

Wiesław Ślósarz

Zakład Psychologii Klinicznej

Instytut Psychologii U. Wr.

MITY SEKSUALNE W PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

Wrocław, 2 czerwiec 2003r.

Mit seksualny ma w obyczajowości seksualnej głębokie korzenie. Termin ten ma dwojakiego rodzaju znaczenie 1/. Jest to fałszywe upowszechnione mniemanie o męskości lub kobiecości kształtujące konkretne nastawienie seksualne. 2/. Mit seksualny to opowieść utrwalona w świadomości społecznej, kreująca określone dla danej kultury postawy wobec seksu i płci (Lew-Starowicz, 1999). Istnieją mity przynależne do pewnych kultur, czy społeczeństw (np. mit o vagina dentata, czyli pochwie pożerającej członek), ale jest też, znacznie szersza, kategoria mitów ponad kulturowych (np. wielkość członka wyznacza sprawność seksualną mężczyzny). Z punktu widzenia psychologii i seksuologii klinicznej mity seksualne generują negatywne postawy wobec siebie samego, własnej i drugiej płci, aktywności seksualnej (Beisert, 1991, Ślósarz, 1992b). Często są źródłem wielu zahamowań, kompleksów i zaburzeń seksualnych, które patologizują relacje między ludźmi (Lew-Starowicz 1991, 2001, Ślósarz 1992a). Mity obejmują wiele dziedzin życia seksualnego współczesnego człowieka. W oparciu o przegląd literatury oraz własne doświadczenie kliniczne mity zostały uporządkowane w dziewięć grup: mity dotyczące kobiet, mity dotyczące mężczyzn, mity diadyczne, mity związane z masturbacją, pornografią, viagrą, seksualnością dzieci, homoseksualizmem i AIDS.

I. Mity dotyczące kobiet

1. Brak krwi i bólu u kobiety podczas inicjacji seksualnej jest dowodem braku błony dziewiczej.
2. Dziewictwo jest wyrazem braku atrakcyjności seksualnej kobiety.
3. Menopauza prowadzi do zaniku współżycia seksualnego.
4. Kobieta po menopauzie nie powinna współżyć, bo jest to niezgodne z prawami natury.
5. Prawidłowy i prawdziwy orgazm kobieta może przeżyć tylko w czasie stosunku.
6. Orgazm łechtaczkowy jest wyrazem braku dojrzałości płciowej kobiety.
7. Oziębłość jest dziedziczna.
8. prostytutki mają jakieś zбочenia.
9. Kobiety lubią być poniżane w czasie współżycia.
10. Kobieta zawsze jest gotowa do współżycia.
11. Kobiety są bardziej zmysłowe i mają większe potrzeby seksualne.
12. Orgazm łechtaczkowy i pochwowy są zupełnie odmienne.
13. Kobieta inicjująca współżycie jest niemoralna.
14. Kobieta osiąga orgazm w czasie stosunku tylko wtedy, kiedy ma zaufanie do partnera i jest z nim psychicznie związana.

15. W czasie miesiączki nie można zajść w ciążę.
16. Nie można zajść w ciążę w czasie inicjacji współżycia.
17. Kobiety mają wytrysk w czasie orgazmu.
18. Kobieta ma ukrytą naturę dziwki.
19. Kobieta jest mniej zainteresowana życiem seksualnym, a bardziej „uczuciem”.
20. Kobieta jest bardziej delikatna psychologicznie od mężczyzny, dlatego wymaga długiego, uczuciowego przygotowania do kontaktu seksualnego.
21. Im dłużej trwa stosunek tym lepiej dla kobiety.
22. Wszystkie kobiety to dziwki, oprócz mojej matki.

II. Mity dotyczące mężczyzn

1. Polucja jest objawem choroby.
2. Ejakulacja i orgazm mężczyzny to synonimy.
3. Większy penis daje kobiecie więcej przyjemności.
4. Mężczyzna z większym penisem jest bardziej sprawny seksualnie.
5. Im większy penis, tym większy temperament mężczyzny.
6. Mężczyzna ma skończoną, ściśle określoną liczbę wytrysków w życiu, stąd ejakulat należy oszczędzać.
7. Każdy mężczyzna przechodzi andropauzę.
8. Impotencja jest dziedziczna.
9. Mężczyźni są poligamiczni z natury.
10. Mężczyzna, który kocha kobietę powinien znać jej oczekiwania seksualne.
11. Mężczyzna z natury wie, czego potrzebuje kobieta.
12. Mężczyzna zawsze reaguje erekcją, kiedy kobieta jest dla niego atrakcyjna.
13. Mężczyzna powinien mieć erekcję członka na zawołanie.
14. Mężczyzna jest odpowiedzialny za życie seksualne.
15. Mężczyzna zawsze pragnie mieć kontakt seksualny.
16. Prawdziwy mężczyzna nie ujawnia uczuć.
17. Jeżeli mężczyzna bije kobietę, to znaczy, że ją kocha.
18. Mężczyzna o wysokiej pozycji społecznej ma duży temperament seksualny.
19. Mężczyzna reagujący wzrodem członka w obecności dziecka jest pedofilem.
20. Mężczyzna ma łatwiejsze życie niż kobieta, bo nie jest obciążony prokreacją.
21. Mężczyzna z nieobrzezonym członkiem bardziej efektywnie kontroluje ejakulację.
22. Bardziej rozwiniętej budowie kostnej i mięśniowej mężczyzny odpowiada większy

członek.

23. Wtórna impotencja rozwija się wraz z procesem starzenia się.
24. Wielokrotna ejakulacja powoduje obniżenie sprawności fizycznej.
25. Jak są kłopoty ze sprawnością, to dla wzmocnienia organizmu trzeba sobie zrobić przerwę we współżyciu.
26. Aktywność seksualna w chorobach naczyniowych i po przebytych zawałach serca może skończyć się śmiercią mężczyzny w czasie stosunku.
27. Alkohol jest dobry w leczeniu zbyt wczesnej ejakulacji, bo wydłuża czas stosunku.

III. Diadyczne mity seksualne

1. Nie ma miłości bez zazdrości.
2. Każdy kontakt fizyczny powinien prowadzić do stosunku seksualnego.
3. Każdy kontakt seksualny musi kończyć się orgazmem.
4. Abstynencja seksualna prowadzi do zaburzeń psychicznych.
5. Palenie papierosów i picie alkoholu nie ma negatywnego wpływu na aktywność seksualną.
6. Zazywanie narkotyków poprawia sprawność seksualną.
7. Partnerzy powinni przeżywać orgazm jednocześnie.
8. Jeżeli w związku jest miłość to wszystko się ułoży.
9. Dobra technika seksualna jest podstawą udanego współżycia.
10. Fantazje seksualne w czasie współżycia są złem.
11. Osoby starsze nie powinny mieć kontaktów seksualnych.
12. Kobiety są słuchowcami, a mężczyźni wzrokowcami

IV. Mity dotyczące masturbacji.

1. Pismo Święte potępia i zabrania masturbacji.
2. Masturbacja to nałóg z którym trzeba walczyć.
3. Kobiety nie masturbują się.
4. Każdy mężczyzna masturbuje się.
5. Jeżeli mężczyzna twierdzi, że się nie masturbuje, to kłamie, albo nie jest normalny.
6. Kobiety pobudzające się vibratorami są erotomankami.
7. Masturbacja jest przyczyną impotencji.
8. Masturbacja prowadzi do niepłodności.
9. Masturbacja jest dowodem słabego charakteru i niedojrzałości psychicznej.

10. Masturbacja jest szkodliwa dla zdrowia fizycznego.
11. Masturbacja prowadzi do zaburzeń emocjonalnych i chorób psychicznych.
12. Masturbowanie się nie może dać prawdziwej i pełnej satysfakcji seksualnej.
13. Nadmierne masturbowanie prowadzi do przerostu prostaty u mężczyzn.
14. Każde zachowanie masturbacyjne jest prawidłowe bez względu na motyw, czy formę.
15. Masturbacja jest dla kobiety bardziej optymalną formą zaspokojenia potrzeby seksualnej niż stosunek z mężczyzną.
16. Po rozpoczęciu współżycia seksualnego mężczyzna powinien skończyć z masturbacją.

V. Mity dotyczące pornografii

1. Pornografia jest następstwem kryzysu obyczajowości seksualnej XX wieku.
2. Wiadomo jakie są różnice między pornografią a prawdziwą sztuką, literaturą.
3. Zło pornografii polega na wywoływaniu podniecenia seksualnego u odbiorcy.
4. Pornografia sprowadza człowieka wyłącznie do części ciała.
5. Pornografia degraduje relacje między ludźmi.
6. Pornografia prowadzi do powstania kompleksów.
7. Pornografia przedstawia fantazje seksualne, a nie prawdziwy świat seksu.
8. Pornografia przedstawia męski seksizm i interesuje wyłącznie mężczyzn.
9. Pornografia uprzedmiotawia kobietę i sprowadza ją do roli zabawki w rękach mężczyzny.
10. Pornografia prowadzi do przestępczości.
11. Pornografia nie ma żadnych negatywnych następstw.
12. Pornografia prowadzi do uzależnienia od seksu.

VI. Mity dotyczące viagry

1. Viagra uzależnia.
2. Viagra działa doraźnie, jak afrodyzjak.
3. Viagra to technika, a nie romantyzm.
4. Viagra jest niebezpieczna dla zdrowia i życia.
5. Viagry nie można stosować w nadciśnieniu i chorobach wieńcowych.

VII. Mity związane z seksualnością dziecka

1. Dziecko do okresu dojrzewania jest istotą aseksualną.
2. Masturbacja dziecka jest wyrazem jakiegoś zboczenia.

3. Przyjemność dziecka podczas masturbacji jest taka sama, jak przyjemność dorosłego.
4. Zabawa erotyczna dziecka jest wyrazem jego choroby i „złych skłonności”.
5. Dzieci i młodzież są obecnie bardziej rozbudzone seksualnie niż rodzice w ich wieku.
6. Wychowanie seksualne w szkole przyczynia się do podejmowania przez dzieci współżycia seksualnego.

VIII. Mity dotyczące homoseksualistów

1. Homoseksualizm jest wrodzony.
2. Wśród gejów najbardziej powszechną formą współżycia są stosunki analne.
3. Kobietę jest w stanie zaspokoić tylko inna kobieta.
4. Homoseksualiści sami są sobie winni za swoją orientację seksualną.
5. Homoseksualiści stanowią wpływową grupę ze względu na swoją zamożność.
6. Homoseksualiści nie powinni adoptować dzieci, bo wychowają ich na homoseksualistów, albo zбочeńców seksualnych.

IX. Mity o AIDS

1. Komary przenoszą HIV.
2. Tylko homoseksualiści i narkomani są narażeni na HIV.
3. Należy izolować zakażonych i chorych, aby nie byli zagrożeniem dla innych.
4. Prezerwatywy nie są skuteczną ochroną przed zakażeniem HIV.
5. Zakażeni HIV są sami sobie winni.
6. Zakażonym HIV nic się nie należy.
7. HIV/AIDS to nie moja sprawa.

Większość z przedstawionych mitów jest ogólnie znana, ale część z nich jest nowa. Paradoksalnie wraz z rozwojem nauki ich ilość nie tylko nie maleje, ale wręcz przeciwnie, wciąż przybywają nowe. Związane jest to z tym, że z jednej strony odkrywane i opisywane są nowe choroby, takie jak AIDS, a z drugiej powstają nowe terapie, czy leki wykorzystywane w leczeniu zaburzeń seksualnych, na przykład viagra. Im więcej jest strachu, uprzedzeń i niewiedzy, tym większa szansa na to, że właśnie mity staną się źródłem informacji.

Mity seksualne są zjawiskiem wyjątkowo często spotykanym w poradnictwie seksuologicznym i psychologicznym. Spotkać się można z nimi zarówno w terapii grupowej, małżeńskiej, jak i indywidualnej. Demitologizacja życia seksualnego najczęściej odbywa się z wykorzystaniem psychoterapii racjonalnej. Imieliński (1986) stwierdza, że „metody

racjonalnej psychoterapii mają szerokie zastosowanie w seksuologii głównie z powodu niskiego poziomu wiedzy i kultury seksualnej. Mechanizm oddziaływań polega na odwoływaniu się do rozumu i rozsądku człowieka oraz jego logicznego i krytycznego myślenia. Jest to metoda wyjaśniania i pouczania, perswazji, reorientacji i psychologii”.

Demitologizacja współżycia seksualnego z wykorzystaniem psychoterapii racjonalnej jest szczególnie przydaną metodą leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Mity i uprzedzenia generują różnego rodzaju błędy popełniane we współżyciu seksualnym oraz stwarzają trudności w nawiązywaniu dialogu z partnerem i uzyskiwaniem od niego niezbędnych informacji. Mity antagonizują też relacje między ludźmi, najczęściej bezpośrednio między partnerami, ale też między heteroseksualistami a homoseksualistami, między rodzicami a dziećmi, między zdrowymi a chorymi. W takich sytuacjach omówienie destrukcyjnego wpływu mitów staje się często podstawową metodą leczenia lub podstawą do wprowadzenia w przyszłości innych metod, jak na przykład treningów partnerskich. Demitologizacja współżycia i psychoterapia racjonalna obejmuje nie tylko reorientację zachowań partnerów, ale wkracza często w system wartości pacjenta. Na przykład mężczyzna zaczyna akceptować i uznawać za dobre te formy pieśczoć, czy stymulacji, które wcześniej uznawał za nienaturalne, czy zboczone. Nie jest to proces łatwy, czy bezproblemowy, bo mity są często głęboko osadzone w strukturze wartości człowieka, a nierzadko stanowią jej główny element.

Bibliografia

- Beisert, M. (1991). Seks twojego dziecka. Poznań, Zakład Wydawniczy- K. Domke.
- Imieliński, K (1986). Zarys seksuologii i seksiatrii. Warszawa, PZWL
- Lew-Starowicz, Z. (1991). Leczenie nerwic seksualnych. Warszawa, PZWL.
- Lew-Starowicz, Z. (1999). Słownik encyklopedyczny. Miłość i seks, Wrocław, Wydawnictwo Europa.
- Lew-Starowicz, Z. (2001). Encyklopedia erotyki. Warszawa, Muza S.A.
- Ślósarz, W. (1992a). Psychological aspects of erectile and ejaculatory dysfunction. *Journal of Marital Therapy*, 7(3), 267-273
- Ślósarz, W. (1992b). Masturbation fixation and the problem of adaptation to heterosexual partnership: a few implications. *Journal of Marital Therapy*, 7(3), 275-281

Istnieje szereg stereotypów i mitów na temat seksualności młodzieży niepełnosprawnej. Oto kilka z nich, najczęściej spotykanych w naszej obyczajowości seksualnej (Lew-Starowicz, 1999).

1/. „Młodzież niepełnosprawna nie odczuwa potrzeb seksualnych”. To nieprawda. Odczuwa je, a często ich natężenie jest większe niż w przypadku zdrowej populacji. Jest to w dużej mierze związane z tym, że osoby należące do tej grupy mają wyższy poziom potrzeby bezpieczeństwa, afiliacji, czułości i doznawania opieki. Ponadto warto zwrócić uwagę, że seksualność to nie tylko hormony, narządy płciowe i odruchy, ale też szczególnie ważne w grupie młodzieży niepełnosprawnej potrzeby pozaseksualne: uznania, dowartościowania w roli męskiej – kobiecej, znalezienia oparcia, zrozumienia (Ślósarz, 1991).

2/. „Uraz kręgosłupa uniemożliwia współzycie seksualne”. Nieprawda. Współzycie seksualne zależy w tych przypadkach od typu urazu, poziomu uszkodzenia, czynników neurogennych, mięśniowo-szkieletowych, hormonalnych, narządowych i psychospołecznych. (Kępiński 1988). Wielu pacjentów jest w stanie mieć kontakty seksualne, a wielu innych uzyskuje satysfakcję seksualną na drodze pobudzania pozagenitalnych sfer erogennych.

3/. „Osoby niepełnosprawne nie są w stanie przeżywać orgazmu”. Nieprawda. W niektórych przypadkach możliwe jest uzyskiwanie satysfakcji seksualnej na drodze stosunku, a w innych satysfakcja jest osiągana dzięki stymulacji innych sfer erogennych na przykład brodawek piersiowych. Typowymi zachowaniami seksualnymi młodzieży niepełnosprawnej jest aktywność masturbacyjna. W zależności od typu urazu uprawia ją od 33 do 50% mężczyzn i od 43 do 56% kobiet. Powszechne są też orgazmy nocne, które przeżywa od 42 do 47% mężczyzn i od 80 do 100% kobiet. W rok po urazie petting uprawia od 13 do 16% mężczyzn i od 8 do 10% kobiet. Charakterystyczne są znaczne różnice międzypłciowe: badania osób niepełnosprawnych jednoznacznie wykazały, że seksualność kobiet jest mniej zaburzona w porównaniu z mężczyznami.

4/. „Młodzież niepełnosprawna w życiu dorosłym nie będzie mogła mieć dzieci”. Jest to prawdziwa zmora znacznej grupy niepełnosprawnej młodzieży zwłaszcza w późnym okresie adolescencji, kiedy ich zdrowi rówieśnicy żenią się, wychodzą za mąż i zakładają rodziny. Mit ten w znacznym stopniu przyczynia się do powstania nastrojów depresyjnych, a w niektórych przypadkach powoduje rozwój nerwicy. Tymczasem to nieprawda. Wiele osób niepełnosprawnych zostaje szczęśliwymi rodzicami.

5/. „Osoby niepełnosprawne nie powinny mieć dzieci”. Mit ten, związany z tym wyżej wymienionym, nie ma żadnego uzasadnienia i odniesienia do realnego

życia. Przekonanie to jawnie dyskryminuje prawa człowieka do równego traktowania.

6/ „Osoby niepełnosprawne nie nadają się do małżeństwa”. To nieprawda. Udane małżeństwo w większym stopniu związane jest oczywiście z dojrzałością psychiczną i społeczną niż ze sprawnością fizyczną. Wiele osób niepełnosprawnych ma udane małżeństwa zarówno ze zdrowym i sprawnymi partnerami, jak i z niepełnosprawnymi.

7/ „Młodzież niepełnosprawna nie powinna współżyć”. Większość kobiet i mężczyzn rozpoczyna współżycie seksualne do 20. roku życia. Międzykulturowe badania przeprowadzone w 1996 roku na populacji 10 tysięcy osób wykazały, że wiek inicjacji seksualnej obniża się. (Lew-Starowicz, 2001). Podobna tendencja występuje wśród młodzieży niepełnosprawnej. Stawanie naprzeciw tym zjawiskom mija się z celem. Dużo ważniejsze w tym przypadku powinno być rozpropagowanie w tej grupie metod sterowania płodnością, które zaleca się w konkretnych typach niepełnosprawności.

8/ „Nie ma skutecznych metod rehabilitacji seksualnej młodzieży niepełnosprawnej”. Nieprawda. Obecnie efektywność terapii seksualnej jest bardzo wysoka, między innymi dzięki wprowadzeniu wielu nowych metod, jak na przykład iniekcje w ciało jamiste członka, protezy członka, operacje naczyniowe. Trwają intensywne prace i badania kliniczne nad opracowaniem leków doustnych umożliwiających osiągnięcie orgazmu, erekcję członka, ejakulację nasienia.

Bibliografia

Kępiński, A. (1988). Z psychopatologii życia seksualnego, Warszawa, PZWL.

Lew-Starowicz, Z. (1999). Życie intymne osób niepełnosprawnych. Warszawa, Wyd. Severius.

Lew-Starowicz, Z. (2001). Encyklopedia erotyki. Warszawa, Muza S.A.

Ślósarz, W. (1992). Masturbation fixation and the problem of adaptation to heterosexual partnership: a few implications. *Journal of Marital Therapy*, 7(3), 275-281.