wartości i pojęć, takich jak: poszanowanie życia, miłość, małżeństwo, rodzina, przyjaźń, akceptacja i szacunek w relacjach międzyludzkich; pomoc w osiągnięciu dojrzałości psychoseksualnej; uświadomienie roli rodziny w życiu człowieka; promowanie trwałych związków, których podstawą jest więź emocjonalna, efektywne sposoby komunikowania się, wzajemne zrozumienie; przekazywanie rzetelnej, dostosowanej do poziomu rozwoju ucznia, wiedzy na temat zmian biologicznych, psychicznych i społecznych w różnych fazach rozwoju człowieka.

Przedstawione wyżej formalnoprawne podstawy realizacji edukacji seksualnej, w założeniu mające być efektem wypracowanego kompromisu, postrzegane są raczej jako nieudane pokłosie przetargów politycznych, które właściwie nikogo nie zadowala. Przeciwnicy edukacji seksualnej w szkołach uważają jej wprowadzenie za naruszenie podstawowych praw rodziny, nawet w tej sytuacji, gdy pod wpływem ich nacisków rodzina (idealna) stanowi centrum treści programowych. Zwolennicy oburzają się na konstrukcję podstawy programowej, która nie uwzględnia, ich zdaniem, ani osiągnięć współczesnej nauki o płci, seksualności człowieka, ani prawidłowości

rozwoju psychoseksualnego, ani zasad współczesnej teorii nauczania/uczenia się, czego wynikiem jest wiele błędów popełnionych na etapie projektowania i realizacji edukacji seksualnej zarówno w warstwie programowej, metodycznej, jak i organizacyjnej. Do tych błędów zaliczyć można na przykład, prozaiczną, wydawałoby się, sprawę rozkładu materiału wskazanego w podstawie programowej. Założenie, że tak obszerne treści programowe mogą być kompetentnie zrealizowane na 14 jednostkach lekcyjnych w danym roku szkolnym, jest nierealistyczne, nawet przy zastosowaniu metod *stricte* podających. Można odnieść wrażenie, że ustawodawca przedstawił wizję idealnych zaleceń, tego „co powinno być”, z pominięciem realnych możliwości ich realizacji w aktualnych warunkach funkcjonowania szkoły. Tak duża rozbieżność deklarowanych intencji i oczekiwanych, a przede wszystkim możliwych do uzyskania, efektów kształcenia wzbudza sporo wątpliwości co do profesjonalnego podejścia autorów tego programu do edukacji seksualnej – zarówno w warstwie merytorycznej, jak i organizacyjnej. Wydaje się, że już w momencie wprowadzenia przepisów w takim brzmieniu można było przewidzieć, że pełna realizacja tego programu jest niemożliwa i pozostanie on raczej ideą niż realnym osiągnięciem, przynoszącym korzyści dzieciom i młodzieży, dla których (przynajmniej w założeniu) został opracowany i wprowadzony do szkół. Wątpliwości co do jakości i efektywności polskiej edukacji seksualnej ujawniają liczne dane z badań poświęconych zarówno analizie warunków jej realizacji w praktyce edukacyjnej, jak i różnym aspektom seksualności (aktywności seksualnej) młodszych i starszych Polaków. Uzyskane w nich wyniki będą pokrótce przedstawione poniżej.

Warunki realizacji i efekty uczestniczenia w zajęciach z zakresu edukacji seksualnej

Z badań wynika, że zarówno rodzinna (domowa), jak i szkolna edukacja seksualna jest oceniana raczej miernie i nie spełnia oczekiwań ani podmiotów powołanych do jej prowadzenia, ani uczestników. Opinie ekspertów oraz „odbiorców” są zgodne: w Polsce nie ma rzetelnej edukacji seksualnej. Krytyczną ocenę stanu realizacji edukacji seksualnej prowadzonej przez przeciwników jej obecnego kształtu trafnie oddaje sformułowanie autorstwa Magdaleny Środy, która twierdzi, że w Polsce od lat obowiązuje „błogosławiona ignorancja seksualna”¹².

Dla zobrazowania tej niekorzystnej z punktu widzenia potrzeb młodych ludzi sytuacji można przywołać wyniki kilku badań podejmowanych na przestrzeni kilkunastu lat. Pierwszą próbę ustalenia stanu wychowania prorodzinnego i seksualnego w szkole polskiej, w związku z wprowadzeniem Zarządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 1993 roku w sprawie szkolnego programu nauczania wiedzy o życiu

¹² M. Środa, *Błogosławiona ignorancja seksualna?* „Gazeta Wyborcza” 2009, 21 stycznia, więcej: <http://wyborcza.pl/1,76842,6184724,Blogoslawiona_ignorancja_seksualna_.html#ixzz1M8aaJovy>.

seksualnym człowieka, podjęła Maria Trawińska – jej wyniki opublikowała jako „Raport z badań prowadzonych w szkołach i wśród nauczycieli w latach 1994/1995”¹³. Ocena realizacji Zarządzenia okazała się negatywna. Zanotowano wiele trudności i niedociągnięć w kwestii organizacji zajęć, brak kompetencji osób prowadzących, brak pomocy naukowych i dydaktycznych, wybiórczy dobór treści, które nie miały wiele wspólnego z zalecaną w Zarządzeniu „integracją wiedzy o człowieku z różnych dziedzin”. W opinii 65% badanych nauczycieli działalność szkoły w zakresie wychowania prorodzinnego była niewystarczająca.

Raport z badania prowadzonego przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny w 2000 roku, na próbie badawczej stanowiącej 47% wszystkich polskich szkół, również wykazał wiele trudności z wprowadzeniem tej tematyki do szkół¹⁴. Dyrektorzy szkół najczęściej wskazywali na takie trudności, jak: brak nauczyciela przygotowanego do prowadzenia tych zajęć, brak środków finansowych na wynagrodzenie dla nauczycieli, brak zgody rodziców na uczestniczenie dzieci w zajęciach, mimo że uczniowie wykazywali duże zainteresowanie przedmiotem (w 77% badanych placówek w zajęciach uczestniczyli prawie wszyscy uczniowie, w 19% szkół – większość, jedynie w 4% szkół przedmiot ten nie budził zainteresowania uczniów). Uczestnicy zajęć zgłaszali jednak, że często nie znajdował on właściwego miejsca w harmonogramie zajęć szkolnych: jedynie w 28% badanych szkół umieszczono go w planie lekcji, najwięcej badanych placówek (45%) realizowało go w ramach zajęć dodatkowych; często też wykorzystywano godziny do dyspozycji dyrektora (27%) lub nieobecność nauczycieli innych przedmiotów (23%), lub – w gimnazjach – zajęcia z WOS-u (21%).

Według ustaleń Federacji z 2003 roku, w wielu szkołach albo w ogóle nie realizowano zajęć edukacyjnych „wychowanie do życia w rodzinie”, albo organizowane były w sposób utrudniający pełne w nich uczestniczenie, na przykład lekcje o 7.00 rano lub na 8. lub 9. godzinie lekcyjnej¹⁵.

Badania prowadzone w 2001 roku¹⁶ w grupie studentów pedagogiki (w różnym wieku, w tym grupa czynnych zawodowo nauczycieli) potwierdziły, że ani upływ czasu, ani zmiany rozporządzeń i podstaw programowych nie przyczyniają się do poprawy oceny realizacji szkolnej edukacji seksualnej w Polsce. Niezależnie od tego, w jakim wieku byli respondenci i w jakim czasie oraz w jakiej roli mieli kontakt ze szkołą, ponad 80% wypowiedzi się raczej negatywnie na temat prowadzenia zajęć

¹³ M. Trawińska, *Wychowanie prorodzinnne i seksualne w szkole polskiej. Streszczenie raportu (Mały Raport) 1994/95*, w: J. Rzepka (red.), *Zagadnienia prorodzinnnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, Katowice: Studio Wydawnicze Agat, 1998.

¹⁴ *Wychowanie seksualne po polsku. Stan faktyczny*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa, grudzień 2003 [online], <http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/zeszyt3.pdf>.

¹⁵ Na podstawie ankiet rozprawdzanych przez Federację podczas seminarium dla pedagogów szkolnych, 20–21 listopada 2003, <http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/zeszyt3.pdf>. Informacje na temat sytuacji w dziedzinie oświaty seksualnej można znaleźć np. w Raporcie Federacji pt. *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport 2007* (w rozdziale Edukacja seksualna).

¹⁶ E. Kasperek, M. Piorunek, *Promocja zdrowia seksualnego w praktyce oświatowej*, w: L. Gapiak (red.), *Terapia w seksuologii*, Poznań: Interfund, 2001, s. 148–159.

z edukacji seksualnej. Zwykle odbywały się one w formie szczątkowej (elementy na lekcjach biologii, lekcjach wychowawczych oraz religii), ich tematyka była rozbieżna z oczekiwaniami uczestników, a więc zbyt wiele treści z zakresu aspektów etycznych płciowości człowieka, a za mało na temat problemów związanych z rozwojem i aktywnością seksualną człowieka, różnic płciowych, płodności, antykoncepcji. Z relacji respondentów wynika, że te interesujące ich zagadnienia były przedstawiane pobieżnie, marginalnie, z dającym się zauważyć „zażenowaniem i wstydem” nauczycieli, którzy prezentowali te treści schematycznie, w formie przeteoretyzowanego wykładu („nudny monolog”). Ponad 80% badanych kojarzy omawianie problematyki seksualnej z uczuciem niedosytu, rozczarowania, a nawet zażenowania zarówno treścią, jak i sposobem prezentacji tej tematyki.

Dane z Raportu Grupy Edukatorów Seksualnych „Ponton”¹⁷ również potwierdzają, że blisko 40% młodzieży nie miało okazji uczestniczyć w zajęciach z zakresu edukacji seksualnej. Wśród osób, które prowadzą lekcje wychowania do życia w rodzinie, dominują księża i katechetki, nauczycielki języka polskiego, nauczyciele WOS-u oraz biologii, rzadziej zajęcia prowadzą nauczyciele WF, informatyki, muzyki, bibliotekarki. Młodzież, opisując swoje doświadczenia z edukacją seksualną w szkołach, najczęściej zwracała uwagę na to, że osoby, które prowadzą zajęcia, są niekompetentne i przekazują swoje poglądy i opinie zamiast obiektywnej, neutralnej światopoglądowo wiedzy. Pisali o tym, że nauczyciele wstydzą się tematów związanych z seksualnością i było im trudno używać słownictwa związanego z seksem, byli zażenowani i skrępowani. Prowadzącym zajęcia zarzuca się także brak możliwości dyskusji, zadawania pytań i rozmowy na interesujące młodzież tematy. Skupiają się raczej na przedstawieniu swojego światopoglądu lub treści zgodnie z określoną doktryną, na przykład religią katolicką¹⁸. W opinii uczniów, nauczyciele jako obiektywną wiedzę prezentują określony punkt widzenia lub poglądy będące wyrazem ich osobistych wartości i ucinają wszelkie próby polemiki czy przedstawiania innego punktu widzenia. Często ma to charakter ideologiczny i próba dyskusji z nauczycielem kończy się nieprzyjemnymi konsekwencjami dla ucznia (np. wyrzuceniem z klasy, obniżeniem stopnia ze sprawowania).

Z opinii uczestników badań wynika, że podczas zajęć z wychowania do życia w rodzinie poruszane są różne zagadnienia bardziej lub mniej związane z podstawą programową. Pośród najczęściej wymienianych tematów znajdują się: budowa ciała, wiedza o dojrzewaniu, elementy wiedzy na temat higieny, informacje dotyczące seksualności, antykoncepcji (z ukierunkowaniem na naturalne metody planowania rodziny), informacje na temat ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową, a także wiedza na temat relacji, związków i rodziny. Znacznie rzadziej porusza się tematy takie, jak asertywność i przemoc seksualna. Dla wielu uczniów problemem jest sposób organizowania zajęć, które są planowane albo bardzo wcześnie rano, albo na siódmej, ósmej godzinie, już

¹⁷ Raport_Jaka_Edukacja_Seksualna_Grupa_Ponton_2009.pdf dostępny w Internecie: <<http://www.ponton.org.pl/downloads/>>.

¹⁸ Tamże.

po innych lekcjach, stąd niska frekwencja, która stanowi podstawę do wyeliminowania zajęć przez dyrekcję ze względu na małe zainteresowanie¹⁹.

Zupełnie odmienne postrzeganie efektów wychowania do życia w rodzinie znaleźć można w materiałach opublikowanych w prasie katolickiej. W numerze piątym z roku 2011 Miesięcznika Nauczycieli i Wychowawców Katolickich „Wychowawca”, zatytułowanym „Stop demoralizacji”, zawarto szereg artykułów pokazujących negatywne, wręcz pandemiczne skutki „szkolenia dzieci w zakresie nowoczesnej, permissywnej edukacji seksualnej” w wielu krajach Europy i pozytywne skutki „polskiej szkoły wychowania prorodzinnego” (ze wstępu autorstwa J. Winiarskiego). Wskaźnikiem „dobrych wyników wychowania do życia w rodzinie” (realizowanego zgodnie z typem A, rozumianym jako wychowanie do czystości, abstynencji seksualnej, bez propagowania antykoncepcji) są według jego zwolenników: „niski poziom przerwania ciąży wśród nastolatków i mniejsze niż w innych krajach rozprzestrzenienie chorób przenoszonych drogą płciową”. Niestety, nie podano informacji na temat badań (i ich metodologii), które pozwoliłyby na wyciągnięcie tego typu wniosków. Podobne tezy stawia także w swoich pracach reprezentatywny dla zwolenników „wychowania do czystości” Josh McDowell w książce pod tytułem *Mity edukacji seksualnej*²⁰. Jej główne przesłanie brzmi: „jedynym 100% skutecznym sposobem zapobiegania ciąży jest abstynencja seksualna, a związki monogamiczne zabezpieczają przed chorobami przenoszonymi drogą płciową”. Jest to z pewnością bardzo popularny w pewnych kręgach społecznych pogląd, ale jego przyjęcie jako zasady wyznaczającej podejście do edukacji seksualnej pozbawia możliwości uzyskania informacji dających szansę na podjęcie bezpiecznej i satysfakcjonującej aktywności seksualnej tym, którzy mają taką potrzebę i inne na ten temat poglądy. Niestety, różnorodność ludzkich potrzeb, światopoglądów, oczekiwań i możliwości związanych z różnymi warunkami życia nie jest w tym podejściu uwzględniana.

Przedstawione wyżej wybrane doniesienia z badań na temat realizacji edukacji seksualnej w Polsce pokazują, że toczące się od lat spory na temat założeń, teorii i praktyki edukacji seksualnej przekładają się na niską jakość działań edukacyjnych w tym zakresie. Tym samym dzieci i młodzież zainteresowane uzyskaniem wiedzy o życiu seksualnym człowieka i mające do tego pełne prawo przez system edukacyjny traktowane są w sposób lekceważący, a ich potrzeby rozwojowe, wynikające z etapów rozwoju psychoseksualnego, i zgłaszane oczekiwania co do treści są marginalizowane, a czasami wręcz ujmowane jako objaw zaburzeń zdrowia psychicznego i patologia. Stąd ważnym zadaniem edukatorów seksualnych oraz osób odpowiedzialnych za formułowanie przepisów w tym zakresie jest w pierwszym rzędzie bazowanie na aktualnej, obiektywnej wiedzy seksuologicznej oraz dokonanie diagnozy potrzeb i oczekiwań tych osób, które są (mają być) adresatami podejmowanych działań edukacyjnych. Diagnoza potrzeb, oczekiwań uczestników i stosowny dobór treści, uwzględniający możliwo-

¹⁹ Tamże.

²⁰ J. McDowell, *Mity edukacji seksualnej*, przeł. B. Kośmider, Warszawa: Vocatio, 1999.

ści realizatorów programu i warunki działania, to współcześnie standard wszelkich podejmowanych projektów i opracowywanych programów w różnych dziedzinach edukacji. Nie wydaje się on jednak jeszcze obecny w sferze edukacji seksualnej, choć jest niezbędny, jeśli ma ona nabrać bardziej profesjonalnego charakteru.

Potrzeby edukacyjne młodych ludzi w zakresie wiedzy o życiu seksualnym

Badania postaw i zachowań seksualnych młodych ludzi pokazują, że poziom wiedzy na temat życia seksualnego jest wciąż niedostateczny, a podejmowane w tej sferze zachowania są często nieprzemyślane i ryzykowne zarówno z perspektywy rozwoju psychoseksualnego, jak i w kontekście zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Jedną z takich konsekwencji jest fakt, że w 2008 roku ponad 20 tysięcy dziewcząt urodziło dziecko, a wśród nich były nawet takie, które nie skończyły trzynastu lat.

Badacze²¹ zwracają uwagę, że prawie połowa osiemnastolatków inicjację seksualną ma już za sobą (49,9% chłopców i 47,3% dziewcząt), a wczesnej inicjacji nie towarzyszy powszechne stosowanie antykoncepcji. Co więcej, inicjacji seksualnej często towarzyszą środki zmieniające świadomość, a ponad 40% badanych nastolatków akceptuje seks z osobą, której się nie kocha. Dużym problemem jest fakt, że wśród młodzieży deklarującej współżycie prawie 20% chłopców inicjację ma za sobą jeszcze przed 15. rokiem życia. Podobnie wygląda sytuacja dziewcząt. Równocześnie tylko 57% badanej młodzieży przyznaje, że zawsze stosuje antykoncepcję.

Młodzi ludzie²² czerpią wiedzę na temat życia seksualnego – w tym również środków antykoncepcyjnych – od rówieśników, kolegów (55,4%), z Internetu (43,9%), ze szkoły, od nauczycieli (34,9%), z czasopism młodzieżowych (32,6%). Uważają jednak, że wiedzę tę powinni im dostarczać rodzice/opiekunowie (72,9%), szkoła (61,6%) czy lekarz lub farmaceuta (35,7%).

Aż 51,7% badanych młodych ludzi uważa, że wiedza na temat życia seksualnego (w tym również środków antykoncepcyjnych), jaką obecnie młodzież otrzymuje w szkole, jest niewystarczająca. 79,9% młodych respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że brak wiedzy na temat życia seksualnego i środków antykoncepcyjnych jest główną przyczyną przypadkowych ciąż nastolatków. Trzy czwarte przyznało, że lekcje wychowania seksualnego powinny być obowiązkowe.

²¹ Źródło: Debata 10 maja 2011 roku pt. „Zbyt młodzi rodzice – stan edukacji i socjalizacji seksualnej w Polsce”, która zainaugurowała czwartą edycję Kampanii na rzecz Świadomego Rodzicielstwa „Kiedy 1+1=3”, z udziałem między innymi Zbigniewa Izdebskiego, Tomasza Niemca, Grzegorza Południńskiego, Magdaleny Środy. Por. także: Z. Izdebski, T. Niemiec, K. Wąż, *(Zbyt) młodzi rodzice*, Warszawa: Wydawnictwo Trio, 2011.

²² Badanie CBOS przeprowadzone na potrzeby Kampanii na rzecz Świadomego Rodzicielstwa „Kiedy 1+1=3”, kwiecień 2008, reprezentatywna próba ogólnopolska 495 osób w wieku 13–21 lat, na temat postaw i zachowań seksualnych młodych Polaków, a także na temat sytuacji młodocianych matek; www.swiadowerodzicielstwo.com.

Z informacji uzyskanych od większości młodocianych matek wynika²³, że patrząc z perspektywy czasu, ich wiedza na temat życia seksualnego i środków antykoncepcyjnych nie była wystarczająca. Młodociane matki przyznały, że mimo podstawowej wiedzy na ten temat nie umiały połączyć jej z praktycznym zastosowaniem, albo mówiły, że brakowało im wyobraźni bądź poczucia odpowiedzialności. Prawie wszystkie uczestniczki badania uważają, że dziewczyny powinny być lepiej poinformowane o życiu seksualnym. Według nich, najważniejsza rola w tym zakresie przypadać powinna rodzicom, zwłaszcza matce, oraz szkole, gdzie lekcje powinny być obowiązkowe. Wiedza dostarczana w szkole jest niewystarczająca. Z perspektywy doświadczeń, gdyby mogły cofnąć czas, rozpoczęłyby współżycie seksualne później albo – jeśli rozpoczęłyby w tym samym wieku – to stosowałyby środki antykoncepcyjne.

Podobne opinie wypowiada zdecydowana większość młodocianych ojców²⁴. Oni również, patrząc z perspektywy czasu, stosowaliby środki antykoncepcyjne lub skłonili partnerkę do ich stosowania, ale połowa z nich nie przesunęłaby wieku inicjacji seksualnej na później. Młodociani ojcowie przyznali, że źródłem ich wiedzy seksualnej są niezbyt wiarygodne informacje uzyskiwane z Internetu, od rówieśników i starszych kolegów/koleżanek oraz z mediów. Jako pożądane źródła informacji wskazują rodziców, szkołę i lekarzy (ginekolog, seksuolog), psychologów, których powinien cechować profesjonalizm i fachowość w przekazywaniu wiedzy. Według uczestników badania, młodzi ludzie w Polsce nie mają wystarczających informacji o życiu seksualnym człowieka, mimo dostępu do wielu źródeł informacji, które są jednak niepełne i nie uwzględniają szerszego kontekstu społeczno-kulturowego i poziomu emocjonalnego młodych ludzi. Większość respondentów jest przekonana, że lekcje wychowania seksualnego w szkole powinny być obowiązkowe – z naciskiem na konsekwencje podjęcia współżycia seksualnego oraz wiedzę o antykoncepcji.

Przedstawione wyżej opinie podzielają także „młodociani dziadkowie”, czyli rodzice młodocianych rodziców²⁵. Większość dziadków przyznała, że tematy związane z dorastaniem, dojrzewaniem czy z życiem seksualnym rzadko były poruszane w ich domach, a o środkach antykoncepcyjnych mówiono jeszcze rzadziej niż o życiu seksualnym. Z reakcji badanych wynika, że rodzice nie rozmawiali z nimi na ten temat, ponieważ sami mieli niewielką wiedzę bądź był to temat tabu. W rodzinach respon-

²³ Badanie CBOS przeprowadzone na potrzeby Kampanii na rzecz Świadomego Rodzicielstwa „Kiedy 1+1=3”, kwiecień 2008, wywiady pogłębione z młodocianymi matkami z różnych regionów Polski, 14 kobiet urodziło w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 6 nie później niż 5 lat temu, 5 ponad 5 lat temu i 10 ponad 10 lat temu; www.swiadomerodzicielstwo.com.

²⁴ Badanie CBOS, marzec/kwiecień 2009, wywiady pogłębione z 30 młodocianymi ojcami z różnych regionów Polski, 7 mężczyzn zostało ojcami w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 5 mężczyzn nie później niż 5 lat temu, 5 ponad 5 lat temu i 13 ponad 10 lat temu; www.swiadomerodzicielstwo.com.

²⁵ Badanie CBOS przeprowadzone na potrzeby Kampanii na rzecz Świadomego Rodzicielstwa „Kiedy 1+1=3”, marzec 2010, wywiady pogłębione z 30 młodocianymi dziadkami, tj. osobami, które zostały babcią/dziadkiem zanim ich syn/córka ukończyły 18 lat (17 babć i 13 dziadków) z różnych regionów Polski, 6 osób zostało babcią/dziadkiem zanim skończyło 40 lat, najmłodszy „młodociani” dziadkowie urodzili się w latach 1971–1974; więcej informacji: www.swiadomerodzicielstwo.com.

dentów, którzy byli zarówno „młodocianymi rodzicami, jak i dziadkami”, większość młodych ludzi w ogóle nie rozmawiała z rodzicami o sprawach dorastania i dojrzewania. Większość również w szkole nie miała żadnych lekcji związanych z życiem seksualnym człowieka.

Podobnie wygląda sytuacja w domu respondentów w odniesieniu do ich własnych dzieci. Większość nie poruszała tematu środków antykoncepcyjnych i spraw związanych z seksem, nie dostarczała literatury na temat życia seksualnego z powodu braku odpowiedniej wiedzy na ten temat, braku okazji do rozmów, skrępowania tematem lub poczucia, że na takie rozmowy jest jeszcze za wcześnie, lub też założenia, że dzieci już wszystko wiedzą z Internetu i TV. Prawie wszyscy badani uważali, że młodzi ludzie powinni być lepiej poinformowani o życiu seksualnym w rodzinie i szkole, a lekcje powinny być obowiązkowe i poświęcone w dużym stopniu zagadnieniom antykoncepcji i konsekwencjom rozpoczęcia współżycia seksualnego. Niektórzy uczestnicy badań zgłaszali potrzebę wprowadzenia edukacji seksualnej dla rodziców w formie szkoleń. Wielu respondentów przypisuje rodzinie pierwszoplanową rolę w kształtowaniu postaw seksualnych młodzieży. Połowa respondentów z perspektywy czasu deklaruje, że więcej rozmawiałaby ze swoimi dziećmi na temat życia seksualnego i środków antykoncepcyjnych²⁶.

Wyrazem potrzeb i oczekiwań młodych ludzi wobec edukacji seksualnej jest apel młodzieży skierowany w 2009 roku do Ministerstwa Edukacji Narodowej z prośbą o:

1. Wprowadzenie do szkół rzetelnej, neutralnej światopoglądowo edukacji seksualnej.
2. Program, który będzie realizowany przez przygotowanych do nauki tego przedmiotu, kompetentnych i wykształconych nauczycieli oraz będzie prowadzony w trakcie normalnych godzin lekcyjnych.
3. Edukację seksualną, która będzie zawierała wszystkie ważne tematy: dojrzewanie dziewcząt i chłopców, profilaktykę chorób przenoszonych drogą płciową, nowoczesne środki antykoncepcyjne, prewencję przemocy seksualnej, wiedzę o asertywności i orientacjach seksualnych²⁷.

Standardy prowadzenia edukacji seksualnej w świetle dokumentów i praw międzynarodowych

Niezależnie od sporów toczonych przez zwolenników i przeciwników edukacji seksualnej, rodzaju (i poziomu) argumentów oraz skrajnie zróżnicowanych ocen zarówno w odniesieniu do podstaw programowych, jak i do realizacji zajęć, a także potrzeb edukacyjnych młodzieży, należy uświadomić wszystkim istnienie bardzo

²⁶ Badanie, marzec 2010, wywiady pogłębione z 30 młodocianymi dziadkami, CBOS 2010.

²⁷ Raport Grupy Edukatorów Seksualnych „Ponton”, czerwiec 2009.

ważnych i poważnych przesłanek wprowadzenia obowiązkowej edukacji seksualnej. Można je znaleźć w:

- Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, zaakceptowanej i proklamowanej w Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego 217 A z dnia 10 grudnia 1948 roku
- Konwencji o Prawach Dziecka, przyjętej przez Ogólne Zgromadzenie Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 roku, ratyfikowanej przez Polskę 30 września 1991 roku, której art. 17 wskazuje, że „każde dziecko ma prawo do informacji, w tym także na temat seksualności człowieka”
- Karcie Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych Międzynarodowej Federacji Planowanego Rodzicielstwa (IPPF), będącej efektem uzgodnień podjętych na forum (w tym także Polski) podczas czterech konferencji ONZ, to jest Światowej Konferencji ONZ na rzecz Praw Człowieka (Wiedeń 1993), Międzynarodowej Konferencji ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju (Kair 1994), Światowego Szczytu ONZ na rzecz Rozwoju Społecznego (Kopenhaga 1995) oraz IV Światowej Konferencji ONZ na rzecz Kobiet (Pekin 1995).

Przyjmując, że prawa seksualne są fundamentalnymi i uniwersalnymi prawami człowieka, sformułowano Deklarację Praw Seksualnych²⁸. Wśród nich wymienia się prawa do: (1) wolności seksualnej, (2) odrębności seksualnej, integralności oraz bezpieczeństwa seksualnego, (3) prywatności seksualnej, (4) równości seksualnej, (5) przyjemności seksualnej, (6) emocjonalnego wyrażania seksualności, (7) swobodnych kontaktów seksualnych, (8) podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących posiadania potomstwa, (9) informacji seksualnej opartej na badaniach naukowych, (10) wyczerpującej edukacji seksualnej, (11) seksualnej opieki zdrowotnej.

W zbiorze tych praw wyraźnie wskazuje się na prawo każdego człowieka do edukacji seksualnej i informacji – obiektywnej, neutralnej światopoglądowo, opartej na aktualnych wynikach badań naukowych.

W nawiązaniu do praw reprodukcyjnych i seksualnych sformułowano zalecenia odnośnie do wartości upowszechnianych w szkolnej edukacji seksualnej. Zgodnie z nimi edukacja seksualna w szkole powinna opierać się na: zasadzie równości płci, pełnym poszanowaniu praw reprodukcyjnych człowieka i praw seksualnych kobiet, szacunku dla młodych ludzi i dla ich decyzji, akceptacji mniejszości seksualnych, założeniu, że seksualność jest dobrem i powinna służyć szczęściu kobiet i mężczyzn²⁹.

Wywodząca się z przyjętych wartości i zasad edukacja seksualna powinna spełniać następujące zalecenia:

- zapewniać rzetelną i pełną informację dostosowaną do wieku dziecka,
- zapewniać wiedzę odpowiednio wcześnie, aby wyprzedzać doświadczenia,
- zapewniać rzetelną i pełną informację na temat antykoncepcji, w tym skuteczności, zalet i wad różnych metod dla konkretnych osób,

²⁸ Za: Z. Lew-Starowicz, A. Długolecka, *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006, s. 265–267.

²⁹ Por. Prawa i Zdrowie Reprodukcyjne i Seksualne, 1998.

- zapewniać rzetelną informację na temat AIDS i sposobu uniknięcia zakażenia wirusem HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową (STI),
- podkreślać odpowiedzialność mężczyzn za skutki aktywności seksualnej,
- podkreślać prawo kobiety do decyzji w sprawach dotyczących seksu, także do odmowy w każdej sytuacji³⁰.

Oczekiwany efektami edukacji seksualnej, realizowanej na bazie praw reprodukcyjnych i seksualnych, jest:

- pozytywne podejście młodzieży do własnej seksualności i zwiększenie jej szans na stworzenie szczęśliwych związków,
- dostarczenie dzieciom rzetelnej informacji w sposób dostosowany do ich wieku oraz do możliwości pojmowania,
- sprostowanie błędnych informacji docierających do młodych ludzi,
- unikanie problemów związanych z prowadzeniem życia seksualnego,
- zmiana stereotypów utrudniających kobietom i mężczyznom osiągnięcie równych szans w życiu prywatnym i społecznym,
- zmiana stosunku do mniejszości seksualnych,
- zrozumienie między kobietami i mężczyznami,
- zwiększenie poczucia odpowiedzialności mężczyzn za jakość i skutki związków seksualnych,
- uświadomienie młodym ludziom prawa kobiet do seksualności,
- poprawa jakości współżycia seksualnego³¹.

Wyrazem postępowego i zgodnego z najnowszymi tendencjami prawodawstwa europejskiego oraz podejścia do edukacji seksualnej w Polsce opartego na obiektywnej wiedzy z zakresu seksuologii jest podpisane 20 stycznia 2009 roku w Warszawie „Porozumienie na rzecz upowszechniania edukacji seksualnej dzieci i młodzieży w polskiej szkole”. Stronami porozumienia są: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Fundacja Dzieci Niczyje, Fundacja Promocji Zdrowia Seksualnego im. dr. Stanisława Kurkiewicza, Genders Studies UW, Grupa Edukatorów Seksualnych „Ponton”, Polskie Centrum Zdrowia Seksualnego (Londyn), Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, Stowarzyszenie „W stronę dziewcząt”, Towarzystwo Rozwoju Rodziny, Związek Nauczycielstwa Polskiego. Kilkumiesięczne uzgodnienia między sygnatariuszami doprowadziły do powstania przewodnika porozumienia na rzecz upowszechniania edukacji seksualnej dzieci i młodzieży w polskiej szkole pt. *Założenia i cele edukacji seksualnej*³².

Strony porozumienia przyjęły, że:

- są świadome, że seksualność jest niezbywalnym elementem życia każdej jednostki od narodzin aż do śmierci;

³⁰ Por. tamże.

³¹ Por. tamże.

³² Pełny tekst przewodnika dostępny jest na stronach internetowych poszczególnych sygnatariuszy porozumienia, także Fundacji Promocji Zdrowia Seksualnego, por. <<http://www.funpzs.org.pl>>, <http://www.pczs.org/mediaroom/cele_educacji_seksualnej>.

- są przekonane, że prawo do świadomego, satysfakcjonującego życia seksualnego należy do zbioru fundamentalnych praw człowieka;
- są świadome, że seksualność ma istotny wpływ na wartość i trwałość relacji międzyludzkich oraz że jest ważnym źródłem indywidualnego szczęścia;
- są świadome, że wiedza o seksualności i oparta na nowoczesnych standardach edukacja seksualna są niezwykle ważne zarówno dla jakości życia człowieka, jak i dla ochrony przed wykorzystaniem, instrumentalizacją i przemocą seksualną;
- są przekonane o roli, jaką edukacja seksualna odgrywa w kształtowaniu odpowiedzialności, podejmowaniu rozsądnych decyzji życiowych, kształtowaniu szacunku dla siebie i innych, budowaniu zdrowych relacji między ludźmi;
- są przekonane o szkodliwości braku wiedzy i szkodliwości wiedzy zideologizowanej w zakresie seksualności;
- dostrzegają „przepaść” cywilizacyjną między Polską a innymi krajami europejskimi w zakresie standardów nauczania o seksualności i promocji zdrowia reprodukcyjnego;
- mają poczucie odpowiedzialności za stworzenie polskiej młodzieży warunków do szczęśliwego, odpowiedzialnego życia, za siebie i innych od okresu dzieciństwa do okresu dojrzewania oraz wkroczenia w dorosłość.

W związku z tym deklarują, że będą:

1. Działać wspólnie na rzecz upowszechniania edukacji seksualnej.
2. Przekonywać o konieczności wypracowania i wprowadzenia rozwiązań systemowych gwarantujących powszechny i obowiązkowy, dostosowany do wieku dostęp do wiedzy z zakresu seksualności człowieka, oparty na międzynarodowych standardach praw człowieka, wypracowanych przez ONZ, WHO i Konwencję o Prawach Dziecka.
3. Propagować interdyscyplinarne podejście do edukacji seksualnej, uwzględniające także jej aspekty kulturowe, etyczne i psychologiczne, a przeciwdziałać traktowaniu jej wyłącznie jako jednego z działów edukacji biologicznej i oświaty zdrowotnej, zajmującej się seksualnością i płodnością człowieka.
4. Zabiegać o to, aby właściwie prowadzona edukacja seksualna uwzględniała m.in. tematy dotyczące dojrzewania dziewcząt i chłopców, informacje o nowoczesnych metodach i środkach zapobiegania ciąży, profilaktykę chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS, postawy asertywne, prewencję przemocy seksualnej oraz promowanie relacji partnerskich.
5. Zabiegać o to, aby dopuszczane do użytku szkolnego programy i podręczniki z zakresu edukacji seksualnej gwarantowały pluralizm ujęć i szanowały różnice światopoglądowe oraz zawierały rzetelne i zgodne z aktualnym stanem wiedzy treści nauczania. A także, aby nauczyciele realizujący treści z zakresu edukacji seksualnej prezentowali wysoki poziom merytoryczny i kompetencje etyczne.
6. Piętnować wszelkie przejawy dyskryminacji, próby upolityczniania problematyki edukacji seksualnej oraz piętrzenia barier ideologicznych utrudniających merytoryczną dyskusję.

7. Podejmować starania pozyskania większości parlamentarnej dla rozwiązań wypracowanych przez porozumienie na rzecz dostępności do edukacji seksualnej.
8. Upowszechniać informacje o wynikach badań i raportach dotyczących problematyki związanej z edukacją seksualną.
9. Promować przykłady dobrej praktyki w zakresie upowszechniania edukacji seksualnej dzieci i młodzieży.
10. Domagać się egzekucji zobowiązań wynikających z aktualnych przepisów prawnych, które dotyczą edukacji seksualnej.
11. Apelować o zorganizowanie sieci ogólnodostępnych punktów świadczących poradnictwo dla młodzieży w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

W nawiązaniu do dobrych tradycji – model edukacji seksualnej w kontekście współczesnej koncepcji zdrowia

W literaturze podejmującej problematykę edukacji seksualnej w Polsce w ciągu ostatnich 30 lat widać wyraźne zróżnicowanie poglądów na temat jej pożądanego modelu, będące odzwierciedleniem kontrowersji i dylematów, o których była już mowa we wcześniejszych częściach tego opracowania³³.

Analiza prac czołowych reprezentantów polskiej pedagogiki seksualnej pozwala jednak wykazać istnienie postępowego i racjonalnego, opartego na solidnych podstawach naukowych, podejścia do tej sfery edukacji, która w polskiej tradycji określana była mianem wychowania seksualnego. Pojmowano je jako jedną z dziedzin wychowania (równoprawną z innymi), mającą na celu wszechstronne przygotowanie dorastającego pokolenia do dorosłego życia i pełnienia ról (w tym płciowej i seksualnej) zgodnie z obowiązującymi w danym społeczeństwie normami. Zadania, które stawiano wychowaniu seksualnemu, podobnie jak innym dziedzinom wychowania, obejmowały nie tylko przekazywanie dzieciom i młodzieży niezbędnych informacji, ale także udział w kształtowaniu opinii i poglądów oraz w podnoszeniu poziomu świadomości w sferze wartości i norm związanych z tą dziedziną życia, zgodnie z przyjętą filozofią wychowania. A zatem cele edukacji seksualnej wpisane były w ogólny proces wychowania, którego głównym celem było kształtowanie harmonijnie rozwiniętej osobowości człowieka, jego systemu wartości oraz pozytywnych postaw wobec siebie i innych ludzi. Cele szczegółowe wychowania seksualnego dotyczyły:

– wspomagania rozwoju seksualnego, pomocy w osiągnięciu dojrzałości seksualnej, czyli zdolności do nawiązania bliskiej relacji intymnej, w której dochodzi do realizacji własnej płciowości z uwzględnieniem norm społecznych,

³³ Por. M. Kozakiewicz (red.), *Pro i contra w planowaniu rodziny i w wychowaniu seksualnym*, Warszawa: Książka i Wiedza, 1989.

– uczenia postępowania zgodnie z zasadami etycznymi, z poszanowaniem norm społecznych, moralnych, prawnych, tworzenia warunków sprzyjających prawidłowemu wykorzystaniu wiedzy na temat zagadnień seksualnych³⁴.

Wskazane wyżej cele można uznać za tożsame z tymi, które zostały sformułowane przez Światową Organizację Zdrowia³⁵:

- pomoc w kształtowaniu dojrzałości psychoseksualnej,
- kształtowanie pozytywnego stosunku do płci,
- sprzyjanie modelom trwałych związków opierających się na miłości i partnerstwie,
- uświadomienie seksualne, polegające na dostarczeniu wiedzy dotyczącej zmian biologicznych, psychicznych i społecznych na każdym etapie rozwoju człowieka,
- przekazanie informacji na temat chorób przenoszonych drogą płciową,
- uświadomienie znaczenia i następstw inicjacji seksualnej,
- przeciwdziałanie kompleksom, lękom i fobiom seksualnym,
- promocja zasad higieny osobistej.

Edukacja seksualna, której celem ogólnym jest wspieranie prawidłowego rozwoju psychoseksualnego i pomoc w kształtowaniu osoby zdrowej seksualnie, łączy zatem działania sprzyjające rozwojowi sfery kierunkowej osobowości obejmującej wartości, postawy, normy moralne (wychowanie ukierunkowujące) z działaniami o charakterze *stricte* informacyjnym (kształcenie, nauczanie), które określono mianem uświadomienia seksualnego³⁶.

Uświadamianie seksualne ma na celu zarówno pomoc w dotarciu do wiarygodnych źródeł wiedzy i przyswojeniu obiektywnych, opartych na naukowych podstawach, informacji z zakresu seksualności człowieka, jak i popularyzację wiedzy z różnych dziedzin nauki związanych z seksuologią, w zakresie odpowiednim do etapu rozwoju, zainteresowań i aktualnych potrzeb człowieka. Jest to niezwykle ważne i ciągle aktualne zadanie, ponieważ – jak wykazują cytowane wyżej wyniki badań – poprawne, zobiektywizowane informacje, zawarte w specjalistycznej literaturze przedmiotu, są ciągle w małym stopniu upowszechniane i wykorzystywane w aktualnie realizowanej edukacji seksualnej. W uświadamianiu ciągle dominują rówieśnicy, wspierani przez czasopisma młodzieżowe i coraz częściej Internet, czy przekazy medialne zawierające sporą dozę „komercyjnej seksualności” (rynek pornograficzny, oferty usług seksualnych, reklamy

³⁴ M. Kozakiewicz, *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna*, Warszawa: PWN, 1984; tegoż, *U podstaw wychowania seksualnego*, „Seksuologia” 1993, nr 5, 7; W. Sokoluk, D. Andziak, M. Trawińska, *Przysposobienie do życia w rodzinie*, Warszawa: WSiP, 1987; M. Trawińska, *O celach wychowania seksualnego*, w: M. Kozakiewicz (red.), *Pro i contra w planowaniu rodziny i w wychowaniu seksualnym*, Warszawa: Książka i Wiedza, 1989; I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 2002; Z. Lew-Starowicz, K. Szczerba, *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: Polska Oficyna Wydawnicza BGW, 1995; W. Sokoluk, *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*, Warszawa: WSiP, 2003; Z. Izdebski, *Pedagogika seksualna*, w: J. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Gdańsk 2005; Z. Lew-Starowicz, A. Długolecka, dz. cyt.

³⁵ *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*. PAHO, WHO, WAS, 2000 <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf>>.

³⁶ Por. I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.; W. Sokoluk, dz. cyt.

trywializujące podejście do seksu i sprowadzające ludzi do roli obiektów/konsumentów usług seksualnych). Stąd tak wiele mitów, stereotypów, przesądów i przekłamań, które nakładają się na indywidualne, często trudne doświadczenia i obserwacje młodego człowieka, których nie ma z kim skonfrontować, ponieważ ani rodzice, ani nauczyciele nie są gotowi, z różnych względów, do przyjęcia roli osób przekazujących wiarygodne i obiektywne informacje. Różne postaci tabu seksualnego, powstrzymujące dorosłych przed wejściem w „otwarty kontakt informacyjny z dzieckiem w sferze seksualnej”, prowadzą do rozlicznych negatywnych konsekwencji. Dotyczą one nie tylko niedociągnięć w realizacji funkcji informacyjnej i konfrontacyjnej edukacji, co sprawia, że dzieci nie zyskują potrzebnej im rozwojowo wiedzy, ale przede wszystkim prowadzą do zaburzeń w realizacji funkcji więziotwórczej i udzielania wsparcia emocjonalnego³⁷. Dorośli, którzy są gotowi podejmować z dziećmi trudne tematy, odpowiadać na „niewygodne” pytania, podejmować dyskusję i dialog o żywotnych dziecięcych problemach, ofiarowują dziecku bezcenne dla relacji z człowiekiem w każdym wieku wartości: wiarygodność, zaufanie, szacunek, więź, poczucie bezpieczeństwa i odpowiedzialności oraz świadomość możliwości uzyskania wsparcia i pomocy w każdej życiowej sytuacji. Niestety, w polskim modelu wychowania, zwłaszcza w odniesieniu do sfery seksualnej, ciągle jeszcze dominuje tradycyjny, autorytarny i tabuistyczny model relacji rodzice–dziecko.

Takie podejście wychowawcze charakterystyczne jest dla modelu restrykcyjnego (rygorystyczny, religijno-moralny). Typowe jest tu ograniczanie informacji o seksualności, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży, których seksualność (i rozwój seksualny) objęte jest tabu. Zainteresowanie wiedzą seksuologiczną uznawane jest za przejaw „niezdrowej ciekawości”, a zdobywanie/przekazywanie informacji to „nienormalne zachowanie, będące objawem deprawacji i patologii”. Stąd zaleceniem wychowawczym w relacjach rodzice–dzieci jest „mówić jak najmniej”, „mówić tylko tyle, ile się musi”. W procesie rozwoju człowieka (dojrzewania) pomija się sferę seksualną, a aktywność seksualna możliwa jest tylko jako element miłości dwojga dorosłych ludzi pozostających w małżeństwie, najlepiej w celu prokreacyjnym. Z tego względu propaguje się „wychowanie do czystości” i „wstrzemięźliwość jako normę”. Młode pokolenie izoluje się od informacji i bodźców kojarzących się z seksualnością, a więc nie istnieje „uświadamianie”, a zachowania dziecka w tej sferze poddane są kontroli i objęte systemem kar. Zaleceniem wychowawczym w odniesieniu do aktywności seksualnej jest: „nie rób tego”³⁸.

Modelem przeciwstawnym do wyżej wskazanego jest model permissywny (liberalny, przyzwalający, informacyjno-biologiczny, zdrowotno-medyczny). W modelu

³⁷ Por. M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991.

³⁸ M. Kozakiewicz, *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, dz. cyt.; M. Beisert, dz. cyt.; M. Chomczyńska-Miliszkiwicz, *Modele szkolnej edukacji seksualnej*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1996, nr 3–4; też: *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2002; A. Gulczyńska, *Rodzinne uwarunkowania aktywności seksualnej młodych dorosłych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2009.

tym seksualność postrzega się jako ważną (a nawet priorytetową) sferę życia człowieka, a seks uznaje za wartość (nadrzędną), źródło satysfakcji i szczęścia, które można osiągać wszelkimi wybranymi przez daną jednostkę sposobami – „wszystkie drogi są dobre”. Zachowania seksualne traktuje się jako nadrzędne, autonomiczne, oderwane od małżeństwa, rodziny i prokreacji. Pominięty zostaje związek między potrzebą więzi i emocjami a aktywnością seksualną, której oczekiwanym efektem jest pełna satysfakcja fizyczna. Istnieje bardzo wąskie tabu, zarówno w obszarze przekazywania informacji o seksualności i jej przejawach w procesie rozwoju, jak i co do rodzaju podejmowanych zachowań seksualnych, stąd zaleceniem edukacyjnym jest „uświadamiać – mówić wszystko”. Celem edukacji seksualnej jest ukazywanie warunków bezpiecznego współżycia seksualnego oraz przekazywanie informacji na temat środków mających zabezpieczyć przed jego negatywnymi zdrowotnymi (w sferze fizycznej) konsekwencjami, zwłaszcza w przypadku podejmowania nietypowej aktywności seksualnej (np. uniknąć niechcianej ciąży, infekcji, chorób przenoszonych drogą płciową) – „rób to w ten sposób, aby...”, „rób to w sposób bezpieczny dla siebie i partnera”³⁹.

Najbardziej wyważony i racjonalny, godny upowszechniania, wydaje się model „złotego środka” (zdrowotno-medyczny + społeczno-psychologiczny), ujmujący seksualność jako jedną z ważnych sfer życia człowieka – intymną, prywatną, autonomiczną, która wymaga (współ)odpowiedzialności partnerów za siebie osobiście i za siebie wzajemnie. Wszelkie zachowania seksualne są generalnie wartościowane pozytywnie, ale z uwzględnieniem bezpieczeństwa, oczekiwań i możliwości osobistych i partnera (norma partnerska), związku z innymi potrzebami człowieka, w tym więzi emocjonalnej i zależności od kontekstu społeczno-kulturowego i sytuacji życiowej. Zaplecze etyczne modelu złotego środka stanowi tak zwana świecko-liberalna koncepcja seksualności. Zakłada ona, że seksualność człowieka, w tym również wychowanie seksualne, nie jest powiązana z żadnym wyznaniem religijnym (które jest prywatną sprawą każdej jednostki), ale nie jest też pozbawiona odniesień do ważnych dla człowieka wartości i norm społecznych. Zaleca jednak pełną tolerancję wobec różnych postaw, poglądów, opinii i zachowań ludzi, niezależnie od wyznania i preferowanego systemu wartości, jeśli nie naruszają one prawa do wolności innych jednostek⁴⁰. Przekazywanie informacji na tematy związane z seksualnością jest dostosowane do wieku, płci, etapu rozwoju, potrzeb człowieka – „mówić rzeczy celowo wybrane, stosownie do potrzeb, etapu rozwoju, sytuacji”. Zaleca się podmiotowe podejście do człowieka, uświadamianie mu możliwości wyboru i pomoc w nabywaniu umiejętności podejmowania decyzji, dokonywania wyborów, uwzględniania konsekwencji swoich czynów oraz różnorodności

³⁹ M. Kozakiewicz, *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, dz. cyt.; M. Beisert, dz. cyt.; M. Chomczyńska-Miliszkiwicz, *Modele szkolnej edukacji seksualnej*, dz. cyt.; też: *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym*, dz. cyt.; A. Gulczyńska, dz. cyt.

⁴⁰ Por. K. Sieja, *Wiedza o życiu seksualnym człowieka. Wybrane zagadnienia*, Koszalin: Wydawnictwo Uczelniane Bałtyckiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, 1999, s. 65–69; E. Kasperk-Golimowska, K. Waszyńska, A. Gulczyńska, B. Jankowiak, *Od etyki do praktyki edukacji seksualnej*, w: A. Cybal-Michalska, W. Segiet, D. Kopec (red.), *Studia z pedagogiki i nauk pogranicza*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2011.

wartości i norm leżących u podstaw ludzkiego zachowania. Priorytetem jest ukazywanie konieczności przejmowania odpowiedzialności za swoje życie, które przebiega w określonym cyklu zmian i etapów rozwoju – „jest wiele dróg, wybierz najlepszą...”, „rób to tak, a nie tak, gdyż...” (pomyśl o konsekwencjach), „tak, ale...” (zastanów się, rozważ „za” i „przeciw”)⁴¹.

Ostatni z zaprezentowanych modeli wydaje się w dużym stopniu zgodny z założeniami koncepcji edukacji seksualnej pojmowanej jako integralny element edukacji zdrowotnej, ukierunkowanej na kształtowanie zdrowego człowieka, wyposażonego w kompetencje niezbędne do ochrony i promocji swego życia i zdrowia. Zadaniem edukacji seksualnej, będącej dziedziną edukacji zdrowotnej (obejmującej procesy wychowania, kształcenia, nauczania, uczenia się), jest zatem przekazywanie informacji i kształtowanie umiejętności w zakresie dbania o zdrowie seksualne własne i innych osób, aby „wiedzieli jak, rozumieli, umieli, chcieli” chronić zdrowie (profilaktyka), doskonalić, zwiększać potencjał zdrowotny (promocja zdrowia) oraz przywracać zdrowie w sytuacji doświadczania zaburzeń i chorób (leczenie i rehabilitacja), we wszystkich okresach życia⁴². U źródeł wszelkich projektowanych działań leży szacunek dla ludzkiego życia i zdrowia, postrzeganych jako podstawowe wartości, które warto rozwijać, chronić i promować⁴³.

Upowszechnianie pojmowania zdrowia jako pozytywnej, cenionej wartości, która zajmuje wysokie miejsce w systemie wartości człowieka, stając się ważnym kryterium wyboru motywów, celów działania oraz środków ich realizacji, ukierunkowanych prozdrowotnie, jest jednym z głównych zadań edukacji chroniącej i promującej zdrowie (seksualne)⁴⁴. W działaniach edukacyjnych należy wziąć pod uwagę, że zdrowie jest wartością nie tylko jednostkową, ale i społeczną (grupową, narodową, ogólnoludzką), osiąganą tu i teraz (aktualne działania i ich konsekwencje, doraźne zyski lub straty) oraz w bliższej i dalszej perspektywie czasowej (odległe skutki). Stąd zadaniem edukacji seksualnej jest pomoc w uświadamianiu ludziom hierarchii ich wartości, udział w budowaniu prozdrowotnego systemu wartości oraz zachęcanie i ćwiczenie umiejętności podtrzymywania/rozwijania wartości ważnych dla konkretnej jednostki, z akcentem na tolerancję wobec postaw innych osób, które mogą cenić wartości odmienne. Takie ujęcie akcentuje przesłanie, że zaspokajanie własnych potrzeb nie powinno godzić w potrzeby innych osób, tak samo jak trudno oczekiwać, że dobra osobiste, do których zalicza się także zdrowie (seksualne), poświęca się dla innych ze stratą dla siebie. Choć nie jest to łatwe, postuluje się przyjęcie normy partnerskiej i (współ)odpowiedzial-

⁴¹ M. Kozakiewicz, *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, dz. cyt.; M. Beisert, dz. cyt.; M. Chomczyńska-Miliszkiwicz, *Modele szkolnej edukacji seksualnej*, dz. cyt.; też, *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym*, dz. cyt.; A. Gulczyńska, dz. cyt.

⁴² Por. B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: PWN, 2007, s. 127.

⁴³ E. Kasperek, *Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji*, w: Z. Melosik (red.), *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, Poznań: Wolumin, 2001.

⁴⁴ Por. E. Kasperek, *Zachowania prozdrowotne nauczycieli*, Poznań: G&P, 1999; też, *Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji*, dz. cyt.

ności za zdrowie osobiste i partnera, szacunek dla własnych i cudzych wartości oraz potrzeb, a także podejmowanie prób satysfakcjonującej obie strony ich realizacji we wszystkich aspektach związanych z rozwojem i funkcjami seksualności. W praktyce – niestety nazbyt często – obserwuje się zjawisko rozbieżności między deklarowanymi i rzeczywiście realizowanymi wartościami. W deklaracjach zdrowie jest wskazywane jako jedna z wartości naczelnych, „coś” najważniejszego w życiu. W praktyce natomiast nie docenia się go, uznając, że jest stanem naturalnym, który jest człowiekowi przypisany (zwłaszcza w rozumieniu młodych ludzi). Znaczenia nabiera z reguły dopiero wtedy, gdy się je utraci i wystąpią zaburzenia utrudniające funkcjonowanie i realizowanie założonych celów. Poza tym okazuje się, że istnieje wiele wartości, dla których człowiek naraża (poświęca) swoje zdrowie, nawet jeżeli deklaruje, że jest ono dla niego cenne. Tego typu sytuacje konfliktowe występują często w obszarze zachowań seksualnych, które stają się ryzykowne zdrowotnie, ponieważ konkurencyjnymi wartościami wobec zdrowia i bezpieczeństwa są (realne lub wyobrażone): aprobata i akceptacja rówieśników, miłość do partnera, gratyfikacje materialne, „ciekawe, pełne przygód życie”, wizerunek siebie jako osoby „wyzwolonej”, „spełnianie oczekiwań ważnych grup odniesienia i osób znaczących”. Młodzi ludzie podejmują także wiele antyzdrowotnych zachowań instynktownie, motywowani popędowo, spontanicznie, w sposób niekontrolowany, nie myśląc o konsekwencjach lub wykazując tak zwany naiwny optymizm, to jest przecenianie korzyści (natychmiastowych nagród w postaci obniżenia napięcia, poprawy samopoczucia) i niedocenywanie odroczonej szkody (np. ciąży), zwłaszcza w odniesieniu do własnej osoby. Znaczna ich część (podobnie jak i dorośli) nie ma też wystarczającej wiedzy na temat warunków umożliwiających bezpieczne współżycie seksualne lub zgody na stosowanie środków, które je umożliwiają, ze względu na wyznawane wartości lub normy społeczne czy prawne zakazy⁴⁵. Biorąc pod uwagę te dane, do celów edukacji seksualnej należy dopisać rozwój świadomości (zdrowotnej), która pełni ważną funkcję regulującą i kontrolującą ludzkie zachowania, i obejmuje: znajomość własnego systemu wartości, preferencji, dążeń życiowych i potrzeb, wiedzę i umiejętność analizy przesłanek leżących u podstaw podejmowanych decyzji, refleksję nad konsekwencjami dokonywanych wyborów dla siebie i dla partnera⁴⁶. Dzięki temu można zwiększyć prawdopodobieństwo podejmowania intencjonalnych działań przyczyniających się do osiągnięcia zdrowia. Są one oczywiście uwarunkowane wieloma innymi, niż wymienione wyżej, czynnikami o bardzo skomplikowanych mechanizmach działania i powiązaniach (będzie jeszcze o tym mowa poniżej). Ich wyjaśnienie zawiera wiele teorii kształtowania zachowań zdrowotnych, które warto wykorzystywać w projektowaniu efektywnych programów ochrony i promocji zdrowia, na przykład: Model Przekonań Zdrowotnych Beckera,

⁴⁵ Por. H. Sęk, *Rozwój psychoseksualny i jego zaburzenia a psychologia ryzyka i zaburzeń zdrowotnych*, w: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006, s. 75.

⁴⁶ H. Sęk, I. Ścigała, M. Beisert, A. Bleja, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, nr 3.

Model Planowanego (uzasadnionego) Zachowania Fishbeina i Ajzena, Procesualny Model Czynności Zdrowotnych Schwarzera⁴⁷.

Z tych rozważań wynika, że edukacja seksualna ma do spełnienia wiele zadań wykraczających poza *stricte* informacyjny, biologiczno-medyczny model, obejmując także kwestie rozwoju społeczno-moralnego i psychoseksualnego człowieka oraz kształtowania kompetencji zdrowotnych, których centrum stanowi szacunek dla cenionych wartości, tolerancja wobec odmiennych preferencji i poczucie odpowiedzialności za siebie i relacje z innymi ludźmi.

Podstawowym pojęciem, które stworzyło – wskazane wyżej i omawiane w dalszych częściach opracowania – możliwości rozszerzenia zakresu celów edukacji seksualnej, jest „zdrowie seksualne” definiowane jako: „stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niepełnosprawności, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami”. Innymi słowy: „integracja biologicznych, emocjonalnych, społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości”⁴⁸. Punkt wyjścia takich ujęć zdrowia seksualnego stanowi opracowana w roku 1946 definicja WHO, w której „zdrowie to nie tylko brak choroby i niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego”⁴⁹. Stała się ona jednocześnie podstawą do opracowania holistycznej, dynamicznej, interakcyjnej, salutogenetycznej koncepcji zdrowia, w której człowiek jest spostrzegany jako „biopsychospołeczna całość”, podmiot świadomy swoich potrzeb, (współ)odpowiedzialny za siebie i skutki swoich działań, współtwórca swego zdrowia i jakości swego życia⁵⁰.

W holistycznym ujęciu, zdrowie obejmuje pozostające we wzajemnej dynamicznej interakcji aspekty (płaszczyzny) i właściwości związane także bezpośrednio lub pośrednio z rozwojem i funkcjonowaniem seksualnym:

– zdrowie fizyczne obejmuje biologiczne determinanty rozwoju organizmu, funkcjonowanie ciała i jego poszczególnych narządów, w tym bezpośrednio odpowiedzialnych za realizację funkcji seksualnych (układ rozrodczy), z uwzględnieniem powiązań między wszystkimi systemami (układami, narządami), których sprawność wpływa na realizację funkcji seksualnej (np. układ hormonalny, nerwowy, krążenia); obejmuje także tworzenie warunków życia i realizację stylu życia, które warunkują odpowiedni poziom sprawności i wydolności fizycznej (seksualnej) organizmu (energia, wigor), umożliwiającej podejmowanie satysfakcjonującej aktywności seksualnej (np. odżywianie, aktywność fizyczna, sen, wypoczynek, stosowanie używek i środków psychoaktywnych itp.);

⁴⁷ Za: H. Sęk, *Rozwój psychoseksualny...*, dz. cyt., s. 75; por. także: A. Łuszczynska, *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP, 2004.

⁴⁸ Za: Z. Lew-Starowicz, A. Długolecka, dz. cyt., s. 130.

⁴⁹ B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 14.

⁵⁰ Por. G. Dolińska-Zygmunt, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, w: tejże (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001.

– zdrowie intelektualne skupia uwagę na zdolności do logicznego, jasnego, spójnego myślenia, nabywania, zapamiętywania i operowania informacjami, umiejętności poszukiwania i zdobywania wiedzy na temat funkcjonowania seksualnego, umiejętności krytycznego myślenia i oceny jej rzetelności, gotowości do korygowania i uzupełniania informacji, a także umiejętności podejmowania na ich bazie racjonalnych, odpowiedzialnych decyzji dotyczących zachowań seksualnych uwzględniających ich konsekwencje w bliższej i dalszej perspektywie czasowej;

– zdrowie emocjonalne obejmuje zdolność do rozpoznawania emocji, wyrażania ich w odpowiedni, adekwatny do sytuacji sposób, zapewniający poczucie komfortu i akceptowany społecznie, zdolność do radzenia sobie z trudnościami, ze stresem, napięciami, lękiem, depresją, agresją, gotowość do nawiązywania więzi emocjonalnej z innymi osobami (partnerem seksualnym); rozwój świadomości w zakresie uczuć dotyczących samego siebie, a także człowieka, z którym nawiązuje się relację seksualną; zdolność do rozpoznawania emocji nieprzyjemnych i ich źródeł w kontaktach seksualnych oraz gotowość do przeżywania przyjemności w kontakcie seksualnym i zdolność do wyboru zachowań zapewniających dobrostan;

– zdrowie psychiczne obejmuje pozytywne właściwości osobowe (cechy), takie jak: pozytywna, wysoka samoocena, silne poczucie tożsamości, zdolności do rozwoju i samorealizacji, zdolność do integracji doświadczeń, autonomia – zdolność do bycia niezależnym od wpływów społecznych i do samoregulacji, realistyczne postrzeganie rzeczywistości, radzenie sobie z wymaganiami, zdolność do adaptacji w zmieniającym się świecie;

– zdrowie społeczne oznacza zdolność do nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania prawidłowych relacji z innymi ludźmi, akceptowanie i gotowość do przyjęcia odpowiedzialności za siebie i za jakość związków z innymi ludźmi, umiejętność efektywnego i satysfakcjonującego pełnienia roli płciowej i seksualnej, uwzględniającego zróżnicowanie w zależności od położenia społecznego, płci, wieku, wykształcenia itp., gotowość do rozwijania kompetencji społecznych (np. asertywność, tolerancja, rozwiązywanie konfliktów), znajomość norm i zasad, reguł życia społecznego regulujących zachowania seksualne, refleksja nad argumentami „za i przeciw” ich wprowadzaniu we własne życie;

– zdrowie duchowe określa osobiste „credo”, zbiór wartości, zasad, zachowań i sposobów osiągania wewnętrznego spokoju, równowagi i pozytywnych relacji ze światem, definiowanie sensu i celu życia oraz wyznaczników wysokiej jakości życia, samoświadomość w zakresie cenionego systemu wartości, gotowość do postępowania zgodnie z wyznawanym systemem wartości, otwartość na przeżycia duchowe (u niektórych ludzi związane z wierzeniami i praktykami religijnymi)⁵¹.

⁵¹ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 72; B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 31; E. Kasperek-Golimowska, *Zdrowie z perspektywy psychopedagogicznej*, w: A. Cybal-Michalska, W. Segiet, D. Kopeć (red.), *Studia z pedagogiki i nauk pogranicza*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2011; M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*, Gdańsk: GWP, 2010, s. 66.

Ważnym twierdzeniem współczesnej koncepcji zdrowia, wzbogacającym także cele edukacji seksualnej, jest uznanie samopoczucia jednostki za istotny wskaźnik stanu zdrowia i funkcjonowania. Uznano zatem, że nie tyle (i nie tylko) parametry obiektywne czy opinia innych ludzi (autorytetów, ekspertów, profesjonalistów) stanowią kryterium zdrowia, ile raczej osobista percepcja i subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej determinuje samopoczucie. Stąd zadaniem edukacji jest pomoc w rozwijaniu „świadomości własnego ja”, „zaufania do siebie i swoich odczuć”, „odczytywania sygnałów płynących z organizmu” i umiejętności kierowania się własnymi przekonaniem, nawet kosztem ostracyzmu lub potępienia ze strony otoczenia. Prawo do osobistej, subiektywnej oceny jakości własnej aktywności seksualnej wydaje się podstawowym prawem każdego człowieka. Oczywiście nie oznacza to, że nie może uzyskać informacji zwrotnej od innych osób oraz pomocy w „zdefiniowaniu siebie, swojego samopoczucia i jego źródeł”, jeżeli o nią poprosi. Umiejętność zwracania się o pomoc i różnego typu wsparcie w sferze seksualnej, tak samo jak umiejętność ich udzielania, to kolejna z ważnych kompetencji, pomocna w satysfakcjonującej realizacji potrzeby seksualnej.

Zadowolenie, satysfakcja, poczucie wysokiej jakości życia to wskaźniki zdrowia seksualnego, związane z bardzo ważnym wymiarem zdrowia człowieka, jakim jest poczucie szczęścia i dobrostan (*well-being*), a szerzej – z prowadzeniem „dobrego życia”. Użyte wyżej sformułowania kryją w sobie różne znaczenia⁵². Dla dookreślenia celów edukacji seksualnej przydatne wydaje się utożsamianie „dobrego życia” z „optymalnym funkcjonowaniem”, czyli podejmowaniem skutecznych działań bazujących na umiejętności wykorzystania określonych procesów psychicznych oraz form aktywności w celu zaspokajania potrzeb osobistych, realizacji własnych celów i wymagań środowiska. Bliskie znaczeniowo jest tu pojęcie *flourishing* – prosperowanie, które oznacza żywotność, zdrowie fizyczne, pozytywne relacje z otoczeniem oraz rozwijanie się w kierunku osiągnięcia pełni potencjałów we wszystkich zakresach funkcjonowania, które umożliwiają aktywne realizowanie zamierzeń i konstruktywne odpowiadanie na wyzwania⁵³. Oba pojęcia – optymalnego funkcjonowania i prosperowania – podkreślają podmiotowy i transakcyjny charakter dobrego życia, akcentując jego dynamikę i dwa ważne aspekty, to jest: powiązanie biologicznego, psychicznego i społecznego wymiaru dobrego życia (holizm) i zmienianie się człowieka w kierunku wyznaczonym przez jego dyspozycje i warunki życia (dynamiczna interakcja), co pozwala na analizowanie dobrego życia w perspektywie procesualnej i temporalnej. Ocenianie, na ile czyjeś życie jest dobre z perspektywy prosperowania i optymalnego funkcjonowania, odnosi się do tego, co dana osoba robi (i jak się z tym czuje), a mniej do tego, co osiągnęła i jakie warunki stwarza jej środowisko – chodzi tu bardziej o życie dobrze przeżywane (*life-well-lived*) niż o życie przyjemne. A zatem, dobre życie może polegać na działaniu

⁵² J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: PWN, 2004; E. Trzebińska, *Psychologia pozytywna*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2008; E. Kasperek-Golimowska, dz. cyt.

⁵³ Sheldon, 2004, za: E. Trzebińska, dz. cyt., s. 40.

i realizowaniu zadań przynoszących człowiekowi zadowolenie i satysfakcję⁵⁴. W ujęciu tym odnajduje się bardzo ważne idee propagowane w ramach promocji zdrowia, a więc holizm, aktywność własną, współuczestnictwo i w efekcie – odpowiedzialność za swoje samopoczucie, będące wynikiem podejmowanych działań.

Śród wielu różnych koncepcji dobrostanu i jego uwarunkowań, które mogą poszerzyć perspektywę ujęcia celów edukacji seksualnej, można wyróżnić te, które osadzone są w nurcie hedonistycznym lub eudajmonistycznym. Pierwszy z nich – dobre życie – utożsamia z odczuwaniem zadowolenia i poszukiwaniem stanu przyjemności, natomiast drugi – dobrostan – wiąże się z osiągnięciem pewnych określonych wartościowych cech, „cnót” właściwych dla „dojrzałej, zdrowej” osobowości, na przykład akceptacji (siebie, innych), prostoty i naturalności, zadaniowości, potrzeby prywatności, autonomii, ciągłej świeżości ocen, duchowości, poczucia wspólnoty z ludzkością, bliskości z wybranymi osobami, szacunku dla innych, odróżniania dobra od zła, poczucia humoru, twórczości, odporności na inkulturację (Maslow). Oczywiście w praktyce najbardziej pożądane byłoby podejście systemowe, łączące oba ujęcia⁵⁵. Wypracowanie takiego podejścia do życia wymaga jednak wielu lat systematycznej pracy nad sobą, pozytywnej realizacji kolejnych zadań rozwojowych i możliwości korzystania z różnych, adekwatnych do potrzeb konkretnych osób, form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, które wykrócą poza proste przekazy informacyjne o sposobach zabezpieczenia zdrowia i osiągnięcia dobrego samopoczucia bez nadmiernego wysiłku i ograniczeń. Jest to tym trudniejsze zadanie, że podejście hedonistyczne jest bardzo popularne w kulturze masowej i lansowane przez środki masowego przekazu jako modne i „na czasie”. „Być trendy” to ważna motywacja wielu działań młodych ludzi, zwłaszcza gdy wiąże się z zachęcaniem do przeżywania „przyjemnych chwil”, „konsumowania różnych dóbr”, „próbowania wszystkiego, póki jest się młodym”, „spełniania swoich marzeń”, „bycia centrum życia towarzyskiego”, „zaliczania nowych atrakcyjnych obiektów”. Te sposoby osiągania „doraźnego dobrostanu” są niestety źródłem wielu zachowań problemowych i *de facto* prowadzą często do bardzo negatywnych skutków w każdej płaszczyźnie zdrowia (infekcje, zaburzenia psychiczne, uzależnienia, alienacja, samotność, utrata sensu życia). Dlatego warto przestrzegać młodych ludzi, że obietnice kultury konsumpcji mogą być fałszywe i warto nauczyć się innych sposobów poprawy swego samopoczucia, na przykład nawiązywać bliskie relacje z innymi ludźmi (uzyskiwać wsparcie społeczne), podejmować różne formy aktywności rekreacyjno-rozrywkowej (malowanie, ćwiczenia fizyczne, muzyka), rozwijać samoakceptację i inne psychiczne zasoby osobiste. Zachęcając do poszukiwania „prozdrowotnych” dróg osiągania dobrostanu, warto skorzystać z zaleceń płynących z koncepcji szczęścia opracowanej przez Martina P. Seligmmana. Według niego osiągnięcie „autentycznego szczęścia” wiąże się ze spełnianiem trzech warunków: przeżywania (doświadczania) wielu zmysłowych przyjemności (jak np. jedzenie, doznania estetyczne, intymność, erotyzm); uzyskiwa-

⁵⁴ Tamże.

⁵⁵ Por. Kennon i Sheldon, za: tamże, s. 43.

nia gratyfikacji wskutek podejmowania właściwych działań, zmieniających na lepsze człowieka i jego otoczenie, oraz rozwijania cech osobowości stanowiących silne strony człowieka, takich jak mądrość, odwaga, miłość, sprawiedliwość, wstrzemięźliwość, duchowość. A zatem dobre, szczęśliwe życie to życie pełne, w którym umiejętnie łączy się przyjemność, gratyfikacje i sensowne działania. A szczególnie ważne dla edukacji jest kolejne twierdzenie Seligmana, że można się tego – podobnie jak optymizmu – nauczyć⁵⁶.

Osadzenie seksualności w holistycznej koncepcji zdrowia pozwala na jej włączenie do całokształtu funkcjonowania człowieka i przezwycięzenie redukcjonizmu analizy w perspektywie „albo albo”, na przykład ograniczających seksualność albo tylko do roli biologicznego popędu, czynności fizjologicznej, zachowania mającego na celu prokreację, albo spostrzegania głównie jako zjawiska społecznego związanego z małżeństwem i rodziną, albo fenomenu psychiki umożliwiającego osiągnięcie „wyższych stanów świadomości” lub przeżyć o charakterze mistycznym, duchowym. W ujęciu holistycznym uznaje się rozwój sfery seksualnej za jedno z wielu zadań życiowych człowieka realizowanych w cyklu życia, należy go wspomagać w procesie wychowania seksualnego ukierunkowanego na osiągnięcie „integracji seksualnej”, czyli „jednoczenie sfery genitalnej, uczuciowej, duchowej w „jedno doświadczenie miłości”⁵⁷. Zgodnie z przyjętą koncepcją, kluczowe dla ochrony i promowania zdrowia seksualnego jest założenie, że seksualność człowieka ewoluuje, zmienia się w ciągu życia (ujęcie dynamiczne) na skutek oddziaływania wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych (podejście interakcyjne), a integracja seksualna – podobnie jak zdrowie – to nie jest stan otrzymywany w gotowej postaci ani też możliwy do utrzymania raz na zawsze. Jest to całonocne zadanie, stan osiągany dzięki wysiłkowi, zaangażowaniu i odpowiedzialnym działaniom podejmowanym przez jednostkę w toku rozwoju wspieranego przez inne osoby, z którymi nawiązuje relacje w ciągu życia. „Seksualność jest bowiem wrodzonym atrybutem i funkcją ludzkiego organizmu, podlegającym złożonym wewnętrznym i zewnętrznym uwarunkowaniom, które wymagają interdyscyplinarnej analizy”⁵⁸.

Wielostronna analiza seksualności pojmowanej jako jedna ze sfer funkcjonowania człowieka, będąca w ścisłym związku z innymi wymiarami jego życia, które podlegają zmianom i wywierają na siebie wzajemny wpływ w wyniku działania wielu zróżnicowanych czynników, jest charakterystyczna dla systemowej (socjoekologicznej) koncepcji zdrowia. Człowiek – jako system zintegrowany biologicznie, psychicznie, społecznie, duchowo – funkcjonuje w dynamicznym związku z wieloma podsystemami, których

⁵⁶ Por. M.P.E. Seligman, *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*, Poznań: Media Rodzina, 2005; tegoż, *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*, Poznań: Media Rodzina, 2011; R. Blum, *Psychologia pozytywna w praktyce. 6 cnót głównych i 24 siły dające szczęście*, Warszawa: Klub dla Ciebie, 2009; J. Czapiński, dz. cyt.

⁵⁷ J. Augustyn, *Integracja seksualna. Przewodnik w poznawaniu i kształtowaniu własnej seksualności*, Kraków: Wydawnictwo WAM, 1998, s. 88.

⁵⁸ M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006, s. 8.

jest jednocześnie częścią. W ujęciu tym akcentuje się wzajemne powiązania struktur składowych, z których każda (jako podsystem) jest składową systemu ogólniejszego i pozostaje z nim we wzajemnych związkach. Zdrowie jest tu pojmowane jako dynamiczna równowaga systemów, proces równoważenia wpływów i wzajemnych wymagań w relacji człowiek–otoczenie⁵⁹. O stanie zdrowia decydują występujące w każdym z podsystemów czynniki, które albo stanowią zasób odpornościowy i potencjał rozwojowy (zasoby, czynniki chroniące), albo niosą ryzyko wystąpienia zaburzeń równowagi (czynniki ryzyka). Podejście to zwraca także uwagę na rolę środowiska życia człowieka w zaspokajaniu jego potrzeb oraz zachęca do analizy wymagań, które mogą stworzyć szanse rozwoju (stymulujące wyzwania) lub jego blokadę (niedociążenia lub przeciążenia, nieadekwatne wyzwania). Jest to bardzo ważny punkt widzenia z perspektywy edukacji seksualnej, ponieważ podkreśla konieczność tworzenia zdrowego środowiska życia w rodzinie, szkole, społeczności lokalnej, które podejmą zadania związane z kształceniem, wychowaniem i opieką w sferze seksualnej, dostosowane do etapu rozwoju swoich podopiecznych, ich potrzeb i możliwości. Pojawia się tu także podstawowa dla zdrowia współczesnego człowieka teza, że każda jednostka może być (współ)twórcą optymalnego zdrowia osobistego i środowiskowego, budując je adekwatnie do swoich potrzeb, celów i możliwości. Uświadamianie ludziom odpowiedzialności za jakość swego życia, która jest efektem podejmowanych decyzji i działań, pomoc ludziom w zwiększeniu kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawie, to główne przesłanie osadzonej w modelu socjoekologicznym promocji zdrowia (także seksualnego)⁶⁰.

Model holistyczny w swych licznych odmianach uwzględnia złożoność czynników warunkujących zdrowie, którą najpełniej obrazuje Mandala Zdrowia⁶¹. Punktem wyjścia pogłębianych analiz determinantów zdrowia, obejmujących wszystkie wymiary i płaszczyzny funkcjonowania człowieka, jest koncepcja „zdrowego pola życiowego” opracowana przez Lalonde’a⁶² w latach 70. Zgodnie z jego twierdzeniem, stan zdrowia ludności zależy od: czynników genetycznych – 20% ; środowiska (fizyczne i społeczne) – 20%; opieki medycznej – 10% i w największym stopniu od stylu życia (zachowań zdrowotnych) – 50%. Współcześnie listy czynników warunkujących zdrowie są ciągle wzbogacane (wieloczynnikowe koncepcje) i coraz lepiej rozpoznawane są zachodzące między nimi interakcje. Pomocne dla opracowywania programów ochrony i promocji zdrowia jest coraz bardziej precyzyjne rozróżnianie czynników ryzyka (chorobotwór-

⁵⁹ C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, w: J.B. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Warszawa: Sanmedia, 1994; I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt., s. 64.

⁶⁰ G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001; J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: CEDEWU, 2006; B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt.

⁶¹ I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt., s. 64.

⁶² Lalonde, 1974, za: G. Dolińska-Zygmunt, *Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne*, w: tejsze (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001.

czych, zaburzących rozwój i funkcjonowanie) i tych, które pełnią funkcję ochronną (zasoby odpornościowe, czynniki chroniące).

W grupie czynników ryzyka – oprócz biologicznych endo- i egzogennych (takich, jak geny, system immunologiczny, cechy biochemiczne, fizjologiczne, anatomiczne, drobnoustroje, bakterie, wirusy) – wyróżnia się: społeczno-środowiskowe (ubóstwo, niski status społeczny, złe warunki mieszkaniowe), psychospołeczne (brak wsparcia społecznego, niska samoocena, poczucie bezradności, wykluczenie społeczne, konflikty), behawioralne (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, leków, substancji psychoaktywnych, nieprawidłowe odżywianie, brak aktywności fizycznej), patofizjologiczne (nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cukru, cholesterolu, podwyższony poziom krzepliwości krwi, hormonów stresu itp.), związane z osobowością i cechami podmiotu (np. osobowość WZA, WZC), związane z rozwojem (kryzysy rozwojowe, podejmowanie nowych zadań, ryzykowne decyzje, zmienność funkcjonowania ciała, oczekiwań społecznych, obrazu świata i samego siebie). Wymienia się także grupy ryzyka tworzone przez osoby, których sposób życia i zachowania oraz normy szkodzą innym ludziom i członkom tych grup (np. niektóre alternatywne grupy młodzieżowe, sekty, internauci), oraz ryzyko sytuacyjne (dyskoteki, kluby o złej renomie, praca za granicą) itp.⁶³

Wszystkie wyżej wymienione czynniki mogą wywierać bezpośredni lub pośredni negatywny wpływ na rozwój i funkcjonowanie człowieka i stanowić źródło ryzykownych (problemowych) zachowań młodzieży, nie tylko w sferze seksualnej⁶⁴. Do ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży zalicza się przede wszystkim przedwczesną aktywność seksualną bez zabezpieczania się (np. poprzez stosowanie prezerwatyw, unikanie alkoholu, narkotyków, nieznanego towarzystwa), co może prowadzić do wielu negatywnych skutków w sferze zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego (np. urazy dróg rodnych dziewcząt, gwałt, choroby (infekcje) przenoszone drogą płciową, w tym zakażenie wirusem HIV, zaburzenia emocjonalne, negatywny wizerunek własnej osoby, dylematy moralne i poczucie winy związane z naruszeniem norm moralnych, zasad religijnych, ciąża, aborcja, adopcja, rodzicielstwo nieletnich i/ lub małżeństwo zawarte w związku z ciążą i będące ich pokłosiem problemy prawne, finansowe, trudności w szkole, konflikty w rodzinie itp.). Negatywne doświadczenia związane z przedwczesną inicjacją i aktywnością seksualną (i/lub jej konsekwencje) mogą także doprowadzić do zaburzeń w dalszym życiu seksualnym na tle nerwicowym i trudności w tworzeniu satysfakcjonującej relacji z dotychczasowym (lub innym) partnerem⁶⁵.

⁶³ I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt., s. 64.

⁶⁴ K. Ostaszewski, *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, w: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW, 2005, s. 112–113.

⁶⁵ J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: CMPP-P, 2002; S. Grzelak, *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań w Polsce i na świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar, 2006; M. Makara-Studzińska, *Zachowania ryzykowne młodzieży a wiktyfikacja w dzieciństwie*, Lublin: Wydawnictwo AM w Lublinie, 2007; E. Flatow,

W innej klasyfikacji czynników związanych z podejmowaniem ryzykownych i bezpiecznych zachowań seksualnych młodzieży wyróżniono następujące grupy:

- czynniki demograficzne (płeć, wiek, status, aspiracje, kultura, wykształcenie),
- czynniki rodzinne (relacje z rodzicami, styl wychowania, wartości),
- czynniki szkolne (osiągnięcia, dostępność i model edukacji seksualnej),
- czynniki związane z grupą rówieśniczą (normy, presja, nacisk),
- czynniki medialne (modele i wzory zachowań i relacji seksualnych),
- czynniki osobowościowe (niekonwencjonalność, samoocena, samokontrola),
- wzory zachowań i relacji społecznych (używków, przestępczość, skłonność do podejmowania ryzyka, stereotypy płciowe i seksualne),
- nastawienia i przekonania, np. o zyskach płynących z określonych zachowań, możliwościach wpływu na swoje zdrowie, własnej skuteczności w ochronie zdrowia,
- wiedza o technicznych aspektach seksu i zachowanie partnera,
- czynniki wyzwalające określony wzorzec zachowań seksualnych (alkohol, osłabienie więzi międzyludzkich, globalna kultura popularna, dominujący partner, dostępność antykoncepcji),
- konsekwencje podtrzymujące określony wzorzec zachowań seksualnych (przyjemność, konflikty, ciąża, infekcje)⁶⁶.

Zgodnie z założeniami salutogenetycznej koncepcji zdrowia, podstawą skutecznego działania na rzecz ochrony i promocji zdrowia jest nie tylko znajomość czynników ryzyka, ale także zasobów zdrowotnych jednostek, grup i środowiska, które warto rozwijać i wzmacniać w celu zrównoważenia lub zminimalizowania zagrożeń związanych z działaniem czynników ryzyka⁶⁷. Zdrowie jest bowiem efektem interakcji czynników ryzyka z zasobami, a zatem zakłada się, że prawdopodobieństwo wystąpienia patologii jednostkowej lub społecznej jest tym większe, im więcej różnorodnych (biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekologicznych) czynników wysokiego ryzyka działa przy słabych zasobach kompensujących zagrożenie. Prawdopodobieństwo wystąpienia nowych zachorowań lub faktów patologii jednostkowej lub społecznej jest tym mniejsze, im mniej jest czynników ryzyka i im słabsze jest ich natężenie, a jednocześnie więcej jest zasobów w środowisku (szkole, rodzinie, gminie) oraz w samej jednostce (grupie)⁶⁸. Jednym z modeli profilaktyki ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży, wykorzystującym diagnozę czynników ryzyka i zasobów konkretnych jednostek i/lub

Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych dorastającej młodzieży: modele, strategie, uwarunkowania efektywności działań, 2010 [online], <www.lider.szs.pl/biblioteka/download.php?plik_id=1395&f=artykul>.

⁶⁶ A. Carr, *Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową*, Gdańsk: GWP, 2004; A. Walendzik, Z. Izdebski (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyźni homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Zielona Góra: Wydawnictwo Organon, 2000; E. Flatow, dz. cyt.

⁶⁷ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1995; G. Dolińska-Zygmunt, *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonowskiego*, w: tejże (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001.

⁶⁸ H. Sęk, *Rozwój psychoseksualny...*, dz. cyt., s. 71.

grup, jest behawioralno-poznawczy model profilaktyki, w którym proponowane są następujące strategie działania:

- określanie grup wysokiego ryzyka na podstawie pochodzenia młodego człowieka i prognozowania jego bliższej i dalszej przyszłości,
- interwencje ze strony rodziców i ich szkolenia w celu poprawy współpracy i komunikacji z dziećmi oraz poprawy kontroli rodzicielskiej,
- programy profilaktyczne dla szkół i szkolenia w zakresie bezpiecznego seksu, także w formie edukacji rówieśniczej,
- udzielanie obiektywnych informacji na temat seksualności,
- kampanie medialne promujące bezpieczny seks⁶⁹.

Termin „zasoby” określa te obiekty i właściwości świata zewnętrznego, interpersonalnego i personalnego, które w dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami życiowymi: zapobiegają wystąpieniu stresorów, przekształceniu się napięcia w obciążenia chroniczne, wspomagają skuteczne procesy adaptacji, równoważą czynniki ryzyka, zapobiegają ekspresji negatywnych skutków ryzyka⁷⁰. Lista „zasobów odpornościowych”, „potencjałów zdrowia”, które sprzyjają ochronie i polepszeniu zdrowia jednostki, nawet mimo podlegania wpływom różnych szkodliwych czynników, jest coraz bogatsza. Najprostszy podział polega na rozróżnieniu: zasobów wewnętrznych (samoocena, optymizm, poczucie kontroli) i zasobów zewnętrznych (wsparcie społeczne, status socjoekonomiczny). Wśród czynników o charakterze psychospołecznym poddaje się analizie przebieg procesów i mechanizmów regulacji psychicznej, zachowania, cechy osobowości oraz czynniki zewnętrzne działające na drodze psychologicznej. Na przykład wykazano, że korzystne skutki zdrowotne i większą gotowość do działań na rzecz ochrony zdrowia wywołują emocje pozytywne (radość, nadzieja), wewnętrzne poczucie kontroli, poczucie własnej skuteczności, optymalny motyw zdrowotny, czyli średni stopień zainteresowania własnym zdrowiem, zaangażowanie, docieklivość i spostrzeganie wydarzeń stresujących jako wyzwania, które zachęca do zastosowania proaktywnych strategii zaradczych⁷¹.

Inne koncepcje i badania nad problematyką zasobów odpornościowych i zasobnością, wykorzystywane w promocji zdrowia, to koncepcja zasobów S.E. Hobfolla⁷², koncepcja *learned resourcefulness* Rosenbauma oraz koncepcja czynników ochronnych i skutecznego radzenia sobie – *resilience* Manghama⁷³. Hobfoll wyróżnia cztery grupy

⁶⁹ A. Carr, dz. cyt.

⁷⁰ H. Sęk, *Rozwój psychoseksualny...*, dz. cyt., s. 70.

⁷¹ H. Makowska, R. Poprawa, *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, w: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UW, 2001; H. Sęk, I. Ścigała, *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym*, w: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*, Katowice: Wydawnictwo UŚ, 2000, s. 133–148; H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk: GWP, 2000, s. 443–464.

⁷² S.E. Hobfoll, *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańsk: GWP, 2006.

⁷³ I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt., s. 160–176.

zasobów⁷⁴: rzeczowe (obiekty fizyczne), osobowe (sprawności, cechy), warunkowe (bycie zdrowym, zatrudnionym, pozostawanie w związku małżeńskim) oraz zasoby energetyczne, czyli takie, które jednostka może wymieniać na inne dobra (pieniądze, wiedza). Termin *resilience* określa zarówno proces, jak i właściwości, dzięki którym jednostka radzi sobie skutecznie ze stresem życia nawet o dużym nasileniu. Określa się tym terminem zdolność do skutecznego radzenia sobie z wymaganiami i przeciwnościami, a także umiejętność wzbudzania pozytywnych emocji i elastycznego stosowania zachowań zaradczych, dopasowanych do potrzeb i kontekstu sytuacyjnego. *Resilience* to zbiór takich właściwości jednostki, które pozwalają jej na oderwanie się (*bounce-back*) od negatywnych doświadczeń w toku elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających się wymagań życia. Jest to też zdolność do utrzymywania satysfakcjonujących więzi społecznych. W koncepcji *resourcefulness* chodzi natomiast o powstały w toku doświadczania i uczenia się społeczny zespół umiejętności, który sprawia, że jednostka reguluje swoje reakcje emocjonalne i poznawcze, dzięki czemu minimalizuje dysfunkcyjny wpływ stresu na zachowania w sytuacjach trudnych i ryzykownych. Ta zasobność (potencjał zasobów) zawiera umiejętność kontroli emocji, umiejętność wyboru właściwych sposobów rozwiązania problemu, umiejętność odraczania gratyfikacji i spostrzegania samoskuteczności⁷⁵.

Podsumowując, wśród czynników sprzyjających procesowi pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży wymienia się cztery grupy czynników chroniących (zasobów odpornościowych)⁷⁶:

- zasoby indywidualne: zdolności intelektualne (inteligencja, zdolności uczenia się, umiejętności planowania, zdolności werbalne), pozytywny temperament, mechanizmy samokontroli (np. panowanie nad złością), optymizm i pogoda ducha, umiejętności społeczne (porozumiewanie się), pozytywny obraz siebie i wiara w swoje możliwości (poczucie skuteczności), procesy motywacyjne (posiadanie planów i celów życiowych),

- zasoby rodzinne, czyli adekwatne do wymagań rozwojowych relacje rodzic-dziecko, pełna struktura rodziny, występujące w niej rytuały, wsparcie emocjonalne, komunikowanie oczekiwań odnośnie do norm społecznych i zachowań zdrowotnych,

- zasoby wynikające z relacji z innymi dorosłymi, to jest obecność odpowiednich dorosłych (mentor, instruktor harcerski, trener), relacje z konstruktywnymi rówieśnikami, którzy okazują wsparcie emocjonalne, instrumentalne i moralne, zwłaszcza w okresie dojrzewania,

- zasoby środowiska lokalnego – bezpieczne sąsiedztwo, dobry klimat społeczny szkoły, wsparcie nauczycieli, konstruktywne formy aktywności w wolnym czasie, dostęp do miejsc rekreacji, świetlic, poradni, ośrodków interwencji kryzysowej.

⁷⁴ S.E. Hobfoll, dz. cyt.

⁷⁵ Tamże.

⁷⁶ Masten, Powell, 2003, Rutter, 1985, Garmezy, 1985, za: K. Ostaszewski, *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 483–517.

Identyfikacja wskazanych wyżej czynników chroniących przyczyniła się do opracowywania programów „pozytywnego rozwoju” dzieci i młodzieży, które zmierzają do rozwijania i wzmacniania mocnych stron i zasobów osobistych, rodzinnych, środowiskowych, które z kolei będą redukować działanie czynników ryzyka. Tym samym połączono działania w sferze profilaktyki zagrożeń z promocją zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz wprowadzono „podejście edukacyjne ukierunkowane na rozwój umiejętności życiowych”. Jego celem jest kształtowanie już od wczesnego dzieciństwa umiejętności (zdolności) umożliwiających człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, dzięki którym może skutecznie radzić sobie z zadaniami (wymaganiami) codziennego życia i uzyskiwać dobre samopoczucie. Zadaniem edukacji jest organizowanie sytuacji sprzyjających opanowaniu umiejętności podstawowych dla codziennego życia, takich jak: prawidłowe porozumiewanie się i relacje z innymi ludźmi, podejmowanie dobrych dla zdrowia decyzji, rozwiązywanie problemów, twórcze i krytyczne myślenie, samoświadomość i empatia, radzenie sobie z emocjami i stresorami, oraz umiejętności specyficznych stosowanych w sytuacjach trudnych, na przykład umiejętności asertywnego oporu wobec presji innych itp.⁷⁷ Umiejętności te powinny być ćwiczone także w ramach programów i zajęć propagujących „bezpieczny seks”. Jako przykład można tu wskazać program oparty na realizowaniu siedmiu kroków, obejmujący: psychoedukację w zakresie wiedzy o zdrowych i ryzykownych zachowaniach seksualnych oraz ćwiczenia w zakresie podstawowych umiejętności psychospołecznych; podjęcie zobowiązania o przestrzeganiu zasad bezpiecznego seksu i unikania ryzykownych zachowań; trenowanie umiejętności ograniczania ryzykownych sytuacji; trenowanie asertywności komunikacyjnej i seksualnej w sytuacji presji; trenowanie umiejętności stosowania prezerwatywy; umiejętności samowzmacniania i poszukiwania wsparcia, a także radzenia sobie z nawrotami do ryzykownych zachowań⁷⁸.

W opracowywaniu programów promujących zdrowie seksualne, zwłaszcza ukierunkowanych na rozwijanie/wzmacnianie zasobów indywidualnych, warto zastosować zaproponowane przez Sokoluka zasady kształtowania umiejętności podejmowania przez młodzież rozsądnych decyzji w sferze seksualnej⁷⁹:

- uwzględniać perspektywę młodych ludzi i odmiennosc ujmowania rzeczywistości przez dorosłych i młodzież, pamiętając, że oba punkty widzenia są równoprawne,
- przestrzegać obiektywizmu, ćwiczyć umiejętność rozdzielenia obszaru osobistych doświadczeń od wiedzy obiektywnej (umiejętność analizy schematu „wiem, sądzę, czuję”⁸⁰),

⁷⁷ B. Woynarowska, *Podejście ukierunkowane na rozwój umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystania w edukacji zdrowotnej*, w: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Warszawa: KOWEZ, 2001; tejsze (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt.

⁷⁸ A. Carr, dz. cyt.

⁷⁹ W. Sokoluk, dz. cyt., s. 32–34.

⁸⁰ Por. D. Krzywicka, *Metodyka wychowania seksualnego dla nauczycieli*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Foward, 1994.

– uświadamiać konieczność poznawania siebie, swoich potrzeb i możliwości rozwojowych, jako podstawy podejmowania decyzji o zdobywaniu doświadczeń seksualnych, które będą wynikiem „troski o siebie”, a nie spełniania oczekiwań innych (nacisk społeczny, presja partnera) lub spontanicznych „eksperymentów”,

– koncentrować się bardziej na zachęcaniu do planowania i rozłożenia w czasie procesu zdobywania doświadczeń seksualnych, a nie na konieczności ich odkładania na bliżej nieokreśloną przyszłość,

– odwołując się do refleksji, obserwacji młodych ludzi uświadamiać, że uzyskanie pozytywnych doświadczeń seksualnych wiąże się z pewnymi warunkami, których niespełnienie może przynieść negatywne skutki w bliskiej lub dalszej przyszłości – „poznaj siebie, pomyśl, co, kiedy i z kim jest dla Ciebie bezpieczne i dobre (zyski), oraz o negatywnych konsekwencjach, które spotkały innych i mogą zdarzyć się i Tobie (straty)”

– przekonywać do odraczania zachowań seksualnych, ale nie z powodu zagrożeń (cele awersyjne, profilaktyka negatywna, zniechęcająca, oparta na strachu), ale w celu uzyskania większej gotowości do uzyskania oczekiwanych, satysfakcjonujących doświadczeń (cele pozytywne, promocja pozytywnych efektów),

– uświadamiać wagę współodpowiedzialności oraz osobiste koszty, jakie ponosi się wskutek jej braku, odwoływać się do doświadczeń osób, które stały się ofiarami własnej lub cudzej nieodpowiedzialności, uzmysłowić warunki minimalizacji szkód,

– uświadamiać potrzebę dokonywania bilansu zysków i strat, podważać młodzieńcze złudzenia, że istnieją takie wybory, które przynoszą same korzyści bez kosztów i strat,

– zachęcać do analizy odwracalności i nieodwracalności pewnych skutków (czasu nie da się cofnąć, nie ma powrotu do stanu poprzedniego),

– uświadomić, że niebezpieczeństwo może dotyczyć każdego, ale i każdy może podjąć skuteczną ochronę siebie i innych PRZED (walka z tendencją do zaniżania ryzyka, przekonaniem, że zdrowie ma się na zawsze, życiem chwilą, naiwnym optymizmem)⁸¹.

Rozwój zasobów zdrowotnych, „wspomaganie ludzi w dokonywaniu takich zmian w ich stylu życia, aby mogli zbliżyć się do optimum swego zdrowia”, zwiększanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, umożliwianie człowiekowi kontroli nad procesami zdrowia i jego poprawy to główne cele wspomnianej już wielokrotnie promocji zdrowia⁸². Stosowane w promocji zdrowia strategie działania zakładają holizm, demokratyczne relacje i aktywne uczestnictwo ludzi w działaniach sprzyjających rozwijaniu zasobów zdrowotnych. Jest to tak zwany model autokreacyjny (*self-empowerment*), zakładający upodmiotowienie, który kładzie akcent na aktywność i zaangażowanie, kreatywność jednostek uczestniczących w procesie edukacji, dobrowolność, swobodę decyzji i wyborów, zróżnicowane działania na poziomie indywidualnym i środowiskowym. Obejmuje dwa kierunki edukacji: oddziaływanie

⁸¹ W. Sokółuk, dz. cyt.

⁸² Karta Ottawska, 1986; Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, w: J.B. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Warszawa: Sanmedia, 1994; J.B. Karski, dz. cyt.

na ludzi (jednostki, grupy) w celu kształtowania umiejętności (rozwijania zdolności, uczenia się) działania na rzecz zdrowia własnego i innych oraz wpływ na decydentów (polityków, profesjonalistów), osoby tworzące politykę społeczną, zdrowotną, edukacyjną, które wpływają na tworzenie warunków ułatwiających pozytywne dla zdrowia decyzje i wybory⁸³.

Upodmiotowienie procesu edukacji wiąże się z korzystaniem z metod aktywizujących i interaktywnych, które uzupełniają metody podające, stosowane w tradycyjnej oświacie zdrowotnej (bierne informowanie). Istotą metod aktywizujących jest przeniesienie akcentu z procesu nauczania na proces uczenia się prozdrowotnych umiejętności, uwzględnienie emocjonalnego aspektu tego procesu i stwarzanie uczącym się przestrzeni do samodzielnego myślenia i działania, odwołującego się do ich doświadczenia życiowego (por. cykl uczenia się przez doświadczenie)⁸⁴.

Warunkiem skutecznej edukacji seksualnej jest także włączanie rodziców, którzy mają decydujący wpływ na przebieg procesu identyfikacji i rozwój tożsamości płciowej w pierwszych latach życia dziecka i powinni aktywnie (współ)uczestniczyć w procesie edukacji seksualnej także w kolejnych etapach jego rozwoju. Wychowanie seksualne w rodzinie, oparte na więzi emocjonalnej, poczuciu akceptacji i bezpieczeństwa, systemie jasnych granic i zasad (pozytywna socjalizacja), dostarczające wzorów prawidłowych relacji międzyludzkich, to najlepsza forma profilaktyki pierwotnej, zapewniającej nabycie najistotniejszych czynników chroniących przed wczesną inicjacją seksualną i innymi ryzykownymi (problemowymi) zachowaniami⁸⁵. Ze względu na to, że rodzice często czują się niekompetentni lub zażenowani rozmowami z dziećmi na temat seksu (uświadamianiem seksualnym), zwłaszcza w okresie dojrzewania, kiedy i same nastolatki „w okresie burzy i naporu” pozostają w opozycji wobec rodzicielskich „pouczeń”, warto kierować programy edukacyjne także do rodziców. Mogą one obejmować zarówno tematykę *stricte* seksuologiczną (walor informacyjny), jak i przybierać postać treningów umiejętności wychowawczych, które będą jednocześnie formą wsparcia dla rodziców, często odczuwających „zagubienie i bezradność” w kontakcie z dojrzewającym dzieckiem. Ze względu na kontrowersje związane z edukacją seksualną warto uzgadniać z rodzicami, jakie tematy, z ich punktu widzenia, są najważniejsze i jak można je realizować; stwarzać możliwości wyrażania swych opinii o tym, co dziecko wynosi z zajęć i jaki to ma wpływ na jego zachowania, zachęcać rodziców mających odpowiednie przygotowanie do prowadzenia niektórych zajęć w klasie, umożliwiać rodzicom

⁸³ B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 136–138, 140; B. Woynarowska, M. Sokołowska (red.), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. Poradnik dla koordynatorów i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych i wojewódzkich*, Warszawa: KOWEZ, 2000.

⁸⁴ B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 140–204; E. Brudnik, *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*, 2, Kielce: Zakład Wydawniczy SFS, 2002; K. Rau, E. Ziętkiewicz, *Jak aktywizować uczniów. „Burza mózgów” i inne techniki w edukacji*, Poznań: Oficyna Wydawnicza G&P, 2000.

⁸⁵ J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: CMPP-P, 2002, s. 80–81.

korzystanie z różnych form doksztalcania (jak np. popularyzowanie i udostępnianie książek z biblioteki szkolnej, pogadanki pielęgniarki szkolnej, rozmowy z pedagogiem, lekarzem, seksuologiem), angażować do wspólnego organizowania w szkole imprez i kampanii o tematyce zdrowotnej, której seksualność jest integralnym (nie pomijanym, ale też nie eksponowanym) elementem⁸⁶.

Ważnym warunkiem skuteczności programów profilaktycznych i promocji zdrowia seksualnego jest ich dostosowanie do potrzeb i problemów adresatów, gdyż działania, które są skuteczne w odniesieniu do jednej grupy, przeniesione bez niezbędnej adaptacji do innej populacji, nie tylko tracą swoją skuteczność, ale nasilają problemy, którym chce się zapobiec⁸⁷. Z tego względu niezbędnym etapem przygotowywania programów jest dokonanie diagnozy potrzeb uczestników, w następstwie której nastąpi dookreślenie celów, dobór treści i metod pracy, a następnie identyfikacja zasobów, czyli warunków niezbędnych do ich prawidłowej realizacji, w tym poziomu przygotowania nauczyciela-prowadzącego, dostępności materiałów, możliwości uzyskania pomocy i wsparcia. Realizacja programu obejmuje także ewaluację jego przebiegu oraz wyników, tak aby możliwe było udoskonalenie kolejnych edycji dzięki wnioskom płynącym z dotychczasowych doświadczeń.

W proponowanym modelu musi dokonać się zmiana roli nauczyciela i uczniów. Nie sprawdza się tu rola „eksperta”, który narzuca cele, treści, zadania, oceny. Nauczyciel jest przewodnikiem (liderem, animatorem, facylitatorem), który przyjmuje rolę prowadzącego grupę, uwzględniając jej dynamikę. Organizuje pracę grupy, zachowując równowagę między zakładanym programem a potrzebami i możliwościami uczestników, motywuje ich do pracy, proponując zadania, zadając pytania, wykorzystując aktywizujące (interaktywne) metody nauczania/uczenia się. Maksymalnie ogranicza ocenianie, komentarze, nie narzuca własnego zdania, inicjuje dyskusję i debatę, umie formułować informacje zwrotne i tworzyć atmosferę bezpieczeństwa i zaufania. Zadaniem uczestników jest natomiast akceptacja współodpowiedzialności za własne uczenie się i aktywny udział w pracy grupy, poznawanie i umiejętność wyrażania własnych potrzeb, zarówno w odniesieniu do tematyki zajęć, jak i metod uczenia się, ćwiczenie umiejętności komunikowania się w grupie, odwoływania się do doświadczeń i ich wzbogacania, uczenie się krytycznego, twórczego myślenia i odnoszenia zdobywanej wiedzy i umiejętności do własnej sytuacji, budowania własnego systemu wsparcia dzięki uczeniu się⁸⁸.

Podsumowując, można wskazać następujące zalecenia dotyczące opracowywania nowoczesnych, efektywnych programów profilaktyki i promocji zdrowia, których podstawą jest współczesna koncepcja zdrowia⁸⁹.

⁸⁶ Por. B. Woynarowska, M. Sokołowska, dz. cyt.

⁸⁷ Z. Gaś, *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 1998.

⁸⁸ Por. B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 140–201.

⁸⁹ B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa: PZWL, 2000, s. 219.

- podejście holistyczne – całościowość i kompleksowość ujęcia zdrowia i czynników warunkujących uwzględnienie interakcji między płaszczyznami zdrowia, czynnikami ryzyka i zasobami w określaniu potencjału zdrowia,
- integracja problematyki programów profilaktyki zagrożeń zdrowia młodych ludzi zamiast cząstkowych, wyizolowanych programów skierowanych na przeciwdziałanie pojedynczym zachowaniom problemowym,
- integracja oddziaływań ukierunkowanych na eliminowanie czynników ryzyka i rozwijanie procesów chroniących,
- zróżnicowanie podejścia i doboru oddziaływań w zależności od stopnia zagrożenia uczestników (grupy ryzyka) oraz ukierunkowanie na pracę z jednostką (wiedza, rozumienie, sposób myślenia i działania, przekonania, wartości i styl życia) lub na wywołanie zmian w jej środowisku (kulturowe wzory życia, regulacje prawne, formy pomocy),
- planowanie i realizacja działań w długofalowym procesie, a nie poprzez jednorazowe akcje, wpisany w proces wychowania wspomagającego rozwój cech właściwych dla zdrowej osobowości oraz umiejętności życiowych sprzyjających dokonywaniu zdrowych wyborów, chroniących i promujących zdrowie,
- spiralnosc programów – kontynuacja i rozszerzanie tematyki, pogłębianie treści na kolejnych poziomach edukacji stosownie do etapu rozwoju,
- rozwijanie kompetencji (w zakresie wiedzy, umiejętności, postaw) osób prowadzących zajęcia w roli facylitatora, a nie eksperta, pozwalających na przekazywanie prawdziwych informacji zgodnych z aktualnym stanem wiedzy (rzetelnosc, wiarygodność), stosowanie demokratycznego stylu prowadzenia grupy (podmiotowość, kooperacja) oraz różnorodnych metod, z przewagą aktywnych (zaangażowanie, uczestnictwo, współodpowiedzialność),
- włączanie rodziców do planowania i realizacji programów,
- uwzględnianie specyfiki etapu rozwoju uczestników i koncentracja na aktualnych potrzebach młodych ludzi (tu i teraz).

Zakończenie

Zgodnie z założeniami współczesnej koncepcji zdrowia jest ono osiągnięte w procesie równoważenia wzajemnych oddziaływań zasobów i deficytów jednostek, grup i środowiska. Potencjał zdrowia rozwija się w ciągu życia, na bazie doświadczeń będących wynikiem konfrontacji między czynnikami ryzyka a działaniem zasobów odpornościowych. Z takim ujęciem zdrowia idzie w parze przekonanie, że podstawą skutecznego działania edukacyjnego na rzecz ochrony i promocji zdrowia jest diagnoza czynników ryzyka, będących źródłem zagrożeń zdrowia oraz zasobów zdrowotnych jednostek, grup i środowiska, które warto rozwijać i wzmacniać w celu zrównoważenia lub zminimalizowania działania czynników ryzyka. Tym samym, także edukacja seksualna – ujmowana jako forma profilaktyki zaburzeń (chorób) i jednocześnie promocji zdrowia

seksualnego – realizuje dwutorowo zorientowane cele. Jeden kierunek, wywodzący się z biomedycznej koncepcji zdrowia (orientacja patogenetyczna), obejmuje działania ukierunkowane na eliminowanie czynników ryzyka i przeciwdziałanie rozwojowi zaburzeń i dysfunkcji w sferze seksualnej. Drugi kierunek, bazujący na socjoekologicznym modelu zdrowia (orientacja salutogenetyczna), skupiać się będzie na tworzeniu warunków do prawidłowego rozwoju psychoseksualnego człowieka, rozwijaniu jego potencjału zdrowotnego, budowaniu zasobów zdrowotnych, wzmacnianiu czynników chroniących. Rozwijanie korzystnych dla zdrowia zasobów jest w dużej mierze efektem wyborów i decyzji konkretnej jednostki, której należy pomóc w zwiększeniu możliwości sprawowania kontroli nad swoim życiem i zdrowiem. Można to osiągnąć poprzez kształtowanie „umiejętności życiowych”, które pomogą jej rozwijać świadomość (zdrowotną, seksualną), poznać przebieg rozwoju psychoseksualnego, specyfikę swoich potrzeb i możliwości ich zaspokajania poprzez podejmowanie prozdrowotnych zachowań seksualnych, z poczuciem odpowiedzialności za siebie i partnera.

Zastosowania praktyczne „modelu pozytywnego podejścia do zdrowia jako wartości, z perspektywy holistycznej i salutogenetycznej” są wielokierunkowe w ramach ogólnego celu, jaki stanowi optymalizowanie ludzkiego życia w każdej sferze, bez względu na stan zdrowia i sytuację życiową. Stąd programy adresowane zarówno do jednostek, jak i do grup (środowisk) oraz ukierunkowane zarówno na przeciwdziałanie zaburzeniom rozwojowym, eliminowanie ryzykownych zachowań i minimalizowanie ich skutków (prewencja negatywna), jak i na pomoc dzieciom w rozwoju, pozytywną diagnozę zasobów jednostki i jej środowiska (sił, mocnych stron, zdolności, potencjałów), zwiększanie kompetencji poznawczych, emocjonalnych, społecznych (integracja) i uczenie, jak z nich korzystać, aby osiągać „dobrostan” i wysoką jakość życia (prewencja pozytywna, promocja zdrowia).

LITERATURA

- ANTONOVSKY A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1995
- AUGUSTYN J., *Integracja seksualna. Przewodnik w poznawaniu i kształtowaniu własnej seksualności*, Kraków: Wydawnictwo WAM, 1998
- Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (176) „Aborcja, Edukacja Seksualna, Zapłodnienie Pozaustrojowe” przeprowadzono w dniach 7–10 stycznia 2005 roku na liczącej 1089 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłej ludności Polski. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, luty 2005
- Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (206) „O wychowaniu seksualnym młodzieży” zrealizowano w dniach od 29 czerwca do 2 lipca 2007 roku na liczącej 1064 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, 2007
- Badanie na temat postaw i zachowań seksualnych młodych Polaków, a także na temat sytuacji młodocianych matek przeprowadzone na potrzeby Kampanii na rzecz Świadomego Rodzicielstwa „Kiedy 1+1=3”, Centrum Badania Opinii Społecznej, kwiecień 2008

- Badanie, kwiecień 2008, wywiady pogłębione z 30 młodocianymi matkami z różnych regionów Polski, CBOS, 2008
- Badanie, marzec/kwiecień 2009, wywiady pogłębione z 30 młodocianymi ojcami z różnych regionów Polski, CBOS, 2009
- Badanie, marzec 2010, wywiady pogłębione z 30 młodocianymi dziadkami, CBOS 2010
- BEISERT M., *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991
- BEISERT M. (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006
- BLUM R., *Psychologia pozytywna w praktyce. 6 cnót głównych i 24 siły dające szczęście*, Warszawa: Klub dla Ciebie, 2009
- BRUDNIK E., *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*, 2, Kielce: Zakład Wydawniczy SFS, 2002
- CARR A., *Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową*, Gdańsk: GWP, 2004
- CHOMCZYŃSKA-MILISZKIEWICZ M., *Modele szkolnej edukacji seksualnej*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1996, nr 3–4
- CHOMCZYŃSKA-MILISZKIEWICZ M., *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2002
- CZAPIŃSKI J. (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: PWN, 2004
- DIENER E., LUKAS R.E., OISHI S., *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*, w: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: PWN, 2004
- DOLIŃSKA-ZYGMUNT G., *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, w: tejże (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001
- DOLIŃSKA-ZYGMUNT G., *Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne*, w: tejże (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001
- DOLIŃSKA-ZYGMUNT G., *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky’ego*, w: tejże (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001
- DZIEWECKI M., *Rodzina i edukacja seksualna*, „Katecheta” 2001, nr 10, s. 5–8
- FLATOW E., *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych dorastającej młodzieży: modele, strategie, uwarunkowania efektywności działań*, 2010 [online], dostępny w Internecie: <http://www.lider.szs.pl/biblioteka/download.php?plik_id=1395&f=artykul>
- GAŚ Z., *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 1998
- GULCZYŃSKA A., *Rodzinne uwarunkowania aktywności seksualnej młodych dorosłych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2009
- GRZELAK S., *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań w Polsce i na świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar, 2006
- HESZEN I., SĘK H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007
- HOBFOLL S.E., *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańsk: GWP, 2006
- IZDEBSKI Z., *Pedagogika seksualna*, w: J. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Gdańsk 2005
- IZDEBSKI Z., *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, Zielona Góra: Wydawnictwo UZ, 2006
- IZDEBSKI Z., NIEMIEC T., WĄŻ K., *(Zbyt) młodzi rodzice*, Warszawa: Wydawnictwo Trio, 2011
- KARSKI J.B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: CEDEWU, 2006
- Karta Ottawska, 1986
- Karta Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych. Wizja 2000. Warszawa: Towarzystwo Rozwoju Rodziny. Zarząd Główny, 1999
- KASPEREK E., *Zachowania prozdrowotne nauczycieli*, Poznań: G&P, 1999

- KASPEREK E., *Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji*, w: Z. Melosik (red.), *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, Poznań: Wolumin, 2001
- KASPEREK-GOLIMOWSKA E., *Zdrowie z perspektywy psychopedagogicznej*, w: A. Cybal-Michalska, W. Segiet, D. Kopeć (red.), *Studia z pedagogiki i nauk pogranicza*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2011
- KASPEREK E., PIORUNEK M., *Promocja zdrowia seksualnego w praktyce oświatowej*, w: L. Gapik (red.), *Terapia w seksuologii*, Poznań: Interfund, 2001, s. 148–159
- KASPEREK-GOLIMOWSKA E., WASZYŃSKA K., GULCZYŃSKA A., JANKOWIAK B., *Od etyki do praktyki edukacji seksualnej*, w: A. Cybal-Michalska, W. Segiet, D. Kopeć (red.), *Studia z pedagogiki i nauk pogranicza*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2011
- KORNAS-BIELA D., *Historyczny kontekst rozwoju edukacji seksualnej i jej konsekwencje*, „*Studia nad Rodziną*” 1998, nr 1, s. 133–148
- KORNAS-BIELA D., *Skutki edukacji seksualnej*, „*Wychowawca. Miesięcznik Nauczycieli i Wychowawców Katolickich*” 2011, nr 5, s. 5–9
- KOZAKIEWICZ M., *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna*, Warszawa: PWN, 1984
- KOZAKIEWICZ M., *U podstaw wychowania seksualnego*, „*Seksuologia*” 1993, nr 5, 7
- KOZAKIEWICZ M. (red.), *Pro i contra w planowaniu rodziny i w wychowaniu seksualnym*, Warszawa: Książka i Wiedza, 1989
- KRZYWICKA D., *Metodyka wychowania seksualnego dla nauczycieli*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza FOWARD, 1994
- KUBICZEK B., *Metody aktywizujące. Jak nauczyć uczniów uczenia się*, Opole: Wydawnictwo Nowik, 2005
- KURZĘPA J., *Zagrożona niewinność. Zakłócenia rozwoju seksualności współczesnej młodzieży*, Kraków: Impuls, 2007
- LEW-STAROWICZ Z., DŁUGOŁĘCKA A., *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006
- LEW-STAROWICZ Z., SZCZERBA K., *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: Polska Oficyna Wydawnicza BGW, 1995
- LINLEY P.A., JOSEPH S. (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007
- Ludzka płciowość: prawda i znaczenie. Wskazania dla wychowania w rodzinie*, Łomianki: Papieska Rada ds. Rodziny, Instytut Studiów nad Rodziną, 1996
- ŁUSZCZYŃSKA A., *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP, 2004
- MAKARA-STUDZIŃSKA M., *Zachowania ryzykowne młodzieży a wiktyimizacja w dzieciństwie*, Lublin: Wydawnictwo AM w Lublinie, 2007
- MAKOWSKA H., POPRAWA R., *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, w: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001
- MOCZUK E., *Młodzież końca wieku. Zachowania seksualne współczesnej młodzieży w świetle badań*, Rzeszów: Wydawnictwo URz, 2004
- OBUCHOWSKA I., JACZEWSKI A., *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 2002
- OSTASZEWSKI K., *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, w: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW, 2005
- OSTASZEWSKI K., *Druga strona ryzyka*, „*Remedium*” 2007, nr 2, s. 1–3
- OSTASZEWSKI K., *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: PWN, 2007
- OSTROWSKA K., *Edukacja czy wychowanie seksualne*, „*Studia nad Rodziną*” 1998, nr 1, s. 149–162
- POPRAWA R., *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, w: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo UWr, 2001

- PÓŁTAWSKA W., *Rola rodziców w wychowaniu seksualnym młodzieży*, w: F. Adamski (red.), *Wychowanie w rodzinie chrześcijańskiej*, Kraków 1982
- Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*, PAHO, WHO, WAS, 2000 [online], <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf>
- Raport GUS, 2008
- Raport, 2009. Jaka Edukacja Seksualna. Grupa Ponton
- RAU K., ZIĘTKIEWICZ E., *Jak aktywizować uczniów. „Burza mózgów” i inne techniki w edukacji*, Poznań: Oficyna Wydawnicza G&P, 2000
- SELIGMAN M.P.E., *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań: Media Rodzina, 1993
- SELIGMAN M.P.E., *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*, Poznań: Media Rodzina, 2005
- SELIGMAN M.P.E., *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*, Poznań: Media Rodzina, 2011
- SĘK H., *Zdrowie behawioralne*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk: GWP, 2000
- SĘK H., *Rozwój psychoseksualny i jego zaburzenia a psychologia ryzyka i zaburzeń zdrowotnych*, w: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006
- SĘK H., ŚCIGAŁA I., *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym*, w: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*, Katowice: Wydawnictwo UŚI, 2000
- SĘK H., ŚCIGAŁA I., BEISERT M., BLEJA A., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, nr 3
- SIEJA K., *Wiedza o życiu seksualnym człowieka. Wybrane zagadnienia*, Koszalin: Wydawnictwo Uczelniane Bałtyckiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, 1999, s. 65–69
- SŁOŃSKA Z., *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, w: J.B. Karski, Z. Słowska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Warszawa: Sanmedia, 1994
- SOKOLUK W., *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*, Warszawa: WSiP, 2003
- SOKOLUK W., ANDZIAK D., TRAWIŃSKA M., *Przysposobienie do życia w rodzinie*, Warszawa: WSiP, 1987
- SZYMAŃSKA J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: CMPP-P, 2002
- ŚRODA M., *Błogosławiona ignorancja seksualna?* „Gazeta Wyborcza” 2009, 21 stycznia
- TRAWIŃSKA M., *O celach wychowania seksualnego*, w: M. Kozakiewicz (red.), *Pro i contra w planowaniu rodziny i w wychowaniu seksualnym*, Warszawa: Książka i Wiedza, 1989
- TRAWIŃSKA M., *Wychowanie prorodzinne i seksualne w szkole polskiej. Streszczenie raportu (Mały Raport) 1994/95*, w: J. Rzepka (red.), *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, Katowice: Studio Wydawnicze Agat, 1998
- TRZEBIŃSKA E., *Psychologia pozytywna*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2008
- WALENDZIK A., IZDEBSKI Z. (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyźni homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Zielona Góra: Wydawnictwo Organon, 2000
- WŁODARCZYK C., *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, w: J.B. Karski, Z. Słowska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Warszawa: Sanmedia, 1994
- WOYNAROWSKA B., *Podejście ukierunkowane na rozwój umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystania w edukacji zdrowotnej*, w: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Warszawa: KOWEZ, 2001
- WOYNAROWSKA B., *Ryzykowne zachowania seksualne 15-latków*, „Remedium” 2005, nr 2, s. 14–15
- WOYNAROWSKA B. (red.), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa: PZWL, 2000
- WOYNAROWSKA B. (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: PWN, 2007

WOYNAROWSKA B., SOKOŁOWSKA M. (red.), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. Poradnik dla koordynatorów i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych i wojewódzkich*, Warszawa: KOWEZ, 2000

ZIELONA-JENEK M., CHODECKA A., *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*, Gdańsk: GWP, 2010

Netografia

<http://www.swiadomerodzicielstwo.com.pl>

http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_037_05.PDF

http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_123_07.PDF

http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/zeszyt3.pdf

http://www.federa.org.pl/publikacje/mat_info/edukacja.htm

<http://www.funpzs.org.pl>;

<http://www.isnrng.uksw.edu.pl/slownik/seksualne.htm>

http://www.lider.szs.pl/biblioteka/download.php?plik_id=1395&f=artykul

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf>

<http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TM/2001-10-rodzina.html>

http://www.pczs.org/mediaroom/cele_edukacji_seksualnej

<http://www.ponton.org.pl/downloads/>

http://www.ponton.org.pl/downloads/cele_edukacji_seksualnej.pdf

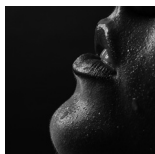
http://www.ponton.org.pl/downloads/cele_edukacji_seksualnej.pdf

<http://wyborcza.pl/1,76842,6184724>

http://wyborcza.pl/1,76842,6184724,Blogoslawiona_ignorancja_seksualna_.html#ixzz1M8aaJovy

KATARZYNA WASZYŃSKA

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



PRZEJAWY SEKSUALNOŚCI DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM – KONTEKST EDUKACYJNY

*Edukacja seksualna
tak naprawdę zaczyna się już w sali porodowej*

D.W. Haffner

Wstęp

Rozwój człowieka określa dwukierunkowy proces zachodzący między jednostką a otoczeniem¹. Badanie rozwoju jednostki odbywa się w kontekście podobieństwa i różnic w zakresie behawioralnych zmian zachodzących w cyklu życia, które obserwuje się w pokoleniu, grupach płciowych i innych subpopulacjach danego społeczeństwa w określonym momencie historycznym².

Człowiek od początku życia wchodzi w aktywne interakcje ze swym otoczeniem społecznym, od początku ujawnia swój specyficzny, charakterystyczny tylko dla siebie wzorzec funkcjonowania, „wymuszając” odpowiednie zachowania na opiekujących się nim osobach i „doprowadzając” do tego, iż już w pierwszych tygodniach jego życia powstaje szczególna więź łącząca go ze światem. Zatem w procesie tej trwającej od początku życia wymiany zachodzi proces dopasowywania się człowieka do wzoru zachowania opiekunów i jednocześnie proces dopasowywania się działań opiekunów do wzoru aktywności dziecka. [...] Rozwój można więc uznać za wspólne przedsięwzięcie ludzi – w początkowym okresie życia – dziecka i dorosłego, a potem za efekt kontaktów z ludźmi w różnym wieku³.

¹ D.L. Featherman, R.M. Lerner, *Ontogenesis and sociogenesis: Problematics for theory and research about development and socialization across the lifespan*, „American Sociological Review” 1985, vol. 50.

² J. Miluska, *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 1996.

³ A. Brzezińska, *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Scholar, 2000, s. 16.

Rozwój seksualny jest traktowany jako linia życiowa złożona z wielu etapów, „z których każdy stanowi efekt przebiegu poprzedniego oraz przygotowanie do wejścia w etap następny”⁴.

Rozwój seksualny ma charakter ciągły w wymiarze jednostkowym [...]. Dziecko staje się członkiem rodziny, a tym samym nowym ogniwem w jej oddziaływaniach. Przejmując od rodziców, przekazywane mu w trakcie wychowania seksualnego treści, przejmuje też od nich wartości, postawy i problemy. A więc jego rozwój zakorzeniony jest w rozwoju rodziców, pełniąc rolę niezbędnego elementu ciągłości pokoleniowej⁵.

W rozwoju seksualności człowieka, jak zostało już wcześniej wspomniane, dużą rolę odgrywają oddziaływania osób znaczących, które poprzez mechanizm modelowania i identyfikacji wpływają zarówno na kształtowanie się u dziecka cech osobowościowych, jak i jego ustosunkowanie się do świata. Oddziaływania te są w dużym stopniu wypadkową preferowanego w danym środowisku modelu wychowania seksualnego. Przez określenie „model wychowania seksualnego” rozumie się najczęściej pewien ściśle określony sposób ujmowania i podejmowania zagadnień związanych z seksualnością. W literaturze przedmiotu wyróżnia się jego trzy postaci: permissywny, restrykcyjny i złotego środka. Modele te różnią się zasięgiem udzielanych informacji oraz sposobem przedstawiania i oceniania tych samych zjawisk⁶.

W modelu permissywnym seksualność jest jedną z najważniejszych sfer życia człowieka. Ta tematyka przewija się każdorazowo w codziennym rytmie dnia w formie żartów, dowcipów (często niedostosowanych do wieku). Istnieje bardzo wąskie tabu dotyczące zarówno przekazywania informacji (można mówić wszystko niezależnie od wieku dziecka), jak i zachowań (dziecko może być świadkiem zachowań seksualnych dorosłych i ich zainteresowań erotycznych, jak wspólne oglądanie filmów; istnieją słabe granice psychologiczne i fizyczne, związane z ciałem, dotyczące członków rodziny, np. łapanie dorastających córek za piersi, klepanie po pośladkach). Nasilenie permissywności w odniesieniu do sfery seksualnej może być różne w poszczególnych rodzinach.

W modelu restrykcyjnym seksualność stanowi zagrożenie, jest złem lub powodem do wstydu (obszar grzechu, patologii). Głównym celem rodziców lub opiekunów jest izolowanie dziecka od jakichkolwiek bodźców, które mogłyby spowodować rozmowę lub zainteresowanie płciowością, cielesnością. System kontroli opiera się na stosowaniu różnorodnych kar, których celem jest odroczenie tych zainteresowań do czasu pełnoletności lub momentu zawarcia małżeństwa. Kontynuacją takiego postępowania jest traktowanie etapu dojrzewania wyłącznie w kategoriach zmian fizycznych i psychicznych, z całkowitym pominięciem sfery seksualnej. W ramach koncepcji rygorystycznej pojęcie rozwoju psychoseksualnego nie istnieje.

⁴ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991, s. 11.

⁵ Tamże, s. 10.

⁶ D. Krzywicka, *Metodyka wychowania seksualnego*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Foward, 1994.

Oba modele przypominają opisane przez Beverly Biehr⁷ postawy rodziców wobec zachowań seksualnych dzieci, umiejscowione na kontinuum od krańca restrykcyjnego do liberalnego. W pierwszym podejściu każda aktywność dzieci i młodzieży uznawana jest za nienormalną, naznaczoną negatywnie. Dzieci traktuje się jako jednostki aseksualne, które należy izolować od bodźców seksualnych. Na drugim końcu znajduje się założenie, że człowiek jest od urodzenia istotą seksualną, a oddziaływania wychowawcze powinny się skupiać na budzeniu i wzmacnianiu uczuć seksualnych od najwcześniejszych lat, zgodnie z zasadą „co przyjemne, to dobre”⁸.

W modelu złotego środka traktuje się seksualność jako jedną ze sfer życia człowieka. Jej rola i znaczenie dla każdego człowieka oceniana jest indywidualnie. Granice dostępności sfery seksualnej wyznaczone są wiekiem, miejscem w systemie rodziny (dzieci – rodzice) oraz poprzez aspekty związane z intymnością, prywatnością, autonomią. Przekazywanie informacji na temat seksualności dostosowywane jest do fazy rozwojowej i możliwości percepcyjnych dziecka. U podstaw tak realizowanego stylu postępowania leży przeświadczenie, iż rozwój seksualny rozpoczyna się z chwilą narodzin (a nawet poczęcia) i trwa przez całe życie⁹.

Wychowanie seksualne stanowi integralną część kształtowania osobowości, formowania w niej dojrzałej postawy wobec życia, jego celu i sensu, określania hierarchii wartości i ról społecznych¹⁰. Celem wychowania seksualnego jest doprowadzenie do takiego ukształtowania się cech psychoseksualnych, aby umożliwiały one jednostce rozwój i bezkonfliktowe zaspokojenie w przyszłości potrzeby seksualnej.

Jak podają Irena Obuchowska i Andrzej Jaczewski¹¹, niezbędnym elementem wychowania jest uświadomienie seksualne, a więc dostarczenie pewnego zasobu wiedzy, która jest konieczna do prawidłowego i niezakłóconego rozwoju seksualnego. „Wychowanie i uświadomienie seksualne są wzajemnie powiązаныmi dwiema częściami pedagogiki seksualnej, analogicznie do nauczania i wychowania wchodzącymi w skład pojęcia pedagogiki ogólnej...” Wychowanie i uświadomienie seksualne, jak piszą autorzy, powinno być nastawione na „ukształtowanie osoby zdrowej seksualnie, to znaczy jednostki, która akceptuje swoją płć, przyjmuje role z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym, ma przy tym poczucie odpowiedzialności za skutki tego wyrazu dotyczące siebie samego, partnera i społeczeństwa”¹².

[...] seksualnie zdrowe rodziny wychowują zdrowe pod względem seksualnym dzieci, które wyrosną na seksualnie zdrowych dorosłych. Seksualnie zdrowe dzieci akceptują w pełni swoje

⁷ B. Biehr, *Problem Sexual Behavior In School-Aged Children and Youth*, „Theory and Practice” 2001, XXVIII, nr 3.

⁸ M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*, Gdańsk: GMP, 2010.

⁹ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; D. Krzywicka, dz. cyt.

¹⁰ Z. Lew-Starowicz, *Atlas psychofizjologii seksu*, Warszawa: PZWL, 1990, s. 11.

¹¹ I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Warszawa: WSiP, 1992.

¹² Tamże, s. 198.

ciało, odnoszą się z szacunkiem do innych członków rodziny, dzieci i dorosłych, rozumieją, co oznacza prywatność, podejmują stosowne do swojego wieku decyzje, nie czują się skrepowane, pytając rodziców o sprawy związane z seksualnością i są przygotowane na zmiany w okresie dojrzewania. W seksualnie zdrowej rodzinie rodzice uważają edukację seksualną dzieci za równie ważną, jak naukę o rodzinnych obowiązkach, religii i poczuciu własnej wartości. Są rodzicami, których można pytać – dzieci wiedzą, że mogą się zwrócić do nich ze swoimi wątpliwościami¹³.

Charakterystyka okresu przedszkolnego

Okres przedszkolny jest czasem wielkich kroków rozwojowych, zarówno w sferze anatomiczno-fizjologicznej, emocjonalnej, społecznej, jak i seksualnej.

W tym wieku zachodzą istotne zmiany w systemie nerwowym (mielinizacja włókien nerwowych, powstają nowe połączenia między neuronami, zwiększenie produkcji neuroprzekazników), prowadzące do większej sprawności umysłowej, zdolności kierowania uwagi czy refleksji nad własnym zachowaniem. Zwiększa się pojemność dziecięcej pamięci, rozwijają się takie czynności myślowe, jak szeregowanie, klasyfikowanie; dziecko jest zdolne do rozumowania przyczynowo-skutkowego. W tej fazie doskonalą się również zdolności konwersacyjne dziecka, rozwija się u niego kompetencja narracyjna. Na tym etapie rozwoju dziecko rozumie również emocje – zarówno własne, jak i innych osób. Potrafi ocenić przyczyny reakcji emocjonalnych oraz przewidzieć mogące pojawić się w tym kontekście zachowania. Rozwijają się już też uczucia związane z samooceną (duma, poczucie sukcesu). Zabawy przedszkolne służą nawiązywaniu interakcji z rówieśnikami, poznawaniu i eksplorowaniu ról społecznych, nauce reguł zachowania, a więc wspomagają rozwój społeczny dziecka¹⁴. To tylko niektóre ze zmian, które zachodzą w tym okresie i w sposób bezpośredni lub pośredni wpływają na seksualność dziecka.

Rozpatrując zmiany zachodzące w okresie przedszkolnym warto odwołać się do ogólnych koncepcji rozwojowych. Nie sposób analizować seksualności dziecka bez ogólnego kontekstu – całości jego funkcjonowania w tym wieku. Poniżej w tabeli przedstawiono główne założenia odnoszące się do biopsychospołecznego funkcjonowania dziecka w okresie przedszkolnym.

Dzieciństwo jest czasem, w którym „na działanie czynników biologicznych nakłada się zarówno wpływ społeczny, jak i osobista aktywność, w trakcie której możliwe staje się ustalenie specyfiki własnego ciała i jego psychofizycznych możliwości”¹⁵.

¹³ D.W. Haffner, *Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych?*, Warszawa: Diogenes, 2002, s. 16.

¹⁴ M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001.

¹⁵ J. Miluska, dz. cyt., s. 64.

Tabela 1. Okres dzieciństwa – porównanie i charakterystyka stadiów rozwoju w koncepcjach Z. Freuda, E.H. Eriksona, R.J. Havighursta oraz B.M. i Ph.R. Newmanów

Faza życia i wiek	Faza rozwoju wg Freuda	Kryzys psychospołeczny wg Eriksona	Wydarzenia znaczące i wpływ społeczne wg Eriksona	Obszary rozwoju wg Newmanów	Zadania rozwojowe wg Havighursta
Niemowlęctwo (0–1 rok)	oralna	– bazalne zaufanie vs brak bazalnego zaufania – osiągnięcie zaufania do matki lub innej osoby (opiekuna)	dzieci muszą nauczyć się ufać, że inni troszczą się o ich podstawowe potrzeby; jeśli opiekunowie odrzucają dziecko lub są niekonsekwentni, to dziecko może spostrzegać świat jako niebezpieczny, pełen niegodnych zaufania i niewiarygodnych ludzi; matka lub główny opiekun jest kluczowym czynnikiem społecznym w rozwoju dziecka	– społeczne przywiązanie (jakość relacji przywiązania) – inteligencja sensoryczno-motoryczna i prymitywna przyczynowość – stałość przedmiotu – dojrzewianie funkcji sensorycznych i motorycznych – rozwój emocjonalny w powiązaniu z komunikacją dziecko–opiekun	– uczenie się chodzenia – uczenie się przyjmowania pokarmów stałych – uczenie się mówienia – uczenie się kontrolowania własnego ciała – uczenie się różnic związanych z płcią i wstydu
Dzieciństwo (2–3 lata)	analna	– autonomia vs wstyd i wątpliwości – osiągnięcie samokontroli i poczucia własnej odrębności	dzieci muszą uczyć się być autonomiczne – jeść i ubierać się samodzielnie, dbać o własną higienę; porażki w osiąganiu tej niezależności mogą zmusić dziecko do zwątpienia we własną zdolność i poczucia wstydu; rodzice są głównymi czynnikami społecznymi w rozwoju dziecka	– rozwój lokomocji (doskonalenie podstawowych umiejętności motorycznych) – fantazja, tworzenie i zabawa – rozwój języka (pojawia się symboliczna funkcja języka) – samokontrola (kontrola własnych emocji oraz kontrola otoczenia)	– osiągnięcie stabilności fizjologicznej – formowanie się prostych pojęć dotyczących rzeczywistości społecznej i fizycznej – uczenie się emocjonalnego odnoszenia się do rodziców, rodzeństwa i innych ludzi – uczenie się rozróżniania dobra i zła oraz rozwijanie się sumienia
Wiek zabawy (4–5 lat)	falliczna	– inicjatywa vs poczucie winy – ukształtowanie orientacji na cele i inicjatywność w działaniu	dzieci usiłują zachowywać się w „dorosły sposób” i próbują wziąć na siebie odpowiedzialność za sprawy przekraczające ich aktualne możliwości; wybierają sobie czasem cele lub działania, które są sprzeczne z celami lub działaniami innych osób w rodzinie, a konflikty te wzbudzać mogą poczucie winy; pomyślne rozwiązanie tego kryzysu wymaga wyważenia: dziecko musi utrzymać swoje „poczucie inicjatywy”, a równocześnie nauczyć się nielamania praw, przywilejów lub celów innych; rodzina to główny czynnik rozwoju	– identyfikacja z płcią (kształtowanie się pojęcia płci, uczenie się standardów dotyczących płci, identyfikacja z rodzicami, preferencje co do roli płciowej) – operacje konkretne (odkrycie zasady stałości, umiejętności klasyfikacji i kombinatoryki) – wczesny rozwój moralny (sumienie, empatia, przyjmowanie perspektywy innej osoby; poddanie się dyscyplinie) – zabawa grupowa (pojawienie się gier grupowych łączących fantazję z kooperacją)	– opanowywanie sprawności fizycznych koniecznych do różnych zabaw i gier – budowanie całościowej postawy wobec samego siebie jako rozwijającego się organizmu – uczenie się obcowania z różnolotnymi osobami

Źródło: opracowano na podstawie: E.H. Erikson, 1997; R.J. Havighurst, 1983; B.M. Newman i Ph.R. Newman, 1984, s. 46–47; Shaffer, 1985, s. 52–53, za: A. Brzezińska, dz. cyt., s. 231.

Liczne zadania rozwojowe, których realizacja następuje w tym okresie, przygotowują dziecko w sposób bezpośredni lub pośredni do podejmowania w przyszłości roli seksualnej.

Seksualność dziecka w okresie przedszkolnym – wskazania dla wychowania i edukacji

Okresem szczególnie istotnym dla kształtowania się seksualności oraz nabywania pierwszych doświadczeń jest wiek przedszkolny. Pierwsze wzmianki, wskazujące na to, iż dziecko jest istotą seksualną, możemy znaleźć w pracach Freuda. Także inni wielcy badacze etapów rozwojowych podkreślali znaczenie tego czasu dla spraw związanych z płcią¹⁶.

Jednak pomimo to zarówno w praktyce pedagogicznej, jak i w życiu społecznym marginalizuje się lub pomija wpływ tego okresu na sprawy związane z płciowością człowieka. Wynika to często z niewiedzy, a także braku umiejętności rozmawiania z dzieckiem na tzw. trudne tematy, jak również z nieprawdziwego przekonania, że izolowanie dziecka od spraw związanych z seksualnością pozwoli dorosłym na kontrolowanie przebiegu rozwoju seksualnego. Rodzice często boją się, że poruszając tematy związane z rozwojem seksualnym, mogą otworzyć przysłowiową „puszkę Pandory” i dlatego często wołają wyśmiewać, ignorować lub nawet karać przejawy zainteresowania seksualnością u swych dzieci. Dodatkową przeszkodą w edukacji seksualnej jest traktowanie przejawów seksualności dziecka tak samo jak zachowań osób dorosłych. Należy wiedzieć i pamiętać o tym, że seksualność dziecka różni się od seksualności dorosłych.

Jednak wiedza o istnieniu obszarów „owianych tajemnicą” dziecko nie przynosi ze sobą na świat w chwili narodzin. Nabywa jej w trakcie procesu socjalizacji, głównie od członków rodziny.

To w niej, głównie, obserwując rodziców, spostrzega dziecko pierwsze wzorce postaw, jakie człowiek przejawia wobec faktu, że jest istotą wyposażoną w płeć. [...] W każdej bowiem rodzinie występuje grupa zachowań związanych z płcią, które są zakazane albo dla wszystkich jej członków, albo tylko dla niektórych (dzieci). Problem sprowadza się nie do pytania o to, czy w ogóle istnieje tabu seksualne, ale o to, jakie obszary rzeczywistości objęte są zakazem, za pomocą jakich środków kontroluje się jego przestrzeganie, a także o to, jakiego rodzaju argumentacji używa się do wyjaśnienia potrzeby istnienia tabu¹⁷.

Wiedzę na temat obszaru istnienia tabu w rodzinie dziecko zdobywa w różnorodnych sytuacjach: przy zabiegach higienicznych (izolowanie/przyzwalanie na nagość), obserwując reakcje rodziców (odpowiadanie/ignorowanie, wyśmiewanie/karanie) na zainteresowanie dziecka problematyką seksualną (pytania, wytwory, zachowania

¹⁶ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011.

¹⁷ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt. s. 17–18.

erotyczne dzieci), będąc świadkiem zachowań seksualnych ludzi i zwierząt (w telewizji czy różnych sytuacjach życiowych).

W odniesieniu do zakresu informacji przekazywanych zarówno w formie werbalnej, jak i niewerbalnej, możemy wyróżnić trzy najczęściej występujące postaci tabu:

Tabu językowe, które dotyczy procesu komunikacji i polega na izolowaniu od informacji – zakazie zadawania pytań, dyskusowania. Celem takiego oddziaływania jest usunięcie tej sfery z pola uwagi i zainteresowań dziecka. Przyczynami stosowania tabu językowego w rodzinie mogą być: taki sam sposób funkcjonowania w rodzinie generacyjnej rodziców, niezajomość słownictwa związanego z płcią, silne zalegające negatywne emocje (lęk, wstyd, wstręt) kojarzone z seksualnością, brak umiejętności rozmawiania na te tematy.

Jak łatwo się domyślić, taki sposób postępowania nie pomaga wspierać rozwoju dziecka. Po pierwsze, nie można odizolować kogoś od siebie samego (a każdy z nas jest istotą seksualną), poza tym – jak wskazują liczne badania¹⁸ – głównym źródłem wiedzy seksualnej młodzieży są rówieśnicy. Jeśli rodzice rezygnują z pełnienia tej funkcji, to mogą się spodziewać, że informacje, jakie uzyskają ich dzieci od kolegów, mogą być nieprawdziwe i obciążone mitami, a także przekazywane w sposób brutalny, agresywny.

Tabu odrębnych pokoleń, którego istotą jest zakaz komunikowania się i przejawiania pewnych zachowań wobec osób należących do różnego pokolenia (odrębność reguł w świecie dorosłych i dzieci). Pod tym na pozór rozsądnym przesłaniem kryje się niestety fałszywy przekaz: dziecko jest istotą aseksualną i nie wie, co robi ani o co pyta; w związku z tym nie należy tych pytań i zachowań traktować poważnie, a co za tym idzie – przekazywać informacji, bo dziecko i tak nie zrozumie. Osiągnięcie etapu dorosłości całkowicie lub częściowo usuwa istniejące zakazy.

Tabu odrębnej płci opiera się na założeniu, że przynależność do tej samej płci umożliwia komunikację i udzielanie wsparcia, a także znosi wszelkie bariery, nawet związane z różnicą lat. Idea wspólnoty – jak pisze Maria Beisert¹⁹ – przenika czasem także poza granice tabu językowego, co pozwala dorosłym kobietom na nieprzejawianie jakichkolwiek zahamowań w rozmowach i zachowaniach. Nie przeszkadza nikomu nawet i to, że ich drastyczna czy stymulująca treść przekracza dojrzałość poznawczą oraz emocjonalną słuchających dorosłych dzieci.

Na kształtowanie się poczucia identyfikacji i tożsamości płciowej mają wpływ wszelkie oddziaływania, jakim poddane były dzieci w swych rodzinach, począwszy od ilości i formy przekazywanej wiedzy poprzez kreowanie wizerunków płci i reakcje ze strony osób dorosłych na próby podejmowania ról płciowych przez dzieci. Ważnym czynnikiem jest treść oraz forma przekazów i reakcji rodziców na przejawy seksualności dziecka.

Przedszkolak jest istotą, która zna swoją płć, umie rozpoznać dziewczynki i chłopów, a także podać ogólne cechy, które decydują o różnicach między płciami. Jest to

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Tamże, s. 29.

również moment, gdy różnicują się oddziaływania wychowawcze w stosunku do dzieci ze względu na ich płeć metrykalną: dziewczynki i chłopcy chodzą osobno do łazienki, inaczej się bawią, wzmacniane są zachowania charakterystyczne dla płci. W tym czasie u dziecka zaczyna się również kształtować stosunek do własnego ciała. Od podejścia rodziców i opiekunów zależy, czy dziecko swoje ciało będzie traktowało naturalnie, swobodnie, z poszanowaniem prywatności, czy raczej jako coś złego. W wieku przedszkolnym pojawia się wstyd związany z ciałem, nagością; ważne jednak, aby był to sygnał dla uczenia intymności, a nie stygmatyzowania czy deprecjonowania ciała, czy jego niektórych części.

Według Beisert²⁰, okres przedszkolny to czas trzech wielkich odkryć. Pierwsze, które umownie można nazwać „Ja”, wiąże się właśnie z okryciem tego ciała (a szczególnie poznaniem obszarów, które niosą ze sobą odmienne doznania niż dotyk innych części) i norm z nim związanych. Drugie odkrycie dotyczy poznania świata drugiej osoby, jego odmienności, czyli wspomnianej wyżej różnicy płci. Jest to doświadczenie typu „Ty”. Mając wiedzę na temat siebie, innych osób (podobieństw i różnic), dziecko próbuje wymieniać i poszerzać pozyskane informacje w relacji z rówieśnikami, tworząc sytuacje „My”.

Linia rozwojowa wiedzie u przedszkolaka od zainteresowania sobą do spostrzeżenia innych, od wczesnego autoerotyzmu do tzw. zachowań społecznych, w których biorą udział rówieśnicy... Wszystkie wymienione zachowania dziecka są normalne, rozwojowe i oznaczają po prostu postęp na jego drodze ku dojrzałości²¹.

Pierwszy etap tej drogi, jak zostało już wcześniej wspomniane, dotyczy odkrywania siebie i swego ciała. Na drodze eksploracji dziecko odkrywa, iż odczucia płynące z dotykania ręki lub nogi różnią się od tych, które powstają w wyniku stymulacji okolic narządów płciowych. Zgodnie z prawem efektu, czynności i działania, którym towarzyszą przyjemne emocje, mają tendencję do powtarzania się w podobnych okolicznościach. Mechanizm ten tłumaczy powstawanie i powtarzanie czynności określanych mianem masturbacji dziecięcej²². Masturbacja jest zachowaniem, które wzbudza wiele obaw wśród rodziców i opiekunów, szczególnie gdy pojawia się w okresie, który przez sporą część ludzi określaną jest mianem aseksualnego (przed okresem dojrzewania płciowego). Obawy występujące przy pojawieniu się masturbacji dziecięcej najczęściej dotyczą tego, co powiedzą inni ludzie (rodzice, wychowawcy), jak ocenią ich jako rodziców oraz to, czy dziecko nie jest zбочzone, zaburzone. Ponadto rodzice nie wiedzą, jak reagować, jak rozmawiać z dziećmi na ten temat, co dodatkowo wzmacnia ich poczucie niekompetencji i bezradności.

W literaturze przedmiotu najczęściej wyróżnia się trzy typy zachowań autoerotycznych u dzieci:

²⁰ Tamże.

²¹ Tamże, s. 35–36.

²² Tamże; K. Waszyńska, *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2010.

1. Masturbacja rozwojowa – z badań Beisert²³ wynika, że dotyczy największej grupy dzieci. Jej celem jest osiągnięcie przyjemności i dlatego wykonywana jest z reguły w taki sam sposób – dostarczający przyjemnych doznań (te same ruchy). Dotyczy dzieci aktywnych, łatwo nawiązujących kontakty społeczne. Zazwyczaj mija samoistnie, nie powodując żadnych negatywnych konsekwencji, o ile nie towarzyszą jej represyjne i agresywne zachowania ze strony rodziców.

2. Masturbacja eksperymentalna, wynikająca z motywacji poznawczej – dotyczy najczęściej dzieci z tzw. głodem stymulacji (niezaspokojenie potrzeby informacji – odbierania z otoczenia nowych i atrakcyjnych bodźców). Głównym motywem masturbacji nie jest u nich chęć osiągania przyjemności, lecz głównie zaspokojenie ciekawości płynącej z coraz bardziej zróżnicowanej formy eksploracji swego ciała. Ten typ zachowań charakteryzuje się dużą zmiennością i często kończy się boleśnie dla dziecka – uszkodzeniem w wyniku wprowadzania do pochwy lub członka różnych przedmiotów.

3. Masturbacja instrumentalna służy poradzeniu sobie z negatywnymi emocjami lub zwróceniu uwagi dorosłych. W pierwszym przypadku do masturbacji dochodzi w wyniku przeżywania napięcia, samotności, lęku. Koncentracja na masturbacji odciąga od przeżywania trudnych i przykrych emocji. Mechanizm ten wykorzystują również dzieci wychowywane w atmosferze konfliktów i awantur. Napięcie spowodowane sytuacją w domu rozładowują przez masturbację, traktując ją jako formę odreagowania. Instrumentalny charakter masturbacji w drugim przypadku dotyczy koncentrowania uwagi dorosłych. Przypomina to sytuację, w której dziecko świadomie wybiera karę (która jest przejawem zainteresowania), nie mogąc w inny sposób zapewnić sobie uwagi ze strony osób znaczących. Masturbacja podejmowana jest w sposób jawny i demonstracyjny. Często powstaje pod wpływem sytuacji rodzinnych, które w naturalny sposób obniżają należne dziecku zainteresowanie (narodziny rodzeństwa, konflikty między rodzicami...)²⁴.

Obuchowska i Jaczewski²⁵ wymieniają również inne przyczyny podejmowania przez dziecko masturbacji: rozwijający się proces chorobowy lub zaniedbania higieniczne. Nie są to jednak motywy ściśle związane z rozwojem psychoseksualnym i wymagają przede wszystkim interwencji lekarskiej.

Masturbacja w okresie dzieciństwa może być zjawiskiem rozwojowym, gdy głównym jej motywem jest poznawanie siebie i poszukiwanie przyjemności, natomiast wszystkie sytuacje, w których dziecko ucieka się do masturbacji zastępczej (instrumentalnej), wymagają odpowiedniego rozeznania i adekwatnej interwencji zmierzającej w kierunku zaspokojenia sygnalizowanych przez dziecko potrzeb. Granice normy w odniesieniu do masturbacji wieku przedszkolnego wyznaczone są również przez kryterium ilościowe. Zachowania autoerotyczne możemy zaliczyć do czynności roz-

²³ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; tejsze, *Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 16.

²⁴ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; K. Waszyńska, dz. cyt.

²⁵ I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.

wojowych, o ile ich wykonywanie nie przeszkadza w podejmowaniu normalnych dla wieku zadań rozwojowych.

„Już wiem, kim jestem, ale bardzo też chcę poznać, kim jesteś ty” – pisze Maria Beisert, ukazując główne motto działania dzieci nastawionych na odkrywanie tajemnicy płci przeciwnej²⁶. Pierwsze doświadczenia związane z odkryciem płci przeciwnej, w większości przypadków, dzieci przeżywają właśnie w okresie przedszkolnym. Towarzyszy im z reguły pewien rodzaj ekscytacji i chęć ponownego znalezienia się w sytuacji, w której możliwe będzie przyjrzenie się budzącym ciekawość obszarom ciała. Dzieci prowokują takie zdarzenia poprzez propozycje wspólnej zabawy, kąpieli czy uczestniczenia w zabiegach higienicznych. Wyjątek mogą stanowić te dzieci, które mają rodzeństwo różnej płci i odmienność budowy ciała nie stanowi dla nich żadnej tajemnicy, a jest raczej stałym elementem codzienności. Drugim źródłem wiedzy na temat różnic w budowie anatomicznej pomiędzy płciami są dorośli. Nierzadko zdarza się, że dzieci podglądają rodziców, przypatrują się obrazom nagich kobiet prezentowanych w telewizji czy prasie.

Kolejnym etapem w rozwoju społecznym jest wyłonienie się kategorii „My”. Wspólnie z rówieśnikami dziecko ćwiczy nowe umiejętności, naśladuje zachowania dorosłych i próbuje swoich sił w zabawie.

Zabawa dobrze służy zrozumieniu przez dziecko społecznych ról dorosłych [...]. Przyjmują te role zgodnie z płcią: dziewczynki zwykle odgrywają role kobiece, a chłopcy męskie. Dzieje się tak, bowiem płeć jest biologicznym atrybutem roli społecznej. Odgrywając role społeczne, dziecko nie tylko poznaje społeczne ramy danej roli, ale także eksploruje własną tożsamość płciową²⁷.

Specyficzną kategorię tworzą zabawy erotyczne. Ze względu na treść i formę zabaw, a dokładniej – na rodzaj naśladowanego fragmentu życia dorosłych, możemy wyróżnić zabawy:

- naśladujące sytuacje z życia dorosłych, które stwarzają okazję do wzajemnego dotykania się, rozbierania (zabawy w lekarza, szpital, sanatorium, mamę i tatę, striptiz...),
- których celem jest zaspokojenie ciekawości i osiągnięcie przyjemności wskutek wzajemnego dotykania się,
- odtwarzające większy fragment z życia dorosłych, na pozór luźno związany z seksualnością, ale na nią ukierunkowany (ciąża, karmienie dzieci),
- w dwójkach, gdzie oglądanie i dotyk wchodzi w skład repertuaru zachowań par (pary narzeczonych); formą dziecięcego erotyzmu są miłości dziecięce – silne, pozytywne, aczkolwiek niezbyt długo trwające uczucia do jednego z rówieśników,
- zabawy samotne (kreowane za pomocą lalek, wytwory: rysunki, ulepianki...) ²⁸.

²⁶ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt., s. 46.

²⁷ M. Kielar-Turska, dz. cyt., s. 114.

²⁸ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.

Jedną z najbardziej znanych zabaw jest zabawa w doktora. Bawią się w nią zarówno dziewczynki, jak i chłopcy, a główną motywacją jest obejrzenie i zapoznanie się z ciałem rówieśnika. Dla dzieci ta zabawa nie ma podtekstu seksualnego, jest odgrywaniem zachowań polegających na pokazywaniu swojego ciała w sytuacji społecznie akceptowanej, co daje okazję do zaspokojenia ciekawości poznawczej. Pomimo wielu obaw ze strony dorosłych, związanych z zabawami erotycznymi, jak twierdzą specjaliści, nie mają one negatywnego wpływu na rozwój dziecka²⁹.

Podobnie jak w obszarze masturbacji, granice normy wyznaczone są przez zbliżone zasady: nieszkodzenie zdrowiu, możliwość podejmowania innych zadań rozwojowych. Dodatkowo w przypadku zabaw istotną rolę odgrywa ich jakość: wyeliminowanie agresji, przemocy, naśladowania patologicznych form aktywności dorosłych³⁰. Jako dodatkowe kryterium normy w przypadku zabaw wskazuje się na zbliżony wiek uczestników³¹.

Badania, które N. Kenneth Sandnabba, Pekka Santtila, Malin Wannas i Katja Krook³² przeprowadzili w Finlandii na próbie 364 dzieci, wykazały, że najczęstsze (występujące u powyżej 20%) zarejestrowane w ciągu dnia zachowania seksualne, a także inne – uznane za istotne dla rozwoju seksualnego w grupie 2–7 lat – to:

Tabela 2. Najczęstsze zachowania seksualne dzieci w wieku od 2. do 7. r.ż.

Zachowania seksualne dzieci	Dziewczynki [%]	Chłopcy [%]
Dzieci 2–3-letnie		
Zabawa w dom z innymi dziećmi	65,3	59,4
Przytulanie innych dziewczynek/zabieganie o to	49,0	45,5
Przytulanie dorosłych kobiet/zabieganie o to	49,0	54,5
Zabawa w doktora/szpital z innymi dziećmi	43,8	33,3
Przytulanie innych chłopców/zabieganie o to	41,7	32,4
Okazywanie zainteresowania różnicami w budowie fizycznej chłopców i dziewczynek	32,0	35,3
Wchodzenie (próby) do toalety z innymi dziećmi	25,0	33,3
Całowanie (próby) znajomych dziewczynek	16,3	26,5
Przytulanie dorosłych mężczyzn/zabieganie o to	17,9	25,9
Całowanie (próby) znajomych chłopców	22,4	17,6
Uczestnictwo w zabawach uznawanych za właściwe dla płci przeciwnej	22,0	35,3
Chwytywanie penisa w momentach ekscytacji, lęku, zmęczenia		20,6

²⁹ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; D.W. Haffner, dz. cyt.; W. Sokoluk, *Skąd się wziąłem? Mamo i tato opowiedzcie mi*, il. Z. Bobrowski, wyd. 2, [b.m.; b.w.] 1990.

³⁰ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.

³¹ D.W. Haffner, dz. cyt.

³² N.K. Sandnabba, P. Santtila, M. Wannas, K. Krook, *Age and gender specific sexual behaviors in children*, „Child Abuse and Neglect” 2003, vol. 27, s. 579–606, podają za: M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, dz. cyt.

Zachowania seksualne dzieci	Dziewczynki [%]	Chłopcy [%]
Dzieci 4–5-letnie		
Zabawa w dom z innymi dziećmi	80,6	62,4
Zabawa w doktora/szpital z innymi dziećmi	62,9	44,0
Przytulanie innych dziewczynek/zabieganie o to	53,2	32,5
Okazywanie zainteresowania różnicami w budowie fizycznej chłopców i dziewczynek	34,4	48,9
Przytulanie dorosłych kobiet/zabieganie o to	45,9	35,4
Przytulanie innych chłopców/zabieganie o to	35,6	42,9
Całowanie (próby) znajomych chłopców	38,1	26,5
Chwytnie penis w momentach ekscytacji, lęku, zmęczenia		36,0
Całowanie (próby) znajomych dziewczynek	29,7	31,3
Wchodzenie (próby) do toalety z innymi dziećmi	30,2	38,8
Uczestnictwo w zabawach uznawanych za właściwe dla płci przeciwnej	29,7	32,9
Okazywanie dużego zainteresowania płcią przeciwną	23,4	28,7
Całowanie (próby) kobiet w ośrodku opieki	26,6	4,8
Dotykanie intymnych części ciała w obecności innych	6,5	25,0
Podglądanie (próby) innych dzieci, gdy są w łazience	17,2	26,5
Przytulanie mężczyzn/zabieganie o to	15,4	23,3
Wypowiadanie się o dzieciach płci przeciwnej w negatywny sposób („Dziewczyny są głupie”, „Chłopcy są tępi i hałaśliwi”)	10,9	23,0
Prezentowanie intymnych części ciała innym dzieciom	10,8	22,7
Naśladowanie tańca nastolatków/dorosłych	21,0	4,8
Włączanie w zabawy wątków zachowań seksualnych i romansu	20,0	11,5
Dzieci 6–7-letnie		
Zabawa w dom z innymi dziećmi	83,1	37,3
Zabawa w doktora/szpital z innymi dziećmi	48,3	23,7
Okazywanie zainteresowania różnicami w budowie fizycznej chłopców i dziewczynek	41,3	48,2
Wypowiadanie się o dzieciach płci przeciwnej w negatywny sposób	35,5	46,7
Okazywanie dużego zainteresowania płcią przeciwną	43,5	35,0
Wchodzenie (próby) do toalety z innymi dziećmi	27,0	40,7
Włączanie w zabawy wątków zachowań seksualnych i romansu	39,7	28,3
Przytulanie dorosłych kobiet/zabieganie o to	36,7	27,1
Podglądanie (próby) innych dzieci, gdy są w łazience	18,3	34,5
Przytulanie innych chłopców/zabieganie o to	33,3	20,7
Dotykanie intymnych części ciała w obecności innych	6,7	32,2
Całowanie (próby) znajomych chłopców	29,5	11,7
Okazywanie zainteresowania rozmnażaniem się zwierząt	16,7	28,8
Chwytnie penis w momentach ekscytacji, lęku, zmęczenia		28,8
Całowanie (próby) znajomych dziewczynek	16,4	26,7
Bieganie do łazienki, by zobaczyć chłopca/chłopców w toalecie	13,1	25,0

Zachowania seksualne dzieci	Dziewczynki [%]	Chłopcy [%]
Rysowanie intymnych części ciała	8,2	25,0
Bieganie do łazienki, by zobaczyć dziewczynkę/dziewczynki w toalecie	6,6	25,0
Naśladowanie tańca nastolatków/dorosłych	23,7	3,4
Używanie seksualnych przekleństw w wesoły sposób	8,3	22,4
Dotykanie intymnych części ciała w miejscach publicznych	4,9	22,0
Opuszczanie majtek, prezentacja pośladków, penisa, sromu, a następnie ucieczka	3,1	21,7
Okazywanie zainteresowania tym, skąd się biorą dzieci	14,5	20,0

Źródło: N.K. Sandnabba, P. Santtila, M. Wannas, K. Krook, dz. cyt., za: M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, dz. cyt., s. 136–138.

Istotnie statystycznie różnice w zakresie występowania tych zachowań u dziewcząt i chłopców przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Istotnie statystycznie różnice w zakresie występowania zachowań (bez seksualnych) u dziewcząt i chłopców

Zachowania istotnie częściej prezentowane przez dziewczynki	Zachowania istotnie częściej prezentowane przez chłopców
<ul style="list-style-type: none"> – bawią się w dom – bawią się w szpital/doktora z innymi dziećmi – przytulają się/proszą o przytulanie inne dziewczynki – całują/próbują całować innych znajomych chłopców – dotykają ubrania/włosów innych kobiet – okazują niepokój, gdy są przytulane przez męski personel ośrodka opieki – okazują niepokój, gdy są całowane przez mężczyzn (np. na powitanie) – zachowują się jak rodzice wobec innych dzieci – rozmawiają „w romantyczny” sposób o dzieciach – rozmawiają o chęci posiadania dziecka – zachowują się w seksualny/seksowny sposób (gesty, chód) – lubią tańczyć jak nastolatki/dorośli – chcą się ubierać w odzież odpowiednią dla starszych dziewcząt 	<ul style="list-style-type: none"> – mówią o dziewczynkach w negatywny sposób – dotykają własnych genitaliów w czasie pobytu w ośrodku opieki, w obecności innych – dotykają publicznie swoich genitaliów – pokazują genitalia innym dzieciom – zdejmują majtki, pokazują pośladki/penisa, po czym uciekają – wchodzą/próbują wchodzić do kabin w toalecie z innymi dziećmi – zerkają/próbują zerkać na dzieci, gdy są w łazience – próbują zobaczyć innych ludzi nago – rysują genitalia postaciom ludzkim – w zabawie udają, że lalki uprawiają seks – prezentują zachowania seksualne z użyciem zabawek lub innych przedmiotów – okazują niepokój, gdy są całowani przez kobiety (np. na powitanie) – opowiadają sprośne dowcipy – używają seksualnych przekleństw (w zabawie, w złości, w obecności dorosłych i innych dzieci) – celowo oddają moc poza miskę toalety – bawią się kałem

Źródło: M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, dz. cyt., s. 139.

Jak piszą Monika Zielona-Jenek i Aleksandra Chodecka³³, dziewczynki częściej prezentują zachowania związane z bliskością, czułością w kontakcie z innymi (rówie-

³³ M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, dz. cyt., s. 140.

śnikami obojga płci, dorosłymi kobietami). Częściej również podejmują zachowania naśladujące role dorosłych kobiet (uwodzenie, sprawowanie opieki). Wśród chłopców częściej obserwowane były zachowania nacełowane na rozładowanie napięcia (zachowania autoerotyczne, prezentacja i oglądanie genitaliów, rysunki i zabawy przedstawiające kontakty seksualne) oraz nacechowane przekraczaniem społecznych norm i cudzych granic (podglądanie, zaczepianie, przekleństwa, eksperymentowanie z oddawaniem moczu i kału).

Znajomość typowych i nienormatywnych form ekspresji seksualnej u dzieci pozwala w sposób adekwatny i zgodny z wiedzą psychopedagogiczną wspierać dzieci w ich rozwoju seksualnym, a także budować strategie interwencji w sytuacjach kryzysowych.

Innym ciekawym zjawiskiem obserwowanym u dzieci w wieku przedszkolnym są ich deklaracje dotyczące chęci wyjścia za mąż/ożenienia się w przyszłości z rodzicem płci przeciwnej. Towarzyszy temu zazwyczaj zazdrość spowodowana okazywaniem sobie uczuć przez rodziców. Jak twierdzą zwolennicy teorii psychodynamicznej, takie zachowanie jest manifestacją występującego w tym czasie kompleksu Edypa/Elektry. Niezależnie od przyjętej koncepcji psychologicznej, taka sytuacja może być również okazją do porozmawiania na temat roli kobiety, mężczyzny, miłości, rodziny. Warto w tym momencie również powiedzieć dziecku, że w naszej kulturze małżeństwa zawierane są przez osoby dorosłe (nie przez rodziców i dzieci) i że zarówno mama, jak i tata mają już żonę/męża.

W okresie przedszkolnym pojawiają się również tzw. miłości dziecięce. Jest to zjawisko zupełnie naturalne. Jak twierdzą niektórzy psychologowie, pierwsze zakochanie we wczesnym dzieciństwie może mieć znaczenie w utworzeniu się „ideału” partnera – osoby atrakcyjnej dla nas w przyszłości³⁴.

Aktywność dziecka nastawiona na zdobywanie informacji na temat płci rozpoczyna również etap pytań związanych z szeroko rozumianą sferą erotyki i funkcjonowania seksualnego człowieka. Z literatury przedmiotu³⁵ wynika, iż pytania zadawane przez dzieci na temat płciowości mogą pełnić różnorodne funkcje:

a) informacyjną – gdy chce otrzymać wiedzę: poznać istotę zjawisk i uzyskać informacje o ich przyczynach

b) wzajemnej konfrontacji – dziecko swojej wiedzy nie traktuje jako ostatecznej i prawdziwej, ale jako podlegającą weryfikacji (możliwość potwierdzenia niepewności, rozstrzygnięcia dwuznaczności); jest to sprawdzian zaufania i pozycji wobec osoby, do której kierowane jest pytanie

c) więziotwórczą – poprzez pytanie dziecko komunikuje chęć bycia w kontakcie, pogłębienia więzi

d) wsparcia – ten typ pytań pojawia się najczęściej w sytuacjach problemowych, trudnych, przerastających możliwości radzenia sobie (spotkanie ekshibicjonisty, nieoczekiwane i nagłe zmiany w obrębie ciała i jego funkcji...).

³⁴ D.W. Haffner, dz. cyt.

³⁵ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; D. Krzywicka, dz. cyt.

W tym wieku dzieci najczęściej pytają o to, skąd się biorą dzieci, o ciążę i poród, zakładanie rodziny, role płciowe, różnice w zakresie narządów płciowych. Jest to wspa- niała okazja, by nauczyć dzieci poprawnego słownictwa, rozpocząć proces wychowania i budowania tożsamości płciowej.

Bardzo często zdarza się, że rodzice twierdzą, że ich dzieci nie interesują się seksu- alnością, bo nie pytają. Nie jest to na pewno jedyne wyjaśnienie braku aktywności ze strony dziecka. Innymi powodami mogą być lęk przed reakcjami rodziców, świadomość niestosowności pytań, wcześniejsze negatywne doświadczenia przy próbie rozmowy na ten temat. Sami rodzice często twierdzą, że obawiają się takich pytań. Nie wiedzą, jakich słów używać, o czym mogą mówić, jak daleko posuwać się w wyjaśnieniach. Brak zainteresowania ze strony dzieci odbierają z ulgą i zadowoleniem. A przecież, jak zostało wyżej wspomniane, pytania zadawane przez dzieci są sygnałem chęci bycia w kontakcie z rodzicem, roli, jaką rodzice pełnią dla dziecka (autorytet), uczuć, jakimi darzą rodzica (zaufanie, miłość). Rodzice – unikając takich sytuacji – odbierają sobie również szansę na wspieranie i towarzyszenie dziecku w odkrywaniu nowej i czasami trudnej emocjonalnie sfery życia.

Aby móc zapoczątkować proces komunikacji w zakresie edukacji seksualnej, po- trzebna jest, jak już zostało wcześniej wspomniane, znajomość słownictwa związanego ze sferą życia seksualnego. Znacznie łatwiej rozmawiać, zadawać pytania czy omawiać jakieś kwestie, gdy umiemy się posługiwać prawidłowymi określeniami, pojęciami czy definicjami. Początek tych problemów dostrzegamy, gdy uczymy dziecko nazw poszczególnych części ciała. Często zdarza się, że rodzice świadomie nie wprowadzają określeń części intymnych z obawy przed zbyt dużym zainteresowaniem dzieci tą sferą i mogącymi się pojawiać z ich strony pytaniami. Uczą dzieci po kolei, gdzie jest głowa, szyja, brzuch, a następnie kolana i stopy, omijając zupełnie okolice narządów płcio- wych. W późniejszym czasie, wskazując na części intymne, określają je zaimkami „te miejsca”, „te okolice”. Poprzez taki komunikat dziecko uczy się, że są części ciała, które albo nie mają nazwy, albo nazywanie ich jest zabronione; są to więc gorsze części ciała, o których się nie mówi.

Wprowadzając poprawne słownictwo, uczymy dzieci akceptacji swojego ciała, zachęcamy do wspólnej dyskusji i dajemy sobie szansę na rozmowę w sytuacji, gdy będzie ona potrzebna i niezbędna (profilaktyka przemocy seksualnej).

Jeśli chodzi o dostępną literaturę, to na polskim rynku istnieje dość dużo pozycji oma- wiających zagadnienia edukacji seksualnej małego dziecka. Większość z nich stanowią prace zagranicznych autorów, które czasem odstraszą rodziców, bo nie zawsze przystają do polskiej rzeczywistości i mentalności. Literaturę tę można podzielić na kilka grup:

– książki kierowane do rodziców, w których autorzy opisują, jak, kiedy i o czym rozmawiać z dzieckiem (F. Saint-Pierre, M.F. Viau, *Seksualność dziecka – co każdy rodzic wiedzieć powinien*, 2008; M. Rouyer, *Seksualność u dziecka – jak sobie radzić z dzieckiem w wieku 0–7 lat?*, 2004; D.W. Haffner, *Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych*, 2002),

– książki do wspólnego czytania z dzieckiem (V. Dumont, S. Montagnat, *Pytania o miłość*, 1999; W. Sokoluk, *Skąd się wziąłem? Mamo i tato opowiedzcie mi*, il. Z. Bobrowski, 1990; J. Kahn-Nathan, J. Cohen, G. Tordjman, Ch. Verodoux, *Encyklopedia wychowania seksualnego*, 1991; G. Pighin, *Skąd się bierze dziecko w brzuchu mamy?* 1995),

– książki naukowe omawiające zagadnienia związane z seksualnością dziecka (M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, 1991; M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem – Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka?*, 2010).

Warto zapoznać się z tymi pozycjami, aby móc rozmawiać z dzieckiem również na tematy związane z jego ciałem, płcią, seksualnością.

Aby łatwiej można było rozmawiać ze swoimi dziećmi, warto, aby rodzice sami, w pierwszej kolejności, przeczytali książki przeznaczone dla dzieci, zapoznali się i oswobili z językiem, tematyką, przygotowali się na mogące się pojawić pytania. Warto jednak przypomnieć rodzicom, że tak jak w innych sferach życia, tak również w kontekście rozwoju seksualnego nie muszą wiedzieć wszystkiego i mogą powiedzieć „nie wiem”, „sprawdź to”. Dla dzieci jest to ważna informacja, że rodzic szanuje ich pytania, jest nimi zainteresowany, jak każdy człowiek może wiedzieć dużo, ale nie zna odpowiedzi na każde pytanie i przyznaje się do tego.

D.W. Haffner³⁶ pisze, że w toku prawidłowo prowadzonej edukacji seksualnej przedszkolak powinien wiedzieć, że:

- każda część ciała ma swoją nazwę i jest potrzebna
- dziewczynki mają większość takich samych części ciała z wyjątkiem kilku: dziewczynki mają srom, pochwę, łechtaczkę; natomiast chłopcy penisa i mosznę
- nie powinno się przytulać, całować kogoś, kto nie ma na to ochoty, dziecko ma prawo decydować, czy w trakcie zabawy inne dziecko może to robić
- do poczęcia dziecka potrzebna jest zarówno kobieta, jak i mężczyzna
- dzieci (ciąża) rosną w ciele kobiety w specjalnym miejscu zwanym macicą
- tylko kobieta może urodzić dziecko
- jeśli ktoś dotyka dziecka i prosi, aby nikomu o tym nie mówiło, to dziecko może o tym powiedzieć rodzicom lub wychowawcom.

Od najwcześniejszych lat życia dziecko na podstawie wzorców wyniesionych z rodziny formułuje wobec seksualności własne wartości, normy i postawy, które ulegają stopniowej internalizacji [...]. Właściwe wychowanie w rodzinie, dobra więź uczuciowa z obojgiem rodziców w ukierunkowaniu psychoseksualnym dziecka mogą sprzyjać dobrej identyfikacji z własną płcią. W ujęciu psychologicznym za cel rozwoju seksualnego przyjmuje się osiągnięcie dojrzałości seksualnej, najogólniej rozumianej jako zdolność do nawiązania bliskiej relacji intymnej, w której dochodzi do realizacji własnej płciowości z uwzględnieniem norm społecznych – celem edukacji seksualnej jest więc wspieranie rozwoju jednostki, aby rozwinęła opisywaną zdolność do nawiązania dojrzałej relacji intymnej³⁷.

³⁶ D.W. Haffner, dz. cyt., s. 16.

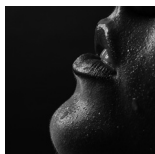
³⁷ A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, w: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka, *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki – Bertelsmann Media, 2006, s. 234–236.

LITERATURA

- BEISERT M., *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991
- BEISERT M., *Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 16
- BIEHR B., *Problem Sexual Behavior in School-Aged Children and Youth*, „Theory and Practice” 2001, XXVIII, nr 3
- BRZEZIŃSKA A., *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Scholar, 2000
- DŁUGOŁĘCKA A., *Wychowanie i edukacja seksualna*, w: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka, *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki – Bertelsmann Media, 2006
- DUMONT V., MONTAGNAT S., *Pytania o miłość*, tł. H. Zbonikowska, Warszawa: Bellona, 1999 [tomiki: 5–8 lat, 8–11 lat, 11–14 lat]
- FEATHERMAN D.L., LERNER R.M., *Ontogenesis and sociogenesis: Problematics for theory and research about development and socialization across the lifespan*, „American Sociological Review” 1985, vol. 50
- HAFFNER D.W., *Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych?* przeł. E. Wieteska, Warszawa: Diogenes, 2002
- HARWAS-NAPIERAŁA B., TREMPAŁA J., *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001
- KIELAR-TURSKA M., *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001
- KRZYWICKA D., *Metodyka wychowania seksualnego*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza FOWARD, 1994
- LEW-STAROWICZ Z., *Atlas psychofizjologii seksu*, Warszawa: PZWL, 1990
- LEW-STAROWICZ Z., DŁUGOŁĘCKA A., *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki – Bertelsmann Media 2006
- MILUSKA J., *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 1996
- OBUCHOWSKA I., JACZEWSKI A., *Rozwój erotyczny*, Warszawa: WSiP, 1982
- ROUYER M., *Seksualność u dziecka*, przeł. J. Kokowska, Kraków: eSPe, 2004
- SAINT-PIERRE F., VIAU M.F., *Seksualność dziecka. Co każdy rodzic wiedzieć powinien*, przeł. A. Wróblewski, Warszawa: Bauer-Weltbild Media – Klub dla Ciebie, 2008
- SANDNABBA N.K., SANTTILA P., WANNAS M., KROOK K., *Age and gender specific sexual behaviors in children*, „Child Abuse and Neglect” 2003, vol. 27, s. 579–606
- SOKOLUK W., *Skąd się wzięłam? Mamo i tato opowiedzcie mi*, il. Z. Bobrowski, wyd. 2, [b.m.; b.w.] 1990
- WASZYŃSKA K., *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2010
- VERDOUX CH., COHEN J., KAHN-NATHAN J., TORDJMAN G., *Encyklopedia wychowania seksualnego*, tł. A. Matuszewska, Warszawa: BGW, 1991
- ZIELONA-JENEK M., CHODECKA A., *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*, Gdańsk: GWP, 2010

IZABELA FORNALIK

Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze



EDUKACJA SEKSUALNA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ. W POSZUKIWANIU WŁAŚCIWEGO MODELU

Temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną stopniowo zaczyna być obecny w polskiej przestrzeni naukowej. Niezliczone debaty, konferencje, seminaria, dziesiątki prac magisterskich, dyplomowych... to przedsięwzięcia, których eksplozję można zaobserwować w ciągu ostatnich kilku lat. Ewoluuje również społeczny wizerunek osób niepełnosprawnych i jest to zasługa organizacji pozarządowych, a także mediów. Stopniowo społeczeństwu ukazuje się – niedostrzegany przez wiele lat – obraz dorosłej osoby niepełnosprawnej intelektualnie mającej „dorosłe” potrzeby. To niewątpliwie ważne i potrzebne kroki. Czy jednak owe przedsięwzięcia przekładają się na konkretne działania nakierowane na osoby niepełnosprawne intelektualnie? Czy naprawdę aż tak wiele zmieniło się od czasu, kiedy Andrzej Jaczewski¹ pod koniec lat 70. – w bodaj pierwszym w Polsce artykule na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie – zawarł znamienne słowa: „czuję się zażenowany mnogością własnych wątpliwości...” oraz wyraził potrzebę opracowania dla tej grupy osób programu wychowania seksualnego „na miarę możliwości, potrzeb i przy założeniu akceptacji seksu jako wartości”²?

Z zawstyżeniem w oczach chciałoby się powiedzieć: „Panie Profesorze, stąpamy małymi kroczkami, często po omacku, ciągle zażenowani wątpliwościami... Edukacja seksualna osób niepełnosprawnych intelektualnie to nadal działania okazjonalne, realizowane w niewielu placówkach i zazwyczaj przez mocno zdeterminowanych pedagogów. Programy edukacji seksualnej dla różnych grup osób niepełnosprawnych

¹ A. Jaczewski, *Problemy seksualne upośledzonych umysłowo*, w: I. Wald (red.), *O integrację społeczną młodocianych i dorosłych upośledzonych umysłowo*, Warszawa: WSiP, 1978, s. 87.

² Tamże, s. 86; por. A. Jaczewski, *Wychowanie seksualne dzieci upośledzonych psychicznie*, „Problemy Rodziny” 1981, nr 3.

intelektualnie nie powstały, a absolwenci pedagogiki specjalnej nie są do edukowania podopiecznych przygotowani³. Czy zatem możliwa jest zmiana istniejącego stanu rzeczy? Jakie kroki powinny zostać podjęte, by edukacja seksualna mogła znaleźć swe miejsce w polskich placówkach edukacyjnych i terapeutycznych przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie? Jak powinna wyglądać edukacja seksualna tej grupy osób?

Niniejsze rozważania, w których próbuję udzielić odpowiedzi na sformułowane wyżej pytania, opieram na wieloletnim doświadczeniu w realizacji edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie w placówkach różnego typu, a także przygotowywaniu do tej roli nauczycieli i innych specjalistów oraz rodziców. Wyrażam jednocześnie nadzieję, że staną się one przyczynkiem do dalszej dyskusji nad kształtem edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie w Polsce oraz zaczątkiem działań o charakterze praktycznym.

Edukacja seksualna czy wychowanie do życia w rodzinie?

Edukacja seksualna to pojęcie, które bywa definiowane w literaturze przedmiotu w różny sposób, a zarazem traktowane niekiedy zamiennie z terminami: „wychowanie seksualne” czy „uświadczenie seksualne”. Pomijam jednak rozważania terminologiczne, które można odnaleźć w licznych publikacjach³. W niniejszym opracowaniu używając określenia „edukacja seksualna”, zakładam, że jest to ogół oddziaływań edukacyjnych związanych z seksualnością człowieka, które nakierowane są na dzieci, młodzież i dorosłych. Seksualność jest jednym z centralnych aspektów bycia człowiekiem, dlatego też przyjmuję szerokie jej rozumienie. Zatem seksualność to nie tylko współżycie seksualne (jak zwykle się w ferworze zabarwionym światopoglądem dyskusji błędnie określać) lub inne zachowania seksualne, ale także identyfikacja płciowa, orientacja seksualna, intymność, miłość, prokreacja. Jest ona doświadczana i wyrażana przez człowieka zarówno w myślach i fantazjach, jak i przeżyciach, zachowaniach, przekonaniach, wartościach, związkach. Co powinno być jej celem w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną? Przede wszystkim „ukształtowanie osoby zdrowej seksualnie, czyli takiej, która akceptuje swoją płć, przyjmuje role z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym, ma przy tym poczucie odpowiedzialności za skutki tego wyrazu dotyczące siebie samego, partnera i społeczeństwa”⁴ – dodam „poczucia odpowiedzialności” w takim stopniu, na jaki pozwala jej poziom sprawności intelektualnej.

³ I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 2002; por. M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.

⁴ I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój...*, dz. cyt., s. 171.

Mimo faktu, iż wielu specjalistów i polskich autorytetów jest zdania, że nie byłoby niczego niestosownego w jednoznacznym nazwaniu przedmiotu realizowanego w szkołach właśnie edukacją seksualną, funkcjonuje on pod nazwą „wychowanie do życia w rodzinie”. W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie nazwa ta wydaje się być szczególnie niewłaściwa i nieadekwatna. Otóż zakłada ona, że uczestnicy zajęć będą realizować swoją seksualność w małżeństwie, że należy ich przygotowywać do posiadania potomstwa itp. Założenie to jest wysoce nieprawdziwe, bowiem przeważająca większość osób niepełnosprawnych intelektualnie nigdy nie wejdzie w związek małżeński (choćby ze względów prawnych czy też ze względu na niemożność poradzenia sobie w codziennym życiu we dwoje). Większość z nich nie będzie miała potomstwa – celem pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w obszarze seksualności jest właśnie „przekonanie” ich do rezygnacji z prokreacji. Będą jednak musieli zmierzyć się ze swoją seksualnością, zrozumieć ją, oswoić, nauczyć wyrażania w sposób społecznie akceptowany, poradzić sobie z uczuciem miłości, które zazwyczaj nie będzie mogło być zrealizowane, z akceptacją życia w pojedynkę. W związku z powyższym postuluję używanie terminu „edukacja seksualna” dla wszelkich działań edukacyjnych, których celem jest wspieranie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.

O przepisach słów kilka – czy edukacja seksualna jest dla wszystkich?

Czy kwestie związane z edukacją seksualną osób niepełnosprawnych intelektualnie są w Polsce uregulowane przepisami prawa? Na to pytanie nie można udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Będzie ona bowiem uzależniona od tego, jaką grupę osób niepełnosprawnych intelektualnie weźmiemy pod uwagę.

W odniesieniu do osób z **lekką niepełnosprawnością intelektualną** uczęszczających do szkoły obowiązują takie same przepisy jak w przypadku młodzieży w normie intelektualnej. A zatem zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 sierpnia 2009 roku, zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa par. 3 – od klasy V uczniom niepełnosprawnym intelektualnie w stopniu lekkim dyrektor szkoły musi zapewnić możliwość uczestnictwa w zajęciach o nazwie „wychowanie do życia w rodzinie”. Sposób nauczania, zakres treści zajęć „wychowanie do życia w rodzinie” określa rozporządzenie ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, wydane na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁵. Należy wspomnieć, iż osobom nie-

⁵ Dz.U. 1993, nr 17, poz. 78.

pełnosprawnym intelektualnie w stopniu lekkim przysługuje taka sama liczba godzin przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” na poszczególnych etapach edukacji jak uczniom sprawnym intelektualnie.

Sprawa wygląda inaczej, gdy weźmiemy pod uwagę osoby z **umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną**. Dokumentem, który określa cele edukacyjne i treści nauczania omawianej grupy uczniów, jest „Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym w szkołach podstawowych i gimnazjach”⁶. W podstawie nie wydzielono przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” czy też „edukacja seksualna”. Wprawdzie odnajdujemy zapisy, iż celem edukacji jest „przygotowanie ucznia do pełnienia różnych ról społecznych (w tym roli dorosłej kobiety i dorosłego mężczyzny)”, zatem zadaniem nauczyciela powinno być bez wątpienia:

- przygotowanie ucznia do dojrzewania płciowego
- wprowadzenie prawidłowego nazewnictwa intymnych części ciała
- podjęcie tematu masturbacji, seksu, antykoncepcji, miłości, małżeństwa, rodzicielstwa...
- realizacja profilaktyki wykorzystywania seksualnego.

Nie jest to jednak oczywiste dla każdego z pedagogów i wspomniany ogólny zapis może być przez nich, jak i przez dyrektorów szkół, różnorako interpretowany. Każdy z czytających może znaleźć w owym enigmatycznym sformułowaniu to, co chce znaleźć, i pominąć treści, które – choć potrzebne podopiecznemu – są dla niego niewygodne, budzą opór, lęk lub niezrozumienie celowości ich omawiania.

Podobną sytuację zastaniemy w „Podstawie programowej kształcenia ogólnego dla szkół specjalnych przysposabiających do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi”. Nauczyciel – zgodnie z zapisem – powinien realizować następujące treści programowe:

- wzmocnianie prawidłowych relacji między osobami przeciwnej płci oraz aktywnego udziału w życiu rodziny,
- ukazywanie wartości rodziny w życiu człowieka,
- pomoc w zaakceptowaniu i poszanowaniu własnego ciała,
- zapoznanie ucznia z prawem do ochrony intymności⁷.

Powyższe wyróżnienie również nie ujmuje wszystkich potrzebnych kwestii i daje dowolność interpretacji owych zaleceń. Wydaje się zatem, iż konieczne jest ukonkretnienie zapisów we wspomnianych podstawach programowych i wyodrębnienie treści związanych z seksualną sferą życia osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Brak wydzielonego przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” czy też „edukacja seksualna” niesie za sobą szereg konsekwencji. Po pierwsze, oczekuje się, że

⁶ Dz.U. 2009, nr 4, poz. 17.

⁷ Tamże.

wspomniane treści zostaną włączone w treści innych przedmiotów, a mianowicie w przypadku szkoły podstawowej i gimnazjum – w „funkcjonowanie w środowisku”, natomiast w szkołach przysposabiających do pracy – w przedmiot „funkcjonowanie osobiste i społeczne”.

Po drugie, brak wydzielonego przedmiotu nie stawia przed dyrektorem wymogu zatrudnienia osoby przygotowanej do realizacji owych treści (po studiach podyplomowych z edukacji seksualnej lub innych odpowiednich kursach kwalifikacyjnych). Jeśli zatem „zwyčajny” nauczyciel (bez wspomnianego przygotowania) nie włączy treści dotyczących seksualności w codzienne zajęcia, uczniowie niepełnosprawni intelektualnie mogą do końca procesu edukacji nie dowiedzieć się niczego na ten temat. Należy mieć oczywiście świadomość, że samo wprowadzenie stosownego przedmiotu nie jest rozwiązaniem idealnym. Trudno bowiem oczekiwać, że osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym czy znacznym posiadają odpowiednią wiedzę podczas zaledwie kilkunastu godzin w roku. Co jest zatem rozwiązaniem najlepszym?

Rozważając temat prawa do edukacji seksualnej nie można pominąć grupy osób z **głęboką niepełnosprawnością intelektualną**. Mimo wielu ograniczeń i utrudnień w funkcjonowaniu osoby te nie przestają być istotami seksualnymi. Kwestię edukacji tej grupy osób reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 30 stycznia 1997 roku (Dz.U. nr 14, poz. 76) dotyczące zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Nie wspomina się w nim o edukacji seksualnej, jednak warto pamiętać, że pewne treści programowe zawarte w rozporządzeniu można odnieść do interesującej nas sfery życia, np. „wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała” (warto pamiętać, że ciało to też narządy płciowe i wprowadzenie poprawnego nazewnictwa jest już edukacją seksualną), „kształtowanie umiejętności funkcjonowania w otoczeniu” (uczeń funkcjonuje przecież jako osoba określonej płci z różnymi tego konsekwencjami). Osoba głęboko niepełnosprawna intelektualnie stanowi całość i nie można jej odebrać seksualnej sfery życia, zatem nie można jej także odebrać prawa do edukacji seksualnej, choćby w formie bardzo prostej, dlatego byłoby wskazane, aby w rozporządzeniu jednoznacznie wskazać na konieczność wspierania seksualności tej grupy osób.

Podsumowując tę część rozważań, pragnę stwierdzić, iż niezbędne jest:

a) dokonanie zmian w podstawach programowych ujmujących cele edukacyjne, zadania szkoły oraz treści nauczania osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną na różnych etapach edukacji (szkoły podstawowe, gimnazja i szkoły przysposabiające do pracy) i ujęcie w nich treści dotyczących seksualności tej grupy osób;

b) uzupełnienie przepisów regulujących realizację zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną o zapis dotyczący wspierania ich rozwoju psychoseksualnego;

c) stworzenie (obligatoryjnych) programów edukacji seksualnej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (uwzględniających różne etapy edukacji, a także

dostosowanych do poziomu sprawności różnych grup osób niepełnosprawnych intelektualnie);

d) opracowanie programów edukacji seksualnej, które mogą być realizowane w placówkach dla osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną (warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej i inne).

Należy mieć świadomość, iż stworzenie odpowiednich przepisów, programów, zaleceń to dopiero pierwszy krok, znacznie ważniejsze jest ich respektowanie oraz profesjonalne wprowadzanie w życie, a to zależy: po pierwsze – od dyrektorów poszczególnych placówek, a po drugie – od nauczycieli i innych specjalistów pracujących w tych placówkach.

Kto powinien edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną?

Odpowiedź na powyższe pytanie wydaje się być jednoznaczna: edukować seksualnie powinni przede wszystkim rodzice, w drugiej zaś kolejności – przygotowani do realizacji tego zadania specjaliści. Udziałowi rodzica w edukowaniu seksualnym dziecka poświęcam kolejną część rozważań, w tej zaś ograniczam się do omówienia roli specjalistów.

Sprawą pierwszą są bez wątpienia kwestie formalne, a mianowicie odpowiedź na pytanie, czy wszyscy nauczyciele, pedagodzy mogą w warunkach instytucjonalnych realizować treści dotyczące seksualności?

Jeśli jest to osoba realizująca w ramach zajęć szkolnych przedmiot „wychowanie do życia w rodzinie”, to musi ona legitymować się ukończeniem studiów wyższych w zakresie nauk o rodzinie, studiów podyplomowych lub kursów kwalifikacyjnych zgodnych z treściami programowymi zajęć. Taki wymóg stawia się zatem jedynie specjalistom pracującym z osobami z lekką niepełnosprawnością intelektualną, ponieważ tylko ta grupa ma prawnie zagwarantowany udział w tego typu zajęciach. Nauczyciele prowadzący przedmiot „wychowanie do życia w rodzinie” w szkolnictwie specjalnym wskazują jednak, iż podczas kursów czy studiów podyplomowych nie ma modułów zajęć uwzględniających specyfikę edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną lub osób ze sprzężeniami (z uszkodzonym wzrokiem, słuchem, z mózgowym porażeniem dziecięcym), a byłoby to wysoce pożądane. Jak mi wiadomo, tylko niektóre ośrodki naukowe czy instytucje organizujące wspomniane formy doskonalenia oferują swoim słuchaczom zajęcia na temat seksualności osób niepełnosprawnych.

Jak już wspomniałam w poprzedniej części rozważań, brak wyodrębnionego przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” w szkołach dla osób niepełnosprawnych

intelektualnie w stopniu umiarkowanym i znacznym implikuje brak w tych placówkach nauczycieli przygotowanych do realizacji zajęć na ten temat. W związku z tym, że treści dotyczące szeroko rozumianej seksualności powinny być włączane w inne zajęcia, tak naprawdę każdy nauczyciel pracujący z tą grupą osób powinien zdobyć kompetencje do ich realizacji. Czy jest to możliwe? Oczywiście nie sposób oczekiwać, by wszyscy pedagodzy specjalni ukończyli studia podyplomowe czy kursy kwalifikacyjne z edukacji seksualnej. Czy zatem istnieje realny model przygotowania pedagogów specjalnych do pracy w obszarze seksualności z podopiecznymi z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną?

Oto propozycje działań nakierowanych na specjalistów, które powinny zostać podjęte, by edukacja seksualna zaczęła być obecna w placówkach przeznaczonych dla interesującej nas grupy osób i była prowadzona zgodnie z międzynarodowymi standardami.

A. Kształcenie pedagogów specjalnych

Bez wątplenia sprawą priorytetową jest włączenie treści dotyczących seksualności w proces edukacji przyszłych pedagogów specjalnych. Nie wystarczy jednak oferowanie studentom fakultatywnego przedmiotu o charakterze ogólnym, np. seksuologii (wielu ze studentów i tak nie ma do niego dostępu, ponieważ w wyborze obowiązuje zasada „kto pierwszy, ten lepszy”, a poza tym przedmiot ujmuje treści odnoszące się do osób sprawnych). Nie jest także wystarczające jedynie wspomnianie tematu seksualności w ramach innych zajęć (np. dotyczących dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną), ponieważ osoby realizujące owe zajęcia nie mają specjalistycznego przygotowania do pracy w obszarze seksualności. Wydaje się, iż niezbędne jest wyodrębnienie przedmiotu „pedagogika seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną”, w ramach którego studenci mieliby szansę zdobyć:

- wiedzę na temat seksualności człowieka na różnych etapach rozwoju,
- wiedzę na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną (specyfiki będącej konsekwencją niepełnosprawności intelektualnej),
- wiedzę o seksualności osób z niepełnosprawnością ruchową, np. z urazami rdzenia kręgowego, z mózgowym porażeniem dziecięcym, a także z niepełnosprawnością sensoryczną, z autyzmem (jest to niezbędne, gdyż u wielu uczniów objętych edukacją specjalną występuje niepełnosprawność sprzężona),
- wiedzę metodyczną dotyczącą realizacji szeroko rozumianej edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie (na różnych etapach edukacji, z uwzględnieniem placówek dla osób w różnym wieku i o różnym poziomie sprawności intelektualnej).

Przyszli pedagodzy powinni osiąść w ramach studiów następujące umiejętności:

- uwzględniania treści dotyczących seksualności w indywidualnych programach edukacyjno-terapeutycznych swoich podopiecznych (uczniów szkoły) czy też w indywidualnych programach rehabilitacji (konstruowanych dla uczestników warsztatów

terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy, mieszkańców domu pomocy społecznej),

– włączania treści dotyczących seksualności w codzienne zajęcia podopiecznych (w przedmioty wyodrębnione w podstawach programowych, w zajęcia realizowane w placówkach dla dorosłych),

– współpracy z rodzicami podopiecznych w aspekcie seksualności,

– współpracy ze specjalistami zajmującymi się tym obszarem życia człowieka.

Powyższy przedmiot powinien ponadto znaleźć swe miejsce na wszelkiego typu studiach podyplomowych i kursach, po których ukończeniu nauczyciel uzyskuje kwalifikacje do pracy z osobami z intelektualną niepełnosprawnością.

B. Działania nakierowane na nauczycieli

W obecnej rzeczywistości edukacyjnej w zasadzie tylko niewielu nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną ma jakiegokolwiek przygotowanie do pracy z podopiecznymi w obszarze seksualności. Nie zdobyli oni bowiem wiedzy na ten temat w czasie studiów wyższych, dostrzegając jednakże potrzebę podniesienia swoich kompetencji, poszukując kursów, szkoleń i warsztatów na ten temat. Czy znajdują je na polskim rynku? Owszem, można nawet odnieść wrażenie, że zagadnienie seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie – przez tak wiele lat pomijane, wręcz ignorowane – nagle zyskało rangę tematu pierwszoplanowego. Szkołą więc wszyscy: czasem seksuolodzy, którzy nigdy nie mieli nawet kontaktu z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, niekiedy pedagodzy specjaliści, którzy nie znają problematyki seksualności człowieka, psycholodzy, którzy przeczytali kilka publikacji na ten temat. Kompetencje osób realizujących tego typu szkolenia, rodzaj przekazywanej wiedzy są więc bardzo zróżnicowane i przez nikogo nie weryfikowane. Wydaje się więc niezbędne wprowadzenie jakiejś formy specjalistycznej kontroli poczynąń tych, którzy podejmują się edukowania nauczycieli, terapeutów pracujących z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.

Niezależnie od wspomnianego problemu, cenny jest fakt, iż nauczyciele pragną poszerzyć swoją wiedzę i umiejętności dotyczące edukacji seksualnej podopiecznych. Uczestnictwo kadry placówki w warsztatach na ten temat jest często pierwszą okazją do nawiązania dialogu pomiędzy różnymi grupami specjalistów pracujących w danej instytucji, daje szansę wspólnego spojrzenia na zachowania podopiecznych, uzmysłowienia sobie konieczności podjęcia dalszych działań, tj. opracowania autorskiego programu, wyodrębnienia osoby, która będzie kierować pracą w tym obszarze i innych.

Wydaje się, iż w polskich szkołach dla osób z głębszą i głęboką niepełnosprawnością intelektualną czy też w placówkach dla dorosłych (warsztaty terapii zajęciowej i inne) edukacja seksualna ma szansę zaistnieć, jeśli:

– kadra placówki zostanie przeszkolona na temat seksualności swoich podopiecznych,

– wyodrębni się lider (edukator seksualny) – osoba kierująca w placówce działaniami mającymi na celu wspieranie podopiecznych w obszarze seksualności.

Wskazane jest, by osoba na stałe odpowiedzialna za działania tego typu ukończyła studia podyplomowe z edukacji seksualnej lub z seksuologii (lub pokrewne) i stale poszerzała swoje kompetencje, aby mogła udzielać specjalistycznego wsparcia pozostałym nauczycielom. Oto przykładowe działania, które mogą się mieścić w zakresie obowiązków lidera – edukatora seksualnego:

- koordynacja działań podejmowanych przez wszystkich nauczycieli (z różnych etapów edukacji),
- udzielanie merytorycznego wsparcia kadrze placówki,
- opracowanie (we współpracy z nauczycielami) programów pracy dla poszczególnych grup uczniów znajdujących się na kolejnych etapach edukacji (z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych grup, np. grupa osób z autyzmem, oddział rewalidacyjno-wychowawczy),
- analiza indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych uczniów pod kątem treści związanych z seksualnością,
- analiza okresowych planów pracy z uczniami,
- zorganizowanie (we współpracy z nauczycielami) centrum pomocy dydaktycznych na terenie placówki, potrzebnych do realizacji edukacji seksualnej z poszczególnymi grupami,
- realizacja wybranych zajęć tematycznych z podopiecznymi,
- koordynacja działań nakierowanych na rodziców podopiecznych i inne.

Obecność wspomnianego nauczyciela nie oznaczałaby zwolnienia pozostałych nauczycieli z realizacji treści dotyczących seksualności w codziennych zajęciach edukacyjnych. Jego działania można nazwać merytoryczno-koordynująco-wspierającymi.

W powyższych rozważaniach skupiłam się głównie na merytorycznych kompetencjach osób, które realizują (lub powinny realizować) edukację seksualną w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie. Jest to sprawa podstawowa. Nie mniej ważne są jednak i inne kwestie. Otóż realizując zajęcia dotyczące seksualności, niezwykle łatwo jest nieświadomie przenieść własne lęki, rozczarowania, poczucie winy i inne doświadczenia na podopiecznych, a także oceniać ich zachowania z punktu widzenia własnego światopoglądu lub zwykłej hipokryzji. Jest zatem niezmiernie istotne, by nauczyciele zdawali sobie sprawę z takiego zagrożenia, nigdy nie dzielili się z podopiecznymi osobistymi przeżyciami w tej dziedzinie i jednocześnie pozytywnie postrzegali seksualność i jej przejawy.

Ze względu na charakter niniejszej publikacji pomijam szerszą dyskusję na ten temat. Omawiane kwestie są bowiem równie ważne, gdy dyskutujemy zagadnienie edukacji seksualnej wszystkich osób, niezależnie od tego, czy są sprawne czy niepełnosprawne intelektualnie.

Współuczestnictwo rodzica w edukacji seksualnej niepełnosprawnego intelektualnie dziecka. O potrzebie instytucjonalnego wsparcia

Rodzice odgrywają ogromną rolę w procesie edukacji seksualnej swojego niepełnosprawnego intelektualnie dziecka, nawet jeśli nie mają świadomości, że działania, które właśnie podejmują, można za edukację seksualną uznać. Poszanowania własnych intymnych granic uczy dziecko – lub nie – już przez sposób, w jaki odnoszą się do jego ciała, kiedy jest jeszcze małe lub gdy dorasta. To, w jaki sposób reagują na przejawy jego seksualności (pseudoseksualne zabawy dziecięce, masturbacja dziecięca czy też masturbacja w okresie dojrzewania i inne), uczy dziecko, co jest dozwolone w sprawach seksu, a co nie. Wielu rodziców przyjmuje wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie dzieci postawę kontrolującą. Kontroli podlegają – ze względu na przekonanie, że przyzwolenie na ekspresję seksualności może wywołać obsesję lub rozwiązłość seksualną – przede wszystkim dwa obszary: czas wolny oraz kontakty z osobami płci przeciwnej. W odczuciu rodziców izolacja od okoliczności, które mogłyby przyczynić się do rozbudzenia seksualnego, ma służyć ochronie dziecka. Są też rodzice, którzy starają się tłumić wszelkie przejawy seksualności swoich dzieci, a zatem ignorują lub tłumią ich zainteresowania seksualne, ograniczają dostęp do seksualnej edukacji, szukają farmakologicznych sposobów osłabienia popędu seksualnego czy też wyrabiają w dziecku przekonanie, że nie będzie mogło bez nich żyć i żadna inna miłość nie będzie tak trwała i wielka jak rodzicielska⁸. Niektórzy jednak starają się wspierać dziecko w rozwoju psychoseksualnym i przekazują mu niezafałszowaną wiedzę o ludzkiej seksualności i prawidłowych (zgodnych z zasadami społecznymi) sposobach jej realizacji.

Należy mieć świadomość, iż rodzice w większości mają trudności z realizacją świadomej edukacji seksualnej w odniesieniu do własnych niepełnosprawnych intelektualnie dzieci. Przyjmowanie postawy unikającej wiąże się w ich przypadku z następującymi czynnikami:

- brak wiedzy na temat ludzkiej seksualności i trudności z określeniem, na ile niepełnosprawność intelektualna determinuje lub zaburza rozwój seksualny człowieka,
- koncentracja na niepełnosprawności intelektualnej dziecka i wszelkich formach jego usprawniania czy rehabilitacji (seksualność staje się więc sprawą drugorzędną lub – z ich punktu widzenia – nieistotną),
- lęk przed „rozbudzeniem seksualnym” dziecka (rodzicom tak trudno jest przewidzieć skutki swoich działań, że wybierają ich zaniechanie, wolą, by – niezależnie od wieku – dziecko na zawsze pozostało – w ich przeświadczeniu – aseksualne),

⁸ M. Karwacka, *Rodzice wobec seksualności dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, w: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, Warszawa: APS, 2005.

– niekiedy problemy rodziców z własną seksualnością lub problemy w relacji z partnerem (niejednokrotnie sam fakt posiadania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną generuje szereg problemów, np. brak czasu, przemoc, konieczność ciągłej opieki nad dzieckiem, które wpływają na jakość związku rodzica oraz jego życie seksualne),

– poczucie osamotnienia w problemie (zdarza się, iż rodzice słyszą od nauczycieli, opiekunów dziecka: „mamy problem z jego seksualnością, proszę coś z tym zrobić”, czują się więc zażenowani, zawstyżeni i bezradni).

Ostatni z wymienionych czynników odgrywa rolę podstawową. Moje wieloletnie osobiste doświadczenia w pracy z rodzicami osób niepełnosprawnych intelektualnie wskazują na fakt, iż rodzice staną się wsparciem dla swoich dzieci w obszarze seksualności, jeśli najpierw sami wsparcie w tym względzie otrzymają. Jest im potrzebne wsparcie emocjonalne – rodzice muszą mieć poczucie, że żadne z ich pytań nie jest niewłaściwe oraz że nie muszą wstydzić się za dziecko czy własnej niewiedzy. Rodzice oczekują też kontaktu z kompetentnym specjalistą, który przekaze im fachową wiedzę na temat seksualności. Potrzebują także konkretnych instrukcji postępowania z dzieckiem w aspekcie seksualności (jak odpowiadać na pytania dziecka, jak reagować, gdy dziecko masturbuje się i inne), w których zostanie uwzględniony także ich osobisty stosunek do określonych kwestii. Pamiętać należy, że rodzic nie jest i nie powinien być dla swego dziecka terapeutą czy nauczycielem, lecz pozostać rodzicem. Trzeba ponadto mieć świadomość, iż – podobnie jak ma to miejsce w przypadku młodzieży pełnosprawnej – wiele osób z niepełnosprawnością intelektualną nie chce na pewnym etapie rozwoju rozmawiać ze swoimi rodzicami na tematy związane z seksualnością i zdecydowanie chętniej czyni to w kontakcie ze specjalistami.

W ramach różnorodnych placówek przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną można podjąć szereg działań, które stanowią wsparcie dla rodziców. Można do nich zaliczyć:

– organizowanie spotkań kadry z rodzicami na różne tematy dotyczące seksualności, np. o zakochaniu i miłości, seksie, antykoncepcji, seksualności małych dzieci, dojrzewaniu, wykorzystywaniu seksualnym i inne,

– organizowanie spotkań ze specjalistami, np. urologiem, ginekologiem, seksuologiem, endokrynologiem, z przedstawicielami różnych instytucji pomocowych, np. tych, które wspierają ofiary wykorzystywania seksualnego,

– jeśli rodzice chcą porozmawiać o kwestiach etycznych czy religijnych – zaproszenie do placówki etyka lub duchownego (należy pamiętać, że podopieczni mogą być różnych wyznań),

– zgromadzenie w placówce informacji o specjalistach czy instytucjach, które mogą służyć wsparciem rodzicom lub podopiecznym,

– zgromadzenie w placówce literatury dotyczącej seksualności dzieci, młodzieży, dorosłych oraz osób niepełnosprawnych intelektualnie,

– organizowanie spotkań z udziałem rodzica, wychowawcy, potrzebnych specjalistów, które służą znalezieniu rozwiązań problemów, które pojawiły się w obszarze seksualności podopiecznego⁹.

Moje osobiste wieloletnie doświadczenia w pracy z rodzicami osób niepełnosprawnych intelektualnie wskazują, iż rodzice staną się sprzymierzeńcami poczynań specjalistów, jeśli będą je rozumieć, a także wówczas, gdy spotkają na swojej drodze takich specjalistów, którzy będą umieli być dla nich balsamem łagodzącym lęki związane z seksualnością niepełnosprawnych dzieci.

Kiedy zacząć? Jakie treści przekazywać?

Jednym z podstawowych błędów, jaki popełniają rodzice osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz specjaliści, jest „błąd opóźniania”, czyli przekazywanie swoim dzieciom lub podopiecznym treści związanych z seksualnością już po pojawieniu się u nich określonych potrzeb rozwojowych czy zmian fizjologicznych (rozmowa o miesiączce, gdy już się pojawiła, lub o współżyciu seksualnym i antykoncepcji, gdy podopieczna jest już w ciąży)¹⁰. W efekcie osoby niepełnosprawne intelektualnie nie rozumieją przejawów własnej seksualności, co wzbudza w nich lęk, prowokuje zachowania niepożądane¹¹. Należy mieć świadomość, iż zarówno dzieci, młodzież, jak i dorośli z niepełnosprawnością intelektualną – pozbawione celowej edukacji seksualnej ze strony opiekunów – nie są często w stanie samodzielnie nadrobić zaległości, nie sięgną bowiem do książki, Internetu, nie mogą liczyć na rówieśnicze wsparcie w tej kwestii. Jest więc niezwykle ważne, by osoby niepełnosprawne intelektualnie miały zapewnioną edukację w tym względzie od jak najwcześniejszych lat. Trzeba o tym nieustannie przypominać rodzicom małych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, z zespołem Downa czy autyzmem, są oni bowiem tak bardzo pochłonięci niepełnosprawnością dziecka, skupieni na jego usprawnianiu, leczeniu, że często zapominają, iż dziecko ma płeć, jest dziewczynką czy chłopcem i że musi ten fakt zrozumieć, zaakceptować, pojąć konsekwencje z tego wynikające i trzeba mu w tym pomóc. Niezwykle ważne dla rozwoju psychoseksualnego jest także to, w jaki sposób najbliższe otoczenie dziecka odnosi się do jego cielesności. Zdarza się, iż w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie w głębszym czy głębokim stopniu rodzice czy specjaliści traktują ich ciała jak obiekty usprawniania, zwłaszcza jeśli z niepełnosprawnością intelektualną współwystępuje niepełnosprawność ruchowa, pozbawiają podopiecznych prawa do intymności, próbują „odseksualizować” to, co w nich seksualne. Jest zatem niezmiernie ważne, by zarówno rodzice, jak i spe-

⁹ I. Fornalik, *Dojrzewanie. Miłość. Seks. Poradnik dla rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”, 2010.

¹⁰ Por. M. Karwacka, *Rodzice wobec...*, dz. cyt.

¹¹ Por. I. Fornalik, „Rozwój psychoseksualny młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w zależności od środowiska życia”. Praca doktorska: UAM WSE Poznań, 2002, promotor: prof. dr hab. I. Obuchowska.

cjaliści pracujący z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w pierwszych latach życia realizowali choćby podstawową edukację seksualną względem podopiecznych, skupioną na kształtowaniu tożsamości płciowej, wyrabianiu właściwego stosunku do ciała, przekazaniu wiedzy o budowie ciała dziewczynki i chłopca. Na tym etapie istotne jest też to, w jaki sposób będą reagować na dziecięce przejawy seksualności, tj. na zabawy seksualne, masturbację wczesnodziecięcą i inne. Na dalszych etapach rozwoju – podobnie jak w przypadku osób w normie intelektualnej – również bardzo ważne jest to, by edukacja seksualna nieznacznie wyprzedzała doświadczenia podopiecznego.

Zastanawiając się, jakie treści w ramach edukacji seksualnej przekazywać podopiecznym, musimy uwzględnić wiele różnych czynników. Ogromnie ważny jest wiek podopiecznego oraz etap rozwoju psychoseksualnego, na jakim się znajduje, ale nie mniej istotny jest stopień jego sprawności intelektualnej, występowanie dodatkowych sprzężeń (autyzm, mózgowe porażenie dziecięce i inne), poziom kompetencji w zakresie komunikacji (czy mówi, czy porozumiewa się alternatywnym systemem komunikacji, np. piktogramami), a także jego dotychczasowe doświadczenia. Praca z omawianą grupą osób w obszarze seksualności wymaga indywidualizacji w znacznie większym stopniu niż w pracy z osobami w normie intelektualnej.

Mimo powyższego nie ma powodu, by sądzić, że treści przekazywane osobom niepełnosprawnym intelektualnie powinny w jakiś szczególnie sposób odbiegać od tych, które przekazujemy osobom w normie intelektualnej. Poniżej prezentuję w uproszczonej formie te zagadnienia, które powinny znaleźć swe miejsce w programach edukacji seksualnej osób z intelektualną niepełnosprawnością, a które są zazwyczaj pomijane w edukacji tej grupy osób. Nie ujmowałam natomiast treści, które tworzą swoisty kontekst dla spraw związanych z seksualnością: rodzina i jej członkowie, etapy życia człowieka, koleżeństwo, przyjaźń i inne. One zwykle są realizowane w placówkach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Treści, które powinny być realizowane:

- być dziewczynką, być chłopcem – świadomość płci, identyfikacja płciowa, role płciowe
- budowa ciała dziewczynki/chłopca – uwzględnienie części intymnych, świadomość ciała
- budowa ciała kobiety/mężczyzny – bardziej szczegółowa wiedza, uwzględnienie narządów płciowych zewnętrznych i wewnętrznych
- dojrzewanie płciowe dziewcząt: zmiany w wyglądzie ciała, higiena w okresie dojrzewania, miesiączka, wizyta u ginekologa, problemy okresu dorastania
- dojrzewanie płciowe chłopców: zmiany w wyglądzie ciała, higiena w okresie dojrzewania, polucje nocne, problemy okresu dorastania
- co to jest seks (podniecenie seksualne, masturbacja, współżycie seksualne)? społecznie akceptowane sposoby zaspokojenia potrzeby seksualnej; inicjacja seksualna; konsekwencje seksu; odpowiedzialny i bezpieczny seks; co jest dozwolone w seksie, a co nie? antykoncepcja; infekcje przenoszone drogą płciową

- zakochanie, miłość, okazywanie uczuć, miłość nieodwzajemniona
- związek: dobry i zły związek, rozwiązywanie problemów, wzajemna komunikacja; życie w pojedynkę – jak sobie radzić?
- małżeństwo: możliwości i ograniczenia prawne, jakie mają osoby niepełnosprawne intelektualnie, prawa i obowiązki małżonków, zawarcie małżeństwa, rozwód
- od zapłodnienia do porodu: co to jest płodność? jak rozwija się dziecko w życiu płodowym? jak wygląda poród?
- być matką, być ojcem: dobry rodzic, odpowiedzialne macierzyństwo i ojcostwo, wychowanie dziecka w codziennym życiu, czy każdy powinien być rodzicem?
- o zagrożeniach: pornografia, prostytutka
- granice intymności, wykorzystywanie seksualne, profilaktyka, jak szukać pomocy?
- orientacja psychoseksualna¹².

Jak już wcześniej wspomniałam, niezmiernie ważna jest indywidualizacja w doborze treści dla poszczególnych osób. Oczywisty jest fakt, iż w przypadku osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną konieczne jest skupienie się na kwestiach podstawowych, takich jak: budowa ciała (poprawne nazewnictwo), pomoc w zrozumieniu i zaakceptowaniu fizjologicznych zmian związanych z dojrzewaniem płciowym, odpowiednie reagowanie na masturbację (ustalenie przyczyn, wybór odpowiedniej reakcji itp.) lub inne przejawy seksualności, nauczanie akceptowanych sposobów rozładowania napięcia seksualnego, ochrona intymności. Jest to grupa osób, która – ze względu na ograniczenia w sferze intelektualnej – nie będzie w stanie pojąć kwestii takich, jak owulacja, małżeństwo i wiele innych.

Jeśli z kolei pracujemy z grupą osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym, to wiele z wymienionych zagadnień trzeba będzie omówić w określonym kontekście. Oto przykład: przy omawianiu kwestii małżeństwa niezbędne będzie odwołanie się do przepisów prawa, czyli art. 12 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, który głosi, iż „[...] nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa”. Niezbędne jest więc wyjaśnienie podopiecznym przepisu, ale także rozmowa o tym, czy podopieczni naprawdę rozumieją istotę małżeństwa, czy będą umieli poradzić sobie w codziennym życiu we dwoje, czy mają świadomość nie tylko swoich możliwości, ale także ograniczeń wynikających z niepełnosprawności intelektualnej, czy są przygotowani do roli małżonków.

Jest wiele zagadnień, które wymagają szczególnego potraktowania w zależności od tego, z jaką grupą pracujemy. Jest nim niewątpliwie także kwestia rodzicielstwa. W przypadku osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, które w większości

¹² W tym miejscu należy zaznaczyć, iż w warunkach szkoły osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną uczestniczące w zajęciach „wychowanie do życia w rodzinie” realizują te same treści programowe, co dzieci i młodzież w normie intelektualnej. Obowiązuje je bowiem ta sama podstawa programowa.

rodziny założyć, edukacja powinna koncentrować się na przygotowaniu do roli matki i ojca, nauce czynności potrzebnych w opiece nad dzieckiem (kąpiel niemowlęcia, przewijanie, karmienie, zabawa z dzieckiem i wiele innych). Jeśli natomiast są to osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębszym, należy skupić się na uświadamianiu (poprzez organizowanie zajęć praktycznych z lalkami, symulatorami i innych), na czym polega bycie matką, ojcem, ukazywaniu alternatywnego modelu życia, sposobów radzenia sobie z pragnieniem posiadania dziecka i równoczesną niemożnością jego realizacji. Jest to dla osób realizujących zajęcia niełatwe zadanie. Należy jednak pamiętać, iż osoby niepełnosprawne intelektualnie mają prawo do tego, by w procesie edukacji uzyskiwać wiedzę prawdziwą, nawet jeśli ona jest dla nich bolesna oraz uświadamia trudności i niemożności wynikające z niepełnosprawności¹³.

Jak realizować edukację seksualną w placówce dla osób niepełnosprawnych intelektualnie?

Rozważając kwestię organizacji edukacji seksualnej w szkole lub innej placówce przeznaczonej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, warto zdać sobie sprawę, że może ona przybierać różny kształt. Im głębszy jest stopień niepełnosprawności intelektualnej podopiecznych, tym większego znaczenia nabierają inne wymiary edukacji seksualnej, a mianowicie te wykraczające poza ramy wyodrębnionych do tego celu zajęć. Otóż bardzo duże znaczenie ma edukacja, która odbywa się niejako „przy okazji” innych działań związanych z opieką nad podopiecznymi. Dla przykładu: zmiana pieluchy podopiecznemu, mycie, pomoc w korzystaniu z toalety jest doskonałą okazją do nazwania intymnych części ciała, uczenia konieczności ochrony własnej intymności. Istotne są też te sytuacje, w których można realizować swoistą „interwencyjną edukację seksualną”. Sposób, w jaki nauczyciel, opiekun, terapeuta reaguje na przejawy seksualności podopiecznego, np. masturbację w miejscu publicznym czy naruszanie czyjejś intymności, uczy go, co jest dozwolone, a co nie. Niewątpliwie bardzo ważne jest, by specjaliści pracujący z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie umieli wychwytać te chwile, w których w sposób naturalny mogą wspierać seksualność podopiecznych, uczyć przestrzegania określonych norm, dostarczać potrzebnej wiedzy.

Kiedy analizujemy kwestię **organizacji edukacji seksualnej** ujętej w ramy konkretnych zajęć, musimy – podobnie jak w omawianych wcześniej kwestiach – wziąć pod uwagę dwie grupy osób niepełnosprawnych intelektualnie: osoby niepełnosprawne w stopniu lekkim (tematyka jest realizowana podczas wydzielonych godzin w ramach przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”) oraz osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim (brak wydzielonego przedmiotu,

¹³ I. Fornalik, *Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną? Poradnik dla specjalistów*, Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”, 2010.

zatem treści muszą zostać wplecione w inne przedmioty). Pragnę skupić się na drugiej z wyróżnionych grup interesujących nas osób.

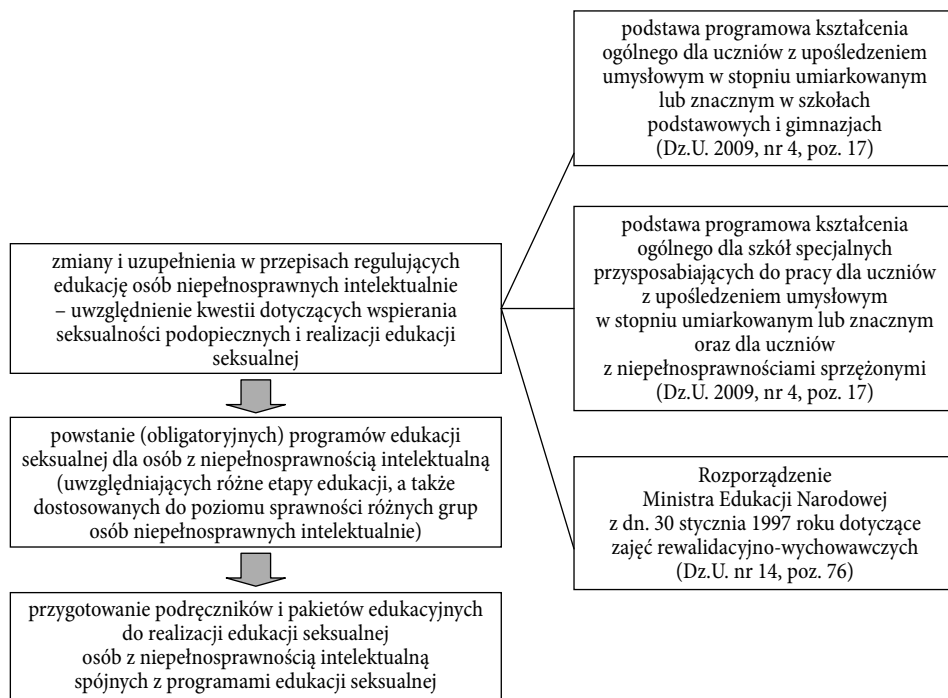
W szkołach dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną roczną pracę z podopiecznymi zazwyczaj planuje się wokół określonych ważnych wydarzeń zamieszczonych w kalendarzu. Nie jest trudno znaleźć takie święta, wokół których można zbudować cykl zajęć dotyczących seksualności. Oto przykłady: w okolicy Dnia Kobiet, Dnia Chłopca – zagadnienia związane z kobiecością, męskością, rolami obydwu płci, ale także np., jak zmieniamy się z dziewczynki w kobietę, z chłopca w mężczyznę (czyli o dojrzewaniu płciowym); w okolicy Dnia Matki, Dnia Ojca – kwestie związane z byciem rodzicami (od zapłodnienia, poprzez ciążę, poród aż po opiekę nad dzieckiem, trudy wychowania, relacje dziecka z rodzicami; przy okazji temat seksu). Na etapie planowania bardzo ważna jest rola dyrektora placówki, który zatwierdza okresowe plany pracy.

Realizując zajęcia dotyczące seksualności z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, musimy mieć świadomość, jak niezmiernie istotny jest sposób, w jaki to robimy. Pogadanki, praca z podręcznikiem, oglądanie długich filmów edukacyjnych to metody, które nie pomogą osobom niepełnosprawnym intelektualnie zrozumieć omawianych treści. Niezbędne jest jak najprostsze ujmowanie tematu (stosowane nawiązanie, język przekazu, poziom uszczegółowienia itp.), powtarzanie omawianych treści, stosowanie metod poglądowych, wykorzystanie scenek, przykładów, jednym słowem – wykorzystanie metod, form i środków zgodnych z zasadami nauczania osób z niepełnosprawnością intelektualną¹⁴. Czy jednak potrzebne jest stworzenie specjalistycznego warsztatu? Nie jest to niezbędny warunek dobrej edukacji seksualnej. Wydaje się jednak, iż niezwykle przydatne nauczycielom i innym osobom realizującym zajęcia tego typu byłyby zestawy prostych podręczników, pakietów edukacyjnych: kart pracy oraz pomocy multimedialnych, filmików instruktażowych, zdjęć, historyjek obrazkowych, dostosowane do możliwości percepcyjnych różnych grup osób niepełnosprawnych intelektualnie. Dostępne na rynku edukacyjnym pomoce dydaktyczne do pracy z młodzieżą w normie intelektualnej są zdecydowanie za trudne w odbiorze dla osób intelektualnie niepełnosprawnych. Byłoby pożądane, gdyby opracowane pomoce były spójne z opracowanymi programami edukacji seksualnej, o których wspomniałam w części rozważań poświęconej aspektom prawnym.

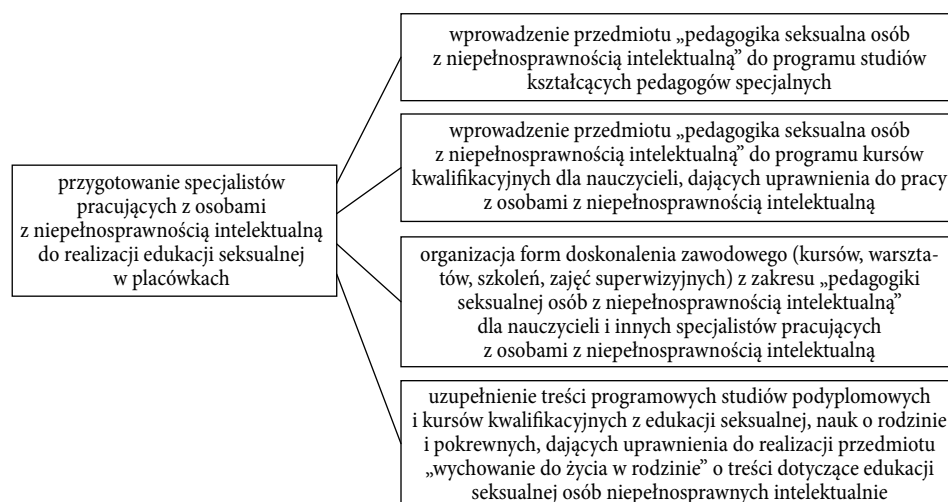
Próba podsumowania – model pożądany

Podsumowując powyższe rozważania, pragnę zaprezentować w formie graficznej swoisty model oddziaływań, jakie powinny zostać podjęte, by edukacja seksualna miała szansę zaistnieć w przestrzeni edukacyjnej osób niepełnosprawnych intelektualnie. Działania te winny odbywać się na różnych poziomach – prezentują je poniższe schematy.

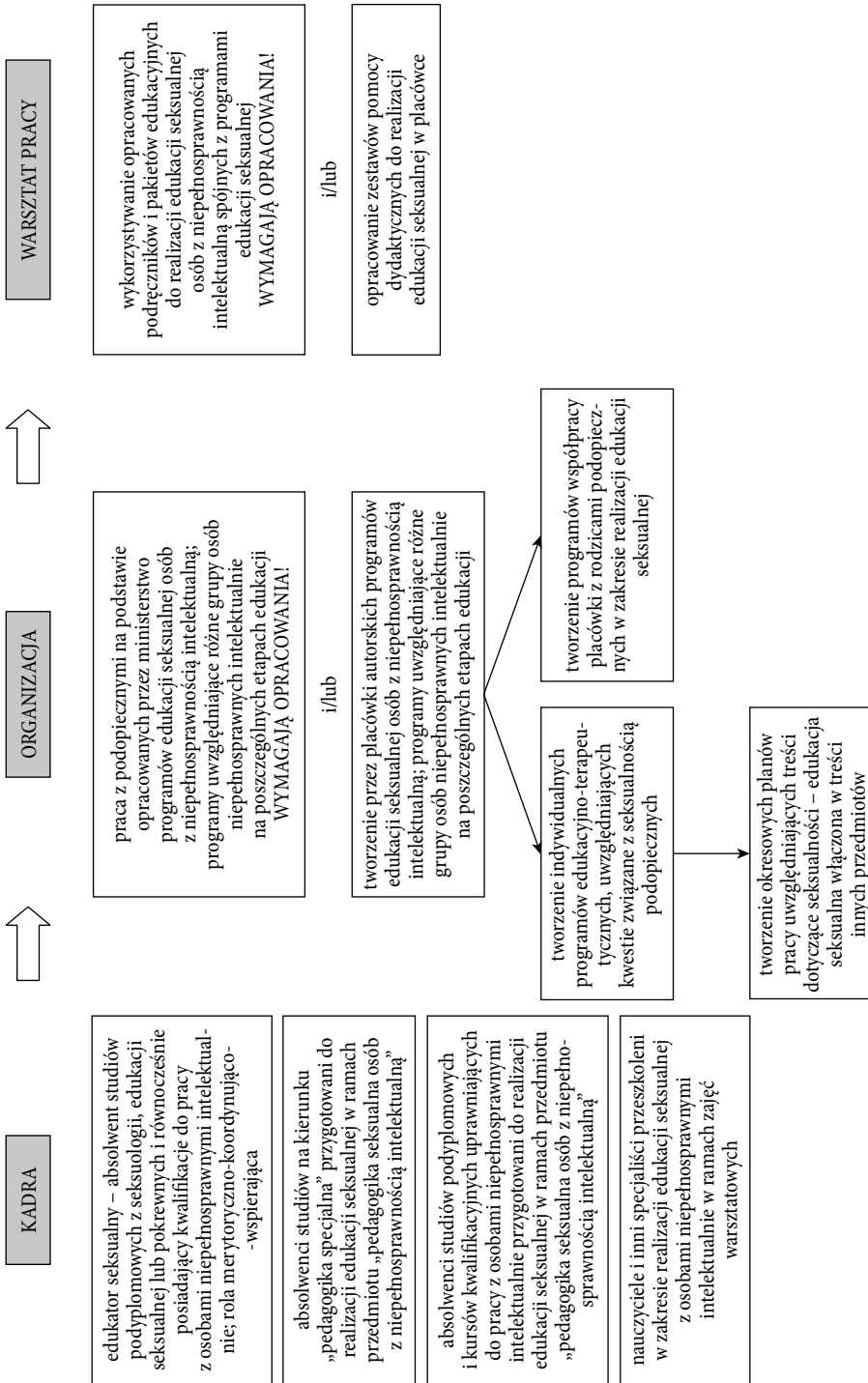
¹⁴ Szczegółowe omówienie: tamże.



Schemat 1. Poziom I – działania podejmowane na poziomie organów decyzyjnych (np. stosownych ministerstw)



Schemat 2. Poziom II – działania podejmowane na poziomie szkół wyższych i innych instytucji przygotowujących specjalistów do pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie



Schemat 3. Poziom III – działania podejmowane na poziomie placówek

Podsumowując niniejsze opracowanie, pragnę podkreślić, iż rozważając temat edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie, należy zwrócić uwagę na konieczność podjęcia działań, które pozwolą szeroko rozumianemu otoczeniu społecznemu zrozumieć istotę i sens działań tego typu. Mimo wspomnianych na wstępie pozytywnych zmian w społecznym odbiorze osób niepełnosprawnych intelektualnie nadal jeszcze kwestionuje się zasadność zwiększania świadomości seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie, uzmysławiania im prawa do miłości, do wyrażania swojej seksualności. Niezwykle ważne są zatem te przedsięwzięcia, np. medialne czy kulturalne, które ukazują zyski, jakie czerpie z udziału w edukacji seksualnej zarówno sama osoba niepełnosprawna, jak i jej otoczenie społeczne.

LITERATURA

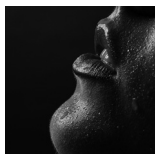
- BEISERT M. (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004
- FORNALIK I., „Rozwój psychoseksualny młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w zależności od środowiska życia”. Praca doktorska: UAM WSE Poznań 2002, promotor prof. dr hab. I. Obuchowska
- FORNALIK I., *Między młotem a kowadłem – dylematy w edukacji psychoseksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie*, „Bardziej Kochani” 2007, nr 4, s. 14–19
- FORNALIK I., *Dojrzewanie. Miłość. Seks. Poradnik dla rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”, 2010
- FORNALIK I., *Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną? Poradnik dla specjalistów*, Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”, 2010
- JACZEWSKI A., *Problemy seksualne upośledzonych umysłowo*, w: I. Wald (red.), *O integrację społeczną młodocianych i dorosłych upośledzonych umysłowo*, Warszawa: WSiP, 1978, s. 84–87
- JACZEWSKI A., *Wychowanie seksualne dzieci upośledzonych psychicznie*, „Problemy Rodziny” 1981, nr 3, s. 41–43
- KARWACKA M., *Rodzice wobec seksualności dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, w: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, Warszawa: APS, 2005, s. 83–92
- KIJAK R., *Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków: Impuls, 2009
- KOŚCIELSKA M., *Niechciana seksualność*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski, 2004
- LAUSCH K., LAUSCH K., *Wychowanie seksualne uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – wybrane zagadnienia*, w: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym, cz. II*, Warszawa: CMPPP, 2002, s. 56–76
- LEW-STAROWICZ Z., DŁUGOŁĘCKA A., *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006
- OBUCHOWSKA I., JACZEWSKI A., *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2002
- SOKOLUK W., *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*, Warszawa: WSiP, 2003
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. 2009, nr 4, poz. 17

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 30 stycznia 1997 roku dotyczące zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, Dz.U. nr 14, poz. 76

Ustawa z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży; tekst ujednolicony: Dz.U. 1993, nr 17, poz. 78 z poprawkami

JOANNA DEC

Zakład Poradnictwa i Seksuologii Uniwersytetu Zielonogórskiego



„CZYM SKORUPKA ZA MŁODU NASIĄKNIE...”, CZYLI O STEREOTYPACH DOTYCZĄCYCH SEKSUALNOŚCI W PODRĘCZNIKACH DO „WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE”

Wstęp

Problematyka związana z seksualnością człowieka, w tym z edukacją seksualną, w Polsce od zawsze budziła wiele emocji i kontrowersji. Niewątpliwie utrudnia to konstruktywną i rzetelną realizację tej tematyki w polskiej szkole. Kontrowersje budzi nie tylko sprawa, w której klasie wprowadzić przedmiot, ale także to, jakie treści mają być przekazywane, dobór odpowiednich treści kształcenia, podręczników oraz ich zawartość, przygotowanie nauczycieli realizujących zajęcia czy wreszcie status przedmiotu (obowiązkowy czy nie, zgoda rodziców na udział uczniów w lekcjach). Dyskusja dotycząca edukacji seksualnej w polskich szkołach ma charakter polityczny i światopoglądowy. Wskazuje na to choćby historia samej nazwy przedmiotu, która przez lata ulegała zmianie (od „przygotowanie do życia w rodzinie socjalistycznej”, poprzez „przygotowanie do życia w rodzinie” czy „wiedza o życiu seksualnym człowieka”). Obecnie przedmiot nosi nazwę „wychowanie do życia w rodzinie” (WDŻ) i realizowany jest w szkołach począwszy od ostatnich klas szkoły podstawowej.

W Polsce realizacja edukacji seksualnej w szkołach wynika z art. 4 ust. 3 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży¹. Szkoły na wszystkich etapach kształcenia mają obowiązek prowadzenia zajęć, jednak uczestnictwo uczniów w lekcjach z edukacji seksualnej jest nieobowiązkowe. Za przeprowadzenie spotkań odpowiedzialny jest

¹ Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz. 78, z późn. zm.

dyrektor szkoły. Dnia 10 sierpnia 2009 roku² minister edukacji narodowej podpisała nowelizację Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 sierpnia 1999 roku³ w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji, zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego. Nowelizacja wynikała ze zmian dotychczasowego funkcjonowania szkół podstawowych, konieczności dostosowania przepisów do nowej podstawy programowej oraz określenia warunków uczestnictwa dzieci i młodzieży w lekcjach WDŻ. Wcześniej rodzice lub prawni opiekunowie musieli złożyć pisemną deklarację zgody na udział dziecka w zajęciach. Po osiągnięciu pełnoletniości o udziale w zajęciach decydują sami uczniowie, deklarując swój udział na piśmie. Obecnie rodzice lub prawni opiekunowie niezgadzający się na udział dziecka w zajęciach z edukacji seksualnej powinni złożyć na piśmie dyrektorowi szkoły sprzeciw wobec uczestnictwa dzieci w takich lekcjach.

Treści nauczania określone są w podstawie programowej przedmiotu dla każdego typu szkół, które zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół⁴. Realizację przedmiotu przewiduje również nowa podstawa programowa określona w Rozporządzeniu Ministra z dnia 23 grudnia 2008 roku⁵. Poważnym problemem jest fakt, iż większość podręczników wpisanych na listę Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN) jako obowiązujące zawiera treści niesłużące zdrowiu seksualnemu i reprodukcyjnemu w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia, przedstawia nieprawdziwe informacje, niezgodne z najnowszymi badaniami naukowymi, powiela mity i stereotypy na temat seksualności człowieka i zagadnień z nią związanych. Z tego też powodu nie powinny być podstawą nauczania przedmiotu.

Stereotypy – definicja, cechy, rodzaje

W celu opisanego, czym jest stereotyp, warto przytoczyć jego liczne definicje obowiązujące w literaturze przedmiotu. Etymologicznie termin ten wywodzi się z języka greckiego, w którym *stereos* oznacza 'steżący, twarde', natomiast *typos* – 'wzorzec, odciśnięcie'⁶. W większości polskich opracowań naukowych opisuje się stereotypy jako schematyczne, uproszczone obrazy (reprezentacje) umysłowe odnoszące się do kategorii społecznych: osób, grup lub stosunków społecznych⁷.

² Dz.U. z 2009 r., nr 131, poz. 1079.

³ Dz.U. z 1999 r., nr 67, poz. 756, z późn. zm.

⁴ Dz.U. z 2002 r., nr 51, poz. 458, z późn. zm.

⁵ Dz.U. z 2009 r., nr 4, poz. 17.

⁶ Por. Z. Chlewiński, *Stereotypy i uprzedzenia*, w: Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, 1992.

⁷ Por. tamże; M. Kofka, *Wprowadzenie do psychologii stereotypów i uprzedzeń*, w: M. Marody, E. Gucwa-Leśny (red.), *Podstawy życia społecznego w Polsce*, Warszawa: Instytut Studiów Społecznych UW, 1996;

Pojawienie się tego terminu w naukach społecznych zawdzięcza się dziennikarzowi Walterowi Lippmannowi, który posłużył się nim w celu opisanego skłonności ludzi do spostrzegania osób czy przedmiotów „jako podobnych (czyli mających wspólne atrybuty) na podstawie ich wspólnych cech”⁸. Stwierdził także, iż każdy ma w głowie „umysłowe obrazy” świata zewnętrznego, które „przypominają szablony, z pomocą których próbujemy uprościć często niejednoznaczne informacje docierające do nas z otoczenia”⁹. O uproszczonym obrazie rzeczywistości, który niejednokrotnie zawiera w sobie także pewne jej zniekształcenia, pisał Gordon W. Allport, wskazując, że „stereotyp jest wyolbrzymionym przekonaniem, skojarzonym z jakąś kategorią”¹⁰. Maria Roguszka-Kłupś powołuje się na definicję Chałasińskiego, który twierdzi, że stereotypy „to definicje ludzi, przedmiotów, stosunków i sytuacji, których dokonujemy na każdym kroku i które przekazuje tradycja społeczna”¹¹.

W innych definicjach autorzy zwracają uwagę na istnienie w stereotypie aspektu uczuciowego. Stefan Baley twierdzi, iż nie ma stereotypu o charakterze neutralnym i definiuje go jako pewną formę spostrzegania czy też ujmowania przedmiotu, gdzie forma ta wyprzedza używanie zarówno rozumu, jak i zmysłów¹². O nacechowaniu emocjonalnym w stereotypie piszą również Lance K. Canon i Ezra Stotland, przyznając, iż stereotypy mogą mieć zabarwienie pozytywne, negatywne bądź neutralne. Sami jednak definiują pojęcie jako negatywnie wartościujący schemat¹³.

Pewne definicje stereotypu ujmują zjawisko szerzej, wskazując na budowanie uproszczonego obrazu pewnych osób lub grup społecznych. W tym ujęciu stereotyp opisują Richard D. Ashmore i Frances K. Del Boca, określając go jako „zespół przekonań na temat atrybutów pewnej grupy ludzi”¹⁴. Podobne stanowisko prezentuje Bogdan Wojciszke, pisząc, że stereotypy są „reprezentacjami jakichś kategorii ludzi, wyróżnionych na mocy kryteriów pozapsychologicznych”¹⁵. W innej publikacji autor wskazuje, iż reprezentacje te mogą być wyróżnione na podstawie określonych kryteriów, ze względu na jakąś łatwo zauważalną cechę, która określa społeczną tożsamość członków danej grupy¹⁶. Jak pisze Magdalena Grabowska, przytaczając definicję autora,

I. Kurcz, *Stereotypy, prototypy i procesy kategoryzacji*, w: Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, 1992; teże, *Zmiana stereotypów: jej mechanizmy i granice*, w: M. Kofta, A. Jasińska-Kania (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, Warszawa: Scholar, 2001; W. Łukaszewski, B. Weigl, *Stereotypy stereotypu czy prywatna koncepcja natury ludzkiej?* tamże; T. Mądrzycki, *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa: PWN, 1986.

⁸ T.D. Nelson, *Psychologia uprzedzeń*, Gdańsk: GWP, 2003, s. 25.

⁹ Tamże, s. 25.

¹⁰ Tamże, s. 26.

¹¹ M. Roguszka-Kłupś, *Przemiany pozycji społecznej kobiety pracującej zawodowo*, Poznań: Wydawnictwo Poznańskie, 1975, s. 59.

¹² Por. S. Baley, *Wprowadzenie do psychologii społecznej*, Warszawa: PWN, 1959.

¹³ M. Grabowska, *Stereotypy płci we wczesnej dorosłości*, Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW, 2007, s. 10.

¹⁴ T.D. Nelson, dz. cyt., s. 27.

¹⁵ B. Wojciszke, *Teoria schematów społecznych. Struktura i funkcjonowanie jednostkowej wiedzy o otoczeniu społecznym*, Warszawa: Wydawnictwo PAN, 1989, s. 70.

¹⁶ Por. B. Wojciszke, *Człowiek w relacji z innymi*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk: GWP, 1999.

„taki rodzaj schematu jest zwykle nadmiernie uproszczony, silnie nasycony wartościowaniem, niepodatny na zmiany i nadogólny”¹⁷.

Warto przybliżyć dwie definicje podsumowujące powyższe rozważania. Pierwsza jest autorstwa Tadeusza Szczurkiewicza i określa stereotyp jako „pewien względnie ustalony schemat przedstawienia sobie osób, rzeczy, sytuacji czy grup społecznych, zawierający pewne wartościowania, ale nie mający charakteru normatywnego”¹⁸. Z kolei według Henryka Pietrzaka „stereotyp jest ugruntowaną dyspozycją do interpretacji, kategoryzacji i oceny zjawisk i ludzi, mającą znamiona powszechności, która została głęboko zinternalizowana oraz oderwana od indywidualnej refleksji poznawczej człowieka, przy zachowaniu kategoryzacji emocjonalnej”¹⁹.

Z przytoczonych definicji stereotypu można wyodrębnić pewne jego cechy wspólne. Definiując i opisując, czym jest stereotyp, wielu autorów wymienia najbardziej deskryptywne właściwości stereotypów:

- wyznaczanie niezmiennego sposobu widzenia i oceniania świata,
- upraszczający, skrótowy charakter,
- tendencyjne i stronnicze uogólnienie,
- nadmierna generalizacja,
- upraszczanie rzeczywistości, nieadekwatne lub przesadne jej postrzeganie,
- schematyczny obraz (reprezentacja),
- sztywność, trwałość, brak lub niewielka podatność na zmiany,
- nietrafność, brak akuracności i adekwatności,
- ubóstwo treści, trudności z weryfikacją treści,
- związek stereotypu z afektem, ładunek emocjonalny,
- nasylenie wartościowaniem,
- nadogólność, minimalizowanie różnic pomiędzy reprezentantami danej grupy,
- werbalność,
- subiektywna pewność co do poprawności treści obrazu,
- nieadekwatność treści reprezentacji do rzeczywistości,
- niska złożoność treści obrazu,
- zawieranie niezweryfikowanego (często fałszywego) sądu,
- spójność, tendencja do agregowania w większe systemy,
- społeczne podzielenie²⁰.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa rodzaje stereotypów. Jak piszą Charles Stangor i Mark Schaller, „z jednej strony stereotypy funkcjonują w umyśle jednostki,

¹⁷ M. Grabowska, dz. cyt., s. 11.

¹⁸ T. Szczurkiewicz, *Studia socjologiczne*, Warszawa: PWN, 1970, s. 396.

¹⁹ H. Pietrzak, *Następstwa i efekty stereotypowego postrzegania człowieka i świata społecznego*, Rzeszów: Wydawnictwo WSP, 2000, s. 81.

²⁰ Por. M. Grabowska, dz. cyt.; E. Hilgard, *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa: PWN, 1967; I. Kurcz, *Zmiana stereotypów...*, dz. cyt.; W. Łukaszewski, B. Weigl, dz. cyt.; T. Mądrzycki, *Wpływ postaw na rozumowanie*, Warszawa: PWN, 1974; B. Weigl, *Stereotypy i uprzedzenia*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk: GWP, 2000.

z drugiej – stanowią integralną część struktury społecznej²¹. Stąd wyróżnić można stereotypy indywidualne i kulturowe.

Stereotypy indywidualne odnoszą się do przekonań jednostki na temat właściwości danej grupy. Powstają podczas gromadzenia przez jednostkę wiadomości i spostrzeżeń odnoszących się do jej otoczenia społecznego, które wpływają na kształtowanie się pewnych reprezentacji cech charakterystycznych dla grup lub zjawisk społecznych poznawanych przez jednostkę. Mogą one istnieć w umysłach poszczególnych osób bez względu na to, czy są one ogólnie podzielane. Mają one wpływ na konstruowanie przez jednostkę wiedzy o otaczającym ją świecie, uczucia i zachowanie jednostki, są składową jednostkowego obrazu świata²².

Natomiast stereotypy kulturowe dotyczą opisywania rozpowszechnionych lub uniwersalnych wzorców w danej społeczności. Są elementami kultury zbiorowości, stanowią jeden z aspektów zbiorowej wiedzy członków danego społeczeństwa i nabierają znaczenia, jeżeli są wspólne dla danej społeczności. Ważną rolę w procesie powstawania i rozpowszechniania stereotypów zbiorowych odgrywa społeczeństwo, będąc podstawą gromadzonych reprezentacji. Istotne jest to, iż stereotypy kulturowe w danej grupie mogą się różnić jednocześnie od stereotypów indywidualnych członków tejże grupy²³.

Warto podkreślić, iż postrzeganie stereotypów z obu perspektyw nie wyklucza się wzajemnie, wręcz przeciwnie: stanowiska te są względem siebie dopełniające. Jak piszą Mirosław Kofta i Aleksandra Jasińska-Kania,

[...] stereotyp jest pewnym faktem społecznym – częścią kultury zbiorowości, kolektywnego systemu założeń o naturze świata społecznego przyjmowanego przez pewne grupy na temat innych grup – a zarazem jest faktem psychologicznym, przekonaniem umiejscowionym w systemie sądów o świecie konkretnej jednostki. [...] nie możemy zrozumieć natury stereotypów, jeżeli nie uwzględnimy obu tych perspektyw jednocześnie²⁴.

Przykłady stereotypów dotyczących seksualności w wybranych podręcznikach do „wychowania do życia w rodzinie”

Wykaz obecnie dostępnych podręczników do „wychowania do życia w rodzinie” odnosi się zarówno do realizacji dotychczasowej podstawy programowej kształcenia ogólnego, jak i do nowej podstawy programowej dla wybranego typu szkoły i rodzaju

²¹ Ch. Stangor, M. Schaller, *Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe*, w: C.N. Macrae, Ch. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*, Gdańsk: GWP, 1999, s. 13.

²² Por. Z. Chlewiński, I. Kurcz I. (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, 1992; M. Kofta, A. Jasińska-Kania, *Wstęp. Czy możliwy jest dialog między społeczno-kulturowym a psychologicznym podejściem do stereotypów?* w: tychże (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, Warszawa: Scholar, 2001; T.D. Nelson, dz. cyt.; Ch. Stangor, M. Schaller, dz. cyt.

²³ Por. M. Kofta, A. Jasińska-Kania, dz. cyt.; T.D. Nelson, dz. cyt.; Ch. Stangor, M. Schaller, dz. cyt.

²⁴ M. Kofta, A. Jasińska-Kania, dz. cyt., s. XX–XXI.

zajęć edukacyjnych. W klasach III gimnazjum i pozostałych typach szkół nadal obowiązują podręczniki, w których realizowana jest dotychczasowa podstawa programowa kształcenia ogólnego. Jedynym podręcznikiem dopuszczonym dla klas IV–VI szkoły podstawowej, w którym realizowana jest dotychczasowa podstawa programowa w ramach „wychowania do życia w społeczeństwie”, jest książka pod redakcją Teresy Król *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klas V–VI szkoły podstawowej*.

W klasach gimnazjum w ramach „wiedzy o społeczeństwie” nadal obowiązuje dziewięć podręczników. Są to:

- *Ja i Ty. Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik dla gimnazjalistek i gimnazjalistów* A. Długołęckiej-Lach i G. Tworkiewicz-Bieniaś,
- *Kim jestem? Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik z ćwiczeniami dla gimnazjum* T. Garstki, M. Kostrzewskiego i J. Królikowskiego,
- *Wychowanie do życia w rodzinie. Gimnazjum* F. Kalinowskiej,
- *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. Moduł: Wychowanie do życia w rodzinie. 3 klasa gimnazjum* E. Kosińskiej,
- *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. Klasa 1 oraz Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. Klasa 2* pod redakcją E. Kosińskiej,
- *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klas I–III gimnazjum* pod redakcją T. Król,
- *Busola życia* W.E. Papis
- oraz *Wiedza o społeczeństwie. Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik dla gimnazjum* autorstwa K. Szczerby.

W liceach i technicach oraz w zasadniczych szkołach zawodowych nadal obowiązującymi podręcznikami do przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” są:

- *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych* pod redakcją T. Król i M. Ryś,
- *Busola życia* W.E. Papis
- oraz *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla młodzieży* autorstwa M. Ryś (ta pozycja przeznaczona jest jedynie dla liceum i technikum).

Z kolei podręczniki dopuszczone do użytku szkolnego przeznaczone do kształcenia ogólnego uwzględniające nową podstawę programową obowiązują jedynie w I i II klasach gimnazjum. Należą do nich:

- *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klas I–III gimnazjum* pod redakcją T. Król oraz
- *Wychowanie do życia w rodzinie* autorstwa F. Kalinowskiej.

Lista podręczników rekomendowanych przez MEN wciąż budzi wiele zastrzeżeń. Szczególnie chodzi tu o ich jakość i zawartość merytoryczną. Dostępne podręczniki do WDŻ można podzielić na dwie grupy: pierwsze powołują się na rzetelną wiedzę i najnowsze badania naukowe, odnoszą się między innymi do ustaleń Światowej Organizacji Zdrowia oraz innych międzynarodowych instytucji i organizacji zajmują-

cych się zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym człowieka; drugie przesycone są treściami odzwierciedlającymi światopogląd autorów, prezentują omawiane zagadnienia w kontekście katolickiego modelu etyki seksualnej. Niejednokrotnie naruszają prawo młodych osób do rzetelnej i neutralnej światopoglądowo informacji o seksualności człowieka. Większość z nich zawiera informacje nierzetelne merytorycznie, nieoparte obiektywnymi badaniami naukowymi, często stojące w sprzeczności z ustaleniami międzynarodowych instytucji naukowych i chroniących prawa człowieka. W wielu można się doszukać stereotypów i mitów dotyczących seksualności człowieka oraz roli kobiet i mężczyzn w rodzinie i społeczeństwie, nieprawdziwych informacji dotyczących metod sterowania płodnością, mniejszości seksualnych czy też aktywności seksualnej.

W celu zobrazowania sytuacji przedstawię – moim zdaniem – najbardziej rażące fragmenty wybranych podręczników do WDŻ, posiłkując się przy tym opracowaniem Katarzyny Chmielewskiej ze Stowarzyszenia przeciw Antysemityzmowi i Ksenofobii²⁵ oraz raportem „Gazety Wyborczej” o stanie polskiej edukacji seksualnej²⁶.

Stereotypy dotyczące rodziny

Podręczniki prezentujące laickie podejście do zagadnień z zakresu seksualności człowieka wskazują na różnorodność modeli życiowych. Dopuszczają różne modele życia i podkreślają prawo jednostki do wolnego wyboru modelu życia. Ukazują różnorodne drogi i sytuacje życiowe, takie jak: małżeństwo, związek nieformalny, separacja, rozwód, bycie singlem lub singielką. Preferują model związku partnerskiego, w którym obie strony mogą się realizować²⁷. Druga grupa podręczników wskazuje na jedyny właściwy model bycia ludzi ze sobą – czyli związek małżeński, a jedynym aprobowanym modelem więzi jest tradycyjna wizja rodziny. Przedstawiony jest tu wzorzec bezalternatywny, a inne formy związków, odbiegające od modelu tradycyjnej rodziny, są piętnowane²⁸. Model ten nastawiony jest przede wszystkim na prokreację i trwałość instytucji małżeńskiej, wszelkie inne więzi są ściśle podporządkowane małżeńskiej prokreacji, a w rodzinie istnieje ścisły podział obowiązków między małżonkami. Kazimierz Szczerba

²⁵ Zob. <<http://www.otwarta.org/zycie-w-rodzynie,354.html>>.

²⁶ Zob. <<http://edukacja.gazeta.pl/edukacja/0,112291.html>>.

²⁷ Por. A. Długołęcka-Lach, G. Tworkiewicz-Bieniaś, *Ja i Ty. Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik dla gimnazjalistek i gimnazjalistów*, 2002; T. Garstka, M. Kostrzewski, J. Królikowski, *Kim jestem? Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik z ćwiczeniami dla gimnazjum*, 2003; F. Kalinowska, *Wychowanie do życia w rodzinie. Gimnazjum*, 2001.

²⁸ Por. E. Kosińska (red.), *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. Klasa 1*, 2001; tejże (red.), *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. Klasa 2*, 2001; tejże, *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. 3 klasa gimnazjum. Moduł wychowanie do życia w rodzinie*, 2001; T. Król (red.), *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klas I-III gimnazjum*, 2001; T. Król, M. Ryś (red.), *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, Kraków: Rubikon 2002; M. Ryś, *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla młodzieży*, 1999; K. Szczerba, *Wiedza o społeczeństwie. Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik dla gimnazjum*, 2001.

traktuje założenie rodziny jako misję każdego, gdyż – jak pisze – „potrzeba założenia rodziny wypływa z natury człowieka”²⁹.

Jednocześnie z góry przyjmuje się powinność każdej rodziny, jaką jest rozmnażanie, zakładając, iż ta funkcja jest obowiązkiem każdego związku małżeńskiego. Przykładem jest tu cytat z książki pod redakcją Ewy Kosińskiej: „Dom bez dzieci jest jak ogród bez kwiatów. Największym szczęściem dla matki jest postrzegać, jak rośnie i rozwija się jej dziecko – od początku jego istnienia”³⁰ oraz K. Szczerby: „Dlaczego ludzie powinni decydować się na poczęcie dziecka?”³¹. Podobnie tę kwestię traktują Teresa Król i Maria Ryś, pisząc: „Płciowość człowieka urzeczywistnia się w małżeństwie”; „Macierzyństwo i ojcostwo jest dopełnieniem kobiecości i męskości” oraz „Ciało z jego seksualnością «wzywa» mężczyznę i kobietę, którzy łączą się w akcie miłości i oddania, do płodności”³².

Równocześnie w podręczniku pod redakcją E. Kosińskiej podważa się wartość i sensowność związków innych niż małżeńskie, wskazując, że: „Wolny związek to zupełnie nielogiczna i myląca nazwa”³³.

Stereotypy dotyczące płci

Nie we wszystkich podręcznikach znajdziemy definicję roli społecznej podczas omawiania kwestii kobiecości i męskości. Równie rzadko podręczniki definiują pojęcie stereotypu, a jeszcze rzadziej dyskryminacji. W podręcznikach autorstwa Alicji Długołęckiej-Lach i Grażyny Tworzywicz-Bieniaś oraz Tomasza Garstki, Michała Kostrzewskiego i Jacka Królikowskiego zdefiniowane jest pojęcie stereotypu i omówione są stereotypy, nie tylko płciowe. Autorzy wskazują na krzywdzące skutki posługiwania się stereotypami oraz na ich negatywny wpływ na komunikację między partnerami. W pozostałych podręcznikach nie tylko brakuje choćby wzmianki na temat szkodliwości posługiwania się stereotypami, ale sami autorzy przyczyniają się do rozpowszechniania szkodliwych stereotypów dotyczących roli kobiety i mężczyzny w społeczeństwie³⁴. Autorzy ci promują społeczne role kobiet i mężczyzn silnie obciążone stereotypami i sprzeczne z zasadą równości, co może utrwalać w uczniach tradycyjny wizerunek ról kobiet i mężczyzn: nadrzędnej – mężczyzny i podrzędnej – kobiety, przekonanie o innych predyspozycjach oraz zdolnościach intelektualnych kobiet i mężczyzn, a także stereotypowe postrzeżenie ról seksualnych kobiet i mężczyzn³⁵. Według tychże auto-

²⁹ K. Szczerba, dz. cyt., s. 120.

³⁰ E. Kosińska (red.), *Wokół nas... Klasa 1*, dz. cyt.; tejże (red.), *Wokół nas... Klasa 2*, dz. cyt.; tejże (red.), *Wokół nas... 3 klasa gimnazjum*, dz. cyt., s. 54.

³¹ K. Szczerba, dz. cyt., s. 97.

³² T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 60–61, 87.

³³ E. Kosińska (red.), *Wokół nas...*, dz. cyt., s. 36.

³⁴ Por. K. Szczerba, dz. cyt.; M. Ryś, dz. cyt.; E. Kosińska (red.), *Wokół nas... Klasa 1*, dz. cyt.; tejże (red.), *Wokół nas... Klasa 2*, dz. cyt.; tejże (red.), *Wokół nas... 3 klasa gimnazjum*, dz. cyt.

³⁵ Por. materiały Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, online, <<http://www.federa.org.pl/>> [dostęp: 10 października 2011].

rów mężczyźni, w opozycji do kobiet, są niezależni, pewni siebie, agresywni, odważni i przedsiębiorczy. Kobiety zaś – w przeciwieństwie do mężczyzn – są skłonne do poświęceń, empatyczne, uprzejme i delikatne. Cechy te determinują przyjęcie określonych funkcji społecznych. Przykładowe cytaty z książek autorstwa M. Ryś:

Kobieta potrzebuje opieki w sensie materialnym, którą ma jej zapewnić mąż. Kobiety nie powinny raczej pracować poza domem.

[...]

Kiedy Bogdan wędruje do pracy, cały dzień o nim myślę. Sprzątam, ustawiam kwiaty – uśmiecham się do niego, patrząc jakby jego oczami – spodoba mu się, czy nie. Gdy kupię nowe franki, z drżeniem serca czekam, czy je zauważy³⁶.

W książce pod redakcją T. Król i M. Ryś można przeczytać:

Mężczyźni są bardziej uzdolnieni technicznie, mechanicznie, nastawieni na wykonanie zadania. Natomiast kobiety zwracają większą uwagę na szczegóły, są zręczniejsze manualnie, mają większe zdolności językowe. Mają zazwyczaj bardziej podzielną uwagę i potrafią wykonywać wiele rzeczy naraz, co jest koniecznością dla prawidłowego funkcjonowania rodziny, natomiast mężczyzna skupia się na jednej czynności i z trudem przychodzi mu załatwienie kilku spraw jednocześnie.

[...]

Zróżnicowanie psychiczne pomiędzy kobietami i mężczyznami warunkuje wybór pracy zawodowej³⁷.

Z kolei z podręcznika pod redakcją E. Kosińskiej można wyczytać, że: „kobiety żyją bardziej w świecie osób, mężczyźni bardziej w świecie rzeczy”³⁸. Książka pod redakcją T. Król dodatkowo przynosi stwierdzenie, iż kobiety w życiu kierują się potrzebą uczuć:

Gdy masz 14–15 lat, twoje dziewczęce serce jest głodne miłości. Poszukujesz tego, który dostrzeże atuty twojej kobiecości: jesteś zgrabna, masz długie jasne włosy, które mu się podobają, albo odwrotnie – kręcone i czarne. Chcesz więc być wyróżniona z ulicznego tłumu lub klasowej szarości³⁹.

Natomiast do chłopców kieruje się słowa: „Świat subtelnych uczuć na razie specjalnie cię nie pociąga”⁴⁰. Omawiając funkcje kobiety i mężczyzny w odniesieniu do posiadania potomstwa, w podręczniku sprowadza się kobiety do biernej roli, nazywając je metaforycznie „glebą”, natomiast mężczyznę – „siewcą”:

Dziewczyna powinna zdawać sobie sprawę, że więcej niż chłopiec płaci za nietrafny wybór, bo nie ma równości w naturze. On jest dawcą życia, „siewcą”, natomiast jej ciało „glebą”, w której będzie wzrastało nowe życie. Postawa chłopców, którzy stają się ojcami, bywa różna⁴¹.

³⁶ Por. M. Ryś, dz. cyt.

³⁷ T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 57–58.

³⁸ E. Kosińska (red.), *Wokół nas...*, dz. cyt., s. 48.

³⁹ T. Król (red.), dz. cyt., s. 81–82.

⁴⁰ Tamże, s. 83.

⁴¹ Tamże, s. 95.

Kwestię powołania kobiety do roli matki przedstawiają T. Król i M. Ryś, pisząc:

Dominantą psychiki kobiecej jest macierzyństwo. Podobnie jak ciało kobiece jest nastawione na poczęcie, noszenie i urodzenie dziecka, tak również jej psychika służy temu zadaniu. Konsekwencją tej macierzyńskiej funkcji jest pragnienie miłości [...]. Głównym celem zabiegów kobiety jest dom, który traktuje jak bezpieczną przystań, ciepłe i zasobne gniazdo. [...] W psychice kobiety dominuje zmysł opiekuńczy wywodzący się z instynktu macierzyńskiego [...]. Mężczyźni są na ogół bardziej stali emocjonalnie, natomiast kobiety ulegają nastrojom⁴².

A także: „Macierzyństwo powoduje, że w kobiecie dojrzewa poczucie wartości”⁴³, oraz: „Macierzyństwo jest wielkim darem i zadaniem kobiety”⁴⁴.

Z kolei w odniesieniu do informacji na temat równouprawnienia, pewne podręczniki kwestionują jego wartość. K. Szczerba pisze:

Emancypacja kobiet przyczynia się do tego, że wiele z nich źle się czuje w roli gospodyń domowych lub rolę tę całkowicie odrzuca. Niekiedy nawet niechętnie podejmują one się wychowywania dzieci, uznając, że obowiązkiem tym powinny równo dzielić się z ojcem. [...] Ojciec niekoniecznie jest już głową rodziny i zapewnia jej byt. [...] Wielu mężczyzn taka sytuacja przygnębia, frustruje, powodując, że jeszcze bardziej zamykają się w sobie i wycofują się z rodzinnej aktywności⁴⁵.

Podobne stanowisko można zauważyć w książce pod redakcją T. Król, która opisuje dążenia kobiet do równouprawnienia jako „negatywne nastawienie do roli matki i żony” czy też „niedocenie kobiecości” i podkreśla:

[...] w dzisiejszych czasach wśród dziewcząt obserwuje się dość często brak zgody na swoją kobiecość. Postawa matki jest tu decydująca; jeśli jest ona kobietą niezadowoloną z życia, podkreślającą trudy bycia żoną i matką, sfrustrowaną, jej młodziutka córka powita z niechęcią przejawy stawania się kobietą⁴⁶.

Stereotypy dotyczące aktywności seksualnej

W wielu publikacjach⁴⁷ dominuje ton moralizatorski, wartościujący poszczególne zachowania seksualne. Autorzy wyraźnie wskazują na zakaz wszelkiej aktywności seksualnej przed ślubem, piętnują seks przed- i pozamałżeński, gdyż jest to jedynie uleganie popędowi seksualnemu. Z książki pod redakcją E. Kosińskiej dowiadujemy się,

⁴² T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 56–57.

⁴³ Tamże, s. 139.

⁴⁴ Tamże, s. 140.

⁴⁵ K. Szczerba, dz. cyt., s. 81.

⁴⁶ T. Król (red.), dz. cyt., s. 56.

⁴⁷ Por. E. Kosińska (red.), *Wokół nas...*, dz. cyt.; T. Król (red.), dz. cyt.; T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt.; K. Szczerba, dz. cyt.

że aktywność niemałżeńska może sprowadzać na człowieka „rany psychiczne, moralne i społeczne”⁴⁸. Dlatego też według autorów:

Współżycie seksualne jest odpowiedzialne tylko między tymi osobami, które potrafią zagwarantować dojrzałe rodzicielstwo oraz zapewnić właściwe wychowywanie dzieci. Warunki te mogą spełniać jedynie osoby, które trwają w nierozzerwalnym związku małżeńskim⁴⁹.

Wskazują także, iż „wspólne życie dwojga ludzi jest sprawą zbyt ważną, by pozostawiać ją jedynie spontaniczności i dobrej woli dwóch stron”⁵⁰. O partnerach seksualnych podręczniki wypowiadają się jedynie w odniesieniu do małżonków, podkreślając, że „najwłaściwszym miejscem dla inicjacji seksualnej jest małżeństwo”⁵¹. Rola seksu ukazywana jest przede wszystkim w kontekście prokreacji, a nie uzyskania przyjemności: „norma w zachowaniach seksualnych to możliwość spełnienia potencjalnej funkcji prokreacyjnej”⁵². Wymienieni autorzy podkreślają również wpływ aktywności seksualnej na demoralizację i zanik wartości wśród młodzieży oraz obniżenie poczucia własnej wartości. Według autorów publikacji pod redakcją E. Kosińskiej, inicjacja seksualna przed ślubem powiązana jest z alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków i zaburzeniami w życiu emocjonalno-rodzinnym⁵³.

Podobnie sytuacja wygląda w odniesieniu do masturbacji. Choć wszystkie podręczniki podają, iż jest ona w pewnym wieku powszechna i obojętna dla zdrowia, niektórzy autorzy wyraźnie wartościują ją negatywnie. Jednocześnie fałszywie przedstawiają jej funkcje, demonizują ją i rażąco wyolbrzymiają jej przykre powikłania. W książce pod redakcją T. Król autorzy stoją na stanowisku, iż masturbacja to:

[...] niedojrzała, przejściowa forma aktywności seksualnej. U większości minie bez śladu w momencie osiągnięcia wyższego stopnia dojrzałości. U niektórych jednak może prowadzić do uzależnienia [...]. Może to być przyczyną późniejszych zaburzeń we współżyciu⁵⁴.

Autorzy wskazują także, iż masturbacja przyczynia się do powstawania postaw egoistycznych i uzależnienia. Przykładem jest cytat z podręcznika autorstwa K. Szczerby: „«Uzależnienie» od masturbacji może [...] prowadzić do seksualnego egocentryzmu, do przewagi postawy «biorę» nad «daję»”⁵⁵ oraz T. Król: „masturbacja utrwala egoistyczne i niedojrzałe przeżywanie sfery seksualnej, bez odniesienia do drugiej osoby”⁵⁶.

⁴⁸ E. Kosińska (red.), *Wokół nas...*, dz. cyt., s. 90.

⁴⁹ Tamże, s. 41.

⁵⁰ Tamże, s. 37.

⁵¹ T. Król (red.), dz. cyt., s. 174.

⁵² K. Szczerba, dz. cyt., s. 88.

⁵³ E. Kosińska (red.), *Wokół nas...*, dz. cyt., s. 39–40.

⁵⁴ T. Król (red.), dz. cyt., s. 53.

⁵⁵ K. Szczerba, dz. cyt., s. 22–23.

⁵⁶ T. Król (red.), dz. cyt., s. 53.

Stereotypy dotyczące metod sterowania płodnością

Omawiane podręczniki tylko w niewielkim stopniu prezentują rzetelne informacje dotyczące metod planowania urodzeń. Jedynie dwie publikacje obiektywnie informują o dostępnych metodach antykoncepcyjnych⁵⁷. Pozostałym publikacjom można zarzucić niekompetentne podejście do tematu, stronniczość, manipulację, posługiwanie się nieaktualnymi danymi czy nawet przekazywanie informacji nieprawdziwych. Autorzy niejednokrotnie stosują argumentację psychologiczną, zniechęcając bądź strasząc.

W przypadku opisu metod naturalnych dominuje podejście silnie akceptujące ich pozytywne strony. Autorzy licznie wskazują na brak jakichkolwiek trudności w ich stosowaniu, ich łatwość, wysoką skuteczność i funkcję scalającą związek (tylko małżeński). Przykładem jest cytat z publikacji Felicji Kalinowskiej:

Naturalne metody sterowania płodnością sprawiają, że związany z nimi styl życia małżeńskiego wymaga wspólnego podejmowania decyzji, a przy rozmowach o sprawach planowania rodziny jest miejsce na rozmowy o uczuciach i wielu innych problemach, które odświeżająco wpływają na związek⁵⁸.

Wielu autorów przekonuje także, iż metody naturalne są uniwersalne i skuteczne w każdym przypadku: „metody naturalnego planowania rodziny są nieszkodliwe dla zdrowia, nic nie kosztują, mogą być stosowane przez każdą kobietę, także w czasie karmienia piersią, są proste w użyciu i skuteczne”⁵⁹. Autorka, manipulując argumentami i używając terminologii z zakresu ekologii, zachwala metody naturalne, pisząc, iż umożliwiają regulację poczęć w zgodzie z naturą. Podobne stanowisko przyjmują T. Król i M. Ryś: „Naturalne planowanie rodziny [...] ułatwia małżonkom regulację poczęć zgodnie z naturą [...]” oraz „Metody te pozwalają na planowanie rodziny bez stosowania jakichkolwiek środków lub preparatów zaburzających naturalne procesy biologiczne w organizmie człowieka. Są więc metodami ekologicznymi”⁶⁰. W podręczniku pod redakcją T. Król można znaleźć informację niezgodną z wiedzą medyczną, mianowicie zaleca się metody naturalne „szczególnie kobietom o nieregularnym cyklu miesięcznym”⁶¹. Jednocześnie autorzy często ukrywają lub niejasno opisują dane dotyczące ich niskiej skuteczności, wspominając ogólnie o „dość skutecznym sterowaniu płodnością”⁶².

W przypadku opisu metod sztucznych w niektórych podręcznikach kładzie się szczególnie nacisk na ich negatywny wpływ na zdrowie kobiety, skutki uboczne, szkodli-

⁵⁷ Por. A. Długolecka-Lach, G. Tworkiewicz-Bieniaś, dz. cyt.; T. Garstka, M. Kostrzewski, J. Królikowski, dz. cyt.

⁵⁸ F. Kalinowska, dz. cyt., s. 88.

⁵⁹ E. Kosińska (red.), *Wokół nas...*, dz. cyt., s. 78.

⁶⁰ T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 157–158.

⁶¹ T. Król (red.), dz. cyt., s. 124.

⁶² K. Szczerba, dz. cyt., s. 107.

wość, zawodność, a nawet przyczynę bezpłodności, tłumacząc termin „antykoncepcja” jako „przeciwpozęcie”. Przykładem takiego prezentowania informacji mogą być cytaty: „Pigułki z reguły są zapisywane zdrowym, młodym kobietom, a działania niepożądane mogą uczynić je chorymi – wymagającymi leczenia”⁶³ oraz

Lęk przed nieplanowaną ciążą sprawia, że często sięga się po metodę szkodliwą dla zdrowia. [...] Wiele osób traktuje własny organizm (lub drugiej osoby) z beztroską i bardzo lekkomyślnie. Bezkrytycznie przyjmuje się różne hasła, postawy i zachowania tylko dlatego, że taka jest moda, że większość tak postępuje. Problem jest bardzo poważny, bo młodzi ludzie bez namysłu niszczący swoją płodność, a zarazem pragnący w przyszłości mieć dzieci, mogą się ich nigdy nie doczekać⁶⁴.

Inną ilustracją opisującą szkodliwy wpływ antykoncepcji hormonalnej jest cytat z książki pod redakcją T. Król: „[...] całkowicie rozregulowuje naturalne mechanizmy funkcjonowania organizmu kobiety. [...] Szczególne niebezpieczeństwo niesie młodym dziewczętom [...]. Brutalna ingerencja w tę kształtującą się równowagę może zaowocować jej nieodwracalnym zniszczeniem”⁶⁵ oraz „Należy dodać, że doustne środki antykoncepcyjne są włączone do wykazu czynników rakotwórczych”⁶⁶. Inne publikacje wskazują nie tylko na szkodliwe skutki antykoncepcji dla zdrowia kobiety, ale również na jej negatywny wpływ na więź między partnerami: „Antykoncepcja to znacznie więcej niż niszczenie zdrowia fizycznego, ona niszczy więź albo «tylko» nie pozwala na jej rozwój”⁶⁷. Dodatkowo w podręczniku pod redakcją E. Kosińskiej można przeczytać: „Lekarz musi być posłuszny hipokratesowej zasadzie *primum non nocere* – przede wszystkim nie szkodzić. Dopóki będzie miał wątpliwości dotyczące tabletek hormonalnych, dopóty nie powinien ich zalecać”, a także, że jest to „wpędzanie w chorobę zdrowych kobiet”, a „antykoncepcja jest potrzebna jedynie tym, którzy mają problemy z osiągnięciem świadomości lub wolności w odniesieniu do sfery seksualnej”⁶⁸. Przystrogą przed używaniem pigułek jest także fragment z podręcznika F. Kalinowskiej: „Pigułka wprawdzie zabezpiecza przed niechcianą ciążą, ale tracisz w tym momencie przekonywającą wymówkę w postaci powiedzenia «nie»”⁶⁹. Informując na temat innych metod antykoncepcyjnych, podważa się wiedzę naukową, np.: „Wkładka wewnątrzmaciczna nie jest wyłącznie środkiem antykoncepcyjnym, ale również wczesnoporonnym”⁷⁰ i wbrew zaleceniom Światowej Organizacji Zdrowia zaprzecza się skuteczności prezerwatywy w profilaktyce HIV.

⁶³ Por. T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 190.

⁶⁴ E. Kosińska (red.), *Wokół nas...*, dz. cyt., s. 82.

⁶⁵ T. Król (red.), dz. cyt., s. 144–145.

⁶⁶ T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 189.

⁶⁷ M. Ryś, dz. cyt., s. 277.

⁶⁸ E. Kosińska (red.), *Wokół nas... Klasa 2*, dz. cyt., s. 82–89.

⁶⁹ F. Kalinowska, dz. cyt., s. 89.

⁷⁰ T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 191.

Stereotypy dotyczące mniejszości seksualnych

W omawianych podręcznikach rzadko pada termin „mniejszości seksualne”. Homoseksualność, obok biseksualności i transseksualności – wbrew zaleceniom Światowej Organizacji Zdrowia – traktuje się jak zaburzenia i zachowania poza normą. Treści dotyczące homoseksualności zwykle znajdują się w rozdziałach traktujących o dewiacjach, patologiach i zбочzeniach⁷¹. Osoby homoseksualne przedstawiane są homofobicznie i stereotypowo. K. Szczerba wskazuje: „mężczyzna staje się «kobięcy», a kobieta «męska»”⁷². Autor, pisząc wcześniej: „norma w zachowaniach seksualnych to możliwość spełnienia potencjalnej funkcji prokreacyjnej”, wskazuje, iż homoseksualność nie jest uważana za normalną, gdyż nie spełnia tej roli⁷³. Podobnie w dyskryminujący sposób sprawę przedstawia M. Ryś, uznając, że homoseksualizm narusza „prawidłowość fizjologicznej misji człowieka, jaką jest prokreacja”⁷⁴. W książce pod redakcją T. Król homoseksualizm umieszczony jest w rozdziale „Zaburzenia rozwoju psychoseksualnego”, w którego wstępie czytamy: „Trzeba wiedzieć o najczęściej występujących zaburzeniach, aby umieć odróżnić patologię od tego, co jest normalne”⁷⁵. Homoseksualizm – występujący wraz z opisem pedofilii, ekshibicjonizmu, masochizmu, sadyzmu czy też kazirodztwa – definiowany jest tu jako „zaburzenie popędu płciowego”, które związane jest z „nieprawidłowo ukształtowaną osobowością, co może się wiązać ze źle funkcjonującym układem rodzinnym lub zaburzeniami hormonalnymi w okresie płodowym”⁷⁶.

Pełny uprzedzeń i homofobii⁷⁷ jest obraz relacji w związkach jedнопłciowych przedstawiony w podręczniku pod redakcją T. Król i M. Ryś:

I chociaż w homoseksualizmie wzajemne przyciąganie się osób tej samej płci jest nieraz silne, to jednak jest ono nie tyle wyrazem prawdziwej miłości, co raczej zaspokojenia pewnego „przymusu” emocjonalno-seksualnego [...]. Akty homoseksualne są sprzeczne z prawem naturalnym, ponieważ nie wypływają one z prawdziwego dopełniania się uczuciowego i seksualnego, jakie ma miejsce w relacji kobiety i mężczyzny⁷⁸.

Autorki jednocześnie sugerują, iż homoseksualność jest chorobą i wymaga leczenia/terapii:

[...] czy wyleczenie homoseksualizmu jest możliwe? [...] powierzchowne skłonności homoseksualne mogą się cofnąć w miarę szybko, jeżeli nie towarzyszyło im czynne życie homoseksualne. [...] Najważniejszej siły do stawiania czoła swoim skłonnościom osoba homoseksualna nie

⁷¹ Por. T. Król, dz. cyt.; K. Szczerba, dz. cyt.

⁷² K. Szczerba, dz. cyt., s. 90.

⁷³ Tamże, s. 88.

⁷⁴ M. Ryś, dz. cyt.

⁷⁵ T. Król (red.), dz. cyt., s. 109.

⁷⁶ Tamże.

⁷⁷ Homofobia – irracjonalny lęk przed wszystkim, co homoseksualne; niechęć, wrogość i agresja kierowane do osób homoseksualnych, wynikające jedynie z orientacji psychoseksualnej tych osób

⁷⁸ T. Król, M. Ryś (red.), dz. cyt., s. 91.

znajdzie jednak w analizie psychologicznej lub też w samych radach terapeuty. Konieczne jest odwołanie się do „ostatecznego źródła siły”, jakim jest doświadczenie wiary w Boga i sumienie. [...] Życie pokazuje, że wielki wysiłek emocjonalny i duchowy podjęty w celu przekroczenia głębokich nawet skłonności homoseksualnych może czynić te osoby zdolnymi do zawarcia związku małżeńskiego⁷⁹.

Refleksje końcowe – o konsekwencjach stereotypów w podręcznikach do „wychowania do życia w rodzinie”

Powyższe cytaty są jedynie przykładami wybranymi z szeregu dostępnych i zaakceptowanych przez MEN podręczników. Zatrważające jest nie tylko opisywanie ludzkiej seksualności w sposób odległy od fachowej wiedzy naukowej, podawanie informacji niezgodnych z prawdą, straszenie i moralizowanie, ale także szerzenie i pogłębianie negatywnych stereotypów ról płciowych przez niektórych autorów. Takie ujmowanie ludzkiej seksualności i aspektów z nią związanych może mieć swoje negatywne konsekwencje zarówno dla nauczyciela, jak i uczniów korzystających z takich podręczników. Nauczyciele korzystający z nierzetelnych podręczników, powielających negatywne stereotypy dotyczące sfery seksualnej człowieka, mogą być postrzegani przez uczniów jako nietolerancyjni, niekompetentni, o zawężonym polu poznawczym czy też zacofani. Uczniowie, którym przekazuje się nieprawdziwe i stereotypowe treści, także mogą odczuwać w przyszłości z tego tytułu przykre konsekwencje. Kierując się taką wiedzą, młodzi ludzie mogą napotykać problemy, doświadczać nieuzasadnionych lęków i niepokoju dotyczących własnej lub cudzej seksualności. Niektóre treści zawarte w podręcznikach do WDŻ zniekształcają obraz rzeczywistości, zaprzeczają faktom naukowym, wprowadzają w błąd i powodują dezorientację, co z kolei wpłynąć może na pojawienie się trudności w przyszłym życiu seksualnym uczniów. Inne przyczyniać się mogą do powstawania kompleksów i poczucia winy, co bezpośrednio czy pośrednio może mieć wpływ na rozwój psychiczny i relacje interpersonalne młodych osób. Jednocześnie wypaczony obraz roli kobiet i mężczyzn, relacji seksualnych, aktywności seksualnej czy też mniejszości seksualnych skutkuje powielaniem i szerzeniem owych stereotypów, nietolerancji, uprzedzeń, dyskryminacji czy wręcz pojawieniem się fobii i agresji wobec pewnych osób i grup społecznych. Posługiwanie się stereotypami może prowadzić również do ograniczania doświadczenia i rozwoju. Skoro autorzy przekonują o prawdziwości informacji dostępnych w podręcznikach, oszczędzają wysiłku poznawczego i nie wymagają większych nakładów intelektualnych od adresatów tego typu treści w celu sprawdzania napływających informacji. Jednocześnie narażają młodych ludzi na łatwość manipulacji i podatność na kolejne stereotypy. Kierowanie się stereotypami może przyczyniać się także do usprawiedliwiania i uzasadniania negatywnych postaw, fałszywych ocen oraz niewłaściwych i krzywdzących zachowań.

⁷⁹ Tamże, s. 95–96.

LITERATURA

Pozycje zwarte

- ARCIMOWICZ K., *Obraz mężczyzny w polskich mediach. Prawda, fałsz, stereotyp*, Gdańsk: GWP, 2003
- BALEY S., *Wprowadzenie do psychologii społecznej*, Warszawa: PWN, 1959
- CHLEWIŃSKI Z., *Stereotypy i uprzedzenia*, w: Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*. Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, 1992
- CHLEWIŃSKI Z., *Stereotypy: struktura, funkcje, geneza*, w: Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, 1992
- CHLEWIŃSKI Z., KURCZ I. (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, 1992
- CHMIELEWSKA K., ŻUKOWSKI T., *Przyzwicie i po bożemu*, Tygodnik „Przegląd” 2006, nr 29
- GRABOWSKA M., *Stereotypy płci we wczesnej dorosłości*, Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW, 2007
- HILGARD E., *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa: PWN, 1967
- KOFTA M., *Wprowadzenie do psychologii stereotypów i uprzedzeń*, w: M. Marody, E. Gucwa-Leśny (red.), *Podstawy życia społecznego w Polsce*, Warszawa: Instytut Studiów Społecznych UW, 1996
- KOFTA M., JASIŃSKA-KANIA A., *Wstęp. Czy możliwy jest dialog między społeczno-kulturowym a psychologicznym podejściem do stereotypów?* w: M. Kofta, A. Jasińska-Kania (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, Warszawa: Scholar, 2001
- KURCZ I., *Stereotypy, prototypy i procesy kategoryzacji*, w: Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, 1992
- KURCZ I., *Zmiana stereotypów: jej mechanizmy i granice*, w: M. Kofta, A. Jasińska-Kania (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, Warszawa: Scholar, 2001
- ŁUKASZEWSKI W., WEIGL B., *Stereotypy stereotypu czy prywatna koncepcja natury ludzkiej?* w: M. Kofta, A. Jasińska-Kania (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, Warszawa: Scholar, 2001
- MĄDRZYCKI T., *Wpływ postaw na rozumowanie*, Warszawa: PWN, 1974
- MĄDRZYCKI T., *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa: PWN, 1986
- NELSON T.D., *Psychologia uprzedzeń*, Gdańsk: GWP, 2003
- PIETRZAK H., *Następstwa i efekty stereotypowego postrzegania człowieka i świata społecznego*, Rzeszów: Wydawnictwo WSP, 2000
- ROGUSZKA-KLUPŚ M., *Przemiany pozycji społecznej kobiety pracującej zawodowo*, Poznań: Wydawnictwo Poznańskie, 1975
- STANGOR CH., SCHALLER M., *Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe*, w: C.N. Macrae, Ch. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*, Gdańsk: GWP, 1999
- SZCZURKIEWICZ T., *Studia socjologiczne*, Warszawa: PWN, 1970
- WEIGL B., *Stereotypy i uprzedzenia*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk: GWP, 2000
- WOJCISZKE B., *Teoria schematów społecznych. Struktura i funkcjonowanie jednostkowej wiedzy o otoczeniu społecznym*, Warszawa: Wydawnictwo PAN, 1989
- WOJCISZKE B., *Człowiek w relacji z innymi*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk: GWP, 1999

Opisywane podręczniki

- DŁUGOŁĘCKA-LACH A., TWORKIEWICZ-BIENIAŚ G., *Ja i Ty. Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik dla gimnazjalistek i gimnazjalistów*, 2002
- GARSTKA T., KOSTRZEWSKI M., KRÓLIKOWSKI J., *Kim jestem? Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik z ćwiczeniami dla gimnazjum*, 2003

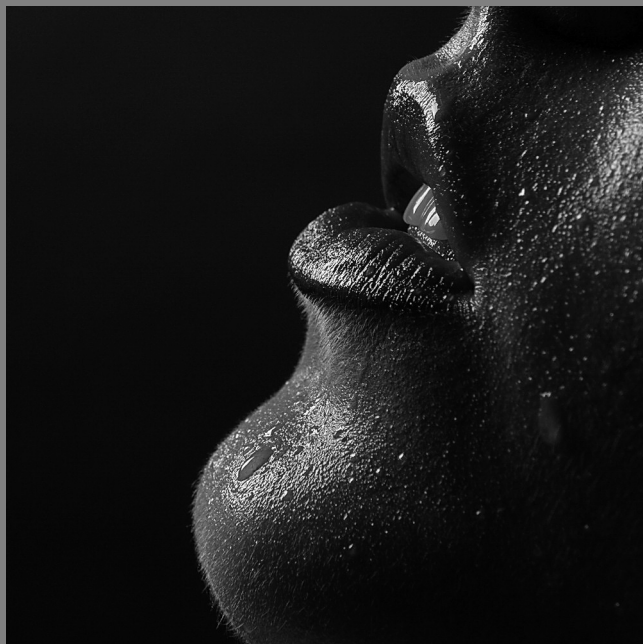
- KALINOWSKA F., *Wychowanie do życia w rodzinie. Gimnazjum*, 2001
- KOSIŃSKA E. (red.), *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. Klasa 1*, 2001
- KOSIŃSKA E. (red.), *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. Klasa 2*, 2001
- KOSIŃSKA E. (red.), *Wokół nas. Wiedza o społeczeństwie. 3 klasa gimnazjum. Moduł wychowanie do życia w rodzinie*, 2001
- KRÓL T. (red.), *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klas I–III gimnazjum*, 2001
- KRÓL T., RYŚ M. (red.), *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, Kraków: Rubikon, 2002
- RYŚ M., *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla młodzieży*, 1999
- SZCZERBA K., *Wiedza o społeczeństwie. Wychowanie do życia w rodzinie. Podręcznik dla gimnazjum*, 2001

Spis dokumentów

- Dz.U. z 1993 r., nr 17, poz. 78, z późn. zm.
- Dz.U. z 1999 r., nr 67, poz. 756, z późn. zm.
- Dz.U. z 2002 r., nr 51, poz. 458, z późn. zm.
- Dz.U. z 2009 r., nr 4, poz. 17
- Dz.U. z 2009 r., nr 131, poz. 1079

Internet

- Akcja „Gazety Wyborczej” Edukacja seksualna, <<http://edukacja.gazeta.pl/edukacja/0,112291.html>> [dostęp: 10 października 2011]
- „Otwarta Rzeczpospolita”, Stowarzyszenie Przeciw Antysemityzmowi i Ksenofobii, <<http://www.otwarta.org/zycie-w-rodzinie,354.html>> [dostęp: 10 października 2011]
- Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, <<http://www.federa.org.pl/>> [dostęp: 10 października 2011]



Część III

**SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA
W ASPEKCIE ROZWOJOWYM**

KATARZYNA WASZYŃSKA

Biografia seksualna młodych dorosłych

ANNA GULCZYŃSKA, WERONIKA STEFANIAK

Masturbacja dziecięca

ALICJA DŁUGOŁĘCKA

*Rozwój psychoseksualny dzieci i młodzieży
z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną*

KATARZYNA WASZYŃSKA

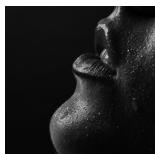
*Fantazje i sny erotyczne w okresie dojrzewania
i wczesnej dorosłości*

ZBIGNIEW BIELAN, IZABELA STANKOWSKA

*Funkcjonowanie seksualne kobiety dojrzałej
w okresie poprokreacyjnym*

KATARZYNA WASZYŃSKA

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



BIOGRAFIA SEKSUALNA MŁODYCH DOROSŁYCH

Wstęp

Słowo „biografia” pochodzi z języka greckiego i zgodnie z definicją *Słownika wyrazów obcych* oznacza „opis życia i działalności jakiejś osoby” (*bios* – ‘życie’ + *grapho* – ‘piszę’)¹.

Biografia człowieka traktowana jest potocznie jako historia życia określonej osoby. Życie w danym społeczeństwie oznacza zatem przeżywanie różnorodnych czasowo i przestrzennie zlokalizowanych zdarzeń, bardziej lub mniej bezpośrednio z jednostką powiązanych. Nasze funkcjonowanie w określonym miejscu i czasie ma swój aspekt zarówno obiektywno-historyczny, jak i subiektywno-przeżyciowy. Z jednej strony mamy do czynienia z obiektywnymi przemianami poszczególnych elementów organizacji społecznej, z drugiej – z subiektywną interpretacją zdarzeń życiowych i ich indywidualną ewaluacją. Biografia stanowi splot mechanizmów życia zbiorowego i indywidualnych losów jednostek, jest ujęciem rzeczywistości społecznej we własnych subiektywnych kategoriach².

Obecnie rysuje się „[...] tendencja do postrzegania przez ludzi swojego życia w planie rozwojowym. Oznacza to świadomość, że życie jest organizowane nie tyle przez zdarzenia zewnętrzne, np. historyczne czy przez naturę (cykliczność, sezonowość), lecz raczej wokół jednostki i przez jednostkę. Perspektywa biograficzna jest jednostce niezbędna do orientowania się w czasowym wymiarze jej życia i przyszłości oraz do oceny w tym kontekście przeszłości i planowania działań na dalsze lata”³.

Podobne podejście istniało w nauce już w latach 70. XX wieku. Psychospołecznie zorientowani naukowcy stali na stanowisku, iż „biografia przedstawia doświadczenia i definicje danej osoby [...] tak jak ta osoba interpretuje te doświadczenia”, ponieważ

¹ J. Tokarski (red.), *Słownik wyrazów obcych PWN*, Warszawa: PWN, 1980, s. 82.

² Giza, podają za: M. Piorunek, *Stres w biografii człowieka. Inspiracje dla profilaktyki i promocji zdrowia*, w: M.D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, Poznań–Koziegłowy: Wolumin, 2000, s. 111.

³ Worach-Kardas, podają za: tamże, s. 112.

percepcja wydarzeń zdeterminowana jest nie samym wydarzeniem, niezależnie od jego formy, ale raczej znaczeniem dla danej osoby⁴. Taka orientacja była oparta na założeniu, że zachowanie ludzi musi być badane i rozumiane z perspektywy osób, których dotyczy. Badacza biografii nie powinno interesować tylko wystąpienie wydarzenia w kategoriach faktu, lecz raczej jego znaczenia, to znaczy jak owo wydarzenie jest odczuwane, rozumiane, definiowane, interpretowane i wyrażane⁵. Ten sposób analizy i rozumienia pojęcia biografii charakterystyczny jest również dla psychologicznej orientacji *life-span* i psychologicznych koncepcji podmiotowych, w tym także dla głównych założeń tej pracy.

Wydarzenia biograficzne pojawiające się w cyklu życia mogą być ujmowane za pomocą trzech modeli:

a) modelu stabilności (*the stability model*) – gdy stwierdzamy, że właściwości zachowania się człowieka dorosłego są stałe,

b) modelu zmian uporządkowanych w czasie (*ordered-change model*) – rozwój oznacza ciąg następujących po sobie w określonej kolejności zmian, charakterystycznych dla całego gatunku ludzkiego,

c) model aleatoryczny (*aleatory model*) – dialektyczny – biografia jednostki składa się z trojakiego rodzaju zdarzeń:

– zdarzenia normatywne – zdarzenia typowe – uniwersalne – związane z wiekiem, wśród których szczególną rolę odgrywają tzw. ważne zdarzenia życiowe, stanowiąc punkty węzłowe życia i rozwoju; „z podobieństwem ludzkiego losu i z podstawowymi zadaniami rozwojowymi kolejnych okresów życia”⁶ (np. pojawienie się drugorzędnych cech płciowych, pierwsza miłość...),

– zdarzenia nienormatywne – indywidualne (rozwód, gwałt...),

– zdarzenia o charakterze społeczno-historycznym (wojna, kryzys gospodarczy...).

Owe zdarzenia życiowe stanowią zarazem ważne źródło doświadczeń jednostki (ślady przeżywanego zdarzenia), są to przy tym doświadczenia nowe i/lub otwierające nowe perspektywy i możliwości doświadczeń nowego typu (z obszaru ciała, z obszaru stosunków społecznych...) bądź przynoszące doświadczenia tak silne i rozległe, że prowadzą do restrukturyzacji subsystemów psychiki jednostki opartych na strukturach doświadczeń wcześniejszych⁷.

Pojęcie zadania rozwojowego (*development task*) wprowadził⁸ Robert J. Havighurst i określił je jako zadanie, „które pojawia się w pewnym okresie życia jednostki i którego wypełnienie z powodzeniem (*achievement*) prowadzi do szczęścia i do sukcesu w zadaniach późniejszych, podczas gdy jego niewypełnienie (*failure*) przynosi brak szczęścia jednostki, dezaprobatę społeczną i trudności w realizacji dalszych zadań”⁹. Zadania

⁴ N.K. Denzin, *Sociology; Methodology; Research; Butterworths*, London 1970; patrz też: K. Waszyńska, *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2010.

⁵ N.K. Denzin, dz. cyt.

⁶ M. Tyszkowa, *Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. Paradygmat teoretyczny badań*, w: tejsze (red.), *Rodzina a rozwój jednostki*, Poznań: CPBP, 1990, s. 29.

⁷ Tamże.

⁸ R.J. Havighurst, *Developmental tasks and education*, New York 1981.

⁹ Tamże, s. 8.

rozwojowe łączą się z pojęciem epigenety, co nie oznacza, iż są z góry zdeterminowane planem rozwojowym. Ich realizacja wiąże się z dążeniami, aspiracjami człowieka, dojrzewaniem fizycznym, jak również z wpływami społeczno-kulturowymi. Znaczna część ważnych zdarzeń życiowych i zadań rozwojowych przebiega w rodzinie, będącej zarówno obszarem aktywności jednostki, jak i formą realizacji dążeń życiowych¹⁰.

Głównym założeniem tej teorii jest stwierdzenie, iż rozwój – a tym samym kształtowana pod jego wpływem biografia – polega na gromadzeniu i opracowywaniu doświadczenia. Doświadczenie jest zatem materiałem rozwoju, a rozwój – ciągiem zmian wynikających z organizowania się struktur tego doświadczenia (strukturacji) i ich przekształcania (restrukturacji) zarówno w wyniku włączania doświadczeń nowych, jak i dostosowywania aktywności do potrzeb równoważenia (regulowania) stosunków (wymiany) ze światem otaczającym¹¹. Warunkiem niezbędnym do zainicjowania procesu strukturywania doświadczenia w ontogenezie jest aktywność własna, która jest immanentną cechą organizmów żywych. Poprzez aktywność jednostka reguluje również stosunki ze światem zewnętrznym, które zmieniają się i różnicują pod wpływem rozwijającej się na przestrzeni lat aktywności.

Aktywność człowieka w świecie – jego czynności, działania, zachowanie – jest źródłem różnorodnych doświadczeń związanych z przedmiotami i stosunkami w tym świecie, z własnymi czynnościami i działaniami, z przeżyciami doznawanymi w toku aktywności¹². Aktywność człowieka stwarza podstawy budowania swej własnej biografii. Poszukując korzystnych warunków funkcjonowania i rozwoju, jednostka poszukuje nowych doświadczeń, co wyraża się w zmianach jej stosunków z otoczeniem, organizowaniu sobie warunków odpowiedniej stymulacji, w podejmowaniu nowych działań, celów i zadań¹³.

Na bieg życia ludzkiego wpływ mają czynniki środowiskowe (aktywność regulująca stosunki z otoczeniem musi uwzględniać również wymagania i ograniczenia otoczenia) oraz kultura, która lansuje określone wzorce życia, dostarczając tym samym kryteriów akceptacji lub jej braku odnośnie obranej ścieżki życiowej. Wpływ środowiskowy widoczny jest już w oddziaływaniu rodziny (w młodszym wieku), relacjach z rówieśnikami (okres dorastania) oraz w różnorodnych interakcjach społecznych w ciągu życia¹⁴.

Sekwencja czasowa porządkuje biografię ludzką w wymiarze rozwoju indywidualnego oraz w perspektywie specyfiki socjalizacyjnej środowisk życia. Relacje człowiek–świat na każdym etapie życia są zróżnicowane, podlegają jednak określonym prawidłowościom, wynikającym z logiki rozwoju indywidualnego i społecznych zasad funkcjonowania¹⁵.

Naukowcy posługujący się metodą biograficzną w badaniach wyróżniają zgodnie dwa typy biografii:

¹⁰ M. Tyszkowa, *Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki*, dz. cyt.

¹¹ M. Tyszkowa, *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*, Warszawa: PWN, 1988, s. 48.

¹² Tamże, s. 51.

¹³ Tamże, s. 62–63.

¹⁴ Tamże.

¹⁵ M. Piorunek, *Planowanie zawodowo edukacyjnej przyszłości na etapie wczesnej adolescencji*, „Studia Edukacyjne” 2000, nr 5, s. 275.

- biografię kompletną (*the complete*) – gdy badacz zbiera informacje o całym życiu osób lub grup,
- tematyczną (*the topical*) – badacz zbiera dane dotyczące określonej dziedziny (rozwój motoryki, kariera zawodowa, życie rodzinne) lub wybranej fazy życia (młodości, wieku dorosłego, krytycznych okresów przejściowych)¹⁶.

Tematem niniejszej pracy będzie biografia związana z doświadczeniami pojawiającymi się w rozwoju seksualnym.

Cel badań

Celem pracy było zbadanie biografii seksualnej studentów znajdujących się w okresie wczesnej dorosłości. Badając biografię seksualną skupiono się na pojawiających się w toku rozwoju wydarzeniach o charakterze seksualnym (wybranych na podstawie analizy przedmiotu i badań pilotażowych), pojawiających się w okresie dzieciństwa, dojrzewania i wczesnej dorosłości.

Badania tego typu prowadzili między innymi David Finkelhor, Maria Beisert, Diane Halpern, J. Dennis Fortenberry i Matthew C. Aalsma, William N. Friedrich, Heino F.L. Meyer-Bahlburg i Jennifer L. Steel¹⁷.

Analizując rodzaj pojawiających się w biografii wydarzeń, starano się również ustalić dodatkowe parametry odnoszące się do tych zdarzeń, a mianowicie: wiek pojawienia się/wystąpienia, towarzyszące im emocje, nadawane przez respondentów znaczenie dla ich biografii seksualnej, a także w niektórych przypadkach – gdy dotyczyło to zachowań – poziom satysfakcji im towarzyszący. Zabiegu tego dokonano, opierając się na psychospołecznym modelu biografii seksualnej, w myśl którego doświadczenie – wydarzenie w biografii – może być rozumiane z perspektywy osób, których ono dotyczy.

Materiał empiryczny służący opracowaniu niniejszej problematyki zebrano, obejmując badaniami studentów poznańskich państwowych wyższych uczelni (277 osób). Populację tę wybrano nie tylko ze względów praktycznych i ekonomicznych, ale także kierując się wytycznymi związanymi z problematyką pracy. Osoby do badań dobierane były z uwzględnieniem kryterium wieku: 22–28 lat. Grupa ta w terminologii psychologii *life-span* określana jest mianem młodych dorosłych.

¹⁶ N.K. Denzin, dz. cyt.

¹⁷ D. Finkelhor, *The trauma of child sexual abuse. Two models*, w: G. Wyatt, E. Powell (red.), *Lasting effects of child sexual abuse*, Newbury Park: Sage, 1988; M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991; D. Halpern, *Sex Differences in Cognitive Abilities*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000; M.C. Aalsma, J.D. Fortenberry, *Abusive sexual experiences before age 12 and adolescent sexual behaviors*, w: J. Bancroft (red.), *Sexual Development in Childhood*, Bloomington: Indiana University Press, 2003; W.N. Friedrich, *Korelaty zachowań seksualnych*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka” 2004, nr 9; H.F.L. Meyer-Bahlburg, J.L. Steel, *Using the parents as source of information about the child, with special emphasis on the Sex Problems Scale of the Child Behavior Checklist*, w: J. Bancroft (red.), *Sexual Development in Childhood*, Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 2003, s. 34–53.

Według Daniela J. Levinsona¹⁸, wczesna dorosłość rozpoczyna się okresem przejścia do wczesnej dorosłości (17–22 lata – *early adult transition*), a kończy się fazą ustalenia się dorosłości (*setting down*). Wstępując we wczesną dorosłość, człowiek uczy się osiągania niezależności (następuje przerwanie pępowiny z rodzicami) i poszukuje swego nowego miejsca w życiu. Następnym etapem jest wstępowanie w świat dorosłych (*entering the adult world*), który trwa od około 22. do 28. roku życia. Główne konflikty tego okresu skupiają się wokół problemu kreowania wizerunku swej osoby (zdolności, kompetencji, zasobów) oraz tworzenia stabilnej struktury życia. W tym momencie następuje również zwiększenie aktywności w sferze seksualnej, przejawiające się między innymi w tendencji do poszerzania swych doświadczeń, testowania różnorodnych sposobów ekspresji seksualnej. Zainicjowana we wcześniejszym okresie aktywność seksualna zaczyna się konsolidować i wytyczać granice indywidualnych preferencji i oczekiwań wobec sfery życia seksualnego. W tym czasie następuje również koncentracja na poszukiwaniu partnera życiowego i stworzeniu z nim intymnych więzi. Zwraca na to szczególną uwagę Erikson, który wskazuje, iż na okres wczesnej dorosłości przypada szóste stadium rozwojowe, w którym jednostka staje wobec kryzysu: intymność–izolacja. Główne zadania rozwojowe nastawione są na osiągnięcie zdolności do przeżywania intymnych relacji z bliską osobą i podejmowanie odpowiedzialności za swego partnera. Ukształtowana we wcześniejszych etapach osobowość człowieka sprzyja odczuwaniu psychicznej i fizycznej bliskości z drugim człowiekiem. Możliwe staje się w tym czasie dojrzałe realizowanie potrzeby seksualnej, sprzyjające rozwiązaniu kryzysu na korzyść zbudowania intymnego związku. Podobne aspekty poruszane są również w trzeciej koncepcji odwołującej się do psychologii *life-span*, a mianowicie teorii R.J. Havighursta. Wskazuje on, iż najważniejszymi zadaniami rozwojowymi są w tym czasie znalezienie i wybór partnera oraz uczenie się współżycia z nim. Jak widać, we wszystkich tych koncepcjach czołowe miejsca zajmują czynniki związane z realizowaniem i budowaniem swego życia emocjonalno-seksualnego, by w końcowym okresie wczesnej dorosłości – jakim jest przejście do wieku średniego – dokonać retrospektywnej analizy dotychczasowych osiągnięć. Możliwość zrealizowania aktualnie występujących zadań uzależniona jest od kompetencji i zasobów nabytych we wcześniejszych etapach rozwoju, stąd też celem badań było poznanie i zbadanie tych wcześniejszych okresów.

Wyniki badań własnych

Rozwój człowieka określa dwukierunkowy proces zachodzący między jednostką a otoczeniem¹⁹. Badanie rozwoju jednostki odbywa się w kontekście podobieństwa

¹⁸ D.J. Levinson, *A conception of adult development*, „American Psychologist” 1986, vol. 41, nr 1, za: A. Brzezińska, *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Scholar, 2000.

¹⁹ D.L. Featherman, R.M. Lerner, *Ontogenesis and sociogenesis: Problematics for theory and research about development and socialization across the lifespan*, „American Sociological Review” 1985, vol. 50.

i różnic w zakresie behawioralnych zmian zachodzących w cyklu życia, które obserwuje się w pokoleniu, grupach płciowych i innych subpopulacjach danego społeczeństwa w określonym momencie historycznym²⁰.

Rozwój jednostki to wypadkowa różnych sił, zarówno o charakterze biologicznym – jako efekt dojrzewania organizmu, jak i o charakterze społecznym – jako efekt uczenia się pod wpływem stymulacji płynącej z otoczenia²¹.

W rozważaniach nad seksualnością Bancroft opisuje dwa modele uczenia się zachowań seksualnych w ciągu życia: model społecznego uczenia się²² i model poznawczego uczenia się²³. Społeczne uczenie się to proces, w trakcie którego aktywność pojawia się w wyniku warunkowania (wzmocnienia pozytywne i negatywne) oraz poprzez naśladowanie innych, natomiast kognitywne uczenie się polega na organizowaniu w kategorii poznawcze bodźców oraz wywoływanych przez nie odpowiedzi²⁴.

Hans Thomae opisuje rozwój jako „ciąg zmian pozostających między sobą we wzajemnym związku i występujących w sposób uporządkowany w określonych miejscach na kontinuum czasowym biegu życia jednostki”²⁵. Dieter Schmidt postulował, aby zmiany te ujmować w kontekście „kryteriów wartości”²⁶.

Rozwój seksualny ma charakter ciągły w wymiarze jednostkowym²⁷, ciągły – to znaczy trwający przez całe życie; wyznaczający jedynie pewne charakterystyczne dla danego etapu możliwości i przejawy. Rozwój seksualny człowieka to proces obejmujący wszystkie zjawiska związane z faktem posiadania płci²⁸.

Okres dzieciństwa

Dzieciństwo jest czasem, w którym „na działanie czynników biologicznych nakłada się zarówno wpływ społeczny, jak i osobista aktywność, w trakcie której możliwe staje się ustalenie specyfiki własnego ciała i jego psychofizycznych możliwości”²⁹.

Pierwsze informacje, wskazujące na fakt, iż dziecko jest istotą seksualną, możemy odnaleźć już w pracach Freuda [...]. Zgodnie z podejściem Freuda, dziecko wchodzi w wiek dojrzewania z wyraźnym zestawem znaczeń erotycznych, które poszukują właściwych obiektów i zachowań³⁰.

²⁰ J. Miluska, *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 1996.

²¹ A. Brzezińska, *Społeczna psychologia rozwoju*, dz. cyt., s. 189.

²² Mischel, 1966, podają za: J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011.

²³ Kohlberg, 1966, podają za: tamże.

²⁴ Tamże.

²⁵ H. Thomae (red.), *Handbuch der Psychologie*, t. 3: *Entwicklungspsychologie*, Göttingen: C.J. Hogrefe, 1959, s. 10.

²⁶ M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.

²⁷ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt., s. 10.

²⁸ Tamże.

²⁹ J. Miluska, dz. cyt., s. 64.

³⁰ J. Bancroft, dz. cyt., s. 152.

Współcześnie inni wielcy badacze etapów rozwojowych, począwszy od lat 50., podkreślają znaczenie tego okresu dla spraw związanych z płcią³¹.

Dziecięce zabawy o charakterze seksualnym. Dziecięce zabawy erotyczne są jednym z przejawów ciekawości seksualnej, pojawiającej się w najwcześniejszych latach życia. Jest to zjawisko dość powszechne, o czym świadczą wyniki wielu badań naukowych³².

Rozwój poznawczy dziecka pozwala już na posługiwanie się przedmiotem czy osobą jako symbolem czegoś innego, a później na stosowanie w zabawie reguł gry. Rozwój społeczny natomiast umożliwia dążenie do osiągnięcia wspólnego celu w grupie bawiących się rówieśników³³.

Wspólnie z rówieśnikami dziecko ćwiczy nowe umiejętności, naśladuje zachowania dorosłych i próbuje swoich sił w zabawie. Dzieci bawią się, naśladując sytuacje z życia dorosłych, odtwarzając jakiś większy fragment z życia rodziców, pozornie luźno związany z seksualnością, ale na nią ukierunkowany (ciąża, karmienie dzieci), ćwicząc się w pełnieniu ról związanych z płcią (zabawa w dom), podejmując aktywność nastawioną na bezpośredni kontakt z ciałem rówieśnika (zabawa w doktora). Wiele dzieci w tym okresie przeżywa swe miłości dziecięce, tworzy pary narzeczonych i choć relacje te są krótkotrwałe, stanowią dalszy etap treningu społecznego.

Podobnie jak w obszarze masturbacji, granice normy wyznaczone są przez zbliżone zasady: nieszkodzenie zdrowiu, możliwość podejmowania innych zadań rozwojowych. Dodatkowo w przypadku zabaw istotną rolę odgrywa ich jakość: wyeliminowanie agresji, przemocy, naśladowania patologicznych form aktywności dorosłych³⁴.

Tabela 1. Występowanie zdarzenia

	Zabawy	Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	80
	%	28,9
Zdarzenie wystąpiło	liczba	197
	%	71,1
Ogółem	liczba	277
	%	100,0

³¹ E.H. Erikson, *Childhood and society*, New York: Norton, 1950; M. Beisert, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa 2009; tejsze, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.; C.T. Halpern, K. Joyner, J.R. Udry, C. Suchindran, *Smart teens don't have sex (or kiss much either)*, „Journal of Adolescent Health”, 2000, vol. 26; Z. Lew-Starowicz, A. Długolecka, *Edukacja seksualna*, Warszawa: PZWL, 2006; J. Bancroft, dz. cyt.

³² M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; patrz też: I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Warszawa 1992; patrz też: J. Rademakers, M.J.C. Laan, C.J. Straver, *Body awerness and physical intimacy: an exploratory study*, w: J. Bancroft (red.), *Sexual Development in Childhood*, Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press, 2003.

³³ Vasta i inni, podają za: M. Beisert, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, dz. cyt., s. 138.

³⁴ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; tejsze, *Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone” 2006, nr 16; patrz też: Z. Lew-Starowicz, A. Długolecka, dz. cyt.

Jak widać w tabeli 1, w badanej populacji 71,1% osób deklarowało, że uczestniczyło w zabawach seksualnych w okresie dzieciństwa (28,9% odpowiedziało negatywnie). Średni wiek uczestników zabaw wynosił 6 lat.

Porównując te dane z wynikami zawartymi w literaturze przedmiotu, możemy zauważyć, iż średni wiek podejmowania zabaw w obu grupach przekracza opisywaną często pierwszą falę dziecięcych przejawów seksualności, przypadającą na wczesny okres przedszkolny. Pokrywa się on raczej z wiekiem zabaw³⁵, a więc czasem „trenowania się w przyszłych rolach płciowych i społecznych”. W tym czasie – jak piszą liczni autorzy – dokonuje się aktywne nawiązywanie kontaktów z rówieśnikami³⁶ i uczenie się „bycia z nimi”. Bardzo możliwe, iż w toku poszerzania się kontaktów społecznych zwiększa się również szansa na poznawanie i eksplorowanie tej sfery życia.

Jak już wyżej wspomniano, zbadano również, jakie emocje towarzyszyły podejmowaniu tych zachowań, oraz jakie znaczenie – zdaniem respondentów – mogły mieć te wydarzenia dla ich życia seksualnego.

Tabela 2. Emocje towarzyszące

Kategorie	N	Średnia
Ciekawość	175	6,2
Podniecenie	83	6,01
Radość	142	5,6
Duma	23	5,7
Smutek	3	5,2
Złość	2	3,1
Lęk	30	2,5
Wstręt	8	4,5
Poczucie winy	32	4,5
Znaczenie	198	3,2

Jak widać w tabeli 2, zabawom tym towarzyszyły w największym stopniu ciekawość oraz podniecenie. Nieco słabiej odczuwane były duma i radość. Można zauważyć, że uczestniczenie w dziecięcych zabawach o charakterze seksualnym (zabawa w doktora) łączyło się w większości z przeżywaniem tzw. pozytywnych emocji. Jak pisze Maria Beisert³⁷, dzieci w tym czasie bardzo chętnie bawią się swoim ciałem i chętnie nim eksperymentują. Największą średnią z tzw. trudnych emocji uzyskał smutek – 5,2 (tylko 3 osoby). Jak można zauważyć, zabawom tym towarzyszył bardzo niski poziom lęku.

Mimo że wydarzenie to było wspomniane jako pozytywne, badani uznali, że miało średnie znaczenie dla ich życia seksualnego.

³⁵ Z. Lew-Starowicz, *Atlas psychofizjologii seksu*, Warszawa: PZWL, 1990.

³⁶ Tamże; patrz też: Havighurst, Erikson, podaje za: A. Brzezińska, *Spoleczna psychologia rozwoju*, dz. cyt.

³⁷ M. Beisert, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, dz. cyt.

Masturbacja dziecięca. Pierwszy etap tej drogi, jak zostało już wcześniej wspomniane, dotyczy poznawania siebie i swego ciała. Na drodze eksploracji dziecko może odkryć, iż odczucia płynące z dotykania ręki lub nogi różnią się od tych, które powstają w wyniku stymulacji okolic narządów płciowych. Zgodnie z prawem efektu, czynności i działania, którym towarzyszą przyjemne emocje, mają tendencję do powtarzania się w podobnych okolicznościach. Mechanizm ten tłumaczy powstawanie i powtarzanie czynności określanych mianem masturbacji dziecięcej.

Linia rozwojowa wiedzie u przedszkolaka od zainteresowania sobą do spostrzeżenia innych, od wczesnego autoerotyzmu do tzw. zachowań społecznych, w których biorą udział rówieśnicy... Wszystkie wymienione zachowania dziecka są normalne, rozwojowe i oznaczają po prostu postęp na jego drodze ku dojrzałości³⁸.

Masturbacja dziecięca nie jest zjawiskiem ani masowym, ani marginalnym. Najczęściej pojawia się w okresie przedszkolnym i samoistnie zanika we wczesnych klasach szkoły podstawowej³⁹.

Definiowana jest jako „[...] stymulowanie przez dziecko własnego ciała – głównie w obszarach erogennych – i wywoływanie w ten sposób uczucia przyjemności. Masturbacja należy do podstawowych form ekspresji seksualnej pojawiającej się u dzieci”⁴⁰.

Jako jeden z pierwszych zjawisko masturbacji dziecięcej opisał A. Moll⁴¹. Jak wskazują badacze, zjawisko to pojawia się zwykle po raz pierwszy około 6.–7. miesiąca życia u chłopców i około 10.–11. miesiąca życia u dziewczynek⁴².

Tabela 3. Wystąpienie zdarzenia

Masturbacja dziecięca		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	174
	%	62,8
Zdarzenie wystąpiło	liczba	103
	%	37,2
Ogółem	liczba	277
	%	100,0

Analizując dane zawarte w tabeli 3, można zauważyć, iż do masturbacji dziecięcej przyznało się 37,2% osób (62,8% zaprzeczyło). Wyniki te są bardzo zbliżone do danych uzyskanych przez Beisert⁴³, gdzie podejmowanie masturbacji dziecięcej deklarowało około 40% badanych.

Średni wiek wystąpienia, jak zaznaczyli respondenci w prezentowanych tu badaniach, to 8,4 roku. Co ciekawe, wiek ten przypada na wczesne lata szkolne, a więc do-

³⁸ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt., s. 35–36.

³⁹ Tamże; patrz też: I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.

⁴⁰ M. Beisert, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, dz. cyt., s. 125–126.

⁴¹ A. Moll, 1912, podają za: J. Bancroft, dz. cyt.

⁴² Galenson i Roiphe, podają za: J. Bancroft, dz. cyt.

⁴³ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.

tyczy okresu, kiedy tego typu aktywność powinna zanikać⁴⁴. Jednak badania Friedricha wykazały, że masturbacja w wieku 6–9 lat dotyczyła 20,7% dziewczynek i 39,8% chłopców, potwierdzałoby wyniki uzyskane w badaniach własnych⁴⁵.

Tabela 4. Emocje towarzyszące masturbacji

Kategorie	N	Średnia
Ciekawość	78	6,8
Podniecenie	85	7,2
Radość	53	4,96
Duma	10	7,6
Smutek	3	5,8
Złość	1	3,6
Lęk	21	3,0
Wstręt	6	7,7
Poczucie winy	28	11,1
Znaczenie	109	8,9

Jak wynika z tabeli 4, najwyższą średnią uzyskało poczucie winy (choć zaznaczył to średnio tylko co dziesiąty respondent). Nieco słabiej, ale również w dużym natężeniu, w trakcie tych zachowań pojawiały się: wstręt (6 osób), duma (10), podniecenie (85). Co czwarty respondent zaznaczył, iż masturbacji towarzyszyła duża ciekawość. Badani temu wydarzeniu nadawali bardzo duże znaczenie dla ich życia seksualnego.

Bycie świadkiem zachowań seksualnych ludzi dorosłych. W okresie dzieciństwa mają miejsce zdarzenia o charakterze seksualnym, które polegają na gwałtownym zetknięciu się świata dzieci ze światem dorosłych. Jednym z nich jest uczestniczenie w charakterze świadka w zachowaniach seksualnych ludzi dorosłych.

Gama przeżywanych uczuć w przypadku tego doświadczenia może być bardzo różnorodna, powodując niejednoznaczne skutki dla dalszej biografii osoby⁴⁶.

Tabela 5. Wystąpienie zdarzenia

Świadek zachowań seksualnych ludzi dorosłych	Ogółem	
Brak zdarzenia	liczba	114
	%	41,2
Zdarzenie wystąpiło	liczba	163
	%	58,8
Ogółem	liczba	277
	%	100,0

⁴⁴ Tamże.

⁴⁵ Friedrich 2003, podaję za: J. Bancroft, dz. cyt.

⁴⁶ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; patrz też: W. Friedrich 2004 [online], http://fdn.pl/sites/default/files/file/dzieckokrzywdzone/kwartalnik9/Friedrich_W.pdf; K. Waszyńska, dz. cyt.

Analizując dane zawarte w tabeli 5, można zauważyć, że 58,8% osób relacjonowało, iż w dzieciństwie było świadkiem zachowań seksualnych ludzi dorosłych, natomiast 41,2% z tej grupy zaprzeczyło. Średni wiek dziecka będącego świadkiem tych wydarzeń wynosił 8,4 roku.

Z badań Beisert wynika, iż doświadczenia tego typu najczęściej stawały się udziałem dzieci pomiędzy 8. a 11. rokiem życia, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi w badaniach własnych.

Jak widać, wiek dziecka w czasie wystąpienia tego wydarzenia pokrywa się z wiekiem podjęcia masturbacji. Ciekawe byłoby zbadanie, na ile oba te wydarzenia się ze sobą łączą, na zasadzie przyczynowo-skutkowej.

Poniżej przedstawiono, jakie emocje towarzyszyły byciu świadkiem zachowań seksualnych ludzi dorosłych.

Tabela 6. Emocje towarzyszące

Kategorie	N	Średnia
Ciekawość	143	6,5
Podniecenie	91	6,3
Radość	56	5,1
Duma	5	2,4
Smutek	6	6,8
Złość	12	5,2
Lęk	47	4,95
Wstręt	27	5,2
Poczucie winy	36	5,5
Znaczenie	164	3,8

Najsilniej odczuwane emocje towarzyszące temu wydarzeniu to smutek (6 osób), ciekawość (143), podniecenie (91) i nieco słabsze: poczucie winy (36), wstręt, złość, radość. Najwięcej osób wskazało ciekawość, podniecenie, radość, a także lęk (średnie natężenie). Jak wynika z tabeli, osoby badane nadawały temu wydarzeniu średnie znaczenie.

Badani uznali, że największe znaczenie w okresie dzieciństwa dla ich życia seksualnego miała masturbacja (średnia 8,9), a potem kolejno: bycie świadkiem zachowań seksualnych ludzi dorosłych (średnia 3,8) i zabawy erotyczne (średnia 3,2).

Okres dojrzewania

W okresie dorastania ważną rolę odgrywają doświadczenia związane z procesami wzrastania i dojrzewania biologicznego, z pojawieniem się nowych funkcji i potrzeb (między innymi seksualnych) oraz wywołane nimi zmiany stosunków jednostki z in-

nymi ludźmi i pozycji pośród nich⁴⁷. Jest to czas, kiedy następuje gwałtowny rozwój zarówno w sferze biologicznej, społecznej, jak i psychicznej. Nagłość i różnorodność zmian powodują, że jest to okres niezwykle burzliwy.

Jest to czas, który z punktu widzenia rozwoju seksualnego traktowany jest jako przejściowy pomiędzy seksualnością dziecięcą a seksualnością człowieka dorosłego. To, co będzie się działo w tym okresie, z jednej strony jest kontynuacją tego, co zdarzyło się wcześniej, z drugiej strony natomiast pojawiają się zupełnie nowe wątki i aspekty życia i ekspresji seksualnej⁴⁸.

Masturbacja w okresie dojrzewania. Masturbacja jest zjawiskiem szeroko opisywanym w literaturze. Począwszy od badań Kinseya, we wszystkich źródłach możemy znaleźć informację, że jest to zjawisko dość częste i podejmuje ją około 75–90% chłopców i średnio 45–75% dziewcząt⁴⁹.

Mimo że masturbacja jest zjawiskiem szeroko opisywanym i wielu autorów zwraca uwagę na fakt, że jest to normalny etap rozwojowy, to jednak – jak wskazują badania – wśród osób podejmujących tę formę aktywności istnieje jeszcze sporo wątpliwości na temat jej skutków. Przyjmują one postać lęków i obaw, powodując konflikt między przyjemnością osiąganą przez zaspokojenie potrzeby seksualnej a wyrzutami sumienia lub poczuciem winy.

Tabela 7. Wystąpienie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Masturbacja w okresie dojrzewania		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	52
	%	18,8
Zdarzenie wystąpiło	liczba	225
	%	81,2
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 8,665		

Jak widać w tabeli 7, masturbację w okresie dojrzewania podejmowało 81,2% osób, natomiast 18,8% z tej grupy zaprzeczyło.

Z badań Izdebskiego z roku 2005 wynika, że 43% badanych nigdy nie uprawiało masturbacji. Odsetek ten był wyraźnie wyższy niż w roku 2001 i zbliżony do wyniku z roku 1997. W roku 2005 częściej takie deklaracje składały kobiety niż mężczyźni

⁴⁷ M. Tyszkowa, *Rodzina a rozwój jednostki*, Poznań: CPBP, 1990, s. 72.

⁴⁸ M. Beisert, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, dz. cyt.

⁴⁹ M. Kozakiewicz, *Wybrane zagadnienia poradnictwa małżeńskiego i rodzinnego*, Warszawa: PZWL, 1985; M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2001; patrz też: Z. Izdebski, *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce*, Zielona Góra: WSP, 1992.

(odpowiednio 59% i 28%)⁵⁰. Osoby, które twierdziły, że nigdy się nie masturbowały, miały najczęściej podstawowe/nizsze wykształcenie (54%), mieszkały na wsi (50%), były w formalnym związku małżeńskim (39%). Populacja ta była zatem nieco inna, a więc tym można między innymi tłumaczyć różnice w uzyskanych wynikach. Średni wiek rozpoczęcia wynosił 14,4 roku.

Jak podaje Lew-Starowicz⁵¹, do 13. roku życia podejmuje masturbację 6,4% chłopców i 1,6% dziewcząt, a począwszy od 13. roku życia odsetek osób podejmujących tego typu zachowania znacząco się zwiększa. Również w badaniach Izdebskiego odnotowano podobne wyniki. Największe nasilenie masturbacji zaobserwowano po ukończeniu 14. roku życia⁵². Można zatem przyjąć, iż wiek 14 lat może okazać się krytyczny dla rozpoczynania tego typu zachowań.

Badania Bancrofta pokazały, że 80% chłopców rozpoczęło masturbację w granicach około 2 lat przed i około 2 lat po pokwitaniu⁵³.

Poniżej przedstawiono, jakie emocje towarzyszyły masturbacji w okresie dojrzewania.

Tabela 8. Emocje towarzyszące masturbacji. Test T (T-TEST)

Kategorie	Średnia
Ciekawość	6,6
Podniecenie	7,5
Radość	6,6
Duma	4,05
Smutek	8,2
Złość	7,00
Lęk	4,2
Wstręt	6,7
Poczucie winy	5,4
Znaczenie	4,9
Satysfakcja	6,5

Jeśli chodzi o siłę emocji towarzyszących masturbacji w okresie dojrzewania, to najwyższą średnią uzyskały smutek, podniecenie i złość. W nieco niższym stopniu zaznaczono wstręt, ciekawość i radość. Badani nadawali temu wydarzeniu duże znaczenie dla ich życia seksualnego. Satysfakcja również była określona jako wysoka.

⁵⁰ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza UZ, 2006, s. 44.

⁵¹ Z. Lew-Starowicz (red.), *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich*, Warszawa: PZWL, 1992.

⁵² Z. Izdebski, *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, dz. cyt.

⁵³ J. Bancroft i wsp. 2003, podają za: J. Bancroft, dz. cyt.

Jak pisze Beisert⁵⁴, akceptacja masturbacji ma charakter warunkowy, uzależniony od wieku oraz czasu trwania i okoliczności, w jakich się znajduje uprawiająca ją osoba. Ten sposób traktowania masturbacji przez młodzież nie różni się od opinii wyrażanych przez dorosłych w najnowszych badaniach⁵⁵.

Pierwszy petting. Petting jest kolejnym krokiem w rozwoju psychoseksualnym pomiędzy masturbacją a inicjacją seksualną. Oznacza pieszczoty całego ciała, w tym także narządów płciowych, jednak bez kontaktu genitalnego (wprowadzenia członka do pochwy).

Pieszczoty te przebiegają na ogół według pewnego schematu wyznaczonego przez anatomiczne granice różnych obszarów ciała, w których ujawniają się kolejne formy aktywności seksualnej. Pierwszą barierą intymności, która zostaje przekroczona, są pieszczoty obejmujące szyję i piersi z pozostałą okolicą klatki piersiowej, tzw. necking. Kolejną barierą jest pas miednicowy i pieszczoty obejmujące okolice genitaliów, tzw. petting⁵⁶. W świadomości młodzieży petting odbierany jest jako forma zachowania seksualnego doroślejsza niż masturbacja, ponieważ zachodzi między dwiema osobami. Stanowi wstęp do często oczekiwanej bardziej zaawansowanej aktywności seksualnej.

Petting jest aktywnością, która uczy oddziaływania erotycznego na partnera, pozwalając równocześnie na poznanie jego ciała, jego wrażliwości erotycznej, odmienności wynikającej z płci⁵⁷.

Tabela 9. Wystąpienie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Petting		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	19
	%	6,9
Zdarzenie wystąpiło	liczba	258
	%	93,1
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 73,390		

Jak widać w tabeli 9, występowanie u nich etapu pettingu deklarowało 93,1% badanych, a 6,9% nie wyróżniło takiego etapu. Średni wiek rozpoczęcia wynosił 17,5 roku.

⁵⁴ M. Beisert, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, dz. cyt., s. 159.

⁵⁵ Izdebski, Ostrowska, podają za: tamże.

⁵⁶ W. Sokoluk, *Rozwój aktywności seksualnej młodzieży*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1984, nr 8, s. 241.

⁵⁷ I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt., s. 116.

Z badań Kinseya wynika, że petting w wieku 15 lat dotyczy 39% dziewcząt i 57% chłopców, a w 18. roku życia aż 4/5 młodzieży, niezależnie od płci. Jak podaje Izdebski⁵⁸, petting przed ukończeniem 18. roku życia podjęło 52,8% dziewcząt i 74,4% chłopców. Beisert uzyskała podobne wyniki: średni wiek rozpoczęcia pettingu wynosił dla chłopców prawie 16,5 roku, natomiast u dziewcząt zdarzenie to miało miejsce około rok później⁵⁹.

Poniżej przedstawiono dane odnoszące się do nasilenia emocji towarzyszących pettingowi.

Tabela 10. Emocje towarzyszące. Test T (T-TEST)

Kategorie	N	Średnia
Ciekawość	222	6,9
Zdziwienie	79	6,3
Podniecenie	233	7,6
Radość	175	7,1
Duma	91	6,8
Smutek	5	5,5
Złość	0(a) 3	0 2,1
Lęk	53	5,2
Wstręt	0(a) 5	0 1,2
Poczucie winy	36	3,9
Znaczenie	250	6,2
Satysfakcja	255	6,6

Najwyższą średnią, jeśli chodzi o nasilenie emocji, uzyskało podniecenie (co ciekawe, opcję tę zaznaczyło najwięcej osób badanych – 233) oraz radość (175 osób). Nieco niżej znajdowały się ciekawość (222 osoby) i duma (91 osób). Jak widać, wystąpienie tego wydarzenia wiązało się z pojawieniem się u badanych głównie pozytywnych emocji. Respondenci nadali temu wydarzeniu duże znaczenie oraz określili, że towarzyszył im wysoki poziom satysfakcji.

Uzyskane wyniki zgodne są z danymi zawartymi w literaturze przedmiotu. Beisert⁶⁰ pisze, że petting jest formą aktywności, która cieszy się o wiele większą akceptacją wśród młodzieży niż masturbacja i jest jedną z najczęstszych form stymulacji wśród młodzieży w tym czasie.

⁵⁸ Z. Izdebski, *Zachowania seksualne i prozdrowotne młodzieży polskiej*, w: J. Rzepka (red.), *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, Katowice: Agat Studio Wydawnicze, 1998.

⁵⁹ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.

⁶⁰ M. Beisert, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, dz. cyt.

Pierwszy orgazm. Jak podaje Kazimierz Imieliński⁶¹, zdolność do przeżycia orgazmu wykształca się w okresie dojrzewania. Andrzej Jaczewski pisze, że u chłopców pojawia się na około 1,5 roku przed wystąpieniem zdolności do wytrysku, natomiast u dziewcząt średni wiek jego wystąpienia określa się w przedziale 17–25 lat⁶².

W badaniach Bancrofta i współpracowników 12% kobiet i 13,5% mężczyzn wskazywało na wystąpienie u nich orgazmu przed nadejściem pokwitania (*menarche* u kobiet, *spermarche* u mężczyzn)⁶³, co mogło się wiązać – jak wskazują autorzy – z większą podatnością na androgeny.

Zdolność przeżywania orgazmu u kobiet jest procesem nabytym (zależnym od wielu czynników), natomiast u mężczyzn jest zjawiskiem wrodzonym⁶⁴.

Tabela II. Wystąpienie zdarzenia. Tabela krzyżowa

	Orgazm	Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	20
	%	7,2
Zdarzenie wystąpiło	liczba	257
	%	92,8
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 48,783		

W badanej populacji 92,8% osób stwierdziło, że przeżyło już orgazm. Pozostałe 7,2% deklaroowało, że nie doświadczyło jeszcze tego przeżycia. Średni wiek, jak wskazali respondenci, wynosił 15,3 roku.

W badaniach Hanny Malewskiej⁶⁵ około połowa badanych kobiet nigdy nie przeżyła orgazmu. Przeprowadzone blisko 25 lat później badania Grodzkiego⁶⁶ pokazały, że odsetek kobiet niedoświadczających orgazmu był znacząco mniejszy i wynosił około 3%. Jaczewski podaje⁶⁷, że mężczyźni niedoświadczających orgazmu prawie nie ma (ocenia się, że może to być najwyżej 1%).

⁶¹ K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna*, Warszawa: PWN, 1984.

⁶² A. Jaczewski, *Uwarunkowania rozwoju seksualnego dzieci i młodzieży*, w: J. Rzepka (red.), *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej*, Mysłówice: GWSP, 2003.

⁶³ J. Bancroft i wsp. 2003, podają za: J. Bancroft, dz. cyt.

⁶⁴ Z. Lew-Starowicz, *Atlas psychofizjologii seksu*, dz. cyt.

⁶⁵ H. Malewska, *Kulturowe i psychospołeczne determinanty życia seksualnego*, Warszawa: PWN, 1969.

⁶⁶ Z. Lew-Starowicz, *Słownik encyklopedyczny. Miłość i seks*, Wrocław: Wydawnictwo Europa, 1999.

⁶⁷ A. Jaczewski, *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 2001.

Tabela 12. Emocje towarzyszące, znaczenie. Test T (T-TEST)

Kategorie	N	Średnia
Ciekawość	148	6,5
Podniecenie	238	8,4
Radość	178	7,2
Duma	87	7,0
Smutek	5	8,1
Złość	3	2,5
Lęk	31	3,5
Wstręt	4	4,1
Poczucie winy	44	5,1
Znaczenie	251	5,7

Najsilniej – jak zaznaczyli badani – przy pojawieniu się pierwszego orgazmu odczuwane było podniecenie (238 osób). Bardzo wysoką średnią uzyskał również smutek (choć zaznaczyło go tylko 5 osób). Nieco słabsze, aczkolwiek również wysokie natężenie uzyskano w przypadku radości (178 osób) i dumy (87 osób). Ponad połowa badanych wskazała ciekawość, która uzyskała średnią 6,5. Badani temu wydarzeniu nadali duże znaczenie dla ich życia seksualnego.

Pojawienie się fantazji seksualnych. Fantazje seksualne pojawiają się w okresie dojrzewania i szczególnie w tym okresie mogą się znacząco różnić w zakresie treści w grupie dziewcząt i chłopców⁶⁸.

O ile ich treść nie zawiera cech patologicznych i nie rozbudowuje się do nierealnych rozmiarów, nosi znamiona normalności⁶⁹. Fantazje erotyczne u dziewcząt przyjmują postać marzeń i zawierają raczej społeczną treść: wspólne bycie razem, miłość. U chłopców częściej towarzyszą doznaniom seksualnym (masturbacji), a ich treść jest bardziej fizjologiczna: wyobrażenia nagich kobiet, części anatomicznych, zachowań seksualnych. „Z wiekiem i wraz z doświadczeniem erotycznym, tak u dziewcząt, jak i u chłopców, fantazje erotyczne zmieniają swoją treść, nabierają ściślejszego związku z aktem seksualnym”⁷⁰.

Do pojawiania się fantazji przyznaje się 97,5% respondentów, a tylko 2,5% z nich zaprzecza. Średni wiek badanych w czasie pojawienia się fantazji erotycznych wynosił 14,7 roku, a średni wiek w okresie ich największego nasilenia – 17,9 roku.

⁶⁸ I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.

⁶⁹ Z. Lew-Starowicz, *Atlas psychofizjologii seksu*, dz. cyt.; patrz też: M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.

⁷⁰ I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt., s. 98.

Tabela 13. Wystąpienie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Fantazje		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	7
	%	2,5
Zdarzenie wystąpiło	liczba	270
	%	97,5
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 9,486		

W badaniach, które przeprowadzili Reynolds i wsp.⁷¹, na wystąpienie fantazji wskazywało 29% dziewcząt w wieku przed pokwitaniem oraz 71% po pokwitaniu. Jeśli chodzi o chłopców, to 55% deklaroowało pojawienie się fantazji przed dojrzewaniem oraz 45% po rozpoczęciu dojrzewania.

Tabela 14. Emocje, znaczenie. Test T (T-TEST)

Kategorie	N	Średnia
Ciekawość	48	6,3
Podniecenie	60	7,1
Radość	34	5,98
Duma	40	5,5
Smutek	7	7,3
Złość	3	4,9
Lęk	20	2,6
Wstręt	5	3,8
Poczucie winy	31	4,0
Znaczenie	65	4,96

Najwyższą średnią, jeśli chodzi o emocje towarzyszące, uzyskały smutek (choć zaznaczyło go tylko 7 respondentów) oraz podniecenie (60 osób). Wysokie natężenie miały również ciekawość (48 osób), radość (34 osoby) i duma (40 osób). Badani stwierdzili, że pojawienie się fantazji seksualnych miało średnie znaczenie dla ich życia seksualnego.

Pojawienie się snów erotycznych. W okresie dojrzewania pojawiają się sny erotyczne, będące wyrazem przejawiania się popędu seksualnego. Analogicznie jak w przypadku fantazji, szczególnie w tym okresie ich treść i częstotliwość może być znacząco różna w grupie kobiet i mężczyzn.

⁷¹ Reynolds i wsp. 2003, za: J. Bancroft, dz. cyt.

Tabela 15. Wystąpienie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Sny erotyczne		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	18
	%	6,5
Zdarzenie wystąpiło	liczba	259
	%	93,5
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 4,656		

Analizując dane zawarte w tabeli 15, możemy zauważyć, iż 93,5% osób deklarowało, że miało sny erotyczne (6,5% zaprzecza). Średni wiek pojawienia się snów erotycznych wynosił 15,9 lat. Wiek największego nasilenia się snów erotycznych to 18,2 lata.

Tabela 16. Emocje, znaczenie. Test T (T-TEST)

Kategorie	N	Średnia
Ciekawość	34	5,8
Podniecenie	55	6,5
Radość	38	6,2
Duma	35	5,5
Smutek	8	5,3
Złość	6	5,4
Lęk	10	5,4
Wstręt	3	6,8
Poczucie winy	20	4,5
Znaczenie	63	4,5

Najsilniej, zdaniem badanych, przy pojawieniu się snów erotycznych odczuwane były: podniecenie (55 osób), radość (38 osób) i wstręt (tylko 3 osoby). Badani pojawieniu się snów erotycznych nadawali średnie znaczenie dla ich życia seksualnego.

Inicjacja. Zwolennicy koncepcji rozwojowej, traktującej inicjację jako kolejny etap na drodze ku zdobywaniu doświadczeń seksualnych, zwracają uwagę na pozytywne znaczenie niewielkiej jakościowej różnicy między nią a poprzednim krokiem w postaci pettingu. Doświadczenie jest zdobywane stopniowo, powoli i wzbogacane o nowe formy aktywności, z których każda stanowi trudniejszy, ale i dojrzały etap wobec poprzedniej⁷². Jak podaje Izdebski, „wiek rozpoczęcia współżycia seksualnego często

⁷² M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt., s. 167.

determinuje dalszą historię życia seksualnego, wpływa na gotowość do podejmowania różnych form aktywności w tej sferze, w tym zachowań ryzykownych⁷³.

Tabela 17. Wystąpienie inicjacji

Inicjacja					
N		średnia		odchylenie standardowe	
inicjacja – brak		inicjacja – brak		inicjacja – brak	
brak inicjacji	inicjacja miała miejsce	brak inicjacji	inicjacja miała miejsce	brak inicjacji	inicjacja miała miejsce
0(a)	234	,	18,5491	,	2,5107

Średni wiek inicjacji w badanej populacji wyniósł 18,5 roku. Wiek ten pokrywa się z wiekiem inicjacji w badaniach Izdebskiego (18,42 roku) z roku 2005.

W większości krajów europejskich, w tym również i w Polsce, za wiek krytyczny dla wystąpienia inicjacji wśród chłopców przyjmuje się 17.–18. rok życia, dla dziewcząt około rok później⁷⁴.

Jak podaje Izdebski, średni wiek inicjacji nieznacznie się obniżył w stosunku do lat poprzednich. W roku 1997 wynosił on 18,43 dla mężczyzn, a 19,34 dla kobiet. W roku 2001 średnie wynosiły odpowiednio 18,32 i 19,12 lat. Średni wiek inicjacji w badaniu z roku 2005 wynosił 18,42 (18,82 kobiety, 18,08 mężczyźni)⁷⁵.

Lew-Starowicz⁷⁶ wskazuje, że osoby z wyższym wykształceniem podejmują współżycie znacząco później, co potwierdzałoby trafność wyników uzyskanych w badaniach własnych.

Tabela 18. Emocje towarzyszące inicjacji, jej znaczenie i odczuwana satysfakcja. Test T (T-TEST)

Kategorie	N	Średnia
Motyw – uczucie	225	0,73
Ciekawość	181	7,3
Podniecenie	210	8,0
Radość	180	7,6
Duma	122	6,9
Smutek	13	4,4

⁷³ Z. Izdebski, *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne*, Warszawa 2000, s. 48.

⁷⁴ M. Kozakiewicz, dz. cyt.; patrz też: M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; I. Obuchowska, A. Jaczewski, dz. cyt.; Z. Lew-Starowicz (red.), *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich*, dz. cyt.

⁷⁵ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, dz. cyt.

⁷⁶ Z. Lew-Starowicz, K. Szczerba, *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: Polska Oficyna Wydawnicza BGW, 1995.

Kategorie	N	Średnia
Złość	3	5,6
Lęk	70	5,1
Wstręt	2	6,8
Poczucie winy	33	4,55
Znaczenie	209	7,6
Satysfakcja	230	6,96

Jak widać w tabeli 18, najwyższą średnią uzyskał parametr oznaczający nasilenie podniecenia. Na drugim miejscu znalazła się radość i tuż za nią ciekawość. Kolejne miejsce, jeśli chodzi o natężenie uczuć, zajęły ze zbliżoną średnią duma i wstręt, a następnie złość i lęk (lęk zaznaczyła co czwarta osoba badana). Najniższe średnie zaobserwowano w przypadku winy i smutku. Okazuje się, że podjęcie inicjacji łączyło się w większości przypadków z przeżywaniem pozytywnych uczuć. Temu wydarzeniu respondenci nadali duże znaczenie dla życia seksualnego. Również uzyskiwana w trakcie inicjacji satysfakcja okazała się wysoka.

Jak podaje Lew-Starowicz⁷⁷, amerykański raport Colesa wskazuje na podobne dane; liczba osób zadowolonych ze współżycia seksualnego wynosiła 23% w przypadku dziewcząt i 60% w przypadku chłopców. Sprzeczne uczucia miało 34% chłopców i 61% dziewcząt. Wychodząc z założenia o znaczącej roli pierwszych doświadczeń seksualnych, można przyjąć, że opierając się na uzyskanych wynikach dotyczących emocji towarzyszących inicjacji, zaobserwowano dość optymistyczne zjawisko. Jak widać, podejmowanie inicjacji jest w większości przypadków zjawiskiem uznawanym przez studentów za pozytywne.

Jeśli chodzi o znaczenie dla dalszego życia seksualnego doświadczeń przeżywanych w okresie dojrzewania, to badani uznali, że na pierwszym miejscu jest inicjacja (średnia 7,6), potem petting (6,2), pierwszy orgazm (5,7), pojawienie się fantazji erotycznych (średnia 4,96), masturbacja (średnia 4,9) i sny erotyczne (średnia 4,5).

Zachowania seksualne o cechach parafilii

Według Zbigniewa Lew-Starowicza, są to „zaburzenia seksualne, które charakteryzują powtarzające się, intensywne fantazje seksualne, potrzeby lub zachowania niezależne od woli, nietypowe lub nieakceptowane społecznie, trwające ponad 6 miesięcy”⁷⁸.

Mogą należeć do nich: zachowania seksualne podejmowane jednocześnie z kilkoma osobami, zachowania seksualne, którym się przyglądano, zachowania seksualne podejmowane z użyciem stałego przedmiotu, zachowania seksualne podejmowane

⁷⁷ Tamże.

⁷⁸ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, dz. cyt.

z osobą poniżej 15. roku życia oraz zachowania seksualne, w trakcie których dochodziło do nakładania ubioru płci przeciwnej, co wzmagало podniecenie seksualne. Poniżej przywołane zostaną wyniki odnoszące się do tych form zachowań.

Seks grupowy

Tabela 19. Wystąpienie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Seks grupowy		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	249
	%	89,9
Zdarzenie wystąpiło	liczba	28
	%	10,1
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 5,724		

Jak widać w tabeli 19, w badanej grupie 10,1% relacjonowało, że uczestniczyli w zachowaniach seksualnych podejmowanych jednocześnie z kilkoma osobami. Średni wiek badanych w czasie wystąpienia tych wydarzeń wynosił 18,2 roku.

Zachowania seksualne, którym się przyglądano

Tabela 20. Występowanie. Tabela krzyżowa

Przyglądanie się		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	240
	%	85
Zdarzenie wystąpiło	liczba	35
	%	15
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 3,334		

Spośród badanych osób 15% przyznało się, że uczestniczyło w zachowaniach seksualnych, którym przyglądały się inne osoby, a 85% zaprzeczyło wystąpieniu takich wydarzeń w ich biografii seksualnej. Średni wiek uczestniczenia w zachowaniach seksualnych, którym się przyglądano, wyniósł prawie 18 lat. Wydarzenia te pojawiały się w biografii tuż przed wystąpieniem inicjacji (średnio pół roku).

Zachowania seksualne podejmowane z użyciem stałego przedmiotu**Tabela 21.** Występowanie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Zachowania seksualne z użyciem stałego przedmiotu		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	239
	%	86,3
Zdarzenie wystąpiło	liczba	38
	%	13,7
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 8,093		

Jeśli chodzi o podejmowanie zachowań seksualnych z użyciem stałego przedmiotu, to do tego typu kontaktów przyznało się 13,7% osób. Średni wiek respondentów w czasie podjęcia tego typu zachowań wynosił w przybliżeniu 19,5 roku. Do wydarzeń tych dochodziło – jak wynika z badań – po wystąpieniu inicjacji.

Zachowania seksualne podejmowane z osobą poniżej 15. roku życia**Tabela 22.** Występowanie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Zachowania		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	262
	%	94,6
Zdarzenie wystąpiło	liczba	15
	%	5,4
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 2,914; df = 1		

Spośród badanych osób 5,4% przyznało, że uczestniczyło w zachowaniach seksualnych z osobą poniżej 15. roku życia. Średni wiek podejmowania tego typu kontaktów wyniósł 19 lat i dwa miesiące. Doświadczenia te stały się ich udziałem średnio pół roku po wystąpieniu inicjacji seksualnej.

Zachowania seksualne z nakładaniem odzieży (elementów) płci przeciwnej

Tabela 23. Występowanie zdarzenia. Tabela krzyżowa

Zachowania		Ogółem
Brak zdarzenia	liczba	255
	%	92,1
Zdarzenie wystąpiło	liczba	22
	%	7,9
Ogółem	liczba	277
	%	100,0
chi-kwadrat = 4,392		

Jak widać w tabeli 23, do tego typu zachowań przyznało się 7,9% badanych osób. Średni wiek podejmowania tego typu zachowań wyniósł 19,5 roku.

Podsumowanie

Seksualność jest [...] niezwykle istotną częścią nas samych, niezależnie od wieku, od tego, czy jesteśmy aktywni seksualnie i czy mamy fantazje erotyczne, czy nie. Odgrywa bardzo ważną – chociaż zmieniającą się – rolę na przestrzeni całego życia człowieka⁷⁹.

Polem do realizowania wartości życiowych człowieka są zmieniające się w przebiegu biografii sytuacje, zdarzenia. Każda taka pojawiająca się sytuacja daje szansę na wykorzystanie różnorodnego repertuaru zachowań, na tworzenie nowych możliwości rozwojowych⁸⁰.

Jeśli chodzi o okres dzieciństwa, to badani uznali, iż doświadczeniem mającym największe znaczenie dla ich życia seksualnego było wystąpienie masturbacji (średnia 8,9), chociaż wiązało się to z odczuwaniem ambiwalentnych emocji (poczucie winy versus ciekawość, podniecenie, radość). Masturbację w okresie dzieciństwa podejmowało 37,2% osób.

Najwięcej osób (71,1%) wskazało, że było uczestnikiem zabaw erotycznych („zabawy w doktora”), choć – jak zaznaczyli respondenci – miało to znacząco mniejsze znaczenie dla ich życia seksualnego (średnia 3,2). Do uczestniczenia w charakterze świadka w zachowaniach seksualnych osób dorosłych przyznało się 58,8% badanych.

Analiza znaczenia przeżytych w okresie dojrzewania wydarzeń dla dalszego życia seksualnego przyniosła następujące wyniki: inicjacja (średnia 7,6), petting (6,2),

⁷⁹ Z. Izdebski, *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim*, dz. cyt.

⁸⁰ M. Piorunek, *Stres w biografii człowieka*, dz. cyt., s. 112.

pierwszy orgazm (5,7), pojawienie się fantazji erotycznych (4,96), masturbacja (4,9) i pojawienie się snów erotycznych (4,5). Wszystkie te wydarzenia zostały ocenione jako istotniejsze dla życia seksualnego niż te przeżyte w okresie dzieciństwa (z wyjątkiem masturbacji). Co ciekawe, masturbacja w okresie dzieciństwa uzyskała o wiele wyższą średnią, jeśli chodzi o jej znaczenie dla życia seksualnego, niż masturbacja w okresie dojrzewania.

Niepokojący jest natomiast fakt, że do zachowań seksualnych z osobą poniżej 15. roku życia przyznało się 5,4% badanych. Wydarzyło się to, gdy mieli około 19 lat, czyli po osiągnięciu pełnoletności. Żeby jednak można było wyciągać jakieś wnioski na tej podstawie, należałoby przeprowadzić szersze i dokładniejsze badania empiryczne.

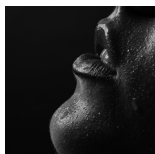
LITERATURA

- BANCROFT J., *Seksualność człowieka*, red. wydania polskiego: Z. Lew-Starowicz, A. Robacha, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011
- BEISERT M., *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991
- BEISERT M. (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009
- BRZEZIŃSKA A., *Psychologia rozwoju człowieka*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podstawy psychologii*, t. I, Gdańsk: GWP, 2000
- BRZEZIŃSKA A., *Psychologia wychowania*. w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie*, t. III, Gdańsk: GWP, 2000
- BRZEZIŃSKA A., *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Scholar, 2000
- DENZIN N.K., *Sociology; Methodology; Research*, Butterworths, London 1970
- FEATHERMAN D.L., LERNER R.M., *Ontogenesis and sociogenesis. Problematics for theory and research about development and socialization across the lifespan*. „American Sociological Review” 1985, vol. 50
- HAVIGHURST R., *Developmental tasks and education*, New York 1981
- IZDEBSKI Z., *Zachowania seksualne i prozdrowotne młodzieży polskiej*, w: J. Rzepka (red.), *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, Katowice: Agat Studio Wydawnicze, 1998
- IZDEBSKI Z., *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000
- IZDEBSKI Z., *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza UZ, 2006
- JACZEWSKI A., *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 2001
- KOZAKIEWICZ M., *Wybrane zagadnienia poradnictwa małżeńskiego i rodzinnego*, Warszawa: PZWL, 1985
- LEW-STAROWICZ Z., *Atlas psychofizjologii seksu*, Warszawa: PZWL, 1990
- LEW-STAROWICZ Z., *Seksuologia sądowa*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2000
- LEW-STAROWICZ Z., *Zarys seksuologii sądowej dla prawników*, Warszawa: Wydawnictwo Zrzeszenia Prawników Polskich, 2000
- LEW-STAROWICZ Z., *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2001
- LEW-STAROWICZ Z., DŁUGOŁĘCKA A., *Edukacja seksualna*, Warszawa: PZWL, 2006
- LEW-STAROWICZ Z., LACH-DŁUGOŁĘCKA A., *Seks*, w: *Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego*, Warszawa: Agencja Promo-Lider, 1996

- LEW-STAROWICZ Z., SZCZERBA K., *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: Polska Oficyna Wydawnicza BGW, 1995
- LEW-STAROWICZ Z. (red.), *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich*, Warszawa: PZWL, 1992
- MALEWSKA H., *Kulturowe i psychospołeczne determinanty życia seksualnego*, Warszawa: PWN, 1969
- MILUSKA J., *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 1996
- OBUCHOWSKA I., JACZEWSKI A., *Rozwój erotyczny*, Warszawa: WSiP, 1992
- PIORUNEK M., *Planowanie zawodowo edukacyjnej przyszłości na etapie wczesnej adolescencji*, „Studia Edukacyjne” 2000, nr 5
- PIORUNEK M., *Stres w biografii człowieka. Inspiracje dla profilaktyki i promocji zdrowia*, w: M.D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, Poznań–Koziegłowy: Wolumin, 2000
- PRZETACZNIK-GIEROWSKA M., TYSZKOWA M., *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000
- THOMAE H. (red.), *Handbuch der Psychologie*, t. 3: *Entwicklungspsychologie*, Göttingen: C.J. Hogrefe, 1959
- TOKARSKI J. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa: PWN, 1980
- TYSZKOWA M., *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*, Warszawa: PWN, 1988
- TYSZKOWA M., *Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. Paradygmat teoretyczny badań*, w: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki*, Poznań: CPBP, 1990
- WASZYŃSKA K., *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2010

ANNA GULCZYŃSKA, WERONIKA STEFANIAK

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



MASTURBACJA DZIECIĘCA

Wstęp

Wczesne i średnie dzieciństwo jest czasem intensywnego rozwoju zarówno w zakresie motyki, zachowań społecznych, jak i emocji. Pojawiające się nowe formy zachowań eksploracyjnych, tych związanych z samoświadomością i światem zewnętrznym, a także nowe sposoby rozładowywania napięć dotyczą również sfery seksualnej. Mimo coraz większej świadomości wychowawców i rodziców masturbacja dziecięca jest tematem, który niepokoi i o który trudno pytać. Istniejące w świadomości tabu seksualne oraz obiegowe, nieprofesjonalne opinie, nasycone indywidualnymi doświadczeniami powodują pewien chaos. Tym trudniej odróżnić to, co rozwojowe i charakterystyczne dla danego etapu ontogenezy, od tego, co patologiczne i wymagające leczenia.

Celem artykułu jest scharakteryzowanie przyczyn i form masturbacji dziecięcej, a także sposobów jej ujmowania z uwzględnieniem specyficznych i niespecyficznych elementów rozwoju psychospołecznego dziecka. Opisano w nim również znaczenie prawidłowej edukacji seksualnej rodzica, stanowiącej istotny czynnik optymalnego wychowania seksualnego. W końcowej części zaprezentowano elementy profilaktyki i terapii.

1. Rodzinne uwarunkowania rozwoju erotycznego dzieci

Podstawowym i naturalnym środowiskiem wychowawczym każdego człowieka jest rodzina, dlatego to ona powinna odgrywać zasadniczą rolę w wychowaniu seksualnym dzieci, przy jedynie pomocniczej funkcji szkoły. Od najwcześniejszych lat życia, na podstawie wzorców wyniesionych z domu rodzinnego, dziecko formułuje własne

wartości, postawy, normy wobec seksualności, które stopniowo są internalizowane¹. Okres dzieciństwa odgrywa istotną rolę w rozwoju psychoseksualnym. Właśnie wtedy rozwijają się właściwości psychiczne decydujące o postawach wobec świata płci, jak: szacunek wobec własnej i cudzej cielesności, akceptacja odmienności płci, umiejętność czerpania radości z przejawów własnej seksualności. Nieprawidłowości tego okresu, takie jak m.in.: trudności komunikacyjne, konformizm, negatywne postawy wobec ciała i życia seksualnego czy oziębłość seksualna, będą zakłócały rozwój erotyczny i wpływały na problemy w późniejszych okresach życia. Podstawowym aspektem funkcjonowania erotycznego, kształtowanym w domu rodzinnym, jest umiejętność wyrażania uczuć. Chociaż człowiek przez całe życie zdobywa umiejętności komunikowania uczuć, to jednak poprzez reagowanie na miłość rodziców i rozwijanie własnych form wyrażania emocji w stosunku do innych kształtują się podstawowe wzory ekspresji emocjonalnej². W domach rodzinnych następuje także modelowanie pierwszych postaw wobec seksualności. Cel ten jest realizowany spontanicznie, na bardzo wczesnym etapie uczenia dziecka higieny osobistej, ubierania się i udziału w życiu rodzinnym. W okresie wczesnodziecięcym jednostka poznaje tabu i uczy się poszanowania granic seksualności. Reakcje opiekunów w sytuacjach codziennych rodzą określone postawy dzieci. Kara lub wizja kary czy też prewencyjne nastawienie dziecka wobec różnych aspektów seksualności wywołują u niego lęk, poczucie winy, doprowadzając do konfliktu dążeń i emocji. Uczucia związane z przyjemnością, zaspokojeniem ciekawości, ulgą kojarzą się z grzechem, wstydem, poniżeniem. Z drugiej jednak strony przesadnie rozumiana naturalność i otwartość seksualna opiekunów przekraczać może zakres zrozumienia sytuacji przez małe dziecko, rodząc tym samym lęk i odbierając zdolność poszanowania cudzej intymności i odrębności³.

Kolejnym uwarunkowaniem życia erotycznego, związanym z życiem rodzinnym, jest dostarczanie przez rodziców pierwszych wzorów pełnienia funkcji społecznych związanych z płcią. Proces utożsamiania się z płcią, przy odpowiednim rozwoju identyfikacji, odbywa się u dziecka od chwil uświadomienia sobie, że przynależy ono do określonej płci. Rozwija się poprzez podkreślanie przez rodziców odrębności płci, cho-

¹ M. Tyszkowa, *Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. Paradygmat teoretyczny badań*, w: tejsze (red.), *Rodzina a rozwój jednostki*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1990; S. Zirkeł, N. Cantor, *Personal construal of life tasks: Those who struggle for independence*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1990, vol. 58, s. 172–185.

² Zob. M. Przetacznik-Gierowska, *Stadia psychicznego rozwoju człowieka. Przegląd zagadnień*, w: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia. Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne*, Warszawa: PWN, 1988; M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1996.

³ Zob. M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991; tejsze, *W poszukiwaniu modelu seksualności*, w: tejsze (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 2004; Z. Izdebski, *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce. Raport z badań*, Zielona Góra: Wydawnictwo WSP, 1992; D. Haffner, *Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych*, Warszawa: Wydawnictwo Diogenes, 2002; L.A. Kirkpatrick, C. Hazan, *Attachment styles and close relationship: A four-year perspective study*, „Personal Relationships” 1994, nr 1, s. 123–142.

ciażby ubiorem, doborem zabawek, włączaniem do prac domowych i wzmacnianiem zachowań typowych dla dziewczynek/chłopców lub kobiet/mężczyzn. Do prawidłowej identyfikacji z płcią potrzebne są pozytywne, wystarczająco nagradzane związki między dzieckiem a obojgiem rodziców, przy czym rodzic tej samej płci służy jako model osobowościowego i społecznego odgrywania roli seksualnej, natomiast rodzic płci przeciwnej tę rolę wzmacnia i uczy relacji z płcią przeciwną. Właściwe wychowanie w rodzinie, silna więź uczuciowa z obojgiem rodziców, sprecyzowana i jasna rola męska i kobieca oraz zgodne i konsekwentne współdziałanie rodziców w ukierunkowaniu psychoseksualnym dziecka mogą sprzyjać dobrej identyfikacji z własną płcią. W przypadku braku wartościowych modeli albo ich sprzeczności identyfikacja łatwo może zostać zachwiana⁴.

Środowisko rówieśnicze z kolei cechuje ogromna różnorodność, jaką nie dysponuje środowisko rodzinne, ponieważ dziecko może przejmować sposoby pełnienia funkcji rodziców od rodziców innych dzieci, wzbogacając w ten sposób zakres swoich doświadczeń. Jest też miejscem treningu społecznego, stanowi wzorzec przyszłych związków i pierwszych doświadczeń seksualnych. Wielość osób, mnogość środowisk i doświadczeń, które wpływają na rozwój psychoseksualny dziecka, niejednokrotnie powodują u dorosłych chaos w oddziaływaniach wychowawczych, poczucie bezradności i tendencję do przerzucania obowiązków na innych, szczególnie jeśli dochodzi do sytuacji ocenianych jako trudne⁵. We właściwie funkcjonującej rodzinie dziecko uczy się wzorów postępowania społecznego, postawy wobec rodziny, relacji intymnych oraz relacji do innych ludzi, przyswaja wartości moralne. O tym wszystkim decydują nie tylko specjalne metody wychowawcze, ale przede wszystkim charakter relacji rodzice-dziecko⁶. Zachowania dziecka są odpowiedzią na postawy rodziców, a one zmieniają się na skutek zachowań dziecka⁷. Między rodzicami a dziećmi powinna istnieć więź, którą charakteryzuje kontakt pomocny, tzn. taki, na skutek którego choć jedna ze stron ulepsza się, rozwija, udoskonala stosunki z innymi. Dziecko w rodzinie będącej wspólnotą staje się ufne i otwarte. Tutaj również musi siebie określić, zidentyfikować swoją płć. Wizerunek rodzica tej samej płci stanowi wzór własnych zachowań, z kolei postawa rodzica przeciwnej płci jest podstawą do kształtowania oczekiwań wobec

⁴ Zob. M. Chomczyńska-Miliszekiewicz, *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2002; J. Miluska, *Role płciowe człowieka w cyklu życia. Przegląd koncepcji i badań*, „Psychologia Wychowawcza” 1999, XLII, nr 5, s. 385–399; R. Macmillan, R. Copher, *Familie in the Life Course: Interdependency of Roles, Role Configurations, and Pathways*, „Journal of Marriage and Family” 2005, nr 67, s. 858–879; W.D. Manning, *Children and the Stability of Cohabiting Couples*, „Journal of Marriage and Family” 2004, nr 66, s. 674–689.

⁵ Zob. B.C. Miller, *The timing of sexual intercourse among adolescents: family, peer, and other antecedents*, „Youth and Society” 1997, nr 29 (1), s. 54–83; A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, w: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.), *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006.

⁶ Zob. A. Woźniak, *Reprezentacja rodziny u dzieci z rodzin rozbitych wskutek rozwodu*, Poznań: Interfund, 2000.

⁷ Zob. B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków: Wydawnictwo UJ, 1999.

przyszłego partnera. W całym procesie przygotowywania młodych ludzi do bycia partnerem, małżonkiem i rodzicem szczególne znaczenie ma wychowanie seksualne. Aby odgrywało ono rolę integrującą, musi być podejmowane w odpowiedni sposób⁸:

- Rodzice znający poziom rozwoju emocjonalnego i poznawczego dziecka, jego wrażliwość, zainteresowania powinni wszelkie wiadomości dotyczące płciowości dostosować do jego możliwości percepcyjnych, poważnie traktować ważne dla dziecka problemy, trudności, okazywać wyrozumiałość, szacunek, serdeczność i zachęcać do pracy nad sobą.
- Kwestie płci muszą być ukazane jako dobro, wartość w kontekście rodziny, małżeństwa i osoby.
- Seksualność należy ujmować w wielu aspektach (biologicznym, psychicznym, duchowym), wskazując na jej cele i zadania.
- Integralność zakłada rzetelną wiedzę, dobrą znajomość własnego ciała i odmienności psychiki mężczyzny i kobiety.
- Opiekunowie powinni nieco uprzedzać pytania dziecka, biorąc pod uwagę środowisko czy programy realizowane w szkołach. To oni powinni tłumaczyć oraz utrwalać zdobyte w szkole informacje na temat ludzkiej płciowości.
- Treść i język przekazu powinny być dostosowane do wieku, możliwości i etapu rozwojowego dziecka. Na postawione pytania należy odpowiadać zgodnie z prawdą.
- Wychowanie seksualne powinno być zgodne z przekonaniami rodziców, z ich normami i wartościami duchowymi.
- Niezbędny jest klimat wzajemnego zaufania, którego podstawę stanowi życie rodziców zgodne z głoszonymi przez nich prawdami, autentyczność, dojrzałość, odpowiedzialność i poczucie dzieci, że zawsze mogą liczyć na rodziców.
- Właściwe wychowanie seksualne powinno być indywidualne i prowadzone w atmosferze dialogu. Potrzeba tu otwartości rodziców i chęci podjęcia szczerzej rozmowy.

2. Rodzaje zachowań autoerotycznych dzieci – przyczyny i obraz kliniczny

Rozwój seksualny człowieka to ciągły proces obejmujący wszystkie zjawiska dotyczące płci. Zaznacza się⁹, że seksualność małego dziecka to grupa specyficznych zachowań wyróżniających się m.in. formami aktywności dziecka. Charakterystyczną cechą seksualności dziecięcej, zwłaszcza w początkowym okresie, stanowi fakt, że nie

⁸ M. Ryś, *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 2000.

⁹ Zob. A. Jaczewski, J. Radomski, *Wychowanie seksualne i problemy seksuologiczne wieku rozwojowego*, Warszawa: PZWL, 1986; I. Obuchowska, *Psychologiczne aspekty dojrzewania*, w: A. Jaczewski, B. Wojnarowska (red.), *Dojrzewanie*, Warszawa: WSiP, 1982; M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności*, dz. cyt.

jest ona skierowana do innej osoby, a więc jest autoerotyczna. Zachowania seksualne dziecka są jednym z elementów jego codziennej aktywności i mogą pełnić różnorodne funkcje: poznawcze (zdobywanie wiedzy o różnicach płciowych, prokreacji), społeczne (np. trening ról płciowych), emocjonalne (zaspokajanie potrzeby bliskości w relacji z drugim człowiekiem, szukanie przyjemnych przeżyć). W literaturze przedmiotu przejawy dziecięcej seksualności dzielone są na cztery kategorie: zachowania orientacyjne, masturbacyjne, interakcyjne i twórcze¹⁰. Z uwagi na temat pracy omówiony zostanie zespół orientacyjny – stanowiący niejako wstęp do opisywanych zachowań, a następnie zachowania masturbacyjne – w normie i poza nią.

2.1. Zespół orientacyjny

Pierwsze reakcje dziecka dotyczące płciowości odnoszą się do rodziców i rodzeństwa, dopiero potem przenoszone są na inne osoby. Celem tych zachowań jest zdobycie informacji na temat różnic płciowych zarówno wśród rówieśników, jak i w świecie dorosłych. Jest to tzw. trening heteroseksualny¹¹. Zainteresowanie płcią przeciwną ma wyraźnie charakter falowy. Pierwszy przyływ ciekawości następuje około 5. roku życia, wyraźnie opada w pierwszych klasach szkoły podstawowej, by zasygnalizować ponownie swoje istnienie w okresie przedpokwitaniowym, to jest w okolicach 10.–11. roku życia. Małe dziecko działa w sposób dla siebie dostępny, wykorzystuje okoliczności, które mogą być dla niego źródłem wiedzy. Szczególne znaczenie mają rówieśnicy, pełniąc podwójną funkcję: intrygują swoją odmiennością i zaspokajają ciekawość. Pierwsze odkrycia dokonywane są zwykle przypadkowo, np. podczas zabaw czy wspólnej kąpieli. Obserwacja innego dziecka przynosi ciągle sensacje, dodatkowo, gdy dziecko nie wie, że oglądanie rówieśnika należy do zachowań nagannych, robi to bez skrępowania. Jeżeli dziecku nie pomaga przypadek, a codzienność nie sprzyja, samo zaczyna prowokować takie zdarzenia. Stara się ponownie wywołać sytuację, która kiedyś wzmogła ciekawość, proponując np. zabawę. W nieco inny sposób przebiega droga poznania dziecka wychowywanego razem z kilkorgiem rodzeństwa różnej płci. Dla niego odmienność osób płci przeciwnej jest rzeczą naturalną i oczywistą. W takim przypadku różnice nie wiążą się z ekscytacją, a raczej stanowią syndrom codzienności¹². Drugim sposobem zdobywania wiedzy o osobach płci przeciwnej jest obserwacja dorosłych. Oglądanie ich ciała daje wiedzę, jak wygląda kobieta lub mężczyzna. Wiedza czerpana z tego źródła wywiera na dziecku wrażenie. Pozytywne emocje spowodowane są zaspokojeniem ciekawości. Trzecim, najrzadziej przyczyniającym się do dokonywania odkryć erotycznych materiałem, są informacje pochodzące z książek, filmów i wyjaśnień dorosłych.

¹⁰ Zob. M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.; A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

¹¹ A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

¹² Zob. M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.

W drugiej fali zainteresowań, przypadającej na wiek poprzedzający dorastanie, biorą udział zwłaszcza ci, którzy nie uczestniczyli aktywnie we wcześniejszych obserwacjach. Ten drugi przyływ odkryć ma inny charakter – bardziej chodzi w nim o uszczegółowienie i potwierdzenie wiadomości zdobytych lub podpowiadanych przez intuicję niż o element nowości. W tym okresie liczy się przede wszystkim fascynacja ciałem rówieśnika i zainteresowanie ciałem dorosłego. Często na pomoc dziecku wyrusza wtedy szkoła i inne instytucje wychowawcze¹³.

Uogólniając, dzieci podejmują różnorodne wysiłki, by zdobyć wiedzę: obserwują, pytają osoby, które wydają im się kompetentne, a także podglądają rówieśników, dorosłych, zwierzęta, czasami prezentują również swoje narządy płciowe (ekshibicjonizm dziecięcy). Wykorzystują do tego sytuacje codzienne: czynności higieniczne, pobyt w toalecie, wspólne przebieranie się, np. na basenie. Uogólnione tabu seksualne powstaje najczęściej w okresie przedszkolnym i stanowi ważną barierę w uzyskiwaniu informacji w tym zakresie. Kolejnym rodzajem zachowań orientacyjnych są zadawane przez dzieci pytania dotycząc sfery seksualnej. Ich celem, obok zaspokajania ciekawości poznawczej czy weryfikacji informacji, może być zaspokojenie potrzeb emocjonalnych, chęć podzielenia się tym, co ważne w danej chwili, prośba o wsparcie itp.¹⁴

2.2. Zachowania masturbacyjne

Masturbacja dziecięca polega na dotykaniu, drażnieniu narządów płciowych w celu uzyskania uczucia przyjemności¹⁵. Traktowanie masturbacji jako tabu jest pierwszym z poglądów na sprawy seksu, z którym może zetknąć się małe dziecko. Masturbacja jest dość powszechna u małych dzieci. Badania¹⁶ wykazały, że około 15% dziewcząt i 29% chłopców pamięta, że dotykało swoich narządów płciowych i manipulowało nimi w powtarzalny sposób dla wywołania przyjemnych odczuć. U większości nasilenie zachowań autoerotycznych przypada na około 5. i 6. rok życia. Wyraźny spadek częstotliwości masturbacji występuje na przełomie przedszkola i szkoły. Dokładne badania motywów działania dziecka i analiza jego sytuacji rodzinnej pozwalają wskazać, co dziecko chce osiągnąć przez autostymulację¹⁷. Dzieci uprawiające masturbację można podzielić na trzy grupy¹⁸:

- Najliczniejszą (80% uprawiających masturbację przedszkolaków) stanowią te dzieci, dla których osiągnięcie przyjemności poprzez drażnienie narządów płciowych jest wartością samą w sobie. Te dzieci od masturbacji nie oczekują niczego więcej, jak

¹³ Tamże.

¹⁴ Zob. A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

¹⁵ Zob. M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.

¹⁶ Zob. A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

¹⁷ Zob. M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*, Gdańsk: GWP, 2010.

¹⁸ Zob. M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, dz. cyt.

tylko rozkoszy, przyjemności, odprężenia. Są one aktywne, chętnie nawiązują kontakty społeczne, a akty masturbacji nie utrudniają im normalnego rozwoju.

- 12% dzieci przyjemność płynącą z masturbacji traktuje jako produkt uboczny zaspokajania pewnych potrzeb. Chodzi tu o tak zwany głód stymulacji, czyli deprivację potrzeby odbierania bodźców nowych i atrakcyjnych. Dla tego typu dzieci badanie własnego ciała stanowi fascynujące zajęcie, a narządy płciowe i ich okolice to tereny kuszących poszukiwań. W celu pobudzenia wykorzystują różne formy działania (np. zaciskanie ud, głaskanie narządów, a nawet wkładanie przedmiotów), dlatego ten typ masturbacji bywa niebezpieczny. Masturbacja w tym okresie służyć może również uspokojeniu, wyciszeniu lub ułatwianiu zasypiania. U dzieci, u których występują stany napięcia emocjonalnego, można zaobserwować nie tylko utratę apetytu, bóle brzucha czy wymioty, ale również częste zachowania autoerotyczne. Podobnie masturbacja, która zdarza się u niemowląt i bardzo małych dzieci, nie ma nic wspólnego z przedwczesnym rozbudzeniem seksualnym, ponieważ mieści się w grupie czynności samouspokajających.

- Pozostała część masturbujących się dzieci (ok. 8%) korzysta z autostymulacji dla innej, w niedostatecznym stopniu zrealizowanej potrzeby. Ten typ masturbacji ma charakter instrumentalny, a jej efekt, w postaci pozytywnych emocji, służy zaspokojeniu głodu emocjonalnego. Przypadkowe lub celowe odkrycie doznań płynących ze stymulacji genitaliów ukierunkowane jest na wypełnienie pustki narastającej wokół dziecka lub może być traktowane jako narzędzie koncentracji uwagi otoczenia.

2.3. Masturbacja patologiczna

Rodzice, którzy zaobserwowali czynności autoerotyczne u swoich dzieci, najczęściej reagują lękiem. Większość z opiekunów uważa, że wszystkie zachowania związane z autostymulacją są przejawem masturbacji patologicznej. Innym trudno odróżnić to, co rozwojowe i normalne w zachowaniu ich dzieci, od tego, co stanowić może przyczynek do trudności w późniejszym funkcjonowaniu psychoseksualnym. Warto zauważyć, że nadmierne onanizowanie się zostało zaznaczone w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w grupie innych specyficznych zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (oznaczone symbolem F 98.8). Stanowi tym samym odrębną jednostkę nozologiczną, skojarzoną ściśle z problemami psychospołecznymi. Z kolei za masturbację patologiczną uważa się masturbację przymusową, o znamionach natręctwa i dużej częstotliwości lub z przesadnie rozbudowaną wyobraźnią i rytualizacją¹⁹. W takim przypadku konieczne jest leczenie. Interwencji wymagają zatem zachowania autoerotyczne u dzieci, które:

¹⁹ Z. Lew-Starowicz, hasło: masturbacja patologiczna, w: tegoż, *Miłość i seks: słownik encyklopedyczny*, Warszawa: Wydawnictwo „Europa”, 1999.

- zagrażają zdrowiu i życiu lub są źródłem cierpienia, np. gdy dochodzi do samouszkodzeń (m.in. siniaki, otarcia);
- są nałogowe i stanowią dominującą lub jedyną formę obniżania napięcia psychicznego (m.in. uspokajają w sytuacjach stresowych, są reakcją na odmowę wykonania prośby czy zadania ze strony rodzica). Powtarzalność i nadmierna częstotliwość, a także rytualizacja i przymus stosowania nierzadko stają się podstawą uzależnienia²⁰;
- przebiegają według dziwacznych schematów, który w przyszłości może być trudny do wkomponowania w aktywność diadyczną (używanie specyficznych przedmiotów, np. prysznic, rytuał – konieczny ciąg ściśle określonych zachowań). Uwarunkowanie na określone bodźce, ich charakter, siłę i obszar działania często staje się źródłem niepowodzeń w kontakcie z partnerem, zwłaszcza jeśli stymulacja ma charakter utrwalony, bodźce dostarczane przez partnera stają się mniej atrakcyjne²¹, co może prowadzić do wyeliminowania go z kontaktów seksualnych.

3. Znaczenie prawidłowej edukacji seksualnej w rozwoju dziecka

Małe dziecko zwykle jest dość aktywnym uczestnikiem własnej edukacji seksualnej: obserwuje, pyta o to, co je ciekawi, odchodzi, gdy traci zainteresowanie komunikatem lub też nie rozumie go. Uważny kontakt z dzieckiem dostarcza edukującemu informacji zwrotnej, czy udzielone odpowiedzi są jasne, zrozumiałe i wystarczające. Toteż podstawową zasadą edukacji jest przede wszystkim aktywne uczestnictwo dorosłego w poznawaniu świata przez dziecko i gotowość do odpowiedzi na różne pytania. Wyniki badań wskazują, że rodzice uznają swą rolę w edukacji seksualnej dzieci, jednak często czują się nieprzygotowani do wypełnienia tego zadania²². Deklarują chęć poruszenia w rozmowach ze swoimi dziećmi (do 7. roku życia) zagadnień dotyczących różnic anatomicznych, narodzin, reprodukcji, używania właściwego słownictwa, równocześnie odkładają temat stosunku seksualnego na 10. rok życia dziecka i zgłaszają, że odczuwają dyskomfort związany z edukacją w tym zakresie²³. Interesujące w tym kontekście wydają się dane zebrane na reprezentatywnej próbie Polaków. Wśród respondentów pytanym przez CBOS²⁴, jak często rozmawiają o sprawach płci ze swoimi dziećmi w wieku 7–10

²⁰ Zob. P. Carnes, *Od nałogu do miłości. Jak wyzwolić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie*, Poznań: Media Rodzina, 2009.

²¹ Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia wieku dziecięcego i okresu dojrzewania*, w: A. Popielarska, M. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa: PZWL, 2000, s. 195–216.

²² Zob. T. Turnbull, A. van Wersch, P. van Schaik, *A review of parental involvement in sex education: The role for effective communication in British families*, „Health Education Journal” 2008, vol. 67, s. 182; R.A. Shtarkshall, J.S. Santelli, J.S. Hirsch, *Sex Education and Sexual Socialization: Roles for Educators and Parents*, „Perspectives on Sexual and Reproductive Health” 2007, vol. 39, nr 2.

²³ Zob. A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

²⁴ <http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/ K_133_02.PDF> [dostęp: 04.04.2012].

lat, 43% odpowiada, że prawie wcale, ponieważ to nie są tematy do rozmów z dziećmi, 20% twierdzi, że prawie wcale, ale przyczyny są z inne niż we wcześniejszej grupie, tylko 9% rozmawia z dzieckiem na ten temat codziennie lub kilka razy w tygodniu. Interesujący jest fakt, że rodzice dzieci młodszych niż 7 lat nie zostały w powyższym badaniu uwzględnione

Edukacja seksualna nie może jednak ograniczać się do biernego udzielania odpowiedzi, powinna wyprzedzać i wspomagać rozwój dziecka w jego kolejnych fazach²⁵. Osoba edukująca, oprócz wiedzy, przekazuje także komunikaty o zabarwieniu emocjonalnym oraz o swojej gotowości i chęci (lub jej braku) do rozmowy i udzielania informacji. Już w roku 1939 J.C. Foster i M.L. Mattson w podręczniku do wychowania przedszkolnego *Nursery school* pisali:

Odpowiadajmy na pytania dziecka o seks na tyle prosto, by zrozumiało ono, co do niego mówimy, na tyle zgodnie z prawdą, by nie musiało się później oduczać tego, czego nauczyło się dziś, w i sposób na tyle pozbawiony emocji, by nie koncentrowało nadmiernej uwagi na uzyskanej informacji; ponad wszystko zaś tak, by zapytało o dalsze informacje, kiedy będzie ich znów potrzebować²⁶.

Edukacja seksualna nie jest jedynie kwestią informacyjną, powinna wyprzedzać rozwój dziecka i stymulować go. Określenie stymulacja rozwoju seksualnego jest często niewłaściwie rozumiane i niesłusznie utożsamiane z pobudzeniem seksualnym. Stymulacja opiera się na wspomaganiu rozwoju dziecka i tworzeniu głębszej więzi emocjonalnej, wyjściu z fazy analnej za pośrednictwem poprawnie przeprowadzonego treningu czystości czy rozwiązaniu kompleksu Edypa, polegającego na pozytywnej identyfikacji z rodzicem tej samej płci. Sytuacje edukacyjne pojawiają się same, dorośli mogą je jedynie wykorzystywać do podjęcia dialogu z dzieckiem (np. w sytuacji pojawienia się młodszego rodzeństwa, karmienia piersią, spotkania całujących się par na ulicy i w filmach, ciąży domowego zwierzątka czy nawet sytuacji konfliktowych wynikających z różnic płci, kłótni o zabawki lub ubrania, podziału ról między dorosłymi) lub wycofać się. Rodzic ma możliwość stymulowania ciekawości dziecka we wszystkich dziedzinach życia, zachęcania go do zadawania pytań i dzielenia się spostrzeżeniami na temat zagadnień związanych z seksualnością²⁷.

W edukacji seksualnej małych dzieci powinny być uwzględnione z jednej strony cechy odbiorców – dzieci, a z drugiej – kontekst społeczny. Nadrzędną regułą powinna być zasada indywidualizowania treści oraz formy przekazu i dopasowania go do konkretnego dziecka wychowującego się w konkretnym środowisku. Treści te odbierane będą przez dziecko w ramach jego możliwości poznawczych i dołączane m.in. do obrazu samego siebie. W przypadku małych dzieci, ze względu na ich ograniczoną umiejętność abstrahowania, istotne jest oferowanie spójnych przekazów zgodnych

²⁵ Zob. A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

²⁶ M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem...*, dz. cyt., s. 7.

²⁷ Zob. A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

z dotychczasową linią wychowawczą rodziców, z uwzględnieniem ich wartości religijnych, światopoglądowych czy odbiegających od standardu sytuacji życiowych, np. życia w związku partnerskim, rodzinie rekonstruowanej, samotnego rodzicielstwa, adopcji, tak aby dziecko nie odczuwało dezintegracji w tym zakresie. Obszar podstawowych informacji wczesnej edukacji seksualnej dotyczy różnic płciowych (anatomicznych i psychologicznych), prokreacji, narodzin, relacji z innymi, dotykania ciała własnego i innych osób. Wspomagającą funkcję mogą pełnić wydawnictwa przygotowane z myślą o małych dzieciach, które zwykle służą uzupełnianiu i podsumowywaniu zdobytych informacji i są zachętą do rozmowy²⁸. Przebieg i forma uświadomienia seksualnego najmłodszych powinny wynikać z możliwości poznawczych dziecka: koncentracji uwagi, właściwości pamięci i myślenia – nie wszystkie informacje jest ono w stanie zrozumieć i ocenić ich prawdziwość i rzetelność. Monika Zielona-Jenek²⁹ wymienia następujące formy edukacji seksualnej małego dziecka: odpowiadanie na pytania zadawane przez dziecko, wyjaśnianie i komentowanie sytuacji, w których dziecko się znalazło oraz stymulowanie pytań i uzupełnianie przekazów materiałami edukacyjnymi, np. książeczkami.

Edukacja seksualna zwykle zaczyna się od nauki nazywania części ciała, na początek własnego, potem płci przeciwnej. Tutaj zalecenia sprowadzają się do prawidłowego określenia narządów płciowych. Stosowanie wszelkich eufemizmów, zdrobnień czy wulgaryzmów może zasygnalizować dziecku ich odmiennosc od pozostałych, często nacechowaną wstydem, lekceważeniem lub nawet wstrętem. Takie negatywne określanie narządów płciowych przez dziecko może mu utrudniać komunikację w sytuacji urazu lub niechcianego dotyku przez inną osobę. Kolejnym ważnym tematem są kwestie związane z pytaniem „skąd się wziąłem?”, w tym także roli kobiety i mężczyzny, rozwoju płodu, narodzin małego dziecka. Wojciech Eichelberger w książce *O co pytają dzieci?* twierdzi, że dorośli często unikają odpowiedzi na to pytanie, ponieważ może ono wywoływać skrępowanie czy też niepokój dotyczący prawdziwej motywacji rodzicielstwa. Jednak takie pytanie dziecka, poza aspektem technicznym, jest podstawowym pytaniem egzystencjalnym. Dziecko oczekuje od rodziców odpowiedzi, że nie jest wynikiem przypadku, ale ich wzajemnej miłości. Pozostałe kwestie związane z zapłodnieniem i ciąży są sprawami mniejszej wagi, a pytania, które ich dotyczą, pojawiają się w drugiej kolejności. Edukacja dotyczy także informacji na temat psychologicznych różnic między płciami oraz przypisanych im ról. Temat relacji z innymi ludźmi obejmuje zwykle następujące zagadnienia: przyjaźń, miłość, małżeństwo, doświadczanie uczuć w kontaktach z innymi (sympatie, antypatie, zazdrość, radość, smutek) i ich ekspresję. Należałoby do tej kategorii zaliczyć również tematy dotyczące konfliktów i sposobów ich rozwiązywania przez bliskie osoby, przeciwdziałania stereotypom płciowym przez promowanie partnerstwa i podziału obowiązków³⁰.

²⁸ Zob. D. Haffner, *Jak rozmawiać z dziećmi...*, dz. cyt.

²⁹ M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem...*, dz. cyt.

³⁰ Zob. A. Długolecka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.

Kwestie dotyczące oglądania swojego i cudzego ciała i manipulowania nim odnoszą się do normy rozwojowej okresu przedszkolnego, która przejawia się ciekawością poznawczą, dającą swój wyraz np. w zabawach erotycznych, podglądaniu innych czy masturbacji. Otwartość na dialog z dzieckiem związana jest ściśle z koniecznością przekazania mu informacji o dozwolonych czy niedozwolonych formach tych aktywności oraz regułach nimi rządzących. Sprawia to więcej kłopotów opiekunom, dlatego że wykracza poza „zwykłe” udzielanie informacji. Wielu dorosłych nie zna motywów omawianych zachowań, ponieważ nie ma wystarczającej wiedzy o rozwoju seksualnym dzieci i niewłaściwie postrzega ich zachowania w kategoriach zachowań seksualnych ludzi dorosłych, ani nie zna norm ich dotyczących, ponieważ informacje o charakterze naukowym i światopoglądowym bywają sprzeczne. Trudność tę potęguje wiązanie dziecięcej masturbacji i zabaw erotycznych z nadużywaniem seksualnym dzieci, gdyż mogą one (choć nie muszą) być jednym z możliwych jego symptomów³¹. Dyskusji podlega kwestia włączenia do edukacji seksualnej tematyki nadużyć seksualnych małego dziecka, ale za działaniem profilaktycznym w tej dziedzinie przemawia wiele argumentów. Część badań pokazuje, że dzieci w wieku przedszkolnym należą do grupy ryzyka stania się ofiarą wykorzystania seksualnego. Odpowiednie ostrzeżenie ich zwiększa szanse na skuteczną ochronę. Poza tym nagłaśnianie tej problematyki przez media prowadzi do sytuacji, gdy część dzieci (nawet wbrew chęciom opiekunów) może trafić na przekazy o nadużyciach seksualnych, na dodatek w niedostosowanej formie. Warto, aby dzieci otrzymały wiedzę dla nich zrozumiałą, użyteczną, a nie mogące jedynie wzbudzić lęk i poczucie zagrożenia sensacje medialne.

Pogląd, że najlepszym momentem na rozpoczęcie edukacji seksualnej jest czas, w którym zdecydowana większość dzieci wchodzi w okres dojrzewania, to pomysł nie tylko spóźniony, ale również niebezpiecznie rozpowszechniony. Skutkiem takiego myślenia staje się podsuwanie nastolatkom przez zażenowanych rodziców książek, poradników, ulotek albo zagajanie rozmów, podczas których od samego początku młody człowiek patrzy na rodzica z lekkim zdumieniem (czasem nawet rozbawieniem) z powodu oczywistości poruszanych tematów. Bariera milczenia, mur, świadomość tabu dotyczącego spraw seksu i płci powstają już w wieku przedszkolnym i jeśli wtedy rodzicom nie uda się temu zapobiec, to w okresie dorastania będzie im bardzo trudno nawiązać dialog. Tematyka seksualności teoretycznie nie jest trudniejsza od innych – ona staje się trudna w praktyce, a wraz z upływem lat jest coraz trudniejsza, proporcjonalnie do bariery, jaka wytwarza się między rodzicami a dziećmi. To dlatego w okresie dojrzewania tak trudno ją przełamać³².

„Rola edukacyjna rodziców, poza wychowawczą, jest oczywista i niezastąpiona, jednak w wielu polskich domach nie rozmawia się w sposób otwarty o sprawach związanych z seksualnością”³³. Chociaż rozmawia się rzadko, to nie podlega dyskusji fakt,

³¹ Zob. tamże.

³² Zob. tamże.

³³ Tamże, s. 254.

że rola rodziców w tej edukacji jest podstawowa. Dziecko, na podstawie obserwacji rodziców, kształtuje swoje wyobrażenia i oczekiwania wobec siebie i innych i z takimi wchodzi w okres dojrzewania. To oczywiste, że wyobrażenia i potrzeby edukacyjne młodzieży są tak różne jak ich domy. Nie ma jednak powodu, aby rodzice nadmiernie obawiali się własnej niekompetencji. Andrzej Jaczewski podkreśla, iż „byłoby najlepiej, żeby głównym źródłem wiedzy byli rodzice. [...] Rodzice nie są ekspertami – nie powinni udawać, że wszystko wiedzą”³⁴. Gdy bariera wstydu, która powstała w rodzinie, jest zbyt duża, można zachęcać innych dorosłych krewnych, z którymi nastolatek ma dobry kontakt (np. rodzeństwo, dziadek), ale także którzy są dla niego dużym autorytetem, do przejęcia części odpowiedzialności za wychowanie seksualne. Zamiast zorganizowanych pogadek zręcznie jest rozwiązywać problemy na bieżąco. Zamiast czekać na sposobność na tzw. poważną rozmowę, lepiej skorzystać z okazji, jakie przynosi codzienne życie, np. obecność kobiety w ciąży, dom samotnej matki w okolicy.

4. Autoerotyzm dziecięcy – implikacje praktyczne

Jak zostało wspomniane wcześniej, niezwykle istotne jest, aby rodzice zdobyli wiedzę na temat rozwoju psychoseksualnego dzieci, umożliwiającą im dokonanie rozróżnienia między tym, co normalne i przejściowe, a tym, co patologiczne i wymagające interwencji. Często reakcje rodziców przyczyniają się – wbrew ich intencjom i lękom – do utrwalania masturbacji. Rodzice orientujących się, że ich własne, małe dziecko masturbuje się, najczęściej stosują kary cielesne, robią awantury, straszą negatywnymi następstwami, a nawet cofnięciem swojej miłości. Prowadzi to u dziecka do wystąpienia konfliktu wewnętrznego. W późniejszych etapach rozwoju, na podstawie mechanizmów uczenia się, przyjemność seksualna może być kojarzona ze wstydem, lękiem oraz antycypacją kary, przyczyniając się do powstania zaburzeń seksualnych. Ważne zatem, aby rodzic zaakceptował fakt przechodzenia dziecka przez taki etap rozwojowy.

Nikły procent rodziców przechodzi nad faktem masturbacji do porządku dziennego. W cytowanej wcześniej literaturze przedmiotu akcentuje się brak seksualnej świadomości dziecka, stąd też uważa się, że większość dzieci dotyka swoich narządów jawnie, bez wstydu. Rodzice, kojarzący masturbację z aktywnością seksualną lub mający własne negatywne doświadczenia, mogą być pod tym względem szczególnie dyrektywni. Badania³⁵ wykazują jednak istnienie dwóch typów zachowań: jawnych i ukrytych, charakterystycznych dla dzieci, które wiedzą o zakazanej naturze czynności. Co zatem powinni zrobić rodzice? Wobec najliczniejszej grupy dzieci, masturbującej się dla przyjemności, z reguły nie trzeba podejmować żadnych specjalnych działań.

³⁴ A. Jaczewski, *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Warszawa: WSiP, 1993, s. 68.

³⁵ M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności*, dz. cyt.; A. Długołęcka, *Wychowanie i edukacja seksualna*, dz. cyt.; M. Zielona-Jenek, A. Chodecka, *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem...*, dz. cyt.

Masturbacja minie sama wraz z przejściem do następnego etapu rozwoju. Czasami warto, aby rodzic zaplanował tzw. miesiąc próbny, podczas którego przestanie kontrolować swoje dziecko w zakresie czynności autoerotycznych. Inaczej wygląda sytuacja w przypadku dzieci, które za pomocą masturbacji sygnalizują niezaspokojenie potrzeb. Likwidowanie objawu mija się z celem, rezultaty można osiągnąć jedynie przez rozpoznanie, co chce zakomunikować dziecko, a więc odkrycie niezaspokojonych potrzeb i ich przyczyn. Konkurencyjne bodźce w postaci zabawy czy innej formy aktywności eliminują zainteresowanie autoerotyzmem, choć może ono powracać wraz z nudą i beczynnością³⁶. Nadmierna masturbacja może świadczyć o nadużyciu seksualnym. Badania Zbigniewa Lew-Starowicza³⁷ wskazują, że 17,9% dzieci, które były ofiarami tego typu działań, ucieka się do patologicznej masturbacji. Warto w takim przypadku dokonać uważnej obserwacji dziecka oraz jego środowiska, uwzględniając także wizytę u wykwalifikowanego specjalisty.

Podsumowując, na podstawie literatury przedmiotu oraz obserwacji klinicznych, zdecydowano się zaproponować cztery rodzaje postaw rodziców w sprawie masturbacji dziecięcej.

1. Postawa restrykcyjna, zakazująca wszelkich przejawów autoerotyzmu dziecięcego, w tym poznawania intymnych okolic swojego ciała. Rodzice prezentujący ten typ poglądów twierdzą, że zachowania masturbacyjne należy karać, co skutkować ma niepodejmowaniem ich w przyszłości, zgodnie z modelem: masturbacja – kara – brak masturbacji. Założenie takie pomija cały aspekt emocjonalności dziecka. Dlatego też w praktyce większość dzieci kontynuuje pobudzanie intymnych miejsc swojego ciała, kiedy tylko opiekun wyjdzie. Pojawiający się u dziecka lęk, związany z wykonywaniem zakazanych czynności, zostaje wzmocniony odczuciem przyjemności i ulgą, doznawanymi w czasie masturbacji. Zgodnie z zasadą uczenia się przybiera to postać: napięcie seksualne i lęk – masturbacja – redukcja napięcia seksualnego i lęku. Masturbacja zostaje zatem podwójnie wzmocniona (redukuje lęk i napięcie seksualne), co stanowić może pewien etap w kształtowaniu nawyku masturbacyjnego (por. skojarzenia odruchowo-warunkowe³⁸).

2. Postawa aktywna według założenia: „to minie z moją pomocą”, zgodnie z którym przejawy masturbacji dziecięcej są uciążliwe, ale przemijające, wymagają jednak szczególnej uważności opiekunów. Rodzice prezentujący ten pogląd starają się wprowadzić pozytywne zmiany w życiu dziecka, aby wyeliminować ewentualne sytuacje trudne oraz proponują inne formy rozładowywania stresu. Nie krzyczą, nie zawstydzają, starają się natomiast zorganizować dziecku czas, nie zostawiać go samego, zaspokajać potrzeby poznawcze, ruchowe. Dobrze zaplanowany i aktywny dzień, dostarczający optymalnej stymulacji oraz kontaktu z podstawowym opiekunem, mogą zmniejszyć częstotliwość pojawiania się masturbacji. Istotne jest, aby opiekunowie pamiętali, że okresy rozwojo-

³⁶ M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności*, dz. cyt.

³⁷ Z. Lew-Starowicz, *Leczenie zaburzeń seksualnych*, Warszawa: PZWL, 1997.

³⁸ K. Imieliński, *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Warszawa: PZWL, 1986.

wo wzmożonego napięcia u dzieci³⁹ to wiek: 2,5 roku, 3,5 roku, 5,5 roku oraz 6 lat. Jest to czas, w którym rodzic powinien możliwie ograniczać sytuacje powodujące dodatkowe napięcia, a także być przygotowany na częstsze i bardziej intensywne występowanie zachowań służących ich rozładowywaniu, również za pomocą zachowań autoerotycznych. Podejście aktywne wydaje się szczególnie ważne przy zaburzeniach nerwicowych, w tym odczuwanym przez dziecko deficycie emocjonalnym, po traumie nadużycia lub wykorzystania seksualnego oraz w przypadku niepełnosprawności.

3. Postawa liberalna, której zwolennicy uważają, że bardziej szkodliwa dla rozwoju psychoseksualnego dziecka jest nadmierna kontrola opiekunów niż zachowania autoerotyczne. Zachowania autoerotyczne mijają same, nie potrzeba wprowadzać zmian w życie dziecka i rodziny. Podejście to sprawdza się przy opisanej wcześniej masturbacji rozwojowej i poznawczej. W skrajnie liberalnej formie zaobserwować można brak reakcji opiekunów przy publicznym obnażaniu się dziecka czy przejawianiu zachowań autoerotycznych.

4. Postawa medyczna – skoncentrowana tylko i wyłącznie na diagnozie w zakresie potencjalnych pasożytów, bakterii w moczu lub grzybic, powodujących dotykanie miejsc intymnych. Całkowite wyzdrowienie dziecka jest równoznaczne z rozwiązaniem problemu masturbacji.

Zakończenie

Masturbacja u małych dzieci (od 1. do 6. roku życia) budzi u rodziców, wychowawców przedszkolnych oraz osób z najbliższego otoczenia silne emocje. Pojawiające się pytania: czy to normalne?, co z tym zrobić? oraz skąd to się wzięło? stają się przyczyną licznych trudności wychowawczych oraz dylematów. Dziecko, które od urodzenia jest istotą seksualną, mającą określoną płć i, zgodnie z zasadą epigenezy, zarysowaną drogę rozwoju psychospołecznego, staje się przez zachowania autoerotyczne etykietowane jako mały zboczeniec, świntuch lub jednostka wymagająca pomocy i szczególnych oddziaływań. W dobie niezwykle łatwego dostępu do informacji znamienita część rodziców nie pogłębia swojej wiedzy o zachowaniach seksualnych, w tym o rozwoju psychoseksualnym dzieci. Dlatego też ich obawy związane z autoerotyzmem dzieci pociągają antycypację przyszłych erotycznych trudności dziecka w zakresie zarówno mechaniki i dynamiki reakcji seksualnych, nawiązywania i podtrzymywania relacji intymnych, jak i uzależnienia od seksu. Celem tej pracy było przedstawienie normatywnych oraz nienormatywnych przejawów dziecięcej aktywności seksualnej, podkreślenie rangi edukacji seksualnej rodziców w optymalnym towarzystwie dziecka w jego rozwojowej wędrówce, a także zaprezentowanie czterech typów postaw rodziców wobec dziecięcej masturbacji.

³⁹ F.L. Ilg, A.L. Bates, S.M. Baker, *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów, lekarzy*, Gdańsk: GWP, 2008.

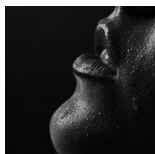
LITERATURA

- BARBARO B. DE (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków: Wydawnictwo UJ, 1999
- BEISERT M., *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991
- BEISERT M., *W poszukiwaniu modelu seksualności*, w: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 2004
- CARNES P., *Od nalogu do miłości. Jak wyzwoić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie*, Poznań: Media Rodzina, 2009
- CHOMCZYŃSKA-MILISZKIEWICZ M., *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2002
- DŁUGOŁĘCKA A., *Wychowanie i edukacja seksualna*, w: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.), *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006
- HAFNER D., *Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych*, Warszawa: Wydawnictwo Diogenes, 2002
- ILG F.L., BATES A.L., BAKER S.M., *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów, lekarzy*, Gdańsk: GWP, 2008
- IMIELŃSKI K., *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Warszawa: PZWL, 1986
- IZDEBSKI Z., *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce. Raport z badań*, Zielona Góra: Wydawnictwo WSP, 1992
- JACZEWSKI A., *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Warszawa: WSiP, 1993, s. 68
- JACZEWSKI A., RADOMSKI J., *Wychowanie seksualne i problemy seksuologiczne wieku rozwojowego*, Warszawa: PZWL, 1986
- KIRKPATRICK L.A., HAZAN C., *Attachment styles and close relationship: A four-year perspective study*, „Personal Relationships” 1994, nr 1, s. 123–142
- LEW-STAROWICZ Z., hasło: masturbacja patologiczna, w: Z. Lew-Starowicz, *Miłość i seks: słownik encyklopedyczny*, Wrocław: Wydawnictwo „Europa”, 1999
- LEW-STAROWICZ Z., *Leczenie zaburzeń seksualnych*, Warszawa: PZWL, 1997
- LEW-STAROWICZ Z., *Seksuologia wieku dziecięcego i okresu dojrzewania*, w: A. Popielarska, M. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa: PZWL, 2000, s. 195–216
- MANNING W.D., *Children and the Stability of Cohabiting Couples*, „Journal of Marriage and Family” 2004, nr 66, s. 674–689
- MILLER B.C., *The timing of sexual intercourse among adolescents: family, peer, and other antecedents*, „Youth and Society” 1997, nr 29 (1), s. 54–83
- MILUSKA J., *Role płciowe człowieka w cyklu życia. Przegląd koncepcji i badań*, „Psychologia Wychowawcza” 1999, XLII, nr 5, s. 385–399
- OBUCHOWSKA I., *Psychologiczne aspekty dojrzewania*, w: A. Jaczewski, B. Wojnarowska (red.), *Dojrzewanie*, Warszawa: WSiP, 1982
- PRZETACZNIK-GIEROWSKA M., *Stadia psychicznego rozwoju człowieka. Przegląd zagadnień*, w: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia. Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne*, Warszawa: PWN, 1988
- PRZETACZNIK-GIEROWSKA M., TYSZKOWA M., *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1996
- RYŚ M., *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 2000
- SHTARKSHALL R.A., SANTELLI J.S., HIRSCH J.S., *Sex Education and Sexual Socialization: Roles for Educators and Parents*, „Perspectives on Sexual and Reproductive Health” 2007, vol. 39, nr 2
- TURNBULL T., WERSCH A. VAN, SCHAİK P. VAN, *A review of parental involvement in sex education: The role for effective communication in British families*, „Health Education Journal” 2008, vol. 67, s. 182

- TYSZKOWA M., *Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. Paradygmat teoretyczny badań*, w: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1990
- WOŹNIAK A., *Reprezentacja rodziny u dzieci z rodzin rozbitych wskutek rozwodu*, Poznań: Interfund, 2000
- ZIELONA-JENEK M., CHODECKA A., *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*, Gdańsk: GWP, 2010
- ZIRKEL S., CANTOR N., *Personal construal of life tasks: Those who struggle for independence*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1990, vol. 58, s. 172–185
- <[http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/ K_133_02.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_133_02.PDF)> [dostęp: 04.04.2012]

ALICJA DŁUGOŁĘCKA

Zakład Problemów Społecznych, Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej AWF w Warszawie



ROZWÓJ PSYCHOSEKSUALNY DZIECI I MŁODZIEŻY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ I INTELEKTUALNĄ

1. Pojęcie niepełnosprawności

Podstawowa analiza pojęcia niepełnosprawności opiera się na odróżnieniu go od medycznej definicji fizycznego, sensorycznego lub kognitywnego upośledzenia. Stanowi kategorię społeczną, a nawet socjopolityczną, rozumianą jako wynik dyskryminacyjnych relacji pomiędzy osobami z dysfunkcjami a „resztą społeczeństwa”. Po raz pierwszy w bezpośredni sposób zwrócono uwagę na wpływ społecznych i środowiskowych barier w Wielkiej Brytanii w manifeście *Fundamental Principles of Disability* Związku Niepełnosprawnych Fizycznie Przeciwko Segregacji (Union of the Physically Impaired Against Segregation – UPIAS) w 1976 roku. Zawierał on jednoznaczne stwierdzenie:

Z naszej perspektywy, to społeczeństwo upośledza osoby niepełnosprawne fizycznie. Niepełnosprawność jest czymś nadbudowanym nad naszymi ułomnościami przez fakt, że jesteśmy niepotrzebnie izolowani i wykluczeni z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Niepełnosprawni są zatem dyskryminowaną grupą w społeczeństwie¹.

Konsekwencje tej krytyki znalazły swój realny rezultat w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH) Światowej Organizacji Zdrowia w 1980 roku, która zawierała całkiem nowe definicje oparte na założeniu, że niepełnosprawność obejmuje swoim znaczeniem działania, których człowiek nie może podjąć ze względu na uszkodzenia anatomiczne, fizjologiczne lub psychiczne:

¹ UPIAS, *Fundamental Principles of Disability*, London: Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976, s. 14.

- *impairment* (uszkodzenie/niesprawność) – rozumiane jako ograniczenie w zakresie funkcjonowania jakiegoś narządu, organu, utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu – wyznacznik biologiczny ograniczeń;
- *disability* (niepełnosprawność) – każde ograniczenie funkcjonalne wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania czynności w zakresie uznawanym za typowy dla zdrowego człowieka (np. zaburzenia równowagi przy mózdkowej postaci mózgowego porażenia dziecięcego) – psychologiczny wyznacznik ograniczeń;
- *handicap* (upośledzenie) – ograniczenia w pełnieniu funkcji społecznych odpowiadających wiekowi, płci oraz zgodnych ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami wynikające z niesprawności lub niepełnosprawności.

Takie ujęcie niepełnosprawności zostało poddane krytyce przez niektórych badaczy przedmiotu uznających, że klasyfikacja ICIDH kładzie zbyt duży nacisk na diagnozowanie i leczenie danej osoby zamiast na problem jej wykluczenia społecznego. Do tej krytyki dołączyły się organizacje osób niepełnosprawnych, które podkreślały, że tego typu ujęcia opierają się jedynie na medycznych klasyfikacjach „normalności”, a nie uwzględniają w wystarczającym stopniu kryteriów społecznych². Podkreślały, że o względności pojęcia niepełnosprawności wyraziście świadczą liczne przykłady osób, które mając takie same uszkodzenia, funkcjonują w zasadniczo odmienny sposób. Ilustracją tej tezy mogą być wyniki polskich badań kobiet z niepełnosprawnością intelektualną³, które wykazały, że kobieta z deficytami intelektualnymi może w danych okolicznościach uchodzić za bezradną i całkowicie niezdolną do odgrywania roli małżeńskiej i rodzicielskiej, zaś w innych może nie być „upośledzona” i funkcjonować prawidłowo. Radykalne różnice wynikające z upośledzających czynników wychowawczo-społecznych są również dostrzegalne w funkcjonowaniu osób z uszkodzeniami rdzenia kręgowego – wrodzonymi i po urazach już w okresie dorosłości⁴. Organizacje zrzeszające osoby z niepełnosprawnością intelektualną podkreślały również, że obowiązująca klasyfikacja skupia się na deficytach, pomijając ich pozytywne, mocne strony.

C. Barnes i G. Mercer⁵ wykazują, że to właśnie kategoria medyczna i rehabilitacyjna, jaką jest upośledzenie (*impairment*), stanowi bazę pojęcia niepełnosprawności i społecznego upośledzenia (*handicap*), co powoduje, że niepełnosprawność jest uznawana bardziej za problem natury zdrowotnej, a nie społecznej⁶. Według tych autorów ICIDH odzwierciedla zaburzenie proporcji pomiędzy rehabilitacją medyczną

² Np. dotyczących kształtu ciała, wagi, wzrostu, problemów emocjonalnych, behawioralnych i poznawczych mieszczących się w normach medycznych, ale nie społecznych, bo czy osobę otyłą można uznać za w pełni sprawną?

³ A. Kumaniecka-Wiśniewska, *Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2006.

⁴ A. Długołęcka, *Seksualność osób niepełnosprawnych fizycznie – wstępna diagnoza problemów*, „Postępy Rehabilitacji” 2007, t. XXI, s. 29–39.

⁵ C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, Warszawa: Sic!, 2008.

⁶ Z drugiej strony społeczna koncepcja niepełnosprawności budzi kontrowersje w grupach ludzi z epizodem psychiatrycznym lub niesłyszących, którzy określają się jako mniejszość językowa.

a psychospołeczną i w konsekwencji usprawiedliwia dominację personelu medycznego w decydowaniu o sprawach osób z niepełnosprawnością, niedoceniając aktywności samych niepełnosprawnych oraz grup specjalistów, którzy pomagają im w organizacji rehabilitacji psychospołecznej. Jednostronne ukierunkowanie osoby niepełnosprawnej na leczenie i rehabilitację medyczną może w niezamierzony sposób wzmacniać rolę społeczną i „tożsamość podporządkowanego”. C. Barnes i G. Mercer⁷ piszą o tym w następujący sposób: „Wyraźne ukierunkowanie na kliniczny aspekt niepełnosprawności narzuca strategię dostosowania się jednostki do reszty społeczeństwa i dawania sobie przez nią rady”, tworząc podział na: „dzielnych” i „bezradnych” niepełnosprawnych. Przytoczone argumenty mają mieć również kluczowe znaczenie dla interpretacji pojęcia niepełnosprawności psychoseksualnej, którą można rozpatrywać w bardzo szerokim kontekście zawartym pomiędzy kategoriami medycznymi i społecznymi.

ICIDH do 2001 roku stanowiła główną klasyfikację, jednak pod wpływem ostrej publicznej dyskusji dokonano jej rewizji i tak powstała Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICIF lub ICIDH-2), w której zwrócono uwagę na kompleksową genezę przyczynową i następstwa społeczne, a nie sam „defekt”⁸. Klasyfikacja działania (*activity*) i uczestnictwa (*participation*), którymi zastąpiono pojęcia *disability* i *handicap* stała się punktem zwrotnym w definiowaniu niepełnosprawności. Wyróżniono:

- klasyfikację uszkodzeń, w której uszkodzenie definiuje się jako brak lub deformację anatomicznej struktury lub zaburzenie przebiegu fizjologicznych lub psychicznych funkcji organizmu. Uszkodzenie, chociaż jest częścią stanu zdrowia, niekoniecznie oznacza, że człowiek jest chory lub powinien być za takiego uznawany;
- klasyfikację działania określającą zakres wykonywanych czynności, zarówno prostych, jak i tych bardzo złożonych, oraz możliwość działania rozumianą jako funkcjonowanie człowieka na poziomie osobistym – podmiotowym, ponieważ polega ona na wykonywaniu zamierzonych czynności służących realizacji określonych przez niego celów;
- klasyfikację uczestnictwa mierzącą uczestnictwo człowieka na poziomie społecznym i określającą jego społeczny aspekt niepełnosprawności, której wyznacznikiem są przyjęte normy i standardy w danej społeczności⁹.

W Europie i na świecie już od dłuższego czasu używa się terminu *person with disability*, czyli osoba z niepełnosprawnością; wyrażenia anglojęzyczne: *disabled* i *handicapped*, czyli niepełnosprawny i upośledzony są uznawane za nieadekwatne. B. Nirje podkreśla¹⁰:

⁷ C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, dz. cyt., s. 24.

⁸ O. Speck, *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.

⁹ Tamże; J. Kirenko, *Oblicza niepełnosprawności*, Lublin: Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, 2006.

¹⁰ Za: J. Głodkowska, *Założenia i kontekst procesu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, w: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo*,

Świadomość własnej niepełnosprawności to rodzaj upośledzenia umysłowego, który hamuje rozwój i aktywność społeczną osoby niepełnosprawnej. Owa świadomość narasta w wyniku odbierania od otoczenia sygnałów podkreślających ograniczenia, niepełnosprawność, a także odrzucenie, niechęć, bezradność. Takie postawy społeczne wzmacniają mechanizmy psychologiczne, prowadzące do poczucia mniejszej własnej wartości, niższej samooceny, odczuwania siebie jako osoby innej, gorszej.

Samo uszkodzenie nie stanowi więc istoty niepełnosprawności, pełni wyłącznie funkcję instrumentalną.

2. Budowanie tożsamości seksualnej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną

2.1. Wychowanie i edukacja seksualna przed okresem dojrzewania

W przypadku dzieci niepełnosprawnych od urodzenia (zarówno intelektualnie, jak i ruchowo)¹¹ kluczowe w budowaniu tożsamości seksualnej jest wyrabianie w nich życiowej samodzielności i kształtowanie pozytywnego obrazu samego siebie jako dziewczynki/chłopca od pierwszych lat życia¹². Akceptacja siebie jest warunkiem pozytywnego nastawienia do życia i akceptacji innych ludzi. Działania rodziców są w tym zakresie decydujące, ponieważ to oni budują u swoich dzieci podstawy stabilnej samooceny, poczucia wartości i akceptacji płciowości w pierwszych latach ich życia. Wymaga to dobrego rozumienia sytuacji dziecka oraz „przepracowania” wielu osobistych problemów. M. Kościelska w swojej książce *Niehciana seksualność* przedstawia, jak trudno rodzicom identyfikować się z niepełnosprawnym dzieckiem i snuć plany życiowe z nim związane:

Załamuje się podstawa rodzicielskiej identyfikacji [...]. Tworzy się identyfikacyjna pustka, zapełniana najgorszymi i, na przemian, najlepszymi przeczuciami, odsuwanymi – i jedne, i drugie – w najdalszy kąt psychiki. Jak wychowywać? Ku czemu? Na kogo to dziecko wyrośnie?¹³

Niewiele badań koncentruje się na potencjalnie pozytywnych aspektach pojawienia się dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i uwzględnia jego wpływ na

autonomia – teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej dorosłości, Warszawa: Wydawnictwo APS, 2004, s. 13.

¹¹ Przebieg rehabilitacji osób dorosłych oraz wiele badań jasno wykazują (szczególnie te, które stanowią porównanie funkcjonowania w różnych sferach życia osób z niepełnosprawnością od urodzenia z osobami po urazach po okresie dojrzewania), że upośledzający wpływ czynników środowiskowych jest dominujący i najbardziej dotkliwy dla osób niepełnosprawnych od urodzenia, bez względu na to, jaki rodzaj niesprawności ich dotyczy.

¹² B. Lawrence, *Self-concept formation and physical handicap: some educational implication for integration*, „Dishandicap” 1991, vol. 6, s. 139–146.

¹³ M. Kościelska, *Niehciana seksualność: o ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co., 2004, s. 107.

system rodzinny¹⁴. Wczesne badania nad rodzinami dzieci z niepełnosprawnością przedstawiały głównie model rodziny, w którym zakładano ponoszenie przez rodziców negatywnych konsekwencji urodzenia dziecka z zaburzeniami rozwoju i w efekcie skupiały się na nieprawidłowościach w funkcjonowaniu rodziny. Według R. Bella¹⁵ u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną występują cechy zachowania, które modyfikują postawy rodziców względem nich i są źródłem specyficznego systemu ich wychowania. Są to:

- wrodzona nadpobudliwość dziecka prowokująca metody wychowania ograniczającego, z dużą liczbą kar i nakazów;
- niska aktywność umysłowa i sensomotoryczna, która powoduje wycofywanie się rodziców z aktywności stymulującej rozwój;
- większe zainteresowanie dziecka ruchem fizycznym i działaniami na przedmiotach niż kontaktami interpersonalnymi, co prowadzi do zaniechania wobec dziecka wzmocnień o charakterze społecznym.

C. Cunningham¹⁶ zaadaptował do badań transakcyjny model systemu rodzinnego i połączył go z poznawczą teorią stresu i radzenia sobie z nim S. Folkmana i R. Lazarusa¹⁷. To podejście zakłada, że wybrana sytuacja, np. niepełnosprawność kogoś z rodziny, może być traktowana jako sytuacja trudna, wymagająca od poszczególnych członków i od rodziny jako całości uruchomienia mechanizmów psychologicznego radzenia sobie. Może ona mieć różne znaczenie i tylko poszczególna osoba jest w stanie ocenić, czy wymaga ona od niej zwiększonego wysiłku, czy narusza jej możliwości i zasoby oraz czy zagraża jej dobrostanowi. Sytuacja stresowa może być odbierana jako: krzywda (strata), zagrożenie lub wyzwanie. Jej potencjalny skutek może być modyfikowany przez dostępność i użycie strategii radzenia sobie oraz zasobów¹⁸: fizycznych (zdrowie, energia i siły życiowe), użytkowych (finanse, mieszkanie, praca), społecznych (sieć i systemy wsparcia), psychologicznych (system wartości, umiejętność rozwiązywania problemów, osobowość). Obserwuje się w tym zakresie duże zróżnicowanie rodzin: mimo że doświadczają podobnego stresu, niektóre radzą sobie z nim w sposób zadowalający, w innych zaś pojawia się kryzys. Zgodnie z systemową teorią rodziny działania pomocowe powinny być skoncentrowane na rodzinie jako całości, a nie tylko na dziecku czy jedynie na patologii u dziecka. Programy terapii i treningi, których celem jest jedynie neutralizowanie potencjalnego opóźnienia rozwoju lub deficytów

¹⁴ R.M. Hodapp, *Parenting children with mental retardation*, w: M. Bornstein (red.), *Handbook of parenting*, t. 1, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2002, s. 355–381.

¹⁵ Za: M. Kościelska, *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny*, Warszawa: PWN, 1984.

¹⁶ C. Cunningham, G. De la Rosa, S. Jex, *The dynamic influence of individual characteristics on employee well-being*, w: K. Naswall, J. Hellgren, M. Sverke (red.), *The Individual in the Changing Working Life*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008, s. 258–280.

¹⁷ S. Folkman, R. Lazarus, *If it changes it must be a process – study of emotion and coping during 3 stages of a college-examination*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1985, vol. 48, s. 150.

¹⁸ Zasoby, czyli uogólnione przekonania, właściwości, postawy i zdolności jednostki, mogą być traktowane jako pomocne w uporaniu się ze stresem.

związanych z niepełnosprawnością dziecka, nie są efektywne¹⁹. Konieczna jest silna mobilizacja wewnętrznych zdolności adaptacyjnych systemu rodzinnego polegająca m.in. na przekształcaniu wzorów zachowań poszczególnych członków rodziny²⁰. Adaptacja poszczególnych członków rodziny: matki, ojca, rodzeństwa i dziadków do problemów rozwojowych dziecka jest bardzo indywidualna – nie należy więc ignorować rodzinnych wzorców opieki, interakcji i zwyczajów oraz narzucać zbyt wielu zmian w codziennym życiu²¹. Współpraca i dobre porozumienie z rodzicami stanowią podstawę wszelkich oddziaływań psychoedukacyjnych i terapeutycznych dotyczących seksualności dzieci z niepełnosprawnością.

Od pierwszych lat życia dziecka można zaobserwować w całym systemie rodzinnym postawy ujawniane wobec seksualności dziecka determinujące jego bieżący rozwój psychoseksualny, a w przyszłości sposób funkcjonowania w fazie dojrzewania i dorosłości:

- postawa unikająca – oparta na dużym dystansie uczuciowym i powierzchownej opiece, gdzie wszelkie przejawy seksualności będą przez rodziców ignorowane lub uznawane za niewłaściwe i kłopotliwe; przy braku pozytywnych reakcji i oddziaływań u dzieci z tej grupy zachowania seksualne mogą nie podlegać samokontroli i przyjmować charakter kompensacyjny;

- postawa nadmiernie wymagająca – może doprowadzić do stawiania nierealistycznych wymagań w zakresie kontroli potrzeb i zachowań seksualnych, a tym samym do wysokiego poziomu frustracji i nieświadomego wywoływania zaburzonych form zachowań u dzieci;

- postawa nadopiekuńcza – ogranicza potencjał rozwojowy dziecka, prowadzi do bezradności, a w późniejszych fazach rozwojowych do infantylizacji i cierpienia, zwłaszcza w sferach związanych z seksualnością;

- postawa odtrącająca – może się wiązać z traktowaniem wszelkich przejawów seksualności jako kolejnego problemu, który budzi rozczarowanie i agresję rodziców; stosowanie kar w takim przypadku będzie skrajnie zaburzać funkcjonowanie dziecka w tym obszarze życia;

- postawa pozytywna – opiera się na zrozumieniu potrzeb dziecka i świadomości odpowiedzialności za przygotowanie go do przyszłego, możliwie samodzielnego życia w roli kobiety lub mężczyzny.

Atmosfera rodzinna jest bazą rozwoju psychoseksualnego – od zdolności do miłości do drugiej osoby począwszy, po akceptację przejawów własnej płciowości. To duża odpowiedzialność, zwłaszcza że rodzice dziecka z niepełnosprawnością często o wiele dłużej i w większym nasileniu niż w przypadku pełnosprawnych dzieci i nastolatków są wyłącznym lub prawie wyłącznym wzorcem w tej dziedzinie. Podstawą kształtowania tożsamości seksualnej jest dostrzeżenie i akceptacja płci dziecka bez względu na po-

¹⁹ L. Kurt, *Terapia systemowa, podstawy teoretyczne i praktyka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1995; V. Satir, *Tu powstaje człowiek*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.

²⁰ C. Cunningham, G. De la Rosa, S. Jex, *The dynamic influence...*, dz. cyt.

²¹ L. Kurt, *Terapia systemowa...*, dz. cyt.

ziom i rodzaj jego niepełnosprawności. Względy praktyczne związane z czynnościami pielęgnacyjnymi i rehabilitacją ruchową nie powinny zwyciężać z troską o estetykę i akcentowanie płci. Rodzice mogą wyrażać tę akceptację poprzez dbałość o higienę i ubiór podkreślający walory związane z płcią oraz wzmacnianie pozytywne poprzez mówienie budujących i modelujących pozytywne zachowania słów dotyczących wyglądu i zachowań swojej córki lub syna. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do dzieci, których wygląd znacząco odbiega od schematycznego, „idealnego” wizerunku, ponieważ są one (a w późniejszych fazach rozwojowych będą w coraz większym stopniu) narażone na negatywne i bolesne oceny ze strony rówieśników i niektórych osób dorosłych. W przypadku dzieci z deformacjami fizycznymi i zaburzeniami czucia szczególnie ważne jest wpisanie w proces rehabilitacji ruchowej ćwiczeń służących budowaniu świadomości i pozytywnego obrazu własnego ciała, także dotyczących obszarów z zaburzonymi funkcjami, wyglądem i czuciem²².

Okres przedszkolny i wczesnoszkolny to czas uczenia się ról płciowych – dziewczynki i chłopcy kształtują swoje wyobrażenie na temat męskości i kobiecości. W przypadku dzieci z poważnymi postaciami niepełnosprawności ruchowej i z niepełnosprawnością intelektualną często nie jest ono w pełni wykorzystywane, np. niepokój związany z przyszłością dzieci może powodować, że rodzice będą się koncentrować na usprawnianiu fizycznym i apłciowych zabawkach rehabilitacyjnych, a nie swobodnych rówieśniczych zabawach tematycznych.

Rodzice przeżywają dylemat: po co ją uczyć, jak karmić i układać do snu lalki, skoro ona nie będzie matką? Po co mu samochody i żołnierzyki, skoro on nie będzie kierowcą ani żołnierzem?²³

Wspomniane ograniczenia rozwoju psychoseksualnego wzmacnia dodatkowo izolacja od rówieśników i brak możliwości obserwacji oraz zrozumienia przez dziecko konsekwencji określonej płci. U dzieci zdrowych bardzo ważną rolę w wychowaniu psychoseksualnym odgrywa wzajemna wymiana doświadczeń i obserwacji rówieśniczych – dzieci z niepełnosprawnością często nie mają na to szans, ponieważ są w tym czasie jeszcze całkowicie zależne od swoich rodziców. Izolacja dzieci ze szkół specjalnych jest większa niż każdej innej grupy osób z niepełnosprawnością – większość ma kontakt jedynie z innymi niepełnosprawnymi dziećmi²⁴. Tradycyjna segregacja osób odmiennej płci w ośrodkach opiekuńczych różnego typu w bezpośredni i pośredni sposób dodatkowo wzmacnia ten efekt i doprowadza do poważnych ograniczeń w wyrażaniu seksualności oraz możliwości kontaktów z osobami płci przeciwnej²⁵. M. Kościelska potwierdza tezę, że:

²² A. Długołęcka, *Seksualność osób niepełnosprawnych fizycznie...*, dz. cyt.

²³ M. Kościelska, *Niechciana seksualność...*, dz. cyt., s. 107.

²⁴ E. Anderson, L. Clarke, *Disability In Adolescence*, London: Methuen, 1982.

²⁵ T. Shakespear, K. Gillespie-Seels, D. Davies, *The Sexual Politics of Disability: Untold Desires*, London: Cassell, 1996.

[...] brak społecznie wypracowanej koncepcji dorosłości osób niepełnosprawnych intelektualnie, włączając w to wymiar kobiecości i męskości, sprawia, że wymiar ten w wychowaniu rodzinnym, a tym bardziej instytucjonalnym, jest ignorowany, zaniedbany albo wręcz, świadomie czy nieświadomie, zaprzeczany²⁶.

Ostatnie lata przynoszą wyraźne zmiany w traktowaniu potrzeb rozwojowych, również dotyczących seksualności osób z niepełnosprawnością i roli rodziców w procesie rehabilitacji psychospołecznej. Rodzice coraz rzadziej przyjmują bierną i wyczekującą postawę wobec podejmowanych profesjonalnych oddziaływań na rzecz aktywnego udziału w procesie terapii i usprawniania. Większość rodzin poszukuje informacji w literaturze specjalistycznej i z własnej inicjatywy nawiązuje współpracę z lekarzami, psychologami, pedagogami i rehabilitantami oraz integruje się z innymi rodzicami, tworząc fundacje i stowarzyszenia, które nie pomijają kwestii seksualności i traktują tę problematykę jako nowe wyzwanie.

2.2. Wychowanie i edukacja seksualna w okresie dojrzewania

Dylematy związane z wychowaniem seksualnym osób z niepełnosprawnością stają się tym bardziej dostrzegalne, im dziecko jest starsze i w mniejszym stopniu jest zdolne kierować własnym rozwojem. Poszerzanie własnej autonomii, stopniowe separowanie się od rodziców na rzecz rówieśników, a potem potencjalnych partnerów stanowi bowiem istotę procesu dojrzewania psychoseksualnego²⁷.

Przełomowym momentem w życiu rodziców dziecka z niepełnosprawnością jest uświadomienie sobie faktu, że syn lub córka wkracza w okres dojrzewania i staje się mężczyzną/kobietą. Większość rodziców (bez względu na sprawność lub niepełnosprawność swoich dzieci) reaguje lękowo na pierwsze symptomy dojrzewania płciowego i jak najdłużej próbuje nie dopuszczać do świadomości pojawiających się zmian. Rodzice często unikają rozmów i jakichkolwiek świadomych oddziaływań związanych ze sferą płciowości, ponieważ obawiają się, że „samo poruszenie tej tematyki wywoła nadmierne zainteresowanie seksem, a naukę na temat seksualności nietrafnie traktują jako czynnik prowokujący do podjęcia aktywności seksualnej”²⁸.

Bez względu na stabilność rodziny, jej otwartość na edukację i pomoc z zewnątrz to na rodzicach spoczywają kluczowe decyzje, które w bezpośredni lub pośredni sposób wpłyną na formy zachowań seksualnych, przyszłe związki, płodność i realizację potrzeb psychoseksualnych ich niepełnosprawnego dziecka. Im głębsza i poważniejsza jest postać tej niepełnosprawności, tym odpowiedzialność rodziców staje się większa, ponieważ rola rówieśników i aktywności własnej takiego nastolatka bywa bardzo ograniczona.

²⁶ M. Kościelska, *Niechciana seksualność...*, dz. cyt., s. 106.

²⁷ A. Długołęcka, Z. Lew-Starowicz, *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006.

²⁸ Z. Izdebski, *Rodzice dziecka niepełnosprawnego wobec jego seksualności*, w: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Ex Libris Pracownika Socjalnego, 2007, s. 29.

Odpowiedzialność rodziców za rozwój dziecka nie oznacza jednak ograniczania jego autonomii i samodzielności, wręcz przeciwnie – opiera się na świadomości prawidłowości rozwojowych oraz stymulowaniu i wspieraniu tego rozwoju. W prawidłowym przebiegu rozwoju psychoseksualnego młodzieży w fazie dojrzewiania biologicznego przechodzi jednocześnie przez okres formowania się tożsamości w wymiarze egzystencjalnym, co bezpośrednio wiąże się z gwałtownym separowaniem się od rodziców i zdobywaniem coraz większej autonomii. Dzieci z ograniczeniami ruchowymi lub intelektualnymi, zazwyczaj intensywnie stymulowane do rozwoju w różnych obszarach funkcjonowania, w zakresie rozwoju psychoseksualnego nie są wspierane w żaden sposób²⁹. Powszechnie natomiast jest wyciszanie seksualności – separowanie młodzieży z niepełnosprawnością od rówieśników płci odmiennej, ograniczanie dostępu do źródeł informacji (co głównie polega na swoistej cenzurze internetu) i blokowanie nawiązywania pierwszych relacji intymnych. Wynikiem lękowej postawy rodziców i opiekunów stają się oczekiwania wobec specjalistów z zakresu poradnictwa i terapii psychoseksualnej, które koncentrują się w takich sytuacjach na otrzymaniu sposobów na sublimację popędu, a od seksuologów na farmakoterapii³⁰.

W wychowaniu młodzieży z niepełnosprawnością ruchową, np. mózgowym porażeniem dziecięcym, powszechnie i konsekwentnie jest realizowany plan kształtowania postaw opartych na nadmiernej infantylizacji i idealizacji sfery seksualnej lub przeciwnie – na jej obrzydzeniu i wzbudzaniu lęków. Prawdopodobnie wynika to z, nie zawsze uświadomionego, paternalizmu i przekonania, że „rozbudzanie” potrzeb natury seksualnej może stać się przyczyną ich niezaspokojonych tęsknot i przyszłych rozczarowań³¹. Według O. Specka³² na postawę rodziców i opiekunów w dominującym stopniu wpływają:

- lęk, głównie przed podjęciem współżycia seksualnego przez syna lub córkę i tym, jak taki związek będzie odebrany przez otoczenie;
- przyzwyczajenie związane z ustalonym rytmem dnia podporządkowanym celom rehabilitacyjnym i edukacyjnym;

²⁹ Powszechna postawa opiekunów polega na bierności (nieostrzeganiu problemów) lub kontroli (podejmowaniu decyzji za kogoś i moralizowaniu), co dla osób z poważnymi postaciami niepełnosprawności ruchowej przy zachowanej sprawności intelektualnej jest równoznaczne z brakiem jakichkolwiek możliwości samorealizacji w psychoseksualnej sferze życia.

³⁰ I. Fornalik, „Między młotem a kowadłem – dylematy w edukacji psychoseksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie”, referat wygłoszony na XV Ogólnopolskiej Konferencji „Dziewczynki i Kobiety, Chłopcy i Mężczyźni – edukacja psychoseksualna dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie”, 24–25.11.2007, Warszawa; A. Długolecka, Z. Lew-Starowicz, *Edukacja seksualna*, dz. cyt.

³¹ A. Długolecka, Z. Lew-Starowicz, *Edukacja seksualna*, dz. cyt.; A. Ostrowska, *Seksualność osób niepełnosprawnych*, w: tejże (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Ex Libris Pracownika Socjalnego, 2007, s. 11–24; H. Postek, „Między biologią a etyką – seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie, pytania i zagrożenia”, materiały konferencyjne XV Ogólnopolskiej Konferencji „Dziewczynki i Kobiety, Chłopcy i Mężczyźni – edukacja psychoseksualna dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie”, 24–25.11.2007, Warszawa.

³² O. Speck, *Niepełnosprawni w społeczeństwie...*, dz. cyt.

- niewiedza na temat potrzeb seksualnych i sposobów edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych, a także brak wizji oraz przykładów takich związków;
- obawy dotyczące typowych przejawów dojrzewania płciowego: zachowań autoerotycznych, zmian fizycznych, czynności higienicznych (zwłaszcza u osób niezdolnych do samoobsługi), ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową, wstydlivych sytuacji, zranień emocjonalnych, nadużyć seksualnych oraz braku umiejętności w wyrażaniu swojej seksualności w akceptowany społecznie sposób³³.

W przypadku niepełnosprawności intelektualnej i poważnych postaci niepełnosprawności ruchowej (np. przy mózgowym porażeniu dziecięcym połączonym z silną spastyką i ograniczeniami komunikacji werbalnej lub przepuklinie oponowo-rdzeniowej wywołującej zaburzenia funkcji ruchowych, seksualnych i wydalniczych) niektóre problemy przybierają nietypowy charakter, ponieważ etapy rozwojowe, teoretycznie ograniczone określonymi przedziałami wiekowymi, mogą się wydłużać – dojrzałość biologiczna nie będzie odpowiadała standardowo rozumianej dojrzałości emocjonalnej i społecznej. Wychowanie seksualne wymaga wtedy od rodziców i opiekunów działania wbrew wielu społecznym schematom oraz życzliwego i rozumiejącego stosunku do wielu „drażliwych” aspektów życia, np. do treningu czystości, sposobów rozładowania napięcia seksualnego i jawnych przejawów ciekawości seksualnej u osób znacznie starszych niż dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się i samoobsługę oraz osób ze znaczną i głębszą niepełnosprawnością intelektualną oddziaływania wychowawcze wspierające rozwój seksualny w okresie wczesnego dojrzewania powinny obejmować przede wszystkim³⁴:

- dostrzeżenie i poznanie własnego ciała poprzez ruch;
- odczuwanie i różnicowanie form dotyku;
- zaakceptowanie własnej płci, również w wymiarze cielesnym;
- poznanie różnic płci i specyfiki zmian wynikających z dojrzewania (w wymiarze biologicznym i społecznym);
- przestrzeganie norm społecznych związanych ze sferą płciowości (higiena osobista, samodzielne załatwianie potrzeb fizjologicznych, przyswojenie nawyków związanych z poczuciem intymności itd.);
- umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów z innymi osobami;
- kształtowanie poczucia odpowiedzialności za siebie oraz drugą osobę;
- nauczenie właściwego sposobu rozładowywania napięcia seksualnego.

Młodzież z niepełnosprawnością, tak samo jak całkowicie sprawna, dostrzega wszystkie zmiany zachodzące w ciele, ale nie zawsze jest w stanie sama zrozumieć ich

³³ Z. Izdebski, *Rodzice dziecka niepełnosprawnego...*, dz. cyt.

³⁴ K. Lausch, *Wychowanie seksualne uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – wybrane zagadnienia*, w: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym*, wyd. 2, Warszawa: CMPPP, 2002, s. 56–76; A. Długołęcka, Z. Lew-Starowicz, *Edukacja seksualna*, dz. cyt.

przebieg i sens. Ze względu na trudności i ograniczenia w kontakcie z innymi ludźmi, trudno jest jej te zmiany poznać i przygotować się do nich. Osoby unieruchomione z powodu ciężkich postaci niepełnosprawności ruchowej lub te z głębszą niepełnosprawnością intelektualną zmuszone do stałego nadzoru i przebywające nieustająco w obecności osób dorosłych nie mają szansy na niezależne zdobycie informacji, ani od bardziej wyedukowanych rówieśników, ani z czasopism dla nastolatków, książek czy internetu. Powszechnie dochodzi do sytuacji, że zostają pozostawione same sobie z tymi problemami. Tym samym często młodzi ludzie z dystrofią mięśniową lub ciężkimi postaciami mózgowego porażenia dziecięcego i trudnościami komunikacyjnymi przy całkowicie zachowanej sprawności intelektualnej są skazani na separację psychiczną i informacyjną. Zarówno młodzież z ograniczeniami intelektualnymi, jak ruchowymi, jeśli jest upośledzana wtórnie przez tę separację i edukację negatywną, może nie rozumieć zmian gwałtownie zachodzących w ich organizmach i reagować na nie lękami, co w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia autoagresji, agresji i zachowań stereotypowych. Dziewczęta mogą odbierać miesiączkę jako objaw ciężkich zaburzeń lub coś wstydliwego, a także odczuwać opór przed używaniem środków higienicznych. Chłopcy z kolei mogą interpretować polucje jako mimowolne nocne moczenie się, więc należy im wyjaśnić różnicę między moczem a nasieniem. Pojawiające się owłosienie też może nie być akceptowane³⁵. U osób z niepełnosprawnością intelektualną, przy braku edukacji i modelowania akceptowanych społecznie zachowań, nie może z kolei dziwić fakt używania przez niektórych wulgarnych określeń narządów i czynności seksualnych, obnażania się oraz demonstrowania zaabsorbowania własnym ciałem, nieznanostwo zasad higieny intymnej czy też trudność w określaniu własnej płci i jej ekspresji itd.³⁶ W przypadku młodzieży z lekką niepełnosprawnością umysłową i lżejszymi postaciami niepełnosprawności ruchowej, która ma większą świadomość i możliwości ukrywania oraz kontrolowania swojej seksualności, kwestia wychowania seksualnego jest zazwyczaj pomijana, a uwaga rodziców i nauczycieli koncentruje się raczej na umiejętnościach szkolnych, które są stawiane wyżej niż umiejętności społeczne³⁷. Aby mieć pewność, że rozwój płciowy przebiega prawidłowo, niezbędna jest (a tak rzadko realizowana) wizyta każdej niepełnosprawnej nastolatki u ginekologa. Dziewczęta powinny być oczywiście przygotowane do tej wizyty, tzn. uzyskać informacje, jaki jest jej cel i przebieg oraz jak należy zachować się w gabinecie. Podstawowe znaczenie ma jednak życzliwe towarzystwo kobiety, do której dana dziewczyna ma zaufanie i odpowiednia postawa lekarza. Spontaniczne uświadamianie przez rodzi-

³⁵ I. Fornalik, „Rozwój psychoseksualny młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w zależności od środowiska życia”, niepublikowana rozprawa doktorska, Poznań: WSE UAM, 2002; A. Długołęcka, *Seksualność – wybrane zagadnienia*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 343–385.

³⁶ I. Fornalik, *Dorosłość pod ochroną? Seksualność osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną we wczesnej dorosłości*, w: J. Bąbka (red.), *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2004, s. 244–257.

³⁷ Tamże; A. Długołęcka, *Seksualność osób niepełnosprawnych fizycznie...*, dz. cyt.

ców w codziennych sytuacjach oraz zorganizowane zajęcia grupowe i indywidualne z zakresu edukacji seksualnej powinny dotyczyć każdego młodego człowieka z niepełnosprawnością, przy uwzględnieniu jego indywidualnych, potencjalnych możliwości przyswajania społecznej roli płciowej.

W okresie dojrzewania pojawia się napięcie seksualne i typowa dla tej fazy masturbacja, a niekiedy pierwsze próby kontaktów seksualnych. Większość chłopców i duża grupa dziewcząt w normie intelektualnej podejmuje zachowania autoerotyczne, zwłaszcza pomiędzy 14. a 16. rokiem życia³⁸. Masturbację młodzieży z każdym rodzajem niepełnosprawności należy więc traktować jako naturalną, rozwojową aktywność charakterystyczną dla okresu dojrzewania, tak samo jak jest w przypadku młodzieży sprawnej. W kategoriach normy jest również rozpatrywana masturbacja stanowiąca zastępczą formę rozładowania napięcia seksualnego, gdy człowiek dojrzały biologicznie nie ma możliwości podjęcia kontaktów seksualnych ze swoim partnerem (a taka sytuacja dotyczy większości ludzi z najpoważniejszymi postaciami niepełnosprawności ruchowej i intelektualnej). Osoby z niepełnosprawnością ruchową i te sprawniejsze intelektualnie ukrywają ten rodzaj aktywności, co przy ograniczonej intymności i nadmiernej kontroli bywa dla nich bardzo trudne i frustrujące. U tych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną zachowania autoerotyczne z reguły nie podlegają samokontroli, co jest związane w oczywisty sposób z mniejszą siłą procesów hamowania, i często przyjmują formy stereotypowe, charakterystyczne dla wcześniejszych faz rozwojowych (np. wkładanie zabawek między nogi, pocieranie okolicami wzgórek łonowego o materac, poręcz fotela lub kant drzwi). Okazywane publicznie mogą zaskakiwać i wzbudzać negatywne reakcje opiekunów i otoczenia. Spontaniczne okazywanie potrzeb seksualnych w takich przypadkach nie jest jednak aktem woli, „nieposłuszeństwa” lub chęcią prowokacji. Brak samokontroli jest prostym rezultatem powszechnego braku treningu społecznego, zrozumienia, jakie miejsca są właściwe dla tego typu zachowań, a jakie nie i niemożności pozostania w miejscu intymnym przez jakiś czas. Masturbacja u osób z ograniczonymi funkcjami rąk może przybierać podobne formy (zaciskanie nóg, ocieranie się), jednak ich sytuacja jest o tyle trudniejsza, że te osoby dodatkowo odczuwają wstyd, poczucie winy i cierpienie natury egzystencjalnej. Stosowanie kar (upomnień lub krzyku, unieruchomienia, odmówienia innych aktywności lub odrzucenia emocjonalnego) może jedynie nasilać zachowania autoseksualne lub wywołać zachowania agresywne i autoagresywne. Redukcja napięcia seksualnego poprzez stosowanie leków jest również nadużywana w nieuzasadniony medycznie sposób i często staje się metodą rozwiązywania problemów opiekunów, a nie samej osoby z niepełnosprawnością. Warto więc szukać pozytywnych i realistycznych form radzenia sobie z napięciem seksualnym zamiast tłumienia lub sublimacji, które są nieuzasadnione i nie mogą przynieść spodziewanego efektu.

³⁸ A. Długołęcka, Z. Lew-Starowicz, *Edukacja seksualna*, dz. cyt.

W przypadku osób sprawnych intelektualnie z ograniczeniami fizycznymi lub niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim z reguły wystarcza otwarta rozmowa na temat sytuacji, w których masturbacja może lub nie może być podejmowana. U osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim niezbędny jest trening zachowań pozytywnych, który opiera się na uczeniu podejmowania zachowań autoseksualnych w miejscach intymnych, np. we własnym pokoju, w łazience w trakcie kąpieli (a nie w ubikacji) lub w łóżku przed zaśnięciem, w separacji od innych i zgodnie z zasadami higieny. Poza stworzeniem odpowiednich, intymnych warunków, w których realizacja tej potrzeby jest możliwa, niektóre osoby wymagają interwencji i szczegółowego instruktażu, jeśli np. podczas autostymulacji dochodziło do uszkodzeń intymnych części ciała lub masturbacja przybierała formę grupową lub publiczną. Reguły postępowania w takich sytuacjach powinny być jednoznacznie ustalone i konsekwentnie wzmacniane zarówno przez środowisko rodzinne, jak szkolne i opiekuńcze. Prezentowanie sprzecznych opinii i ocen będzie bowiem prowadzić u osoby z niepełnosprawnością intelektualną do dezorientacji i poczucia wstydu oraz nasilenia się nieseksualnych form autostymulacji, np. stereotypowego kiwania się, kręcenia głową na boki, skubania ubrania i ciała, wrywania włosów, huśtania się w pozycji kolankowo-łokciowej, podskoków z potrząsaniem rękami itp.

Masturbacja nie zawsze związana jest z realizacją potrzeby seksualnej. Jeśli nie służy jedynie rozładowaniu napięcia seksualnego, wskazana jest wnikliwa analiza takiego zachowania i przemyślana interwencja ze strony rodziców i opiekunów³⁹. Pozaseksualne przyczyny masturbacji, które warto brać pod uwagę, to przede wszystkim:

- Głód stymulacji – masturbacja może pojawiać się z powodu braku stymulującego środowiska: niemożności podjęcia aktywności ruchowej, pustki poznawczej, braku pozytywnych bodźców lub stanowić konsekwencję zaburzeń uczucia. Łatwo może się wtedy stać czynnością automatyczną, wykonywaną mimowolnie i bez kontroli, jak nawykowe kiwanie się lub podskakiwanie. Zaobserwowanie, że masturbacja pojawia się w sytuacjach beczynności i nudy, powinno zmotywować opiekunów do wprowadzenia istotnych zmian w formach spędzania czasu tej osoby lub podania wyraźnych wskazań rodzinie, np. zredukowania oglądania telewizji, siedzenia w jednym, zamkniętym pomieszczeniu, w jednej pozycji, dostosowaniu zajęć do poziomu tej osoby, wprowadzenia zajęć z zakresu integracji sensomotorycznej lub innych form aktywności ruchowej ze sprzętem lub w wodzie.

- Głód emocjonalny – niezaspokojona potrzeba kontaktu z bliskimi, życie w osamotnieniu i izolacji, lęk, cierpienie, niemożność wyrażenia swoich potrzeb wywołują napięcie emocjonalne, które można niwelować za pomocą masturbacji, ponieważ daje ona chwilowe odprężenie i dodatkowo przyjemność o charakterze seksualnym. Należy

³⁹ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991; też, *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2007; I. Fornalik, *Miłość, seks i prokreacja jako wartości w dorosłym życiu osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, w: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Ex Libris Pracownika Socjalnego, 2007, s. 49–63.

w takim przypadku jasno zdawać sobie sprawę z faktu, że zachowanie autoseksualne nie zostanie wyeliminowane bez zaspokojenia potrzeb emocjonalnych. W takiej sytuacji pracy terapeutycznej wymaga nie tylko sama osoba niepełnosprawna, ale ludzie z jej najbliższego otoczenia. Wychowawcy i opiekunowie, poza dostarczaniem dużej liczby wzmocnień osobie niepełnosprawnej i otaczaniem jej szczególną, życzliwą uwagą, mogą podejmować próby uczenia innych sposobów wyrażania stanów uczuciowych i radzenia sobie z negatywnymi emocjami itp.

- Bunt i prowokacja – zachowania masturbacyjne, zwłaszcza jeśli są karane i są jedyną formą budzącą jakieś reakcje otoczenia, mogą stanowić formę koncentrowania czyjejs uwagi na sobie lub wyrażania sprzeciwu. Adekwatnym sposobem wygaszania tego zachowania jest jego ignorowanie przy jednoczesnym zwiększeniu uwagi w innych sytuacjach.

- Nadmiar bodźców – przebywanie w dużej grupie, w hałasie i atmosferze chaosu może prowadzić do „wyłączania się” za pomocą zachowań autoerotycznych. Lepsza organizacja pracy, spokój i wyciszenie mogą zmienić zachowania wielu osób nie tylko w omawianym zakresie.

- Uwarunkowania zdrowotno-higieniczne – podrażnienia okolic narządów płciowych oraz świąd wywołane przez infekcje, zakażenia grzybiczne, pasożyty, ciasną odzież lub przebywanie w pielusze mogą być prozaicznym powodem uporczywych manipulacji przy intymnych obszarach ciała. Właściwa higiena i zorganizowanie systematycznej, przyjaznej opieki ginekologicznej w prosty i skuteczny sposób rozwiązują wiele problemów związanych nie tylko z masturbacją, ale ze świadomością ciała, zmianami okresu dojrzewania, nawykami higienicznymi, a nawet elementami płciowej tożsamości.

- Ograniczenia natury organicznej – niesprawność ruchowa połączona z silną spastyką mogą uniemożliwiać pełne rozładowanie seksualne, np. osoba może pocierać narządami płciowymi o jakiś przedmiot, ale nie ma możliwości kontynuacji tej czynności w taki sposób, by osiągnąć przyjemność (bo ma tak silne napięcia spastyczne lub niesprawne ręce), w rezultacie zwiększa to napięcie seksualne i prowadzi do frustracji. Ograniczenia natury obyczajowej i częściowo prawnej (rzeczywiste zagrożenie nadużyciami o charakterze seksualnym) pozostawiają tę kwestię nierozwiązaną⁴⁰.

Ważnym, często pomijanym zagadnieniem, jest orientacja homoseksualna. Trudno jest określić skalę zjawiska homoseksualności wśród osób z niepełnosprawnością, ponieważ rodzice i opiekunowie niechętnie rozmawiają na ten temat, a sami niepełnosprawni ukrywają swoje preferencje seksualne ze względu na grożące im kary. Niektóre rodziny aprobują zachowania homoseksualne swojego dziecka, z tym że zgoda wynika z kalkulacji i stanowi „mniejsze zło”, tzn. zakładają, że kontakty homoseksualne eliminują agresję lub zachowania destrukcyjne. Rzadko akcepta-

⁴⁰ W niektórych krajach, np. w Holandii, dopuszcza się przeprowadzanie treningu masturbacyjnego przez wyszkolonych opiekunów w przypadku osób, u których z powodu ograniczeń rozwojowych niemożliwe jest nauczanie i realizacja tych zachowań za pomocą innych, bardziej pośrednich metod.

cja homoseksualności wynika z filozofii życiowej rodziców⁴¹. K. Nowak-Lipińska⁴² używa pojęcia zachowania homoseksualnopodobne, podkreślając w ten sposób „zewnętrność” tych form aktywności, co jest w pełni uzasadnione, bo chociaż można przypuszczać, że odsetek osób zorientowanych homoseksualnie w tej grupie jest podobny jak w populacji ludzi sprawnych⁴³, to sama orientacja, jak i częstotliwość jej występowania są prawie nie do zbadania. Można przypuszczać, że częstotliwość tego typu zachowań w środowisku młodzieży niepełnosprawnej, zarówno ruchowo, jak i intelektualnie, może być wyższa, ponieważ są one traktowane jako zastępcza forma zaspokajania potrzeb seksualnych w warunkach narzuconej izolacji społecznej i przebywania w grupach jedнопłciowych.

Kluczowym problemem młodzieży z każdym rodzajem niepełnosprawności jest wchodzenie w pierwsze relacje erotyczne. W okresie dojrzewania każda dziewczyna i chłopak, również niepełnosprawni, starają się wypracować jakąś pozycję w grupie, porównują się z rówieśnikami i budują swoją samoocenę. W tej krytycznej fazie rozwojowej często powstają trwałe kompleksy i poczucie bycia gorszym, zwłaszcza w kwestiach związanych z kobiecością i męskością⁴⁴. Sytuacja młodzieży z niepełnosprawnością staje się wtedy utrudniona, ponieważ skłonność do porównywania się oraz powierzchowność ocen, typowe dla tej fazy, szczególnie boleśnie dotykają „innych”. Rezultat jest taki, że nawet ci pełnosprawni rówieśnicy, którzy wychowywali się w szkołach integracyjnych i mieli życzliwe relacje z niepełnosprawnymi kolegami i koleżankami i kolegami, zaczynają izolować się od nich, zwłaszcza w tych dziedzinach życia, które dotyczą atrakcyjności, seksualności i związków. W tej fazie rozwojowej wciąż podstawową rolę odgrywa rodzina, która zamiast unikać trudnych tematów związanych z poczuciem odrzucenia, inności, niepodobania się, może starać się wzmacniać i stabilizować samoocenę nastolatka z niepełnosprawnością. Kształtowanie właściwego stosunku do zniekształconego i nie w pełni sprawnego ciała jest trudne i wymaga nie tylko życzliwości, ale otwartości i autentyzmu. Przeszkodą w prawidłowym rozwoju psychoseksualnym są nie tylko obiektywne bariery natury fizycznej, ale niedostatek kontaktów społecznych, nadmierna ochrona przed niepowodzeniami w tym obszarze życia, a także brak przyzwolenia na poszukiwanie i wybór potencjalnego partnera seksualnego i życiowego⁴⁵. Lęk rodziców i rówieśników, że osoba z niepełnosprawnością zakocha się lub ujawni swoje potrzeby psychoseksualne, blokuje kontakty koleżeńskie,

⁴¹ K. Nowak-Lipińska, *Na antypodach płciowości – wielowymiarowość zachowań homoseksualnopodobnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, w: W. Dykciak, C. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, Olsztyn–Poznań–Warszawa: WN PTP Odział w Poznaniu, 2002, s. 483–498.

⁴² Tamże.

⁴³ W książce mojego autorstwa *Kiedy kobieta kocha kobietę* (Warszawa: Fundacja Anka Zet Studio, 2008) znajduje się rozdział przeznaczony dla kobiet niepełnosprawnych ruchowo o orientacji homoseksualnej zawierający więcej informacji na ten temat.

⁴⁴ A. Długołęcka, Z. Lew-Starowicz, *Edukacja seksualna*, dz. cyt.

⁴⁵ B. Lawrence, *Self-concept formation...*, dz. cyt.

dlatego niezbędne są otwarte, chociaż niełatwe rozmowy o ograniczeniach fizycznych lub intelektualnych i przede wszystkim kulturowo-społecznych.

Rodzicielska nadopiekuńczość może przyczynić się do „zagłuszenia” seksualnej dojrzałości oraz prawidłowych umiejętności społecznych niepełnosprawnego dziecka. To zagrożenie rozwojowe dotyczy także, a może nawet przede wszystkim, osób niepełnosprawnych ruchowo⁴⁶.

Dla osób w pełni zdrowych pierwsze młodzieńcze zauroczenia i miłości są poligonem doświadczalnym umożliwiającym uczenie się, są etapem niezbędnym do tego, żeby tworzyć w przyszłości satysfakcjonujące i dojrzałe relacje. Nadmierna ochrona i pozbawianie młodzieży z niepełnosprawnością takich doświadczeń jest równoznaczne ze skazywaniem ich na kształtowanie nierealistycznego obrazu samego siebie i związków. Czasami konieczne jest wyjaśnianie, że nie zawsze istnieje możliwość realizacji uczucia, np. kiedy wybrana osoba ma już partnera lub nie odwzajemnia uczuć. Wskazane jest pokazywanie różnych rozwiązań i uświadamianie poparte konkretnymi przykładami, że małżeństwo nie jest jedyną drogą realizacji własnej kobiecości lub męskości. Osoby z widoczną niepełnosprawnością ruchową nie powinny być stawiane przed dwubiegunowym wyborem wzorcowej rodziny lub smutnego, samotnego życia. Szczególnie wspierające są przykłady osób dorosłych i rozmowa z nimi: takimi, które tworzą własną rodzinę i takimi, które z różnych względów wybrały inne indywidualne i satysfakcjonujące sposoby na realizację swoich potrzeb psychoseksualnych. Dla osób, które nie mają możliwości samodzielnego poruszania się, niezbędne jest wyposażenie ich w alternatywne źródła komunikacji. Uszanowanie prywatności i dostęp do korzystania z odpowiednio przystosowanych komputerów bywa jedyną szansą na wirtualną realizację pragnień uczuciowych i seksualnych tych osób. Edukacja seksualna poza elementami uświadamiania powinna więc obejmować:

- naukę ekspresji seksualnej;
- rozwijanie samoświadomości związanej z doświadczaniem własnej seksualności;
- rozwijanie słownictwa, które umożliwia pełniejszą komunikację i wyrażanie potrzeb;
- rozwijanie otwartości i umiejętności komunikacji, która będzie stanowić bazę zawierania znajomości i budowania własnej atrakcyjności;
- rozwijanie postaw asertywnych i wyrażania swoich opinii, umiejętności ochrony własnej intymności i godności przez osoby z poważnymi ograniczeniami ruchowymi;
- uczenie rozpoznawania relacji obcy – znajomy – przyjaciel;
- ukazywanie różnych motywów podtrzymywania bliskich relacji i modeli związków – najlepiej we własnym otoczeniu;
- uczenie się na błędach, tzn. otwartość na dyskusję pozbawioną ocen i zachęcanie do poszukiwania drogi do samorealizacji;

⁴⁶ Z. Izdebski, *Rodzice dziecka niepełnosprawnego...*, dz. cyt., s. 27.

- wszechstronne informowanie na temat zróżnicowanych form aktywności seksualnej z uwzględnieniem specyfiki danej niepełnosprawności.

Najcenniejsze są oczywiście codzienne spontaniczne rozmowy na temat właściwych form okazywania miłości i szacunku ukochanej osobie, a także o istocie udanego związku, sposobach wspólnie spędzanej czasu, możliwościach i problemach związanych ze wspólnym życiem.

Równie ważna jest psychoedukacja seksualna rodziców i opiekunów, której celem podstawowym jest obniżenie poziomu ich lęków oraz obalanie ograniczających stereotypów. Rodzice podkreślają, że z wiekiem coraz trudniej jest opiekować się synem czy córką z niepełnosprawnością. Problemy w sferze osobowościowej rodziców dowodzą, że wymagają oni profesjonalnego wsparcia nie tylko zdrowotnego i materialnego, ale przede wszystkim emocjonalnego. Gdy dziecko osiąga wiek dojrzały, a nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować, to wciąż rodzice mają obowiązek dalszego opiekowania się nim. W trudnych sytuacjach dochodzi do zjawiska wypalania się, przejawem którego jest nadmierne wyczerpanie psychofizyczne, stany zniechęcenia, apatii czy skłonności depresyjne⁴⁷. Podstawą, źródłem wszelkich efektów i sukcesów terapeutycznych jest konstruktywna, oparta na wzajemnym zaufaniu współpraca specjalistów z rodzinami osób z niepełnosprawnością. W ostatnich latach wzrosła świadomość, że rodziny dzieci z zaburzeniami rozwoju lub przewlekłą chorobą doświadczają wielu trudności i potrzebują wsparcia. Gdy terapeuta stawia wymagania dotyczące zmiany reakcji na niepożądaną zachowanie córki lub syna, gdy zaleca nowe podejście do szeroko pojętej opieki (np. pielęgnacji – również intymnej, żywienia, modelowania zachowań seksualnych itp.), rodzice mogą odczuwać silny niepokój, niechęć, czasami gniew jako reakcję na zagrożenie zdobywanego przez lata poczucia bezpieczeństwa i stabilności. Współpracując z rodzicami, warto brać pod uwagę zdobytą przez nich wiedzę i doświadczenie wynikające z codziennej opieki nad dzieckiem, ich oczekiwania i wymagania, a z drugiej strony należy pomóc im w nabywaniu nowej wiedzy i umiejętności. W większości przypadków rodzice reprezentują grupę dość zróżnicowaną pod względem gotowości do zmiany. Często nie uświadamiają sobie własnych paternalistycznych postaw wobec wchodzącego w dorosłość dziecka, a w ślad za tym własnych reakcji obronnych na sygnały świadczące o potrzebie zmiany postępowania wychowawczego. Widoczna jest przesadna troska o przyszłość dziecka i brak wiary w możliwość jego niezależnego życia bez ich bezpośredniego wsparcia i pomocy⁴⁸. Na pierwszy plan w wychowaniu seksualnym wysuwa się więc przyjmowanie indywidualnej perspektywy w próbach zrozumienia sytuacji i odczuć osoby z określoną niepełnosprawnością, poszerzanie i wzbogacanie jej doświadczeń związanych z relacjami z płcią przeciwną i kształtowanie

⁴⁷ F. Wojciechowski, *Niepełnosprawność. Rodzina. Dorastanie*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2007.

⁴⁸ J. Głodkowska, A. Giryński, *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2005; F. Wojciechowski, *Niepełnosprawność...*, dz. cyt.

niezależnej wewnątrzsterowej osobowości, która w dorosłości umożliwi samodzielną i świadomą realizację psychoseksualnych potrzeb.

Dzieci w końcu dorastają. Rodzice powinni pamiętać o tym, że ich dzieci jako osoby dorosłe, mężczyźni i kobiety z niepełnosprawnością, muszą mieć możliwość określenia, jak chcą przeżywać swoją seksualność. [...] Oznacza to często konfrontację z wychowaniem i odwagą w odkrywaniu własnych potrzeb. Dzięki właściwemu wychowaniu seksualnemu ta konfrontacja może być mniej bolesna, a ich życie bardziej szczęśliwe⁴⁹.

LITERATURA

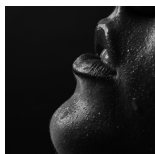
- ANDERSON E., CLARKE L., *Disability In Adolescence*, London: Methuen, 1982
- BARNES C., MERCER G., *Niepełnosprawność*, Warszawa: Sic!, 2008
- BEISERT M., *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991
- BEISERT M., *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007
- CUNNINGHAM C., DE LA ROSA G., JEX S., *The dynamic influence of individual characteristics on employee well-being*, w: K. Naswall, J. Hellgren, M. Sverke (red.), *The Individual in the Changing Working Life*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008, s. 258–280
- DŁUGOŁĘCKA A., *Seksualność osób niepełnosprawnych fizycznie – wstępna diagnoza problemów*, „Postępy Rehabilitacji” 2007, t. XXI, s. 29–39
- DŁUGOŁĘCKA A., *Seksualność – wybrane zagadnienia*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 343–385
- DŁUGOŁĘCKA A., LEW-STAROWICZ Z., *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006
- FORNALIK I., *Dorosłość pod ochroną? Seksualność osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną we wczesnej dorosłości*, w: J. Bąbka (red.), *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2004, s. 244–257
- FORNALIK I., „Między młotem a kowadłem – dylematy w edukacji psychoseksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie”, referat wygłoszony na XV Ogólnopolskiej Konferencji „Dziewczynki i Kobiety, Chłopcy i Mężczyźni – edukacja psychoseksualna dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie”, 24–25.11.2007, Warszawa
- FORNALIK I., *Miłość, seks i prokreacja jako wartości w dorosłym życiu osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, w: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Ex Libris Pracownika Socjalnego, 2007, s. 49–63
- FORNALIK I., „Rozwój psychoseksualny młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w zależności od środowiska życia”, niepublikowana rozprawa doktorska, Poznań: UAM WSE, 2002
- GŁODKOWSKA J., *Założenia i kontekst procesu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, w: J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia – teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej dorosłości*, Warszawa: Wydawnictwo APS, 2004, s. 10–27
- GŁODKOWSKA J., GIRYŃSKI A., *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, Warszawa: Wydawnictwo APS, 2005
- HODAPP R.M., *Parenting children with mental retardation*, w: M. Bornstein (red.), *Handbook of parenting*, t. 1, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2002, s. 355–381

⁴⁹ Z. Izdebski, *Rodzice dziecka niepełnosprawnego...*, dz. cyt., s. 25–35.

- IZDEBSKI Z., *Rodzice dziecka niepełnosprawnego wobec jego seksualności*, w: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Ex Libris Pracownika Socjalnego, 2007, s. 25–35
- KIRENKO J., *Oblicza niepełnosprawności*, Lublin: Wydawnictwo Akademickie WSSP, 2006
- KOŚCIELSKA M., *Niechciana seksualność: o ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co., 2004
- KOŚCIELSKA M., *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny*, Warszawa: PWN, 1984
- KUMANIECKA-WIŚNIEWSKA A., *Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2006
- KURT L., *Terapia systemowa, podstawy teoretyczne i praktyka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1995
- LAUSCH K., *Wychowanie seksualne uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – wybrane zagadnienia*, w: M. Piszczek (red.), *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym*, wyd. 2, Warszawa: CMPPP, 2002, s. 56–76
- LAWRENCE B., *Self-concept formation and physical handicap: some educational implication for integration*, „Dishandicap” 1991, vol. 6, s. 139–146
- NOWAK-LIPIŃSKA K., *Na antypodach płciowości – wielowymiarowość zachowań homoseksualnopodobnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, w: W. Dykciak, C. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, Olsztyn–Poznań–Warszawa: WN PTP Oddział w Poznaniu, 2002, s. 483–498
- OSTROWSKA A., *Seksualność osób niepełnosprawnych*, w: tejże (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Ex Libris Pracownika Socjalnego, 2007, s. 11–24
- POSTEK H., „Między biologią a etyką – seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie, pytania i zagrożenia”, materiały konferencyjne XV Ogólnopolskiej Konferencji „Dziewczynki i Kobiety, Chłopcy i Mężczyźni – edukacja psychoseksualna dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie”, 24–25.11.2007, Warszawa
- SATIR V., *Tu powstaje człowiek*, Gdańsk: GWP, 2000
- SHAKESPEARE T., GILLESPIE-SEELS K., DAVIES D., *The Sexual Politics of Disability: Untold Desires*, London: Cassell, 1996
- SPECK O., *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*, Gdańsk: GWP, 2005
- UPIAS, *Fundamental Principles of Disability*, London: Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976
- WOJCIECHOWSKI F., *Niepełnosprawność. Rodzina. Dorastanie*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2007

KATARZYNA WASZYŃSKA

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



FANTAZJE I SNY EROTYCZNE W OKRESIE DOJRZEWANIA I WCZESNEJ DOROSŁOŚCI

Naukowe zainteresowanie fantazjami seksualnymi, zainicjowane przez psychoanalizę, rozwinęło się dopiero pod koniec lat 40. XX wieku w wyniku zakrojonych na szeroką skalę badań Kinseya. Dopiero w latach 70. i 80. zaczęło ukazywać się wiele prac na ten temat. Badania nad uwarunkowaniami i treścią pojawiających się fantazji seksualnych są więc stosunkowo młodą dziedziną wiedzy, dostarczając jednak wielu cennych informacji na temat życia seksualnego człowieka, niezwykle istotnych dla praktyki seksuologicznej.

Fantazje erotyczne traktowane są jako wyobrażenia sytuacji i zdarzeń o treści seksualnej na podstawie własnych doświadczeń, zarówno bezpośrednich (kontaktów seksualnych), jak i pośrednich (filmy, zdjęcia, informacje od innych ludzi). Jak wskazują badania, im wyższy poziom libido i erotyzacji, tym częściej występują. Mechanizmy prowadzące do fantazjowania mogą być natury biologicznej (np. związane z temperamentem seksualnym), fizjologicznej (podtrzymywanie napięcia seksualnego przez OUN) i psychicznej (np.: wynikające z potrzeby nowości, jako wyraz pragnień, konfliktów, dużej wyobraźni, ukrytych tendencji dewiacyjnych)¹.

Bancroft twierdzi również (wbrew opinii Freuda, który uważał, że fantazje rekompensują to, czego brakuje nam w rzeczywistości), że fantazje częściej występują u osób aktywnych seksualnie².

Badania eksperymentalne z zastosowaniem aparatury pomiarowej dowiodły, że w trakcie fantazjowania zostaje pobudzony autonomiczny układ nerwowy, rośnie poziom testosteronu we krwi oraz poziom seksualnej reaktywności – działa on jak afrodyzyjak³.

¹ L. Cendrowski, Z. Lew-Starowicz, M. Trawińska, *Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego*, Warszawa: Agencja Promo-Lider, 1996, s. 79.

² J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011.

³ Z. Lew-Starowicz, *Leczenie zaburzeń seksualnych*, Warszawa: PZWL, 1997, s. 11.

Fantazje mogą towarzyszyć różnym zachowaniom, pojawiać się pod wpływem lektur (34% badanych), oglądania filmów (60%), czasopism (41%), rozmów (24%), obecności lub nieobecności preferowanej osoby (33%). U kobiet częściej wiążą się z uczuciami, przeżywanymi reakcjami, atmosferą spotkań, natomiast w przypadku mężczyzn przybierają raczej formę konkretnych zachowań seksualnych. Mogą też być wyrazem ucieczki w świat fantazji od realnego życia⁴. Jak wskazują badania, treść pojawiających się fantazji może w znacznym stopniu odbiegać od podejmowanych aktualnie zachowań seksualnych zarówno jeśli chodzi o osobę partnera, jak i rodzaj kontaktów. Okazuje się, że część kobiet i mężczyzn w trakcie zbliżenia nie myśli o swym partnerze, wyobrażając sobie zupełnie inne, odbiegające od rzeczywistości treści⁵. Gra wyobraźni może wpływać w znacznym stopniu na zmianę poziomu odczuwanego podniecenia seksualnego⁶.

Fantazje seksualne mogą być traktowane zarówno w charakterze bodźca, jak i odpowiedzi seksualnej⁷. Z wielu przeprowadzonych badań wynika, że częstotliwość i treść fantazji mogą korelować z takimi czynnikami, jak:

- wiek; w grupie osób 18–22 lata ujawnia je 20% populacji, w wieku 28–35 lat – 8%, a w wieku 60 lat i więcej – 1%⁸, częstotliwość fantazji spada wraz z wiekiem⁹;
- płeć; fantazjuje około 84% mężczyzn i 31% kobiet¹⁰, tematyka fantazji jest różna w zależności od płci¹¹;
- stosunek do religii¹²;
- zadowolenie z aktualnego związku; im większy poziom zadowolenia z aktualnego związku, tym częściej w fantazjach występuje aktualny partner, im mniejsze zadowolenie, tym częściej myśli się o poprzednich partnerach lub osobach obcych¹³;
- wykształcenie; badania Pietropinto¹⁴ wskazują, że fantazje seksualne o bogatszych treściach występują u bardziej wykształconych mężczyzn;
- liczba doświadczeń seksualnych; jest to zależność wprost proporcjonalna pomiędzy częstotliwością kontaktów seksualnych a częstotliwością pojawiania się fantazji¹⁵;
- niepokój w życiu seksualnym u kobiet¹⁶;

⁴ L. Cendrowski, Z. Lew-Starowicz, M. Trawińska, *Popularny słownik...*, dz. cyt.; Z. Lew-Starowicz, *Atlas psychofizjologii seksu*, Warszawa: PZWL, 1990.

⁵ K. Szczerba, *W kręgu Erosa i Psyche*, Warszawa: Miryan-Press, 1991.

⁶ Z. Lew-Starowicz, *Seks dla każdego*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, 1985.

⁷ J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, dz. cyt.

⁸ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2001.

⁹ J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, dz. cyt.

¹⁰ A. Kinsey, W. Pomeroy, C. Martin, P. Gebhard, *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia: Saunders, 1953.

¹¹ K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, Poznań: Interfund, 2003; J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, dz. cyt.

¹² K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

¹³ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, dz. cyt.

¹⁴ A. Pietropinto, J. Simenauer, *Beyond the Male Myth: What Women Want to Know About Men's Sexuality, a Nationwide Survey*, New York: Times Books, 1977.

¹⁵ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, dz. cyt.

¹⁶ J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, dz. cyt.; tegoż, *Sexual Development In Childhood*, Bloomington: Indiana University Press, 2003

– okoliczności towarzyszące występowaniu fantazji; u mężczyzn częściej niż u kobiet fantazje pojawiają się podczas aktywności niezwiązanych z seksem oraz masturbacji, lecz nie podczas współżycia¹⁷.

Fantazje [...] mogą prowadzić do powstania motywacji pobudzającej do aktywności seksualnej oraz do podniecenia seksualnego, lecz mogą także stanowić reakcję na sygnały motywacji pobudzającej lub podniecenia seksualnego. Dlatego można je analizować zarówno w kategoriach bodźca, jak i odpowiedzi, a jak to zwykle bywa z przeżyciami seksualnymi, przypuszczalnie polegają na wzajemnym oddziaływaniu jednego i drugiego¹⁸.

„Marzenia senne stanowią z punktu widzenia fizjologii wyższych czynności nerwowych wolną grę wyobraźni, możliwą w czasie snu – wskutek «czuwania» określonych obszarów kory mózgowej”¹⁹. Płaty czołowe, których funkcją jest kontrolowanie, zostają wyłączone z obszaru czuwającego, natomiast istotną rolę odgrywają uaktywnione obszary mózgu zawiadujące zmysłami, które przedstawiają w postaci obrazów treści będące w pewnym sensie kontynuacją procesów zapoczątkowanych w stanie świadomości²⁰. Sny o treści seksualnej, jak podaje Lew-Starowicz, należą do typowych marzeń sennych. W książce *Nowoczesne wychowanie seksualne*²¹ autorzy wskazują, iż sny tego rodzaju miewa 53% kobiet i 74% mężczyzn. Jak podaje Imieliński, marzenia senne o charakterze seksualnym pojawiają się najczęściej w okresie dojrzewania, do około 35. roku życia. W trakcie przeżywania marzeń sennych może dochodzić do wystąpienia orgazmu i zaspokojenia seksualnego²².

Materiał empiryczny służący opracowaniu niniejszej problematyki zebrano, obejmując badaniami studentów wszystkich poznańskich wyższych uczelni. Osoby dobrane były z uwzględnieniem kryterium wieku – 22–28 lat (młodzi dorośli). Populację badawczą po ostatecznym zweryfikowaniu wyników stanowiło 277 osób.

Wyniki badań

W tabelach przedstawiono wyniki badań odnoszące się do częstotliwości występowania fantazji i snów erotycznych w trzech różnych okresach życia: w trakcie dojrzewania, po inicjacji seksualnej i w okresie wczesnej dorosłości. W badaniach starano się ustalić, czy tematyka (jej częstotliwość) występująca w trakcie seksualnej aktywności psychicznej będzie się istotnie różnić na tych etapach rozwoju.

¹⁷ Tegoż, *Seksualność człowieka*, dz. cyt.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ K. Imieliński, *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa: PWN, 1985, s. 175.

²⁰ Tamże.

²¹ Z. Lew-Starowicz, K. Szczerba, *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: Polska Oficyna Wydawnicza BGW, 1995.

²² K. Imieliński, podaję za: K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

Fantazje seksualne

W tabeli 1 zaznaczono wyniki odnoszące się do częstotliwości pojawiania się fantazji, w których występowała osoba badana (była ich głównym bohaterem).

Tabela 1. Bycie bohaterem swych fantazji

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	176	2,8693	1,1212	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	176	2,8523	1,0424	,00	4,00	2,01
Aktualnie	176	2,8068	1,1147	,00	4,00	1,95

Źródło: opracowanie własne.

Istnieją niewielkie różnice w zakresie częstotliwości występowania takiej postaci fantazji. Najczęściej bohaterami swych fantazji byli respondenci w okresie dojrzewania, nieco rzadziej w okresie po inicjacji seksualnej i najrzadziej w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy. Jednak różnice te nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 2 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których bohaterem była realnie istniejąca osoba.

Tabela 2. Osoba istniejąca realnie, rzeczywista

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	222	2,5631	1,2342	,00	4,00	1,65
Po inicjacji	222	3,0811	,9714	,00	4,00	2,10
Aktualnie	222	3,2568	,9281	,00	4,00	2,25

Źródło: opracowanie własne.

O osobie rzeczywistej, realnie istniejącej, najczęściej badane osoby fantazjowały w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badania, nieco rzadziej w okresie po inicjacji i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 3 znajdują się wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których bohaterem była osoba wymyślona przez respondenta (nieistniejąca realnie).

Tabela 3. Osoba wymyślona

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	184	2,0598	1,3993	,00	4,00	2,31
Po inicjacji	184	1,6685	1,2431	,00	4,00	1,92
Aktualnie	184	1,4511	1,2535	,00	4,00	1,77

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej fantazje z udziałem osoby wymyślonej pojawiały się w okresie dojrzewania, rzadziej po inicjacji seksualnej i najrzadziej w ciągu ostatniego roku przed badaniami. Różnice w częstotliwości występowania fantazji w tych trzech okresach życia okazały się istotne statystycznie. Jak pisze Friday,

[...] anonimowość jest najlepszą przyjaciółką fantazji. Dodaje romansowości i dramatyzmu; zwiększa przyjemność i eliminuje poczucie winy – wroga fantazji [...]. Nieświadomość – jej nieświadomość jego tożsamości i jego nieświadomość jej tożsamości – czyni ich wobec siebie jednostkami płciowymi, redukuje związek do sfery wyłącznie fizycznej, pozbawiając go minionych i spodziewanych zobowiązań²³.

„W większości przypadków motyw seksu z nieznaną jest tym dla seksualności, czym sklep garmazeryjny dla jedzenia. Wchodzisz, bierzesz i wychodzisz”²⁴.

W tabeli 4 znajdują się wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji z osobą, która podobała się w tym okresie respondentowi.

Tabela 4. Osoba, która się podobała respondentowi

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	212	3,1509	1,0238	,00	4,00	1,98
Po inicjacji	212	3,1509	1,0238	,00	4,00	2,02
Aktualnie	212	3,1038	1,1596	,00	4,00	2,00

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne z udziałem osoby, która się podobała respondentowi, pojawiały się z taką samą częstotliwością we wszystkich trzech okresach życia.

W tabeli 5 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji na temat seksu grupowego.

Tabela 5. Seks grupowy

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	157	,9873	1,3634	,00	4,00	1,81
Po inicjacji	157	1,3121	1,3999	,00	4,00	2,05
Aktualnie	157	1,4204	1,5069	,00	4,00	2,15

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne na temat seksu grupowego pojawiały się u respondentów najrzadziej w okresie dojrzewania, natomiast znacznie częściej w okresie po inicjacji seksualnej

²³ N. Friday, *Mój tajemny ogród*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 1992, s. 118–119.

²⁴ B. Berkowitz, *Jego sekretne życie*, Warszawa: Jacek Santorski & Co, 1997, s. 60.

oraz w ciągu ostatniego roku przed badaniami. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

Powracające fantazje na temat seksu grupowego – dotyczy to układów większych niż trzy osoby – są zabawne i prawdopodobnie dostarczanie rozrywki jest ich główną funkcją. Fantazje na temat seksu grupowego z natury trudno jest wcielić w życie. Onieśmiałają zarówno przeszkody logistyczne, jak i ryzyko odrzucenia i śmieszności. Dużo łatwiej i bezpieczniej jest pozostawać w królestwie fantazji [...]. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety rzucają się bez reszty w wir doświadczeń. Druga strona cię nie powstrzymuje, nie poraża milczeniem czy seksualnym chłodem²⁵.

Berkowitz pisze również, że fantazje seksualne na temat seksu grupowego oferują mężczyznom dodatkowo ucztę wzrokową – „jest wiele do zobaczenia i mnóstwo podniecających rzeczy. A przy tym niewiele, które mogą przestraszyć. Tabu jest przełamywane nieustannie, ale w końcu wszyscy to czynią”²⁶. Być może stanowi to jedną z przyczyn faktu, iż w fantazje na temat seksu grupowego występują istotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet²⁷.

W tabeli 6 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których osoba badana podejmowała kontakty seksualne z osobą tej samej płci.

Tabela 6. Kontakty seksualne z osobą tej samej płci

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	138	,3406	,9001	,00	4,00	2,00
Po inicjacji	138	,3406	,9001	,00	4,00	2,01
Aktualnie	138	,3406	,9398	,00	4,00	1,99

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne o osobach tej samej płci pojawiały się rzadko, z taką samą częstotliwością we wszystkich trzech okresach życia. Interesujące byłoby sprawdzenie, na ile te fantazje związane są z orientacją seksualną, a na ile stanowią wyraz ukrytych pozahomoseksualnych pragnień.

Erotyczne fantazje kobiet na temat innych kobiet są często przejrzystą projekcją tego, co osoba fantazjująca sądzi na swój temat, czego naprawdę chce zarówno od mężczyzn, jak i kobiet [...]. W wielu przypadkach w „lesbijskich” fantazjach kobiety poszukują tego, czego nie dostają od swoich kochanków w rzeczywistości²⁸.

²⁵ Tamże, s. 114.

²⁶ Tamże, s. 113.

²⁷ K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

²⁸ N. Friday, *Mój tajemny ogród*, dz. cyt., s. 216.

Jak wynika z badań własnych²⁹, tego typu fantazje częściej występują u kobiet.

W tabeli 7 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których osoba badana podejmowała kontakty seksualne z osobą płci przeciwnej.

Tabela 7. Kontakty seksualne z osobą przeciwnej płci

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	194	3,1031	1,3035	,00	5,00	1,86
Po inicjacji	194	3,2577	1,1452	,00	4,00	2,06
Aktualnie	194	3,2990	1,1577	,00	4,00	2,08

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne z osobą płci przeciwnej pojawiały się ze zbliżoną częstotliwością we wszystkich okresach życia.

W tabeli 8 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w trakcie których respondent występował jako osoba płci przeciwnej.

Tabela 8. Respondent jako płeć przeciwna

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	128	,1328	,5523	,00	3,00	1,96
Po inicjacji	128	,1953	,6406	,00	3,00	2,02
Aktualnie	128	,2109	,6833	,00	3,00	2,02

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne, w trakcie których respondent występował jako osoba płci przeciwnej, pojawiały z wiekiem coraz częściej: najrzadziej występowały w okresie dojrzewania, więcej ich było po okresie inicjacji seksualnej i najwięcej w okresie wczesnej dorosłości. Różnice w nasileniu częstotliwości zbliżały się do granicy istotności ($\alpha=0,05$).

W tabeli 9 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji o charakterze transwestytyzmu.

Tabela 9. Fantazje o charakterze transwestytyzmu

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	127	3,937E-02	,3188	,00	3,00	1,96
Po inicjacji	127	,1102	,4917	,00	3,00	2,03
Aktualnie	127	8,661E-02	,3785	,00	3,00	2,01

Źródło: opracowanie własne.

²⁹ K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

Tego typu fantazje pojawiają się bardzo rzadko w badanej populacji. Różnice w częstotliwości zblizają się do granicy istotności.

W tabeli 10 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były romantyczne spacerzy, rozmowy.

Tabela 10. Spacerzy, rozmowy

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	174	1,7989	1,3557	,00	4,00	2,15
Po inicjacji	174	1,6379	1,2772	,00	4,00	1,99
Aktualnie	174	1,5460	1,3539	,00	4,00	1,86

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 10, fantazje na temat spacerów, rozmów pojawiały się najczęściej w okresie dojrzewania. Nieco rzadziej ta tematyka pojawiała się po wystąpieniu inicjacji seksualnej, a także w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przed badaniem.

W tabeli 11 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były pocałunki.

Tabela 11. Pocałunki

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	206	2,6893	1,0732	,00	4,00	2,18
Po inicjacji	206	2,5631	1,0608	,00	4,00	2,01
Aktualnie	206	2,3544	1,1711	,00	4,00	1,81

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli, osoby badane najczęściej fantazjowały o pocałunkach w okresie dojrzewania, nieco rzadziej w okresie po inicjacji i najrzadziej w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających badanie.

W tabeli 12 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były pieszczoty (gdy osoba badana była stroną aktywną).

Tabela 12. Pieszczoty – aktywna osoba badana

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	211	2,5403	1,0429	,00	4,00	1,86
Po inicjacji	211	2,7488	,9849	,00	4,00	2,08
Aktualnie	211	2,7441	,9909	,00	4,00	2,06

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 12, fantazje, w których osoba badana podejmowała aktywne pieszczoty skierowane do partnerki/a, pojawiały się tak samo często po inicjacji, jak również w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przed badaniem. Ich częstotliwość w okresie dojrzewania była nieco niższa.

W tabeli 13 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były pieszczoty (gdy stroną aktywną był partner).

Tabela 13. Pieszczoty – aktywny partner

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	209	2,6220	1,0404	,00	4,00	1,87
Po inicjacji	209	2,7416	,9807	,00	4,00	2,03
Aktualnie	209	2,7847	1,1079	,00	4,00	2,10

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje, w trakcie których partner/ka byli aktywni (pieszczoty), pojawiały się najczęściej w ciągu ostatniego roku przed badaniem i po inicjacji, nieco rzadziej zaś w okresie dojrzewania.

W tabeli 14 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były kontakty oralne (gdy stroną aktywną była osoba badana).

Tabela 14. Kontakty oralne – aktywna osoba badana

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	179	1,5307	1,4545	,00	4,00	1,67
Po inicjacji	179	2,0726	1,4024	,00	4,00	2,11
Aktualnie	179	2,1676	1,4358	,00	4,00	2,21

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje, w których osoba badana była aktywna w trakcie kontaktów oralnych, pojawiały się najczęściej w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przed badaniem i po okresie inicjacji oraz z o wiele mniejszą częstotliwością w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie. Z badań Berkowitza wynika, że jest to częsty i ważny motyw męskich fantazji. Badania własne³⁰ potwierdziły, iż seks oralny występuje w fantazjach istotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet.

W tabeli 15 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były kontakty oralne (gdy stroną aktywną był partner).

³⁰ Tamże.

Tabela 15. Kontakty oralne – aktywny partner

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	180	1,6000	1,4205	,00	4,00	1,67
Po inicjacji	180	2,2944	1,3770	,00	4,00	2,13
Aktualnie	180	2,3778	1,4538	,00	4,00	2,20

Źródło: opracowanie własne.

Tutaj, podobnie, jak w poprzedniej tabeli, największą częstotliwość możemy zauważyć w trakcie ostatnich dwunastu miesięcy i w okresie po inicjacji oraz znacznie niższą częstotliwość tych fantazji w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 16 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były stosunki genitalne.

Tabela 16. Stosunki genitalne

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	175	2,1029	1,4104	,00	4,00	1,67
Po inicjacji	175	2,6171	1,2534	,00	4,00	2,13
Aktualnie	175	2,6743	1,3227	,00	4,00	2,20

Źródło: opracowanie własne.

Największą częstotliwość fantazji, których treścią były stosunki genitalne, zaobserwowano w ciągu ostatniego roku przed momentem badania i po inicjacji, a najrzadziej pojawiały się one w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 17 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, których treścią były stosunki analne.

Tabela 17. Stosunki analne

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	152	,5592	1,1023	,00	4,00	1,82
Po inicjacji	152	,8289	1,2222	,00	4,00	2,03
Aktualnie	152	,9803	1,3445	,00	4,00	2,16

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne na temat stosunków analnych pojawiały się najczęściej w okresie wczesnej dorosłości, nieco rzadziej po inicjacji seksualnej i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 18 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których respondent przyglądał się zachowaniom seksualnym innych osób.

Tabela 18. Przyglądanie się zachowaniom seksualnym innych osób

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	148	,9797	1,3013	,00	4,00	2,01
Po inicjacji	148	,9324	1,2813	,00	4,00	2,01
Aktualnie	148	,9122	1,3037	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne, w trakcie których badany przyglądał się zachowaniom seksualnym innych osób, pojawiały się najczęściej w okresie dojrzewania, nieco rzadziej w okresie po inicjacji i najrzadziej w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przed badaniem. Różnice w częstotliwości nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 19 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których inne osoby przyglądały się zachowaniom seksualnym respondenta.

Tabela 19. Przyglądano się respondentowi

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	135	,4444	,9900	,00	4,00	1,94
Po inicjacji	135	,5481	1,0560	,00	4,00	2,01
Aktualnie	135	,6222	1,1710	,00	4,00	2,04

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje, w trakcie których badany wyobrażał sobie, że inne osoby przyglądają się jego kontaktom seksualnym, pojawiały się najrzadziej w okresie dojrzewania, nieco częściej po inicjacji seksualnej i najczęściej w okresie wczesnej dorosłości. Różnice w nasileniu tych fantazji nie okazały się jednak istotne statystycznie. Friday podaje, że kobiety obdarzone twórczą wyobraźnią pozwalają odegrać widowni rolę publiczności – „w wyniku konfrontacji widownia jest bodźcem dla fantazji, a ta z kolei stymuluje przyływy i odpływy emocji rzeczywistego życia seksualnego”³¹.

W tabeli 20 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji o treści sadystycznej (respondent używał siły, presji).

³¹ N. Friday, *Mój tajemny ogród*, dz. cyt., s. 128.

Tabela 20. Fantazje o treści sadystycznej

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	131	,2748	,7947	,00	4,00	1,95
Po inicjacji	131	,3588	,8864	,00	4,00	2,02
Aktualnie	131	,3511	,9276	,00	4,00	2,03

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne, w których badany używał siły, presji pojawiały się najczęściej z taką samą częstotliwością tuż po inicjacji i w trakcie ostatnich dwunastu miesięcy, a najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice nie okazały się jednak istotne statystycznie.

W tabeli 21 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji o treści masochistycznej.

Tabela 21. Fantazje o treści masochistycznej

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	130	,3769	,9982	,00	4,00	1,95
Po inicjacji	130	,4615	1,0503	,00	4,00	2,02
Aktualnie	130	,4846	1,1153	,00	4,00	2,02

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne, w których w stosunku do badanego używano siły, presji, pojawiały się najczęściej w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy oraz nieco rzadziej po inicjacji i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice nie okazały się jednak istotne statystycznie.

W tabeli 22 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji o charakterze fetyszyzmu.

Tabela 22. Fantazje o charakterze fetyszyzmu

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	131	,2137	,6077	,00	3,00	1,91
Po inicjacji	131	,2901	,7594	,00	3,00	1,99
Aktualnie	131	,4198	,9684	,00	4,00	2,10

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość fantazji o charakterze fetyszyzmu wzrastała wraz z wiekiem badanych. Najrzadziej takie fantazje pojawiały się w okresie dojrzewania, nieco częściej po inicjacji i najczęściej w okresie wczesnej dorosłości. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 23 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji o charakterze ekshibicjonizmu.

Tabela 23. Fantazje o charakterze ekshibicjonizmu

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	124	,1048	,5677	,00	4,00	1,99
Po inicjacji	124	,1371	,6026	,00	4,00	2,0
Aktualnie	124	,1371	,6290	,00	4,00	2,0

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje seksualne o treści ekshibicjonistycznej występowały stosunkowo rzadko: pojawiały się najrzadziej w okresie dojrzewania i nieco częściej po inicjacji i w okresie wczesnej dorosłości. Różnice te nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 24 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których respondent podejmował kontakty seksualne z osobą w wieku starszym.

Tabela 24. Fantazje o kontaktach seksualnych z osobą w wieku starszym

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	124	,1129	,5290	,00	4,00	1,98
Po inicjacji	124	,1532	,6253	,00	4,00	2,01
Aktualnie	124	,1290	,5698	,00	4,00	2,00

Źródło: opracowanie własne.

Fantazje na temat zachowań seksualnych z osobą w wieku starszym pojawiały się bardzo rzadko w badanej grupie w trakcie trzech wyróżnionych okresów w życiu (nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic).

W tabeli 25 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których respondent podejmował kontakty seksualne z osobą poniżej 15. roku życia

Tabela 25. Fantazje o kontaktach seksualnych z osobą poniżej 15. roku życia

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	127	,4646	1,0297	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	127	,4173	,9124	,00	3,00	1,98
Aktualnie	127	,4094	,9116	,00	3,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 25, fantazje o seksie z osobą poniżej 15. roku życia pojawiały się rzadko u badanych. Najczęściej miały miejsce w okresie dojrzewania (rówieśnicy) i rzadziej (aczkolwiek z taką samą częstotliwością) w okresie po inicjacji i w ciągu dwunastu miesięcy przed momentem badania. Różnice w nasileniu tych fantazji w trzech różnych okresach życia nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 26 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości fantazji, w których respondent podejmował kontakty seksualne ze zwierzętami.

Tabela 26. Fantazje o kontaktach seksualnych ze zwierzętami

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	123	3,252E-02	,2193	,00	2,00	1,99
Po inicjacji	123	5,691E-02	,3214	,00	2,00	2,01
Aktualnie	123	4,878E-02	,2821	,00	2,00	2,00

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli, fantazje o zachowaniach seksualnych podejmowanych ze zwierzętami pojawiały się rzadko we wszystkich okresach rozwojowych. Najczęściej występowały w okresie po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w trakcie dwunastu miesięcy przed momentem badania i najrzadziej w okresie dojrzewania (brak istotności statystycznych).

Sny erotyczne

Poniżej zostaną przedstawione wyniki badań odnoszące się do częstotliwości pojawiania się snów erotycznych.

W tabeli 27 znajdują się wyniki przedstawiające częstotliwość występowania snów erotycznych, w których respondent był głównym bohaterem.

Tabela 27. Bycie bohaterem swych snów

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	144	2,7500	1,1496	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	144	2,9236	1,0779	,00	4,00	1,98
Aktualnie	144	2,8125	1,1824	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Osoby badane były najczęściej bohaterami swoich snów erotycznych po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice w częstotliwości okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 28 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których bohaterem była realnie istniejąca osoba.

Tabela 28. Osoba istniejąca realnie, rzeczywista

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	199	2,5226	1,2178	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	199	2,9548	1,0313	,00	4,00	1,98
Aktualnie	199	3,0151	1,0659	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Osoba rzeczywiście istniejąca jako bohater/ka snów erotycznych występowała najczęściej w okresie wczesnej dorosłości, nieco rzadziej po inicjacji seksualnej i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice w częstotliwości okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 29 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których bohaterem była osoba wymyślona przez respondenta.

Tabela 29. Osoba wymyślona

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	167	1,9641	1,3167	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	167	1,8144	1,2155	,00	4,00	1,98
Aktualnie	167	1,5868	1,2952	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Osoba wymyślona jako bohater/ka snów erotycznych pojawiała się z coraz mniejszą częstotliwością wraz ze wzrostem wieku osób badanych (najczęściej w okresie dojrzewania, rzadziej po inicjacji, a najrzadziej w okresie wczesnej dorosłości). Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 30 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których bohaterem była osoba, która podobała się w tym czasie respondentowi.

Tabela 30. Osoba, która się podobała respondentowi

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	187	2,8984	1,1525	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	187	3,0321	1,1018	,00	4,00	1,98
Aktualnie	187	2,9465	1,1811	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Osoba, która się aktualnie podobała respondentowi, pojawiała się najczęściej w snach erotycznych po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice w nasileniu częstotliwości okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 31 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych na temat seksu grupowego.

Tabela 31. Seks grupowy

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	136	,6618	1,0969	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	136	1,0294	1,3274	,00	4,00	1,98
Aktualnie	136	1,0809	1,3881	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych na temat seksu grupowego z udziałem respondenta wzrastała wraz z wiekiem (najniższa była w czasie dojrzewania, wyższa – po inicjacji, najwyższa w okresie wczesnej dorosłości). Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 32 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, w których osoba badana podejmowała kontakty seksualne z osobą tej samej płci.

Tabela 32. Kontakty seksualne z osobą tej samej płci

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	129	,3488	,9654	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	129	,4961	1,0906	,00	4,00	1,98
Aktualnie	129	,4806	1,1187	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne na temat kontaktów seksualnych z osobą tej samej płci pojawiały się najczęściej w okresie po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 33 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, w których osoba badana podejmowała kontakty seksualne z osobą płci przeciwnej.

Tabela 33. Kontakty seksualne z osobą przeciwnej płci

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	174	2,9195	1,3746	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	174	3,1437	1,2979	,00	4,00	1,98
Aktualnie	174	3,0977	1,3198	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne na temat kontaktów seksualnych z osobą przeciwnej płci pojawiały się najczęściej w okresie po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 34 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, w których osoba badana występowała jako osoba płci przeciwnej.

Tabela 34. Respondent jako płć przeciwna

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	112	5,357E-02	,2630	,00	2,00	2,04
Po inicjacji	112	9,821E-02	,3787	,00	2,00	1,98
Aktualnie	112	,1429	,5829	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne, w trakcie których badany występował jako osoba płci przeciwnej, pojawiały się bardzo rzadko. Najczęściej miały miejsce w okresie wczesnej dorosłości, nieco rzadziej po inicjacji i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice w częstotliwości tych snów nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 35 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych o charakterze transwestytyzmu.

Tabela 35. Sny o charakterze transwestytyzmu

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	112	,1429	,5511	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	112	,1607	,6375	,00	4,00	1,98
Aktualnie	112	,1786	,6873	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych, w trakcie których badany występował w odzieży płci przeciwnej, wzrastała z wiekiem. Jednak różnice te nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 36 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były spacerzy, rozmowy.

Tabela 36. Spacerzy, rozmowy

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	145	1,6483	1,3770	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	145	1,6276	1,3486	,00	4,00	1,98
Aktualnie	145	1,6483	1,4363	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne o treści związanej ze spacerami, rozmowami z ukochaną osobą pojawiały się z taką samą częstotliwością we wszystkich trzech okresach życia.

W tabeli 37 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były pocałunki.

Tabela 37. Pocałunki

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	170	2,4647	1,1048	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	170	2,5235	1,0332	,00	4,00	1,98
Aktualnie	170	2,4765	1,1877	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne na temat pocałunków pojawiały się najczęściej po inicjacji seksualnej i nieco rzadziej w okresie dojrzwania i wczesnej dorosłości. Różnice w nasileniu tych snów nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 38 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były pieszczoty, a stroną aktywną była osoba badana.

Tabela 38. Pieszczoty – aktywna osoba badana

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	185	2,5297	1,1423	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	185	2,7622	1,0414	,00	4,00	1,98
Aktualnie	185	2,8324	1,0678	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych na temat pieszczot, gdy badany był stroną aktywną, wzrastała wraz z wiekiem respondentów. Różnice w nasileniu tych snów okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 39 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były pieszczoty, a stroną aktywną był partner.

Tabela 39. Pieszczoty – aktywny partner

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	182	2,5055	1,1211	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	182	2,6923	,9770	,00	4,00	1,98
Aktualnie	182	2,8077	1,0981	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych na temat pieszczot, gdy stroną aktywną był partner, wzrastała wraz z wiekiem respondentów. Różnice w nasileniu tych snów okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 40 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były kontakty oralne, a stroną aktywną była osoba badana.

Tabela 40. Kontakty oralne – aktywna osoba badana

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	157	1,3376	1,2738	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	157	1,7898	1,4279	,00	4,00	1,98
Aktualnie	157	1,8917	1,4658	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych na temat kontaktów oralnych, gdy respondent był stroną aktywną, wzrastała wraz z wiekiem respondentów. Różnice w nasileniu tych snów okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 41 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były pieszczoty, a stroną aktywną był partner.

Tabela 41. Kontakty oralne – aktywny partner

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	158	1,4177	1,3787	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	158	2,0443	1,4774	,00	4,00	1,98
Aktualnie	158	2,2278	1,5054	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych na temat kontaktów oralnych, gdy partner był stroną aktywną, wzrastała wraz z wiekiem respondentów. Różnice w nasileniu tych snów okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 42 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były stosunki genitalne.

Tabela 42. Stosunki genitalne

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	157	2,0764	1,4076	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	157	2,5924	1,3105	,00	4,00	1,98
Aktualnie	157	2,7134	1,3542	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych na temat stosunków genitalnych wzrastała wraz z wiekiem badanych: w okresie dojrzewania była najniższa, po inicjacji – częstsza, we wczesnej dorosłość – najczęstsza. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 43 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, których treścią były stosunki analne.

Tabela 43. Stosunki analne

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	112	,4821	1,1229	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	112	,5893	1,2047	,00	4,00	1,98
Aktualnie	112	,6696	1,2972	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych na temat stosunków analnych wzrastała wraz z wiekiem badanych: w okresie dojrzewania była najniższa, po inicjacji – wyższa, we wczesnej dorosłości – najwyższa. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 44 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, w których respondent przyglądał się (obserwował) zachowaniom seksualnym innych osób.

Tabela 44. Przyglądanie się zachowaniom seksualnym innych osób

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	123	,7480	1,2320	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	123	,8455	1,2149	,00	4,00	1,98
Aktualnie	123	,8049	1,1919	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny, w trakcie których badany przyglądał się zachowaniom seksualnym innych osób, pojawiały się najczęściej po okresie inicjacji, nieco rzadziej we wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te jednak nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 45 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów erotycznych, w których inne osoby przyglądały się zachowaniom seksualnym respondenta.

Tabela 45. Przyglądano się respondentowi

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	118	,4237	,9465	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	118	,6186	1,1010	,00	4,00	1,98
Aktualnie	118	,5763	1,0814	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny, w trakcie których przyglądano się badanemu w czasie jego zachowań seksualnych, pojawiały się najczęściej po okresie inicjacji, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 46 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów o treści sadystycznej (respondent używał siły, presji).

Tabela 46. Sny o treści sadystycznej

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	115	,2435	,6957	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	115	,3043	,7743	,00	4,00	1,98
Aktualnie	115	,3217	,7785	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów, w trakcie których respondent używał siły, presji w kontaktach seksualnych, wzrastała wraz z wiekiem. Różnice te jednak nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 47 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów o treści masochistycznej.

Tabela 47. Sny o treści masochistycznej

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	113	,2212	,7163	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	113	,2389	,7708	,00	4,00	1,98
Aktualnie	113	,2832	,8180	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Częstotliwość snów erotycznych o treści masochistycznej wzrastała wraz z wiekiem. Różnice w nasileniu snów zbliżają się do poziomu istotności statystycznej.

W tabeli 48 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów o charakterze fetysyzmu.

Tabela 48. Sny o charakterze fetysyzmu

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	112	,1339	,4745	,00	3,00	2,04
Po inicjacji	112	,2143	,5917	,00	3,00	1,98
Aktualnie	112	,2679	,7591	,00	4,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne o tematyce fetysyzmu pojawiały się w biografii coraz częściej wraz ze wzrostem wieku badanych. Różnice w ich nasileniu okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 49 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów o charakterze ekshibicjonizmu.

Tabela 49. Sny o charakterze ekshibicjonizmu

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	111	,1171	,4998	,00	3,00	2,04
Po inicjacji	111	,1441	,5696	,00	3,00	1,98
Aktualnie	111	,1261	,5243	,00	3,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny o treści ekshibicjonistycznej pojawiały się najczęściej po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te jednak nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 50 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów, w których respondent podejmował kontakty seksualne z osobą w wieku starszym.

Tabela 50. Sny o kontaktach seksualnych z osobą w wieku starszym

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	111	,1351	,5798	,00	3,00	2,04
Po inicjacji	111	,1982	,7239	,00	3,00	1,98
Aktualnie	111	,1081	,4543	,00	3,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne o charakterze gerontofilii pojawiały się najczęściej po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie dojrzewania i najrzadziej w okresie wczesnej dorosłości. Różnice te jednak nie okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 51 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów, w których respondent podejmował kontakty seksualne z osobą poniżej 15. roku życia.

Tabela 51. Sny o kontaktach seksualnych z osobą poniżej 15. roku życia

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	111	,2432	,7412	,00	4,00	2,04
Po inicjacji	111	,4324	,9498	,00	4,00	1,98
Aktualnie	111	,3153	,7975	,00	3,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny erotyczne z osobą poniżej 15. roku życia pojawiały się najczęściej po inicjacji seksualnej, rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

W tabeli 52 przedstawiono wyniki odnoszące się do częstotliwości snów, w których respondent podejmował kontakty seksualne ze zwierzętami.

Tabela 52. Sny o kontaktach seksualnych ze zwierzętami

Etap rozwoju	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
Dojrzewanie	108	1,852E-02	,1354	,00	1,00	2,04
Po inicjacji	108	2,778E-02	,2887	,00	3,00	1,98
Aktualnie	108	1,852E-02	,1925	,00	2,00	1,98

Źródło: opracowanie własne.

Sny związane z tematem zoofilii pojawiały się bardzo rzadko; najczęściej po inicjacji i rzadziej w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości. Różnice te jednak nie okazały się istotne statystycznie.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano statystyki opisowe, testy nieparametryczne (NPAR TEST) oraz Test Friedmana.

Podsumowanie

Fantazje i sny seksualne stanowią istotny element seksualności człowieka. Jest to temat nadal stosunkowo mało eksplorowany, co wiąże się z wieloma trudnościami w uzyskaniu rzetelnego materiału badawczego (wstyd i skrępowanie u respondentów,

obawy przed przekroczeniem granic normy, mity i stereotypy na temat życia seksualnego człowieka). Tematem badań było zweryfikowanie, czy treść i częstotliwość fantazji i snów erotycznych będą się różnić w trzech istotnych momentach życia seksualnego człowieka: w okresie dojrzewania, po inicjacji seksualnej i w okresie wczesnej dorosłości. Jeśli chodzi o fantazje seksualne, to istotne statystycznie różnice zaobserwowano w przypadku fantazjowania o osobie realnie istniejącej, osobie wymyślonej, seksie grupowym, kontaktach oralnych, kontaktach genitalnych, kontaktach analnych. Co ciekawe, różnice w częstotliwości fantazji na temat osoby realnej i wymyślonej okazały się odwrotnie proporcjonalne w trzech badanych okresach życia. Wraz z wiekiem wzrastała częstotliwość fantazji na temat osoby realnie istniejącej, a malała na temat osoby wymyślonej. W przypadku seksu grupowego, kontaktów oralnych, genitalnych, analnych tematyka ta pojawiała się coraz częściej wraz z wiekiem i uzyskiwaniem doświadczeń seksualnych.

Uzupełnieniem badań mogą być zagadnienia zawarte w publikacji *Życie seksualne studentów*³² odnoszące się do okresu wczesnej dorosłości, które zostały przytoczone poniżej. Analizując treść fantazji seksualnych w okresie dorosłości, można zauważyć, iż w przeważającej większości są to treści heteroseksualne. Studenci najczęściej fantazjują o realnie istniejącej osobie, która im się podoba. Dwukrotnie rzadziej w fantazjach pojawia się osoba nierzeczywista – wymyślona przez respondenta. Najczęściej pojawiają się fantazje, w których osoba fantazjująca jest głównym bohaterem. Na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o podejmowane w fantazjach zachowania, pojawiają się pieszczoty (nieco częściej gdy to partner jest osobą aktywną) oraz ze zbliżoną częstotliwością stosunki genitalne. Dalsze pozycje zajmują pocałunki i stosunki oralne (również nieco częściej gdy aktywny jest partner). W przedziale średniej 1,5–2 znalazły się fantazje o spacerach i rozmowach, a także o zachowaniach seksualnych podejmowanych z kilkoma osobami. Nieco rzadziej w fantazjach występują stosunki analne. Kolejne pozycje zajmują zachowania o cechach parafilii, w wśród nich na pierwszy plan wysuwają się zachowania seksualne, którym się przyglądano (najczęściej, gdy respondent się przyglądał, rzadziej, gdy jemu się przyglądano oraz gdy dotyczyło to innych osób – ktoś komuś się przyglądał). Następne miejsca zajmują zachowania seksualne podejmowane z użyciem stałego przedmiotu oraz zachowania seksualne z użyciem siły, presji (kolejno: siła użyta w stosunku do respondenta, gdy to respondent używa siły, gdy dotyczyło to osób trzecich). Ze zbliżoną częstotliwością pojawiają się zachowania seksualne podejmowane z partnerem poniżej 15. roku życia. Najrzadsze były fantazje, w których respondent występował jako osoba płci przeciwnej, zachowania seksualne o charakterze ekshibicjonizmu, podejmowane z partnerem w wieku starszym, w których osoba była ubrana w odzież płci przeciwnej (lub jej elementy) oraz podejmowane ze zwierzętami.

W badaniach Lew-Starowicza³³ kolejność poszczególnych treści fantazji była następująca: pieszczoty, stosunek genitalny, aktualny partner, własna osoba, co potwierdza wyniki uzyskane w badaniach własnych. Istotne statystycznie różnice ze względu na płeć

³² K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

³³ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, dz. cyt.

pojawiły w zakresie wybranych treści fantazji. I tak, kobiety i mężczyźni istotnie różnią się w natężeniu fantazji na temat spacerów i rozmów oraz pocałunków, przy czym to kobiety znacznie częściej fantazjują na ten temat niż mężczyźni. Istotne różnice pojawiły się także w przypadku fantazji o stosunkach oralnych i analnych, gdzie stroną aktywną jest badany. Fantazje o takiej treści pojawiają się częściej w przypadku mężczyzn. Identyfikacja zaleźność pojawia się w przypadku fantazji na temat zachowań seksualnych podejmowanych z kilkoma osobami równocześnie oraz seksu z osobą poniżej 15. roku życia. Na oba tematy częściej fantazjują mężczyźni. Kobiety z kolei istotnie częściej fantazjują na temat zachowań, w których wobec nich używano siły, presji. Pojawia się też zależność odnośnie do fantazji na temat seksu z osobami tej samej płci: u kobiet występuje istotnie większa częstotliwość. Uzyskane wyniki są zgodne z danymi w literaturze przedmiotu. Jak podaje Lew-Starowicz³⁴, kobiety statystycznie częściej fantazjują na temat scenarii spotkania (co odpowiadałoby kategorii: spacer, rozmowa), natomiast u mężczyzn pojawiają się obrazy konkretnych zachowań seksualnych [stosunki oralne, analne, seks grupowy, seks z osobą poniżej 15. roku życia (badania własne)].

W badaniach Byrne'a³⁵ (1978) można również zauważyć analogiczne do badań własnych zależności: u kobiet znacznie częściej występują treści homoseksualne, natomiast u mężczyzn częściej w fantazjach występuje seks grupowy.

Istotne różnice ze względu na stosunek do religii pojawiły się w zakresie wybranych treści fantazji. Różnice dotyczyły takich aspektów, jak: bycie głównym bohaterem swych fantazji, spacer, rozmowa, pieszczoty (aktywny partner), stosunki oralne (aktywny partner), genitalne (aktywny partner), analne (aktywny partner), zachowania w trakcie których używano siły, presji (w obu wariantach), zachowania seksualne, w trakcie których respondentowi się przyglądano oraz fantazje o treści homoseksualnej. Jeśli chodzi o pierwsze z wymienionych fantazji, to najczęściej respondent był bohaterem swoich fantazji wśród osób poszukujących religijnie, następnie wśród wierzących nieregularnie praktykujących, wierzących niepraktykujących i na ostatnim miejscu, ze zbliżoną częstotliwością, w populacji wierzących regularnie praktykujących i niewierzących. O spacerach, rozmowach fantazjują w kolejności wierzący nieregularnie praktykujący, niewierzący, wierzący regularnie praktykujący, wierzący niepraktykujący, poszukujący religijnie. Pieszczoty (aktywny partner) pojawiały się w fantazjach kolejno u: niewierzących, poszukujących religijnie, wierzących nieregularnie praktykujących, wierzących niepraktykujących i wierzących regularnie praktykujących. Poszczególne grupy różniące się stosunkiem do religii w przypadku stosunków genitalnych i analnych (aktywny partner) uzyskały te same pozycje – malejąco: niewierzący, wierzący niepraktykujący, poszukujący religijnie, wierzący nieregularnie praktykujący, wierzący regularnie praktykujący. O stosunkach oralnych (gdy aktywny jest partner) fantazjowali najczęściej ze zbliżoną częstotliwością poszukujący religijnie, niewierzący, wierzący niepraktykujący i nieco rzadziej wierzący nieregularnie praktykujący. Najniższą średnią

³⁴ Z. Lew-Starowicz, K. Szczerba, *Nowoczesne wychowanie seksualne*, dz. cyt.

³⁵ Za: J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, dz. cyt.

w przypadku tej fantazji uzyskali wierzący regularnie praktykujący. Fantazje o cechach masochizmu podejmowali najczęściej niewierzący, rzadziej poszukujący religijnie, wierzący niepraktykujący i wierzący nieregularnie praktykujący. Analogicznie, jak w przypadku poprzednich fantazji, najniższą średnią uzyskały osoby wierzące regularnie praktykujące. Na temat zachowań podejmowanych z użyciem siły, presji (gdy samemu jest się stroną aktywną) fantazjowali z największą częstotliwością niewierzący i poszukujący religijnie, potem wierzący nieregularnie praktykujący i wierzący niepraktykujący oraz najrzadziej wierzący regularnie praktykujący. Tak samo przedstawiają się wyniki odnoszące się do zachowań seksualnych, którym się przyglądano (respondent się przyglądał). Fantazje o treści homoseksualnej pojawiały się najczęściej w grupie poszukujących religijnie, następnie wśród wierzących niepraktykujących, niewierzących, wierzących nieregularnie praktykujących i wierzących regularnie praktykujących. Jak widać, w przypadku wszystkich istotnych statystycznie parametrów, wierzący regularnie praktykujący uzyskali najniższe średnie. Podobne informacje możemy znaleźć w badaniach Byrne³⁶ (Byrne, 1978). Ciekawe badania na temat treści fantazji prowadzili m.in. Gaimbra i Martin (1977), Friday (1980), Malamuth (1981), Hite (1981), Price i Miller (1984), Briere (1994), Leinterberg i Henning (1995), Hicks i Lienterberg (2001), Bancroft (2003), Waszyńska (2003).

W przypadku snów istotne statystycznie różnice w trzech okresach życia (dojrzwanie, po inicjacji, wczesna dorosłość) uzyskano w zakresie: bycia bohaterem swych snów, snów o osobie realnie istniejącej, osobie wymyślonej, osobie, która w tym czasie podobną się respondentowi, seksu grupowego, kontaktów seksualnych z osobą tej samej płci, płci przeciwnej, pieszczot, kontaktów oralnych, genitalnych, analnych, snów o cechach fetysyzmu, snów na temat seksu z osobą poniżej 15. roku życia. Osoby badane były najczęściej bohaterami swoich snów erotycznych po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzwania. W przypadku snów na temat realnie istniejącej i wymyślonej osoby uzyskano taką samą zależność, jak w przypadku fantazji (wraz z wiekiem i doświadczeniem seksualnym wzrasta częstotliwość snów na temat realnie istniejącej osoby, a malej na temat wymyślonej). Osoba aktualnie podobająca się respondentowi pojawiała się najczęściej w snach erotycznych po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzwania. Interesujące jest, że częstotliwość snów erotycznych na temat kontaktów seksualnych z osobą tej samej płci oraz na temat kontaktów seksualnych z osobą płci przeciwnej przebiegała według tego samego schematu: najczęściej w okresie po inicjacji seksualnej, nieco rzadziej we wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzwania. W przypadku snów na temat seksu grupowego, pieszczot, kontaktów oralnych, genitalnych, analnych, snów o cechach fetysyzmu ich częstotliwość wzrastała wraz z wiekiem i doświadczeniami osoby badanej według schematu: najrzadziej w trakcie dojrzwania, częściej – po inicjacji, najczęściej – we wczesnej dorosłości. Sny

³⁶ Tamże.

erotyczne z osobą poniżej 15. roku życia pojawiały się najczęściej po inicjacji seksualnej, rzadziej w okresie wczesnej dorosłości i najrzadziej w okresie dojrzewania.

W celu szerszego zanalizowania poniżej zostaną przywołane kwestie przedstawione w książce *Życie seksualne studentów* odnoszące się do ostatniego okresu – wczesnej dorosłości³⁷. Analogicznie jak w przypadku fantazji, tak i w odniesieniu do marzeń sennych studenci najczęściej śnią o realnie istniejącej osobie płci przeciwnej, która im się podoba. Prawie dwukrotnie rzadziej pojawia się osoba nierzeczywista – wymyślona przez respondenta. Najczęściej głównym bohaterem snów jest respondent. Jeśli chodzi o zachowania seksualne pojawiające się w snach, to występują one w podobnej kolejności jak w fantazjach, jednak w większości można zaobserwować spadek częstotliwości ich występowania podczas snów. Istotne różnice ze względu na płeć pojawiły się w zakresie wybranych treści snów. I tak, kobiety i mężczyźni istotnie różnią się pod względem natężenia snów na temat pocałunków, pieszczot (gdy aktywny jest partner), stosunków genitalnych (aktywny respondent), oralnych, seksu grupowego, zachowań seksualnych podejmowanych z użyciem siły (w stosunku do respondenta). Kobiety istotnie częściej śnią o pocałunkach, pieszczotach (gdy aktywny jest partner) oraz o zachowaniach seksualnych, w trakcie których w stosunku do nich używano siły, presji. U mężczyzn obserwuje się większe nasilenie snów na temat stosunków genitalnych (gdy są stroną aktywną), stosunków oralnych i analnych (zarówno gdy występują jako strona aktywna, jak i pasywna), seksu grupowego oraz zachowań seksualnych podejmowanych z osobą poniżej 15. roku życia.

Istotne statystycznie różnice ze względu na stosunek do religii zaobserwowano w przypadku następujących snów: gdy badany był głównym bohaterem swych snów, w przypadku stosunków oralnych (aktywny partner), zachowań seksualnych podejmowanych z kilkoma osobami, zachowań seksualnych, gdy przyglądano się respondentowi, zachowań seksualnych z użyciem stałego przedmiotu oraz w trakcie których respondent występował jako osoba płci przeciwnej. Sny, w których respondent był głównym bohaterem, pojawiały się w grupach w następującej kolejności: poszukujący religijnie, niewierzący, wierzący regularnie praktykujący, wierzący nieregularnie praktykujący, wierzący niepraktykujący. O stosunkach oralnych (aktywny partner) śnili (według malejących średnich) poszukujący religijnie, wierzący nieregularnie praktykujący, wierzący niepraktykujący, niewierzący, wierzący regularnie praktykujący. W obrębie tematyki odnoszącej się do seksu grupowego najwyższe wyniki uzyskali wierzący niepraktykujący, a następnie niewierzący, poszukujący religijnie, wierzący nieregularnie praktykujący i wierzący regularnie praktykujący. Jeśli chodzi o częstotliwość snów na temat przyglądania się zachowaniom seksualnym – gdy przyglądano się respondentowi – wyniki przedstawiają się następująco: wierzący niepraktykujący, wierzący nieregularnie praktykujący, niewierzący, poszukujący religijnie i na końcu wierzący regularnie praktykujący. O zachowaniach z użyciem stałego przedmiotu śnili:

³⁷ K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

na pierwszym miejscu – wierzący niepraktykujący, rzadziej, ze zbliżoną częstotliwością, poszukujący religijnie i wierzący nieregularnie praktykujący oraz najrzadziej niewierzący i wierzący regularnie praktykujący. Gdy w snach respondent występował jako osoba płci przeciwnej, to uszeregowanie grup od najwyższej do najniższej częstotliwości wygląda następująco: poszukujący religijnie, niewierzący, wierzący niepraktykujący, wierzący nieregularnie praktykujący, wierzący regularnie praktykujący. Tak samo jak w przypadku fantazji, osoby regularnie praktykujące uzyskiwały w wyszczególnionych pozycjach najniższe wyniki³⁸.

Warto zauważyć, iż niektóre osoby wymieniały kilka rodzajów pojawiających się u nich fantazji oraz snów. Były też takie, u których fantazje lub sny nie występowały oraz te, u których pojawiały się one sporadycznie. Jak się okazało, większe trudności sprawiało badanym udzielenie informacji na temat snów o charakterze seksualnym.

Oczywiście badania te nie wyczerpują wszystkich ciekawych kwestii związanych ze specyfiką seksualnej aktywności psychicznej człowieka. Mogą one stać się punktem wyjścia do kolejnych, zakrojonych już na szerszą skalę eksploracji. Niniejsza praca miała też na celu przyczynienie się do upowszechnienia wiedzy na temat sfery życia seksualnego. Być może, zachęcając do refleksji, stanie się również źródłem pewnych sugestii i postulatów w aspekcie szeroko rozumianego wychowania seksualnego.

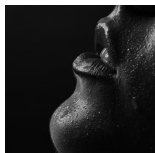
LITERATURA

- BANCROFT J., *Seksualność człowieka*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011
- BANCROFT J., *Sexual Development In Childhood*, Bloomington: Indiana University Press, 2003
- BERKOWITZ B., *Jego sekretne życie*, Warszawa: Jacek Santorski & Co., 1997
- CENDROWSKI L., LEW-STAROWICZ Z., TRAWIŃSKA M., *Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego*, Warszawa: Agencja Promo-Lider, 1996
- FRIDAY N., *Mój tajemny ogród*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 1992
- IMIELIŃSKI K. (red.), *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa: PWN, 1985
- KINSEY A., POMEROY W., MARTIN C., GEBHARD P., *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia: Saunders, 1953
- LEW-STAROWICZ Z., *Atlas psychofizjologii seksu*, Warszawa: PZWŁ, 1990
- LEW-STAROWICZ Z., *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2001
- LEW-STAROWICZ Z., *Leczenie zaburzeń seksualnych*, Warszawa: PZWŁ, 1997
- LEW-STAROWICZ Z., *Seks dla każdego*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, 1985
- LEW-STAROWICZ Z., SZCZERBA K., *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: Polska Oficyna Wydawnicza BGW, 1995
- PIETROPINTO A., SIMENAUER J., *Beyond the Male Myth: What Women Want to Know About Men's Sexuality, a Nationwide Survey*, New York: Times Books, 1977
- SZCZERBA K., *W kręgu Erosa i Psyche*, Warszawa: Miryan-Press, 1991
- WASZYŃSKA K., *Życie seksualne studentów*, Poznań: Interfund, 2003

³⁸ Tamże, s. 97, 99, 101–102.

ZBIGNIEW BIELAN, IZABELA STANKOWSKA

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE KOBIECY DOJRZAŁEJ W OKRESIE POPROKREACYJNYM

Kobieta utożsamiana jest w polskiej rzeczywistości głównie z domem. Z tej perspektywy kobieta i przypisany jej dom odnoszą się do trzech podstawowych kategorii: macierzyństwa biologicznego, macierzyństwa społecznego, tj. wychowania i opieki nad dziećmi, oraz gospodarstwa domowego. Nauka już dawno zweryfikowała przytoczone, nierozwojowe podejście do roli, jaką odgrywa kobieta w społeczeństwie, jednakże w świadomości wielu osób to anachroniczne spojrzenie pokutuje do dziś. Nie uwzględnia się w nim prawie w ogóle kobiety w wymiarze kulturotwórczym i towarzyskim, a przede wszystkim w wymiarze seksualnym, odbierając jej przy tym możliwość kreowania swojego życia na miarę własnych potrzeb oraz wzrostu jej satysfakcji z życia. W związku z systematycznie powiększającą się liczbą osób w okresie poprokreacyjnym¹, nie można dłużej ignorować konieczności zweryfikowania potrzeb i obrazu osób w tej grupie wiekowej. O ile o problemach ludzi starzejących się pisze i mówi się już stosunkowo dużo, to niechętnie podejmuje się tematykę związaną z ich aktywnością seksualną, jako że jest to temat naznaczony społecznie. W konsekwencji pojawia się opór kobiet w tej fazie życia przed mówieniem o swoim życiu seksualnym, co pozornie mogłoby świadczyć o jego marginalnym znaczeniu. Błędem jednak byłoby sądzić, że jest to obszar nieistniejący.

W związku z procesem starzenia się człowieka zmienia się charakter jego seksualnego funkcjonowania. Wiek staje się czynnikiem, który albo rozbudza, albo wyhamowuje aktywność seksualną. Pojawić się może zatem zwiększona potrzeba i częstotliwość zachowań seksualnych u części dojrzałych kobiet bądź ich spadek lub zanik u innych. Uwarunkowania tego zjawiska są wielowymiarowe, bio-psycho-społeczne, dlatego

¹ A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Katowice: Wydawnictwo Śląsk, 1999; P. Szukalski, *Polscy seniorzy w przyszłości*, w: *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i prognoza działań*, Polska Akademia Nauk, Kancelaria PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 plus”, Warszawa, 2008; I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2000.

też analiza seksualnego funkcjonowania kobiet w okresie poprokreacyjnym wymaga uwzględnienia wszystkich płaszczyzn procesu starzenia się, rzutuujących w różnym stopniu na sferę seksualną. Płaszczyzny te dookreślone są poniższymi kryteriami:

- biologicznym – opisującym zmiany w funkcjach fizjologicznych;
- socjoekonomicznym – odnoszącym się do przestrzeni życiowej człowieka;
- psychicznym – opisującym przeobrażenia w sferze procesów psychicznych, osobowości oraz w sferze subiektywnych doświadczeń.

Ich wyznacznikami są natomiast:

- wiek chronologiczny/kalendarzowy;
- wiek biologiczny;
- wiek społeczny;
- wiek psychologiczny².

W wymiarze biologicznym funkcjonowanie seksualne starzejącej się kobiety można rozpatrywać w trzech kontekstach. Po pierwsze, w kontekście obniżonej sprawności, czyli ograniczenia motoryki, wolniejszego tempa działania, osłabienia zmysłów, osłabienia reakcji genitalnych itp. Po drugie, zmian w wyglądzie, tj. pojawiających się zmarszczek na twarzy, zwiotczenia skóry, siwienia włosów, jak również zmian w estetyce miejsc intymnych. Po trzecie, w kontekście charakterystycznych chorób tego okresu i ich specyfiki, jak również przyjmowanych w związku z nimi leków mogących zakłócać życie erotyczne, m.in. chorób układu krążenia, miażdżycy, stanów poudarowych, zaburzeń hormonalnych, cukrzycy³. „Choroby ogólnie wpływają ujemnie na współżycie seksualne, gdyż towarzyszą im stany osłabienia, wyczerpania fizycznego oraz przygnębienia”⁴.

Najczęstszymi dolegliwościami fizjologicznymi związanymi z wiekiem, które zgłaszają kobiety, są: obniżone libido, brak lub utrata potrzeby seksualnej, zaburzenia podniecenia seksualnego, brak reakcji genitalnej, brak nawilżenia pochwy, zaburzenia orgazmu, anorgazmia, dyspareunia⁵. Trudności te mogą być wynikiem: zmian zanikowych w pochwie, zmniejszenia poziomu estrogenów, zabiegów operacyjnych, przyjmowania leków, braku stałego partnera, zbyt małej aktywności fizycznej, alkoholizmu i lekomanii, hiperlipidemii (związanej ze złymi nawykami żywieniowymi) itd. W ich konsekwencji kobieta dojrzała traci w dużym stopniu nie tylko chęć, ale i możliwość prowadzenia aktywnego życia seksualnego.

Obserwowane obniżanie się poziomu aktywności seksualnej w wieku dojrzałym i starszym pociąga za sobą liczne trudności psychologiczne, będące często jednocześnie konsekwencją zachodzących zmian biologicznych. Niełatwym wyzwaniem okazują się działania zmierzające do utrzymania aktywności seksualnej po zabiegach ginekologicznych i chirurgicznych, które istotnie warunkują ocenę własnej atrakcyjności jako kobiety, żony i kochanki np. po histerektomii (usunięcie macicy), mastektomii

² I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, dz. cyt.

³ Z. Lew-Starowicz, *Seks dojrzały*, Warszawa: PZWL, 1988.

⁴ K. Imieliński, *Życie seksualne. Psychohigiena*, Warszawa: PZWL, 1973.

⁵ Z. Lew-Starowicz, *Seks w jesieni życia*, Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona, 2000.

(usunięcie piersi), po terapii onkologicznej – naświetlaniu („sklejanie się pochwy”). W okresie starzenia się nierzadko obserwuje się zatem spadek samooceny kobiety wynikający ze zmian w obszarze ciała, przybywających lat i trudnego do zaakceptowania poczucia upływającego czasu. Następuje odtwarzanie przeszłości i jej porównywanie z terażniejszością, co dodatkowo obniża nastrój i poczucie wartości. Część kobiet przestaje interesować się seksem, uważając, że są już mało atrakcyjne dla partnera. Badania Rafała Szpaka i współpracowników⁶ dowodzą jednak, że ponad 75% mężczyzn twierdzi, iż jego partnerka jest dla niego nadal atrakcyjna pod względem seksualnym, ale z uwagi na zaburzenia komunikacji między partnerami kobieta rzadko jest tego świadoma. Kobiety nie kontynuują życia seksualnego także z powodu wkradającej się monotonii i nudy oraz z uwagi na często towarzyszącą im w tym czasie depresję, fałszywe przekonania, spadek libido i brak potrzeby seksualnej, przejawiającej się najczęściej oziębłością płciową. Niejednokrotnie wymuszane przez partnera kontakty seksualne (gwałt małżeński lub poczucie małżeńskiego „obowiązku”) potęgują niechęć do niego i seksu, a w perspektywie prowadzą do awersji wobec partnera, a potem, poprzez generalizację, do całej sfery seksualnej. Obniżenie częstości aktów płciowych niejednokrotnie jest reakcją na zdradę ze strony partnera, jego uzależnienia czy przemoc: psychiczną, fizyczną i seksualną.

Z kolei zwiększone zainteresowanie seksem wyjaśniać można: brakiem obawy przed zajściem w ciążę, zmniejszającymi się wraz z przybywającymi latami wymaganiami i oczekiwaniami wobec siebie i partnera, bardziej łagodną oceną mniejszej atrakcyjności własnej lub partnera bądź faktem, że z wiekiem człowiek może być bardziej świadomy, w jaki sposób zatroszczyć się o przyjemność partnera, co może warunkować osiągnięcie większej satysfakcji płynącej ze zbliżenia. Chęci utrzymywania aktywności seksualnej sprzyja ponadto tzw. druga młodość, która pozwala ponownie pomyśleć o swoim życiu erotycznym. Wówczas dzieci mają już własne rodziny, a praca nie jest tak męcząca i stresująca, jak we wcześniejszym okresie życia zawodowego. Jest to więc czas, w którym partnerzy mogą poświęcić się sprawom osobistym, mogą ponownie czerpać radość i przyjemność z życia erotycznego, które staje się mniej burzliwe, ale i pogodniejsze⁷. Rewolucja w sferze oferty farmakologicznej, zapoczątkowana pojawieniem się viagry i cialisu zwiększyła ponadto możliwości seksualne mężczyzn, którzy mogą dzięki nim w większym stopniu sprostać oczekiwaniom seksualnym kobiet. Wszystko to przyczynia się więc istotnie do prowadzenia przez większość kobiet w tym okresie aktywnego życia seksualnego, mimo istnienia znacznej różnicy w odczuwaniu satysfakcji zarówno uczuciowej, jak i czysto seksualnej pomiędzy partnerami, a nasilające się objawy klimakterium nie muszą zakłócać powyższych procesów.

Klimakterium definiuje się jako wielowymiarowy proces zmian fizjologiczno-psychologicznych, będący nieodłącznym elementem różnicującym aktywność sek-

⁶ R. Szpak i in., *Relacje partnerskie w okresie klimakterium*, „Ginekologia Polska” 2010, nr 81.

⁷ J. Godlewski, *Etologiczne aspekty seksuologii*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia biologiczna*, Warszawa: PWN, 1986.

sualną kobiety dojrzałej. Rozpoczyna się ono kilka lat przed menopauzą (ostatnią miesiączką) i kończy kilka lat po niej. Proces ten wiąże się ze stopniowym narastaniem niewydolności hormonalnej jajników, zakończeniem miesiączkowania i końcem wieku płodnego⁸. Klimakterium może przebiegać łagodnie lub charakteryzować się wieloma dolegliwościami. Wśród Japonek w wieku między 45. a 55. rokiem życia 65% nie doświadcza psychicznego dyskomfortu mogącego pojawić się w tym momencie, a 27% odczuwa przykre stany⁹. Z kolei wśród Polek aż 36,8% zgłaszanych dolegliwości dotyczy trudności natury psychicznej¹⁰. Bogdan Wojciszke¹¹ do objawów klimakterium zalicza m.in. rozdrażnienie, problemy emocjonalne, zmiany nastroju, napady gorąca, nocne poty, zaburzenia snu, lęk, utratę pewności siebie, trudności w podejmowaniu decyzji, problemy z koncentracją, zapominanie, przemęczenie i poczucie bezwartościowości. Interesujący jest fakt, że autor ten nie stwierdza żadnych różnic rodzajowych pod względem utraty zainteresowania życiem seksualnym, co przeczy wynikom uzyskanym przez Lorraine Dennerstein¹², ukazującym, że 31% kobiet odczuwa spadek zainteresowania seksem wynikający z menopauzy, a nie z wieku. Odsetek kobiet borykających się z dolegliwościami okresu okołomenopauzalnego przedstawiony został w tabeli 1.

Tabela 1. Somatyczne i psychiczne objawy klimakterium

Dolegliwości somatyczne	Odsetek kobiet	Dolegliwości psychiczne	Odsetek kobiet
Uderzenia gorąca do głowy	60–87,5	Rozdrażnienie	46,6
Zaburzenia snu	50–70	Znużenie	36,5
Drażliwość	90	Smutek	32,8
Bóle głowy	40–80	Skłonność do płaczu	29,4
Nudności	50–90	Trudności w podejmowaniu decyzji	26,5
Zawroty głowy	20	Brak pewności siebie	23,5
Bóle, kołatania serca	20–50	Odczuwanie lęku	21,8
Bóle mięśniowe i stawowe	40–80	Nastroje depresyjne	87,5
Parestezje (subiektywne odczucie patologiczne, np. mrowienie)	25		

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Z. Lew-Starowicz, *Seks w jesieni życia*, Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona, 2000; C. Lepecka, B. Fiuk, E. Prusak, *Przewyciężanie trudności okresu klimakterium*, w: L. Gapik (red.), *Postępy psychoterapii. Konceptje i badania*, t. 3, Poznań: Interfund, 2000; R. Szpak i in., *Relacje partnerskie w okresie klimakterium*, „Ginekologia Polska” 2010, nr 81.

⁸ A. Szwed, *Biologiczne i kulturowe uwarunkowania klimakterium u kobiet*, Poznań: Monografie Instytutu Antropologii UAM 2001, nr 10.

⁹ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2004.

¹⁰ Wymieniając skutki zmian hormonalnych w organizmie kobiety, często dyskutuje się o towarzyszącej im depresji. Mimo iż przez wiele lat wiązano ją z przekwitaniem, to obecnie coraz częściej dochodzi do głosu teza, iż stan depresji jest zbyt złożony, by tłumaczyć go biologicznymi procesami związanymi z klimakterium i menopauzą; C. Lepecka, B. Fiuk, E. Prusak, *Przewyciężanie trudności okresu klimakterium*, w: L. Gapik (red.), *Postępy psychoterapii. Konceptje i badania*, t. 3, Poznań: Interfund, 2000.

¹¹ B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*, Gdańsk: GWP, 2002.

¹² S. Leiblum, R. Segraves, *Terapia seksualna osób w podeszłym wieku*, w: S. Leiblum, R. Rosen (red.), *Terapia zaburzeń seksualnych*, Gdańsk: GWP, 2005.

Wielu autorów¹³ wskazuje, że znaczny odsetek kobiet przyznaje się ponadto do pojawienia się lub nasilenia na tym etapie życia problemów seksualnych. Wśród wymienianych dolegliwości znajduje się: mniejsza częstotliwość aktów seksualnych, utrudniająca współżycie suchość pochwy, trudności z osiągnięciem podniecenia, rzadsze orgazmy, mniejsza wrażliwość lechtaczki i reakcji genitalnych, zmniejszenie bądź utrata popędu seksualnego. Wyniki badań Zbigniewa Lew-Starowicza¹⁴ potwierdzają występowanie powyższych objawów i uzupełniają je dodatkowo o: wydłużenie fazy plateau i rezolucji, zmniejszenie napięcia układu mięśniowego i liczby skurczów pochwy, możliwość pojawienia się orgazmu moczowego w wyniku nietrzymania moczu.

W wymiarze społecznym seksualność postrzegamy głównie poprzez zinternalizowaną etykę seksualną, kształtującą poczucie normy i obyczajowości, a uwidoczniającą się w zachowaniach seksualnych. Szeroko rozpowszechniona etyka restrykcyjna traktowała, i nadal traktuje, seksualność jako destrukcyjne zagrożenie dla jednostki, a większość jej przejawów jako potencjalne zło. Przekonania te, wpajane przez tradycyjną rodzinę oraz wzmacniane dodatkowo przez religię, mówiły, że nie należy podejmować aktywności seksualnej, jeśli jej celem nie jest prokreacja lub powinność – obowiązek małżeński¹⁵. Własne potrzeby seksualne w połączeniu z rygorystycznym wychowaniem, któremu podlegało wiele współcześnie dojrzałych kobiet, wywoływały dysonans i poczucie winy. Konsekwencją wychowania w mniej liberalnych czasach i w tym modelu jest m.in. niski poziom świadomości seksualnej, brak fachowej i obiektywnej wiedzy, funkcjonowanie w świecie mitów czy ogromna trudność w wyrażaniu własnej seksualności.

Czynnikami wpływającymi znacząco na aktywność seksualną kobiet w okresie poprodukcyjnym, obok wychowania, są również przekazy medialne, które przypisują ową aktywność głównie młodym i pięknym. Przez to duża część przejawów seksualności dojrzałych kobiet jest odbierana przez społeczeństwo jako nieestetyczna, niesmaczna i niemoralna, a tym samym nieakceptowana¹⁶. To, co jest społecznie akceptowane w stosunku do młodych i pięknych, nie przystoi ludziom starzejącym się. Zwłaszcza, że zmniejsza się możliwości podejmowania zachowań erotycznych ze względu na ograniczenie grona przyjaciół i znajomych następujące w konsekwencji odejścia z pracy oraz umieralności partnerów i przyjaciół. Osoby, które nigdy nie miały dużych potrzeb seksualnych, a seks sam w sobie nie miał dla nich większej wartości, chętnie przyjmą przypisaną im społecznie aseksualną rolę. Całkowita rezygnacja z aktywności erotycznej wynikać może, obok niewielkiej potrzeby seksualnej, z braku przyjemności płynącej ze stosunków. Starzejące się kobiety, które nigdy nie kojarzyły seksu z radością, posłużyć

¹³ M. Olejnik, *Średnia dorosłość. Wiek średni*, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, t. III, Warszawa: PWN; Z. Lew-Starowicz, *Seks w jesieni życia*, dz. cyt.

¹⁴ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, dz. cyt.

¹⁵ M. Kozakiewicz, *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*, Warszawa: PZWL, 1977.

¹⁶ I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, dz. cyt.

się mogą akceptowaną wymówką: jestem za stara. Przymusowa abstynencja seksualna po 55. roku życia, spowodowana np. nakazami społecznymi czy chorobą własną lub partnera, która trwa minimum jeden rok, jest szczególnie niebezpieczna, gdyż może wywołać u kobiety zespół wdowy (zanik z nieczynności)¹⁷. Zespół wdowy objawia się m.in. zmniejszeniem rozciągliwości i elastyczności pochwy, zmniejszeniem wydzielania gruczołów, zanikiem lubricatio, spadkiem reaktywności seksualnej i wrażliwości receptorów w sferach erogennych. Powstałe zmiany powodują zaburzenia funkcjonowania seksualnego. W ten sposób czynnik sytuacyjny (abstynencja seksualna) wywołuje zaburzenia fizjologiczne (np. dyspareunia), a to z kolei mechanizmy psychogenne (np. lęk, niepokój, wstyd, podejrzliwość). Pojawienie się tego zaburzenia nie jest jednoznaczne z zakończeniem aktywności seksualnej, gdyż przy właściwie wypełnianych zaleceniach i nastawieniu partnera większość powstałych zmian jest odwracalna.

Seks to zdrowie – to stwierdzenie wyznacza nowy kierunek w postrzeganiu zdrowia seksualnego, będącego częścią zdrowia psychicznego. W wielu kręgach społecznych w dalszym ciągu głęboko zakorzeniony jest pogląd, że utrzymywanie stosunków seksualnych w okresie starzenia się i starości jest szkodliwe dla zdrowia¹⁸. Dzisiejszy poziom wiedzy umożliwia już dokładną weryfikację błędnych tez. Zaspokajanie własnego popędu płciowego przez kobiety dojrzałe pozytywnie koreluje z ogólnym stanem zdrowia we wszystkich jego aspektach, tj. biologicznym, psychicznym i społecznym. Utrzymywanie aktywności seksualnej jest zatem jednym z czynników warunkujących dobry stan zdrowia. Regularne życie płciowe zapobiega pojawianiu się licznych zaburzeń oraz pomaga w funkcjonowaniu całego organizmu, np. poprawia krążenie krwi czy stabilizuje równowagę systemu nerwowego oraz przyczynia się do poprawy nastroju. Wyniki badań naukowych¹⁹ dowodzą, że osoby aktywne seksualnie wolniej się starzeją, ich organizm jest bardziej odporny, a ogólny stan zdrowia lepszy. Utrzymywanie aktywności seksualnej pomaga kobietom w późniejszych latach życia m.in. złagodzić objawy przekwitania oraz prowadzić bardziej harmonijne życie małżeńskie i rodzinne. Niebezpieczne jest raczej celowe i świadome unikanie realizacji potrzeby seksualnej, które obok wywoływania zespołu wdowy, prowadzi także do innych niepożądanych konsekwencji:

- zaburzeń rozwoju psychoseksualnego, który rozpoczyna się jeszcze na etapie życia prenatalnego i trwa przez całe życie człowieka,
- neurotyzmu, tj. m.in. przewrażliwienia i lękowej postawy wobec życia, skłonności do życia przeszłością i przyszłością, przy braku umiejętności skupienia się na teraźniejszości, rzutużącej na relacje partnerskie i tym samym seksualne,
- różnych form nerwic,
- zaburzeń rozwoju uczuciowości i otwartości, prowadzących do trudności w relacjach interpersonalnych i trudności intrapersonalnych,

¹⁷ Z. Lew-Starowicz, *Seks w jesieni życia*, dz. cyt.

¹⁸ Z. Janczewski, *Problemy seksualne mężczyzn*, Warszawa: PZWL, 1980.

¹⁹ M.in. Z. Lew-Starowicz, *Problemy z seksem*, Słupsk: Oficyna Wydawnicza Pobrżeże, 1991.

- zaburzeń i zahamowań seksualnych, co znajduje odbicie m.in. w braku sygnalizowania swoich potrzeb emocjonalnych i seksualnych,
- formowania się drugiej, ukrytej natury, ujawniającej się w marzeniach, snach bądź zachowaniach dewiacyjnych,
- zespołu Kehrera, objawiającego się m.in. świadem pochwy, upławami, żylakami miednicy i odbytnicy, które powstają w wyniku braku aktywności seksualnej i braku rozładowania podniecenia, na skutek wypierania bądź tłumienia potrzeby seksualnej lub stosunków bez osiągnięcia orgazmu²⁰.

Funkcjonowanie seksualne dojrzałej kobiety wskazuje na potrzebę rozwijania więzi i bliskości z partnerem, która wtórnie dla wielu z nich jest gwarantem poczucia satysfakcji w życiu seksualnym. Można zatem oczekiwać, że zadowolenie z pożycia seksualnego przyczyniać się może do kontynuowania aktywności seksualnej w późniejszych etapach życia, której sprzyjają takie czynniki jak:

- wydłużenie trwania ludzkiego życia i w związku z tym czasu trwania związku małżeńskiego,
- zjawisko młodości psychicznej,
- dowartościowanie seksu jako części życia psychicznego,
- skrócony okres prokreacji i wychowywania dzieci, co daje szansę na rozwinięcie swojej seksualności,
- poczucie atrakcyjności wynikające z macierzyństwa²¹,
- wysoka jakość życia małżeńskiego w innych aspektach.

Na etapie zmniejszonej sprawności seksualnej genitalne stosunki erotyczne zastąpić można pettingiem, stymulacją narządów płciowych czy jakiegokolwiek innej okolicy ciała. Seks może być wyrażany przez odpowiedni dotyk, pocałunek, głaskanie, przytulanie, które mówią o zrozumieniu partnera, zaangażowaniu, oddaniu i wzajemnej trosce. Jest to szczególnie istotne, ponieważ aktywność seksualna i płynąca z niej satysfakcja przyczyniają się silnie do spajania związków i umacniania więzi partnerskich. Spowodowane to jest faktem, że aktywność w tej sferze umożliwia zaspokajanie ważnych potrzeb życiowych.

Utrzymywanie stosunków płciowych podtrzymuje w starszych ludziach poczucie energii i młodości. Żona w średnim wieku cieszy się, że jej wiek nie osłabił wrażenia, jakie wywiera na mężu, a mąż jest zadowolony ze swej siły i możliwości²².

Janusz Krzyżowski²³, akcentując ciągłą gotowość do prowadzenia aktywnego życia seksualnego osób nieobarczonych chorobami uniemożliwiającymi im tę aktywność, opisuje hierarchię potrzeby seksualnej tej grupy osób:

²⁰ Tamże; tenże, *Seks w jesieni życia*, dz. cyt.

²¹ A. Machaj, *Aktywność seksualna kobiet w okresie prokreacyjnym*, Poznań: Wydawnictwo WSB, 2011; Z. Lew-Starowicz, *Seks w jesieni życia*, dz. cyt.

²² A. Zych, *Człowiek wobec starości...*, dz. cyt.

²³ J. Krzyżowski, *Psychogeriatrya*, Warszawa: Wydawnictwo Medyk, 2004.

1) funkcja rekreacyjna – partnerzy seksualni potrafią docenić relaks, ponieważ mają dla siebie więcej czasu; seks staje się źródłem odprężenia i usunięcia nagromadzonego napięcia;

2) funkcja zdrowotna – docenienie aktywnego życia seksualnego jako ważnego elementu zdrowego stylu życia;

3) funkcja integracyjna – wzmacniająca harmonię relacji partnerskich.

Pomimo nieprzecenionych zalet utrzymywania aktywności seksualnej badania Sirkka-Liisa Kivela²⁴ wskazują na znaczne obniżanie się liczby stosunków seksualnych wraz z wiekiem. Odbywa je 26% kobiet i 53% mężczyzn w wieku 60 lat, 5% kobiet i 22% mężczyzn w wieku 70 lat, 0% kobiet i 5% mężczyzn w wieku 80 lat. Badania własne²⁵ wskazują przy tym, że zadowolenie z życia seksualnego deklaruje niecałe 19% respondentów, 28% określa je jako przeciętne, a ponad 52% badanych jest z niego niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych. Ponad 36% kobiet twierdzi, że kontakty płciowe są dla nich nieprzyjemne, 12% deklaruje, że stosunki seksualne są dla nich zupełnie nieistotne²⁶. Powyższy stan rzeczy może być przesłanką do sformułowania wniosku, iż brak aktywności w sferze seksualnej nie wynika z wyboru, lecz z konieczności i okoliczności opisywanych powyżej.

Styl życia seksualnego dojrzałej kobiety daleki jest od wykorzystywania możliwości, jakie współcześnie oferuje medycyna, seksuologia i psychologia, a nade wszystko danego sobie prawa do osiągnięcia możliwie najwyższej jakości życia²⁷. Lęki, wątpliwości i niepewność generowane stanem psychofizycznym, sytuacją społeczną i nieodnalezieniem się w nowej roli życiowej przez kobiety w okresie poprokreacyjnym zmuszają je więc do wyboru jednej z kilku możliwości kreowania własnego życia seksualnego, często niezgodnego z ich indywidualną potrzebą. Wśród tych możliwości znajduje się:

– całkowita rezygnacja z aktywności seksualnej, np. z powodu zmian neurohormonalnych, tj. wysuszenia błony śluzowej pochwy bądź dolegliwości bólowych (dyspareunii);

– zmiana form zachowań seksualnych;

– ograniczenie aktywności seksualnej przy jednoczesnych niezmiennych schematach aktywności erotycznej;

– częstszy wybór aktywności autoerotycznej niż aktywności w diadzie; znaczny odsetek małżonków zmuszonych jest do podejmowania zachowań autoerotycznych z powodu nieuzyskiwania satysfakcji seksualnej z mężem (64% masturbujących się kobiet), niezadowolającej liczby aktów seksualnych z żoną (56% masturbujących się

²⁴ M. Cichocka, *Starość i seks*, w: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 2004.

²⁵ I. Stankowska, „Poziom optymizmu a satysfakcja w wybranych aspektach jakości życia osób w okresie późnej dorosłości”, niepublikowana praca magisterska, Poznań: Wydział Nauk Społecznych UAM, 2010.

²⁶ R. Szpak i in., *Relacje partnerskie...*, dz. cyt.

²⁷ A. Machaj, *Aktywność seksualna kobiet...*, dz. cyt.; M. Cichocka, *Starość i seks*, dz. cyt.; Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, dz. cyt.

mężczyzn) oraz uniemożliwiającej akt płciowy awersji seksualnej do małżonki (35% masturbujących się mężczyzn)²⁸;

– kontynuacja życia seksualnego w niezmienionej postaci²⁹.

LITERATURA

- CICHOCKA M., *Starość i seks*, w: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 2004
- GODLEWSKI J., *Etologiczne aspekty seksuologii*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia biologiczna*, Warszawa: PWN, 1986
- HARWAS-NAPIERAŁA B., TREMPAŁA J., *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, t. 2, Warszawa: PWN, 2006
- IMIELIŃSKI K., *Życie seksualne. Psychohigiena*, Warszawa: PZWL, 1973
- IMIELIŃSKI K. (red.), *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*, Warszawa: PWN, 1977
- IZDEBSKI Z., OSTROWSKA A., *Seks po polsku*, Warszawa: Muza, 2004
- JANCZEWSKI Z., *Problemy seksualne mężczyzn*, Warszawa: PZWL, 1980
- KOZAKIEWICZ M., *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*, Warszawa: PZWL, 1977
- KRZYŻOWSKI J., *Psychogeriatrya*, Warszawa: Wydawnictwo Medyk, 2004
- LEIBLUM S., SEGRAVES R., *Terapia seksualna osób w podeszłym wieku*, w: S. Leiblum, R. Rosen (red.), *Terapia zaburzeń seksualnych*, Gdańsk: GWP, 2005
- LEW-STAROWICZ Z., *Encyklopedia erotyki*, Warszawa: Muza, 2004
- LEW-STAROWICZ Z., *Problemy z seksem*, Słupsk: Oficyna Wydawnicza Pobrżeże, 1991
- LEW-STAROWICZ Z., *Seks dojrzały*, Warszawa: PZWL, 1988
- LEW-STAROWICZ Z., *Seks w jesieni życia*, Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona, 2000
- LEW-STAROWICZ Z., *Seks w wieku dojrzałym i późnym*, w: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka, *Edukacja seksualna*, Warszawa: Świat Książki, 2006
- ŁEPECKA C., FIUK B., PRUSAK E., *Przewycięzanie trudności okresu klimakterium*, w: L. Gapik (red.), *Postępy psychoterapii. Koncepcje i badania*, t. 3, Poznań: Interfund, 2000
- MACHAJ A., *Aktywność seksualna kobiet w okresie prokreacyjnym*, Poznań: Wydawnictwo WSB, 2011
- OLEJNIK M., *Średnia dorosłość. Wiek średni*, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, t. III, Warszawa: PWN, 2006
- POSPISZYL K., *Przestępstwa seksualne*, Warszawa: Wydawnictwo APS, 2009
- ROSTOWSKA T., *Rozwojowe aspekty jakości życia*, w: T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia*, Łódź: WSINF, 2006
- RUTKOWSKA M., *Seks i (nie)stłumienie w społeczności seniorów*, w: G. Iniewicz, M. Mijas (red.), *Seksualność człowieka. Wybrane zagadnienia*, Kraków: Wydawnictwo UJ, 2011
- STANKOWSKA I., „Poziom optymizmu a satysfakcja w wybranych aspektach jakości życia osób w okresie późnej dorosłości”, niepublikowana praca magisterska, Poznań: WNS UAM, 2010
- STUART-HAMILTON I., *Psychologia starzenia się*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2000
- SZPAK R. i in., *Relacje partnerskie w okresie klimakterium*, „Ginekologia Polska” 2010, nr 81
- SZUKAŁSKI P., *Polscy seniorzy w przyszłości*, w: *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i prognoza działań*, Polska Akademia Nauk, Kancelaria PAN, Komitet Prognoz „Polska 2000 plus”, Warszawa 2008

²⁸ Z. Lew-Starowicz, *Seks w jesieni życia*, dz. cyt.

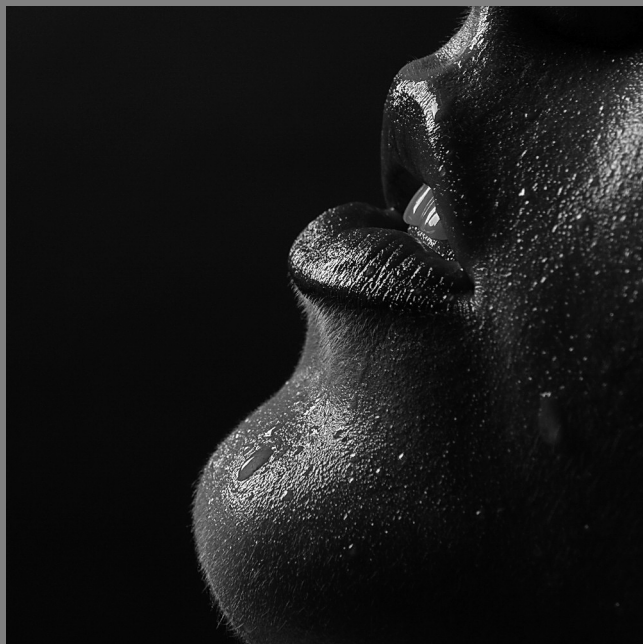
²⁹ M. Cichocka, *Starość i seks*, dz. cyt.

SZWED A., *Biologiczne i kulturowe uwarunkowania klimakterium u kobiet*, Poznań: Monografie Instytutu Antropologii UAM 2001, nr 10

WISŁOCKA M., *Sztuka kochania. W dwadzieścia lat później*, Warszawa: Iskry, 1988

WOJCISZKE B. (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmiennie spojrzenie na różnice*, Gdańsk: GWP, 2002

ZYCH A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Katowice: Wydawnictwo Śląsk, 1999



Część IV

**SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA
W PERSPEKTYWIE
SPOŁECZNO-KULTUROWEJ**

EWELINA FLATOW

*Wybrane aspekty seksualności studentów w Polsce i we Francji.
Kontekst społeczno-kulturowy*

BARBARA JANKOWIAK, ŁUKASZ KACZMAREK

*Jakość i trwałość współczesnych związków partnerskich.
Propozycja skali*

ROBERT KOWALCZYK, KRZYSZTOF NOWOSIELSKI, KATARZYNA WASZYŃSKA,
JOANNA ŚLUSARCZYK

*Psychologiczne uwarunkowania wzajemnej atrakcyjności
w diadach męskich homoseksualnych*

MONIKA FILIPIAK

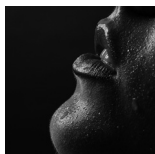
*Rodzinny kontekst problemów seksualnych
osób z syndromem DDA*

KAJETAN TWOREK

*Psycholog i pedagog jako osoby zawiadamiające o popełnieniu
przestępstwa i przesłuchiwane w charakterze świadka
w postępowaniu karnym – z uwzględnieniem specyfiki
przestępstw przeciwko wolności seksualnej*

EWELINA FLATOW

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



WYBRANE ASPEKTY SEKSUALNOŚCI STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI. KONTEKST SPOŁECZNO-KULTUROWY

Wprowadzenie – uzasadnienie i cele badań

Aktywność seksualna jest zagadnieniem wielowymiarowym, łączącym w sobie wątki biologiczne, psychospołeczne, normatywne, może być rozpatrywana z punktu widzenia możliwości i prawidłowości rozwojowych jednostki, ale także zagrożeń, które się z tym wiążą. Analiza jej przemian w różnych grupach może również stanowić element projektowania programów profilaktycznych i edukacyjnych.

Niniejsze opracowanie koncentruje się na wybranych aspektach seksualności studentów w Polsce i we Francji. Jest to uzasadnione ze względu na niepokojące dane w zakresie epidemiologii chorób i infekcji przenoszonych drogą płciową (STD's/STI's) wśród adolescentów i młodych dorosłych. Szacuje się, że 25% wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową dotyczy tej grupy wiekowej¹. Analizy krajowe i międzynarodowe wskazują na gwałtowny wzrost zakażeń wirusem HIV wśród młodych osób aktywnych seksualnie, które podejmują liczne zachowania związane z ryzykiem zakażenia wirusem HIV. Według raportu UNICEF z 2005 roku liczba osób żyjących z HIV/AIDS w grupie wiekowej między 15. a 24. rokiem życia, to 11,8 milionów w skali świata².

¹ A. Zieliński, *Problem występowania i zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową u młodzieży*, w: *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, materiały z konferencji, kancelaria Senatu RP, Warszawa 2006.

² H. Yoo, S.H. Lee, B.E. Kwon, S. Chung, S. Kim, *HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, Related Behaviors, and Sources of Information, among Korean Adolescents*, „Journal of School Health” 2005, nr 10, s. 393–399.

Podstawy do porównania studentów w Polsce i we Francji dała wieloaspektowa analiza literatury przedmiotu, która wskazuje na dyferencjację aktywności seksualnej tych grup. Populacja młodych Polaków charakteryzuje się stosunkowo niskimi wskaźnikami różnych form aktywności seksualnej. Dotyczy to na przykład wieku inicjacji seksualnej, który, według analiz Wróblewskiej, jest najniższy w Europie i porównywalny z danymi otrzymanymi w Japonii³. Obok, wskazywanych w literaturze i zakładanych w niniejszych badaniach, różnic w zakresie seksualności młodych Francuzów i Polaków warto wskazać na pewne tendencje wspólne dla obu populacji. Zestawienie tych krajów wydaje się uzasadnione ze względu na coraz intensywniejsze przenikanie się świata polskich i francuskich studentów.

W analizie skoncentrowano się na okresie wczesnej dorosłości. Przyjęta grupa badawcza ma znaczenie nie tylko ze względu na dane epidemiologiczne, ale również z uwagi na wskaźniki demograficzne. Prawie połowa światowej populacji ma aktualnie mniej niż 25 lat. Jest to grupa niezwykle liczna, w której studenci mają możliwość oddziaływania informacyjnego i normatywnego. Grupa ta jest ciekawym obiektem badawczym z uwagi na fakt, że już niedługo wpływać będzie na funkcjonowanie przyszłych pokoleń. To właśnie adolescenti i młodzi dorośli (a zwłaszcza świadomi zagrożeń studenci) stanowią nadzieję na odwrócenie negatywnych trendów zachorowalności na choroby/infekcje przenoszone drogą płciową. Zainteresowanie wybranymi aspektami seksualności studentów jest istotne z perspektywy realizacji celów profilaktycznych. W szerszym ujęciu powinno stać się przedmiotem zainteresowania edukacji ukierunkowanej na promocję zdrowia seksualnego⁴. Zdrowie seksualne wyznaczające kierunek tych oddziaływań jest rozumiane jako integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów seksualności ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości⁵.

Przedstawiona analiza odnosi się do kontekstów mogących znaleźć odzwierciedlenie w praktyce. Przedmiotem pracy jest opisanie wybranych aspektów aktywności seksualnej podejmowanej przez studentów w Polsce i we Francji. Opierając się na zasygnalizowanych powyżej założeniach teoretycznych, sformułowano następujące pytania badawcze:

³ W. Wróblewska, *Living arrangements, reproductive behaviour, and entering adult sexuality in Poland: Main aspects of the sexual behaviour of the students*, w: F.C. Billari, M. Caltabiano, G. Dalla (red.), *Sexual and affective behaviour of students. An international research*, Padwa: CLEUP Editrice, 2007, s. 157–178.

⁴ Promocja zdrowia seksualnego ma na celu ukształtowanie w dzieciach, młodzieży oraz młodych dorosłych postaw wobec seksualności zgodnych z ideą promocji zdrowia. G.K. Zaitsev, A.G. Zaitsev, *Promoting Sex Education for a Healthy Life*, „Russian Education and Society” 2006, vol. 48, nr 7, s. 75–91.

⁵ WHO, *Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive health/pregnancy programme*, Copenhagen 2001, s. 17; por. Z. Lew-Starowicz, *Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja*, w: J. Rzepka (red.), *Zdrowie seksualne*, Mysłowice: Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach, 2007, s. 7–14.

- Jaki jest rozkład zmiennej: podejmowanie aktywności autoseksualnej wśród studentów w Polsce i we Francji?
- Jaki jest rozkład zmiennej: podejmowanie aktywności seksualnej z partnerem wśród studentów w Polsce i we Francji?
- Jaki jest rozkład zmiennej: wiek inicjacji seksualnej studentów w Polsce i we Francji?
- Jaki jest rozkład zmiennej: liczba dotychczasowych partnerów seksualnych studentów w Polsce i we Francji?
- Jaki jest rozkład zmiennej: stosowanie prezerwatywy podczas aktywności seksualnej wśród studentów w Polsce i we Francji?
- Jakie są deklarowane przyczyny podejmowania przez studentów w Polsce i we Francji aktywności seksualnej bez prezerwatywy?

Materiał i metody

W niniejszych badaniach uwaga została zogniskowana na wybranych aspektach seksualności studentów w Polsce i we Francji. Wykorzystano procedurę diagnostyczną, opartą na wielostronnej eksploracji literatury przedmiotu i badaniach z omawianego obszaru. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety do samodzielnego wypełnienia przez respondentów, zwracany w zaklejonej kopercie. Wzrost poczucia anonimowości zapewnić miała dodatkowo instrukcja umieszczona na początku narzędzia badawczego oraz swobodne rozlokowanie osób badanych w pomieszczeniu, w którym przeprowadzono sondaż.

Procedura badań

Na procedurę badawczą składały się 3 etapy:

1) badania pilotażowe w Polsce, które służyły dalszym etapom operacjonalizacji narzędzi wykorzystanych w badaniu właściwym (badania wśród studentów polskich) oraz korektom translacyjnym z języka polskiego na język francuski (badania wśród studentów francuskich z programu wymiany Erasmus);

2) badania właściwe (listopad–grudzień 2009 roku; styczeń–luty 2010 roku), kwestionariuszowe we Francji (Université Pierre Mendès w Grenoble) i w Polsce (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu);

3) opracowanie wyników badań (w programie SPSS 14) oraz ich interpretacja. Przeprowadzone analizy mają charakter opisowy oraz stanowią przyczynek do stawiania następnych pytań i poszerzania obszaru badawczego. Ze względu na ograniczony dobór próby nie mogą być też one uogólnione na całą populację studentów polskich i francuskich.

Próba badawcza

Osobami badanymi byli studenci w Polsce (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) i we Francji (Université Pierre Mendès w Grenoble). Ostatecznie analizie poddano kwestionariusze wypełnione przez 219 osób, z czego przez 121 studentów w Polsce i 98 studentów we Francji. Warunkiem wzięcia udziału w badaniach była zgoda respondenta wyrażona po wprowadzeniu dokonany przez osobę przeprowadzającą badanie (informacja o celu badań, ich dobrowolności i anonimowości). Dysproporcja w zakresie liczebności grup z Polski i Francji wynika z przyczyn organizacyjnych. Ze względu na ograniczony czas realizacji sondażu diagnostycznego we Francji (uwarunkowany umową stypendialną) po dokonaniu wstępnej selekcji zebranego materiału nie było możliwości czasowych na uzupełnienie go. Część z wypełnionych we Francji kwestionariuszy została odrzucona z powodu błędnego wypełnienia oraz negatywnej weryfikacji pod kątem zastosowanych pytań kontrolnych. Były to również kwestionariusze wypełnione przez studentów z podwójnym obywatelstwem i studentów z międzynarodowego programu wymiany studenckiej Erasmus. Szczegółowe dane na temat liczebności próby badawczej przedstawione zostały w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka próby badawczej

Kraj pochodzenia	Liczebność grupy	Procent	Procent skumulowany
Polska	121	55,3	55,3
Francja	98	44,7	100,0
Ogółem	219	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Materiał empiryczny służący odpowiedzi na postawione problemy badawcze zebrano w grupie studentów, dla której średnia wieku wyniosła 22 lata (por. tabela 2 i 3). Analizowana próba mieściła się w przedziale wiekowym 18–35 lat.

Tabela 2. Charakterystyka próby badawczej ze względu na wiek

Kraj pochodzenia	N	Wiek minimalny	Wiek maksymalny	Średnia wieku	Odchylenie standardowe
Polska	121	19	27	21,90	1,78
Francja	98	18	35	21,73	2,93

Źródło: opracowanie własne.

Osoby badane rekrutowały się z następujących kierunków studiów: socjologia, pedagogika specjalna, filozofia, praca socjalna, pedagogika czasu wolnego, animacja kultury. Humanistyczny charakter kierunków wiąże się z feminizacją, co uwidoczni się

w proporcji płci badanych. Nierównowaga liczebna studentów różnej płci uniemożliwiła porównanie pod kątem tej zmiennej. Analiza z uwzględnieniem płci jest ciekawym obszarem badawczym wymagającym pogłębienia w przyszłości.

Tabela 3. Charakterystyka próby badawczej ze względu na płeć

Płeć	Liczebność grupy	Procent	Procent skumulowany
Kobieta	185	84,5	84,5
Mężczyzna	34	15,5	100,0
Ogółem	219	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań własnych i dyskusja

Podejmowanie aktywności autoseksualnej

W niniejszych badaniach sformułowano pytanie o rozkład zmiennej: podejmowanie aktywności autoseksualnej wśród studentów w Polsce i we Francji. Aktywność seksualna jest tu rozumiana jako czynności i działania ukierunkowane na osiągnięcie satysfakcji seksualnej lub do niej pośrednio zmierzające oraz działania spełniające potrzebę seksualną lub redukujące napięcie seksualne. W pracy skoncentrowano się na aktywności o charakterze behawioralnym, rozumianej jako akty regulacji stosunków z otoczeniem, których celem jest uzyskanie satysfakcji seksualnej lub redukcja napięcia. Można je podzielić na aktywność autoseksualną i aktywność seksualną z partnerem⁶.

Jednym ze sposobów minimalizowania napięcia seksualnego jest masturbacja, często traktowana jako przejściowa lub zastępcza forma aktywności seksualnej. Zachowania autoseksualne, z wyjątkiem masturbacji wykraczającej poza granice normy seksuologicznej (np. nałogowej, odbywającej się według nietypowego schematu czy bezpośrednio zagrażającej zdrowiu), są formą wzbogacającą życie seksualne. Z analiz przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie Francuzów i Polaków wynika, że masturbację uprawiało w swoim życiu większość Francuzów w wieku 20–24 lat (94,1% mężczyzn i 54,5% kobiet), natomiast regularnie w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy masturbację uprawiało odpowiednio 52,5% mężczyzn i 16,3% kobiet⁷. Wśród Polaków w wieku 18–24 lata uprawianie masturbacji deklaruje 12% kobiet i 25,8% mężczyzn. Warto podkreślić, że 40% mężczyzn i 17,7% kobiet w tej grupie wiekowej wskazuje na uprawianie aktywności autoseksualnej w przeszłości⁸. Szczegółowe wyniki dotyczące

⁶ K. Imieliński, *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa: PWN, 1985, s. 11.

⁷ M. Bozon, *Premier rapport sexuel, première relation: des passages attendus*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008, s. 117–149.

⁸ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza UZ, 2006.

podejmowania aktywności autoseksualnej przez badanych studentów przedstawione zostały w tabeli 4.

Tabela 4. Podejmowanie aktywności autoseksualnej a kraj pochodzenia

Aktywność autoseksualna	Jednostka miary	Kraj pochodzenia		Ogółem
		Polska	Francja	
Tak	liczba	74	77	151
	%	62,7	78,6	69,9
Nie	liczba	44	21	65
	%	37,3	21,4	30,1
Ogółem	liczba	118	98	216
	%	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 (df=1, N = 216) = 6,40; p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Jak pokazuje analiza kwestionariuszy, większość studentów jest aktywna seksualnie. W badanej grupie 62,7% Polaków i 78,6% Francuzów uprawiało aktywność autoseksualną w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie. Jak widać z rozkładu wyników przedstawionych w tabeli 4, masturbacji nie uprawia ogółem 30% badanych studentów. W zestawieniu z analizami seksualności osób w tej grupie wiekowej zauważyć można wyższą częstotliwość zachowań masturbacyjnych u badanych studentów, co odnieść można do specyfiki ich funkcjonowania. Wynikać to może ze wzrostu świadomości na temat seksualności. Jak zauważa Katarzyna Waszyńska, hipotezę taką można wytłumaczyć większą dostępnością literatury fachowej, a co za tym idzie, zmniejszonym poczuciem lęku przed podejmowaniem tego typu zachowań⁹. Nie bez znaczenia może być również fakt oddalenia od partnera seksualnego oraz odroczenie decyzji o wejściu w stały związek czy zawarciu małżeństwa. Czynniki te sprzyjać mogą zwiększonej częstotliwości zachowań masturbacyjnych wśród studentów w porównaniu z resztą osób z tej grupy wiekowej.

W niniejszych badaniach czynnikiem różnicującym częstotliwość zachowań autoseksualnych okazał się kraj pochodzenia. Na pytanie o uprawianie aktywności masturbacyjnej odpowiedzi twierdzącej częściej udzielali Francuzi. Uzyskane rezultaty znajdują potwierdzenie w zaprezentowanych powyżej statystykach dotyczących różnic w częstotliwości masturbacji wśród Polaków i Francuzów (por. tabela 4).

Podejmowanie aktywności seksualnej z partnerem

Po okresie dominacji wstępnych form zachowań seksualnych, takich jak masturbacja czy petting, główną formą aktywności seksualnej stają się kontakty genitalne. Repertuar

⁹ K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

tych zachowań jest bardzo szeroki, co ma swoje źródła we wcześniejszych fazach rozwojowych, czynnikach osobowościowych i socjalizacyjnych. Częstotliwość i forma zachowań seksualnych z partnerem zmienia się również wraz z wiekiem i charakterem tworzonego związku. W badaniach przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15–49 lat aż 81% respondentów po inicjacji seksualnej zadeklarowało, że miało kontakty genitalne w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy. Najczęściej kontakty te występowały wśród osób w przedziale wiekowym 18–24 lata (87% z badanych po inicjacji) oraz żyjących w konkubinacie¹⁰. Spośród badanych Francuzów w wieku powyżej 25 lat większość uprawia aktywność seksualną. Jedynie 0,8% kobiet i 1,4% mężczyzn deklaruje, że nie odbyli dotychczas kontaktu seksualnego¹¹. W niniejszych analizach większość respondentów zadeklarowała podejmowanie aktywności seksualnej z partnerem. Szczegółowe wyniki dotyczące tego aspektu zostały zaprezentowane w tabeli 5.

Tabela 5. Podejmowanie aktywności seksualnej z partnerem a kraj pochodzenia

Podejmowanie aktywności seksualnej z partnerem	Jednostka miary	Kraj pochodzenia		Ogółem
		Polska	Francja	
Tak	liczba	77	91	168
	%	63,6	92,9	76,7
Nie	liczba	44	7	51
	%	36,4	7,1	23,3
Ogółem	liczba	121	98	219
	%	100,0	100,0	100,0

*Chi*2 (*df* = 1, *N* = 216) = 25,88; *p* < 0,05

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 5, 76,7% badanych studentów podejmuje zachowania seksualne z partnerem. Porównując wyniki dotyczące aktywności seksualnej w obu grupach, można zauważyć, że jest ona częstsza wśród studentów z Francji. Zachowania seksualne z partnerem podejmuje 63,6% studentów z Polski i 92,9% studentów z Francji. Kraj pochodzenia różnicuje w sposób istotny badane grupy (*p* < 0,05). Z innych analiz wyłania się podobny obraz aktywności seksualnej studentów: badania wśród studentów Akademii Świętokrzyskiej wskazują, że 67,2% studentów pierwszego roku wszystkich kierunków przeszło inicjację seksualną¹². Z analiz populacji francuskiej wynika, że 72,8% chłopców i 70,3% dziewcząt w wieku 18 lat ma za sobą doświadczenie inicjacji seksualnej¹³. Według badań przeprowadzonych przez Dariusza Skowrońskiego na

¹⁰ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, dz. cyt.

¹¹ M. Bozon, *Premier rapport sexuel...*, dz. cyt.

¹² E. Suliga, *Inicjacja seksualna i stosowanie środków antykoncepcyjnych wśród studentów I roku Akademii Świętokrzyskiej*, w: A. Jopkiewicz (red.), *Auksologia a promocja zdrowia*, t. 3, Kielce: PAN, 2004, s. 339–342.

¹³ H. Lagrange, *Transition vers la sexualité genitale*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Decouverte, 1997, s. 119–152.

grupie młodych dorosłych w Polsce, 90,3% z nich podejmuje stosunki seksualne. Jak konstatuje autor: wyniki takie wydają się całkowicie uzasadnione, ponieważ młodzi dorośli są w wieku najsilniej rozwiniętej potrzeby seksualnej i dlatego realizują tę potrzebę w życiu osobistym¹⁴.

Wiek inicjacji seksualnej

Wiek inicjacji seksualnej to istotny element psychoseksualnej biografii jednostki, który jest nie tylko odzwierciedleniem przemian międzypokoleniowych, ale także odbiciem relacji między płciami. Jak zauważają Michel Bozon i Osmo Kontula, wszystkie społeczeństwa, we wszystkich epokach szukały środków kontroli momentu inicjacji seksualnej, odgrywającej doniosłą rolę w reprodukcji biologicznej i socjalnej¹⁵. Z uwagi na ryzyko niechcianej ciąży i wszelkie tego konsekwencje, jak również ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową, inicjacja seksualna jest obiektem szczególnej troski instytucji edukacyjnych i instytucji zdrowia publicznego. Wiek inicjacji seksualnej w analizowanych grupach jest odzwierciedleniem transformacji socjalnej i kulturowej, jaka zaszła (w różnym stopniu i czasie) we Francji i w Polsce. W Europie począwszy od lat 60. XX wieku zauważalna jest liberalizacja norm społeczno-obyczajowych i osłabienie wpływu religii w sferze seksualnej, a tym samym przyspieszenie momentu inicjacji seksualnej. Nawet pojawienie się zagrożenia związanego z HIV i AIDS nie wpłynęło w sposób wyraźny na zmianę wieku inicjacji seksualnej w krajach Europy Zachodniej (inny trend uwidacznia się w analizach z lat 80. na gruncie polskim, kiedy to nastąpił spadek odsetka adolescentów po inicjacji seksualnej w porównaniu z wcześniejszą dekadą)¹⁶. Generalnie w zakresie wieku inicjacji seksualnej na świecie zauważalna jest tendencja spadkowa, co dotyczy szczególnie populacji kobiet, choć trend ten stabilizuje się¹⁷. Zmiany średniego wieku inicjacji seksualnej tłumaczyć można z perspektywy ogólnych przemian dotyczących każde pokolenie. Dla współczesnych młodych dorosłych będzie to zmniejszanie roli małżeństwa wraz ze wzrostem liczby rozwodów i związków kohabitacyjnych. Nie bez znaczenia jest również podniesienie poziomu edukacji (w tym seksualnej) i wzrost aktywności zawodowej głównie młodych kobiet, a co za tym idzie, uniezależnienie od partnera i rodziny¹⁸. Obniżenie wieku inicjacji seksualnej na przestrzeni lat wyjaśnić można również, odwołując się do argumentów z dziedziny biologii. Zgodnie z prawem akceleracji rozwoju każde następane pokolenie

¹⁴ D. Skowroński, *Preferencje seksualne Polaków*, Poznań: Interfund, 2003, s. 86.

¹⁵ M. Bozon, O. Kontula, *Et le genre. Comparaison des évolutions de douze pays européens*, „Population” 1997, nr 6, s. 1367–1394.

¹⁶ A. Jaczewski, A. Grodzki, Z. Izdebski, *Przemiany obyczajowości seksualnej młodzieży*, Warszawa: Spółka Wydawnicza Terra, 1994.

¹⁷ M. Bozon, O. Kontula, *Et le genre...*, dz. cyt.; por. E. Godeau, S. Gabhain, C. Vignes, J. Ross, W. Boyce, J. Todd, *Contraceptive Use by 15-Year-Old Students at Their Last Sexual Intercourse*, „Archives of Pediatric Adolescent Medicine” 2008, vol. 162, s. 66–73.

¹⁸ M. Bozon, O. Kontula, *Et le genre...*, dz. cyt.

uzyskuje dojrzałość biologiczną wcześniej niż pokolenie wcześniejsze, co może być jednym z wielu czynników wpływających na obniżenie wieku inicjacji seksualnej¹⁹.

Poziom wykształcenia jest czynnikiem istotnie różnicującym średni wiek inicjacji seksualnej, który dla studentów jest nieco wyższy niż dla pozostałych osób z tej grupy wiekowej²⁰. Może to wynikać, podobnie jak wyższe wskaźniki częstotliwości masturbacji, z przestrzennego oddalenia od partnera seksualnego, z faktu zamieszkiwania z rodzicami, zaabsorbowania edukacją czy odroczeniem decyzji o wejściu w trwały związek (ostatni czynnik może być szczególnie istotny dla osób wierzących). Szczegółowe wyniki dotyczące średniego wieku rozpoczęcia aktywności seksualnej badanych studentów zostały zaprezentowane w tabeli 6.

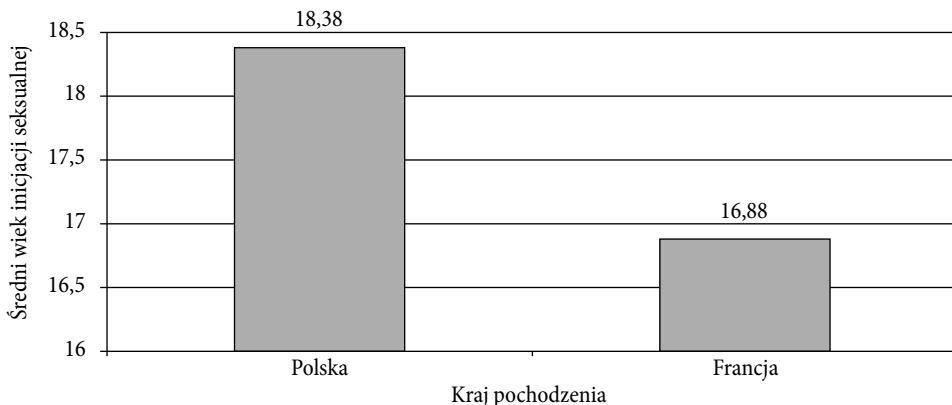
Tabela 6. Średni wiek inicjacji seksualnej studentów

Zmienna	N	Wiek minimalny	Wiek maksymalny	Średnia wieku	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Wiek inicjacji seksualnej	168	13,0	25,0	17,57	1,91	,66	1,01

Źródło: opracowanie własne.

Średni wiek inicjacji seksualnej w badanej grupie wyniósł 17,57 lat (18,38 lat dla studentów w Polsce i 16,88 dla studentów we Francji). Dla porównania, w badanej przez Dariusza Skowrońskiego grupie młodych dorosłych wyniósł on 18 lat²¹.

W odniesieniu do tej zmiennej występują istotne statystycznie różnice ze względu na kraj pochodzenia ($t(166)=5,45$; $p<0,05$), co zostało zobrazowane na wykresie 1.



Wykres 1. Średni wiek inicjacji seksualnej studentów w Polsce i we Francji ($p < 0,05$)

Źródło: opracowanie własne.

¹⁹ B. Guettier, *Adolescence et maternité*, „Dialogue” 1999, nr 146, s. 54–71.

²⁰ M. Bozon, O. Kontula, *Et le genre...*, dz. cyt.

²¹ D. Skowroński, *Preferencje seksualne Polaków*, dz. cyt.

Uzyskane rezultaty korespondują z wynikami badań krajowych i międzynarodowych w tym zakresie. W Polsce, według badań Wiktorii Wróblewskiej, średni wiek inicjacji seksualnej wynosi 20,4 lat dla kobiet i 19,4 lat dla mężczyzn i jest najniższy w Europie oraz porównywalny z danymi dla populacji japońskiej²². Nieco niższy wiek rozpoczynania życia seksualnego pojawia się w analizach Zbigniewa Izdebskiego dla populacji w wieku 15–49 lat. Wynosi on 18,8 lat dla kobiet i 18,1 lat dla mężczyzn²³. W analizach przytaczanych przez Michela Bozona wskaźniki inicjacji seksualnej dla badanej grupy 20–24-latków wynoszą w Polsce 19,6 lat dla kobiet i 19,7 lat dla mężczyzn, we Francji zaś odpowiednio 17,6 i 17,4 lat²⁴.

Liczba partnerów seksualnych

Zmienna: liczba partnerów seksualnych została włączona do niniejszej analizy jako element biografii seksualnej w odniesieniu do całej badanej populacji oraz z uwzględnieniem zmiennej: kraj pochodzenia. Z punktu widzenia epidemiologii jest to istotny wskaźnik ryzyka zarażenia wirusem HIV oraz innych STD's/STI's. Im większa liczba partnerów seksualnych w biografii seksualnej jednostki, tym wyższe ryzyko kontaktu z osobą seropozytywną. Dodatkowo, jest to istotne kryterium opisujące społeczno-obyczajowe przemiany w sferze seksualności. Na przestrzeni lat widoczna jest tendencja do zwiększania liczby partnerów seksualnych²⁵. Wzrost średniej tej liczby wiązać można z dysocjacją aktywności seksualnej i prokreacji, co stało się faktem za sprawą skutecznej antykoncepcji. Większa liczba partnerów seksualnych w populacji młodych dorosłych wynika z oddzielenia aktywności seksualnej od instytucji małżeństwa, co w sensie obyczajowym sankcjonuje seks przedmałżeński i pozamałżeński. Jak podkreśla Sharman Levinson, pojęcie aktywności seksualnej przedmałżeńskiej właściwie straciło dzisiaj swój sens, tym bardziej że powszechne i bardziej aprobowane są związki kohabitacyjne, homoseksualne, jak również seks przygodny czy partnerzy równolegli²⁶.

W przeprowadzonych badaniach średnia liczba partnerów seksualnych wyniosła 4,80. Wyniki dotyczące tego aspektu biografii seksualnej badanych studentów zostały zaprezentowane w tabeli 7.

²² W. Wróblewska, *Living arrangements...*, dz. cyt.

²³ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, dz. cyt.

²⁴ M. Bozon, *A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaison mondiales et évolutions récentes*, „Population et Sociétés” 2003, nr 391, s. 1–4.

²⁵ A. Andro, N. Bajos, *La sexualité sans pénétration: une réalité oubliée du répertoire sexuel*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte 2008, s. 297–315.

²⁶ S. Levinson, *L'organisation temporelle des premières relations sexuelles*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Découverte, 1997, s. 227–249.

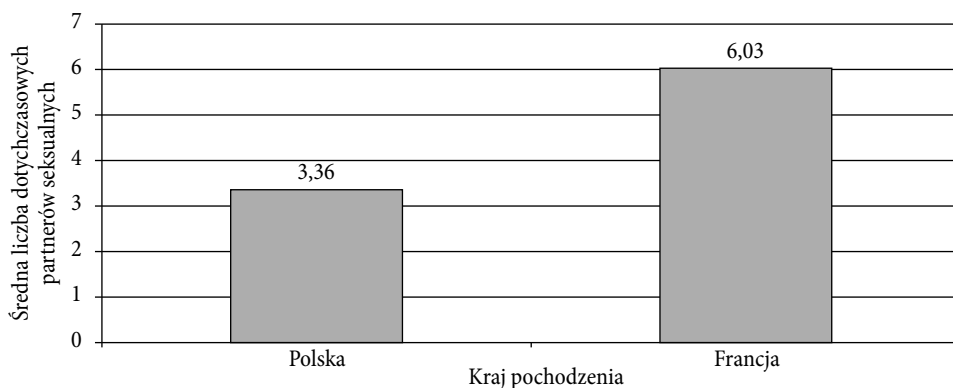
Tabela 7. Średnia liczba dotychczasowych partnerów seksualnych

Zmienna	N	Liczba minimalna	Liczba maksymalna	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Liczba dotychczasowych partnerów seksualnych	167	1	31	4,80	5,60	2,51	6,88

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki korespondują z innymi analizami przeprowadzonymi w Polsce i we Francji. Badani przez Dariusza Skowrońskiego młodzi dorośli mieli w ciągu swojego życia średnio 4,68 partnerów seksualnych²⁷. W badaniach Zbigniewa Izdebskiego średnia liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wyniosła 1,34 dla populacji w wieku reprodukcyjnym (przy czym dla osób z wykształceniem wyższym była nieco niższa)²⁸. Z badań we Francji wynika, że średnia liczba partnerów dla grupy wiekowej 20–24 lata to 3,2 dla kobiet i 6 dla mężczyzn²⁹. Spośród badanych we Francji nastolatków 10,6% chłopców i 3,3% dziewcząt miało od czasu inicjacji seksualnej powyżej 10 partnerów seksualnych, a tylko 34,3% chłopców i 54,7% dziewcząt miało jednego partnera³⁰.

Jak widać na wykresie 2, między grupami występują istotne statystycznie różnice ze względu na kraj pochodzenia ($t(167)=3,15; p<0,05$).

**Wykres 2.** Średnia liczba dotychczasowych partnerów seksualnych studentów w Polsce i we Francji ($p < 0,05$)

Źródło: opracowanie własne.

²⁷ D. Skowroński, *Preferencje seksualne Polaków*, dz. cyt.

²⁸ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, dz. cyt.

²⁹ H. Leridon, *Le nombre de partenaires: un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais comportement encore très différents*, w: N. Bajos, M. Bozon, *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008, s. 215–243.

³⁰ S. Levinson, *L'organisation temporelle...*, dz. cyt.; J. Warszawski, *Comportements sexuels à risque du VIH ou d'autres germes pathogènes*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Decouverte, 1997, s. 257–278.

Średnia liczba partnerów seksualnych w biografii seksualnej badanych studentów w Polsce wynosi 3,36, natomiast dla studentów we Francji jest zdecydowanie wyższa i wynosi 6,03. Różnice w populacji studentów polskich i francuskich analizować można m.in. w kontekście odmiennego u obu grup poziomu religijności. System norm wynikających z intensywności życia religijnego wpływa na sferę zachowań seksualnych, choć nie we wszystkich aspektach. Z badań Wiktorii Wróblewskiej wynika, że w grupie studentów przywiązujących małą lub żadną wagę do religii 27% jest przed inicjacją seksualną, a 22% miało powyżej 4 partnerów seksualnych. W grupie osób, dla których religia jest bardzo ważna, 66% nie odbyło dotychczas kontaktu seksualnego, a 6% ma w swojej biografii seksualnej więcej niż 4 partnerów³¹. Podobne wnioski płyną z analiz Zbigniewa Izdebskiego: najniższą liczbą partnerów seksualnych (średnio 1,1 w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy) charakteryzują się osoby głęboko wierzące i regularnie praktykujące, najwyższą zaś (średnio 1,91) osoby zadeklarowane jako niewierzące³².

Stosowanie prezerwatyw

W literaturze seksuologicznej analizuje się wiele czynników wpływających na ryzyko infekcji wirusem HIV (szerzej – STD's/STI's) podczas aktywności seksualnej. Jak podkreślają Zbigniew Izdebski i Agnieszka Walenzik: w szacowaniu tego ryzyka najistotniejsze jest to, jakie techniki i formy aktywności są praktykowane³³. W zależności od formy podejmowanych zachowań seksualnych ryzyko zakażenia wirusem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową zmienia się w sposób znaczący³⁴. Ryzyko zakażenia wirusem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową zmienia się również ze względu na częstotliwość stosowania prezerwatyw podczas różnych form zachowań seksualnych. Odpowiedź na pytanie o stosowanie prezerwatyw jest wskaźnikiem zachowań ryzykownych w odniesieniu do chorób (infekcji) przenoszonych drogą płciową używanym często w analizach zdrowia reprodukcyjnego.

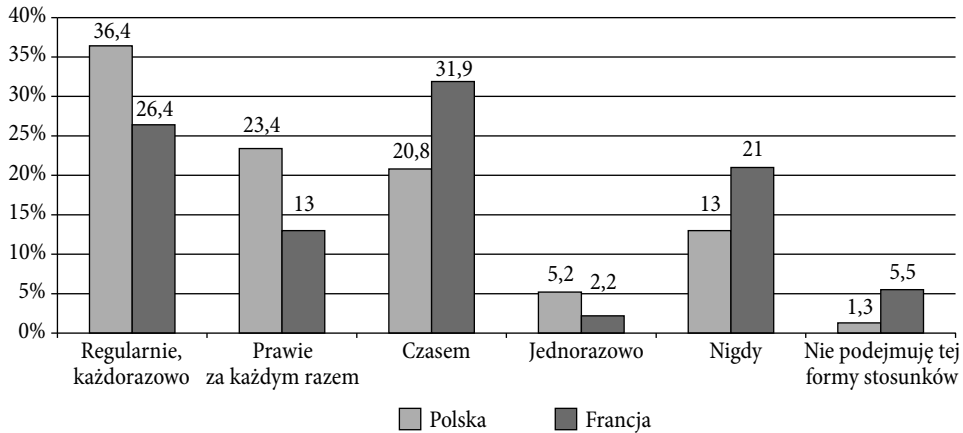
Na wykresach 3 i 4 został zaprezentowany procentowy rozkład deklaracji odnośnie do stosowania prezerwatywy w trakcie aktywności seksualnej (genitalnej i analnej) podejmowanej w ciągu ostatniego roku przez studentów w Polsce i we Francji.

³¹ W. Wróblewska, *Postawy młodzieży w sferze seksualnej w Polsce w okresie przemian a potrzeba edukacji*, materiał przygotowany dla Krajowego Centrum ds. AIDS do wykorzystania w ramach kampanii „Rodzina razem przeciw AIDS”, <www.aids.gov.pl/kampanie/2006/materialy> [dostęp: 12.02.2006].

³² Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, dz. cyt.

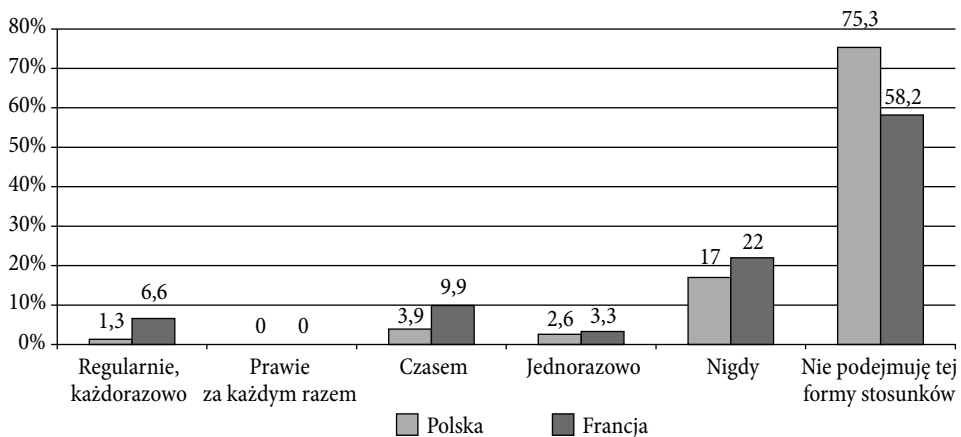
³³ Z. Izdebski, A. Walenzik, *Psychospołeczne i medyczne aspekty epidemii HIV*, w: Z. Izdebski (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyźni homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Zielona Góra: Oragon, 2000, s. 14.

³⁴ Tamże, s. 16–17.



Wykres 3. Stosowanie prezerwatywy w trakcie aktywności genitalnej (χ^2 ($df = 5$, $N = 168$) = 10,30)

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 4. Stosowanie prezerwatywy w trakcie aktywności analnej (χ^2 ($df = 4$, $N = 168$) = 7,37)

Źródło: opracowanie własne.

Analiza średniej częstotliwości stosowania prezerwatyw przez badanych studentów wskazuje na brak istotnych statystycznie różnic między grupami. Wyniki zbliżają się jednak do poziomu istotności ($t(166) = 1,92$; $p = 0,057$), a zatem można zakładać, że analiza większej próby wykaże istotnie statystycznie różnice ze względu na zmienną: kraj pochodzenia. Jak można zauważyć na powyższym wykresie, 36,4% studentów w Polsce sięgało po prezerwatywę regularnie w czasie stosunków genitalnych, w porównaniu do 26,4% studentów we Francji. Prezerwatywa jest zatem bardziej popularna wśród respondentów z Polski. Inaczej prezentują się wyniki odnośnie do stosowania prezerwatywy w trakcie stosunków analnych. Regularnie w ciągu ostatniego roku

stosowało ją 1,3% badanych studentów w Polsce w porównaniu do 6,6% studentów we Francji. Uzyskane rezultaty odnieść można do analiz prowadzonych w Polsce i we Francji w ramach międzynarodowego projektu HSBC³⁵. Spośród nastolatków we Francji w czasie ostatniego (przed badaniami) stosunku seksualnego prezerwatywę stosowało 54% dziewcząt i 76% chłopców, w Polsce odsetek ten wyniósł odpowiednio 79% i 85%³⁶. Popularność prezerwatywy jako metody antykoncepcyjnej potwierdzają również badania wśród studentów. Ankiety przeprowadzone w Akademii Świętokrzyskiej wskazują, że spośród badanych studentów pierwszego roku 59% (z grupy aktywnych seksualnie) używało prezerwatywy w trakcie ostatniego stosunku płciowego, natomiast prezerwatywę i tabletki antykoncepcyjne stosowało 15% badanych³⁷. Z analiz Zbigniewa Izdebskiego wynika, że odsetek uczniów i studentów, którzy deklarują stosowanie prezerwatywy każdorazowo podczas stosunków waginalnych, wynosi 36% i przewyższa średnią dla populacji w wieku 15–49 (23,6%) lat³⁸. Dla porównania, spośród studentów badanych w regionie Provence-Alpes-Côte d'Azur (do którego należy Grenoble) 80% osób aktywnych seksualnie stosuje środki antykoncepcyjne regularnie, a 5% sięga po nie okazjonalnie. W analizowanej grupie zauważalne jest częstsze stosowanie pigułki antykoncepcyjnej niż prezerwatywy³⁹.

Wyniki przedstawione na wykresie nr 3 i 4 pokazują, że wciąż istnieje grupa osób, które nie używały prezerwatywy w trakcie kontaktów seksualnych podejmowanych w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie. Jeśli chodzi o zabezpieczenie podczas aktywności genitalnej, jest to grupa 13% badanych studentów w Polsce i 21% studentów we Francji. W odniesieniu do używania prezerwatywy podczas aktywności analnej odpowiedź taką zaznaczyło odpowiednio 17% i 22%. Dla porównania 26,6% Polaków w wieku 15–49 lat deklaruje, że w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy nie stosowało w trakcie aktywności seksualnej żadnej metody antykoncepcji. Dla grupy wiekowej 18–24 lata wskaźnik ten wynosi 16,6%⁴⁰. Spośród studentów w regionie Provence-Alpes-Côte d'Azur 12% deklaruje podejmowanie aktywności seksualnej bez zabezpieczenia⁴¹.

Z punktu widzenia profilaktyki HIV/STD obok częstotliwości stosowania prezerwatyw ważne jest pytanie o przyczyny rezygnacji z ich stosowania. Jest to nowe spojrzenie na zagadnienie antykoncepcji, z jednej strony wymuszone innowacjami na rynku farmaceutycznym, z drugiej zaś przemianami obyczajowości seksualnej.

³⁵ Health Behaviour in School-Aged Children – a WHO Cross-National Collaborative Study.

³⁶ E. Godeau i in., *Contraceptive Use...*, dz. cyt.

³⁷ E. Suliga, *Inicjacja seksualna...*, dz. cyt.

³⁸ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, dz. cyt.

³⁹ *Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15–24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur*, „Repère Santé” 2006, nr 10.

⁴⁰ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, dz. cyt.; B. Woynarowska, M. Szymańska, J. Mazur, *Inicjacja seksualna i stosowanie środków antykoncepcyjnych u młodzieży w wieku 15 lat w Polsce i w innych wybranych krajach*, „Problemy Rodziny” 2001, nr 2, s. 35–41.

⁴¹ *Sexualité, contraception...*, dz. cyt.

Wyniki odnoszące się do motywów rezygnacji z użycia prezerwatyw wśród badanych studentów w Polsce i we Francji zostały zaprezentowane w tabeli 8.

Tabela 8. Przyczyny podejmowania aktywności seksualnej bez prezerwatywy wśród studentów w Polsce i we Francji

Przyczyny podejmowania zachowań seksualnych bez prezerwatywy	Jednostka miary	Kraj pochodzenia		Ogółem	Istotność
		Polska	Francja		
Brak dostępności prezerwatywy	liczba	12	3	15	p<0,05
	%	9,9%	3,1%	6,8%	
Stosowanie antykoncepcji hormonalnej	liczba	11	4	15	nieistotne statystycznie
	%	9,1%	4,1%	6,8%	
Stosowanie innych metod antykoncepcji	liczba	4	0	4	nieistotne statystycznie
	%	3,3%	0%	1,8%	
Stały partner	liczba	5	5	10	nieistotne statystycznie
	%	4,1%	5,1%	4,6%	
Wykonanie testu na obecność HIV	liczba	2	12	14	p<0,05
	%	1,7%	12,2%	6,4%	
Spontaniczność	liczba	4	1	5	nieistotne statystycznie
	%	3,3%	1%	2,3%	
Przyjemność	liczba	9	2	11	nieistotne statystycznie
	%	7,4%	2%	5%	
Zasady religijne	liczba	1	0	1	nieistotne statystycznie
	%	0,8%	0	0,5%	
Nieskuteczność	liczba	5	1	6	nieistotne statystycznie
	%	4,1%	1%	2,7%	
Wygoda	liczba	1	0	1	nieistotne statystycznie
	%	0,8%	0	0,5	
Planowanie ciąży	liczba	2	0	2	nieistotne statystycznie
	%	1,7%	0	0,9%	
Urozmaicenie	liczba	3	1	4	nieistotne statystycznie
	%	2,5%	1%	1,8%	

Źródło: opracowanie własne.

Z niniejszych badań wynika, że prezerwatywa jest często zamieniana na, bardziej skuteczną w kontekście zapobiegania nieplanowanej ciąży, antykoncepcję hormonalną⁴². Odpowiedź taką zaznaczyło 9,1% Polaków i 4,1% Francuzów. Analiza Huguesa Lagrange'a dowodzi, że stosowanie pigułki antykoncepcyjnej zmniejszyła w sposób istotny (czterokrotnie w przypadku chłopców i dziesięciokrotnie w przypadku dziewcz-

⁴² H. Lagrange, *Transition vers la sexualité genitale...*, dz. cyt.

czął) szanse na zastosowanie prezerwatywy podczas ostatniego podejmowanego przez badanych stosunku seksualnego⁴³. Takie zachowanie wyjaśnić można za pomocą tzw. modelu kompensacji ryzyka. Według niego naturalną ludzką tendencją jest dążenie do uzyskania homeostazy w zakresie poziomu ryzyka. W związku z tym, w sytuacji, w której istnieją technologie i środki zwiększające poczucie bezpieczeństwa (co w obszarze zachowań seksualnych dają inne, niż prezerwatywa, środki antykoncepcyjne), jednostka będzie skłonna podejmować większe ryzyko⁴⁴. Zmiany w obyczajowości seksualnej młodych dorosłych, szczególnie w zakresie ich postaw wobec związku, małżeństwa i rodziny, sprawiają, że w dyskusji wyników nie sposób nie uwzględnić planów prokreacyjnych badanych studentów. Rezygnacja z prezerwatywy umotywowana planami prokreacyjnymi dotyczy 1,7% badanych studentów z Polski (w grupie Francuzów taka odpowiedź nie padła). Poza motywem prokreacyjnym w grę wchodzi również zaufanie do partnera związane z długością trwania związku. Kategoria: stały partner została zaznaczona średnio przez 4,6% respondentów (4,1% studentów z Polski i 5,1% studentów z Francji). Jak wynika z innych badań nad stosowaniem antykoncepcji, seks bez prezerwatywy może być traktowany jako manifestacja zaufania do partnera⁴⁵. Nie bez znaczenia jest tu również (często nieuzasadnione) faktyczne zaufanie do partnera, przekonanie o „bezpiecznym innym” (tzn. zabezpieczeniu zastosowanym przez partnera), które Zbigniew Izdebski i Agnieszka Walendzik włączają do grupy tzw. wyimaginowanych zabezpieczeń⁴⁶.

Z powyższych analiz wynika, że studenci preferują prezerwatywy i pigułki antykoncepcyjne jako sposoby zabezpieczenia podczas podejmowanej aktywności seksualnej (6,8% wskazań). Kategoria: stosowanie innych metod antykoncepcji, która mogła oznaczać wybór metod naturalnych, została wskazana przez czterech studentów z Polski (brak wskazań w badanej grupie studentów francuskich). W badaniu HSBC w Polsce 8,4% młodzieży szkolnej zadeklarowało stosowanie naturalnych metod planowania ciąży (we Francji taka możliwość odpowiedzi nie została uwzględniona)⁴⁷. Może to wynikać ze wzrostu wiedzy seksualnej młodych Polaków oraz z odrzucenia tradycyjnej seksualnej moralności obowiązującej w pokoleniu ich rodziców. Ciekawa jest konstatacja Michela Bozona i Osma Kontuli, że o ile poziom religijności ma wpływ na wiek inicjacji seksualnej, o tyle nie różnicuje w sposób istotny stosowania środków antykoncepcyjnych⁴⁸. Znajduje to potwierdzenie w niniejszych analizach. Wśród badanych studentów religia była powodem rezygnacji z użycia prezerwatywy dla jednej

⁴³ Tamże, s. 311.

⁴⁴ S. Grzelak, *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, Warszawa: Scholar, 2006; E. Godeau i in., *Contraceptive Use...*, dz. cyt.

⁴⁵ Z. Izdebski, A. Walendzik, *Psychospołeczne i medyczne aspekty...*, dz. cyt., s. 14.

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ E. Godeau, C. Vignes, M. Duclos, F. Navarro, F. Cayla, H. Grandjean, *Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données françaises de l'enquête internationale HBSC/OMS*, „Gynécologie Obstétrique Fertilité”, 2008, nr 36, s. 176–182.

⁴⁸ M. Bozon, O. Kontula, *Et le genre...*, dz. cyt.

osoby z Polski. Koresponduje to z wynikami innych analiz dotyczących tego obszaru seksualności. W badaniu Zbigniewa Izdebskiego na pytanie o wady prezerwatyw spośród Polaków w wieku reprodukcyjnym jedynie 9,9% odpowiedziało, że ich stosowanie jest niezgodne z wyznawaną przez nich religią⁴⁹. Podobny obraz wyłania się z badań Krzysztofa Pawlina: wśród młodych głęboko religijnych osób 56,7% akceptuje używanie środków antykoncepcyjnych⁵⁰. Inne przyczyny rezygnacji z prezerwatywy wymieniane przez studentów, to: przyjemność (5%), spontaniczność (2,3%), chęć urozmaicenia życia seksualnego (1,8%). Podobne motywy rezygnacji z prezerwatywy podczas aktywności seksualnej pojawiają się na gruncie innych analiz. Przykładowo w badaniach Zbigniewa Izdebskiego na pytanie o przyczyny niezastosowania prezerwatyw podczas ostatniego nieregularnego⁵¹ stosunku 57,4% respondentów uznało, że nie było takiej potrzeby, 41,3% zadeklarowało, iż nie lubi tej formy antykoncepcji⁵².

Z punktu widzenia profilaktyki HIV/STD szczególnie niepokojące wydają się dwie zaznaczane kategorie odpowiedzi. Z powodu braku wiary w skuteczność prezerwatywy nie używało jej 4,1% studentów z Polski i 1% studentów z Francji. Dodatkowo, najczęstszą przyczyną rezygnacji z prezerwatywy w trakcie aktywności seksualnej okazał się dla studentów brak dostępności do niej. Trudność ze zdobyciem prezerwatywy odczuwa więcej badanych studentów z Polski (9,9% w porównaniu z 3,1% wskazań wśród Francuzów) (różnice istotne statystycznie). Koresponduje to z podobnymi analizami: w badaniu reprezentatywnej próby Polaków 11% wymienia brak dostępności prezerwatywy jako przyczynę niestosowania jej podczas ostatniego nieregularnego stosunku⁵³.

Dla praktyki edukacyjnej (prewencyjnej, promocyjnej) ciekawy wydaje się wynik wskazujący na różnice w popularności diagnostyki w kierunku HIV w analizowanych grupach. W niniejszych badaniach wykonanie testu na obecność HIV było przyczyną rezygnacji z użycia prezerwatywy u 12,2% Francuzów i u niespełna 2% Polaków (różnice są istotne statystycznie). Potwierdzają to wyniki innych analiz: na pytanie o przyczyny rezygnacji z prezerwatywy w trakcie ostatniego stosunku seksualnego około 4% kobiet we Francji (w wieku do 35 lat) podało zrobienie testu na obecność wirusa HIV, a 45% połączenie wykonania testu i antykoncepcji hormonalnej. Wśród mężczyzn rozkład procentowy wynosił odpowiednio 2,8% dla testu anty-HIV oraz około 37% dla równoczesnej antykoncepcji hormonalnej i diagnostyki w kierunku HIV⁵⁴. W regionie

⁴⁹ Z. Izdebski, *Raport z realizacji terenowej badania „Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne”*, Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS, TNS OBOP, 2001.

⁵⁰ K. Pawlina, *Polska młodzież przełomu wieku*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek, 1998.

⁵¹ Zgodnie z metodologią WHO nieregularny partner jest definiowany jako osoba, z którą respondent nie jest w związku małżeńskim i nie współżyje seksualnie dłużej niż dwanaście miesięcy. Kontakty podejmowane z taką osobą są tu określane jako seks nieregularny. Z. Izdebski, *Raport z realizacji...*, dz. cyt., s. 40.

⁵² Tamże.

⁵³ Tamże.

⁵⁴ N. Beltzer, N. Bajos, *De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différents étapes des trajectoires affectives et sexuelles*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008, s. 437–461.

Provence-Alpes-Côte d'Azur 24% osób w grupie wiekowej 15–25 lat zdecydowało się dotychczas na wykonanie testu na obecność HIV/AIDS, co przewyższa średnią krajową dla tej grupy wiekowej (17,5%)⁵⁵. W Polsce diagnostyka w kierunku obecności wirusa HIV nie cieszy się takim zainteresowaniem. Z badań Zbigniewa Izdebskiego wynika, że taki test ma za sobą ogółem 6,2% Polaków (w wieku 15–49)⁵⁶. Taki rozkład wyników może być dowodem na dużą dostępność we Francji ośrodków zajmujących się diagnozą i poradnictwem w zakresie HIV/AIDS. Dodatkowo, jak wynika z badań, społeczeństwo francuskie jest dobrze w tej kwestii wyedukowane. Postawy Francuzów obrazuje fakt, że aż 25% populacji w wieku 17–18 lat widzi potrzebę wprowadzenia obligatoryjnych testów w kierunku HIV⁵⁷.

Podsumowanie wyników badań własnych

Różnice ze względu na kraj pochodzenia – próba interpretacji

Wpływ na kształtowanie wzorów zachowań mają zarówno czynniki biologiczne, osobowościowe, społeczno-kulturowe, jak i te związane z indywidualnym doświadczeniem jednostki. Dotyczy to również aktywności seksualnej. Jak wynika z niniejszych analiz, badani studenci z Polski i Francji różnią się w zakresie wybranych aspektów aktywności seksualnej. Zaproponowana poniżej eksplikacja wykazanych różnic odnosi się do sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz szerszego kontekstu edukacyjnego i kulturowego badanych studentów. Wskazane zostały tym samym obszary do dalszej eksploracji, które wykraczają poza ramy niniejszego opracowania.

Nazywane rewolucją seksualną, gwałtowne przemiany w sferze seksualności, jakie miały miejsce w XX wieku, dotyczyły zarówno postaw, jak i zachowań. Znajdują one swoje odbicie również w funkcjonowaniu współczesnych młodych dorosłych w Polsce i we Francji, choć każdy z krajów charakteryzuje się odmienną specyfiką. W latach 60. Europę Zachodnią, w tym Francję, zalała fala liberalizacji obyczajowej i komercjalizacji seksu. Ideologia wyzwolonej miłości, jako wyraz kontestacji narzuconego przez pokolenie dorosłych porządku, stała się wizytówką ruchu hipisów. Wraz z ideologią kontrkultury i wynalezieniem tabletki antykoncepcyjnej młode pokolenie całkowicie zakwestionowało dominujące dotychczas w społeczeństwie zasady regulujące seksualność. Jak pisze Zbyszko Melosik: „seksualne wyzwolenie», które nastąpiło w latach 60. przekształciło się w kolejnej dekadzie w «seksualny hedonizm», powraca wówczas idea «seksu rekreacyjnego», oderwanego od prokreacji i co więcej – od miłości, którego celem

⁵⁵ *Sexualité, contraception...*, dz. cyt.

⁵⁶ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, dz. cyt.

⁵⁷ M. Calvez, *Les connaissances et les attitudes relatives au SIDA*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Découverte, 1997, s. 337.

jest przyjemność sama w sobie⁵⁸. W Polsce rewolucja seksualna lat 60. nie przebiegała z taką intensywnością, jak w krajach Europy Zachodniej. Seksualność, szczególnie zaś seksualność człowieka, wciąż stanowiła tabu, co zmieniło się dopiero na początku lat 90.

We Francji popularność prądów wolnościowych zaznaczyła się w wielu obszarach funkcjonowania. Lata 70. to nie tylko widoczne oddzielenia seksu od jego prokreacyjnej funkcji, ale także uchwalenie tzw. prawa Veil, które otworzyło drogę do legalnej aborcji dla kobiet „w rozpaczliwej sytuacji”⁵⁹. Obecnie we Francji wskaźnik aborcji wynosi 9,6 na 1000 dziewcząt w wieku 15–17 lat i 26,7 na 1000 kobiet w wieku 20–24 lata⁶⁰. Jeśli chodzi o wskaźniki aborcji w Polsce, to nie są one rzetelne, gdyż nie uwzględniają tzw. podziemia aborcyjnego oraz zabiegów dokonywanych przez Polki poza granicami kraju. Zgodnie ze sprawozdaniem Rady Ministrów, w Polsce w 2009 roku zarejestrowano 538 zabiegów przerywania ciąży⁶¹. Jest to mniej niż we Francji, do czego niezaprzeczalnie przyczynia się brak dopuszczalności aborcji z tzw. przyczyn społecznych, będący wynikiem zaostżenia przepisów regulujących tę kwestię (w Ustawie z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży).

Przemiany legislacyjne i społeczno-kulturowe w obu krajach znajdują odzwierciedlenie w statystykach legalnych aborcji, ale również tych dotyczących antykoncepcji. Popularność antykoncepcji postkoitalnej jest wyższa we Francji, gdzie od 1999 roku „pigułka po” (*la pilule du lendemain*) dostępna jest bez recepty. W 2005 roku we Francji 13,7% aktywnych seksualnie kobiet w wieku 15–54 lata wskazało na stosowanie tej formy antykoncepcji⁶². Jeszcze większy odsetek osób deklarujących używanie antykoncepcji postkoitalnej odnotowywany został w badaniu HSBC wśród francuskich uczniów (14,2% uczniów we Francji, w Polsce brak tej kategorii odpowiedzi)⁶³. Dla porównania, w badaniu HSBC wśród polskich uczniów 8,4% młodzieży szkolnej zadeklarowało stosowanie naturalnych metod planowania ciąży (we Francji taka możliwość odpowiedzi nie została uwzględniona)⁶⁴.

Przemiany w sferze seksualności nie mogą być analizowane w oderwaniu od danych na temat liczby zawieranych małżeństw i rozwodów. Analizy empiryczne dowodzą, że struktura rodziny i postawy wobec członków rodziny są determinantami zdrowia seksualnego⁶⁵. Według behawioralno-ekologicznego modelu zachowań o ryzykowej

⁵⁸ Z. Melosik, *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków: Impuls, 2010, s. 177.

⁵⁹ IVG – Interruption Volontaire de Grossese.

⁶⁰ P. Pelège, Ch. Picod, *Éduquer à la sexualité – un enjeu de la société*, Paris: DUNOD, 2006.

⁶¹ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania oraz skutków stosowania w roku 2009 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (2010).

⁶² E. Godeau i in., *Contraceptive Use...*, dz. cyt.

⁶³ Tamże.

⁶⁴ Tamże.

⁶⁵ W. Boyce, M. Doherty-Poirier, D. Mackinnon, Ch. Fortin, H. Saab, M. King, O. Gallupe, *Sexual Health of Canadian Youth: Findings from the Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study*, „The Canadian Journal of Human Sexuality” 2006, nr 15, s. 59–68.

aktywności seksualnej jednostki możemy wnioskować na podstawie wielu czynników związanych z jej sytuacją rodzinną. Wzrost ryzyka zachowań mających negatywne konsekwencje dla zdrowia seksualnego wynikać może z takich czynników, jak m.in. rodzina monoparentalna, rozwód, separacja, nieobecność ojca w domu⁶⁶. We Francji w 1975 roku zostały zliberalizowane przepisy zezwalające na rozwód za obustronną zgodą małżonków (ze względu na ustanie wspólnego pożycia). To sprawiło, że nie tylko zwiększyła się liczba rozwodów we Francji, ale także spadła liczba zawieranych małżeństw. Aktualnie 1/3 związków pozostaje bez ślubu, a więcej niż połowa dzieci rodzi się w związkach pozamałżeńskich (zgodnie z art. 334 Kodeksu cywilnego mają one takie same prawa jak dzieci ślubne)⁶⁷. W Polsce, głównie za sprawą odmiennego kontekstu społeczno-kulturowego i ekonomicznego, małżeństwo pozostaje wciąż popularną formą związku. Mimo wzrostu liczby związków nieformalnych i rozwodów w rodzinach pełnych wychowuje się tu ponad 82% młodych osób w wieku 15–19 lat⁶⁸. Tendencje do wyboru małżeństwa jako formy związku dominują także wśród młodych Polaków. Z badań przytaczanych przez Wiktorię Wróblewską wynika, że 82% młodych osób planuje w przyszłości małżeństwo, a jedynie 5% chce żyć w związku nieformalnym⁶⁹. Zmienia się natomiast podejście młodych Polaków do kohabitacji, która staje się coraz bardziej popularna: 68,4% nastolatków w Polsce planuje małżeństwo z wcześniejszym wspólnym zamieszkaniem, za małżeństwem bez kohabitacji opowiada się tylko 14%⁷⁰. Polscy studenci stosunkowo rzadko decydują się na mieszkanie ze swoim partnerem (3% mężczyzn i 5% kobiet w badaniach Wiktorii Wróblewskiej, 12% studentów badanych przez Katarzynę Waszyńską)⁷¹. Dla porównania: we Francji aż 15,3% studentów żyje w związkach kohabitacyjnych, a 6% pozostaje w związkach zalegalizowanych (małżeństwo, PACS)⁷².

Ten społeczno-kulturowy kontekst może tłumaczyć różnice w statystykach dotyczących życia seksualnego obu analizowanych grup, zwłaszcza że w funkcjonowaniu młodych dorosłych wyraźnie zarysowuje się dysocjacja pomiędzy aktywnością seksualną a instytucją małżeństwa⁷³. Jak wynika z badań⁷⁴, obok charakteru związku z partnerem, również rodzaj lokum może różnicować zachowania seksualne. Okazuje się, że amerykańscy studenci mieszkający w akademikach koedukacyjnych wykazują

⁶⁶ A. Carr, *Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową*, Gdańsk: GWP, 2004.

⁶⁷ N. Bajos, M. Bozon, *Les agressions sexuelles en France: résignation, réprobation, révolte*, w: *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte Bajos, 2008, s. 381–411; H. Lagrange, *Transition vers la sexualité genitale...*, dz. cyt.

⁶⁸ W. Wróblewska, *Postawy młodzieży...*, dz. cyt.

⁶⁹ Tamże.

⁷⁰ Tamże.

⁷¹ W. Wróblewska, *Living arrangements...* dz. cyt.; K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

⁷² L. Gruel, R. Vourc'h, S. Zilloniz, *Les étudiants et leurs conditions de vie en Europe*, „Observatoire nationale de la vie étudiante” 2008, nr 20, <http://www.ove-national.education.fr/ove_infos/pdf/oi20_oi20.pdf> (z dnia 25.03.2010). <<http://ove-national.education.fr/enquete/2006>> [dostęp: 12.02.2006].

⁷³ S. Levinson, *L'organisation temporelle...*, dz. cyt.

⁷⁴ B.J. Willoughby, J.S. Carroll, *The Impact of Living in Co-ed Resident Halls on Risk-taking Among College Students*, „Journal of American College-Health” 2009, nr 3, s. 241–246.

większą częstotliwość aktywności seksualnej oraz mają wyższą średnią liczbę partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku przed prowadzonymi badaniami w porównaniu ze studentami z akademików jednopłciowych⁷⁵. Ciekawe w tym kontekście są dane na temat miejsca zamieszkania polskich i francuskich studentów. W Polsce większość (96,6%) osób w wieku 18–24 lata pozostających poza małżeństwem mieszka w domu rodzinnym, a tylko 34% małżonków w tym wieku dysponuje niezależnym od rodziców lokum. Jedynie 1,6% młodych dorosłych w Polsce mieszka z partnerem, który nie jest małżonkiem⁷⁶. Spośród studentów francuskich 43% wciąż mieszka z rodzicami⁷⁷. Średni wiek opuszczenia domu rodzinnego w Polsce (23,6) jest jednym z najwyższych w Europie (wyższe są jedynie w Hiszpanii i we Włoszech)⁷⁸. Z powyższych danych można wyciągnąć wniosek, że studenci w Polsce są w nieznacznym stopniu uniezależnieni od swoich rodziców w zakresie miejsca zamieszkania i źródła utrzymania. Wynika to z czynników obyczajowych, ale też ekonomicznych. Charakterystyka funkcjonowania młodych dorosłych w Polsce wskazuje na wciąż wysoką stopę bezrobocia. W grupie wiekowej 15–24 lata wynosi ona we Francji 18,7%, w Polsce natomiast 21,7%⁷⁹. Relatywnie wyższe niż we Francji koszty utrzymania (w tym ceny nieruchomości) mogą tłumaczyć różnice między obiema grupami zarówno dotyczące miejsca zamieszkania, jak i postaw i zachowań seksualnych. Jak podkreśla Zbigniew Lew-Starowicz: im wyższy standard materialny i im wyższy poziom wykształcenia, tym większa otwartość na przemiany obyczajowe, także w obszarze seksualności⁸⁰.

Obok uwzględnienia szerokich uwarunkowań społeczno-ekonomicznych różnice między analizowanymi grupami tłumaczyć można w odniesieniu do sfery aksjologiczno-wyznaniowej. Mimo iż w Polsce, począwszy od lat 70., w odpowiedzi na proces laicyzacji świata zachodniego i rewolucję seksualną upowszechnił się liberalny stosunek do seksualności człowieka, wciąż jednak religia pozostaje istotnym czynnikiem mogącym determinować zachowania i postawy seksualne (w populacji polskiej, według różnych statystyk, 95% stanowią katolicy). Zgodnie z modelem behawioralno-ekologicznym wzrost ryzyka zachowań mających negatywne konsekwencje dla zdrowia seksualnego związany jest z brakiem odniesienia do wyrazistego i stabilnego systemu wartości oraz brakiem zaangażowania religijnego⁸¹. Jak się okazuje, stosunek do religii jest czynni-

⁷⁵ Tanfer i Cubbins w swoich analizach dowodzą, że wspólne zamieszkanie z partnerem seksualnym jest czynnikiem różnicującym częstotliwość stosunków genitalnych. K. Tanfer, L.A. Cubbins, *Coital Frequency Among Single Women: Normative Constraints and Situational Opportunities*, „The Journal of Sex Research” 1992, nr 2, s. 221–250.

⁷⁶ W. Wróblewska, *Living arrangements...*, dz. cyt.

⁷⁷ D. Orr, K. Schnitzer, E. Frackmann, *Social and economic conditions of student life in Europe*, Bielefeld: Bertelsmann, 2008.

⁷⁸ W. Wróblewska, *Living arrangements...*, dz. cyt.

⁷⁹ *Rocznik Statystyki Międzynarodowej*, GUS, Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych, 2010.

⁸⁰ Z. Lew-Starowicz, *AIDS i zachowania seksualne*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1994, nr 2, s. 48–57; tenże, *Raport seksualności Polaków*, Warszawa: SMG/KRC, 2002.

⁸¹ J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy współczesnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: CMPPP, 2002; M. Deptuła, *Indywidualne ścieżki ryzyka a profilaktyka*, „Remedium” 2005, nr 7–8, s. 1–5.

kiem różnicującym nie tylko moment inicjacji, ale też inne zachowania seksualne, jak używanie antykoncepcji, częstotliwość stosunków genitalnych⁸². Przykładowo w grupie studentów badanych przez Wiktorię Wróblewską proporcja między osobami po inicjacji, które przywiązują małą lub żadną wagę do religii, a tymi, dla których religia jest bardzo ważna wynosi 75 do 35%⁸³. We Francji z kolei wyraźnie zauważalne jest osłabienie roli Kościoła jako propagatora wiedzy i postaw wobec seksualności. Tendencję tę wzmacnia szeroka transformacja społeczna popierana zmianami legislacyjnymi, takimi jak prawo Veil sankcjonujące aborcję czy dostępność darmowej antykoncepcji⁸⁴. W badaniu CSF⁸⁵ 43% Francuzów w wieku 18–34 lata zaklasyfikowało siebie do grupy niewierzących⁸⁶. Proces laicyzacji we Francji sprawił, że zasady religijne nie są odzwierciedlane w życiu osób wierzących, a znaczenie zakazów dotyczących seksualności jest zauważalne w dużym stopniu jedynie w społeczności muzułmańskiej⁸⁷.

Ustalenie poziomu religijności może być przydatne przy analizie postaw i zachowań seksualnych studentów, jednak specyficzny charakter obrazu seksualności w Polsce wynika również szerszego kontekstu – przemian politycznych i społeczno-gospodarczych. Polska, podobnie jak inne kraje centralnej i wschodniej Europy, przeszła transformację ustrojową, która nie pozostała bez wpływu na wskaźniki ekonomiczne, socjalne, kulturowe oraz demograficzne. Dotyczy to również studentów wychowujących się w sytuacji napięcia, anomii i niepewności wobec wyborów nieznanymi pokoleniu ich rodziców. W populacji młodych dorosłych szok spowodowany transformacją i jego następstwa, trudności ze znalezieniem dogodnego wspólnego zakwaterowania, przedłużająca się średnia długość okresu edukacji oraz wzrastające trudności z pogodzeniem ról zawodowych i rodzinnych miały swoje odzwierciedlenie we wskaźnikach demograficznych (malejąca liczba ślubów i urodzeń od początku XXI wieku)⁸⁸. Na spadek wskaźnika dzietności w Polsce (1,34 w 2000 roku) wpłynęły nie tylko trudności w sferze socjalnej i ekonomicznej, ale również likwidacja i prywatyzacja wielu form wsparcia społecznego w latach 90. (w tym instytucji opieki nad dziećmi). Przy rozpatrywaniu znaczenia wskaźników demograficznych uwzględnić należy także przemiany obyczajowości. Zmiana systemu postaw i wartości dotyczy szczególnie młodych kobiet w przedziale wiekowym 20–24 lata i 25–29 lat⁸⁹. Obserwowalny u nich wzrost aspiracji

⁸² L.M. Coleman, A. Testa, *Sexual Health Knowledge, attitudes and behaviors: variations among a religiously diverse sample of young people in London*, „Ethnicity & Health” 2008, nr 1, s. 55–72; K. Tanfer, L.A. Cubbins, *Coital Frequency...*, dz. cyt.; K. Waszyńska, *Życie seksualne studentów*, dz. cyt.

⁸³ W. Wróblewska, *Postawy młodzieży...*, dz. cyt.; por. M. Bozon, O. Kontula, *Et le genre...*, dz. cyt.

⁸⁴ N. Bajos, M. Bozon, *Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête « Contexte de la sexualité en France »*, w: N. Bajos, M. Bozon, *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, s. 580–599.

⁸⁵ CSF (Contexte de la sexualité en France) – badanie przeprowadzone we Francji na próbie ponad dwunastu tysięcy osób w wieku 18–69 lat.

⁸⁶ M. Bozon, *Premier rapport sexuel...*, dz. cyt.

⁸⁷ N. Bajos, M. Bozon, *Sexualité, genre et santé...*, dz. cyt.

⁸⁸ W. Wróblewska, *Living arrangements...*, dz. cyt., s. 160.

⁸⁹ J. Grant, S. Hoorens, S. Sivadasan, M. Mvan het Loo, J. DaVanzo, L. Hale, S. Gibson, W. Butz, *Low Fertility and Population Ageing*, European Commission, RAND Corporation, 2004, <www.rand.org> [dostęp: 13.02.2011]; N. Bajos, M. Bozon, *Sexualité, genre et santé...*, dz. cyt.

edukacyjnych i zawodowych ma wpływ na podwyższenie średniego wieku urodzenia dziecka, który w 2008 roku wyniósł w Polsce ponad 28 lat (wobec niespełna 26 lat na początku lat 90.), we Francji zaś 29,4 lat⁹⁰. W porównaniu z innymi krajami Europy, w tym z Polską, Francja ma stosunkowo wysoki wskaźnik dzietności. W 2001 roku jego wartość (1,9) plasowała Francję na drugim miejscu (za Irlandią). Wiąże się to głównie z wysokimi wskaźnikami urodzeń wśród imigrantów (w niniejszych analizach nie byli oni uwzględnieni) i polityką rodzinną, której domeną jest koncentracja na trzecim dziecku i zrównoważenie macierzyństwa z zatrudnieniem⁹¹.

Transformacja ustrojowa w Polsce wpłynęła również na funkcjonowanie sektora edukacji. Jak podkreśla Aleksander Stulhofer: na początku lat 90. w Polsce zauważalne były niedostatki w rozwoju efektywnej profilaktyki seksualnej wynikające z konieczności alokacji sił i środków na inne obszary życia zaniedbane przed transformacją ustrojową⁹². Poza tym gwałtowne przemiany polityczne na przełomie 1989 i 1990 roku i upadek gospodarki centralnie planowane miały swoje konsekwencje w zakresie korzystania ze służby zdrowia. Zaniedbanie tej sfery, przy częstej wyuczonyj bezradności i postawie roszczeniowej wobec jej przedstawicieli, znalazło odzwierciedlenie we wskaźnikach stanu zdrowia Polaków, odbiegających od średnich europejskich. Ta rozbieżność jest szczególnie zauważalna w odniesieniu do zdrowia reprodukcyjnego⁹³. Różnice we wskaźnikach dotyczących zdrowia i poziomu opieki zdrowotnej między krajami zachodniej Europy, z gospodarką wolnorynkową, a krajami centralnej i wschodniej Europy mogą stanowić wy tłumaczenie odmienności postaw i zachowań seksualnych analizowanych grup. Jak dowodzą badania, obecność instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy zdrowotnej i socjalnej oraz dostępność do nich ma istotny związek z poziomem zdrowia seksualnego⁹⁴.

Tendencje wspólne dla studentów w Polsce i we Francji – próba interpretacji

Transformacja polityczno-gospodarcza i szerokie przemiany społeczne w Polsce wpłynęły niewątpliwie na sferę postaw i zachowań seksualnych. Dla projektowania i realizacji skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia seksualnego istotne jest jednak uchwycenie tendencji, które będą kształtować postawy i zachowania młodych dorosłych w przyszłości. Jak pokazują analizy statystyczne, od połowy lat 90. różnice w seksualności młodych Polaków i innych nacji nie są już tak wyraziste.

⁹⁰ J. Grant i in., *Low Fertility...*, dz. cyt.

⁹¹ Tamże.

⁹² A. Stulhofer, C. Graham, I. Bozicevic, K. Kufrin, D. Adjukovic, *HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes And Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Young Adults in Croatia*, „International Family Planning Perspectives” 2007, nr 33/2, s. 58–64.

⁹³ WHO, *Regional Strategy...*, dz. cyt.

⁹⁴ W. Boyce i in., *Sexual Health...*, dz. cyt.

Zachowania seksualne polskich nastolatków z lat 90. (a zatem aktualnych młodych dorosłych) świadczą o znaczących przemianach w ich postawach. Wskazują na to wyniki badań. W latach 1990–1998 zwiększył się odsetek młodzieży w wieku 15 lat, która ma już za sobą doświadczenie inicjacji seksualnej (od 22% w 1990 roku do 43% w 1998 roku)⁹⁵. Z badań Wiktorii Wróblewskiej przeprowadzonych w 1996 roku wynika, że doświadczenia seksualne ówczesnych 17-latków są porównywalne z doświadczeniami ich rodziców w wieku 19 lat. Pod względem części wskaźników zachowań seksualnych młodych Polaków można porównać z Rosjanami (pierwszy pocałunek), Włochami (stosowanie antykoncepcji, okoliczności inicjacji seksualnej, kohabitacja), Francuzami (wiek pierwszego związku)⁹⁶. Wykazywane we wcześniejszych badaniach komparatywnych różnice powoli się zacierają, co widać zarówno w obrębie zachowań, jak i postaw seksualnych. Badania wśród wyznawców religii katolickiej w Polsce świadczą o stopniowym odejściu od zasad etyki seksualnej. Przykładowo 68,7% Polek i 78,8% Polaków uważa, że kobieta nie musi zachować dziewictwa do ślubu (w porównaniu z 34% w 1988 roku), akceptowane są również środki antykoncepcyjne, rozwody oraz związki partnerskie⁹⁷. Przemiany w sferze aksjologicznej wiązać można nie tylko z szerszym kontekstem przemian społeczno-kulturowych, ale przede wszystkim ze stopniową sekularyzacją i indywidualizacją moralności. Jak zauważa Zbyszko Melosik, zmiana stosunku młodego pokolenia do religii wpisuje się w tendencję odejścia od wielkich idei organizujących myślenie i działanie. Religia nie jest już metanarracją, wokół której koncentruje się życie, stała się tylko jedną z kulturowych ofert⁹⁸. W takim kontekście odejście od etyki chrześcijańskiej prowadzi do tzw. etyki indywidualnego sumienia, w której jednostka ustanawia kryteria dobra i zła we własnym zakresie⁹⁹.

W dzisiejszym zunifikowanym świecie zauważalne są pewne tendencje, które w sposób szczególny dotyczą młodego pokolenia niezależnie od miejsca zamieszkania. Znakiem czasów stała się rewolucja technologiczna, wykorzystywana w transporcie i komunikacji. W efekcie zmniejszyło się znaczenie odległości, a ich pokonywanie pochłania zdecydowanie mniej czasu i pieniędzy. Dzięki nowoczesnej technologii komunikacja z dowolnie wybraną osobą jest dostępna praktycznie w każdym momencie, czy to w sensie wirtualnym, czy rzeczywistym. Dzięki rozwojowi technologii i komunikacji McLuhanowska globalna wioska urzeczywistnia się, co ma wpływ na stopniową unifikację doświadczeń życiowych studentów w Polsce i we Francji. Współczesne pokolenie nastolatków i młodych dorosłych wyraźnie oddzieliło seksualność od aspektu związanego z reprodukcją, a także z koniecznością sformalizo-

⁹⁵ B. Woynarowska, M. Szymańska, J. Mazur, *Inicjacja seksualna...*, dz. cyt.

⁹⁶ W. Wróblewska, *Living arrangements...*, dz. cyt.

⁹⁷ Z. Lew-Starowicz, *System wartości seksualnych...*, dz. cyt.

⁹⁸ Z. Melosik, *Młodzież, styl życia i zdrowie: paradoksy pop-tożsamości*, w: tegoż (red.), *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, Poznań: Wolumin, 2001, s. 23.

⁹⁹ B. Gola, *Modele zachowań seksualnych w prasie młodzieżowej i poglądach nastolatków*, Kraków: Wydawnictwo UJ, 2008.

wania związku. W zakresie wieku inicjacji seksualnej w ciągu ostatnich dziesięcioleci średnia dla populacji spadała, by w końcu ustabilizować się. Przykładowo we Francji na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat średni wiek inicjacji seksualnej spadł z 20,6 lat życia dla kobiet i 18,8 dla mężczyzn urodzonych w 1953 roku do odpowiednio 17,2 i 17,6 lat dla 18-latków badanych w 2005 roku¹⁰⁰. Wyraźnie jest również stopniowe wyrównywanie wieku inicjacji seksualnej kobiet i mężczyzn. Jak konstatuje Lagrange: od końca XX wieku uwidoczniła się jeszcze jedna tendencja – zwiększenie tempa przechodzenia do kontaktu genitalnego w odniesieniu do generacji przy jednoczesnym jego opóźnieniu w odniesieniu do jednostki. We Francji od momentu, kiedy inicjacja seksualna była doświadczeniem 10% młodzieży, do momentu inicjowania przez 80% tej grupy, minęło niespełna 3,5 roku w porównaniu z przedziałem 10 lat na początku XX wieku. Z drugiej strony, dla jednostkowego doświadczenia charakterystyczne staje się wydłużanie przedziału czasowego dzielącego pierwszy pocałunek i formy pregenitalne od samego aktu seksualnego¹⁰¹. Spośród badanych we Francji nastolatków przed 18. rokiem życia 8,1% miało za sobą doświadczenie pettingu, a 2% seksu oralnego¹⁰². We Francji w ciągu ostatnich 50 lat obniżył się o około 3 lata (do około 14. roku życia) średni wiek pierwszego pocałunku (z penetracją), który jest uznawany za istotny element inaugurujący fazę pregenitalną¹⁰³. Coraz bardziej zauważalny jest zatem model polegający na opóźnieniu stosunku genitalnego przy jednoczesnym wzroście popularności innych form aktywności seksualnej, z seksem oralnym i analnym włącznie. Może to wynikać z przekazu religijnego (np. nakaz zachowania dziewictwa do ślubu), zwłaszcza wśród katolików i muzułmanów. Wiązać to można również z oddziaływaniem prewencyjnym w zakresie HIV/AIDS, szczególnie z tzw. uogólnionym modelem prewencji w zakresie HIV/AIDS („ABC”). Zgodnie z nim „A” oznacza propagowanie abstynencji seksualnej („safe sex”), „B” („be faithful”, „safer sex”) wiąże się z zachowaniem wierności i podejmowaniem bezpieczniejszych form aktywności seksualnej, a „C” („condoms”) dotyczy stosowania prezerwatyw¹⁰⁴. Takie tendencje (w swej skrajnej formie) mogą być również skutkiem banalizacji seksualności w mediach, zwłaszcza w odniesieniu do pornografii¹⁰⁵. Przekazy normatywne regulujące sferę seksualności, które dawniej płynęły z jasno określonych i dysponujących pewnymi formami nacisku źródeł socjalizacji (państwo, społeczeństwo, Kościół, rodzina), dziś stają się coraz bardziej rozproszone (służba zdrowia, psychologowie, inni specjaliści, media, internet, ruchy społeczne) i nie wywołują już

¹⁰⁰ M. Bozon, *A quel âge...*, dz. cyt.

¹⁰¹ H. Lagrange, *Diversité sociale des premiers échanges sexuels*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Découverte, 1997, s. 29–54.

¹⁰² J. Warszawski, *Comportements sexuels...*, dz. cyt.

¹⁰³ M. Bozon, *Premier rapport sexuel...*, dz. cyt. s. 122.

¹⁰⁴ S. Grzelak, *Profilaktyka ryzykownych zachowań...*, dz. cyt.; Z. Lew-Starowicz, K. Szczerba, *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: BGW, 1995.

¹⁰⁵ P. Pelège, Ch. Picod, *Éduquer à la sexualité...*, dz. cyt.

bezpośredniego wpływu na jednostkę¹⁰⁶. Jak zauważa Zbyszko Melosik, „seksualizacja życia w społeczeństwie konsumpcji prowadzi do rezygnacji z represjonowania wielu (zakazanych dotąd) form ekspresji seksualnej i do poszukiwania na tej płaszczyźnie przyjemności nieustannej i totalnej”¹⁰⁷.

W kontekście społeczno-kulturowym, w którym dorasta współczesny nastolatek, nasila się dążenie do natychmiastowej przyjemności, uzyskiwanej często za pomocą środków psychoaktywnych. Ma to wpływ na aktywność studentów odniesioną do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Czynniki ryzyka wiążą się ze sobą, tworząc tzw. ścieżki ryzyka, a zachowania ryzykowne mają tendencję do współwystępowania¹⁰⁸. Badania dowodzą, że istnieje korelacja między wczesną inicjacją seksualną a częstym upijaniem się, używaniem amfetaminy i paleniem papierosów¹⁰⁹. Używanie substancji psychoaktywnych jest w związku z tym uznane za jeden z najistotniejszych czynników wzrostu zagrożenia wirusem HIV oraz STD's/STI's. Tym bardziej niepokoić powinny dane, które obrazują popularność substancji psychoaktywnych wśród studentów w Polsce i we Francji i wobec których programy promocji zdrowia seksualnego nie powinny pozostać obojętne¹¹⁰.

Wnioski, zakończenie

Podstawowe założenia niniejszego opracowania skupiały się na pojęciach zdrowia seksualnego oraz aktywności seksualnej studentów. Przedmiotem pracy było opisanie aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji oraz odpowiedź na pytanie „Czy zmienna: kraj pochodzenia jest czynnikiem różnicującym wybrane aspekty seksualności analizowanych grup?”. Jak wynika z przeprowadzonych badań, studenci w Polsce (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) i we Francji (Université Pierre Mendès w Grenoble):

- w większości są aktywni seksualnie. Spośród badanych studentów 70% uprawiało masturbację w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających badanie (62,7% spośród badanych Polaków i 78,6% Francuzów). Zachowania seksualne z partnerem podejmuje w sumie 76,7% badanych studentów (63,6% studentów z Polski i 92,9% z Francji). Przy analizie aktywności seksualnej z partnerem i aktywności autoseksualnej różnice ze względu na kraj pochodzenia okazały się istotne statystycznie. W przypadku obu zmiennych wyższe wskaźniki dotyczyły badanej populacji we Francji;
- rozpoczęli aktywność seksualną średnio w wieku 17,6 lat. Średni wiek inicjacji seksualnej badanych studentów wyniósł 18,4 lat w odniesieniu do badanych studentów

¹⁰⁶ N. Bajos, M. Bozon, *Sexualité, genre et santé...*, dz. cyt., s. 591.

¹⁰⁷ Z. Melosik, *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków: Impuls, 2010, s. 178.

¹⁰⁸ M. Deptuła, *Indywidualne ścieżki...*, dz. cyt.

¹⁰⁹ L. Hendler, *Wybrane metody profilaktyki HIV/AIDS*, w: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW, 2005, s. 271.

¹¹⁰ F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier, *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis: Édition INPES, 2006.

w Polsce i 16,9 lat dla studentów we Francji (różnice ze względu na kraj pochodzenia są istotne statystycznie);

- w dotychczasowej biografii seksualnej mieli średnio 4,8 partnerów seksualnych (średnia 6,03 dla studentów we Francji i 3,36 dla studentów w Polsce). Między grupami występują istotne statystycznie różnice ze względu na kraj pochodzenia;

- uzyskują zróżnicowane ze względu na kraj pochodzenia rezultaty w zakresie stosowania prezerwatyw podczas aktywności seksualnej. Regularnie po prezerwatywę w trakcie stosunków genitalnych sięgało w ciągu ostatniego roku 36,4% badanych studentów z Polski i 26,4% studentów z Francji. W odniesieniu do stosunków analnych odsetek ten wyniósł odpowiednio 1,3% i 6,6%. Wśród badanych studentów odsetek osób, które nie używały prezerwatywy w trakcie kontaktów genitalnych podejmowanych w ciągu ostatniego roku, wyniósł 13% w Polsce i 21% we Francji. W odniesieniu do aktywności analnej odpowiedź taką zaznaczyło odpowiednio 17% i 22% badanych;

- wskazują na różne przyczyny rezygnacji z używania prezerwatyw w czasie aktywności seksualnej podejmowanej w ciągu ostatniego roku. Prezerwatywa była często zamieniana na antykoncepcję hormonalną (odpowiedź taką zaznaczyło 9,1% Polaków i 4,1% Francuzów). Kategoria: inne metody antykoncepcji, która mogła oznaczać wybór metod naturalnych, została wskazana przez czterech studentów z Polski (brak wskazań w badanej grupie studentów francuskich). Rezygnacja z prezerwatywy umotywowana planami prokreacyjnymi dotyczy 1,7% studentów z Polski (w grupie Francuzów taka odpowiedź nie padła). Kategoria: stały partner została zaznaczona średnio przez 4,6% respondentów (4,1% studentów z Polski i 5,1% studentów z Francji). Pozostałe przyczyny rezygnacji z prezerwatywy wymieniane przez studentów to: przyjemność (5%), spontaniczność (2,3%), chęć urozmaicenia życia seksualnego (1,8%). Z powodu braku wiary w skuteczność prezerwatywy nie używało jej 4,1% studentów z Polski i 1% studentów z Francji. Co warto podkreślić, najczęstszą przyczyną rezygnacji z prezerwatywy w trakcie aktywności seksualnej okazał się dla studentów brak dostępności do niej. Trudności ze zdobyciem prezerwatywy są większe w grupie badanych studentów z Polski (9,9% w porównaniu z 3,1% wskazań wśród badanych Francuzów) (różnice istotne statystycznie). Wykonanie testu w kierunku HIV było przyczyną rezygnacji z użycia prezerwatywy u 12,2% badanych Francuzów i u niespełna 2% Polaków (różnice ze względu na kraj pochodzenia są istotne statystycznie).

Analiza aktywności seksualnej w grupie studentów w Polsce i we Francji okazała się zadaniem niezwykle ciekawym, ale także wymagającym. Opisanie tego zagadnienia wiązało się z wieloma ograniczeniami wymienianymi również w innych badaniach z tego obszaru:

- problemami z dokładnym odtworzeniem faktów przez respondentów, szczególnie tych dotyczących biografii seksualnej;

- możliwością modyfikacji odpowiedzi respondentów zgodnie z oczekiwaniami społecznymi oraz modyfikacji przez subiektywną reprezentację własnej seksualności;

• ryzykiem niewielkiej precyzji deklaracji odnoszących się do wybranych aspektów biografii seksualnej. Podkreśla się, że wydarzenia o dużym znaczeniu dla jednostki, takie jak inicjacja seksualna, są zapamiętywane i odtwarzane dokładnie. Zupełnie inaczej są odtwarzane w badaniach wydarzenia jednostkowe, szczególnie te nasycone emocjami negatywnymi i rzadko (lub w ogólne) wcześniej ujawniane¹¹¹;

• dodatkowo, jak podkreśla Leridon, precyzja odpowiedzi na pytanie o liczbę partnerów seksualnych może budzić wątpliwości ze względu na fenomen tzw. atrakcyjności okrągłych liczb, w związku z którym liczba partnerów może być zawyżana. Jak się okazuje, wielu respondentów przy odpowiedzi na to pytanie dokonuje szybkiej ewaluacji bez dokładnego liczenia partnerów seksualnych¹¹².

Z uwagi na złożoność zagadnienia zaprezentowane badania są jedynie wstępem wskazującym kierunki dalszych poszukiwań. Studenci są specyficznym, ściśle wyodrębnionym środowiskiem społecznym. W związku z tym w dalszych eksploracjach ciekawe wydaje się wprowadzenie takich zmiennych, jak: poziom i rodzaj wykształcenia, miejsce zamieszkania, status społeczno-ekonomiczny, płeć, poziom religijności, rodzaj i długość relacji z partnerem.

LITERATURA

- ANDRO A., BAJOS N., *La sexualité sans pénétration: une réalité oubliée du répertoire sexuel*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008
- BAJOS N., BOZON M., *Les agressions sexuelles en France: résignation, réprobation, révolte*, w: N. Bajos, M. Bozon, *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte Bajos, 2008
- BAJOS N., BOZON M., *Sexualité, genre et santé: les apports de l'enquête « Contexte de la sexualité en France »*, w: N. Bajos, M. Bozon, *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, s. 580–599
- BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A., *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis: Édition INPES, 2006
- BELTZER N., BAJOS N., *De la contraception à la prévention: les enjeux de la négociation aux différents étapes des trajectoires affectives et sexuelles*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008
- BOYCE W., DOHERTY-POIRIER M., MACKINNON D., FORTIN CH., SAAB H., KING M., GALLUPE O., *Sexual Health of Canadian Youth: Findings from the Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study*, „The Canadian Journal of Human Sexuality” 2006, nr 15
- BOZON M., *A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaison mondiales et évolutions récentes*, „Population sociétés” 2003, nr 391
- BOZON M., *Premier rapport sexuel, première relation: des passages attendus*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008
- BOZON M., KONTULA O., *Et le genre. Comparaison des évolutions de douze pays européens*, „Population” 1997, nr 6

¹¹¹ M. Ferrand, N. Bajos, A. Andro, *Accords et désaccords: variations autour de désir*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008, s. 359–381.

¹¹² H. Leridon, *Le nombre...*, dz. cyt., s. 241.

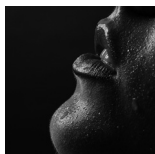
- CALVEZ M., *Les connaissances et les attitudes relatives au SIDA*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Découverte, 1997
- CARR A., *Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową*, Gdańsk: GWP, 2004
- COLEMAN L.M., TESTA A., *Sexual Health Knowledge, attitudes and behaviors: variations among a religiously diverse sample of young people in London*, „Ethnicity & Health” 2008, nr 1, s. 55–72
- DEPTUŁA M., *Indywidualne ścieżki ryzyka a profilaktyka*, „Remedium” 2005, nr 7–8
- FERRAND M., BAJOS N., ANDRO A., *Accords et désaccords : variations autour de désir*, w: N. Bajos, M. Bozon (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte, 2008
- GODEAU E., GABHAIN S., VIGNES C., ROSS J., BOYCE W., TODD J., *Contraceptive Use by 15-Year-Old Students at Their Last Sexual Intercourse*, „Archives of Pediatric Adolescent Medicine” 2008, nr 162
- GODEAU E., VIGNES C., DUCLOS M., NAVARRO F., CAYLA F., GRANDJEAN H., *Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données françaises de l'enquête internationale HBSC/OMS*, „Gynécologie Obstétrique Fertilité” 2008, nr 36
- GOLA B., *Modele zachowań seksualnych w prasie młodzieżowej i poglądach nastolatków*, Kraków: Wydawnictwo UJ, 2008
- GRANT J., HOORENS S., SIVADASAN S., MVAN HET LOO M., DAVANZO J., HALE L., GIBSON S., BUTZ W., *Low Fertility and Population Ageing*, European Commission, RAND Corporation, 2004, <www.rand.org> [dostęp: 13.02.2011]
- GRUEL, L., VOURC'H R., ZILLONIZ S., *Les étudiants et leurs conditions de vie en Europe*, „Observatoire nationale de la vie étudiante” 2008, nr 20, <http://www.ove-national.education.fr/ove_infos/pdf/oi20_oi20.pdf> [dostęp: 25.03.2010]
- GRZELAK S., *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, Warszawa: Scholar, 2006
- GUETTIER B., *Adolescence et maternité*, „Dialogue” 1999, nr 146
- HENDLER L., *Wybrane metody profilaktyki HIV/AIDS*, w: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW, 2005
- IMIELIŃSKI K., *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa: PWN, 1985
- IZDEBSKI Z., *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza UZ, 2006
- IZDEBSKI Z., *Raport z realizacji terenowej badania „Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne”*, Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS, TNS OBOP, 2001
- IZDEBSKI Z., WALENDZIK A., *Psychospołeczne i medyczne aspekty epidemii HIV*, w: Z. Izdebski (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyźni homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Zielona Góra: Oragon, 2000
- JACZEWSKI A., GRODZKI A., IZDEBSKI Z., *Przemiany obyczajowości seksualnej młodzieży*, Warszawa: Spółka Wydawnicza Terra, 1994
- LAGRANGE H., *Diversité sociale des premiers échanges sexuels*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Découverte, 1997
- LAGRANGE H., *Transition vers la sexualité genitale*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Découverte, 1997
- LERIDON H., *Le nombre de partenaires: un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais comportement encore très différents*, w: N. Bajos, M. Bozon, *Enquête sur la sexualité en France*, Paris: La Découverte
- LEVINSON S., *L'organisation temporelle des premières relations sexuelles*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Découverte, 1997
- LEW-STAROWICZ Z., *AIDS i zachowania seksualne*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1994, nr 2

- LEW-STAROWICZ Z., *System wartości seksualnych współczesnych Polaków*, „Problemy Rodziny” 1993, nr 3, s. 32–35
- LEW-STAROWICZ Z., *Raport seksualności Polaków*, Warszawa: SMG/KRC, 2002
- LEW-STAROWICZ Z., *Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja*, w: J. Rzepka (red.), *Zdrowie seksualne*, Mysłówice: Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda w Mysłówicach, 2007
- LEW-STAROWICZ Z., SZCZERBA K., *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa: BGW, 1995
- MEŁOSIK Z., *Młodzież, styl życia i zdrowie: paradoksy pop-tożsamości*, w: tegoż (red.), *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, Poznań: Wolumin, 2001
- MEŁOSIK Z., *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków: Impuls, 2010
- ORR D., SCHNITZER K., FRACKMANN E., *Social and economic conditions of student life in Europe*, Bielefeld: Bertelsmann, 2008
- PAWLINA K., *Polska młodzież przelomu wieku*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek, 1998
- PELÈGE P., PICOD CH., *Éduquer à la sexualité – un enjeu de la société*, Paris: DUNOD, 2006
- Rocznik Statystyki Międzynarodowej*, GUS, Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych, 2010
- Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15–24 ans en Provence-Alpes-Côte d’Azur*, „Repère Santé” 2006, nr 10
- SKOWROŃSKI D., *Preferencje seksualne Polaków*, Poznań: Interfund, 2003
- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania oraz skutków stosowania w roku 2009 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (2010)
- STULHOFER A., GRAHAM C., BOZICEVIC I., KUFRIN K., ADJUKOVIC D., *HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes And Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Young Adults in Croatia*, „International Family Planning Perspectives” 2007, nr 33/2
- SULIGA E., *Inicjacja seksualna i stosowanie środków antykoncepcyjnych wśród studentów I roku Akademii Świętokrzyskiej*, w: A. Jopkiewicz (red.), *Auksologia a promocja zdrowia*, t. 3, Kielce: PAN, 2004
- SZYMAŃSKA J., *Programy profilaktyczne. Podstawy współczesnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: CMPPP, 2002
- TANFER K., CUBBINS L.A., *Coital Frequency Among Single Women: Normative Constraints and Situational Opportunities*, „The Journal of Sex Research” 1992, nr 2
- WARSZAWSKI J., *Comportements sexuels à risque du VIH ou d’autres germes pathogènes*, w: H. Lagrange, B. Lhomond (red.), *L’entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris: La Decouverte, 1997
- WASZYŃSKA K., *Życie seksualne studentów*, Poznań: Interfund, 2003
- WHO, *Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive health/pregnancy programme*, Copenhagen, 2001. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf> [dostęp: 12.02.2006]
- WILLOUGHBY B.J., CARROLL J.S., *The Impact of Living in Co-ed Resident Halls on Risk-taking Among College Students*, „Journal of American College-Health” 2009, nr 3
- WOYNAROWSKA B., SZYMAŃSKA M., MAZUR J., *Inicjacja seksualna i stosowanie środków antykoncepcyjnych u młodzieży w wieku 15 lat w Polsce i w innych wybranych krajach*, „Problemy Rodziny” 2001, nr 2
- WRÓBLEWSKA W., *Living arrangements, reproductive behaviour, and entering adult sexuality in Poland: Main aspects of the sexual behaviour of the students*, w: F.C. Billari, M. Caltabiano, G. Dalla (red.), *Sexual and affective behaviour of students. An international research*, Padwa: CLEUP Editrice, 2007
- WRÓBLEWSKA W., *Postawy młodzieży w sferze seksualnej w Polsce w okresie przemian a potrzeba edukacji*, materiał przygotowany dla Krajowego Centrum ds. AIDS do wykorzystania w ramach kampanii „Rodzina razem przeciw AIDS”, <www.aids.gov.pl/kampanie/2006/materialy> [dostęp: 12.02.2006]

- YOO H., LEE S.H., KWON B.E., CHUNG S., KIM S., *HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, Related Behaviors, and Sources of Information, among Korean Adolescents*, „Journal of School Health” 2005, nr 10
- ZAITSEV G.K., ZAITSEV A.G., *Promoting Sex Education for a Healthy Life*, „Russian Education and Society” 2006, vol. 48, nr 7
- ZIELIŃSKI A., *Problem występowania i zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową u młodzieży, w: Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, materiały z konferencji – kancelaria Senatu RP, Warszawa 2006

BARBARA JANKOWIAK, ŁUKASZ KACZMAREK

Wydział Studiów Edukacyjnych UAM



JAKOŚĆ I TRWAŁOŚĆ WSPÓŁCZESNYCH ZWIĄZKÓW PARTNERSKICH. PROPOZYCJA SKALI

1. Charakterystyka współczesnych form życia małżeńsko-rodzinnego

W Polsce w dobie zmian społeczno-kulturowych obserwuje się znaczący rozwój nowych form relacji między partnerami. Mimo to małżeństwo jest nadal społecznie najwyżej cenioną formą bycia razem partnerów, ocenianą przez większość ludzi jako dająca największe szanse na trwałość i będącą wyrazem wzajemnego zaangażowania i miłości. Krystyna Slany¹ podkreśla, że wiele z nowych typów życia społecznego stanowi alternatywę wobec podstawowej formy rodziny, jaką jest małżeństwo formalne monogamicznej pary heteroseksualnej. R.H. Rubin² alternatywne style życia rozumie jako: rozmaite nietradycyjne formy rodziny i zorganizowania życia osobistego (*personal living arrangements*), włączając pozostawanie w stanie wolnym (*singlehood*), niezamężną heteroseksualną kohabitację, rodziny z jednym rodzicem, rodziny rekonstruowane, rodziny z obojgiem pracujących zawodowo rodziców (*dual career work*), związki lesbijskie i gejowskie, małżeństwa otwarte, związki wielokrotnych relacji (*multiple relationships*) i komuny. Anna Kwak³ za alternatywne formy życia rodzinnego uznaje układy wza-

¹ K. Slany, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos, 2002.

² Za: A. Kwak, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2005.

³ Tejże, *Rodzina i jej przemiany*, Warszawa: Wydawnictwo UW, 1994; tejże, *Alternatywne formy życia rodzinnego w świecie współczesnym. Diagnoza i prognoza*, w: M. Ziółkowski (red.), *Ludzie przełomu tysiąclecia a cywilizacja przyszłości*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001, s. 155–167; tejże, *Rodzina w dobie przemian...*, dz. cyt.

jemnych powiązań seksualnych i rodzinnych, które nie są usankcjonowane prawnie i/ lub nie mają biologicznego rodzicielstwa, takie jak:

- związki, które nie są oparte na prawnie zatwierdzonym małżeństwie, np. kohabitacja;
- związki oparte na formalnym małżeństwie, z tym, że bez biologicznego rodzicielstwa, np. bezdzietne małżeństwa dobrowolnie rezygnujące z potomstwa, rodziny rekonstruowane, w których jedno z rodziców nie ma biologicznego związku z dzieckiem;
- związki poprzedzone wcześniejszym małżeństwem, które obecnie zawierają tylko kryterium biologicznego rodzicielstwa, np. rodziny niepełne;
- rodziny nigdy nieoparte na związku małżeńskim, lecz wyłącznie na biologicznym rodzicielstwie, np. niezamężne macierzyństwo.

Autorka zauważa, że odmienne formy nie stanowią jednolitej grupy. Można wśród nich wyróżnić alternatywy dla rodziny i dla małżeństwa. Jednak niektóre będą się zazybiały, tzn. będą pełniły funkcję zarówno alternatywy dla małżeństwa, jak i dla rodziny, np. dopóki w związku kohabitacyjnym nie ma dziecka, można go traktować jako alternatywę dla małżeństwa, ale w sytuacji pojawienia się potomstwa będzie to już alternatywa dla rodziny. Wobec tego autorka proponuje dodanie do określenia: alternatywne formy życia rodzinnego słów: i małżeńskiego. Wówczas mówiłoby się o alternatywnych formach życia małżeńskiego i rodzinnego⁴. Krystyna Slany⁵ używa pojęcia alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego. Autorka poddaje analizie (poza kohabitacją) takie alternatywne formy życia w społeczeństwie, jak: samotność, monoparentalność, związki homoseksualne. Uważa, że takie formy należy traktować jako rzeczywiste układy życia, z których wiele jest aprobowanych społecznie i legalizowanych – zwykle po pewnym czasie, *ex post facto* – przez prawo.

W Polsce wciąż najbardziej powszechnym modelem życia w parze jest małżeństwo oraz coraz bardziej popularna kohabitacja. Kohabitacja to życie razem, lecz bez formalnego powiązania⁶. Rozwój tego zjawiska współwystępuje ze spadkiem wskaźnika zawieranych małżeństw i podnoszeniem się wieku kobiet wchodzących w związki małżeńskie. Zjawisko kohabitacji nasila się wśród różnych grup – ludzi młodych wolnego stanu cywilnego, osób stanu wdowiego, rozwiedzionych, osób o orientacji homoseksualnej, a także pozostających w formalnych związkach. Wcześniej kohabitowały osoby czekające na rozwód lub te, które były przeciwne małżeństwu rozumianemu jako instytucja⁷. Od lat siedemdziesiątych kohabitacja staje się alternatywną formą małżeństwa i jako taka nazwana zostaje *nubile cohabitation* lub formą życia na próbę⁸. Związki te były traktowane zarówno jako wstęp do małżeństwa, jak i jego alternatywa. Tworzyli je głównie ludzie młodzi, to znaczy powyżej 20., a poniżej 35.

⁴ Tejże, *Rodzina w dobie przemian...*, dz. cyt., s. 92.

⁵ K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

⁶ Tamże.

⁷ Tamże.

⁸ Kiernan, 1999, za: K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

roku życia. Wraz ze wzrostem liczby rozwodów zaczęto dostrzegać jeszcze inną formę kohabitacji, określaną jako pomalżeńska kohabitacja (*postmarital cohabitation*), która rozpowszechnia się wśród osób rozwiedzionych, odgrywając rolę zarówno wstępu do powtórnego małżeństwa, jak i alternatywy małżeństwa. W rozlicznych badaniach spotykamy również pojęcie kohabitacji poprzedzającej małżeństwo – *premarital cohabitation*⁹.

Statystyki Eurostatu¹⁰ informują, że w krajach zachodnich przeciętnie ok. 70% ludzi młodych, tj. w wieku 20–24 lata, kohabituje przed zawarciem związku małżeńskiego, a w wieku 25–29 lat jest to ok. 33%. W Polsce, w dobie intensywnych przemian społecznych i kulturowych, również następuje rozwój nowych form związków międzyludzkich. Fakt ten zauważa wielu polskich badaczy¹¹. Jednakże są tylko nieliczne badania dotyczące tego zjawiska. Według Anny Kwak¹² spotyka się kohabitację, która:

- poprzedza małżeństwo i stanowi okres przedłużonego chodzenia ze sobą;
- poprzedza małżeństwo i stanowi przygotowanie do niego;
- stanowi alternatywną formę dla małżeństwa, zwłaszcza dla osób, które nie zamierzają się pobrać;
- stanowi formę niezamężnego życia wyrastającą z ideologii niezależności.

Krystyna Slany¹³, poddając analizie związki kohabitacyjne w Polsce, cytuje dane z mikroskopisu, które ukazują, iż w roku 1995 w związkach kohabitacyjnych pozostawało w Polsce 310 545 osób, przy czym proporcje płci były wyrównane (49,4% mężczyzn i 50,6% kobiet). Związki kohabitacyjne najbardziej rozpowszechnione są w miastach. Wśród kohabitantów w Polsce odsetek osób mających wykształcenie wyższe jest niski (9,1%) w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi¹⁴. Z zaprezentowanych danych wynika, że zdecydowana większość osób pozostających w takich związkach (70,5%) legitymuje się niższymi poziomami wykształcenia, tj. zasadniczym zawodowym, podstawowym i niepełnym podstawowym. Autorka twierdzi, że wiele obserwacji socjologicznych potwierdza nasilanie się zjawiska kohabitacji wśród ludzi wykształconych, np. młodzież studiująca manifestuje przyzwolenie na życie w takich związkach¹⁵.

⁹ C.M. Kamp Dush, C.L. Cohan, P.R. Amato, *The Relationship Between Cohabitation and Marital Quality and Stability: Change Across Cohorts?*, „Journal of Marriage and Family” 2003, vol. 65, s. 539–549; E. Thomson, U. Colella, *Cohabitation and Marital Stability: Quality or Commitment?*, „Journal of the Marriage and the Family” 1992, vol. 54, s. 259–267; A. DeMaris, W. MacDonald, *Premarital Cohabitation and Marital Instability: A Test of the Unconventionality Hypothesis*, „Journal of the Marriage and the Family” 1993, vol. 55, s. 399–407; N.G. Bennett, A.K. Blanc, D.E. Bloom, *Link Between Premarital Cohabitation and Subsequent Marital Stability*, „American Sociological Review” 1988, vol. 53, s. 127–138.

¹⁰ Za: K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

¹¹ I. Janicka, L. Niebrzydowski, *Psychologia małżeństwa. Zafascynowanie partnerem, otwartość, empatia, miłość, seks*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, 1994; J. Rostowski, *Zarys psychologii małżeństwa*, Warszawa: PWN, 1987; K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.; A. Kwak, *Rodzina w dobie przemian...*, dz. cyt.

¹² A. Kwak, *Rodzina w dobie przemian...*, dz. cyt.

¹³ K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

¹⁴ Rocznik Demograficzny 1999, za: tamże.

¹⁵ K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

2. Definicja jakości i trwałości małżeństwa i pojęć pokrewnych

Analizując pojęcie jakości, wielu autorów zwraca uwagę na jego niejednoznaczny charakter i dużą liczbę pojęć pokrewnych. Np. Iwona Janicka i Leon Niebrzydowski¹⁶ używają wielu pojęć opisujących jakość relacji małżeńskiej. Piszą o zadowoleniu i satysfakcji płynącej z małżeństwa, integracji małżeńskiej, doborze małżeńskim, powodzeniu małżeństwa, szczęściu małżeńskim. Jan Rostowski¹⁷ stworzył koncepcję dobranego związku małżeńskiego, która ma wiele wspólnych założeń z koncepcją jakości małżeńskiej. Dobrany związek małżeński to według autora stan złożony z kilku wymiarów (podobnie jak jakość małżeństwa). Obie koncepcje zakładają istnienie pewnego continuum, na którym mogą być rozmieszczone poszczególne pary małżeńskie. Pojęcie powodzenia małżeństwa zostało wprowadzone przez Marię Braun-Gałkowską¹⁸, która jako kryterium przyjęła subiektywne zadowolenie małżonków.

W tej pracy jako podstawowe uznano pojęcie jakości i trwałości związku (*marital quality and marital stability*). Jakość małżeństwa jest pojęciem obszernym i wielowymiarowym. Jego twórcami są Graham B. Spanier i Robert A. Lewis, którzy rozumeli je jako subiektywną ewaluację związku z uwzględnieniem pewnej liczby wymiarów i ocen. Jakość związku definiowana jest jako „termin unifikujący, obejmujący takie wymiary, jak poczucie integracji, satysfakcji, szczęścia, przystosowania oraz komunikację”¹⁹. Autorzy wyróżnili również pojęcie trwałości małżeństwa (*marital stability*), która jest „określeniem związku nierozzerwalnego – aż do śmierci jednego z współmałżonków”²⁰. Z ich badań wynika, że wysoka jakość małżeństwa wpływa na jego stabilność, jednakże na podstawie dużej trwałości małżeńskiej nie można wnioskować o jego wysokiej jakości. Analiza jakości i trwałości związku wymaga uwzględnienia czynników wewnątrz diady i spoza niej, mogących sprzyjać jakości i trwałości małżeństwa bądź też im zagrażać. Do czynników wewnętrznych zaliczane są nagrody i koszty. Nagrody to źródła atrakcyjności przesuwające diadę w kierunku wysokiej jakości. Koszty to napięcia, konflikty, niezgoda, brak spójności, zaburzenia komunikacji. Poruszają one diadę w kierunku niskiej jakości. Do czynników spoza diady wpływających na stabilność małżeństwa należy zaliczyć: określone przekonania religijne, niskie oszacowanie pozamałżeńskich alternatyw, wysoki stopień zaangażowania w małżeństwo, odpowiedni poziom tolerancji oraz zdolność rozwiązywania konfliktów i znoszenia napięć²¹. Określona diada

¹⁶ I. Janicka, L. Niebrzydowski, *Psychologia małżeństwa...*, dz. cyt.

¹⁷ J. Rostowski, *Zarys psychologii małżeństwa*, dz. cyt., s. 175.

¹⁸ M. Braun-Gałkowska, *Psychospołeczne uwarunkowania powodzenia w małżeństwie*, „Rocznik Nauk Społecznych” 1976, t. 4, s. 209–236; też: *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia w małżeństwie*, wyd. 2, Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax, 1985.

¹⁹ Za: M. Ryś, *Jakość i trwałość małżeństwa: propozycja skali*, „Problemy Rodziny” 1994, t. XXXIV, nr 3, s. 19–20.

²⁰ Tamże, s. 20.

²¹ Za: tamże.

małżeńska może zostać zaklasyfikowana do jednej z czterech kategorii: wysokiej jakości i wysokiej stabilności, wysokiej jakości i niskiej stabilności, niskiej jakości i niskiej stabilności, niskiej jakości i wysokiej stabilności²². Polską autorką posługującą się pojęciem jakości jest Maria Ryś, która skonstruowała Skalę Jakości i Trwałości Małżeństwa²³.

3. Jakość i trwałość związków kohabitacyjnych i małżeńskich

Dotychczasowe badania wymiarów jakości w diadzie partnerskiej w większości dotyczyły małżeństw. Analizy empiryczne kohabitacji koncentrowały się na jej związku z późniejszym funkcjonowaniem kohabitantów w związkach formalnych. Poniżej przedstawiono wybrane polskie oraz zagraniczne badania jakości i trwałości związków kohabitacyjnych i małżeńskich.

Zdaniem wielu autorów zajmujących się problematyką familiologiczną, w związku małżeński wpisana jest jego trwałość²⁴ i właśnie tym ów związek różni się od innych form współżycia pary. Małżeństwo powinno cechować się również określoną jakością, np. dając możliwość partnerom zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych, fizycznych, społecznych oraz potrzeby seksualnej²⁵. Wielu badaczy, zarówno polskich, jak i zagranicznych, podjęło próbę ustalenia czynników warunkujących jakość i trwałość związku małżeńskiego. Niektóre z wymienionych zmiennych występują przed zawarciem związku, inne w trakcie jego trwania. Maria Ryś²⁶ uważa, że szczęście małżonków określane jest dwadzieścia lat przed ich narodzeniem. Postawy rodziców, atmosfera w domu rodzinnym istotnie wpływają na kształt przyszłego małżeństwa ich dzieci. Zachowania te są często w sposób nieświadomy przekazywane z pokolenia na pokolenie. Maria Beisert²⁷ opisała proces socjalizacji pod kątem przekazywania dzieciom przez rodziców postaw wobec seksualności. Wychowanie seksualne prowadzone (świadomie lub nie) w domu rodzinnym może być widoczne również w funkcjonowaniu seksualnym dorosłego człowieka, wpływa więc na jakość tworzonego przez niego związku. Agnieszka Gałkowska²⁸ poddała analizie percepcję powodzenia małżeństwa rodziców i społeczny obraz siebie ich dorosłych dzieci. Z uzyskanych wyników wyciągnęła wnioski wskazujące na negatywne skutki, jakie wywiera na dzieci niepowo-

²² Tamże.

²³ Tamże.

²⁴ M. Braun-Gałkowska, *Miłość aktywna...*, dz. cyt.; Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, Warszawa: PWN, 1979.

²⁵ I. Janicka, *Małżeństwo czy związek niezalegalizowany*, w: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, 2003, s. 68–77.

²⁶ M. Ryś, *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1999.

²⁷ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991.

²⁸ A. Gałkowska, *Percepcja powodzenia małżeństwa rodziców a społeczny obraz siebie ich dorosłych dzieci*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 1999.

dzenie małżeństwa rodziców. Dotyczą one zarówno funkcjonowania zawodowego, jak i emocjonalnego oraz interpersonalnego. Mogą rzutować na jakość całego przyszłego życia, a więc również małżeństwa.

Maria Ryś²⁹ uważa, że stopień poznania współpartnera wpływa na poziom odpowiedzialności w podejmowaniu decyzji zawarcia związku małżeńskiego, a więc także na przyszłe losy małżeństwa. Poznanie przyszłego małżonka dotyczy jego cech, temperamentu, trwałych przyzwyczajeń, ewentualnych nałogów. Zawarcie małżeństwa powinno poprzedzać osiągnięcie odpowiedniego poziomu dojrzałości osobowej. Analizując dojrzałość do małżeństwa, należy brać pod uwagę dojrzałość fizyczną, prawną, psychiczną i socjalną partnerów. Dojrzałość fizyczna do małżeństwa wiąże się z osiągnięciem określonego poziomu dojrzałości biologicznej, umożliwiającej macierzyństwo i ojcostwo. Dojrzałość prawna związana jest z osiągnięciem wieku, w którym prawo zezwala na zawarcie związku małżeńskiego. Dojrzałość psychiczna obejmuje dojrzałość w rozwoju umysłowym, uczuciowym i społecznym, która pozwala na odpowiedzialne pełnienie funkcji małżeńskich i rodzicielskich.

Bardzo istotnym czynnikiem jakości i trwałości przyszłego związku małżeńskiego jest motywacja do jego zawarcia³⁰. Najpopularniejszym powodem zawarcia małżeństwa, jednocześnie stanowiącym podstawę szczęśliwego i trwałego związku, jest miłość³¹. Zdaniem Jana Rostowskiego³², motywem wyboru partnera do małżeństwa jest ocena cech jego charakteru. Maria Braun-Gałkowska³³ nazywa to podobieństwem psychicznych możliwości partnerów. Umożliwia ono zaspokojenie indywidualnych potrzeb współmałżonków. Doborem małżonka może także kierować chęć realizacji wspólnych wartości, zainteresowań, dążeń, aspiracji życiowych. Partnerzy mający dużo wspólnych cech mają większe szanse na stworzenie szczęśliwego i trwałego małżeństwa³⁴. Maria Ryś³⁵ wyróżnia także niedojrzałe motywacje zawarcia związku małżeńskiego. Należą do nich:

- bezkrytyczne zakochanie się,
- ucieczka przed samotnością,
- ucieczka w małżeństwo,
- nieplanowana ciąża,
- małżeństwo z litości.

Według autorki motywacje te stanowią zagrożenie dla jakości i trwałości przyszłego związku małżeńskiego.

²⁹ M. Ryś, *Psychologia małżeństwa w zarysie*, dz. cyt.

³⁰ Tamże; M. Trawińska, *Bariery małżeńskiego sukcesu*, Warszawa: KIW, 1977; B. Wojciszke, *Psychologia miłości. Intymność – Namiętność – Zaangażowanie*, Gdańsk: GWP, 2004; J. Rostowski, *Zarys psychologii małżeństwa*, dz. cyt.

³¹ J. Rostowski, *Zarys psychologii małżeństwa*, dz. cyt.

³² Tamże.

³³ M. Braun-Gałkowska, *Miłość aktywna...*, dz. cyt.

³⁴ J. Rostowski, *Zarys psychologii małżeństwa*, dz. cyt.

³⁵ M. Ryś, *Psychologia małżeństwa w zarysie*, dz. cyt.

Badacze analizowali również czynniki wpływające na jakość i trwałość małżeństwa w trakcie jego trwania. Zdaniem wielu autorów³⁶, podstawowym czynnikiem konstytuującym małżeństwo jest więź małżeńska. Jej tworzeniu sprzyja, według Heleny Izdebskiej³⁷, przestrzeganie zasad:

- wzajemnego szacunku i poczucia odpowiedzialności za wzięte na siebie obowiązki oraz za spokój, bezpieczeństwo i zadowolenie partnera;
- poszanowania praw, poglądów, zainteresowań, pracy zawodowej i społecznej partnera;
- bardziej wyrozumiałego i tolerancyjnego stosunku do współmałżonka aniżeli do siebie;
- umiejętności wczuwania się w problemy, kłopoty, potrzeby i stany psychiczne partnera;
- taktu i opanowania w sytuacjach trudnych, denerwujących, niekiedy nawet spowodowanych nieuwagą czy lekkomyślnością drugiej strony;
- unikania rozmów „zasadniczych” w stanie podenerwowania, niezadowolenia, rozgoryczenia czy zniechęcenia, a zwłaszcza „wytykania” wtedy wad, błędów i pewnych niedociągnięć.

Maria Rys³⁸ jako wyraz więzi małżeńskiej rozumie rozwój współodczuwania, współrozumienia i współdziałania. Autorka traktuje miłość małżeńską jako szczególny rodzaj więzi, dzięki której małżeństwo staje się najgłębszym zjednoczeniem dwojga osób. Miłość małżeńska jest rzeczywistością dynamiczną, podlegającą ciągłemu rozwojowi. Jej jakość zależy przede wszystkim od dojrzałości osobowej partnerów oraz wrażliwości na drugiego człowieka. Bogdan Wojciszke³⁹ rozróżnia za Sternbergiem trzy zasadnicze składniki miłości: intymność, namiętność i zaangażowanie. Cechują się one różną dynamiką zmian. Oznacza to, że różnią się szybkością przyrostu i spadku każdego z nich w miarę trwania związku. Wynika z tego, że związek miłosny zmienia się w czasie.

Maria Rys⁴⁰ zakłada, że odpowiednia komunikacja w małżeństwie umożliwi aktualizację miłości i więzi małżonków. Według Mieczysława Plopy⁴¹ czynnik ten służy nie tylko wymianie informacji, ale też istotnie wpływa na jakość związku. Dzięki niemu dochodzi do negocjacji, definiowania różnych problemów, doświadczania stopnia zaangażowania w związek, ciągłego kreowania swojej tożsamości i tożsamości związku. Badacz jest zdania, że pierwszym zadaniem małżonków jest ustalenie wzoru komuni-

³⁶ Tamże; L. Niebrzydowski, *Poziom otwartości współmałżonków a poczucie więzi małżeńskiej*, w: *Rodzina jako system interakcji: materiały z ogólnopolskiej konferencji na temat „Rodzina jako system interakcji”, 19–20 listopada 1987*, Lublin: UMCS, 1988; tegoż, *Rola otwartości w małżeństwie i rodzinie*, w: Z. Tyszka (red.), *Badania nad rodziną a praktyka społeczna*, Bydgoszcz: „Pomorze” 1988; Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, dz. cyt.

³⁷ H. Izdebska, *Przygotowanie do życia w rodzinie*, Warszawa: Wiedza Powszechna, 1972, s. 6.

³⁸ M. Rys, *Psychologia małżeństwa w zarysie*, dz. cyt.

³⁹ B. Wojciszke, *Psychologia miłości...*, dz. cyt.

⁴⁰ M. Rys, *Psychologia małżeństwa w zarysie*, dz. cyt.

⁴¹ M. Plopa, *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2006, s. 124–125.

kowania się, który powinien ułatwiać wzajemne zrozumienie i doświadczenie intymności. To, jak małżonkowie radzą sobie z nieporozumieniami, jak negocjują różnice w opiniach i zarządzają konfliktem, zależy od przyjętych reguł i strategii, specyficznych dla każdego związku. Mogą one być mniej lub bardziej efektywne. Jeśli są efektywne, umożliwiają parze rozwiązywanie problemów w sposób, który rozwija zrozumienie i intymność. Natomiast nieefektywne strategie komunikacji zawierają wymianę wrogiego nastawienia, nieposzanowania, brak empatii, unikanie konfliktu albo dopuszczanie do konfliktów niekontrolowanych i nieefektywnego ich rozwiązywania⁴².

Zdaniem wielu autorów, jedną z fundamentalnych kwestii szczęścia małżeńskiego jest satysfakcja seksualna. Możliwość zaspokojenia potrzeby seksualnej jest bardzo ważnym czynnikiem scalającym małżeństwo, wzbogacającym je o bardzo intymny wymiar i dającym poczucie bliskości⁴³. Maria Ryś⁴⁴ traktuje współżycie seksualne jako szczególną formę komunikacji małżonków, będącą istotnym czynnikiem wpływającym na rozwój miłości i więzi między małżonkami. Autorka powołuje się na badania Marii Braun-Gałkowskiej⁴⁵, z których wynika, że 80% młodych małżeństw doświadczających braku satysfakcji seksualnej ocenia swój związek jako nieszczęśliwy.

Kohabitacja występująca przed zawarciem małżeństwa istotnie wiąże się z jego późniejszą trwałością. Powszechnie opinie sugerują, że może być ona swoistym filtrem dla tych, którzy nie są do końca dobrani oraz testem związku dla tych, którzy chcą być w przyszłości razem. Jeffrey H. Larson i Thomas B. Holman⁴⁶ przedstawili badania dowodzące, że późniejsze małżeństwa kohabitantów są mniej satysfakcjonujące i mniej stabilne niż osób, które nie tworzyły związku kohabitacyjnego przez zawarciem małżeństwa⁴⁷. Potwierdzają to również wyniki badań Claire M. Kamp Dush, Catherine L. Cohan i Paula R. Amata⁴⁸, mówiące o tym, że związki małżeńskie badanych niebędących w związkach kohabitacyjnych przed zawarciem małżeństwa charakteryzowały się niższą jakością i niższą stabilnością. Również Elizabeth Thomson i Ugo Colella⁴⁹, dokonując analizy danych z przeprowadzonych w latach 1987–1988 Narodowych Badań Rodzin i Gospodarstw Domowych w Stanach Zjednoczonych pod kątem wpływu przedmałżeńskiej kohabitacji na trwałość małżeństwa, doszli do wniosku, że pary kohabituujące przed zawarciem małżeństwa charakteryzują się niższą jakością małżeństwa, niższym zaufaniem do tej instytucji i większym prawdopodobieństwem rozwodu niż pary niebędące

⁴² Tamże.

⁴³ I. Foremniak, *Satysfakcja seksualna w małżeństwie. Rozważania teoretyczne*, „Małżeństwo i Rodzina” 2004, t. III, nr 1, nr 2.

⁴⁴ M. Ryś, *Psychologia małżeństwa w zarysie*, dz. cyt.

⁴⁵ M. Braun-Gałkowska, *Miłość aktywna...*, dz. cyt.

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ Balakrishnan, Rao, Lapierre-Adamcyk, Krotki 1987 za: J.H. Larson, T.B. Holman, *Premarital predictors of marital quality and stability*, „Family Relations” 1994, vol. 43; N.G. Bennett, A.K. Blanc, D.E. Bloom, *Link Between Premarital Cohabitation...*, dz. cyt.; DeMaris, Leslie 1984 za: tamże; Trussell, Rao, 1989 za: J.H. Larson, T.B. Holman, *Premarital predictors...*, dz. cyt.

⁴⁸ C.M. Kamp Dush, C.L. Cohan, P.R. Amato, *The Relationship Between...*, dz. cyt., s. 539–549.

⁴⁹ E. Thomson, U. Colella, *Cohabitation and Marital Stability...*, dz. cyt., s. 259–267.

wcześniej w związku kohabitacyjnym. Zależności te są tym silniejsze, im dłużej obecni małżonkowie byli w związku kohabitacyjnym. Neil G. Bennett, Ann K. Blanc i David E. Bloom⁵⁰ doszli do wniosku, że wśród kobiet kohabitujących przed zawarciem małżeństwa wskaźnik możliwości jego późniejszego rozpadu jest o 80% wyższy niż wśród tych, które nie były w takich związkach. Wśród kobiet, które kohabitowały w ciągu trzech lat przed zawarciem małżeństwa, wskaźnik możliwości jego rozpadu jest o 50% wyższy niż wśród kobiet kohabitujących przez krótszy czas. Alfred DeMaris i William MacDonald⁵¹ doszli do wniosku, że seryjna kohabitacja znacząco wiąże się z nietrwałością małżeństwa. Taką zależność pokazują również badania holenderskie bazujące na spisie ludności miast z 1995 roku⁵². Z 461 tysięcy par będących razem rok wcześniej, 54 tysiące rozpadło się. Większość tych osób (70%) znalazła ponownie nowego partnera w ciągu czterech lat. Szansa na jego znalezienie była najwyższa wśród osób w wieku 20–29 lat. Samotni rodzice po rozstaniu z poprzednim partnerem rzadziej wchodzili w nowe związki (mniej niż 50% osób).

Krystyna Slany⁵³, próbując znaleźć odpowiedź na pytanie o przyczyny negatywnego wpływu kohabitacji na małżeństwo, podaje liczne wyniki badań, na podstawie których można wyróżnić kilka powtarzających się elementów mogących warunkować to zjawisko. Są to: specyficzne cechy kohabitantów, określone postawy życiowe, mniejsze zaangażowanie w instytucję małżeństwa. Autorka prezentuje wyniki badań, zgodnie z którymi częściej kohabitują osoby gorzej wykształcone, biedniejsze, których nie stać na zawarcie małżeństwa. Kohabitacja przyciąga ludzi o charakterystycznych cechach osobowościowych: mężczyźni są mniej wytrzymali, mniej pracowici, mniej kompromisowi, ale za to bardziej androgeniczni i postrzegający siebie jako atrakcyjniejszych od mężczyzn żonatych, kobiety są mniej rozważne, bardziej podporządkowane, pracowite, samoakceptujące się, androgeniczne, ekstrawertyczne i mniej dominujące niż kobiety zamężne⁵⁴. Inne badania dotyczyły określonych postaw życiowych i mniejszego zaangażowania w instytucję małżeństwa osób kohabitujących. William Axinn i Arland Thornton⁵⁵ zakładają, że osoby kohabitujące mają liberalne podejście do małżeństwa i rozwodu. Kohabitacja, zdaniem badaczy, zmniejsza zaangażowanie w małżeństwo rozumiane jako instytucja. Dzieci rodziców, którzy nie są mocno zaangażowani w małżeństwo oraz akceptują rozwody, będą w większym stopniu preferować związek nieformalny niż formalny⁵⁶. Osoby kohabitujące mają także mniej tradycyjne poglądy na podział ról społecznych według płci, mniej chętnie pragną mieć dzieci i bardziej cenią wolność osobistą⁵⁷. John Thibaut, Harold Kelly i Steven Nock⁵⁸ wskazują, że osoby

⁵⁰ N.G. Bennett, A.K. Blanc, D.E. Bloom, *Link Between Premarital Cohabitation...*, dz. cyt.

⁵¹ A. DeMaris, W. MacDonald, *Premarital Cohabitation...*, dz. cyt., s. 399–407.

⁵² Keij, Harmsen, 2001 za: K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

⁵³ K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

⁵⁴ Newcomb, 1987 za: K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

⁵⁵ W. Axinn, A. Thornton, 1992 za: K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

⁵⁶ Thornton, 1991 za: K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

⁵⁷ E. Thomson, U. Colella, *Cohabitation and Marital Stability...*, dz. cyt., s. 259–267.

⁵⁸ J. Thibaut, H. Kelly, S. Nock za: K. Slany, *Alternatywne formy życia...*, dz. cyt.

wcześniej kohabitujące wchodzi w nowy związek z postawami liberalnymi względem małżeństwa oraz z tzw. minimum oczekiwań co do związku, co z kolei generuje niższy poziom satysfakcji z niego.

Helen Bee⁵⁹ podziela pogląd Krystyny Slany na istnienie związku pomiędzy przedmałżeńską kohabitacją a jakością i trwałością późniejszego małżeństwa kohabitantów. Autorka cytuje badania DeMaris i Leslie z 1984 roku, z których wynika, że decydujący się na wspólne zamieszkanie nie wykazują silnych skłonności do odgrywania tradycyjnych ról płciowych, rzadziej uczestniczą w obrzędach religijnych i rzadziej zgadzają się z tym, że należy wytrwać w małżeństwie bez względu na to, jakie ono jest. Osoby rezygnujące z zamieszkania w związku nieformalnym prezentują bardziej tradycyjne poglądy. Z tego wynika, że różnice w stabilności małżeństwa między osobami zamieszkującymi razem przed ślubem a tymi, które z tego rezygnują, są sprawą autoselekcji, a nie wynikają ze sprawczych procesów, które można by przypisać samej sytuacji wspólnego zamieszkiwania. Autorka cytuje również badania Schoen z 1992 roku, z których wynika, że czynniki negatywnie skorelowane ze wspólnym zamieszkiwaniem przed ślubem zanikają w ostatnich grupach pokoleniowych i całkowicie zanikły w grupie urodzonej pomiędzy 1953 a 1957 rokiem. Zdaniem Helen Bee, praktyka wspólnego zamieszkiwania przed ślubem jest coraz powszechniejsza w ostatnich pokoleniach, a jej widoczny negatywny wpływ zanika.

Wyniki badań prowadzonych przez Barbarę Jankowiak⁶⁰, dotyczących jakości i trwałości związków nauczycieli, wskazują, że nie istnieją różnice istotne statystycznie w jakości i trwałości związków kohabitacyjnych oraz małżeńskich. Należy podkreślić, że wiele z cech, które przypisuje się osobom tworzącym związki kohabitacyjne, było w przeprowadzonych badaniach kontrolowanych ze względu na to, że badani są z jednej grupy zawodowej. Np. wykształcenie lub też poziom zarobków nie różnicował grupy kohabitujących i małżonków. Można również przypuszczać, że badana grupa nauczycieli była podobna, jeśli chodzi o postawy życiowe. Gdy cechy, które, zdaniem badaczy, różnicują osoby pozostające w związkach formalnych i nieformalnych, były w większości kontrolowane (ze względu na homogeniczność zawodową grupy badawczej), opisywana w literaturze niższa jakość związków kohabitacyjnych nie wystąpiła. Wynika z tego, że sam wybór kohabitacji jako sposobu na życie razem partnerów nie wpływa na jakość i trwałość tworzonego związku.

Martyna Goryniak⁶¹ prowadziła badania dotyczące jakości związków heteroseksualnych młodych dorosłych. Według niej na jakość związku w aspekcie indywidualnym największy wpływ ma: satysfakcja partnerów ze związku, komunikacja interpersonalna

⁵⁹ H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Zysk i S-ka, 2004, s. 442.

⁶⁰ B. Jankowiak, *Aktywność seksualna nauczycieli a jakość i trwałość ich związków partnerskich*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2010; teŝe, *Charakterystyka związków partnerskich nauczycieli. Analiza teoretyczna i badania własne*, „Studia Edukacyjne” 2010, nr 12.

⁶¹ M. Goryniak, „Czynniki warunkujące jakość relacji w związkach heteroseksualnych młodych dorosłych”, niepublikowana rozprawa doktorska, Poznań: UAM, 2003.

i satysfakcja seksualna. Inne istotne czynniki to: idealizm w ocenie związku, dopasowanie osobowościowe, rozwiązywanie konfliktów, gospodarowanie pieniędzmi, aktywność w czasie wolnym, stosunek do związku i rodzicielstwa, stosunek do rodziny i przyjaciół, równouprawnienie i stosunek do religii.

Jak wynika z opisanych badań oraz analiz teoretycznych badań zarówno socjologicznych, jak i psychologicznych nad jakością związków intymnych, starano się wskazać wymiary, które są najbardziej adekwatne w ocenie jakości relacji⁶². Badacze różnili się definiowaniem podstawowego wymiaru funkcjonowania diady, dlatego też prowadzone przez nich analizy różnią się i zakresem, i bazą pojęciową. Polscy badacze byli twórcami metod badania jakości małżeństwa. Do najbardziej znanych należą: Skala Powodzenia Małżeństwa Marii Braun-Gałkowskiej⁶³, Skala Jakości i Trwałości Małżeństwa Marii Rys⁶⁴, Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa Mieczysława Plopy⁶⁵.

4. Skale Jakości i Trwałości Związków Partnerskich Jankowiak

Podstawą stworzenia tej skali była wiedza teoretyczna na temat relacji w związkach partnerskich oraz wiedza dotycząca wcześniej prowadzonych badań na ten temat. Szczególnie istotne znaczenie dla konstrukcji skali miały badania Marii Ryś⁶⁶, która skonstruowała Skalę Pomiaru Jakości i Trwałości Małżeństwa oraz Mieczysława Plopy⁶⁷ badającego małżeństwa za pomocą Kwestionariusza Dobranego Małżeństwa.

Skala Jakości i Trwałości Związków Partnerskich składa się z dwóch oddzielnych skal: pierwszej – Skali Jakości, drugiej – Skali Trwałości. Skala Jakości Związków Partnerskich składa się z trzydziestu twierdzeń dotyczących związku partnerskiego, natomiast Skala Trwałości Związków Partnerskich składa się z dziesięciu twierdzeń dotyczących związku partnerskiego. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie odpowiedzi przy każdym stwierdzeniu, które najtrafniej charakteryzuje jej związek partnerski. W czerwcu 2006 roku przeprowadzono badania mające na celu wybór pozycji testowych do Skal Jakości i Trwałości Związku⁶⁸. Badani byli studenci studiów zaocznych peda-

⁶² M. Ryś, *Jakość małżeństwa a komunikowanie się małżonków i sposoby rozwiązywania wzajemnych konfliktów*, „Problemy Rodziny” 1996, t. XXXVI, nr 5; M. Plopa, *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2005; tegoż, *Więzi w małżeństwie...*, dz. cyt.; L. Janiszewska, *Sukcesy małżeńskie w rodzinach marynarzy*, Warszawa–Poznań: Studium Socjologiczne PAN, 1986; M. Braun-Gałkowska, *Psychospołeczne uwarunkowania...*, dz. cyt.; tejsze, *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 1992.

⁶³ M. Braun-Gałkowska, *Psychospołeczne uwarunkowania...*, dz. cyt.

⁶⁴ M. Ryś, *Jakość i trwałość małżeństwa...*, dz. cyt.

⁶⁵ M. Plopa, *Więzi w małżeństwie...*, dz. cyt.

⁶⁶ M. Ryś, *Jakość i trwałość małżeństwa...*, dz. cyt.

⁶⁷ M. Plopa, *Więzi w małżeństwie...*, dz. cyt.

⁶⁸ B. Jankowiak, *Aktywność seksualna nauczycieli...*, dz. cyt.; tejsze, *Charakterystyka związków partnerskich...*, dz. cyt.

gogiki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Grupa badawcza liczyła 80 osób. Dzięki uzyskanym wynikom udało się z większej puli twierdzeń wybrać pozycje, które ostatecznie weszły do eksperymentalnej wersji skal: 30 odnoszących się do jakości związku oraz 10 dotyczących jego trwałości. Następnie kwestionariusz został wykorzystany w badaniu związków nauczycieli. Wzięło w nim udział 305 uczestników. Zebrane dane zostały wykorzystane do dalszej analizy właściwości psychometrycznych skal⁶⁹.

Eksploracyjna analiza czynnikowa z rotacją varimax wykazała, że Skala Jakości Związku składa się z trzech czynników, które tłumaczą 70% wariacji wyników. Każdy z czynników odnosi się do innego aspektu jakości związku.

1. Wymiar wsparcia (30% tłumaczonej wariacji wyników na skali) – 16 pozycji testowych. Czynnikiem ten związany jest z przekonaniem obojga partnerów, że mogą na siebie liczyć w ważnych sprawach, dbają o siebie, zaspokajają swoje potrzeby psychiczne, wykazują się zrozumieniem i wzajemnym wsparciem. Związek zapewnia im poczucie bezpieczeństwa, jest satysfakcjonujący, daje poczucie szczęścia i miłości. Czynnikiem ten świadczy również o tym, że partnerzy wypracowali skuteczne sposoby komunikacji i potrafią rozwiązywać pojawiające się konflikty. Ten wymiar jakości związku odnosi się do codziennych sytuacji, w których partnerzy mogą poczuć, że ich dobrostan rośnie ze względu na to, że są razem.

2. Wymiar namiętności (22% wariacji) – 9 pozycji testowych. Czynnikiem ten związany jest z poczuciem atrakcyjności seksualnej partnerów. Wyraża się w okazywaniu sobie miłości poprzez wzajemne adorowanie, pocałunki, pieszczoty. Wymiar ten wskazuje, że partnerzy opisują swój związek jako namiętny i akceptują swoje upodobania seksualne. Odnosi się on do satysfakcjonującego życia seksualnego partnerów.

3. Wymiar odpowiedzialności za związek (18% wariacji) – 5 pozycji testowych. Czynnikiem ten związany jest ze wzajemnym zaufaniem partnerów. Partnerzy są w stosunku do siebie lojalni, uczciwi i wierni. Ten wymiar jakości dotyczy odpowiedzialności obojga partnerów za tworzony związek.

Tabela 1. Struktura czynnikowa Skali Jakości Związków Partnerskich (eksploracyjna analiza czynnikowa – macierz rotowanych składowych)

Numer pozycji w skali	Składowa		
	wsparcie	namiętność	odpowiedzialność
10	0,77		
22	0,75		
28	0,74		
29	0,71		
3	0,70		
11	0,68		
2	0,67		

⁶⁹ Tamże.

Numer pozycji w skali	Składowa		
	wsparcie	namiętność	odpowiedzialność
27	0,65		
9	0,65	0,50	
7	0,63		
21	0,62		
5	0,62		
25	0,61		
14	0,61		
13	0,55		
17	0,50		
24		0,82	
4		0,69	
20		0,69	
23		0,67	
30		0,64	
19		0,62	
6		0,58	
18		0,57	
26		0,56	
15			0,86
16			0,76
12			0,71
8			0,69
1	0,53		0,54
Metoda wyodrębniania czynników – głównych składowych			
Metoda rotacji – varimax z normalizacją Kaisera			
Ukryto ładunki mniejsze niż 0,50			

Tabela 2. Struktura czynnikowa Skali Trwałości Związków Partnerskich (eksploracyjna analiza czynnikowa – macierz rotowanych składowych)

Numer pozycji w skali	Składowa	
	tendencje propulsywne	tendencje repulsywne
10	0,83	
3	0,81	
1	0,78	
2	0,76	
9	0,76	
5		0,84
4		0,79
6		0,78

Numer pozycji w skali	Składowa	
	tendencje propulsywne	tendencje repulsywne
8	0,51	0,69
7		0,69
Metoda wyodrębniania czynników – głównych składowych		
Metoda rotacji – varimax z normalizacją Kaisera		
Ukryto ładunki mniejsze niż 0,50		

Przeprowadzona analiza eksploracyjna stanowiła pierwszy krok w stronę potwierdzenia oczekiwań dotyczących trójczynnikowej struktury jakości związku. Kolejnym etapem walidacji kwestionariusza była confirmacyjna analiza czynnikowa wykorzystująca modelowanie równań strukturalnych przeprowadzona przy użyciu oprogramowania AMOS 18.0⁷⁰. Metoda ta pozwalała na oszacowanie parametrów ukazujących stopień dopasowania do danych empirycznych opracowanego modelu zjawiska (w tym przypadku zależności pomiędzy pozycjami wchodzącymi w skład skali). Na wcześniejszych etapach analizy ustalono, że skala, zgodnie z oczekiwaniami, cechuje się występowaniem trzech czynników tworzących wymiary o wysokim stopniu rzetelności mierzonej jako stopień powiązań pomiędzy pozycjami testowymi. Ponadto niektóre pozycje miały istotny wpływ na wszystkie trzy czynniki, a podskale cechowały się wysokimi korelacjami. W związku z tym na kolejnym etapie analiz można było oczekiwać, że struktura skali jest hierarchiczna. Hierarchiczność skali miałyby polegać na tym, że oprócz trzech wyróżnionych czynników (wsparcie, namiętność, odpowiedzialność) istnieje bardziej ogólny czynnik jakości związku. Od strony psychometrycznej świadczyłby on o tym, że trzy wyróżnione wcześniej czynniki są z jednej strony niezależne i przyjmują różne konfiguracje (np. wysoka namiętność, lecz niskie poczucie oparcia), a z drugiej strony niższy poziom któregokolwiek z czynników pozwala oczekiwać niższego poziomu pozostałych. Przykładem tego rodzaju struktury zmiennych są skale inteligencji mierzące różne jej wymiary, lecz również pozwalające na uchwycenie ogólnego hipotetycznego czynnika determinującego w pewnym stopniu cały zakres funkcji intelektualnych.

Przed przystąpieniem do testowania hierarchicznej struktury skali sprawdzono model prostszy zgodnie ze statystyczną zasadą oszczędności (parsimony), czyli możliwie największej prostoty modelu (parsimony). Prosty model trójczynnikowy był w niewystarczającym stopniu dopasowany do uzyskanych danych: $\chi^2 = 1401,11$; $df = 402$; $\chi^2/df = 3,48$; CFI = 0,89; RMSEA = 0,09; RMSEA 90% CI [0,085–0,096]. Jeszcze słabsze parametry uzyskał model jednoczynnikowy, zakładający że u podłoża jakości związku leży wyłącznie jeden niezróżnicowany czynnik: $\chi^2 = 1861,02$; $df = 405$; $\chi^2/df = 4,59$; CFI = 0,83; RMSEA = 0,10; RMSEA 90% CI [0,104–0,114]. Model hierarchiczny (każda pozycja testowa zależy od czynnika ogólnej jakości związku oraz od czynnika

⁷⁰ J.L. Arbuckle, AMOS (Version 18.0) [oprogramowanie], Chicago, IL: SPSS Inc., 2009.

specyficznego dla jej podskali) uzyskał najlepsze parametry dopasowania: $\chi^2 = 1094,90$; $df = 372$; $\chi/df = 2,94$; $CFI = 0,92$; $RMSEA = 0,08$; $RMSEA\ 90\% \text{ CI } [0,074-0,085]$.

Analogiczną analizę przeprowadzono w odniesieniu do Skali Trwałości Związku. Eksploracyjna analiza czynnikowa wykazała zgodnie z oczekiwaniami, że odpowiedzi na wszystkie pozycje w tej skali zależą od jednego czynnika – trwałości związku, który tłumaczy 64% wariancji. Jednakże konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała, że ten jednoczynnikowy model nieadekwatnie oddaje zależności w zbiorze danych: $\chi^2 = 361,65$; $df = 35$; $\chi/df = 10,33$; $CFI = 0,86$; $RMSEA = 0,17$; $RMSEA\ 90\% \text{ CI } [0,159-0,192]$. Wynik ten wskazał na konieczność poszukania rozwiązania wyższego rzędu. Eksploracyjna analiza czynnikowa z liczbą czynników ustaloną na 2 zasugerowała podział wariancji na dwa czynniki, które na podstawie analizy treści można określić jako tendencje propulsywne (39% wariancji) i repulsywne (34% wariancji). Pierwszy czynnik dotyczy pozytywnych przekonań świadczących o tendencjach do konsolidacji związku (silna więź, poczucie sensu zaangażowania w budowę trwałości związku itp.). Drugi natomiast wskazuje na występowanie tendencji do rozpadu związku (myśli lub rozmowy o zerwaniu, angażowanie się w relacje seksualne poza podstawowym związkiem partnerskim itp.).

Dwuczynnikowe rozwiązanie wyłonione w toku eksploracyjnej analizy czynnikowej poddane zostało analizie konfirmacyjnej. Uzyskało ono znacznie lepsze parametry dopasowania niż rozwiązanie jednoczynnikowe: $\chi^2 = 148,15$; $df = 34$; $\chi/df = 4,35$; $CFI = 0,95$; $RMSEA = 0,105$; $RMSEA\ 90\% \text{ CI } [0,088-0,123]$. Parametry te wskazują jednak na możliwość poszukiwania lepszego dopasowania.

Analogicznie do przypadku jakości związku przetestowano rozwiązanie hierarchiczne, w którym każda pozycja testowa zależy od ogólnej trwałości związku oraz od czynników niższego rzędu: propulsywności lub repulsywności. Model hierarchiczny uzyskał najlepsze a zarazem satysfakcjonujące dopasowanie: $\chi^2 = 61,96$; $df = 24$; $\chi/df = 2,58$; $CFI = 0,98$; $RMSEA = 0,072$; $RMSEA\ 90\% \text{ CI } [0,050-0,094]$.

Dyskusja i wnioski

Przeprowadzone analizy wykazały, że opisując związek w aspekcie jego jakości oraz trwałości, warto wyróżniać zarówno czynnik ogólny, jak i poszczególne podwymiary. Przeprowadzone analizy czynnikowe wykazały, że Skale Jakości i Trwałości Związku Jankowiak na obecnym etapie cechują się trafnością teoretyczną. Otrzymane parametry dopasowania wskazują jednocześnie na możliwość następnych prac poprawiających strukturę skal. Jedną z dróg może być dalsze ograniczanie liczby pozycji testowych – w szczególności wchodzących w skład skali wsparcia. Zasadne jest poszukiwanie konceptualizacji teoretycznej uwzględniającej również ogólny wskaźnik jakości związku. Od strony psychometrycznej otrzymane rezultaty wskazują, że oprócz trzech zaproponowanych wymiarów (wsparcie, namiętność, odpowiedzialność) uzasadnione

jest liczenie ogólnego wskaźnika jakości związku uzyskiwanego poprzez zsumowanie wyników dla poszczególnych skal.

W przypadku analizy trwałości związków wyłonił się podział na tendencje propulsywne oraz repulsywne. Choć wymiary te są przeciwstawne, mogą wpisywać się w ogólną zasadę relatywnej niezależności procesów pozytywnych i negatywnych. Podobna trwałość związku w sensie wyniku ogólnego może zależeć od różnego udziału tych dwóch czynników, np. związek ogarnięty monotonią (przeciętne nasilenie tendencji propulsywnych i repulsywnych) *versus* skonfliktowany związek targany przeciwstawnymi równoważącymi się tendencjami.

Załącznik – Skale Jakości i Trwałości Związku Jankowiak

Proszę przy każdym z podanych stwierdzeń zaznaczyć krzyżykiem odpowiedź, która najbardziej odpowiada Pani/Panu osobistemu zdaniu.

Skala I – dotycząca jakości związku

Lp.	Mój związek charakteryzuje...	Tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Nie
1.	Wzajemna miłość	5	4	3	2	1
2.	Wzajemne zaspokajanie potrzeb psychicznych partnerów	5	4	3	2	1
3.	Poczucie bezpieczeństwa	5	4	3	2	1
4.	Satysfakcja z życia seksualnego	5	4	3	2	1
5.	Poczucie szczęścia w związku	5	4	3	2	1
6.	Wzajemne poczucie atrakcyjności partnerów	5	4	3	2	1
7.	Zdolność rozwiązywania konfliktów	5			2	
8.	Wzajemna uczciwość	5	4	3	2	1
9.	Poczucie zadowolenia i satysfakcji ze związku	5	4	3	2	1
10.	Wzajemne poczucie bycia zrozumianym w ważnych sprawach	5	4	3	2	1
11.	Wzajemne poczucie, że na partnera można liczyć	5	4	3	2	1
12.	Wzajemne zaufanie	5	4	3	2	1
13.	Wzajemne zadowolenie z pracy zawodowej partnera	5	4	3	2	1
14.	Wzajemne poczucie, że zachowanie partnera jest zgodne z naszymi oczekiwaniami	5	4	3	2	1
15.	Wzajemna wierność	5	4	3	2	1
16.	Wzajemna lojalność	5	4	3	2	1
17.	Chęć spędzania razem chwil wolnych od pracy	5	4	3	2	1
18.	Intymność	5	4	3	2	1

Lp.	Mój związek charakteryzuje...	Tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Nie
19.	Wzajemne zaangażowanie w tworzenie atmosfery zrozumienia i bliskości	5	4	3	2	1
20.	Wzajemne okazywanie wyjątkowości i ważności partnera, np. poprzez adorowanie go	5	4	3	2	1
21.	Otwarta i pełna komunikacja między partnerami	5	4	3	2	1
22.	Udzielanie sobie nawzajem wsparcia psychicznego, emocjonalnego i duchowego	5	4	3	2	1
23.	Częste okazywanie sobie miłości, np. poprzez pocałunki, przytulanie się	5	4	3	2	1
24.	Namiętność	5	4	3	2	1
25.	Wzajemne dbanie o dobro partnera	5	4	3	2	1
26.	Przeżywanie szczęścia w obecności partnera i z jego powodu	5	4	3	2	1
27.	Wzajemne przekonanie, że można na partnera liczyć w potrzebie	5	4	3	2	1
28.	Wzajemne zrozumienie	5	4	3	2	1
29.	Dawanie i otrzymywanie uczuciowego wsparcia	5	4	3	2	1
30.	Wzajemna akceptacja upodobań seksualnych	5	4	3	2	1

Skala II – dotycząca trwałości związku

Lp.	Mój związek charakteryzuje...	Tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Nie
1.	Silna więź	5	4	3	2	1
2.	Przekonanie, że ten związek będzie trwał aż do śmierci	5	4	3	2	1
3.	Poczucie sensu zaangażowania w budowę trwałości związku	5	4	3	2	1
4.	Pragnienie rozstania	5	4	3	2	1
5.	Angażowanie się w związki seksualne poza podstawowym związkiem partnerskim	5	4	3	2	1
6.	Poczucie zniechęcenia dotychczasowym związkiem	5	4	3	2	1
7.	Poczucie, że bycie w związku krępuje niezależność i autonomię	5	4	3	2	1
8.	Myśli lub rozmowy o zerwaniu związku	5	4	3	2	1
9.	Poczucie, że ten partner jest właściwie wybranym partnerem życiowym	5	4	3	2	1
10.	Wzajemne zaangażowanie w budowę trwałości związku	5	4	3	2	1

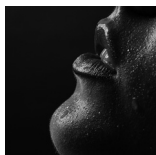
LITERATURA

- AMATO P.R., JOHANSON D.R., BOOTH A., ROGERS S.J., *Continuity and Change in Marital Quality Between 1980 and 2000*, „Journal of Marriage and Family” 2003, vol. 65
- ARBUCKLE J.L., AMOS (Version 18.0) [oprogramowanie], Chicago, IL: SPSS Inc., 2009
- BEE H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Zysk i S-ka, 2004
- BEISERT M., *Seks twojego dziecka*, Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke, 1991
- BENNETT N.G., BLANC A.K., BLOOM D.E., *Link Between Premarital Cohabitation and Subsequent Marital Stability*, „American Sociological Review” 1988, 53, s. 127–138
- BRAUN-GAŁKOWSKA M., *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia w małżeństwie*, wyd. 2, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX, 1985
- BRAUN-GAŁKOWSKA M., *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 1992
- BRAUN-GAŁKOWSKA M., *Psychospołeczne uwarunkowania powodzenia w małżeństwie*, „Rocznik Nauk Społecznych” 1976, t. 4, s. 209–236
- DEMARIS A., MACDONALD W., *Premarital Cohabitation and Marital Instability: A Test of the Unconventionality Hypothesis*, „Journal of the Marriage and the Family” 1993, vol. 55, s. 399–407
- FOREMNIAK I., *Satysfakcja seksualna w małżeństwie. Problematyka badań własnych*, „Małżeństwo i Rodzina” 2004, t. III, nr 2
- FOREMNIAK I., *Satysfakcja seksualna w małżeństwie. Rozważania teoretyczne*, „Małżeństwo i Rodzina” 2004, t. III, nr 1
- GAŁKOWSKA A., *Percepcja powodzenia małżeństwa rodziców a społeczny obraz siebie ich dorosłych dzieci*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 1999
- GORYNIAK M., „Czynniki warunkujące jakość relacji w związkach heteroseksualnych młodych dorosłych”, niepublikowana rozprawa doktorska, Poznań: UAM, 2003
- IZDEBSKA H., *Przygotowanie do życia w rodzinie*, Warszawa: Wiedza Powszechna, 1972
- JANICKA I., *Małżeństwo czy związek niezalegalizowany*, w: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, 2003, s. 68–77
- JANICKA I., NIEBRZYDOWSKI L., *Psychologia małżeństwa. Zafascynowanie partnerem, otwartość, empatia, miłość, seks*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, 1994
- JANISZEWSKA L., *Sukces małżeńskie w rodzinach marynarzy*, Warszawa–Poznań: Studium Socjologiczne PAN, 1986
- JANKOWIAK B., *Aktywność seksualna nauczycieli a jakość i trwałość ich związków partnerskich*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2010
- JANKOWIAK B., *Charakterystyka związków partnerskich nauczycieli. Analiza teoretyczna i badania własne*, „Studia Edukacyjne” 2010, nr 12
- JANKOWIAK B., *Problematyka jakości i trwałości relacji partnerskich w teorii i badaniach*, „Przegląd Terapeutyczny” 2007, nr 3
- JOHNSON D.R., AMOLOZA T.O., BOOTH A., *Stability and Developmental Change in Marital Quality: A Three-Wave Panel Analysis*, „Journal of the Marriage and the Family” 1992, vol. 54, s. 582–594
- KAMP DUSH C.M., COHAN C.L., AMATO P.R., *The Relationship Between Cohabitation and Marital Quality and Stability: Change Across Cohorts?*, „Journal of Marriage and Family” 2003, vol. 65, s. 539–549
- KWAK A., *Alternatywne formy życia rodzinnego w świecie współczesnym. Diagnoza i prognoza*, w: M. Ziółkowski (red.), *Ludzie przełomu tysiąclecia a cywilizacja przyszłości*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001, s. 155–167
- KWAK A., *Niezamężna kohabitacja jako zjawisko społeczne*, „Studia Socjologiczne” 1995, nr 3/4, s. 141–156

- KWAK A., *Rodzina i jej przemiany*, Warszawa: Wydawnictwo UW, 1994
- KWAK A., *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2005
- LARSON J.H., HOLMAN T.B., *Premarital predictors of marital quality and stability*, „Family Relations” 1994, vol. 43
- NIEBRZYDOWSKI L., *Poziom otwartości współmałżonków a poczucie więzi małżeńskiej*, w: *Rodzina jako system interakcji: materiały z ogólnopolskiej konferencji na temat „Rodzina jako system interakcji”, 19–20 listopada 1987*, Lublin: UMCS, 1988
- NIEBRZYDOWSKI L., *Rola otwartości w małżeństwie i rodzinie*, w: Z. Tyszka (red.), *Badania nad rodziną a praktyka społeczna*, Bydgoszcz: „Pomorze” 1988
- PŁOPA M., *Doświadczenie intymności a satysfakcja z małżeństwa*, „Małżeństwo i Rodzina” 2002, t. III, nr 3
- PŁOPA M., *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2005
- PŁOPA M., *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2006
- PŁOPA M., *Z badań nad podmiotowymi uwarunkowaniami powodzenia i dezintegracji związków małżeńskich*, w: L. Gapik, A. Woźniak (red.), *Postępy psychoterapii. Problemy małżeństwa i rodziny*, t. IV, Poznań: Interfund, 2002
- ROSTOWSKI J., *Zarys psychologii małżeństwa*, Warszawa: PWN, 1987
- ROSTOWSKI J., *Znaczenie problematyki osobowości partnerów w badaniach nad małżeństwem*, w: M. Ziemska (red.), *Społeczne konsekwencje integracji i dezintegracji rodziny*, Warszawa: PWN, 1986
- RYŚ M., *Jakość i trwałość małżeństwa: propozycja skali*, „Problemy Rodziny” 1994, t. XXXIV, nr 3
- RYŚ M., *Jakość małżeństwa a komunikowanie się małżonków i sposoby rozwiązywania wzajemnych konfliktów*, „Problemy Rodziny” 1996, t. XXXVI, nr 5
- RYŚ M., *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1999
- SLANY K., *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos, 2002
- SLANY K., *Orientacje małżeńskie i rodzinne młodzieży akademickiej w Polsce*, „Problemy Rodziny” 2001, nr 3
- SLANY K., *Związki konsensualne – nowa forma małżeństw?*, „Problemy Rodziny” 1994, t. XXXIV, nr 3
- THOMSON E., COLELLA U., *Cohabitation and Marital Stability: Quality or Commitment?*, „Journal of the Marriage and the Family” 1992, vol. 54, s. 259–267
- TRAWIŃSKA M., *Bariery małżeńskiego sukcesu*, Warszawa: KiW, 1977
- TYSZKA Z., *Socjologia rodziny*, Warszawa: PWN, 1979
- WOJCISZKE B., *Psychologia miłości. Intymność – Namietność – Zaangażowanie*. Gdańsk: GWP, 2004

ROBERT KOWALCZYK*, KRZYSZTOF NOWOSIELSKI**, KATARZYNA WASZYŃSKA***,
JOANNA ŚLUSARCZYK****

* Zakład Seksuologii Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego ** Oddział Ginekologii
i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Tychach *** Wydział Studiów Edukacyjnych UAM
**** Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ



PSYCHOLOGICZNE UWARUNKOWANIA WZAJEMNEJ ATRAKCYJNOŚCI W DIADACH MĘSKICH HOMOSEKSUALNYCH

Wstęp

Zgodnie z klasycznym podejściem, orientacja seksualna jest definiowana jako „trwały emocjonalny, uczuciowy i seksualny pociąg wobec osób określonej płci”¹. O ludziach odczuwających pociąg wobec osób odmiennej płci mówi się, że są heteroseksualni. Tych, których pociągają osoby tej samej płci, określa się mianem osób homoseksualnych. Z kolei osoby odczuwające pociąg do kobiet i do mężczyzn określa się jako biseksualne. Skrót LGB odnosi się zbiorczo do tej populacji (lesbijki, geje, osoby biseksualne).

We współczesnej literaturze coraz częściej odchodzi się od pojęcia orientacji seksualnej i zastępuje się je określeniem „tożsamość seksualna”², które wydaje się trafniej opisywać doświadczenia ludzi w zakresie ich relacji intymnych. Nie należy mylić pojęcia tożsamości seksualnej z „tożsamością płciową”, która odnosi się do wewnętrznego poczucia płci („Jak określam własną płęć?”). Na podstawie kierunku potrzeb seksualnych nie da się wnioskować o czyjejs tożsamości płciowej

¹ Resolution on sexual orientation and marriage. APA policy statement, American Psychological Association, 2004; Same sex unions. Position statement, American Psychiatric Association, 2004; K. Bojarska, R. Kowalczyk, *Homoseksualność i społeczeństwo*, w: Z. Lew-Starowicz i V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, s. 34–61.

² R.M. Perez, K.A. DeBord, K.J. Bieschke (red.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*, Washington, DC: American Psychological Association, 2001; patrz też: K. Bojarska, R. Kowalczyk, dz. cyt.

i odwrotnie. Możliwe są wszelkie kombinacje tożsamości i kierunków potrzeb seksualnych³.

Choć wielu ludzi postrzega swój „seksualny profil” jako stabilny w ciągu życia, są też tacy, którzy postrzegają go jako zmienny w czasie. Fakt, że dana osoba reaguje seksualnie w określony sposób w danym momencie życia, nie oznacza, że będzie tak samo reagować w przyszłości. Zmiany sposobu reagowania seksualnego następują z zasady niezależnie od tego, czy dana osoba ocenia je pozytywnie, czy negatywnie, niezależnie od jej świadomych wyborów czy decyzji. Niektóre osoby relacjonują niespodziewane ujawnienie się nowych potrzeb seksualnych, odmiennych od dotychczasowych, nawet po latach satysfakcjonującego funkcjonowania w relacjach innego rodzaju. Jednocześnie należy pamiętać, że jak dotąd nie ma wiarygodnego naukowego potwierdzenia możliwości celowej i zamierzonej zmiany kierunku potrzeb seksualnych w toku jakichkolwiek ukierunkowanych działań terapeutycznych⁴, zakwestionowano etyczne podstawy dokonywania tego typu prób.

Termin „homoseksualizm” po raz pierwszy został użyty w roku 1869 przez Karla Kertbeny, który w liście do pruskiego ministra sprawiedliwości postulował zdekryminalizowanie homoseksualizmu⁵.

Jedne z pierwszych badań dotyczące między innymi częstotliwości występowania homoseksualizmu prowadzili tacy autorzy, jak: Romer (1901), Hirschfeld (1903, 1904), Hamilton (1929), Terman i Miles (1936), Ramsey (1939), Finger (1947), McPartland (1947), Kinsey i współpracownicy (1948)⁶.

Współcześnie jedną z częstszych tendencji badawczych jest stopniowe odchodzenie od precyzyjnego i ścisłego definiowania homoseksualizmu na rzecz definicji bardziej ogólnych⁷. Popularne staje się rozumienie terminu „homoseksualizm” w kategoriach subiektywnej autodefinicji. Za osoby homoseksualne uznaje się te, które same się tak postrzegają⁸. Według takiej definicji osoba homoseksualna jest świadoma swojego seksualnego, emocjonalnego, duchowego i intelektualnego zainteresowania wybranymi osobami tej samej płci i wie, że jest zdolna do zachowania wynikającego z takiego zainteresowania. Homoseksualizm w myśl tej definicji jest traktowany jako opis dotyczący tożsamości jednostki, tzn. obejmujący nie tylko sferę seksualną, ale także emocjonalną, poznawczą i behawioralną⁹.

³ A.I. Lev, *Transgender emergence. Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*, New York, London, Oxford: The Haworth Clinical Practice Press, 2004; zob. też: K. Bojarska, R. Kowalczyk, dz. cyt.

⁴ Resolution on sexual orientation and marriage, dz. cyt.

⁵ Selerowicz 1994, za: A. Długolecka, *Pokochałaś kobietę*, Warszawa: Elma Books, 2005.

⁶ K. Boczowski, *Homoseksualizm*, Warszawa: PZWL, 1992.

⁷ A. Długolecka, dz. cyt.

⁸ Abbot i Love 1972, za: E.R. Mahoney, *Human Sexuality*, New York: McGraw Hill, 1983.

⁹ Tamże.

Wiele mitów i stereotypów narosło wokół związków, jakie tworzą osoby homoseksualne. Oni sami pomimo swoich doświadczeń nie potrafią często określić specyfiki swoich relacji.

We współczesnym świecie obserwuje się wzrost liczby związków homoseksualnych oraz wzrost ich akceptacji ze strony społeczeństwa. Pary i rodziny homoseksualne nie są jednorodne; różnią się wielkością, etnicznością, religijnością, życiowym credo, a nawet praktykami seksualnymi¹⁰. Osoby homoseksualne również w Polsce „wychodzą z ukrycia” i żądają uznania swoich praw. Jak wynika z badań Zdrojewicza¹¹, 80,3% osób o odmiennej niż heteroseksualna orientacji, żyjących w stałych związkach partnerskich, ocenia swoje życie seksualne na co najmniej 3 (w skali 0–5), 89,86% badanych opowiada się za wprowadzeniem rejestrowanych związków osób tej samej płci (90,7% kobiet i 89,4% mężczyzn), a połowa badanych chciałaby wprowadzenia możliwości adopcji dzieci przez pary jedнопłciowe (58% kobiet i 45% mężczyzn).

W Stanach Zjednoczonych ok. 33% par lesbijskich i 22% par gejowskich wychowuje co najmniej jedną osobę poniżej 18. roku życia¹². Większość badaczy częstą zmianę partnera uważa za charakterystyczną cechę homoseksualistów. W ostatnich latach pogląd ten został nie tyle podważony, ile uległ pewnej modyfikacji. Po pierwsze, należy stwierdzić, że homoseksualni mężczyźni są skłonni do zdrad oraz zmiany partnera raczej w młodości. W wieku późniejszym nawet ci homoseksualiści, którzy mieli wiele przygód, starają się znaleźć stałego partnera¹³.

Promiskuityzm niektórych homoseksualistów jest jedynie przemijającą fazą życia, związaną z brakiem stałego partnera¹⁴. Związki homoseksualne okazują się tak stabilne, satysfakcjonujące, kochające jak małżeństwa heteroseksualne¹⁵. Geje i lesbijki wnoszą do związku o wiele więcej podobnych oczekiwań, wartości, zainteresowań niż heteroseksualiści. Lesbijki chętniej od gejów żyją w trwałych związkach¹⁶.

Hauser wyodrębnia w związku – zarówno heteroseksualnym, jak i homoseksualnym – następujące fazy:

- 1) seks i kontakty fizyczne
- 2) namiętna miłość i związek uczuciowy
- 3) wspólne gniazdo
- 4) związek socjalny i emocjonalny
- 5) pełny i trwały związek¹⁷.

¹⁰ Clark 1995, za: K. Slany, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: Nomos, 2002

¹¹ Z. Zdrojewicz, *Środowiskowa ocena osób o odmiennej orientacji seksualnej*, „Przegląd Seksuologiczny” 2010, t. VI, z. 3, nr 23.

¹² Zdrojewicz i inni, podają za: Resolution on sexual orientation and marriage, dz. cyt.

¹³ K. Boczkowski, dz. cyt., s. 223.

¹⁴ Westwood, za: tamże.

¹⁵ Kurdek, Schmitt 1986, Peplau i Gordon 1983, podają za: Z. Lew-Starowicz, M. Lew-Starowicz, *Homoseksualizm*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1999.

¹⁶ Bell, Weinberg 1978, Peplau, Amaro 1982, Duffy, Rusbult 1986, podają za: tamże.

¹⁷ Hauser, za: K. Boczkowski, dz. cyt.

Odsetek osób homoseksualnych w społeczeństwie podawany najczęściej w różnego rodzaju publikacjach to około 5%¹⁸. Bardzo często w tego typu statystykach pomija się osoby biseksualne.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena psychologicznych uwarunkowań wzajemnej atrakcyjności w diadach homoseksualnych, a także próba usystematyzowania wiedzy na temat czynników, które warunkują wzajemną atrakcyjność w diadach homoseksualnych.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 46 mężczyzn (23 pary). Próba obejmowała mężczyzn homoseksualnych tworzących diady jednopłciowe. Dobór do próby odbywał się dwutorowo: (1) przez poszukiwanie w środowisku osób, które znają pary homoseksualne, (2) przez organizacje zrzeszające gejów i lesbijki (Kampania Przeciw Homofobii, Lambda). Kryterium doboru do próby było deklarowanie się jako osoba homoseksualna, będąca w związku z innym mężczyzną nie krócej niż 5 miesięcy. Badanie było anonimowe i miało charakter indywidualny. Dla odróżnienia osób badanych w danej diadzie każda z nich miała poza numerem porządkowym literowy symbol A lub B. Badani otrzymywali komplet pięciu kwestionariuszy w kopertach z odpowiednimi symbolami oraz instrukcją wyjaśniającą cel badania. Instrukcja była jednakowa dla każdej z osób w diadzie.

W badaniu użyto następujących metod:

Inwentarz Płci Psychologicznej, opracowany przez Alicję Kuczyńską na podstawie Teorii Schematów Płciowych Sandry Bem. Na podstawie społecznie funkcjonującego stereotypu męskości i kobiecości została wyłoniona lista 30 cech (15 z nich wchodzi w skład Skali Kobiecości, 15 – Skali Męskości). Do tej listy dodano 5 pozycji „neutralnych”. Procedura badania polega na określeniu przez osobę badaną, z wykorzystaniem 5-punktowej skali ocen, stopnia, w jakim charakteryzuje ją każda z 35 cech. Wyniki oblicza się niezależnie dla skali męskości i kobiecości. Uzyskane wielkości są podstawą do określenia typu płci psychologicznej: osoby nieokreślone seksualnie; kobiece kobiety, kobiece mężczyźni; mężczyźni mężczyźni, męskie kobiety; osoby androgyniczne.

Rzetelność skal Męskości i Kobiecości jest zadowalająca ($r_{tt} = 0,7834$ dla skali Męskości i $r_{tt} = 0,7865$ dla Kobiecości). Została sprawdzona trafność teoretyczna, oceniona na podstawie wyników badania IPP osób transseksualnych. Normy polskie opracowano na podstawie badań w grupie 79 studentów (40 studentek i 39 studentów).

¹⁸ Q. Rachman, G.D. Wilson, *Born gay? The psychobiology of human sexual orientation*, „Personality and Individual Differences” 2003, no. 34.

Skala Atrakcyjności (SKAT), autorstwa Zbigniewa Nęckiego, pozwala na pomiar atrakcyjności wzajemnej w diadach. Za podstawę teoretyczną posłużyło założenie, że: „[...] przez atrakcyjność rozumie się subiektywną postawę jednostki w stosunku do partnera. Postawa ta jest wypadkową nagród i kar, jakie uzyskała lub spodziewa się uzyskać jednostka w kontakcie z partnerem”. Duża ilość nagród, które otrzymuje osoba A w interakcji z osobą B, będzie czynnikiem zwiększającym atrakcyjność interpersonalną A dla B, natomiast występowanie czynników karzących będzie zmniejszać atrakcyjność. Kwestionariusz bada siłę dążenia osoby A do kontaktu z osobą B (przy założeniu, że osoby A i B tworzą diadę)¹⁹. SKAT składa się z trzynastu pytań. Pytania dotyczą między innymi: gotowości do ponoszenia kosztów na rzecz utrzymania kontaktu z partnerem, nagradzających właściwości interakcji, reakcji na możliwość intensyfikacji bądź przerwania kontaktu, bezpośredniej oceny partnera itp. Wynik oblicza się, sumując przypisane każdej odpowiedzi wartości od 1 do 5. Rezultat jest liczbowym wskaźnikiem atrakcyjności osoby B dla A. Można także zsumować wyniki partnerów diady, otrzymując w ten sposób wskaźnik wzajemnej atrakcyjności. Różnicę wzajemnej atrakcyjności oblicza się poprzez wyliczenie delty z wyniku uzyskanego przez A i B. Współczynnik rzetelności SKAT wynosi 0,82; pozwala to stwierdzić jej dużą rzetelność.

Trafność teoretyczna została potwierdzona.

Skala Więzi Małżeńskiej (SWM), której autorem jest Józef Szopiński. Podłoże teoretyczne stanowi koncepcja więzi psychologicznej małżonków, rozumianej jako zespół interakcji w sferze współodczuwania, współrozumienia i współdziałania²⁰. Dla potrzeb niniejszej pracy z oryginalnej skali usunięte zostały 3 stwierdzenia, wiążące się z posiadaniem przez małżonków dzieci. Zostało również zmienione stwierdzenie 9: „Stosujemy wspólnie uzgodnione sposoby regulacji urodzeń” na: „Stosujemy wspólnie uzgodnione sposoby zapobiegania zakażeniem wirusem HIV”. Przy adaptacji skali zastąpiono wyrażenia „małżonek” na „partner”, a „małżeństwo” na wyrażenia „partnerstwo” lub „związek” (w zależności od kontekstu stwierdzenia).

Wyniki każdego z partnerów obliczamy, sumując punkty 57 stwierdzeń SWM. Partnerzy mogą punktować stwierdzenia w skali od 1 do 5 dla oznaczenia częstotliwości konkretnych czynności. Maksymalny wynik, który można uzyskać, wynosi 285 punktów (57 x 5), minimalny – 57. Obliczenie różnicy między wynikami uzyskanymi przez jednostki będące w układzie pozwala określić stopień ich zadowolenia ze związku. Wynik dla diady otrzymujemy przez wyliczenie delty z wyniku uzyskanego przez osoby A i B²¹.

Skala Wartości Schelerowskich (SWS) nawiązuje do teorii hierarchii wartości Schelera. Twórcą skali jest Piotr Brzozowski. Autor skali przyjął za Schelerem założenie, że istnieje sześć podstawowych grup wartości: hedonistyczne, witalne, estetyczne, praw-

¹⁹ Z. Nęcki, *Psychologiczne uwarunkowania wzajemnej atrakcyjności*, Wrocław: Ossolineum, 1975.

²⁰ J. Szopiński, *Fluktuacja więzi psychicznej małżonków*, „Zdrowie Psychiczne” 1979, nr 2.

²¹ Tamże.

dy, moralne, święte. Brzozowski²² zakłada, że „istnieje naturalna prototypowa hierarchia wartości, [...] wokół której «oscylują» indywidualne, subiektywne hierarchie jednostek i grup ludzkich”. Na podstawie SWS można poznać subiektywną ważność 50 wartości tworzących 10 grup. W skład skal podstawowych wchodzi wartości: Hedonistyczne (H), Witalne (W), Estetyczne (E), Prawda (P), Moralne (M), Święte (Ś). Skale czynnikowe to: Sprawność i Siła Fizyczna (SSF), Wytrzymałość (Wyt.), Świętości Świeckie (ŚŚ), Świętości Religijne (ŚR). Zadanie badanego polega na dokonaniu oceny subiektywnej ważności każdej wartości przy użyciu 101-punktowej skali. Czas badania jest nieograniczony. Rzetelność SWS została sprawdzona dwoma sposobami. Większość wyników była wyższa od 0.80, najniższe wskaźniki uzyskały podskale H i E, najwyższe W i M²³.

Trafność teoretyczna została sprawdzona poprzez analizę czynnikową sześciu podskal, korelację między podskalami oraz przez analizę związku między SWS a zmienną aprobaty społecznej. Struktura czynnikowa podskal W, M i Ś jest stabilna, natomiast H i E niestabilna bądź zmienia się z powodu kolejnych modyfikacji SWS (podskale E i P). Korelacja między podskalami dowodzi, że wszystkie skale SWS korelują ze sobą pozytywnie. Pojawiają się nawet dość silne korelacje $r = 0.68$ (podskale wartości M i P). Analiza związku między SWS a zmienną aprobaty społecznej, mierzoną Kwestionariuszem Aprobaty Społecznej Drwala i Wilczyńskiej, opierała się na założeniu, że o trafności teoretycznej SWS może świadczyć podatność poszczególnych skal na aprobatę społeczną. Założono, że postawy osób wobec wartości powszechnie uznawanych za ważne stanowią kryterium społecznej oceny jednostek. Oczekiwana przez nie aprobatą społeczną może skłaniać do większego przeceniania wartości, w zależności od ich ważności. Przeprowadzając analizę, stwierdzono, że wolna od aprobaty społecznej była podskala H. Względnie wolne od aprobaty społecznej były skale W, E i P. Zaobserwowano istotne statystycznie korelacje między KAS a M i Ś. Normalizacja była przeprowadzona na dorosłych mieszkańcach Lublina, w związku z tym trudno określić, w jakim stopniu próba ta jest reprezentatywna dla całej populacji dorosłych Polaków.

Wskaźnik Upodobań autorstwa George’a G. Sterna. Kwestionariusz G. Sterna jest metodą badania osobowości opartą na teorii struktury osobowości Henry’ego A. Murraya. Murray w swojej koncepcji struktury osobowości wyodrębnia 44 zmienne, składające się na trzy grupy: potrzeby psychiczne, wewnętrzne czynniki, ogólne cechy osobowości²⁴. Kwestionariusz ten mierzy i ocenia 37 cech osobowości. Należy do nich 20 potrzeb psychicznych: potrzeba seksualna, usprawiedliwiania siebie, dominowania, kompensacji, unikania poniżania we własnych oczach, uległości, żywienia i opiekowania się kimś, izolacji i odrzucenia, stowarzyszania, przyjemnych doznań zmysłowych, ekshibicjonizmu, unikania fizycznego urazu, poznawcza, wyczynu, doznawania opieki

²² P. Brzozowski, *Skala Wartości Schelerowskich – SWS*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 1995.

²³ Tamże.

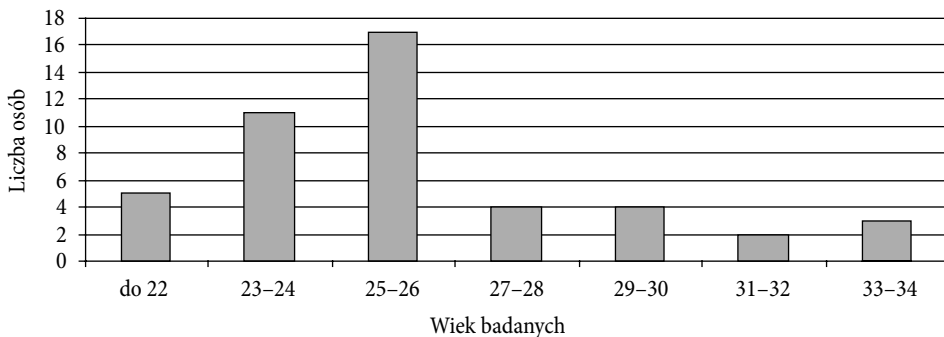
²⁴ S. Siek, *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa: ATK, 1983.

i oparcia, autonomii, poniżania się, zabawy, agresywności, porządku²⁵. Niezależnie od tych cech kwestionariusz ocenia również tak zwane wewnętrzne czynniki i ogólne cechy osobowości. Są to: impulsywność – rozważa, emocjonalność – spokój, energia – apatia, bierność, narcyzm, obiektywizm, sztywność i elastyczność nawyków i schematów reagowania, ideał siebie.

Kwestionariusz w oryginalnej wersji nosi nazwę Stern Activities Index. Opracowany został w USA w latach 1950–1969. Składa się z 300 pytań. Odpowiedzi udziela się, zakreślając jedną z dwóch możliwości: „like”, „don't like”. Polska wersja składa się z 360 pytań; ostatnie 60 pytań ma charakter eksperymentalny. 300 pierwszych pytań grupuje się na 30 skalach; 12 z nich ma charakter dwubiegunowy. Każda ze skal składa się z 10 pytań. Badany udziela odpowiedzi na pytania, zakreślając „tak” lub „nie”. W pracy oparto się na 300 pytaniach, które są wiernym tłumaczeniem wersji amerykańskiej.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 46 mężczyzn (23 diady męskie homoseksualne). Są oni studentami i absolwentami wyższych uczelni: Krakowa, Warszawy i Gdańska (ryc. 1).



Ryc. 1. Charakterystyka badanych ze względu na wiek

Wiek badanych mężczyzn wynosi od 22 do 34 lat. Najwięcej badanych (36%) mieści się w przedziale od 25. do 26. roku życia. Średnia wieku w badanej próbie wynosi 26 lat. 71% badanych mieściło się w przedziale wiekowym 22–26 lat. Różnica wieku między badanymi waha się od 0 do 8 lat. W badaniu najczęściej było par, w których wiek osób ją tworzących był ten sam (26%). U 82% badanych różnica wieku leżała w przedziale od 0 do 3 lat. Średnia różnica wieku wynosiła w badanej grupie 2 lata.

Połowa badanych diad ma staż nie większy niż 2 lata. Tylko jedna para miała staż partnerski dłuższy niż 121 miesięcy. 87% badanych stanowiły diady, które są ze sobą nie dłużej niż 4 lata.

²⁵ Tamże.

Charakterystyka badanej grupy pod względem zmiennych psychologicznych mierzonych w badaniu

Płeć psychologiczna

Zmienna mierzona na skali ilorazowej. W Inwentarzu Płci Psychologicznej wartości dla skal Męskość i Kobiecość mieszczą się w przedziale od 15 do 75. Średni poziom męskości mierzony testem IPP wynosił w badanej grupie ok. 51 punktów. Najwięcej odpowiedzi badanych wskazujących na natężenie poziomu męskości mieściło się w przedziale od 46 do 55–63%. W badanej grupie najwięcej osób (16) osiągnęło wynik mieszczący się w przedziale od 56 do 60 punktów (34%). Średnia różnica pomiędzy wynikami uzyskanymi przez diadę na Skali Męskości wynosi 6,86. Maksymalnie 5-punktową różnicę pomiędzy wartościami w IPP zarejestrowano w przypadku 47,82% badanych układów. Największa różnica wynosiła 17 i była uzyskana przez jedną parę. Średnia różnica w poziomie kobiecości pomiędzy partnerami wynosiła 5,69. Maksymalna różnica w układzie wynosiła 12 punktów. U 39,13% badanych diad różnica na Skali Kobiecości nie była wyższa niż 2 punkty. Natomiast u 5 par (21,74%) różnica ta wahała się od 3 do 8 punktów. U 39,13% par różnica ta oscylowała między wynikiem 9 a 12 punktów.

Poczucie więzi w diadzie

Zmienna ta mierzona jest na skali ilorazowej. W Skali Więzi Małżeńskiej można uzyskać wynik punktowy mieszczący się w przedziale od 57 do 285 punktów.

Obliczenie różnicy między wynikami uzyskanymi przez jednostki będące w układzie pozwala określić stopień ich zadowolenia ze związku.

Średni poziom poczucia więzi wśród badanych wynosi 106,57. Odchylenie standardowe wynosi 24,64. Wyniki w przedziale od 101 do 120 uzyskało 41,3% badanych. Żadna osoba nie osiągnęła ani minimum, ani maksimum punktów.

Średnia różnica wyników uzyskanych przez diadę w Skali Więzi Małżeńskiej wynosiła 15,65. Maksymalna różnica, jaka wystąpiła w układzie partnerskim, wyniosła 43 punkty. U 11 par (47,83% ogółu) różnica uzyskanych wyników była mniejsza niż 10 punktów.

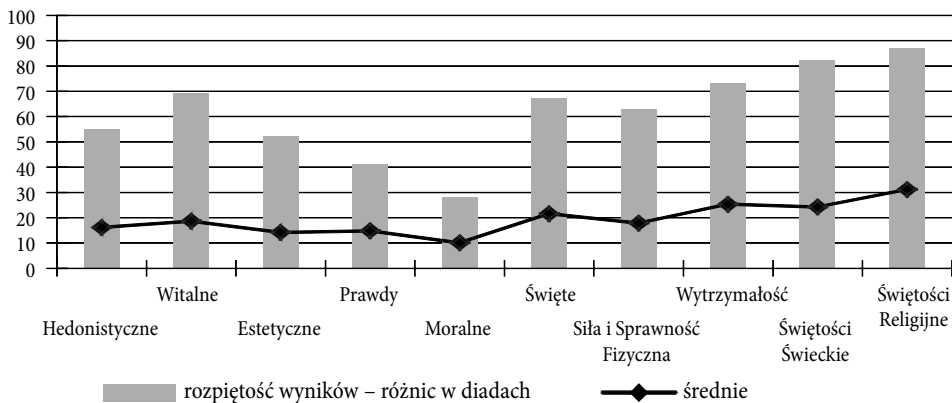
Atrakcyjność wzajemna

Zmienna mierzona na skali ilorazowej. W SKAT można uzyskać wynik od 13 do 65 punktów. Rezultat jest liczbowym wskaźnikiem atrakcyjności osoby B dla A. Można także obliczyć sumę wyników partnerów diady, otrzymując w ten sposób wskaźnik wzajemnej atrakcyjności. Różnica wzajemnej atrakcyjności pozwala nam na oszacowanie zgodności postaw wzajemnych. Średnia atrakcyjności partnera na tle ogółu badanych

wynosi 52,43. Wyniku minimalnego na Skali Atrakcyjności wzajemnej nie osiągnął nikt z badanych, natomiast najwyższy uzyskany wynik wynosił 64 i był o 1 punkt mniejszy od wartości maksymalnej. Najwięcej badanych – 17 osób (36,96% ogółu) – uplasowało się w przedziale od 50 do 55 punktów. W przedziale od 46 do 60 punktów mieszczą się wyniki uzyskane przez 78,27% badanych. W świetle przeprowadzonej analizy wyniki dla badanych w SKAT można uznać za wysokie. Dla 52,17% badanych układów partnerskich poziom wzajemnej atrakcyjności mieścił się w przedziale od 101 do 110. Średni poziom wzajemnej atrakcyjności wynosi 104,87. Jedna para uzyskała wynik 126 punktów! Wynik ten jest o 4 punkty niższy od maksymalnego wyniku, jaki może uzyskać diada. Średnia różnica w ocenie uzyskana przez diadę wynosi 4,78. W przedziale od 0 do 5 punktów różnicy mieści się 60,87% badanych par. Maksymalny wynik 15 punktów różnicy uzyskała 1 para. Wynik minimalny został osiągnięty przez 2 diady – oznacza to maksymalną zgodność postaw.

Wartości

Zmienne liczone na skali ilorazowej. Maksymalny wynik uzyskany na Skali Wartości Schelerowskich dla każdej z 10 skal wynosi 100, minimalny – 0. Wśród badanych najwyższy średni poziom uzyskały Wartości Prawdy ($x = 79,61$). Największa rozbieżność obserwowana jest w przypadku wartości Świętości Religijne ($s = 31,04$). Najmniejsza rozbieżność obserwowana jest w przypadku wartości Prawdy ($s = 11,90$). Minimum zostało osiągnięte dla czterech wartości: Święte, Wytrzymałość, Świętości Świeckie oraz Świętości Religijne. Maksymalny wynik punktowy 100 pojawił się u osób badanych w skalach Wartości Hedonistycznych oraz Świętości Religijnych. Współczynnik różnicy dla pary obliczono przez odjęcie mniejszego wyniku uzyskanego w danej diadzie od wyniku wyższego (ryc. 2).



Ryc. 2. Rozpiętość różnic pomiędzy poziomami podzielanych wartości w diadach oraz wartości średnie w grupie badanych diad

Najmniejsze różnice między partnerami obserwuje się w przypadku Wartości Moralnych ($x = 10,09$), natomiast największe w przypadku Świętości Religijnych ($x = 31,13$).

Potrzeby

Zmienna liczona na skali ilorazowej. Maksymalny wynik liczbowy dla danej potrzeby wynosi 10 punktów, minimalny 0 (ryc. 3). Wśród ogółu badanych największe natężenie uzyskała potrzeba obiektywności ($x = 8,61$). Najniższe natężenie uzyskała potrzeba samokrytycyzmu ($x = 3,02$). Największa rozbieżność obserwowana jest w przypadku potrzeby osiągnięć ($s = 3,34$), natomiast najmniejsza – w przypadku potrzeby obiektywności ($s = 1,67$). W przypadku dwudziestu potrzeb niektórzy badani uzyskali wynik minimalny i maksymalny.

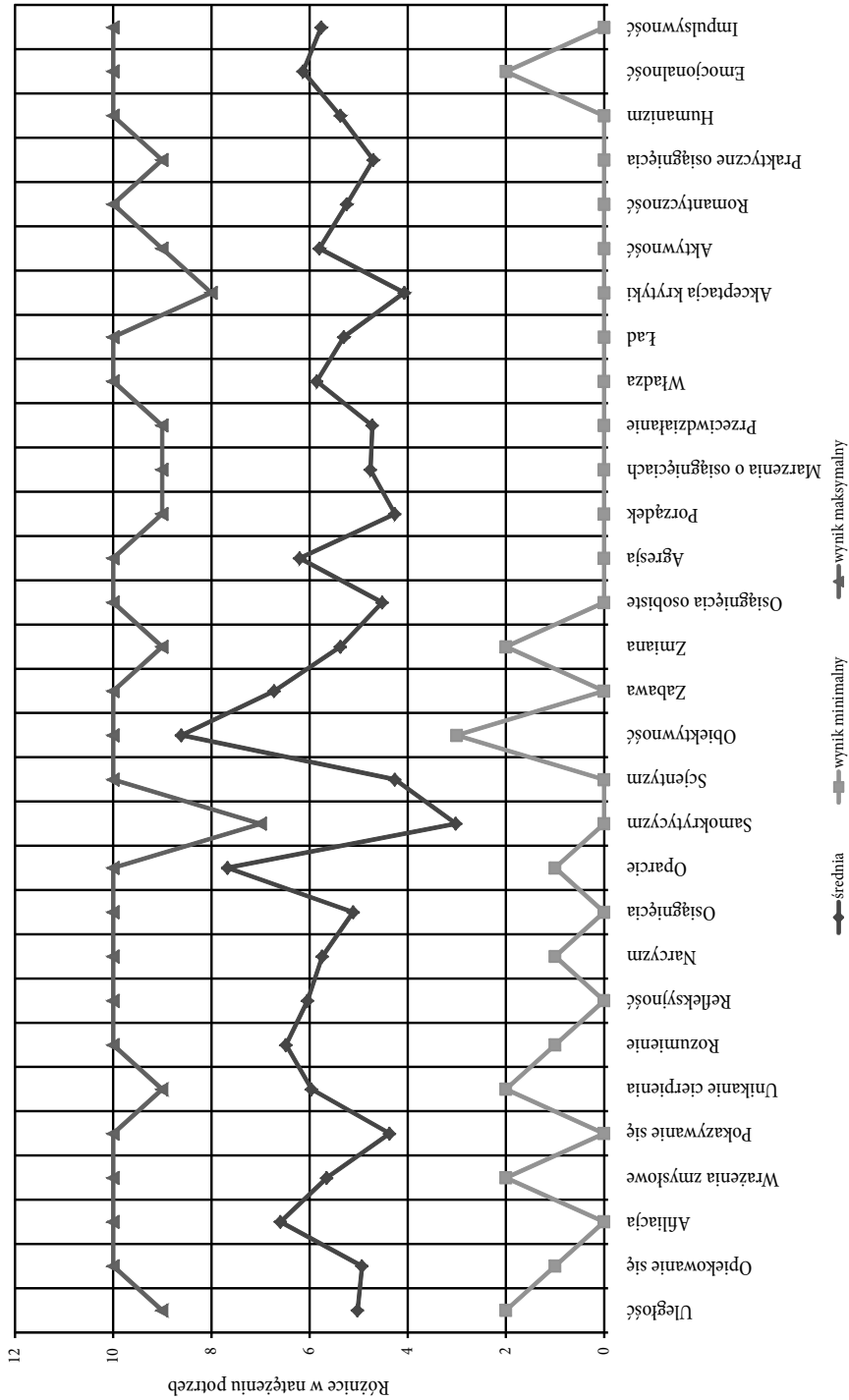
Największe różnice w diadzie występują w natężeniu potrzeby osiągnięć i scjentyzmie ($x = 4,3$), najmniejsze w potrzebie obiektywności ($x = 1,6$). Największą rozbieżność między ocenami można zaobserwować w przypadku potrzeby określanej jako scjentyzm ($s = 3$), najmniejszą – w potrzebie uległości ($s = 1,2$). Dwie potrzeby nie osiągnęły minimalnego natężenia rozbieżności równego zero: potrzeba osiągnięć osobistych oraz potrzeba porządku. Maksimum rozbieżności równe dziesięć zauważono w przypadku potrzeby osiągnięć oraz zabawy.

Wnioski. Poziom męskości i kobiecości partnera A a poziom męskości i kobiecości partnera B. Na przyjętym poziomie istotności ($\alpha = .05$) badanie potwierdziło hipotezę o istnieniu dodatniej korelacji pomiędzy poziomami męskości partnerów bardziej i mniej męskiego ($\rho = .53$; $p < .01$). Badanie potwierdziło zatem, iż poziom męskości ma wpływ na dobór partnera, a tym samym może być czynnikiem warunkującym atrakcyjność wzajemną. Na poziomie istotności ($\alpha = .05$) nie ma podstaw do przyjęcia hipotezy, iż poziom męskości jednego z partnerów koreluje z poziomem kobiecości drugiego partnera ($r = .14$; $p = .311$). Na przyjętym poziomie istotności $\alpha = .05$ badanie potwierdziło, że istnieje związek (korelacja) pomiędzy poziomami kobiecości partnerów w diadzie. Jest to silna dodatnia korelacja ($\rho = .70$; $p < .001$).

Hipotezy dotyczące poczucia więzi

Staż partnerski. Badanie nie potwierdziło hipotezy o korelacji siły więzi partnerskiej w diadzie z długością trwania związku (stażem) ($\alpha = .05$; $p = .36$). Jednak, zgodnie z przypuszczeniami, trend układu wyników jest dodatni ($r = .20$).

Różnica wieku. Na poziomie istotności ($\alpha = .05$) badanie nie potwierdziło hipotezy o zależności pomiędzy poczuciem więzi w diadzie a różnicą wieku partnerów ($r = .095$; $p = .666$).



Ryc. 3. Minimalne, maksymalne i średnie różnice potrzeb w diadach

Podobieństwo w zakresie wartości. Podobieństwo w zakresie Świętości Świeckich ujemnie koreluje z poczuciem więzi istniejącej w diadzie ($\alpha = .05$; $\rho = -.046$; $p < .05$). Jest to jednak bardzo słaba korelacja, na poziomie 0,05. Pozostałe korelacje nie są istotne statystycznie.

Podobieństwo w zakresie potrzeb. Nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie związków między wielkością różnic w potrzebach a natężeniem więzi partnerskiej. W takim rozumieniu zagadnienia nie można mówić o komplementarności potrzeb.

Hipotezy dotyczące atrakcyjności wzajemnej

Wiek. Na przyjętym poziomie istotności ($\alpha = .05$) badanie nie potwierdziło hipotezy o związku pomiędzy wiekiem partnera a jego poziomem atrakcyjności ($r = .38$; $p = .059$). Na poziomie istotności ($\alpha = .05$) nie ma podstaw do przyjęcia hipotezy o związku między wskaźnikiem wzajemnej atrakcyjności osób w diadzie a różnicą wieku partnerów ($r = -.07$; $p = .75$).

Staż partnerski. Na przyjętym poziomie istotności ($\alpha = .05$) badanie nie potwierdziło hipotezy o związku pomiędzy wskaźnikiem wzajemnej atrakcyjności partnerów w diadzie a stażem partnerskim ($r = -.22$; $p = .293$).

Płeć psychologiczna. Dla partnera bardziej męskiego w związku atrakcyjność współpartnera nie jest związana z jego męskością ($\alpha = .05$; $r = -.29$; $p = .17$). Dla partnera bardziej męskiego w związku atrakcyjność współpartnera nie jest związana z jego kobiecością ($\alpha = .05$; $r = .22$; $p = .31$). Dla partnera mniej męskiego w związku atrakcyjność współpartnera nie jest związana z jego męskością ($\alpha = .05$; $r = -.21$; $p = .33$). Dla mężczyzn o niższym poziomie męskości w diadzie partner jest tym bardziej atrakcyjny, im większy jest jego poziom kobiecości ($\rho = .03$; $r = .45$). Dla partnera bardziej kobiecego w związku atrakcyjność współpartnera nie jest związana z jego męskością ($\alpha = .05$; $r = -.11$; $p = .59$). Dla partnera bardziej kobiecego w związku atrakcyjność współpartnera nie jest związana z jego kobiecością ($\alpha = .05$; $r = .37$; $p = .085$). Dla partnera mniej kobiecego w związku atrakcyjność współpartnera nie jest związana z jego męskością ($\alpha = .05$; $r = -.25$; $p = .25$). Dla partnera mniej kobiecego w związku atrakcyjność współpartnera nie jest związana z jego kobiecością ($\alpha = .05$; $r = .31$; $p = .139$). W świetle przeprowadzonych analiz nie da się ustalić jasnej zależności atrakcyjności wzajemnej i komplementarności płci psychologicznej.

Wartości. Na przyjętych dla każdej z wartości poziomach istotności badanie nie potwierdziło hipotezy o wpływie różnicy w podzielanych wartościach na wzajemną atrakcyjność w diadzie homoseksualnej.

Potrzeby. Podobieństwo w zakresie potrzeb badano przez odjęcie poziomu potrzeby partnera A od tego samego u B. Wartość bezwzględna (współczynnik dla diady) korelowano z sumą atrakcyjności diady. Na przyjętym poziomie istotności dla poszczególnych różnic w poziomach natężenia potrzeb tylko podobieństwo względem

obiektywności koreluje z atrakcyjnością wzajemną ($\alpha = .05$; $\rho = .016$; $p < .05$). Korelacja ta jest jednak słaba. Pozostałe wyniki nie są istotne statystycznie.

Poczucie więzi. Na poziomie istotności ($\alpha = .05$) badanie potwierdziło hipotezę o istnieniu korelacji pomiędzy atrakcyjnością partnera a poczuciem więzi ($\rho = -.031$; $p < .05$; $N = 46$). Wynika z tego, że im mniej atrakcyjny partner, tym większe poczucie więzi z nim.

Natężenie potrzeb. Na przyjętym poziomie istotności ($\alpha = .05$) nie został znaleziony związek pomiędzy atrakcyjnością partnera interakcji a natężeniem jego potrzeb. Żadna korelacja nie była istotna statystycznie.

Dyskusja

Na wstępie należy podkreślić, że z powodu trudności dotarcia do osób homoseksualnych będących w jednopłciowych diadach niestety nie było możliwe większe zróżnicowanie próby pod względem wieku czy długości trwania związku. Zatem wnioski z niniejszej pracy można uogólniać jedynie na diady, które pozostają ze sobą w związku przez krótki okres. Ponad 71% badanych jest w wieku do 26 lat. Próbę stanowili zatem ludzie młodzi, którzy nie mają dużych doświadczeń w byciu w trwałych związkach. Z reguły to ich pierwszy lub jeden z pierwszych związków homoseksualnych.

Kolejny ważny czynnik, który należy mieć na uwadze, to fakt, iż badani są studentami bądź absolwentami wyższych uczelni. W związku z tym założono, że osoby te mogą być bardziej samoświadome.

Przy interpretacji wyników powinno się również zwrócić uwagę na to, że w przypadku ocen partnerów interakcji znaczenie mają nie tylko cechy osoby oceniającej i ocenianej, relacje między osobami, lecz także kontekst sytuacyjny, w jakim dana ocena się odbywa²⁶. W związku z tym należałoby uwzględnić kontekst społeczny, w jakim znajdowali się badani w okresie, gdy były przeprowadzane badania do niniejszej pracy. Chodzi tu o niechęć znacznej części społeczeństwa do osób homoseksualnych, brak unormowań prawnych dla tworzących się związków jednopłciowych. Z drugiej strony badanymi byli jednak mieszkańcy dużych aglomeracji, co zmniejsza częstotliwość ataków społeczności na stworzony związek.

Jak zauważa Brzozowski²⁷, o osobach, które mają podobną hierarchię wartości, można powiedzieć, że łączy je szczególnie przypadek podobieństwa „ja”. Byrne²⁸ twierdzi, że podobieństwo pod względem wyznawanych wartości dodatkowo koreluje z atrakcyjnością interpersonalną. W świetle badań autora hipoteza zakładająca zależność między podobieństwem pod względem wyznawanych wartości nie może zostać przyjęta.

²⁶ T. Mądrzycki, *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa: PWN, 1986.

²⁷ P. Brzozowski, dz. cyt.

²⁸ 1969, podają za: T. Mądrzycki, dz. cyt.

Dlaczego? Czy w diadach homoseksualnych nie jest ważne dla wzajemnej atrakcyjności wyznawanie podobnych wartości?

Brak wykrytej zależności pomiędzy wyznawanymi wartościami a atrakcyjnością wzajemną najprawdopodobniej ma swoje podłoże w dwóch zjawiskach. Po pierwsze, jak zauważa Brzozowski²⁹, hierarchie wartości osób bardziej wykształconych są bardziej zbliżone do hierarchii uniwersalnej, niż ma to miejsce w przypadku osób niżej wykształconych. W badanej próbie osoby są albo studentami albo absolwentami wyższych uczelni. Tworzą zatem dość homogeniczną grupę, co ogranicza różnorodność prezentowanych przez badanych hierarchii wartości. Drugim czynnikiem, który mógł wpłynąć na niewykrycie korelacji, jest fakt, iż w badanych diadach średni poziom wzajemnej atrakcyjności wynosił 104 punkty (jest to wartość plasująca się w przedziale wyników wysokich), a odchylenie standardowe wynosiło 12,69 punktów. Dla porównania w diadach mieszanych średni poziom wzajemnej atrakcyjności wynosi 72,78 punktów, a w diadach męskich heteroseksualnych 74,98 punktów. Dalej, średni punktowy wynik różnic uzyskany przez diady wyniósł 4,78 (u ponad 60% wynik nie przekraczał 5 punktów – duża zgodność postaw wzajemnych), przy odchyleniu standardowym 3,88. Uzyskane wartości świadczą o skupieniu wyników uniemożliwiającym wykrycie zależności. Zatem brak rozkładu normalnego poziomu wzajemnej atrakcyjności najprawdopodobniej był czynnikiem, który zakłócił wykrycie zależności pomiędzy wyznawaną hierarchią wartości a poziomem wzajemnej atrakcyjności.

Z opisu ilościowego natężenia poszczególnych wartości wyłania się następująca hierarchia wartości: najwyższy średni poziom (79,61) uzyskała Prawda, na kolejnym miejscu znalazły się Wartości Moralne (75,87), następnie Wartości Hedonistyczne (73,35), dalej kolejno Estetyczne (60,11), Witalne (45,85), Świętości Religijne (40,11). Najniższy poziom uzyskały Świętości Świeckie (32,50). Modelowa hierarchia wygląda następująco: (1) wartości hedonistyczne, (2) witalne, (3) estetyczne, (4) prawda, (5) wartości moralne, (6) święte. W niniejszej pracy nie analizowano statystycznych podobieństw hierarchii wartości badanych do modelowej hierarchii Schelerowskiej.

Wczytując się w wyniki analiz, można zauważyć, że najmniejsza rozpiętość wyników w SWS obserwowana jest w przypadku Wartości Moralnych ($x = 10,09$, $s = 9,57$). Największa rozpiętość wyników pojawia się w przypadku Świętości Religijnych ($x = 31,13$; $s = 31,13$). Co sprawiło, że skrajne pozycje przyjęły powyższe wartości? U osoby, która jest wychowana w duchu norm Kościoła katolickiego – a takie wychowanie dzieci deklaruje przypuszczalnie większość naszego społeczeństwa – pojawia się dysonans poznawczy w momencie, gdy za swoją homoseksualność zostaje ona pośrednio odrzucona przez Kościół katolicki, a jest jednocześnie zwolennikiem jego doktryn. W świetle katechizmu Kościoła katolickiego nie jest potępiony sam homoseksualizm, lecz homoseksualne „praktyki”³⁰. Pozostawanie w związku wiąże się najczęściej z obopólną zgodą partnerów na owe „praktyki”. Wyrażone stanowisko Kościoła potępia

²⁹ P. Brzozowski, dz. cyt.

³⁰ Z. Lew-Starowicz, M. Lew-Starowicz, dz. cyt.

związki homoseksualne. Można zatem przypuszczać, że Świętości Religijne zostały ocenione najniżej z powodu odrzucania przez Kościół katolicki stylu życia, jaki prezentują homoseksualiści. Należy się jednak zastanowić, dlaczego na pierwszej pozycji w hierarchii znalazły się wartości moralne, a nie wartości hedonistyczne? Prawdopodobnie jest to wynikiem braku możliwości przyjęcia postaw moralnych reprezentowanych przez Kościół, a zarazem tęsknota za nimi, za uniwersalnym porządkiem.

Z badań Boydena i wsp.³¹ wynika, że „osoby homoseksualne uzyskujące wysokie wyniki w teście stereotypowych cech kobiecych poszukiwały partnera najbardziej ekspresyjnego (stereotypowa cecha kobieca)”. Badania autorów potwierdziły (bardzo silna korelacja) ową zależność pomiędzy poziomami kobiecości (stereotypowe cechy kobiece) partnerów w diadzie.

W badaniach wykryto również, że poziom męskości (mierzony na skali IPP) ma wpływ na dobór partnera. Zaobserwowana zależność jest silna i dodatnia.

Dla mężczyzny o niższym poziomie męskości (stereotypowe cechy męskie) w diadzie partner jest tym bardziej atrakcyjny, im większy jest jego poziom kobiecości (stereotypowe cechy kobiece).

Przy analizie wyników uzyskanych na skalach Inwentarza Płci Psychologicznej zwraca uwagę fakt, że 15 osób uzyskało na Skali Męskości wynik pomiędzy 46 a 50 punktów, a 16 osób – na Skali Kobiecości wynik pomiędzy 56 a 60. Świadczy to o podwyższonym poziomie wymiaru kobiecości w prezentowanej grupie badanych. Należy pamiętać, że wymiary płci (skale) w teście rozumiane są jako spontaniczna gotowość do posługiwania się danym wymiarem płci w odniesieniu do siebie i do świata³².

Średnia różnica w poziomie męskich cech wynosi 6,86, a kobiecych – 5,69, co wskazuje, że wśród badanych diad występuje większe zróżnicowanie wewnątrz wymiaru męskości aniżeli wymiaru kobiecości. Badania autorów nie potwierdziły hipotezy o związku wieku z wzajemną atrakcyjnością. Ale zwracając uwagę na wynik ($r = -.38$; $p = 0.59$; $\alpha = .05$), można powiedzieć, że występujący trend był dodatni. Brak silnej zależności mógł być spowodowany (1) faktem, iż ponad 71% badanych jest w wieku do 26 lat, (2) wspomnianym wcześniej skupieniem wyników uzyskanych w kwestionariuszu poczucia wzajemnej atrakcyjności. Okoliczności te mogły także przyczynić się do niemożności przyjęcia hipotezy o związku wzajemnej atrakcyjności osób w diadzie z różnicą wieku partnerów, jak i zależności pomiędzy wzajemną atrakcyjnością partnerów w diadzie a stażem partnerskim.

Aż 35 osób w badanej grupie uzyskało na Skali Więzy Małżeńskiej wynik do 120 punktów, a średnia dla grupy wyniosła 106,57 punktów. Są to wyniki niskie. Gdy weźmie się pod uwagę stosunkowo krótki staż partnerski badanych diad, wynik taki nie zaskakuje. Nie znaczy to jednak, że wzajemny poziom miłości w diadach jest niski.

³¹ Boyden i wsp. 1984, podają za: E. Aronson, T.D. Wilson, R.M. Akert, *Psychologia społeczna; serce i umysł*, Poznań: Zysk i Spółka, 1997.

³² A. Kuczyńska, *Inwentarz do oceny płci psychologicznej*, Warszawa 1992.

Jak wynika z koncepcji miłości Sternberga³³, w początkowej fazie uczucia główną rolę odgrywa namiętność. SWM odnosi się natomiast (pośrednio) do poziomu intymności i zaangażowania, które wzrastają dopiero po pewnym czasie trwania związku. Różnica wyników uzyskanych w Skali Więzi Małżeńskiej w parach heteroseksualnych wynosi średnio 24,65, w związkach homoseksualnych – 15,65. Skąd ta rozbieżność? Nie ma różnic powyżej 45 punktów, u ponad 47% różnica ta była na poziomie poniżej 10 punktów. Z teorii wynika, że im mniejsza różnica, tym wyższy stopień zadowolenia z małżeństwa. Powyższe zależności tłumaczy wysoka wzajemna atrakcyjność oraz niewielki staż partnerski.

Według badań nad fluktuacją poziomów więzi małżeńskiej prowadzonych przez Szopińskiego³⁴, wzrost stażu partnerskiego wpływa na obniżenie poczucia więzi. W badaniach nad diadami homoseksualnymi hipoteza ta nie została potwierdzona. Czy zatem pary homoseksualnych mężczyzn nie dotyka problem niekorzystnej zmiany w poczuciu więzi? Prawdopodobnie na wynik badań wpłynął fakt, iż próbę stanowiły związki o stosunkowo niewielkim stażu. Trudno zatem wnioskować, jak będzie się zmieniał poziom więzi w trakcie wydłużania stażu. Jak wynika z części teoretycznej niniejszej pracy, „atrakcyjność interpersonalna jest funkcją nagród odbieranych od partnera³⁵, przy czym Byrne sądzi, że nagród tych dostarcza podobieństwo cech osobowych partnerów, Winch – iż komplementarność, Nęcki – że jedno i drugie³⁶”. Należy mieć także na uwadze, iż podobieństwo ma znaczenie w pierwszym etapie tworzenia związku, a komplementarność zyskuje na randze w miarę wydłużania się stażu relacji³⁷. Trzeba przypomnieć, że większość badanych diad nie może poszczycić się długoletnim stażem. W jakich wymiarach zależności te mają zastosowanie w stosunku do potrzeb? W badaniach autorów nie została potwierdzona hipoteza o związku wzajemnej atrakcyjności z podobieństwem w zakresie potrzeb. Jedynie podobieństwo względem obiektywności koreluje z atrakcyjnością wzajemną, ale zależność ta jest słaba. Może – jak to stwierdza Boczkowski³⁸ – na początku znajomości ważna jest komponenta seksualna, drugorzędne zaś są cechy osobowości? Zastanawiając się głębiej nad metodologią badania, można postawić pytanie, czy brak kryteriów doboru do korelowanych grup A lub B nie wpływa zakłócająco na wyniki? W diadach heteroseksualnych kryterium klasyfikacji do grupy jest płeć, jakie zatem kryterium przyjąć w związkach jednopłciowych? Autor zdecydował się na wyodrębnienie grup na podstawie wskaźnika natężenia cech męskich i kobiecych, mierzonego kwestionariuszem IPP.

Korelacje silną i bardzo silną dodatnią wykryto pomiędzy następującymi potrzebami (BM – bardziej męski partner, MM – mniej męski partner, BK – bardziej kobiecy

³³ 1988, podaje za: B. Wojciszke, *Psychologia miłości*, Gdańsk: GWP, 2001.

³⁴ J. Szopiński, *Fluktuacja więzi psychicznej małżonków*, dz. cyt.

³⁵ Byrne 1969, Winch 1954, podaje za: T. Mądrzycki, dz. cyt.

³⁶ Tamże.

³⁷ Campbell 1980, Kerckhoff, Davis 1962, podaje za: E. Aronson, T.D. Wilson, R.M. Akert, dz. cyt.

³⁸ K. Boczkowski, dz. cyt.

partner, MK – mniej kobiety partner): Agresja (BM) – Narcyzm (MM), Aktywność (BM) – Pokazanie się (MM), Aktywność (BM) – Afiliacja (MM), Praktyczne osiągnięcia (BM) – Aktywność (MM), Humanizm (BM) – Wrażenia zmysłowe (MM), Humanizm (BM) – Refleksyjność (MM), Humanizm (BM) – Osiągnięcia osobiste (MM), Humanizm (BM) – Romantyczność (MM), Emocjonalność (BM) – Agresja (MM), Emocjonalność (BM) – Opiekowanie się (MM), Emocjonalność (BM) – Refleksyjność (MM), Emocjonalność (BM) – Agresja (MM), Emocjonalność (BM) – Romantyczność (MM), Emocjonalność (BM) – Impulsywność (MM), Impulsywność (BM) – Agresja (MM), Impulsywność (BM) – Emocjonalność (MM), Afiliacja (BK) – Aktywność (MK), Aktywność (BK) – Pokazanie się (MK).

Korelacje silną i bardzo silną ujemną wykryto pomiędzy następującymi potrzebami: Afiliacja (BM) – Samokrytycyzm (MM), Afiliacja (BM) – Marzenia o osiągnięciach (MM), Wrażenia zmysłowe (BM) – Opiekowanie się (MM), Pokazanie się (BM) – Marzenia o osiągnięciach (MM), Zabawa (BM) – Refleksyjność (MM), Zabawa (BM) – Samokrytycyzm (MM), Zabawa (BM) – Marzenia o osiągnięciach (MM), Afiliacja (MK) – Samokrytycyzm (BK), Afiliacja (MK) – Marzenia o osiągnięciach (BK), Wrażenia zmysłowe (MK) – Oparcie (BK), Zabawa (MK) – Refleksyjność (BK), Zabawa (MK) – Samokrytycyzm (BK), Zabawa (MK) – Marzenia o osiągnięciach (BK), Aktywność (MK) – Pokazanie się (BK), Praktyczne osiągnięcia (MK) – Wrażenia zmysłowe (BK), Aktywność (MK) – Unikanie cierpienia (BK), Impulsywność (MK) – Humanizm (BK).

Niniejsza praca stanowi tylko wstęp do rozważań nad uwarunkowaniami wzajemnej atrakcyjności w układach homoseksualnych. Rzetelna, oparta na naukowych podstawach, znajomość relacji, jakie budują osoby homoseksualne, może przyczynić się do stopniowego usuwania ze świadomości społecznej mitów i stereotypów, jakie krążą na ten temat. Należy zwrócić uwagę, że istnieje związek pomiędzy nieprzychylnymi postawami wobec homoseksualistów a nieznaną zjawiska³⁹. Zależność ta dotyczy również samych osób homoseksualnych⁴⁰. Głębsza refleksja na temat homoseksualności staje się koniecznością, jeżeli chcemy w pełni świadomie uczestniczyć w dyskusji na temat uznania diad homoseksualnych za pełnoprawnych członków społeczeństwa.

LITERATURA

- ADAMS H.E., WRIGHT L.W., LOHR B.A., *Is homophobia associated with homosexual arousal?* „Journal of Abnormal Psychology” 1996, vol. 105, s. 440–445
- ADAMSKA K., *Ludzie obok – lesbijki i geje w Polsce*, Toruń: Pracownia Duszycki–Graffiti BC, 1998
- ARONSON E., WILSON T.D., AKERT R.M., *Psychologia społeczna; serce i umysł*, Poznań: Zysk i Spółka, 1997

³⁹ J.M. Krawczyk, *Rejestrowane związki partnerskie w Norwegii*, Grodzisk Mazowiecki: J.M. Krawczyk, 2001.

⁴⁰ Z. Lew-Starowicz, Z. Zdrojewicz, S. Dulko, *Leksykon seksuologiczny*, Wrocław: Continuo, 2002.

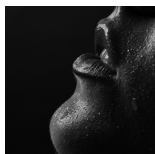
- BENKOV L., *Lesbian and gay parents: From margin to center*, „Journal of Feminist Family Therapy” 1995, vol. 7, s. 49–64
- BOCZKOWSKI K., *Homoseksualizm*, Warszawa: PZWL, 1992
- BOJARSKA K., KOWALCZYK R., *Homoseksualność i społeczeństwo*, w: Z. Lew-Starowicz i V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, s. 34–61
- BRZOWSKI P., *Skala Wartości Schelerowskich – SWS*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 1995
- BUTLER J., *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*, New York: Routledge, 1990
- CAMERON M., *Two-spirited Aboriginal people: Continuing cultural appropriation by non-Aboriginal society*, „Canadian Women Studies” 2005, vol. 24(2/3), s. 123–127
- CELMER Z., *Małżeństwo*, Warszawa: PZWL, 1989
- DŁUGOŁĘCKA A., *Pokochałaś kobietę*, Warszawa: Elma Books, 2005
- DWORKIN S., *Individual therapy with lesbian, gay, and bisexual clients*, w: R.M. Perez, K.A. DeBord, K.J. Bieschke (red.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001, s. 157–181
- EICHBERG R., *Ujawnij się: prawda lesbijek i gejów*, Warszawa 1995
- EICHELBERGER W., *Zdradzony przez ojca*, Warszawa: Wydawnictwo „Do” – Marek Ryćko, 1998
- FESTINGER L., THIBAUT J., *Interpersonal communication in small groups*, „Journal of Abnormal and Social Psychology” 1951, vol. 46, s. 92–99
- FREUD S., *Three essays on the theory of sexuality* (1905), New York: Basic Books, 1962
- FREUD S., *Wstęp do psychoanalizy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997
- FUKUYAMA M.A., FERGUSON A.D., *Lesbian, gay, and bisexual people of color: Understanding cultural complexity and managing multiple oppressions*, w: R.M. Perez, K.A. DeBord, K.J. Bieschke (red.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*, Washington, DC: American Psychological Association, 2001, s. 81–105
- GARFINKLE H., *Studies in ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1967
- GERARD H.B., *The effect of different dimensions of disagreement on the communication process in small groups*, „Human Relations” 1953, vol. 6, s. 249–271
- GILMAN S.E., COCHRAN S.D., MAYS V.M., HUGHES M., OSTROW D., KESSLER R.C., *Risks of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey*, „American Journal of Public Health” 2001, vol. 91, s. 933–939
- GÓRSKI T., *Skąd się wzięli geje – mnogość teorii*, 2003 [online], www.innastrona.pl
- HALL C.S., LINDZEY G., *Teorie osobowości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994
- HERDT G. (red.), *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*, New York: Zone Books, 1996
- HERRELL R., GOLDBERG J., TRUE W.R., RAMAKRISHNAM V., LYONS M., EISEN S., TSUANG M.T., *Sexual orientation and suicidality: A co-twin control study in adult men*, „Archives of General Psychiatry” 1999, vol. 56, s. 867–874
- IMIĘLIŃSKI K., *Medycyna seksualna, cz. 1: Mitologia i historia*, Warszawa: Polczek, 1992
- IMIĘLIŃSKI K., *Medycyna seksualna, cz. 2: Patologia i profilaktyka*, Warszawa: Polczek, 1992
- JACOBS S.E., WESLEY T., LANG S. (red.), *Two-spirit people: Native American gender identity, sexuality, and spirituality*, Urbana: University of Illinois Press, 1997
- JORM A.F., KORTEN A.E., RODGERS B., JACOMB P.A., CHRISTENSEN H., *Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged*, „British Journal of Psychiatry” 2002, vol. 188, s. 423–427
- JUSZKOWSKI T., *Naukowcy szukają przyczyn homoseksualizmu*, 2003 [online], www.innastrona.pl
- KRAWCZYK J.M., *Rejestrowane związki partnerskie w Norwegii*, Grodzisk Mazowiecki: J.M. Krawczyk, 2001
- KUCZYŃSKA A., *Inwentarz do oceny płci psychologicznej*, Warszawa 1992

- LE VAY S., HAMER D.H., BYRNE W., *Czy homoseksualizm jest uwarunkowany biologicznie?* „Świat Nauki” 1994, nr 7
- LEV A.I., *Transgender emergence. Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*, New York, London, Oxford: The Haworth Clinical Practice Press, 2004
- LEW-STAROWICZ Z., *Kochający inaczej, „Żyjmy Dłużej”* 2000, nr 11
- LEW-STAROWICZ Z., LEW-STAROWICZ M., *Homoseksualizm*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1999
- LEW-STAROWICZ Z., ZDROJEWICZ Z., DULKO S., *Leksykon seksuologiczny*, Wrocław: Continuo, 2002
- LEWICKA M., *Czy jesteśmy racjonalni?* w: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii społecznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1991, s. 15–66
- LLEWELLYN-JONES D., *Ja, mężczyzna*, Warszawa: Świat Książki, 1997
- MAHONEY E.R., *Human Sexuality*, New York: McGraw Hill, 1983
- MASTERS W.H., JOHNSON V., *Niedobór seksualny człowieka*, Warszawa: PZWL, 1975
- MĄDRZYCKI T., *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa: PWN, 1986
- MEYER I.H., *Minority stress and mental health in gay men*, „Journal of Health and Social Behavior” 1995, vol. 36, s. 38–56
- MEYER I.H., *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*, „Psychological Bulletin” 2003, vol. 129(5), s. 674–697
- MILLER C.E., ANDERSON P.D., *Group decision rules and the rejection of deviates*, „Social Psychology Quarterly” 1979, vol. 42, s. 354–363
- MILLER C.T., MAJOR B., *Coping with stigma and prejudice*, w: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (red.), *The social psychology of stigma*, New York, London: The Guilford Press, 2003, s. 243–272
- MOIR A., JESEL D., *Płeć mózgu*, Warszawa: PIW, 1993
- NANDA S., *Hijras, an alternative sex and gender role in India*, w: G. Herdt (red.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*, New York: Zone Books, 1996, s. 373–417
- NĘCKI Z., *Psychologiczne uwarunkowania wzajemnej atrakcyjności*, Wrocław: Ossolineum, 1975
- NĘCKI Z., *Atrakcyjność wzajemna*, Kraków: Wydawnictwo PSB, 1996
- NĘCKI Z., *Sobie atrakcyjni*, „Charaktery” 1997, nr 4
- OSSANA S.M., *Relationship and couples counseling*, w: R.M. Perez, K.A. DeBord, K.J. Bieschke (red.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*, Washington, DC: American Psychological Association, 2001, s. 275–302
- PEREZ R.M., DEBORD K.A., BIESCHKE K.J. (red.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*, Washington, DC: American Psychological Association, 2001
- PILECKA B., *Psychospołeczny kontekst homoseksualizmu*, Kraków: Radamsa, 1999
- Przełamać milczenie. Łamanie praw człowieka ze względu na orientację seksualną*, Gdańsk: Amnesty International Polska, 2003
- RACHMAN Q.G.D., WILSON G.D., *Born gay? The psychobiology of human sexual orientation*, „Personality and Individual Differences” 2003, no. 34
- ROSENHAN D.L., SELIGMAN M.E.P., *Psychopatologia*, t. II, Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1994
- Resolution on sexual orientation and marriage. APA policy statement*, American Psychological Association, 2004
- REUTT J., REUTTOWA N., *Badania osobowości metodą TAT Murraya*, Warszawa: PWN, 1960
- REYNOLDS A.L., HANJORGIRIS W.F., *Coming out: Lesbian, gay, and bisexual identity development*, w: R.M. Perez, K.A. DeBord, K.J. Bieschke (red.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*, Washington, DC: American Psychological Association, 2001, s. 35–55
- Same sex unions. Position statement*, American Psychiatric Association, 2004

- SCHACHTER S., *Deviation, rejection, and communication*, „Journal of Abnormal and Social Psychology” 1951, vol. 46, s. 190–207
- SIEK S., *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa: ATK, 1983
- ŚLANY K., *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: Nomos, 2002
- SZCZERBA K., *W kręgu erosa i psyche*, Wrocław: OWA Miryan-Press, 1991
- SZOPIŃSKI J., *Fluktuacja więzi psychicznej małżonków*, „Zdrowie Psychiczne” 1979, nr 2
- SZOPIŃSKI J., *Skala Więzi Małżeńskiej*, „Psychologia w służbie człowieka” 1981, nr 3
- TOTMAN R., *The third sex: Kathoey: Thailand’s ladyboys*, London: Souvenir Press, 2004
- WEINBERG G., *Ludzie zorientowani homoseksualnie w społeczeństwie*, Poznań: Softpress, 1991
- WOJCISZKE B., *Korzystanie z danych i pseudodanych przy poznawaniu ludzi*, w: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii społecznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1991, s. 67–102
- WOJCISZKE B., *Psychologia miłości*, Gdańsk: GWP, 2001
- WOODS R., OP, *O miłości, która nie śmiała wymawiać swojego imienia*, Poznań: Rebis, 1993
- ZDROJEWICZ Z., *Środowiskowa ocena osób o odmiennej orientacji seksualnej*, „Przegląd Seksuologiczny” 2010, t. VI, z. 3, nr 23
- ZUCKER K.J., *Intersexuality and gender identity differentiation*, „Annual Review of Sex Research” 1999, vol. 10, s. 1–69

MONIKA FILIPIAK

Wyższa Szkoła Humanistyczna im. Króla Stanisława Leszczyńskiego w Lesznie



RODZINNY KONTEKST PROBLEMÓW SEKSUALNYCH OSÓB Z SYNDROMEM DDA

Rodzina jest podstawowym i najważniejszym systemem społecznym, w którym człowiek rozwija się i wzrasta. Jest punktem odniesienia dla kształtowania się, w drodze rozwoju psychospołecznego, potrzeb i umiejętności komunikowania się i współżycia z innymi ludźmi. Rodzina jest środowiskiem niezwykle silnie oddziałującym na rozwój erotyczny dzieci i młodzieży. Zaburzone relacje pomiędzy rodzicami, jakie mają miejsce w rodzinie alkoholowej, przyczyniają się do wypaczenia linii życiowej dzieci i tworzenia się u nich niewłaściwych postaw seksualnych¹. Jakość rodzinnych więzi emocjonalnych oraz rodzinnej atmosfery znajduje odzwierciedlenie w późniejszych stosunkach i związkach międzyludzkich w dorosłym życiu. Wzrastanie w rodzinie z problemem alkoholowym wiąże się najczęściej z brakiem możliwości zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, miłości, czułości, kontaktu, szacunku, przynależności czy uznania. Zaspokojenie tych potrzeb jest niezbędne dla prawidłowego rozwoju dziecka². Jeżeli osoba nie doświadczyła miłości w pierwszych latach swego życia, prawdopodobnie w przyszłości będzie miała trudności z okazywaniem uczuć i nawiązywaniem bliskich emocjonalnie, intymnych relacji. Freud podkreślał znaczenie pierwszych lat życia dla przyszłego funkcjonowania osoby, z czym zgadzają się współcześni badacze. Jak piszą Obuchowska i Jaczewski, „okres dzieciństwa odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju osobowości, a szczególnie tych jej właściwości, które są związane ze sferą emocjonalną, będącą głównym terenem realizowania się przeżyć erotycznych”³. Autorzy, rozważając rolę środowiska rodzinnego w kształtowaniu prawidłowego rozwoju erotycznego, szczególne znaczenie przypisują rozwijaniu w dzieciństwie postawy otwartości na świat,

¹ K. Imieliński, *Życie seksualne. Psychohigiena*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1973.

² Por. K. Obuchowski, *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa: PWN, 1983.

³ I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2002, s. 56.

ukierunkowania moralnego, umiejętności komunikowania uczuć oraz dostarczaniu wzorów pełnienia funkcji społecznych związanych z płcią⁴. Niestety, w rodzinach dysfunkcyjnych, do jakich zaliczyć należy rodziny z problemem alkoholowym, taki rozwój zwykle nie jest możliwy.

Pomimo obszernej literatury dotyczącej funkcjonowania psychospołecznego osób z syndromem DDA nadal niewiele miejsca poświęca się opisowi ich funkcjonowania seksualnego. W związku z powyższym postanowiono zbadać wybrane problemy funkcjonowania seksualnego DDA oraz porównać je z funkcjonowaniem seksualnym osób wychowanych w rodzinie bez problemu alkoholowego. Założono, że specyficzne oddziaływania i relacje panujące w rodzinie alkoholowej w istotny sposób wpływają na życie psychoseksualne dorosłego człowieka. Przedstawione poniżej wyniki są częścią szerszego projektu badawczego i stanowią próbę odpowiedzi na pytanie, czy istnieją różnice w seksualności osób wychowanych w rodzinie z problemem alkoholowym oraz osób wychowanych w rodzinie niedotkniętej tym problemem.

Dobór próby i charakterystyka badanych

Dobór próby do badań był celowy. W sumie przebadano 277 osób, spośród których 137 stanowiły osoby z syndromem DDA (107 kobiet i 30 mężczyzn), a pozostałe 140 osób (105 kobiet i 35 mężczyzn) pochodziło z rodzin niealkoholowych i stanowiło grupę porównawczą. Grupę badawczą stanowiły osoby z syndromem DDA, które zgłaszały się do terapeutów w wielkopolskich poradniach. Wszystkie osoby z tej grupy zostały przebadane przed rozpoczęciem terapii. Osoby z grupy porównawczej wyłoniłone zostały z uwzględnieniem kryterium pochodzenia z rodziny niealkoholowej oraz kryterium danych demograficznych odpowiadających grupie badawczej. Badani mieścili się w przedziale wiekowym 22–40 lat. Powyższe kryterium wieku zastosowano z uwagi na to, iż jest to okres największej aktywności seksualnej człowieka. Badane osoby w większości miały wykształcenie średnie (62,1%) i wyższe (31%). Zaledwie 5,1% stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym i 1,8% z wykształceniem podstawowym. 68,2% ogółu respondentów było stanu wolnego, a 26% pozostawało aktualnie w związku małżeńskim. Pozostałe osoby były rozwiedzione (5,1%) lub w separacji (0,7%). Proporcje rozkładały się podobnie w obu badanych grupach.

Procedura, metoda i narzędzia badawcze

Badania prowadzone były w latach 2004–2006 z zastosowaniem procedury diagnostycznej. Na potrzeby badań wybrano metodę sondażu diagnostycznego, jedną

⁴ Tamże.

z najbardziej popularnych metod badań społecznych. Narzędziami były: kwestionariusz osobowy, kwestionariusz badający funkcjonowanie seksualne osoby własnego autorstwa opracowany na podstawie literatury przedmiotu oraz kwestionariusz aprobaty społecznej KAS w opracowaniu Drwala i Wilczyńskiej, służący do wstępnej selekcji wyników osób badanych ze względu na ich wiarygodność⁵.

Przedstawienie wyników

W badaniach postanowiono skupić się na wybranych problemach dotyczących funkcjonowania seksualnego osób z syndromem DDA i porównać uzyskane wyniki z wynikami osób pochodzących z rodzin niealkoholowych. Założono, że osoby z syndromem DDA i osoby dorosłe pochodzące z rodzin niealkoholowych będą się istotnie różnić w zakresie postaw wobec seksu, częstotliwości kontaktów seksualnych oraz rodzaju podejmowanych zachowań seksualnych. Przypuszczenia znalazły potwierdzenie w wynikach badań. Do testowania hipotez zastosowano test parametryczny istotności różnic *t* dla prób niezależnych oraz test istotności różnic pomiędzy dwoma wskaźnikami struktury. We wszystkich grupach oszacowano istotność korelacji na poziomie 0,01 oraz 0,05.

Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że osoby z obu grup różnią się w zakresie:

- tego, czym jest dla nich seks

Respondenci mieli do wyboru sześć rodzajów odpowiedzi – pięć narzuconych przez badacza i dowolną wypowiedź w przypadku, gdy żadna z propozycji im nie odpowiadała. W obu grupach najwięcej osób przyznało, że seks przyczynia się do pogłębienia więzi uczuciowej z partnerem i jest istotną sprawą w związku. Wyniki analizy statystycznej wskazują, że występują jednak istotne statystycznie różnice między grupami – powyższą odpowiedź wybrało istotnie więcej osób pochodzących z rodzin niealkoholowych niż osób z syndromem DDA ($p = 0,0001$). Kolejno, najczęściej wybieranymi określeniami w obu grupach były: seks służy tylko zaspokojeniu potrzeby seksualnej (brak różnic istotnych statystycznie), seks jest wyłącznie obowiązkiem wobec partnera i zaspokojeniem jego pragnień (różnice istotne statystycznie $p = 0,0089$), seks jest wyłącznie zabawą (różnice istotne statystycznie $p = 0,0052$). Żadna z osób z obu grup nie zadeklarowała, że seks jest jej głównym celem życia. Wyniki prezentuje tabela 1.

⁵ R.Ł. Drwal, J.T. Wilczyńska, *Opracowanie kwestionariusza aprobaty społecznej*, „Przegląd Psychologiczny” 1980, t. XXIII, nr 3.

Tabela 1. Rola seksu

Rola seksu	Częstość		Procent		Istotność = 0,05
	grupa badawcza	grupa kontrolna	grupa badawcza	grupa kontrolna	
To wyłącznie zabawa	14	3	10,2	2,1	p = 0,0052
Służy tylko zaspokojeniu potrzeby seksualnej	20	14	14,6	10	–
Jest wyłącznie obowiązkiem wobec partnera i zaspokojeniem jego pragnień	15	4	10,9	2,9	p = 0,0089
Przyczynia się do pogłębienia więzi uczuciowej z partnerem i jest istotną sprawą w związku	88	119	64,3	85	p = 0,0001
Jest głównym celem życia	–	–	–	0	–
Inne	–	–	–	0	–
Ogółem	137	140	100	100	

Źródło: badania własne.

- postaw wobec seksu

Istotnie mniej osób z syndromem DDA deklarowało postawę pozytywną wobec seksu ($p = 0,0000$) i istotnie więcej tych respondentów, w porównaniu do grupy kontrolnej, przyznało, że ich postawa jest obojętna ($p = 0,0002$) bądź negatywna ($p = 0,0005$). Wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Postawy wobec seksu

Postawa wobec seksu	Częstość		Procent		Istotność = 0,05
	grupa badawcza	grupa kontrolna	grupa badawcza	grupa kontrolna	
Pozytywna	94	131	68,6	93,6	p = 0,0000
Obojętna	29	8	21,2	5,7	p = 0,0002
Negatywna	14	1	10,2	0,7	p = 0,0005
Ogółem	137	140	100	100	

Źródło: badania własne.

- częstotliwości kontaktów seksualnych

Częstotliwość kontaktów seksualnych osób z syndromem DDA przedstawia się następująco, zaczynając od najczęściej deklarowanej: kilka razy w tygodniu, kilka razy w miesiącu, raz w tygodniu, kilka razy w roku, raz w miesiącu. W grupie kontrolnej najwięcej osób zadeklarowało, że podejmuje kontakty seksualne kilka razy w tygodniu, kilka razy w miesiącu, raz w tygodniu, raz w miesiącu i kilka razy w roku. Po dokonaniu

analizy statystycznej okazało się, że istotnie statystycznie więcej osób z syndromem DDA przyznało się do rzadkich, bo zaledwie kilku w roku kontaktów seksualnych niż to miało miejsce w grupie osób pochodzących z rodzin niealkoholowych ($p = 0,0146$). Pozostałe różnice pomiędzy grupami okazały się nieistotne statystycznie. Wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Częstotliwość kontaktów seksualnych

Częstotliwość kontaktów seksualnych	Częstość		Procent		Istotność = 0,05
	grupa badawcza	grupa kontrolna	grupa badawcza	grupa kontrolna	
Kilka razy w tygodniu	49	64	35,8	45,7	-
Raz w tygodniu	21	26	15,3	18,6	-
Kilka razy w miesiącu	35	33	25,5	23,6	-
Raz w miesiącu	12	9	8,8	6,4	-
Kilka razy w roku	20	8	14,6	5,7	$p = 0,0146$
Ogółem	137	140	100	100	

Źródło: badania własne.

- wybranych zachowań seksualnych o charakterze parafilii

Otrzymane wyniki wskazują, że różnice w zakresie wybranych zachowań seksualnych o charakterze parafilii w obu grupach są istotne statystycznie w czterech przypadkach. Istotnie więcej osób z syndromem DDA niż osób pochodzących z rodzin niealkoholowych przyznało się do: zachowań seksualnych z użyciem siły wobec ich osoby ($p = 0,0001$), zachowań seksualnych o cechach ekshibicjonizmu ($p = 0,0169$), zachowań seksualnych podejmowanych w celu uzyskania korzyści materialnych ($p = 0,0196$) oraz uzyskiwania satysfakcji seksualnej poprzez przyglądanie się zachowaniom innych ($p = 0,0001$). Wszystkie wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Zachowania seksualne o charakterze parafilii

Zachowania seksualne o charakterze parafilii	Występowanie zachowań	Częstość		Procent		Istotność = 0,05
		grupa badawcza n = 137	grupa kontrolna n = 140	grupa badawcza n = 137	grupa kontrolna n = 140	
Z osobą poniżej 15 r.ż.	tak	2	1	1,5	0,7	-
	nie	135	139	98,5	99,3	-
Seks grupowy	tak	14	3	10,2	2,1	-
	nie	123	137	89,8	97,9	-
Z osobą powyżej 70 r.ż.	tak	1	-	0,7	0	-
	nie	136	140	99,3	100	-

Zachowania seksualne o charakterze parafilii	Występowanie zachowań	Częstość		Procent		Istotność = 0,05
		grupa badawcza n = 137	grupa kontrolna n = 140	grupa badawcza n = 137	grupa kontrolna n = 140	
Z użyciem siły przez osobę badaną	tak	13	7	9,5	5	-
	nie	124	133	90,5	95	-
Z użyciem siły wobec osoby badanej	tak	36	12	26,3	8,6	p = 0,0001
	nie	101	128	73,7	91,4	-
O cechach ekshibicjonizmu	tak	8	1	5,8	0,7	p = 0,0169
	nie	129	139	94,2	99,3	-
W celu uzyskania korzyści materialnych	tak	15	5	10,9	3,6	p = 0,0196
	nie	122	135	89,1	96,4	-
Oferowanie korzyści materialnych za seks	tak	9	6	6,6	4,3	-
	nie	128	134	93,4	95,7	-
Poprzez przyglądanie się zachowaniom innych	tak	52	24	38	17,1	p = 0,0001
	nie	85	116	62	82,9	-
Ze zwierzętami	tak	2	1	1,5	0,7	-
	nie	135	139	98,5	99,3	-

Źródło: badania własne.

Podsumowanie

Rozwój psychoseksualny człowieka dokonuje się przez całe jego życie i przebiega w określonych, kolejno po sobie następujących fazach. Najistotniejsze zmiany rozwojowe zachodzą od urodzenia do czasu osiągnięcia przez osobę pełnej dojrzałości psychofizycznej. Okres ten można podzielić na dwie fazy: przedpokwitaniową i pokwitaniową. W pierwszej fazie wyróżnia się trzy podstawowe procesy mające istotne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania seksualnego człowieka: identyfikację z płcią i podejmowanie roli płci; wczesnodziecięcy trening reakcji emocjonalnych (przygotowujący, m.in., do dawania i przyjmowania miłości) oraz trening zachowań społecznych (umożliwiający w przyszłości nawiązywanie, rozwijanie i utrzymanie związku erotycznego)⁶. W przebiegu tych procesów ogromną rolę wspierającą odgrywają rodzice. W rodzinie z problemem alkoholowym rodzice bardzo często nie są w stanie zapewnić swoim dzieciom odpowiednich wzorców do identyfikacji i naśladowania. W takich rodzinach zwykle brakuje warunków do kształtowania się prawidłowych

⁶ L. Gapik, *Seksuologia*, w: G. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005.

zachowań i postaw. W związku z tym tak istotne etapy rozwoju, jak proces identyfikacji dziecka z płcią, trening reakcji emocjonalnych i trening zachowań społecznych ulegają zakłóceniu, czego konsekwencją mogą być m.in. zaburzenia w funkcjonowaniu seksualnym w życiu dorosłym.

Istotnym warunkiem prawidłowego ukształtowania podstaw erotyki u dziecka jest wychowanie w rodzinie cechującej się zdrowiem psychicznym jej członków. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie, gdzie układ wewnętrznych stosunków pomiędzy jej członkami jest harmonijny, na ogół nie występują zakłócenia w procesie identyfikacji z płcią. Należy pamiętać, że mechanizmy naśladownictwa i identyfikacji dotyczą nie tylko prawidłowych, ale także nieprawidłowych, szkodliwych cech i zachowań. Na tak wczesnym etapie rozwoju dziecko nie jest bowiem w stanie selekcjonować cech rodziców. Z czasem obserwować możemy duże podobieństwo psychiczne pomiędzy rodzicami i dziećmi, co wynika z działania tych dwóch mechanizmów (naśladownictwa i identyfikacji). Rodzice są zatem wzorcami obu płci. Brak tych wzorców powoduje zakłócenia, które mogą być widoczne m.in. w późniejszym funkcjonowaniu seksualnym osób dorosłych.

Jak wiadomo, pierwszy etap życia dziecka, ściśle związany z oddziaływaniem rodziny, jest szczególnie istotny dla rozwoju emocjonalnego i tworzenia względnie trwałych nawyków emocjonalnych. Badania potwierdzają zależność pomiędzy wczesnodziecięcym treningiem emocjonalnym a późniejszym funkcjonowaniem społecznym i erotycznym osoby. Zatem można powiedzieć, że charakter stosunków emocjonalnych panujących pomiędzy rodzicami i dziećmi jest bardzo ważny dla kształtowania się podstaw erotyki i rozwoju osobowości dziecka. Potrzeba kontaktu emocjonalnego wraz z potrzebą bezpieczeństwa stanowią jedne z najistotniejszych potrzeb psychicznych małego dziecka. Ich niezaspokojenie powoduje zaburzenia w sferze emocjonalnej w postaci tzw. neurotycznego głodu miłości⁷ lub niezdolności do przeżywania złożonych emocji. Te zaburzenia emocjonalne z kolei zakłócają funkcjonowanie erotyczne, powodując trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu interakcji partnerskich⁸. Także interakcje społeczne w rodzinie stanowią wzór dla późniejszego funkcjonowania osoby i mogą determinować jej zachowania seksualne. W pierwszych latach swojego życia dziecko nabywa wiedzę o zasadach postępowania oraz ćwiczy umiejętności nawiązywania i rozwijania interakcji międzyludzkich. W życiu dorosłym często korzysta się, nawet bezwiednie, z doświadczeń społecznych nabytych w dzieciństwie.

Jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań, osoby z syndromem DDA cechują się bardziej negatywnym nastawieniem do seksualności niż osoby pochodzące z rodzin niealkoholowych. Zdecydowanie rzadziej przyznają, że seks przyczynia się do pogłębienia więzi uczuciowej z partnerem i jest istotną sprawą w związku. Częściej natomiast postrzegają go wyłącznie jako obowiązek wobec partnera i zaspokojenie jego pragnień lub tylko jako zabawę. DDA częściej deklarowały negatywną i obojętną

⁷ Por. K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 2011.

⁸ L. Gapik, *Seksuologia...*, dz. cyt.

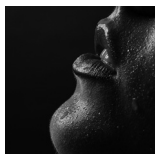
postawę wobec seksu. Częstotliwość ich kontaktów seksualnych okazała się mniejsza niż wśród osób pochodzących z rodzin niealkoholowych. Ponadto badani z syndromem DDA częściej podejmowali zachowania seksualne o charakterze parafilii. Do najliczniej wymienianych takich zachowań należały: zachowania seksualne z użyciem siły wobec ich osoby, uzyskiwanie satysfakcji seksualnej poprzez przyglądanie się zachowaniom innych, zachowania seksualne o cechach ekshibicjonizmu i zachowania seksualne podejmowane w celu uzyskania korzyści materialnych. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują, że rodzic alkoholik i wzrastanie w rodzinie alkoholowej mogą predysponować do wystąpienia problemów seksualnych w dorosłym życiu.

LITERATURA

- DRWAŁ R.Ł., WILCZYŃSKA J.T., *Opracowanie kwestionariusza aprobaty społecznej*, „Przegląd Psychologiczny” 1980, t. XXIII, nr 3
- GAPIK L., *Seksuologia*, w: G. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa: PZWL, 2005
- HORNEY K., *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 2011
- IMIELIŃSKI K., *Życie seksualne. Psychohigiena*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1973
- OBUCHOWSKA I., JACZEWSKI A., *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2002
- OBUCHOWSKI K., *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa: PWN, 1983

KAJETAN TWOREK

Sąd Okręgowy w Poznaniu



PSYCHOLOG I PEDAGOG JAKO OSOBY ZAWIADAMIAJĄCE O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA I PRZESŁUCHIWANE W CHARAKTERZE ŚWIADKA W POSTĘPOWANIU KARNYM – Z UWZGLĘDNIENIEM SPECYFIKI PRZESTĘPSTW PRZECIWKO WOLNOŚCI SEKSUALNEJ

1. Wprowadzenie

Wyprzedzając główny nurt rozważań, których dotyczyć będzie niniejsze opracowanie, warto poczynić kilka uwag natury ogólnej. Wyjaśnią one nasuwające się już na wstępie wątpliwości co do charakteru i zakresu tematycznego przedmiotowej publikacji. Po pierwsze należy zaznaczyć, że przedstawiona poniżej próba scharakteryzowania udziału psychologa i pedagoga, jako osób zawiadamiających o popełnieniu przestępstwa i przesłuchiowanych w charakterze świadków w postępowaniu karnym, z oczywistych względów nie jest w stanie ująć wszystkich zagadnień wiążących się ze wskazaną tematyką. Próba ta jest jedynie pewnym wyborem dokonany w sposób subiektywny – zgodnie z przekonaniem, preferencjami i przemyśleniami autora. Starano się przy tym opisać zagadnienia o podstawowym znaczeniu z punktu widzenia procedury karnej, doniosłe dla psychologów i pedagogów praktyków. Zgodnie z powyższym opracowanie, w sposób możliwie syntetyczny i pozbawiony zbędnych wywodów prawnych, traktuje jedynie o dwóch zasadniczych rolach, w których występować może psycholog lub pedagog w postępowaniu karnym¹ – jako osoby zawiadamiającej o popełnieniu przestępstwa, a także jako świadka. W opracowaniu uwzględniono specyfikę przestępstw przeciwko wolności seksualnej na tle przestępczości w ogóle.

¹ Świadomie pominięto inne role, w których mogą występować psycholog i pedagog w postępowaniu karnym, w szczególności rolę biegłego.

2. Psycholog i pedagog jako osoba zawiadamiająca o popełnieniu przestępstwa

Truizmem jest stwierdzenie, że psycholog i pedagog są często powiernikami szczególnie ważnych informacji. Osoby zwracające się do nich o pomoc zwykle liczą na zachowanie dyskrecji odnośnie do problemów, z którymi się zgłaszają lub wręcz proszą o to. Psycholodzy i pedagodzy – wykonujący wszak zawody zaufania publicznego – sami również zdają sobie sprawę z faktu, iż spoczywa na nich obowiązek zachowania szczególnego rodzaju tajemnicy. W związku z tym istotne jest to, jak powinien zachować się psycholog lub pedagog w sytuacji przekazywania mu informacji o czynach przestępnych. W szczególności, czy może lub musi zawiadomić odpowiednie organa ścigania, mimo iż obowiązuje go tajemnica zawodowa.

Tajemnica psychologiczna uregulowana jest w Ustawie z dnia 8 czerwca 2001 roku o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów². Zgodnie z przepisem art. 14 ust. 1 u.z.p. psycholog ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z klientem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Obowiązek ten nie jest przy tym ograniczony w czasie (art. 14 ust. 2 u.z.p.), a uchyla go albo poważne zagrożenie zdrowia, życia klienta lub innych osób, albo przepis ustawy (art. 14 ust. 3 u.z.p.)³. W przeciwieństwie do tajemnicy psychologicznej, adwokackiej, lekarskiej i innych ustawowo uregulowanych tajemnic, w przepisach powszechnie obowiązującego prawa nie ma unormowań wskazujących *expressis verbis*, że pedagog zobowiązany jest do zachowania tajemnicy zawodowej. Nie oznacza to jednak, iż obowiązek dotrzymania tajemnicy przez pedagoga można rozpatrywać wyłącznie w kategoriach moralnych. Prawny nakaz dochowania dyskrecji ma swoje pierwotne źródło już w normach wynikających z Konstytucji RP (art. 30, 31, 47, 49 i 51)⁴. Podstawowe znaczenie ma jednak przyjęcie na siebie przez pedagoga zobowiązania do zachowania w tajemnicy uzyskanych informacji, które jest zwykle częścią szczególnego rodzaju umowy zawartej pomiędzy pedagogiem a dysponentem informacji. Umowa taka nie musi mieć żadnej szczególnej formy – nawet formy ustnej⁵. Przyjęcie zobowiązania do dyskrecji może bowiem wynikać *per facta concludentia* z samych okoliczności towarzyszących wysłu-

² Dz.U. z 2001 r., nr 73, poz. 763 z późn. zm. Ustawa powoływana dalej jako u.z.p. lub ustawa o zawodzie psychologa.

³ Tajemnicy psychologicznej dotyczą również zapisy określonych kodeksów etycznych w tym m.in. *Kodeksu etyczno-zawodowego psychologa* Polskiego Towarzystwa Psychologicznego czy *Kodeksu etycznego psychoterapeuty* Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ze względu na ramy niniejszego opracowania oraz nadrzędny charakter regulacji ustawowej kodeksy te zostaną pominięte w dalszych rozważaniach.

⁴ Por. uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2005 r., I KZP 6/05, OSNKW 2005/4/39 w zakresie, w jakim dotyczy obowiązku zachowania tajemnicy przez psychologa.

⁵ Zgodnie z art. 60 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r., nr 16, poz. 93 z późn. zm.) – dalej jako k.c. lub Kodeks cywilny – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny.

chaniu przez pedagoga jego rozmówcy⁶. Jeśli więc pedagog przyjął na siebie, choćby w sposób dorozumiany, zobowiązanie do zachowania w tajemnicy przekazywanych mu informacji, to prawo nakazuje mu tajemnicy dochować⁷. Co istotne, naruszenie przez psychologa lub pedagoga obowiązku dotrzymania tajemnicy zawodowej pociągać może za sobą wiele negatywnych konsekwencji prawnych. Przykładowo można tu wskazać takie konsekwencje, jak odpowiedzialność cywilnoprawna za naruszenie dóbr osobistych (art. 23, 24 i 448 k.c.), możliwość wszczęcia postępowania dyscyplinarnego, rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia (art. 52 § 1 pkt 1 k.p.⁸) czy wreszcie odpowiedzialność karna z tytułu popełnionego przestępstwa. Należy bowiem pamiętać, że zgodnie z art. 266 § 1 i 3 k.k.⁹ osoba, która wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznała się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową popełnia przestępstwo ścigane na wniosek pokrzywdzonego.

Na kwestię obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej należy spojrzeć z innej perspektywy w sytuacji, gdy psycholog lub pedagog uzyskują informacje o popełnieniu przestępstwa. Zgodnie z art. 304 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997 r., nr 89, poz. 555 z późn. zm.)¹⁰ każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym organa ścigania. W myśl zaś art. 304 § 2 k.p.k. instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję. W nawiązaniu do powyższego należy zauważyć, że w art. 304 § 1 k.p.k. sformułowano powszechny obowiązek zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa. Przepis ten stanowi przy tym klasyczne *lex imperfecta* – ustanowiony nim obowiązek ma charakter jedynie społeczny, tj. oceniany być może tylko w sferze moralnej, a w wypadku jego niewykonania nie ma możliwości zastosowania jakiegokolwiek sankcji prawnej. Wobec osoby, która tego obowiązku nie zrealizowała, mogą być stosowane jedynie sankcje społeczne, przejawiające się jej napiętnowaniem w stosunkach społecznych¹¹. Na instytucjach państwowych i samorządowych ciąży zaś nie społeczny, a prawny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie (art. 304 § 2 k.p.k.). Przykładowo, ujmując

⁶ A. Zoll (red.), G. Bogdan, K. Buchała, Z. Ćwiąkowski, M. Dąbrowska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, M. Rodzyńkiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117–277*, t. II, Kraków: Zakamycze, 1999.

⁷ Podobnie – niezależnie od unormowania zawartego w art. 14 u.z.p. – źródłem obowiązku zachowania przez psychologa w tajemnicy informacji przekazywanych przez pacjenta jest również zawarta z pacjentem umowa.

⁸ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tj. Dz.U. z 1998 r., nr 21, poz. 94 z późn. zm.).

⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., nr 88, poz. 553 z późn. zm.) – dalej jako k.k. lub Kodeks karny.

¹⁰ Ustawa powoływana dalej jako k.p.k. lub Kodeks postępowania karnego.

¹¹ P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, 2007.

zagadnienie nieco bardziej kazuistycznie, można powiedzieć, że omawiane regulacje inaczej kształtują sytuację prawną psychologa prowadzącego prywatny gabinet psychoterapeutyczny lub psychologiczny, a inaczej pedagoga zatrudnionego w publicznej placówce oświatowej. Jeśli bowiem psycholog w ramach prywatnej praktyki dowie się od swojego pacjenta o popełnieniu przestępstwa, nie rodzi to po jego stronie prawnego obowiązku zawiadomienia organów ścigania. Pedagog pracujący w szkole państwowej, który otrzymał od ucznia informacje o czynie przestępnym ściganym z urzędu, będzie natomiast zobowiązany bądź to sam zawiadomić prokuratora lub policję, bądź poinformować o tym dyrektora szkoły¹². W omawianym przypadku nie obowiązuje pedagoga tajemnica zawodowa. U jej podstaw leży wszak przyjęte przez niego zobowiązanie do zachowania w tajemnicy określonych informacji¹³. Przyjęcie na siebie takiego zobowiązania dla swej skuteczności musi zaś realizować wszelkie wymogi skutecznej czynności prawnej, przewidziane w kodeksie cywilnym. W szczególności musi być świadome i dobrowolne, a także niesprzeczne z ustawą lub zasadami współżycia społecznego (art. 58 § 1 i 2 k.c. oraz art. 82 k.c.). Nie można zatem uznać za prawnie skuteczne zobowiązania do zachowania w tajemnicy informacji, które dotyczą okoliczności popełnienia przestępstwa i osób w nim uczestniczących. Zobowiązanie takie nie rodzi skutków prawnych¹⁴. Jeśli więc pedagog zatrudniony w publicznej placówce oświatowej chce zachować się uczciwie wobec swojego rozmówcy (przychodzącego z problemem rodzica czy ucznia), który liczy na zachowanie tajemnicy, to powinien go poinformować, że jest zobowiązany do ujawnienia informacji dotyczących popełnionego przestępstwa. Poinformowanie takie winno nastąpić niezwłocznie, gdy tylko z rozmowy zacznie wynikać, że rozmówca zamierza przekazać pedagogowi informacje o czynach przestępnych.

Nawiązując do powyższych rozważań, należy podkreślić, że problematyka zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa prezentuje się nieco inaczej w przypadku przestępstw przeciwko wolności seksualnej. Przestępstwa te umieszczone zostały w rozdziale XXV Kodeksu karnego. Co istotne, wskazany rozdział ustawy karnej zawiera zarówno przestępstwa ścigane z urzędu (np. przestępstwo obcowania płciowego z małoletnim poniżej lat 15 – art. 200 k.k.), jak i przestępstwa ścigane wyłącznie na wniosek pokrzywdzonego (np. przestępstwo zgwałcenia – art. 197 k.k. w zw. z art. 205 k.k.). Zgodnie zaś z treścią powołanego już przepisu art. 304 k.p.k. obowiązek zawiadomienia prokuratora lub po-

¹² Wynikający z art. 304 § 2 k.p.k. obowiązek zawiadomienia o przestępstwie obciąża osobę pełniącą funkcję kierowniczą w danej instytucji (upoważnioną do działania w jej imieniu) lub ponoszącą z innego tytułu szczególną odpowiedzialność w tej instytucji. Pozostali pracownicy mają natomiast prawny obowiązek służbowy zawiadomienia przełożonego (kierownika) o popełnieniu przestępstwa; P. Hofmański, E. Sądziak, K. Zgryzek, *Kodeks postępowania karnego...* dz. cyt.; R.A. Stefański, *Komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U.97.89.555), w zakresie przepisów o postępowaniu przygotowawczym*, Warszawa: LEX/el, 2003.

¹³ O tym, że źródłem obowiązku zachowania tajemnicy, w przypadku braku konkretnego przepisu prawa nakazującego dochowania tajemnicy, jest umowa pomiędzy dysponentem informacji i depozytariuszem, której treścią jest przyjęcie zobowiązania dyskrecji, wspomina także Mozgawa (Mozgawa i in., 2007).

¹⁴ A. Zoll (red.) i in., *Kodeks karny...*, dz. cyt.

licji o popełnieniu przestępstwa – i to niezależnie, czy mowa o obowiązku społecznym (art. 304 § 1 k.p.k.), czy prawnym (art. 304 § 2 k.p.k.) – dotyczy wyłącznie przestępstw ściganych z oskarżenia publicznego z urzędu. Ustawa karna procesowa nie formułuje zatem obowiązku zawiadamiania organów ścigania o przestępstwach ściganych z oskarżenia prywatnego (m.in. zniewaga, zniesławienie, naruszenie nietykalności cielesnej) ani o przestępstwach ściganych z oskarżenia publicznego, ale na wniosek (m.in. gwałt, wykorzystanie seksualne osoby bezradnej, upośledzonej lub chorej psychicznie, a także wykorzystanie seksualne przez nadużycie stosunku zależności czy z wyzyskaniem krytycznego położenia¹⁵). Ograniczenie obowiązku denuncjacji jedynie do przestępstw ściganych z urzędu, z wyłączeniem przestępstw ściganych na wniosek i z oskarżenia prywatnego, wynika z ustawowego założenia pierwszeństwa woli osoby pokrzywdzonej w ściganiu tego rodzaju przestępstw¹⁶. Ograniczenie to w praktyce powoduje, że o ile instytucja państwowa lub samorządowa ma prawny obowiązek zawiadomienia organów ścigania o występkę seksualnego wykorzystywania małoletniego poniżej lat 15, to w przypadku uzyskania przez nią informacji o przestępstwie zgwałcenia ze szczególnym okrucieństwem – które stanowi zbrodnię – instytucja nie ma obowiązku powiadomienia prokuratora lub policji.

Poczynione uwagi należy uzupełnić dwoma istotnymi zastrzeżeniami. Pierwsze z nich dotyczy uzyskania przez psychologa lub pedagoga informacji o jednym ze szczególnie groźnych przestępstw wymienionych w art. 240 k.k. Drugie odnosi się do obowiązku zachowania tajemnicy psychiatrycznej wynikającego z art. 50–52 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego¹⁷.

Prawo karne materialne przewiduje zamknięty katalog przestępstw o wyjątkowo dużym ciężarze gatunkowym, w stosunku do których każdą osobę, która dowiedziała się o ich popełnieniu, obciąża prawny obowiązek doniesienia o tym fakcie organom ścigania. Zgodnie bowiem z art. 240 § 1 k.k. każdy, kto mając wiarygodną wiadomość o karalnym przygotowaniu albo usiłowaniu lub dokonaniu czynu zabronionego wymienionego w tym przepisie – w tym m.in. wypełniającego znamiona zabójstwa, pozbawienia wolności człowieka, wzięcia zakładnika – nie zawiadamia niezwłocznie organu powołanego do ścigania przestępstw, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3¹⁸. Powszechny prawny obowiązek denuncjacji, który statuuje przepis art. 240

¹⁵ Przestępstwa z art. 197 k.k., 199 § 1 k.k. i 198 k.k. ścigane na wniosek pokrzywdzonego na podstawie przepisu art. 205 k.k.

¹⁶ J. Grajewski, L.K. Paprzycki, S. Steinborn, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. I: art. 1–424, Warszawa: LEX, 2010.

¹⁷ Dz.U. z 1994., nr 111, poz. 535 z późn. zm. – dalej jako u.o.z.p albo ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

¹⁸ Pozostałe przestępstwa wymienione w art. 240 § 1 k.k. to ludobójstwo, zdrada główna, zamach stanu, szpiegostwo, zamach na życie prezydenta, zamach terrorystyczny, sprowadzenie niebezpieczeństwa powszechnego i piractwo. Należy również wskazać, że omawianego tu przestępstwa niezawiadomienia o przestępstwie nie popełnia osoba, która zaniechała zawiadomienia, mając dostateczną podstawę do przypuszczenia, że organ ścigania wie o przygotowywanym, usiłowanym lub dokonanym czynie zabronionym. Nie popełnia przestępstwa również osoba, która zapobiegła popełnieniu przygotowywanego lub usiłowanego

§ 1 k.k. w zakresie taksatywnie wymienionych w nim przestępstw, nie dotyczy żadnego z przestępstw przeciwko wolności w dziedzinie stosunków seksualnych. Zatem nawet w sytuacjach, w których prawo nakłada na psychologa lub pedagoga obowiązek zawiadomienia o popełnionym przestępstwie o charakterze seksualnym, nieuczynienie zadość temu obowiązkowi nie stanowi czynu przestępnego. Może natomiast pociągać za sobą inne negatywne konsekwencje prawne, w tym m.in. rozwiązanie stosunku pracy czy wymierzenie sankcji dyscyplinarnych. Co istotne, sam przepis art. 240 § 1 k.k. zawsze uchyla tajemnicę zawodową psychologa i pedagoga, jeśli tylko uzyskają oni wiarygodną wiadomość o popełnieniu jednego z wymienionych w nim przestępstw. W tym wypadku tajemnica zawodowa nie zwalnia zatem od obowiązku doniesienia o przestępstwie organom ścigania¹⁹. Posługując się wcześniejszym przykładem, należy wskazać, że nawet psycholog, który w ramach prywatnie prowadzonego gabinetu dowie się od swojego pacjenta o popełnieniu przestępstwa wymienionego w katalogu zawartym w art. 240 § 1 k.k., ma obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję. Jeśli tego nie uczyni, naraża się na poniesienie odpowiedzialności karnej z tytułu popełnionego występkę.

Dla pełnego obrazu omawianej problematyki niezbędne jest wskazanie na szczególną regulację zawartą w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 52 ust. 1 u.o.z.p. nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary. Co istotne, art. 52 ust. 1 u.o.z.p. odnosi się do każdego, niezależnie od wykonywanego zawodu czy pełnionej funkcji, kto wykonuje czynności określone w art. 2 ustawy²⁰, a nie tylko do lekarza psychiatry²¹. W zakresie wyznaczonym przepisem art. 52 ust. 1 u.o.z.p. osoby objęte tajemnicą psychiatryczną nie podlegają obowiązkowi doniesienia z art. 240 § 1 k.k.²²

czynu zabronionego (art. 240 § 2 k.k.). Ponadto nie podlega karze osoba, która zaniechała zawiadomienia z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jej samej lub jej najbliższemu (art. 240 § 3 k.k.).

¹⁹ Podobne poglądy wyrażane są w doktrynie odnośnie do tajemnicy zawodowej lekarza; A. Barczak-Oplustil, G. Bogdan, Z. Cwiąkański, M. Dąbrowska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Rodzynekiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, A. Zoll, *Kodeks karny. Część szczególna*, t. II: *Komentarz do art. 117–277 k.k.*, Kraków: Zakamycze, 2006; A. Wąsek, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 222–316*, t. II, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, 2010.

²⁰ W myśl art. 2 ust. 1 u.o.z.p. ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności: 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

²¹ Zob. uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2005 r., I KZP 6/05, OSNKW 2005/4/39.

²² A. Barczak-Oplustil i in., *Kodeks karny. Część szczególna...*, dz. cyt.; A. Wąsek, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny...*, dz. cyt.

3. Psycholog i pedagog jako świadek w postępowaniu karnym

Charakteryzując udział psychologa i pedagoga występującego w procesie karnym jako świadek, należy zwrócić uwagę na dwa zagadnienia o zasadniczym znaczeniu z perspektywy osób wykonujących wskazane zawody. Pierwszym z nich jest odróżnienie roli biegłego od świadka. Drugim kwestia obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej i ewentualnej możliwości odmowy zeznań z powołaniem się na tę tajemnicę.

Należy zauważyć, że zgoła odmienna jest rola świadka i biegłego biorącego udział w postępowaniu karnym. Niezależnie od etapu tego postępowania, a więc zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i w postępowaniu sądowym, skrajnie odmienne będą oczekiwania organu procesowego wobec psychologa i pedagoga przesłuchiwanego w charakterze świadka od oczekiwań wobec wymienionych osób składających ustną opinię czy przesłuchiowanych jako biegłych. Rzecz bowiem w tym, że biegłego albo biegłych powołuje się, gdy stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych²³. W toku postępowania sądowego sąd, wydając postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego, zamierza skorzystać ze specjalistycznej wiedzy, której sam nie ma. Z tej samej przyczyny postanowienie o przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego wydaje w dochodzeniu i śledztwie prokurator albo inny organ postępowania przygotowawczego. Psycholog i pedagog przesłuchiwani jako świadkowie muszą natomiast niejako „oderwać się”, zapomnieć o swoich profesjach i zdobytej przez siebie wiedzy. Dowód z zeznań świadka służy bowiem ustaleniu faktów wyłącznie na podstawie osobistych spostrzeżeń świadka (tego, co świadek widział, słyszał itp.). Nieistotne są przy tym opinie, poglądy świadka i wyciągane przez niego wnioski w tym znaczeniu, że nawet jeśli znajdują się one w jego zeznaniach, to oceną zeznań mogą być objęte wyłącznie twierdzenia co do okoliczności faktycznych. Nie wchodzą zatem w zakres tej oceny wyrażone przez świadka opinie, poglądy, a także sądy o faktach tworzone w drodze wnioskowań czy wartościowania²⁴. Organ procesowy przesłuchujący psychologa lub pedagoga w charakterze świadka będzie więc z reguły oczekiwał od niego jedynie złożenia relacji z przebiegu określonych zdarzeń faktycznych z pominięciem spostrzeżeń, których występujący jako świadek dokonał, opierając się na swojej fachowej wiedzy teoretycznej, praktycznej czy doświadczeniu zawodowym. Gdyby bowiem nawet świadek wygłosił wartościowy dla sprawy sąd o okolicznościach faktycznych, stanach lub zdarzeniach, dla których poznanie i wyjaśnienia wymagany jest określony zasób wiadomości specjalnych z zakresu psy-

²³ Zgodnie z art. 193 § 1 k.p.k., jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych.

²⁴ Te same zasady dotyczą zarówno procesu karnego, jak i postępowania cywilnego – zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 1968 r., III KR 96/68, OSNPG 1969/2/30 oraz poglądy doktryny; A. Jakubecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Praktyczny komentarz*, Kraków: Zakamycze, 2005; H. Pietrzkowski, *Zarys metodyki pracy sędziego w sprawach cywilnych*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, 2007.

chologii czy pedagogiki, to i tak nie mógłby on stać się podstawą do poczynienia przez organ procesowy (sąd, prokurator itd.) ustaleń faktycznych, które mogą być podstawą do wydania rozstrzygnięcia w sprawie. Świadek, w przeciwieństwie do biegłego, nie jest wszak „upoważniony” do wypowiadania swej opinii, poglądów i wyciągania wniosków – ma jedynie podawać fakty, które widział, słyszał lub z którymi w inny sposób zetknął się swoimi zmysłami. Jeżeli zachodzi potrzeba wyjaśnienia określonych okoliczności sprawy i ustalenia faktów, odwołując się do wiadomości specjalnych, sąd lub organ prowadzący dochodzenie czy śledztwo może to uczynić tylko za pomocą dowodu z opinii biegłego. Z punktu widzenia przepisów procedury karnej same zeznania świadka, nawet świadka dysponującego odpowiednią wiedzą, nie stanowiłyby wiarygodnego dowodu, który mógłby być wykorzystany w sprawie do dokonania istotnych ustaleń, wymagających wiadomości specjalnych. Zeznania świadka oparte na jego specjalistycznej wiedzy, które to stanowią w istocie *quasi*-ekspertyzę, mogą przyczynić się do wyjaśnienia okoliczności sprawy karnej jedynie pośrednio. Mogą być bowiem swego rodzaju impulsem do dopuszczenia dowodu z opinii biegłego, jeśli przesłuchujący świadka organ procesowy uzna za konieczne skorzystanie z wiadomości specjalnych. Należy przy tym podkreślić, że osoba przesłuchana uprzednio jako świadek nie mogłaby następnie zostać biegłym w tej samej sprawie. W celu zachowania bezstronności przez biegłego przewidziano bowiem bezwzględny zakaz pełnienia czynności biegłego przez osoby powołane w danym postępowaniu w charakterze świadka (art. 196 § 1 *in fine* k.p.k.).

Dobrą egzemplifikacją nawiązującą do poczynionych spostrzeżeń może być sprawa karna dotycząca molestowania seksualnego osoby małoletniej w swoim stadium jurysdykcyjnym. W sprawie takiej sąd, przystępując do przesłuchania psychologa lub pedagoga w charakterze świadków, umożliwi im najpierw swobodne wypowiedzenie się. Pierwszą fazą przesłuchania jest bowiem swobodna wypowiedź świadka w granicach określonych celem danej czynności. Dopiero po swobodnej wypowiedzi można świadkowi zadawać pytania zmierzające do uzupełnienia, wyjaśnienia lub kontroli wypowiedzi (art. 171 § 1 k.p.k.). W typowej sytuacji, korzystając z udzielonego im prawa głosu, psycholog i pedagog powinni jedynie złożyć sądowi szczegółową relację z tego, co powiedział im pacjent, uczeń lub inne osoby. Nadto, jeśli poczynili w sprawie „własne” spostrzeżenia, wskazane jest, by możliwie precyzyjnie opisali zaobserwowane osobiście zachowanie wymienionych osób czy inne zdarzenia, których byli świadkami. Co do zasady zbędne byłoby przy tym wygłaszanie opinii co do wpływu, jaki molestowanie seksualne może wyrzucić na psychikę małoletniego pokrzywdzonego, wyciąganie wniosków odnośnie do rozmiaru wyrządzonej mu krzywdy czy przedstawianie poglądów na temat możliwego oddziaływania czynu przestępnego na środowisko rodzinne małoletniej ofiary. We wskazanym zakresie zeznania byłyby bowiem oparte na specjalistycznej wiedzy przesłuchiwanego świadka i stanowiły w rzeczywistości ustną opinię wygłoszoną przez osobę, która nie została wszak powołana do sprawy jako biegły. Zeznania te, niezależnie od swojej wartości merytorycznej, nie mogłyby zatem stać się podstawą dokonania przez sąd określonych ustaleń faktycznych w sprawie. Jeśli

organ procesowy dostrzegając potrzebę uzyskania informacji odnośnie do omawianych kwestii (czy to na użytek lepszej oceny rozpoznawanej sprawy, czy rozważając możliwość powołania w sprawie biegłego), z pewnością zapytałby o nie sam w drugiej fazie przesłuchania świadka.

Kolejną kwestią wymagającą omówienia jest problematyka obowiązku zachowania przez psychologa i pedagoga szeroko rozumianej tajemnicy zawodowej²⁵ podczas przesłuchiwanie wymienionych w charakterze świadków. Szczególnie ważkim zagadnieniem jest ochrona tajemnicy zawodowej pedagoga zatrudnionego w publicznej lub prywatnej placówce oświatowej czy ochrona tajemnicy psychologicznej, do której zachowania zobowiązany jest psycholog prowadzący gabinet psychoterapeutyczny lub psychologiczny. Wracając do wcześniejszych przykładów, można by postawić pytanie, czy pedagog szkolny mógłby odmówić zeznań na temat faktów, o których poinformował go uczeń proszący o zachowanie ścisłej tajemnicy. Analogicznie należałoby rozważyć, czy psycholog jest uprawniony lub zobowiązany do odmowy zeznań odnośnie do okoliczności, o których uzyskał informacje od swojego pacjenta podczas prowadzonej terapii. Nie wymaga przy tym szerszego uzasadnienia teza, iż ewentualna możliwość odmowy zeznań nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji, w której miałyby one dotyczyć tak wrażliwej sfery jak seksualność człowieka. W takim przypadku może się bowiem zdarzyć, że psycholog lub pedagog mający ujawnić powierzone im informacje może wręcz odczuwać moralny nakaz zachowania ich w tajemnicy.

Zgodnie z art. 180 § 1 k.p.k. osoby obowiązane do zachowania tajemnicy służbowej lub tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator zwolni te osoby od obowiązku zachowania tajemnicy. W myśl zaś przepisu art. 180 § 2 k.p.k. osoby obowiązane do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej lub dziennikarskiej mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż siedem dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie.

Sama już pobieżna lektura cytowanych przepisów wskazuje, że ustawa karnoprocesowa przewiduje dwie grupy tajemnic zawodowych. Wyróżnia bowiem sześć tajemnic o szczególnym charakterze, które poddane zostały wzmożonej ochronie (art. 180 § 2 k.p.k.) oraz pozostałe tajemnice zawodowe (art. 180 § 1 k.p.k.). Tajemnica psychologiczna i pedagogiczna nie zostały zawarte w katalogu enumeratywnie wymienionych tajemnic szczególnie chronionych. Oznacza to, że psycholog lub pedagog mają prawo

²⁵ Przez tajemnicę zawodową będzie się dalej rozumiało tajemnicę zawodową *sensu largo*, a więc zarówno tajemnicę służbową, jak i tajemnicę związaną z wykonywaniem zawodu lub funkcji; J. Grajewski i in., *Kodeks postępowania karnego...*, dz. cyt.

odmówić zeznań na temat okoliczności, na które rozciąga się obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, jednakże sąd lub prokurator mogą – wedle swobodnego uznania – zdecydować o zwolnieniu ich z obowiązku zachowania tajemnicy. Zwolnienie od obowiązku zachowania tajemnicy na podstawie art. 180 § 1 k.p.k. nie jest bowiem obwarowane żadnymi wymogami. Oczywiście wydaje się, że powinno ono nastąpić w sytuacji, gdy przeprowadzenie dowodu z zeznań osoby, którą obowiązuje tajemnica, jest niezbędne do prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy²⁶. Nie zmienia to jednak tego, iż ocena w tym względzie należy wyłącznie do sądu lub prokuratora, a nie do przesłuchiwanego w sprawie psychologa lub pedagoga. W praktyce nie prowadzi się odrębnego postępowania w przedmiocie zwolnienia świadka od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Wydanie stosownego postanowienia poprzedza po prostu przystąpienie do przesłuchania. Sygnałem o potrzebie wydania takiego postanowienia jest przy tym skorzystanie przez świadka z prawa do odmowy zeznań wynikającego z art. 180 § 1 k.p.k.²⁷ Należy zaznaczyć, że odmowa składania zeznań, mimo zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy, jest bezpodstawna i uzasadnia stosowanie kar porządkowych²⁸. Co istotne, odmowa złożenia zeznania z powołaniem się na tajemnicę zawodową może mieć miejsce jedynie wówczas, gdy zeznania te miałyby dotyczyć okoliczności, na które rzeczywiście rozciąga się obowiązek zachowania tajemnicy. Posługując się wcześniejszym przykładem, należałoby wskazać, że nie mógłby odmówić zeznań pedagog zatrudniony w państwowej placówce oświatowej co do wiadomości o przestępstwie obcowania płciowego z małoletnim poniżej lat 15, które otrzymał od jednego z uczniów w ramach pełnienia swojej funkcji. Wiadomości te nie są bowiem w ogóle objęte tajemnicą pedagogiczną. Odmowa zeznań w tym zakresie – nawet bez zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy – byłaby zatem bezpodstawna i narażała pedagoga na konsekwencje prawne.

W nawiązaniu do powyższego trzeba zaznaczyć, że od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej zwolnić może – w zależności od stadium postępowania karnego – wyłącznie sąd lub prokurator. Uprawnienia takiego nie mają inne organy procesowe, np. policja prowadząca dochodzenie²⁹. Jeśli już jednak sąd lub prokurator wyda postanowienie o zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy, to psycholog czy pedagog nie mają żadnych możliwości jego wzruszenia. Postanowienie takie jest bowiem niezaskarżalne i rodzi obowiązek złożenia zeznań³⁰.

²⁶ Z. Gostyński (red.), J. Bratoszewski, L. Gardocki, S.M. Przyjemski, R.A. Stefański, S. Zabłocki, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. I, Warszawa: Dom Wydawniczy ABC, 1998.

²⁷ P. Hofmański, S. Zabłocki, *Elementy metodyki pracy sędziego w sprawach karnych*, Kraków: Zakamycze, 2006.

²⁸ W grę wchodzić tu będą takie kary, jak pieniądze, zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie, a także aresztowanie – w zależności od tego, czy miało miejsce niestawienie się na wezwanie organu, wydalenie z miejsca czynności, bezpodstawne uchylene się od złożenia zeznania czy złożenia przyrzeczenia oraz czy naruszenie miało charakter uporczywy. Kwestie te regulują przepisy 285–290 k.p.k.

²⁹ Z. Gostyński (red.) i in., *Kodeks postępowania karnego...*, dz. cyt.

³⁰ T. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Kraków: Zakamycze, 2003.

Patrząc na problematykę przesłuchania z perspektywy tajemnic psychologicznej i pedagogicznej, należy poczynić jeszcze jedną uwagę, która może być szczególnie istotna dla psychologów prowadzących psychoterapię. Była już wcześniej mowa o tajemnicy psychiatrycznej – dotyczącej osób podejmujących czynności na postawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wskazywano przy tym, że zgodnie z art. 52 ust. 1 u.o.z.p. nie wolno przesłuchiwać zobowiązanych do zachowania tajemnicy psychiatrycznej jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z wymienionej ustawy co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary. Uzupełniając wcześniejsze wywody, należy jedynie dodać, że przepis art. 52 ust. 1 u.o.z.p. ustanawia bezwzględny zakaz dowodowy i jest przepisem szczególnym w stosunku do unormowania z art. 180 k.p.k. Osoby obowiązanej do zachowania tajemnicy psychiatrycznej nie można zatem zwolnić od obowiązku zachowania tej tajemnicy ani też przesłuchać na temat okoliczności przewidzianych w art. 52 ust. 1 u.o.z.p., jeżeli nawet wyrazi ona sama gotowość ich ujawnienia³¹.

Podsumowanie

Niemożliwe jest ustosunkowanie się do wszystkich zagadnień, które wiążą się z udziałem psychologa i pedagoga w sprawach karnych jako osób zawiadamiających o popełnieniu przestępstwa i przesłuchiwanym w charakterze świadków. Problematyka przedstawiona pokrótce w niniejszym opracowaniu przekonuje jednak, że osoby wykonujące wymienione zawody zaufania publicznego mają w postępowaniu karnym szczególnie obowiązki i uprawnienia. Świadomość ich istnienia może okazać się bardzo przydatna – zwłaszcza dla psychologów i pedagogów praktyków.

LITERATURA

- BARCZAK-OPLUSTIL A., BOGDAN G., CWIĄKAŁSKI Z., DĄBROWSKA-KARDAS M., KARDAS P., MAJEWSKI J., RAGLEWSKI J., RODZYNKIEWICZ M., SZEWCZYK M., WRÓBEL W., ZOLL A., *Kodeks karny. Część szczególna*, t. II: *Komentarz do art. 117–277 k.k.*, Kraków: Zakamycze, 2006
- GOSTYŃSKI Z. (red.), BRATOSZEWSKI J., GARDOCKI L., PRZYJEMSKI S.M., STEFAŃSKI R.A., ZABŁOCKI S., *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. I, Warszawa: Dom Wydawniczy ABC, 1998
- GRAJEWSKI J., PAPRZYCKI L.K., STEINBORN S., *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. I: *art. 1–424*, Warszawa: LEX, 2010
- GRZEGORCZYK T., *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Kraków: Zakamycze, 2003
- HOFMAŃSKI P., SADZIK E., ZGRYZEK K., *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, 2007
- HOFMAŃSKI P., ZABŁOCKI S., *Elementy metodyki pracy sędziego w sprawach karnych*, Kraków: Zakamycze, 2006
- JAKUBECKI A. (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Praktyczny komentarz*, Kraków: Zakamycze, 2005

³¹ Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2005 r., I KZP 6/05, OSNKW 2005/4/39.

- MOZGAWA M. (red.), BUDYN-KULIK M., KOZŁOWSKA-KALISZ P., KULIK M., *Kodeks karny. Komentarz praktyczny*, Warszawa: Oficyna, 2007
- PIETRZKOWSKI H., *Zarys metodyki pracy sędziego w sprawach cywilnych*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, 2007
- STĘFAŃSKI R.A., *Komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U.97.89.555) w zakresie przepisów o postępowaniu przygotowawczym*, Warszawa: LEX/el, 2003
- WĄSEK A., ZAWŁOCKI R. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 222–316*, t. II, Warszawa: C.H. Beck, 2010