

**dr Wiesław Ślósarz**

Zakład Psychologii Klinicznej  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego

**Kobieta i mężczyzna – wybrane diadyczne trudności adaptacyjne**

Częstochowa, 12 listopad 2002r.

Doświadczenie psychologa i seksuologa klinicznego wskazuje, że szereg konfliktów zarówno partnerskich, jak i małżeńskich ma swoje źródło w charakterze relacji między kobietą i mężczyzną. Czynniki diadyczne, czyli międzypartnerskie należą do ważnej grupy szczególnie w etiopatogenezie nerwic seksualnych (Ślósarz, 1999). Zagadnienie to jest o tyle istotne, że istnieje ścisły związek między zdrowiem psychicznym i somatycznym a zadowoleniem z życia seksualnego. Zjawiska te wzajemnie warunkują się, pozostając ze sobą w ścisłych związkach. Z jednej strony istnieje szereg dowodów na to, że nieleczone zaburzenia seksualne, zwłaszcza te pochodzenia czynnościowego, mogą prowadzić do powstania różnego rodzaju nerwic, na przykład hipochondrii, czy nerwicy depresyjnej. Z kolei przedłużające się zaniedbania w terapii nerwic, w szczególnych warunkach środowiskowych, mogą leżeć u podstawy powstania uzależnień, psychoz, czy prób samobójczych. Z drugiej strony istnieje cały szereg dowodów klinicznych na związki między czynnikami psychicznymi i przeżyciami traumatycznymi a czynnościami prokreacyjnymi i seksualnymi. Różnego rodzaju zawirowania społeczne, transformacje ustrojowe, rewolucje, wojny wpływają na budowę i czynności narządów płciowych oraz na sprawność seksualną. Pod wpływem dramatycznych i wstrząsających przeżyć psychicznych ustają czynności jąder, może zaniknąć wytwarzanie plemników, a obraz histologiczny jąder staje się podobny do obrazu widywanego u zwierząt poza okresem godowym. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w przypadku przedłużającego się stresu, zanika wewnątrzwydzielniczy wpływ jąder na wtórne cechy płciowe (Bilikiewicz, 1958). Tak charakterystyczna dla naszego kraju zmiana ustroju ekonomicznego po roku 1989 sprawiła, że w gabinetach seksuologów zaroilo się od mężczyzn, u których zaburzenia sprawności seksualnej spowodowane są w głównej mierze utratą pracy. Podobnie u kobiet, sytuacje traumatyczne powodują ustanie owulacji, czy też tak zwaną cichą owulację, której nie towarzyszy miesiączkowanie, ale możliwe jest wówczas zajście w ciążę. Istnieją też dowody na to, że brak satysfakcji seksualnej kobiety, czy też brak orgazmu może utrudniać, albo w niektórych przypadkach wręcz uniemożliwiać zajście w ciążę. Badania laboratoryjne Mastersa i Johnson dowiodły, że w fazie podniecenia następuje podniesienie szyjki macicy, dzięki czemu możliwe jest jej zanurzenie się w ejakulacie, dochodzi też do jej rozszerzenia. Natomiast w fazie plateau, czyli ustalonego, wysokiego poziomu podniecenia, dochodzi do powstania tak zwanej platformy orgazmicznej, czyli przekrwienia naczyń zewnętrznej 1/3 pochwy, co z kolei uniemożliwia wydostanie się nasienia z vaginy przez 20-30 minut po stosunku (Masters, Johnson, 1975). Według Kehrera orgazm kobiety potrzebny jest po to, żeby wypchnąć czop śluzowy i przez to ułatwić plemnikom dostęp do wnętrza macicy. Niepłodność z biegiem czasu prowadzi może do oziębłości seksualnej, rozczarowań partnerstwem i życiem w ogóle. Związki te są oczywiście zwrotne i tworzą błędne koło: oziębłość seksualna może prowadzić do niepłodności i

odwrotnie: niepłodność może powodować niechęć do współżycia, generować zarówno zaburzenia seksualne jak i psychiczne.

Skoro zależności między życiem seksualnym, zdrowiem fizycznym, psychicznym i prokreacją są tak szerokie, warto zatem przyjrzeć się tym czynnikom, które mogą je zaburzać na poziomie diady, czyli relacji między mężczyzną i kobietą. W pracy mojej wymienię te, które stosunkowo najczęściej występują w klinice seksuologii, to jest: zadaniowe traktowanie współżycia i zachowania partnera wzbudzające lęk i zagrożenie.

1. W przypadku zadaniowego traktowania współżycia kontakt seksualny najczęściej wynika z potrzeby wykazania się przed partnerem sprawnością seksualną, możliwościami prokreacyjnymi, czy zdolnością do przeżywania orgazmu.

Młodzi chłopcy wobec swoich sympatii, ale często też dojrzałych mężczyźni, zwłaszcza wobec nowopoznanych, dużo młodszych, czy wyjątkowo atrakcyjnych kobiet mają tendencje do popisywania się swoją sprawnością seksualną. Tendencja ta najczęściej przybiera kilka podstawowych form. Często jest tak, że mężczyźni inicjują współżycie seksualne wtedy, kiedy nie ma dla niego korzystnych warunków zewnętrznych, kiedy są pod wpływem alkoholu, czy narkotyku, nie odczuwają potrzeby współżycia, albo są po prostu zmęczeni. Nierzadko jest też tak, że starają się przedłużyć kontakt seksualny opóźniając ejakulację. Robią to w przekonaniu, że dzięki takim zachowaniom będą przez kobiety spostrzegani w korzystniejszym świetle, jako partnerzy dbający o ich zaspokojenie i satysfakcję seksualną. Kończy to się często zmęczeniem i chwilowym zanikiem erekcji, które najczęściej spostrzegane jest, zarówno przez mężczyznę jak i jego partnerkę, jako zburzenie wzwodu i nierzadko początek impotencji. Niemalą grupę stanowią też mężczyźni próbujący w krótkim czasie powtórzyć stosunek zakończony ejakulacją. Czynią tak w przekonaniu, że właśnie ta zdolność stanowi o ich męskości, potencji i wyjątkowej atrakcyjności.

Wszystkie te zachowania mężczyzn nie są świadomie indukowane i wzbudzone przez kobiety, a ich geneza leży raczej w naszej obyczajowości seksualnej, przepełnionej różnego rodzaju mitami i przesadami na temat życia seksualnego.

Inaczej jest z potrzebą wykazania się zdolnościami prokreacyjnymi mężczyzny. Tu aktywny, ale często niezamierzony, udział partnerki w generowaniu nerwicowego nastawienia mężczyzny na płaszczyźnie życia seksualnego jest szczególnie widoczny. Wzbudzająca lęk postawa kobiety w tym przypadku początkowo manifestuje się zwerbalizowaniem potrzeby posiadania dziecka. Po dłuższym okresie nieefektywnych z punktu widzenia prokreacji stosunków seksualnych, współżycie, z reguły za sprawą kobiety, ogranicza się najczęściej do okresu owulacji. Wyeliminowanie zachowań autoerotycznych mężczyzny i limitowanie partnerskich kontaktów seksualnych ma podnieść zdolności prokreacyjne mężczyzny, to jest poprawić ilość i żywotność plemników. W konsekwencji tych działań mężczyzna zostaje wybity

z naturalnego rytmu redukcji napięcia seksualnego, ustalonego poprzednio na przykład dzięki masturbacji, czy wcześniejszym, nieprokreacyjnym seksualnym kontaktom partnerskim. Jeżeli już dojdzie do kontaktu seksualnego, to poziom pobudzenia u mężczyzny znacznie przekracza wartości optymalne, co, zgodnie z klasycznymi już ustaleniami Yarkesa i Dodsona, musi kończyć się obniżeniem sprawności. U mężczyzny pojawia się zaburzenie wzwodu członka przed lub w czasie współżycia płciowego, albo zaburzenia wytrysku nasienia.

O ile zadaniowe traktowanie współżycia u mężczyzny najczęściej manifestuje się potrzebą wykazania się sprawnością seksualną i zdolnościami prokreacyjnymi, o tyle u kobiet dominuje potrzeba przeżywania orgazmu. Atrakcyjność kobiety w naszej obyczajowości seksualnej w dużej mierze wyznaczona jest jej zdolnością do przeżywania orgazmu. Kobieta anorgastyczna, zarówno w oczach partnera, jak i swoich własnych, jest mniej interesująca, czy mniej wartościowa, co w konsekwencji może prowadzić do obniżenia samooceny (Reinish, Beasley, 1991). Takie niekorzystne postawy partnerów wobec siebie rodzą oczywiście cały szereg patologicznych zachowań, które pogłębiają trudności w przeżywaniu orgazmu przez kobietę i mogą prowadzić do rozwoju oziębłości seksualnej. Mężczyźni często nie są zainteresowani poszukiwaniem najbardziej optymalnych form stymulacji seksualnej swoich partnerek. Dość powszechne jest niedocenianie stymulacji clitoris w czasie współżycia. Partnerzy czasem wręcz domagają się od kobiety, żeby ta szczytowała podczas stosunku na drodze stymulacji vaginalnej, a nie w czasie pieszczot lechtaczki.

Zadaniowe traktowanie współżycia seksualnego wynika często ze wzbudzonej przez partnera potrzeby wykazania się.

2. Potrzeba wykazania się ściśle związana jest z kolejnym czynnikiem diadycznym generującym nerwice seksualne to jest zachowaniami partnera wzbudzającymi zagrożenie i lęk. Na poziomie tego czynnika istnieją zasadnicze różnice między płciami. Kobiety najczęściej opowiadają aktualnemu partnerowi seksualnemu o wcześniejszych doświadczeniach erotycznych. Porównują przy tym takie atrybuty jego seksualności jak wydolność mierzona częstotliwością współżycia, sprawność seksualną, znajomość pozycji i technik współżycia, czy w skrajnych przypadkach długość penisa. Mają przy tym tendencje do mieszania własnych doświadczeń realnych z opowieściami koleżanek, czy z tym, co wyniosły z lektury książek, albo wydawnictw pornograficznych. Specyficzną grupę stanowią kobiety, które próbują zmobilizować aktualnego partnera seksualnego do leczenia zaburzeń seksualnych ostentacyjnym umawianiem się na randki, czy wręcz kontaktami seksualnymi z innymi mężczyznami.

Mężczyźni natomiast wzbudzają zagrożenie u swoich partnerek akcentując komunikaty o nietrwałości aktualnego związku, czy też atrakcyjności seksualnej i dostępności innych, alternatywnych kobiet. Dość powszechna jest przy tym tendencja do niewyrażania zaangażowania emocjonalnego i pozytywnych uczuć wobec aktualnej partnerki. Szereg badań i doświadczeń

klinicznych jednoznacznie potwierdza fakt, że kobiety, w porównaniu do mężczyzn, wyjątkowo często narzekają na swoich partnerów z powodu braku otwartego wyrażania uczuć. Jedne z badań nad nowożeńcami wykazało, że 45% kobiet, ale tylko 24% mężczyzn zgłasza podobną pretensję pod adresem drugiej strony. Kobiety również znacznie częściej niż mężczyźni oskarżają partnera o niezwracanie uwagi na ich własne uczucia. Tendencja ta wyraźnie rośnie wraz z długością trwania małżeństwa. W okresie przedmałżeńskim skarży się na to jedynie 25% kobiet, w pierwszym roku małżeństwa odsetek ten rośnie do 30%, a po czterech latach sięga 59%. Mężczyźni nie są czuli i starają się nie wyrażać swoich uczuć, bo chcą ukryć rzeczywisty stopień zaangażowania emocjonalnego. Robią to po to, by móc w większym stopniu panować nad sytuacją i w konsekwencji nad samą kobietą (Wojciszke, 1993). Z drugiej strony okazywanie uczuć kojarzy im się z subtelnością, empatią i wrażliwością bardziej typową dla gejów, niż dla prawdziwych mężczyzn. W konsekwencji, bojąc się posądzenia o homoseksualizm, wolą grać twardzieli, głównie wobec samych siebie i innych mężczyzn.

Omówione czynniki generujące dysfunkcje seksualne i trudności adaptacyjne na poziomie związku partnerskiego, dotyczące zadaniowego traktowania współżycia seksualnego oraz zachowań partnera wzbudzających lęk i zagrożenie, w klinice psychologii i seksuologii występują najczęściej. W pokonywaniu wymienionych zaburzeń najlepsze rezultaty przynoszą metody terapii racjonalnej i racjonalno-emocjonalnej (Lew-Starowicz, 1985). Terapeuta omawia z małżonkami ich odmienne role i oczekiwania oraz mechanizmy patogenne, demitologizuje współżycie, optymalizuje komunikację i zachęca do odreagowania zalegających negatywnych emocji.

## **Bibliografia**

Bilikiewicz, T. (1958). *Klinika nerwic płciowych*. Warszawa: PZWL

Lew-Starowicz, Z. (1985). *Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych*. Warszawa: PZWL

Masters, W. H., Johnson, V. E. (1975). *Współżycie seksualne człowieka*. Warszawa: PZWL

Reinish, J. M., Beasley, R. (1991). *The Kinsey Institute new report on sex*. Nowy Jork: Penguin Books

Ślósarz, W. (1999). Dynamics of self-acceptance in sexual life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25 (1).

Wojciszke, B. (1993). *Psychologia miłości*. Gdańsk: G.W.P. Marabut