

**ROCZNIK
LUBUSKI**

LUBUSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

**ROCZNIK
LUBUSKI
Tom 32, część 2**

**SEKSUALNOŚĆ CZŁOWIEKA
OBSZARY ZAINTERESOWAŃ
TEORETYKÓW I PRAKTYKÓW**

Pod redakcją
Zbigniewa Izdebskiego

Zielona Góra 2006

REDAKTOR NACZELNY

Bogdan Idzikowski

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Marian Eckert, Żywia Leszkowicz-Baczyńska
Leszek Gołdyka, Edward Hajduk
Zbigniew Izdebski, Tomasz Jaworski
Barbara Kołodziejska, Zbigniew Kurcz (Wrocław)
Jan Kurowicki, Wojciech Sitek (Wrocław)
Wojciech Strzyżewski, Andrzej Toczewski
Zdzisław Wołk

Sekretarz: Ewa Narkiewicz-Niedbałec

RECENZENT

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Jaczewski

REDAKCJA WYDAWNICZA

Aldona Reich

SKŁAD KOMPUTEROWY

Agata Wiśniewska-Kubicka

PROJEKT OKŁADKI

Witold Michorzewski

ISSN 0485-3083

Wydanie publikacji dofinansowane przez
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Województwo Lubuskie Miasto Zielona Góra
Uniwersytet Zielonogórski

Copyright©by Lubuskie Towarzystwo Naukowe, Zielona Góra 2006

Druk: Studio 1, Łukasz Janik, Zielona Góra

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne (Zbigniew Izdebski)	7
ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ — <i>Seksuologia XXI wieku</i>	13
MARIA BEISERT — <i>Przemiany współczesnej rodziny polskiej</i>	19
EMILIA PAPRZYCKA — <i>Życie w pojedynkę kobiet w kontekście relacji damsko-męskich</i>	39
MAGDALENA ŚRODA — <i>Postawy wobec seksu</i>	61
DARIUSZ RADOMSKI, GRAŻYNA JARZĄBEK — <i>Od zauroczenia do orgazmu, czyli biologiczne podstawy seksualności człowieka</i>	75
STANISŁAW DULKO — <i>Saga o płci</i>	87
ZBIGNIEW IZDEBSKI — <i>Obawy i trudności w życiu seksualnym</i>	95
ANTONINA OSTROWSKA — <i>Kobiety i mężczyźni. Jak styl i warunki życia różnicują zdrowie</i>	113
ANNA MENTLEWICZ — <i>Miłość i zdrada z internetu</i>	131
KRZYSZTOF WĄŻ — <i>Poglądy nastolatków na temat prokreacji</i>	137
BOHDAN BIELSKI — <i>Standardy w postępowaniu z dziećmi – ofiarami przemocy seksualnej w praktyce sądowej w Polsce</i>	149
AGNIESZKA FELIŃSKA — <i>Nieletni sprawcy przemocy seksualnej</i>	163
JOANNA DEC — <i>Zjawisko handlu ludźmi – profil ofiar z Polski i z zagranicy</i>	177
AGNIESZKA WALENDZIK-OSTROWSKA — <i>Ograniczenia i trudności w poradnictwie okototestowym HIV</i>	201
HALINA SZELĄG — <i>Wiedza i poglądy młodzieży licealnej na temat zakażenia oraz zapobiegania HIV/AIDS</i>	207
<i>Deklaracja Praw Seksualnych WHO – Sierpień 2002</i>	223

SŁOWO WSTĘPNE

Seksualność człowieka, jako jeden z podstawowych wymiarów jego funkcjonowania, stanowi ważny czynnik sterujący rozwojem osobowości. Motywuje do nawiązywania kontaktów i więzi interpersonalnych, jest pozytywną siłą napędową działania. Może jednak także prowadzić do ograniczenia prawidłowego funkcjonowania człowieka, a nawet stanowić zagrożenie zdrowia i życia.

„Strażnicy moralności” zarzucają osobom zajmującym się naukowo seksualnością człowieka podejście bardzo fizjologiczne. Tymczasem seksuologia jest nauką interdyscyplinarną, a problematyką związaną z seksuologią zajmują się przedstawiciele różnych dziedzin wiedzy. Zawartość niniejszego tomu dobrze o tym świadczy. Skoncentrowano się w nim bowiem na społecznym i kulturowym wymiarze seksualności człowieka. Rozwój cywilizacji, globalizacja, zacieranie się granic kulturowych i obyczajowych oraz przemiany społeczno-demograficzne i ekonomiczne zmieniają warunki życia człowieka. Czy zmienia się zatem jego seksualność? Czy jesteśmy w stanie te zmiany poddać obserwacji i analizie? Czy jesteśmy w stanie przeciwdziałać niepokojącym zjawiskom związanym z seksualnością człowieka? Jak postrzegamy naszą płciowość? Jak nauka może wesprzeć działania praktyków? Autorzy publikacji zawartych w niniejszym Roczniku Lubuskim skoncentrowali się wokół powyższych pytań podejmując próbę znalezienia odpowiedzi.

W otwierającym tom opracowaniu **Zbigniew Lew-Starowicz** omawia najważniejsze kierunki rozwoju współczesnej seksuologii. Autor wymienia charakterystyczne dla seksuologii XXI wieku kierunki badań, przewidywane odkrycia naukowe, metody diagnostyczne, tendencje w występowaniu zaburzeń seksualnych i metody terapii.

Tekst **Marii Beisert** jest poświęcony przemianom współczesnej rodziny. W polskich realiach, silnie związanych z historią i tradycją, w tym z tradycją religijną, seksualność człowieka manifestuje się i spełnia najczęściej w relacjach małżeńskich i wiąże z prokreacją. Ostatnie siedemnaście wieków i w tym zakresie przyniosło jednak przemiany. Zwraca uwagę — opisane przez autorkę — zjawisko rozwodów i radzenie sobie z ich konsekwencjami przez dzieci rozstających się rodziców.

Na inne zjawisko związane z przemianami w relacjach między kobietami i mężczyznami wskazuje **Emilia Paprzycka** omawiając życie młodych kobiet, tak zwanych „singli” w dużym mieście. Niewątpliwym walorem tego opracowania jest oparcie go na wynikach badań zrealizowanych przez autorkę.

Magdalena Środa w eseju poświęconym postawom wobec seksu ukazuje, jak w ciągu wieków diametralnie zmieniały się nastawienia człowieka wobec współżycia seksualnego. Autorka udowadnia tezę, iż *seks jest – z jednej strony – w kulturze tabuizowany, represjonowany, obudowany coraz bardziej niezrozumiałymi standardami wstydlivości, z drugiej – dowartościowywany, urozmaicany; z przedmiotu wyparcia staje się jedną z najważniejszych dróg do potwierdzenia własnej wartości, z przedmiotu obciążonego gigantycznym poczuciem winy staje się nie tylko koniecznym, ale, niekiedy, wystarczającym warunkiem szczęścia, jakiegoś metafizycznego wyzwolenia, powodzenia, sukcesu życiowego etc.*

Po tym kulturowym obrazie seksualności człowieka w tomie umieszczono artykuł **Dariusza Radomskiego i Grażyny Jarząbek**, którzy prezentują najnowszą wiedzę dotyczącą biologicznych podstaw seksualności człowieka. Autorzy omawiają tak interesujące zagadnienia, jak: biologia reakcji seksualnych, biologiczne mechanizmy sterujące wyborem partnera seksualnego i neurobiologiczne mechanizmy powstawania emocji związanych ze stanem zakochania i uczuciem miłości. Swój wywód kończą nawiązaniem do etycznych podstaw seksualności cytując Karola Wojtyłę: *Przednaukowe stwierdzenie: 'płeć jest właściwością indywiduum ludzkiego' otwiera nam dalej sięgające horyzonty. Indywiduum ludzkie jest bowiem osobą, osoba zaś jest podmiotem i przedmiotem miłości, która rodzi się właśnie między osobami. Miłość ta rodzi się pomiędzy kobietą i mężczyzną nie dlatego, że są dwoma ustrojami różnopłciowymi, ale dlatego, że są dwiema osobami.*

„Sagę o płci” zamieścił w naszym tomie **Stanisław Dulko**. Przeprowadzając analizę terminologiczną autor wykazuje, jak mylnym jest powszechne mniemanie o łatwości rozróżnienia ludzi przy zastosowaniu najbardziej oczywistego kryterium, jakim wydaje się płeć. Wskazując na niezwykle istotną rolę płciowości człowieka autor przypomina, iż *płeć ułatwia człowiekowi orientację w świecie, utrzymanie w nim porządku i harmonii oraz pewnej hierarchii wartości przypisywanej każdej z płci. Płeć wyznacza zakresy repertuaru zachowania ludzi wywodzących się z tego samego kręgu kulturowego i mówiących tym samym językiem. Płeć jest główną siłą postępu i rozwoju, odwiecznym źródłem fascynacji mężczyzn kobietami i kobiet mężczyznami.* Specyficzne dla kobiet i mężczyzn obawy i trudności w życiu seksualnym prezentuje **Zbigniew Izdebski**. Autor oparł tę analizę na wynikach ko-

lejnej edycji badań seksualności Polaków. Artykuł traktujący o sprawach trudnych kończy się optymistycznym przesłaniem: *Niezależnie od przyczyn niepokojów i rodzaju trudności, wszyscy zasługujemy na pokonanie lęków związanych z seksem i na przeżywanie ogromu radości płynącej z każdego spełnienia. Realizacja seksualna to wspólne przeżycie, a nie sprawdzian znajomości technik seksualnych. [...] Pamiętajmy, że para, której związek jest udany, potrafi przezwyciężyć większość problemów, rozmawiając o nich. No i cieszymy się, że mimo wszystkich lęków, 90% Polaków jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego.*

Na inny obszar życia człowieka warunkowany przez jego płeć wskazuje **Antonina Ostrowska**. W swoich rozważaniach na temat związku zdrowia Polaków z ich stylem i warunkami życia zwraca uwagę na to, że stosunkowo najlepsze wyniki w realizacji prozdrowotnego stylu życia osiągają wysoko wykształcone kobiety, a najgorsze nisko wykształceni mężczyźni. *Czyżby więc kobiety czyniły lepszy użytek ze swojego wykształcenia w aspekcie troski o zdrowie ?* – pyta autorka.

W opracowaniu *Miłość i zdrada z internetu* **Anna Mentlewicz** przytacza frapujące wyniki badań przeprowadzonych przez M.T. Whitty. Wynika z nich, że *spotkanie umysłów (a meeting of minds) ma ogromne znaczenie dla relacji pomiędzy ludźmi. Mało tego, badani rozróżniają w sieci zdradę emocjonalną (ujawnianie szczegółów intymnych) od fizycznej (cyberseks). Badania pokazały, że ludzie postrzegają akty zdrady w sieci za tak samo realne i ważne jak w rzeczywistości. Brak kontaktu cielesnego nie znaczy, że zachowanie jest nierealne. Poza tym zawsze istnieje niebezpieczeństwo dla związku, że relacje z sieci zostaną przeniesione do prawdziwego świata.* Jest to zjawisko nowe i, bez wątpienia, nie doceniane jeszcze zbyt powszechnie jako zagrożenie trwałości związków.

Krzysztof Wąż przedstawiając relację z badań szesnastoletniej młodzieży stwierdza, iż uczniowie zdecydowanie oddzielają prokreację od podejmowania aktywności seksualnej. Większość z nich uznaje za dopuszczalne lub wręcz normalne istnienie kontaktów seksualnych między osobami w ich wieku, przy tym dziewczęta prezentują bardziej odpowiedzialne postawy wobec prokreacji niż chłopcy. *Zapewne waży na tym ich większa dojrzałość (co jest znaną prawidłowością rozwojową), być może ma to większy związek ze specyfiką ich socjalizacji i związaną z nią świadomością skutków nieodpowiedzialnego postępowania dla dziewczyny-przyszłej matki* – twierdzi autor. Pięć ostatnich opracowań zamieszczonych w prezentowanym tomie dotyczy mrocznej strony ludzkiej seksualności. **Bohdan Bielski** omawia standardy w postępowaniu z dziećmi-ofiarami przemocy seksualnej w praktyce sądowej w Polsce, które winni stosować w swojej pracy psycholodzy. Autor twierdzi,

iż psychologowie mają zasadniczy wpływ na komfort przesłuchiwanego dziecka oraz na jakość diagnozy psychologicznej, dzięki której sąd może właściwie ocenić jego zeznanie w kategoriach prawda – fałsz. *Wydaje się, że ideałem byłaby taka sytuacja, w której wszyscy psychologowie przestrzegaliby jednego standardu metodologicznego. Powodowałoby to łatwiejszą sądową kontrolę dowodu, jakim jest opinia biegłego psychologa, ale przede wszystkim poprawiłoby jakość diagnozowania. Oczywiście, nie można skonstruować standardu narzucającego wybór konkretnych metod diagnostycznych. Każdy przypadek wymaga innych* – stwierdza w podsumowaniu swojego wywodu autor.

Agnieszka Felińska prezentuje obraz nieletnich sprawców przemocy seksualnej. Zjawisko przemocy nieletnich a zwłaszcza przemocy rówieśniczej, do niedawna bardzo rzadko poruszane, budzi dziś powszechne zainteresowanie społeczne. *Mając [...] w pamięci statystyki wskazujące, iż 60-80% dorosłych przestępców seksualnych rozpoczęło wykorzystywać seksualnie w okresie dorastania, a 42% pedofilów dokonało pierwszych aktów przemocy seksualnej przed 12 rokiem życia, konieczne jest wypracowanie sposobów wczesnego rozpoznawania i interwencji wobec nieletnich sprawców przemocy seksualnej. Jest to ten obszar badawczy, społeczny i prawny, którego zaniedbać nam nie wolno. Ze względu na bezpieczeństwo i dobro naszych dzieci i młodzieży – ofiar i sprawców* – pisze w zakończeniu swojego artykułu autorka.

W kolejnym opracowaniu **Joanna Dec** omawia zjawisko handlu ludźmi. Na podstawie wyników badań, przygotowanych i zrealizowanych wraz ze Zbigniewem Izdebskim, autorka prezentuje profil kobiet-ofiar handlu ludźmi. Autorka analizuje to zagadnienie w odniesieniu do Polek i kobiet pochodzących z innych krajów. Zwraca uwagę na to, że *nieświadome zagrożenia związanych z nielegalnym pośrednictwem pracy, nie znając warunków życia i pracy za granicą, osoby migrujące ryzykują stanie się ofiarami handlarzy ludźmi. Zostają sprzedane, a potem zmuszone do pracy w seks-biznesie lub niewolniczej pracy, za którą nie otrzymują właściwego wynagrodzenia. Obecny problem handlu i przemytu ludźmi to także rezultat otwarcia granic dawnych krajów komunistycznych.*

Do innego zagrożenia, związanego w dużej mierze z aktywnością seksualną człowieka, to jest zakażenia HIV, nawiązują autorki dwóch ostatnich opracowań zawartych w niniejszym tomie. **Agnieszka Walendzik** omawia ograniczenia i trudności w poradnictwie okołotestowym. Zwraca uwagę na trudności związane z osobą pacjenta i osobą doradcy; największą wagę przywiązuje jednak do ograniczeń i trudności wynikających z warunków zewnętrznych, czyli tła społeczno-kulturowego, na które składają się polityka państwa w zakresie przeciwdziałania rozwojowi epidemii HIV oraz społeczny odbiór osób żyjących z HIV/AIDS. *Ograniczeniem poradnictwa okołote-*

stowego wynikającym z kontekstu społeczno-kulturowego jest także niski poziom edukacji seksualnej. Brak wiedzy na temat funkcjonowania seksualnego sprzyja tworzeniu mitów oraz podtrzymywaniu stereotypów dotyczących seksualności człowieka. [...] Stawianie znaku równości pomiędzy zakażeniem HIV a niemoralnym zachowaniem nie zachęca do poznania własnego statusu serologicznego – pisze autorka.

Halina Szelag prezentuje swoje wieloletnie doświadczenia związane z pełnieniem roli nauczyciela oraz wyniki badań na temat wiedzy i poglądów młodzieży licealnej na temat zakażenia oraz zapobiegania HIV/AIDS. Autorka stwierdza, iż młodzież realizująca w szerszym zakresie zajęcia edukacyjne z zakresu biologii i wychowania do życia w rodzinie posiada wysoki poziom wiedzy nt. HIV/AIDS. Pożądane jest więc pozostawienie realizacji wychowania do życia w rodzinie jako odrębnych zajęć edukacyjnych prowadzonych przez odpowiednio przygotowanego nauczyciela, a nie jako ścieżki edukacyjnej, realizowanej na wszystkich przedmiotach przez wszystkich nauczycieli.

Powyższy przegląd problemów zaprezentowanych przez autorów niniejszego numeru Rocznika Lubuskiego daje nam niepełny, z oczywistych względów, obraz zainteresowań osób zajmujących się seksualnością człowieka. Nawet na tej podstawie możemy jednak dostrzec pewne prawidłowości. Po pierwsze, problematyka seksualności człowieka jest przedmiotem zainteresowań wielu dyscyplin naukowych. Stąd autorami tekstów w niniejszym tomie są reprezentanci nauk społecznych (pedagodzy, psychologowie, socjologowie), ale także etyki i lekarze. Po drugie, problematyka seksualności obejmuje szeroki wachlarz zagadnień teoretycznych; podejmowana w ich ramach refleksja może stanowić podstawę lepszego zrozumienia roli biologicznych i społecznych uwarunkowań funkcjonowania człowieka. Badania nad seksualnością zmierzają także do wsparcia praktyki poprzez wskazywanie efektywnych metod działań na rzecz rozwiązywania problemów społecznych, np. w zakresie profilaktyki HIV/AIDS czy pracy z ofiarami przemocy seksualnej. Po trzecie, w ramach refleksji nad seksualnością człowieka coraz częściej podejmuje się problematykę zdrowia seksualnego, które polega na: zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej oraz wolności od chorób, niedomagań, jak również przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością. Swoiste rozwinięcie tej definicji można odczytać w **Deklaracji Praw Seksualnych WHO** (Światowej Organizacji Zdrowia), którą uchwalono w sierpniu 2002 roku. Tekst deklaracji zamieszczono na końcu niniejszego opracowania.

Zbigniew Izdebski

Zbigniew Lew-Starowicz*

SEKSUOLOGIA XXI WIEKU

W rozwoju seksuologii światowej w minionym stuleciu można wyodrębnić kilka okresów: pionierów, podstaw naukowych i terapii behawioralnej, medycyny seksualnej.

Okres pionierów obejmuje lata 1900–1966. Pionierami rozwoju seksuologii jako nauki byli głównie lekarze np. Zygmunt Freud, Havelock Ellis, Magnus Hirschfeldt, Richard Krafft-Ebing, a także reprezentanci innych dziedzin nauki, np. Alfred Kinsey. Większość z nich było prześladowanych za swoje poglądy. W tym czasie wpływ na rozwój seksuologii miały również inne czynniki: upowszechnienie metod antykoncepcyjnych, „rewolucja seksualna”, otwarcie II Soboru Watykańskiego na sprawy seksu i powstanie „teologii ciała”, ruchy feministyczne, wprowadzenie programów edukacji seksualnej.

Okres podstaw naukowych seksuologii i terapii behawioralnej obejmuje lata 1966–1998. Przełomem było opublikowanie przez parę badaczy amerykańskich Virginia Johnson i William Mastersa wyników badań reakcji seksualnych człowieka dzięki zastosowaniu metod pomiarowych w końcu lat 60. XX wieku. Zachęciło to innych badaczy do badania seksualności człowieka w warunkach laboratoryjnych, np. nocnych erekcji członka, fantazji erotycznych, roli hormonów. Dzięki wynikom badań Masters-Johnson zaczęto powszechnie stosować w terapii zaburzeń seksualnych metody treningowe. W 1979 r. powstało Światowe Towarzystwo Seksuologiczne – międzynarodowa organizacja o interdyscyplinarnym charakterze. Dzięki niemu, a także aktywności krajowych towarzystw seksuologicznych, zaczęto upowszechniać metody terapii seksualnej, promować badania naukowe, edukację seksualną, ideę praw seksualnych człowieka, koncepcję zdrowia seksualnego (opublikowaną przez Konferencję ONZ w Kairze w 1994 roku). W tym okresie w rozwoju seksuologii światowej uczestniczyli przedstawiciele wielu dziedzin wiedzy, głównie medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii, prawa. Międzynarodowe konferencje i kongresy miały interdyscyplinarny charakter.

*Zbigniew Lew-Starowicz – dr hab., prof. CMKP, psychiatra, seksuolog, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Od 1998 roku, kiedy do leczenia zaburzeń erekcji została wprowadzona przez firmę Pfizer słynna Viagra, datuje się bardzo intensywny rozwój medycyny seksualnej. Sukces Viagry (terapeutyczny, medialny, społeczny) zainspirował badania naukowe w celu poszukiwania nowych medycznych metod leczenia zaburzeń seksualnych. W wielu krajach świata powstały medyczne ośrodki naukowe i sponsorowane programy badawcze. Dzięki nim poznano np. ośrodki sterujące seksualnością w mózgu, neuroprzekaźniki i neurohormony (tzw. "chemia seksu i miłości"), pojawiły się nowe metody diagnostyczne (np. MRI), nowe medyczne metody leczenia zaburzeń seksualnych, m.in. inhibitory 5-PDE (Levitra, Cialis), hormonoterapia, metody operacyjne (np. naczyniowe, protezowanie członka). W leczeniu zaburzeń erekcji członka zaczęli dominować urolodzy. Miało to istotny wpływ na medykalizację seksuologii. Wyrazem tego stało się powstanie naukowych towarzystw medycyny seksualnej, nowych i opiniotwórczych pism naukowych, np. *International Journal of Impotence Research* czy *Journal of Sexual Medicine*. Można stwierdzić, że od 1998 roku "pałeczkę" w rozwoju naukowej seksuologii przejęli lekarze, głównie urolodzy. Kongresy seksuologiczne stały się mniej interdyscyplinarne. I taki stan dominuje również obecnie, co nie oznacza, że psychologowie, psychoterapeuci i przedstawiciele innych niemedycznych dziedzin seksuologii pozostali bierni. Z ich inspiracji powstała koncepcja terapii integralnej w leczeniu zaburzeń seksualnych, w której równie duże znaczenie mają metody medyczne, jak i psychiczne. Przykładem takiej koncepcji terapii integralnej jest chociażby opublikowana w 2005 roku w Polsce monografia "Terapia zaburzeń seksualnych", pod redakcją Raymonda C. Rosen i Sandry R. Leiblum. Nadmierna medykalizacja seksuologii pomniejsza rolę etiologii psychogennej zaburzeń seksualnych, aspekty psychiczne w leczeniu tych zaburzeń, sprzyja powstaniu nierealnych oczekiwań, np. wywoływania orgazmu u kobiet na drodze farmakologicznej. U progu XXI wieku jesteśmy świadkami ścierania się tych dwóch podstawowych orientacji w seksuologii: medycznej i integralnej. Znalazło to również wyraz w Polsce: powstały nowe towarzystwa seksuologiczne — Polskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej — oprócz istniejącego od 1991 roku Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, w którym większość członków stanowią nielekarze.

Seksuologia XXI wieku

Stan seksuologii na początku XXI wieku i przewidywalne kierunki jej rozwoju można rozpatrywać w różnych dziedzinach. Specyfika seksuologii (interdyscyplinarność, związki z obyczajowością, prawodawstwem, polityką, reli-

gią. . .) wymaga wzięcia pod uwagę panoramy możliwych czynników. Z konieczności ograniczę swoje rozważania do kilku.

Kadra

W większości krajów leczeniem zaburzeń seksualnych zajmują się specjaliści uzyskujący certyfikaty akredytowanych ośrodków lub organizacji naukowych np. w USA takie certyfikaty po dwóch latach szkolenia wydaje American Association of Sex Educators, Counselors and Therapist. W krajach UE uznawane są certyfikaty wydawane przez European Federation of Sexology oraz European Association of Medical Sexology. Specjalizacje medyczne po zdaniu egzaminu państwowego istnieją w Czechach, Słowacji i w Polsce.

Przykładem interdyscyplinarności terapeutów seksualnych świadczą dane z niektórych krajów, np. w Finlandii leczeniem zajmuje się 366 osób, w tym 25% to lekarze, 45% dyplomowane pielęgniarki, 10% pracownicy socjalni, 8% psychologów. W Szwecji leczeniem zajmują się 143 osoby, w tym 34 lekarzy, 51 psychoterapeutów i 58 dyplomowanych pielęgniarek. Wśród terapeutów przeważają lekarze we Francji, Danii i Włoszech. W Anglii jest 2400 terapeutów, w tym 1/4 to lekarze. W Polsce jest około 100 lekarzy ze specjalizacją z seksuologii oraz 156 terapeutów nie będących lekarzami.

Ośrodki naukowe

Baza naukowa seksuologii światowej w ostatnich piętnastu latach uległa imponującemu powiększeniu, szczególnie w USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, ale także w krajach, w których była uprzednio bardzo skromna – w Hiszpanii, Włoszech, Brazylii, Singapurze. Najlepsze ośrodki naukowe są powiązane z uczelniami medycznymi, szczególnie w oparciu o urologię, psychiatrię, ginekologię. Polska, niestety, nie ujawnia tego typu dynamiki. Stan jest bardziej niż skromny: dwa ośrodki w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, jeden w Śląskiej Akademii Medycznej, jeden w Wydziale Rehabilitacji AWF w Warszawie. Seksuologia nie jest przedmiotem wykładowym w uczelniach medycznych. Paradoksalnie cieszy się większym uznaniem w niemedycznych uczelniach. W 2006 roku powstała pierwsza w Polsce Katedra Seksuologii i Psychoterapii na Wydziale Psychologii WSFiZ w Warszawie. Największe zasługi w rozwoju medycyny seksualnej ma CMKP w Warszawie.

Organizacje naukowe

Istnieje obecnie kilkadziesiąt naukowych towarzystw seksuologicznych o zasięgu krajowym i pięć międzynarodowych, które mają charakter opiniotwórczy: International Academy of Sex Research, World Association of Sexual

Health, European Federation of Sexology, World Association of Medical Sexology i International Society for the Study of Women's Health. Łącznie należy do nich około 10 000 członków. W niektórych krajach – np. USA, Wielka Brytania – istnieje kilka towarzystw naukowych. W każdym roku odbywa się co najmniej pięć międzynarodowych konferencji i kongresów naukowych.

Pisma naukowe

Do najwyżej cenionych i opiniotwórczych pism naukowych z zakresu seksuologii należą:

1. Archives of Sexual Behavior,
2. The Journal of Sexual Medicine,
3. International Journal of Impotence Research,
4. Journal of Sex and Marital Therapy,
5. Sexuality and Disability.

Normy medyczne

Podstawą prawną norm medycznych są: definicja zdrowia seksualnego ONZ z 1994 roku, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO, Deklaracja Praw Seksualnych WHO z 2002 roku oraz różne dokumenty EU. Na ich podstawie opracowywane są rozpoznania zaburzeń seksualnych, kryteria diagnostyczne, normy i patologie. Niektóre zmiany w klasyfikacji chorób budziły kontrowersje, np. usunięcie rozpoznania homoseksualizmu.

Orientacje seksualne

Obecnie istnieją trzy orientacje seksualne: heteroseksualna, biseksualna i homoseksualna. Przewiduje się wprowadzenie dwóch kolejnych: asekualnej i autoerotycznej.

Kierunki badań naukowych w seksuologii

Obecnie najwięcej uwagi badacze poświęcają następującym tematom: jakość życia, neurogenne i hormonalne uwarunkowania seksualności, badania epidemiologiczne, poziom komórkowy reakcji seksualnych, wpływ genów na formowanie orientacji i seksualności, seksualność w wieku menopauzy i andropauzy, skuteczność leczenia dewiantów seksualnych, rehabilitacja seksualna osób niepełnosprawnych.

Przewidywane odkrycia naukowe

Najwięcej uwagi poświęca się badaniu genów determinujących orientację seksualną, poziomu libido, więzi, długowieczności seksualnej, formowania narządów płciowych, poligamiczności oraz "chemii seksu i miłości" na poziomie centralnym i obwodowym (do poziomu komórki), uwarunkowań neurogennych i hormonalnych.

Metody diagnostyczne

W XXI wieku standartowymi metodami diagnostycznymi będą metody: fMRI (obrazowanie mózgu), Dopplersonografia, pletyzmografia, wariograf, badanie poziomu neuroprzebieżników oraz kilkadziesiąt skal i kwestionariuszy.

Zaburzenia seksualne

Na podstawie danych z badań epidemiologicznych, oceny starzenia się populacji i ogólnej zachorowalności przewiduje się, że w XXI wieku najczęściej spotykanymi będą następujące zaburzenia seksualne: erekcji, satysfakcji, libido, orgazm przedwczesny u kobiet, brak radosnego przeżywania, pedofilia, zaburzenia pourazowe, uzależnienie od cyberseksu.

Terapia seksualna

Przewiduje się najbardziej dynamiczny rozwój terapii medycznej: farmakoterapia na poziomie centralnym (neuroprzebieżniki i neurohormony), farmakoterapia na poziomie obwodowym, metody chirurgiczne (inplanty orgasm chip w mózgu, transplantacja jajników i jąder, genetyczna modyfikacja płci, genitalna, chirurgia ośrodków seksualnych w mózgu, mikrochirurgia, terapia genowa, protezowanie).

Obecnie największy postęp dotyczy leczenia zaburzeń erekcji członka i przedwczesnego wytrysku. W najbliższej dekadzie XXI wieku nastąpi przełom w leczeniu zaburzeń seksualnych u kobiet. Motorem tego kierunku rozwoju seksuologii jest International Society for the Study of Women's Sexual Health. Organizacja ta powstała w 2001 roku w Bostonie, a do najbardziej znanych jej liderów należą tacy uczeni jak: Sandra Leiblum, Alessandra Graziotin, Raymond Rosen, Leonard Derogatis, Irwin Goldstein, Stan Althof i Beverly Whipple.

Z badań tego zespołu wynika, że udane życie seksualne ma wpływ na: długość życia, ochronę przed zawałami i wylewami, mniejszą zachorowalność na nowotwory, depresje, zespoły bólowe, migrenę oraz lepszą jakość życia. Jednym z największych dokonań jest zastąpienie linearnego modelu reakcji seksualnych kobiety autorstwa Masters-Johnson modelem cyrkularnym

(The Bason Algoritm 2002), obejmującym emocjonalną bliskość, stymulację seksualną oraz satysfakcję z związku. Okazało się, że w przypadku kobiet najważniejsza jest satysfakcja ze współżycia, a nie orgazm. W związku z powyższym zespół ekspertów proponuje wprowadzenie nowych rozpoznań do międzynarodowej klasyfikacji chorób: subjective sexual arousal disorder, genital sexual arousal disorder, persistent sexual arousal disorder. O skali zjawiska zaburzeń seksualnych u kobiet świadczą najnowsze wyniki badań epidemiologicznych kobiet z USA: 22% ujawnia zaburzenia pożądania, 14% zaburzenia podniecenia, 16% zaburzenia orgazmu i 19% wiążące się z bólem.

Poszerza się zakres metod badań diagnostycznych u kobiet: pochwo-wa fotopletyzmozgrafia, rezonans magnetyczny, Dopplersonografia łechtaczki, radiometria, testy nerwów somatycznych. Opracowane zostały kwestionariusze, które są już stosowane w wielu krajach i traktowane jako rutynowe, np. FSFI – Female Sexual Function Index, SFQ – Sexual Function Questionnaire.

W leczeniu zaburzeń seksualnych u kobiet zaczyna się stosować farmakoterapię na poziomie centralnym i obwodowym, metody chirurgiczne, fizykalne (np. aparaty próżniowe łechtaczki, Eros Therapy, pochwowa i rektalna terapia manualna, elektromiografia), terapię psychologiczną. Przewiduje się upowszechnienie metod wirtualnych – transmisję informacji węchowej, czuciowej, audiowizualnej.

Zachowania seksualne

Przewiduje się, że do połowy XXI wieku upowszechnią się: akceptacja różnicowanej seksualności i orientacji seksualnych, traktowanie masturbacji jako markeru rozwoju i zdrowia seksualnego, zrównanie kontaktów seksualnych (pochwowych, oralnych, analnych, wirtualnych), powszechność cyberseksu, pozaprokreacyjnego znaczenia seksu, banków nasienia, a także współistnienie różnego typu związków: tradycyjne małżeństwa monogamiczne, tradycyjne małżeństwa poligamiczne, monografia seryjna, kohabitacja, małżeństwa otwarte, partnerów z różnymi orientacjami seksualnymi, związki cyberseksualne i LAT (Living Apart Together).

Trudno przewidzieć rozwój seksuologii w Polsce. Należy liczyć się z wieloma zagrożeniami dla jej rozwoju, np. politycznymi, finansowymi, mentalnymi. Można jednak wyrazić nadzieję, że ogromny rozwój seksuologii światowej znajdzie jakiś wyraz również w naszym kraju.

Maria Beisert*

PRZEMIANY WSPÓŁCZESNEJ RODZINY POLSKIEJ

Obraz współczesnej rodziny polskiej na początku dwudziestego pierwszego wieku kształtują dwa rodzaje uwarunkowań: wpływy historyczne i współczesne trendy prowadzące ku westernizacji społeczeństwa.

Pierwsza grupa czynników sprawia, że rodzina polska wypracowała specyficzny wzorzec funkcjonowania, charakterystyczny tylko dla niej i będący jej wyróżnikiem na tle procesu globalizacji. Dlatego badając kondycję rodziny w Polsce należy wziąć pod uwagę najistotniejsze uwarunkowania, które nadają jej niepowtarzalny rys wśród innych państw Europy Środkowej i Wschodniej, państw przechodzących w ostatnim okresie podobne przeobrażenia. W przypadku rodziny polskiej oznacza to zespolenie wzorców życia rodzinnego z tradycjami patriotycznymi i z wpływami Kościoła katolickiego.

Na skutek długotrwałego pozbawienia państwowości (najpierw w latach 1795–1918, a potem w latach 1939–1945) w Polsce brakowało instytucji życia kulturalnego i politycznego. Rodzina stała się w tej sytuacji ostoją dla ruchów niepodległościowych i dążeń separatystycznych. Jej funkcja socjalizacyjna została wzbogacona o specyficzne treści, takie jak obowiązek zachowania tożsamości narodowej i prymat interesów ogólnych nad jednostkowymi. Proces zespolenia się zadań typowo rodzinnych (prokreacja, ekspresja emocjonalna, socjalizacja) i celów politycznych (dążenie do stworzenia niezależnego państwa) przybrał na sile w latach 1945–1989, kiedy Polska była państwem podległym wpływowi Związku Radzieckiego. Z taką spuścizną historyczną rodzina polska wkroczyła na drogę transformacji.

Za moment rozpoczynający cykl zmian uznać można pierwsze częściowo wolne wybory przeprowadzone 4 czerwca 1989 roku. Doprowadziły one do sformułowania nowego składu parlamentu i wyłonienia nowego rządu. Na jego czele stanął premier wywodzący się z antykomunistycznej opozycji. Ten nowy kierunek rozwoju państwa wywołał poważne następstwa, które wyraźnie dały o sobie znać w sferze politycznej, ekonomicznej i społecznej. Wśród osiągnięć politycznych za najistotniejsze uznać należy uformowanie

***Maria Beisert** – dr hab., prof. UAM, psycholog, seksuolog, Instytut Psychologii UAM w Poznaniu.

się i rozwój demokratycznej formy rządzenia państwem. W sferze ekonomicznej nastąpiło przejście od gospodarki centralnie sterowanej do gospodarki rynkowej, co przyczyniło się do znacznego zróżnicowania społecznego. Stabilne do tej pory i stosunkowo jednolite społeczeństwo uległo rozwarstwieniu. Proces stratyfikacji sprawił, że wiele jednostek i grup zmieniło swój status materialny i społeczny. Pociągnęło to za sobą zmiany w hierarchii wartości, w tym także wartości związanych z życiem rodzinnym. Można więc śmiało stwierdzić, że treść i tempo wymienionych powyżej przemian stworzyło ramy dla przemian rodziny polskiej.

Na uwarunkowania polityczno-historyczne nałożyły się wpływy Kościoła katolickiego, który propaguje wzorce rodziny patriarchalnej, wyrażane między innymi przez niższą pozycję kobiety i restrykcyjną etykę seksualną wraz z zakazem posługiwania się nowoczesną antykoncepcją. Ponieważ społeczeństwo polskie jest grupą stosunkowo jednolitą religijnie (około 90% populacji przynależy przynajmniej formalnie do Kościoła katolickiego i godzi się na jego udział w kształtowaniu instytucji społecznych), liczyć się należy z faktem, że propagowane przez religię katolicką wzorce będą obecne we współczesnej rodzinie.

Gwałtowne zmiany wynikłe z procesu transformacji, występujące na tle przedstawionego wyżej kontekstu, stały się wystarczającym elementem podważającym i naruszającym dotychczasowe zdolności adaptacyjne Polaków. Zmieniająca się sytuacja wymaga bowiem wykształcenia nowych, różnorodnych umiejętności potrzebnych dla utrzymania się przy życiu, na przykład takich jak: zdobycie odpowiedniego wykształcenia dostosowanego do potrzeb rynku, zdobycie umiejętności poszukiwania pracy i przygotowania się na możliwość jej utraty, zdobycie umiejętności samodzielnego decydowania o swoim losie i brania odpowiedzialności za jego przebieg.

Poważnym problemem, odczuwanym przez wiele osób, jest konieczność uczenia się nowych form adaptacyjnych w sytuacji braku zasobów do ich powstania. Dotyczy to osób o niskich zasobach intelektualnych, osób w wieku średnim, niepełnosprawnych. W Polsce istnieją liczne grupy społeczne, które poprawnie funkcjonowały w sztywnych i narzuconych im strukturach, a które nie potrafią samodzielnie stworzyć sobie warunków egzystencji i nadal oczekują, że ktoś (w zastępstwie dawnych instytucji) będzie nadal kierował ich życiem.

Trudność zwiększa fakt, że sytuacja wymusza uczenie się kilku umiejętności jednocześnie, pod presją czasu i, że są to umiejętności należące do różnych kategorii. Powoduje to, że przemiany w Polsce traktowane są jako sytuacja nadmiernego obciążenia, w której wymagania przekraczają zasoby.

Należałoby zapytać, czy transformacja w Polsce tak bardzo odbije się na życiu członków społeczeństwa, że spowoduje powstanie nowego typu społeczeństwa i nowego typu rodziny. Jeżeli ludzie wykształciliby szereg wymaganych w nowej sytuacji umiejętności (samosterowność, odpowiedzialność, samodzielność) i zaadaptowali się do niej, to należy spodziewać się, że zmienią się też formy życia małżeńskiego, a funkcje rodziny ulegną poważnym przeobrażeniom. Oznacza to, że transformacja może spowodować przejście od rodziny patriarchalnej do partnerskiej, od tradycyjnego małżeństwa do form alternatywnych, od orientacji kolektywistycznej w rodzinie do orientacji indywidualistycznej. Dlatego celem tego opracowania jest odpowiedź na pytania:

1. Jak przedstawiają się przeobrażenia rodziny w Polsce w kontekście dokonanej transformacji ustrojowej?
2. Czy społeczeństwo polskie podlega takim samym przemianom życia małżeńsko-rodzinnego, które występują w krajach wysoko rozwiniętych?
3. Na czym polega specyfika polskich rodzin żyjących w dobie transformacji?

Aby poszukać na te pytania odpowiedzi, wobec ogromu materiału opisującego przemiany rodziny, zdecydowano się omówić trzy kluczowe sytuacje, które mają wpływ na kształtowanie się modelu rodziny: poszukiwanie nowych form życia małżeńskiego i rodzinnego, radzenie sobie z kryzysami w rodzinie (szerzej postanowiono omówić problemy związane z rozwodem) oraz funkcjonowanie kobiet w rolach publicznych i rodzinnych.

Nowy obraz polskiej rodziny

Rodzina postrzegana jest w wielu społeczeństwach jako wartość zajmująca wysokie miejsce w hierarchii, zdecydowanie wyprzedzając inne wartości, takie jak kariera zawodowa, samorealizacja czy życie towarzyskie. Tendencja ta obejmuje wszystkie kraje Europy (z wyjątkiem Niemiec) oraz obu Ameryk i wykazuje wzrost, zmierzając ku dalszemu zwiększaniu pozycji rodziny (Bazanes *et al.* 1996).

W Polsce pozycja rodziny była zawsze bardzo wysoka, wyższa nawet niż w innych krajach Europy Wschodniej. Zmiana ustrojowa zapoczątkowana w 1989 r. niewiele w tej materii zmieniła. W badaniach przeprowadzonych na reprezentatywnych grupach w 1990 r. i powtórzonych w 1997, 91 % polskich respondentów w pierwszej turze i 90% w drugiej uznało rodzinę za bardzo ważną wartość, podczas gdy w większości krajów postkomuni-

stycznych (z wyjątkiem Czechosłowacji i Węgier) wskaźnik ten wahał się w granicach 70–80% (Siemieńska 1999). Jednocześnie zmienia się koncepcja rodziny: z jednej strony umacnia się dążenie do rodziny pełnej, złożonej z pary rodziców i dzieci, z drugiej zaś-rosnie liczba osób dostrzegających konieczność zmodyfikowania form życia rodzinnego, podkreślająca prawo osób żyjących w rodzinie do samorealizacji. Oznacza to spadek akceptacji jej tradycyjnych form. Jak wykazały wyniki Polskiego Generalnego Sondażu Społecznego z 1993 r. zmniejsza się liczba osób, która opowiada się za tradycyjnym podziałem ról w rodzinie, zgodnie z którym kobieta ma pełnić rolę gospodyni domowej, a mężczyzna zapewniać środki materialne. Rosnie zaś grupa osób przyznająca obu małżonkom prawo do udziału w życiu zawodowym, zaś wszystkim członkom rodziny prawo do pewnej niezależności i autonomii (Siemieńska 1999).

Czynnikami, które wpływają na rodzaj preferowanego w społeczeństwie modelu rodziny są: płeć, wykształcenie i wiek. Cytowane badania wykazały, że w Polsce kobiety młodsze, z wyższym wykształceniem częściej niż inne grupy opowiadają się za rodziną, w której oboje partnerzy realizują swoją linię kariery zawodowej i dzielą się funkcją opiekuńczą. Model ten akceptują także mężczyźni młodszy (starsi, powyżej 50. roku życia rzadziej przyznają kobietom prawo do kariery) i lepiej wykształceni. Progiem istotnym dla kształtowania się tej opinii okazało się średnie wykształcenie mężczyzn (Siemieńska 1999). Okazuje się, że młodszy członkowie społeczeństwa cenią rodzinę i pełnione przez nią funkcje, ale preferowane przez nich modele zmierzają raczej ku unifikacji, a nie różnicowaniu ról i pozycji partnerów oraz podkreślają wagę funkcji innych niż tylko ekonomiczna. Chodzi tu głównie o funkcję ekspresyjną i socjalizacyjną, które w zależności od wieku i pozycji społecznej badanych są rozumiane w różny sposób. Obie te funkcje można traktować jako sposób zaspakajania na terenie grupy dwóch najważniejszych dla jednostki ludzkiej potrzeb: potrzeby więzi i potrzeby sensu życia. Dążenie do bliskiego i intymnego kontaktu z drugim człowiekiem oraz zapewnienie ciągłości biologicznej i kulturowej pokoleń sprawiają, że człowiek ciągle poszukuje nowych form jak najlepszego ich realizowania. Z tego powodu nowe znaczenie uzyskuje funkcja seksualna, tradycyjnie traktowana jako forma ekspresji lub niezbędny element funkcji prokreacyjnej. Zmiany związane z rangą funkcji seksualnej — generalnie wynikłe z przemian w podejściu do ludzkiej seksualności — sprowadzić można do kilku spraw. W ostatnim dwudziestolecu XX wieku, wraz z rosnącą akceptacją anty-koncepcji nastąpiło wyraźne rozdzielenie prokreacji od ekspresji seksualnej. Prawo do czerpania satysfakcji seksualnej, mimo nie podejmowania czy odraczania decyzji prokreacyjnych, stało się coraz bardziej widocznym elemen-

tem aktywności seksualnej. Świadczy o tym i odraczenie w czasie urodzin pierwszego dziecka, i oddalanie się wieku inicjacji od wieku zawarcia pierwszego małżeństwa (o czym mowa w późniejszej części opracowania), i zwiększająca się wśród młodzieży znajomość metod regulacji urodzeń (Izdebski, Ostrowska 2003). Modele realizacji związków seksualnych kreowane przez młodzież przyznają aktywności seksualnej znaczącą rolę w tworzeniu więzi. Trudno w tym miejscu przesądzać, czy jest to skutkiem doceniania więzi seksualnej w osobistym rozwoju człowieka, czy też skutkiem zwiększającej się otwartości w podejmowaniu tematów seksualnych, a więc rozluźnienie granic tabu (Beisert 1991).

Ta zmiana stała się przyczyną zmian kolejnych. Wiąż między partnerami (w tym też mierzona poziomem osiągnięcia satysfakcji seksualnej) uznana została za wystarczająco ważny powód budowania wspólnej przyszłości, ważniejszy niż legalizacja związku. I wreszcie zmiana ostatnia – efekt zwiększającej się wiedzy i tolerancji – prawo do realizacji więzi seksualnej osób homoseksualnych. Trwająca w kraju batalia o zaakceptowanie faktu istnienia więcej niż jednej orientacji seksualnej dała początek walki o prawo do ekspresji seksualnej nie tylko osobom heteroseksualnym. O tym, że młodzież — bo szczególnie osoby młode dysponują wyższą wiedzą o seksualności człowieka (Izdebski 2000) — zna granice normy seksuologicznej świadczy poparcie dla związków homoseksualnych (Slany 2002) i uznawanie ich istnienia za rzecz normalną, choć dla większości młodych obojętną.

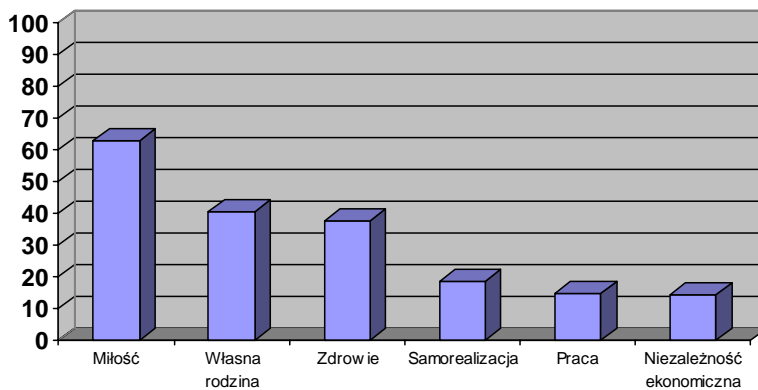
Powyższe uwagi na temat przemian w rozumieniu seksualności ludzkiej i jej znaczenia w linii życia człowieka nie świadczą wcale o rozluźnieniu norm obyczajowych i moralnych, ale o nadawaniu nowego kształtu granicom między normą a patologią seksualną. Traktowanie seksualności jako źródła szczęścia i więzi międzyludzkich powoduje, że mieści się ona w kategoriach zdrowia seksualnego, a przynajmniej w tych kategoriach, które opracowane są przez WHO. Drugim zaś dowodem dążenia do ciągłego poddawania seksualności ograniczeniom i kontroli jest zmiana stosunku społecznego do niektórych form patologii związanych z przemocą seksualną (pedofilia, gwałt). W tym wypadku przemiany społeczne zmierzają w kierunku zwiększenia restrykcyjności norm w ochronie właśnie takich wartości, jak prawo człowieka do wyboru partnera, czy prawo dziecka do niezakłóconego rozwoju (Sajkowska 2004). Przemiany stosunku do seksualności wskazują na ciągłą płynność kryteriów, a nie są zapowiedzią zbliżającej się ery promiskuityzmu.

Dla zilustrowania tej tezy posłużono się wynikami badań. Analizie poddano poglądy ludzi młodych, ponieważ założono, że reprezentują oni w sposób szczególnie wyraźny wspomniane wyżej tendencje indywidualistyczne i intensywnie poszukują nowych możliwości życia rodzinnego, zapewniają-

cych lepszą adaptację do wymagań zmieniającego się otoczenia. Program badawczy realizowano w 2001 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, w najstarszej uczelni wyższej w Polsce (Slany 2002), a próbę badawczą stanowiło 1500 studentów ostatnich lat wylosowanych polskich wyższych uczelni.

Głównym celem badań było określenie, jakim przemianom podlega życie małżeńsko-rodzinne na podstawie obrazu rodziny przedstawionego przez młodych Polaków. Założono, że badani znajdują się w okresie nowych wyzwań, u progu dorosłości, na końcu procesu edukacji, a przed podjęciem pracy i formowaniem rodziny. Wszyscy przekroczyli 20 rok życia, a więc urodzili się i spędzili dzieciństwo przed transformacją i dojrzewali pod jej wpływem. Jednocześnie pozycja społeczna młodzieży studenckiej oceniana jest wysoko na tle innych grup i dlatego poprzez swoje postawy i zachowania tworzy dla nich wzorce.

W pierwszej kolejności zbadano system wartości młodych Polaków. W Polsce we wszystkich powojennych badaniach dotyczących aspiracji ludzi młodych na czele hierarchii wartości sytuowało się zawsze udane życie rodzinne. Orientacja rodzinno-zawodowa pojawiła się już w pierwszych badaniach w 1961 r. i ze zmienną siłą utrzymała się do dziś. W drugiej połowie lat 90. zaobserwowano wśród młodzieży nawet zwiększenie się popularności rodziny zakorzenionej w tradycji patriotycznej i religijnej. Jednocześnie zaobserwowano inną tendencję. Ludzie młodzi kładli nacisk na model małżeństwa i rodziny, gdzie za wartość uznawano jakość więzi między jej członkami i możliwość zaspakajania potrzeb emocjonalnych (Świda-Ziemia 2000). Badania z roku 2001 nie przyniosły wielkich zmian. Uzyskane wyniki znajdują się na wykresie.



Wykres 1. Hierarchia wartości młodych Polaków.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Slany (2002).

Najwyżej cenione są wartości związane są z rodziną (bycie małżonkiem i bycie rodzicem) oraz zasoby umożliwiające osiągnięcie tej wartości (zdrowie). Sukces zawodowy i niezależność ekonomiczna znajdują się na piątym miejscu w hierarchii wartości. Młodzi ludzie planują swoją przyszłość w taki sposób, by realizować się w dwóch sferach życia jednocześnie: w życiu osobistym (rodzinnym) i w zawodowym. Zamierzają pogodzić ze sobą osiągnięcia w dziedzinach, które wymagają różnych umiejętności. Sferze rodzinnej, opartej na potrzebie afiliacji, przeciwstawiają osiągnięcia zawodowe oparte na rywalizacji. Akceptują obie potrzeby i uważają, że mogą je realizować jednocześnie, nie ponosząc negatywnych konsekwencji. Dla młodych ludzi najważniejsze okazało się posiadanie rodziny zbudowanej na wysokiej jakości więzi (miłość) i zdrowe życie oparte na tradycyjnie cenionych w Polsce wartościach (honor, godność, wolność, religijność). Kobiety i mężczyźni budowali bardzo podobne systemy wartości, ale kobiety coraz bardziej przejawiały chęć realizowania się w świecie wartości tradycyjnie uznanych za męskie (kariera polityczna, wysokie kompetencje zawodowe, wykształcenie). Zjawisko to odzwierciedla dążenie młodych, wykształconych kobiet ku niezależności i ku proponowaniu egalitarnego podziału ról w związku.

Badanych pytano także o czas, w jakim mają zamiar realizować swoje plany matrymonialne i rodzinne. I tu okazało się, że badani dążyli do opóźniania momentu separacji od rodziny pochodzenia, a także opóźniania decyzji o założeniu rodziny i prokreacji. Pierwsza z tych tendencji wyróżnia młodzież polską na tle młodzieży z Europy Zachodniej, ponieważ model rodziny dwu-lub trzypokoleniowej z dorosłymi żyjącymi pod jednym dachem dziećmi nie jest tam zbyt popularny. W Holandii (Vital Events 1999) młodzi dorośli opuszczają rodzinę w wieku 21–23 lat, podczas gdy w Polsce za optymalny wiek uznano 24 lata, a 14% respondentów przesunęło go o kolejne dwa lata uważając, że separacja powinna mieć miejsce po 26 r.ż. Czynniki odpowiedzialnych za ten stan rzeczy autorka badań poszukuje w tradycyjnej i rytualistycznej roli rodziny pochodzenia, której paternalistyczne wzorce raczej ograniczają niż promują samodzielność młodzieży. Dom opuściło jedynie 33% badanych studentów, z czego tylko 3% jako motyw wskazało chęć bycia niezależnym. W Europie Zachodniej na motyw ten powoływało się w tym samym czasie 70% młodzieży. W Polsce czynniki ekonomiczne, takie jak wzrost możliwości samodzielnego życia (dostępność dóbr na wolnym rynku) po zmianie ustrojowej i jednocześnie zagrożenie bezrobociem wśród absolwentów, działają przeciwstawnie i trudno określić oddzielny wpływ każdego z nich. Tak więc motywy ekonomiczne i emocjonalne mieszają się ze sobą, choć młodzież głównie (bo aż 85%) akcentuje wprost zależność ekonomiczną od rodziny, a o emocjonalnej wzmiankuje

pośrednio poprzez nieujawnianie potrzeby niezależności.

Przesunięciu ulega również w opinii młodych Polaków czas zawarcia małżeństwa i posiadania dzieci. Większość (67%) opóźnia moment zawarcia małżeństwa, nie określając w ogóle terminu lub odkładając decyzję na kilka lat. Preferowany wiek zawierania małżeństwa jest podobny dla obu płci i wynosi 27,2. Gdyby młodzież rzeczywiście plany te zrealizowała, to wiek ten nie różniłby ich od rówieśników na Zachodzie.

To, co bardzo wyróżnia polską młodzież, to plany rodzicielskie. Większość badanych (87%) chce mieć dzieci, przy czym przeważa model rodziny dwudzieternej (73%). Bezdziethość zakładana jest bardzo rzadko (wybiera ją jedynie 2% respondentów), a jej wystąpienie uznano by za porażkę lub zrządzenie losu. Przeciętny wiek odpowiedni dla zostania matką uznany przez kobiety i mężczyzn wynosił 26,3 lata, dla zostania ojcem – 27,9 lat. Ten deklarowany wiek dla decyzji matrymonialnych i rodzicielskich jest ciągle jeszcze niższy niż w Europie Zachodniej, ale istnieją przesłanki podwyższania go i — co ważne — pojawiają się głównie wśród kobiet.

Ponieważ wiele przesłanek przemawia za tym, że młodzież porzuci tradycyjny model rodziny, badano jaką to może pociągnąć za sobą zmianę, a więc czy nastąpi odejście od homogenicznego wizerunku rodziny i przejście do wizerunku heterogenicznego. W tym celu analizowano stosunek studentów do nowych form związków rodzinnych, czyli między innymi kohabitacji. Okazało się przede wszystkim, że studenci akceptują kohabitację jako formę poprzedzającą małżeństwo i traktowaną jako wstęp do legalizacji związku. Odrzucają natomiast możliwość uznania kohabitacji za formę alternatywną dla małżeństwa. Akceptacja kohabitacji i odkrywanie jej dobrych stron wystąpiła częściej u mężczyzn. Większość badanych, która w momencie badań posiadała stałego partnera, pragnie w przyszłości zmienić status związku. Najczęściej chcą (tak myśli 75%) wziąć tradycyjny ślub religijny, zgodny z wyznaniem. Niewielka grupa (11%) preferuje ślub cywilny, formę legalizacji wyjętą spod wpływów Kościoła. Reszta chce na stałe pozostać w konkubinacie. Kohabitacja nie jest uważana za substytut życia małżeńskiego i nie cieszy się popularnością. Młodzi ludzie traktują ją jako formę przejściową, związaną z fazą życia (studia, brak stabilizacji zawodowej).

W sposób ciekawy i nieoczekiwany reagowali badani na pytania o status związku, w którym aktualnie żyją. Z ich wypowiedzi wynikało, że sami praktykują kohabitację typu *living apart together*, nie przyznając sobie statusu związku kohabitacyjnego. Jeśli za wskaźnik kohabitacji uznać prowadzenie życia seksualnego, sposób zamieszkania i wspólnotę ekonomiczną, to większa część badanych uznawała, że warunki te spełnia, ale kohabitacji nie tworzy. Tymczasem 66% respondentów posiadało stałego partnera seksual-

nego, a prawie połowa (48,3%) tych par prowadziła z partnerem wspólne gospodarstwo. Mimo to, wymieniona grupa (a w końcu była to jedna trzecia studentów) traktowała tę zażyłość jako „chodzenie ze sobą”, wspólne planowanie przyszłości bez — na razie — legalizowania związku. Na to, że badani nie myślą i nie mówią o własnym związku jako o kohabitacji, wpływać może brak rozpoznawalnych i akceptowanych kryteriów tych form życia oraz nadawanie mu negatywnej etykiety oznaczającej związek bliski patologii, skandalu i nielegalności.

Natomiast stosunek młodych osób do innych związków nietypowych zależy od rodzaju tego związku. O ile wobec związków homoseksualnych negatywną postawę ujawnia 33% badanych, to już w przypadku oceny życia w komunie odsetek ten rośnie do 44%, a do 75%, gdy ocenie podlega życie w samotności bez partnera. Przy czym badani związki homoseksualne traktują jako formę życia dotyczącą wąskiej grupy społecznej, a komuny jako twór nierealny, związany z rewolucją seksualną na Zachodzie. Życie samotne natomiast jawi się im jako sytuacja możliwa, ale niezawiniona i nieatrakcyjna, z którą ostatecznie należy się pogodzić. Analizując samotność jako w podobnym stopniu dostępną dla każdego formę życia rodzinnego, młodzież nie nadaje jej statusu alternatywy, ale raczej status porażki, a więc nie może być mowy o traktowaniu jej jako formy pożądanej.

Analiza tych wyników doprowadziła do wniosku, że w poglądach i zachowaniach młodych dorosłych wystąpiły dwie tendencje. Pierwsza z nich wskazuje na podobieństwo w sferze demograficznej wyborów młodzieży polskiej i młodzieży zachodniej. Młodzi wyraźnie przygotowani są na późniejszy wiek zawierania małżeństw i urodzenia pierwszego dziecka oraz na model rodziny małodziejnej. Akceptują przy tym kohabitację, ale wyłączenie jako formę czasową związku, ułatwiającą przejście od adolescencji do małżeństwa.

Młodzi dorośli ujawnili też drugą, specyficzną dla rodzin polskich tendencję, przejawiającą się jako przywiązanie do tradycyjnych rodzinnych wartości czyli uznawanie rodziny za naczelny cel w życiu człowieka oraz przyznawanie związanym z nią wartościom (miłość, zdrowie) również wysokiego miejsca w hierarchii etycznej. Ten wynik traktowano jako wyraz stałej w Polsce orientacji na wartości rodzinno-zawodowe. To, co stanowi kolejny wyróżnik, to uznawanie wyższości legalnego związku, a w szczególności małżeństwa zawartego przed Bogiem nad kohabitacją, uważaną za formę nietrwałą, przejściową, tolerowaną jedynie jako wstęp do małżeństwa. Pociąga to za sobą wysokie wartościowanie funkcji rodzicielskiej, werbalizowane jako powszechne pragnienie posiadania dzieci i dezaprobatę bezdzietności. Inne

formy życia małżeńskiego i rodzinnego nie są poważnie brane pod uwagę, choć młodzi tolerują ich istnienie.

Obraz rodziny odtworzony na podstawie planów i decyzji młodzieży jawi się jako wizja rodziny nowoczesnej i partnerskiej, z tendencjami indywidualistycznymi, ale rodziny homogenicznej. Nie pozostawiającej miejsca na formy alternatywne. Jego autorkami i prekursorkami są głównie kobiety, które nadają mu kształt poprzez wybór odpowiednich strategii życiowych. Kobiety wybierają raczej orientację indywidualistyczną, nastawioną na realizację własnych pragnień, wśród których związek partnerski i macierzyństwo zajmują wysoką pozycję. Przy czym partnerstwo w nie jest dla nich równoznaczne z poszukiwaniem sposobów ułatwiających kobiecie pogodzenie roli rodzinnej i zawodowej, ale z poszukiwaniem rozwiązań ułatwiających obu małżonkom łączenie funkcji pełnionych w życiu publicznym i prywatnym.

Rodzina w obliczu kryzysu

Kierunek i treść przemian zachodzących w rodzinie można łatwo zaobserwować badając ją także w momentach trudnych, a szczególnie wtedy, kiedy zachwianiu ulegają podstawy rodzinnego życia. W tym celu skupiono się na opisie rodziny w chwili porażki; wtedy, gdy nie udało jej się przetrwać w stanie założonym na początku, ponieważ małżonkowie zdecydowali się na rozwód. Wzięto pod uwagę fakt, że rozwód uznany jest tradycyjnie za jeden z najtrudniejszych kryzysów życiowych (Holmes, Rahe 1967) i że stosunek do niego nadaje kształt modelowi rodziny.

Prowadzona w Polsce wobec rodziny polityka społeczna zmierza do zachowania modelu rodziny stabilnej, opartej na monogamicznym i trwałym związku małżeńskim. Wpływy religii katolickiej, stanowczo wykluczającej rozwody, stanowisko to umacniają. Polska należy do krajów o stosunkowo niskiej stopie rozwodów. Do lat 90. współczynnik rozwodów wykazywał systematyczny — choć nie gwałtowny — wzrost, ze szczytem w latach 1986–1988 (około 19 % w stosunku do ogółu zawartych małżeństw). Nowelizacja w roku 1991 prawa cywilnego, odbierająca możliwość prowadzenia procesu rozwodowego przed sądami niższych instancji (a więc zwiększająca koszty procesu i zmniejszająca dostęp do sądów), doprowadziła do spadku tego wskaźnika w 1993 roku o około 5%. Jednak po roku 1995 pojawiła się wzrostowa tendencja wskaźnika, który wrócił do poziomu z 1985 r., aktualnie wynosząc 18,41% (Kwak 2001).

Mimo nacisków na nierozzerwalność węzła małżeńskiego, społeczna akceptacja rozwodu jako instytucji przydatnej w rozwiązywaniu kryzysów cią-

gle wzrasta. Przemiany ustrojowe, które miały miejsce przed szesnastu laty w niewysokim stopniu zmodyfikowały bezpośrednio treść tej opinii. Zmieniły jednakże zachowania ludzi rozwiedzionych, co zwrótnie wpłynąć mogło na zmianę modelu rodziny. Dla udowodnienia tego twierdzenia przywołano wyniki dwóch typów badań: nad dopuszczalnością rozwodów i nad reakcjami ludzi na rozwód.

Ogólnopolski sondaż opinii publicznej z 1962 roku ujawnił, że 70% całej populacji akceptuje rozwody. Częściej – mieszkańcy większych miast, mężczyźni, osoby lepiej wykształcone i mniej przywiązane do religii (Kryczka 2001). Badania powtórzone po 20 latach zaowocowały zwiększeniem poparcia do 78,5%, podobnie jak następny sondaż z lat dziewięćdziesiątych (wyniki dochodzące do 80%). Interesująco przedstawia się ocena okoliczności uznawanych za usprawiedliwiające konieczność sięgania po rozwód. W kolejności badani uznawali za nie: uporczywe pijaństwo i przemoc jednego z małżonków nad resztą rodziny, całkowity rozkład pożycia, odmowę dostarczania środków utrzymania, zdradę, przestępstwo popełnione przez jednego z małżonków, niemożność posiadania dzieci, kalectwo lub długotrwałą chorobę. Jednakże i tu, na przestrzeni kilkudziesięciu lat, dały o sobie znać zmiany, ponieważ niektóre powiązane z przeobrażeniami gospodarczymi i społecznymi przyczyny zmieniały swoje miejsce w hierarchii. Wzrosło znaczenie takiej wartości jak zabezpieczenie bytu rodzinie, bo w razie jej niedopełnienia w nowych badaniach zdecydowanie częściej niż w latach 60. uznawano to za powód do rozwodu. Podobnie postępowano w przypadku zdrady i przestępstwa. Jednocześnie spadło znaczenie takich powodów jak bezdzietność czy choroba. Zmiany te wskazują z jednej strony na wzrost poczucia zagrożenia ekonomicznego, skoro nie wypełnianiu funkcji ekonomicznej nadano tak wysoką rangę. Z drugiej zaś strony – na upowszechnianiu się modelu małżeństwa opartego na zaspakajaniu osobistych potrzeb małżonków takich jak uczucia, opieka, wsparcie.

Drugi cytowany program badawczy dotyczył zachowań ludzi w sytuacji rozwodu (Beisert 1992, 1993, 1995, 2000). Realizowany był na Uniwersytecie im. A. Mickiewicza w Poznaniu w latach 1990–2004. Objęto nim 600 osób, które doświadczyły kryzysu rozwodu, w tym: rozwiedzione osoby dorosłe (pary byłych małżonków) oraz dorastające (nastoletnie) dzieci rozwiedzionych rodziców. Celem badań, prowadzonych w kilku etapach, było:

- ustalenie czynników odpowiedzialnych za efektywne radzenie sobie z kryzysem rozwodu przez osoby dorosłe i przez ich nastoletnie dzieci,
- określenie zależności między reakcjami rodziców i dzieci w czasie rozwodu i po jego zakończeniu,

- wykrycie wpływu transformacji na sposób radzenia sobie z kryzysem w rodzinie.

Badania udowodniły przede wszystkim, że płeć osób rozwiedzionych nie wpływa bezpośrednio na poziom odzyskanej po rozwodzie równowagi, co wobec sprzecznych wyników osiąganych w tym względzie na świecie stanowiło zaskakujący rezultat (Wallerstein 1986b, Kressel 1986, Wallerstein, Blakeslee 2005). Kobiety i mężczyźni ujawnili podobną szansę na efektywne rozwiązanie kryzysu. Efektywne radzenie sobie mierzono za pomocą zdolności do bilansowania korzyści i strat wynikłych z rozwodu oraz zdolności do budowania przyszłości w oparciu o posiadane zasoby. Badani osiągnęli porównywalny efekt w tym samym czasie, ale w odmienny sposób. O tym, czy dorosły człowiek poradzi sobie z kryzysem w rodzinie, decyduje więc nie płeć jako zmienna wyizolowana, ale sposób spostrzegania przyczyn, które do rozwodu doprowadziły oraz rodzaj wykorzystywanych przez uczestników kryzysu strategii zaradczych.

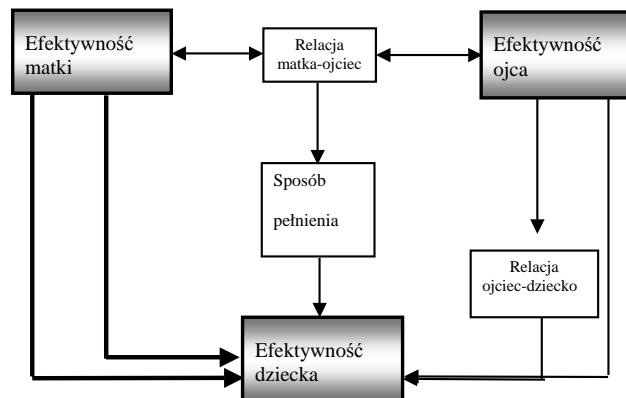
Tabela 1. Przyczyny prowadzące do rozwodu w ocenie kobiet (N=600) i mężczyzn (N=600).

Rodzaj przyczyn	Osoby badane wynik w %		Dokładny test Fishera P
	K (%)	M (%)	
Zdrada, opuszczenie przez partnera, związek z inną osobą	60.0	45.0	.143
Nadużywanie alkoholu przez partnera i stosowanie agresji	33.3	15.0	.032
Odmienność dążeń, wartości i cech osobowości	41.7	50.0	.464
Zerwanie więzi emocjonalnej z partnerem, brak miłości	31.7	46.7	.134
Zależność partnera od rodziny/ generacji	11.7	15.0	.789
Niedojrzałość do pełnienia roli małżonka i/lub rodzica	28.3	5.0	.001
Trudności finansowe, mieszkaniowe	1.7	5.0	.619

Przyczyny rozwodu inaczej były oceniane i postrzegane przez kobiety i mężczyzn (wskazują na to wyniki zamieszczone w tabeli), ale sama ich ocena i ranga nie miała tu istotnego znaczenia. Chodziło raczej o ich rodzaj. Lepiej uporali się z rozwodem ci badani, niezależnie od płci, którzy wiązali

porażkę małżeńską nie z osobą partnera i jego negatywnymi cechami, ale z pewnymi obiektywnymi okolicznościami, na przykład odmiennością celów życiowych, trudnościami finansowymi czy mieszkaniowymi. Unikali w ten sposób obwiniania partnera, obniżania jego wartości i wchodzenia z nim w konflikt. Skupiali się za to na sobie i wykonywaniu konkretnych zadań.

Największe znaczenie dla wszystkich członków rodziny miał rodzaj stosowanych w kryzysie rozwodu strategii zaradczych. Zaobserwowano tu kilka prawidłowości. Wszystkie osoby rozwiedzione (kobiety i mężczyźni), które działały w różny sposób i wykorzystywały umiejętności przynależne do różnych kategorii (poznawczych, behawioralnych i emocjonalnych) szybciej uporały się z kryzysem. Ci, którzy opierali się na jednym rodzaju zachowań, powtarzając je czy stosując w izolacji od innych, nie mogli kryzysu opuścić i uwolnić się od jego następstw. Natomiast różnice między kobietami i mężczyznami pojawiły się w momencie analizowania rodzaju wykorzystywanych strategii. Kobiety i mężczyźni wprawdzie stosowali podobne strategie, ale inaczej je ze sobą łączyli. Wyłoniły się dwa typowe dla płci wzorce strategii. Pierwszy z nich to wzorec kobiecy. Polegał on na wiązaniu ze sobą wszystkich tych strategii, które prowadziły do dwóch celów: pozwalały osiągnąć konkretne, realne efekty (na przykład zapomogę, mieszkanie, pomoc w nauce) i obniżały napięcie emocjonalne. Wzorec męski miał inny charakter. Zawierał wszystkie strategie nastawione na to, by zrealizować również dwa, ale inne cele: mieć szybkie efekty (szybko pogodzić się ze stratami, szybko nawiązać nową znajomość) i unikać przykrości (tzn. kontaktu z negatywnymi emocjami, takimi jak smutek czy poczucie winy). Wyniki badań nastoletnich dzieci z rodzin rozwiedzionych prezentuje poniższy rysunek.



Rys. 1. Wpływ efektywności rodziców na efektywność radzenia sobie dzieci z rozwodem.

Wskazuje on, że postępowanie rodziców w bardzo istotny sposób pozwoliło dzieciom rozwiązywać kryzys, choć rodzice wpływali na nie w niejednakowy sposób. Bezpośrednio sposób reagowania dziecka w kryzysie zależał od zachowań rodzica opiekuńczego, czyli w zdecydowanej większości przypadków od matki, pozostającym z dzieckiem w codziennym kontakcie. Dzieci powtarzały całe wzorce zachowań matek powtarzając nie tylko osiągnięte przez nie efekty, ale i poszczególne strategie. Ojcowie oddziaływali na dzieci w sposób pośredni, zależny od poziomu ich kontaktów z dzieckiem i matką, a także od sposobu, w jaki ojcowie sprawowali funkcję rodzicielską nie mieszkając z dzieckiem i nie roztaczając nad nim codziennej opieki. Wyniki osiągnięte w tym fragmencie badań okazały się bardzo podobne do wyników badań w innych krajach, podkreślając raczej uniwersalną zasadę działającą we wszystkich typach rodzinnych kryzysów (najwięcej wsparcia dzieci oczekują od rodziców – uczestników tego samego kryzysu) niż odrębności wynikające ze specyfiki danej społeczności (Wallerstein, Blakeslee 2005).

Badania te, przeprowadzone na przestrzeni kilkunastu lat pozwoliły także na uchwycenie pewnych zmian. Jako przykład wybrano sposób korzystania ze wsparcia przez kobiety rozwiedzione. Wśród badanych w latach 1990–1992 rozwiedzionych polskich kobiet zaobserwowano pojawienia się zjawiska nazwanego „pułapką podwójnej regresji”. Polega ona na połączeniu dwóch wzajemnie się wspomagających procesów regresji występujących u samotnej matki: tzn. regresji do spraw własnego dziecka z regresją do roli dziecka własnych rodziców. Pierwszy z aspektów procesu regresji jest szeroko cytowany w wielu badaniach (Hetherington 1981, Wallerstein 1986, Kressel 1986) i określany jako „zamknięcie w potrzasku świata dziecka”. Drugi, zależny głównie od warunków ekonomicznych i obyczajowych, wystąpił w polskich badaniach (Beisert 1992, 1993) zamieniając „potrzask” na „podwójną pułapkę”. Jego geneza tkwi w działaniach społecznie aprobowanych. Polegają one na przyznaniu matce w Polsce w 90% przypadków statusu rodzica opiekuńczego i obarczenia jej odpowiedzialnością za obecny i przyszły los dziecka. Jednocześnie warunki ekonomiczne w kraju (przed transformacją) drastycznie ograniczały samodzielność rozwiedzionych matek. Powodowało to tak ogromne przeciążenie nałożonymi na nie zadaniami, że w celu radzenia sobie z nimi koncentrowały się na dziecku z pominięciem swoich potrzeb i poszukiwały wsparcia z zewnątrz. Uczyły się w ten sposób traktować uwagę poświęcaną dziecku jako instrument uzyskiwania własnej równowagi emocjonalnej i godząc się na regresję do jego spraw. Rozwiązanie to nie byłoby możliwe bez uzyskania wsparcia, które prawie wyłącznie (na skutek nieefektywnej opieki społecznej) sprowadzało się do wsparcia rodzinnego. Charakteryzowało się ono tym, że pochodziło najczęściej od rodziców

kobiety (sporadycznie od rodzeństwa), miało instrumentalny i materialny wymiar, nie ulegało zmianom w czasie i było podyktowane konkretnymi warunkami. Badane pozostawały w pewnej mierze na utrzymaniu rodziców, korzystały z ich mieszkania oraz otrzymywały pomoc w wychowywaniu dzieci. Płaciły za ten typ wsparcia ograniczeniem samodzielności oraz możliwości odpowiadania za siebie i potomstwo. Powodowało to drugi typ regresji, tzn. wejście przez samotną matkę w rolę niezaradnego dziecka własnych rodziców. W ten sposób zamykała się „pułapka podwójnej regresji”. Matki wychowujące dzieci po upływie przeszło pięciu lat od orzeczenia rozwodu oceniały swój stopień uwikłania w problem rozwodowy i psychiczne obciążenie ponoszone z tego tytułu jako znacznie wyższe ($\alpha=0.01$) niż mężczyźni.

Badania przeprowadzone pod koniec lat 90. ujawniły istnienie zmian (Beisert 2000). Polskie kobiety nadal znacząco częściej niż rozwiedzeni mężczyźni rozwiązywały kryzys poszukując pomocy na zewnątrz, co narażało je na ograniczenie samodzielności i gromadzenie negatywnych emocji. Jednakże zmiana w stosunku do wyników z lat poprzednich polegała na dodaniu technik pozwalających na wykonanie konkretnych zadań i na realizację swoich planów. Zamiast całkowicie koncentrować się na dziecku, kobiety przeniosły uwagę na realizację zadań i zamiast uzależniać się całkowicie od wsparcia rodziców, skupiły się na poprawie aktualnej sytuacji. Ten trend związany z wykorzystaniem wewnętrznych zasobów uzyskał potwierdzenie w następnej turze badań (Główczyńska 2004). Zmiany, które zaszły w sposobie reagowania kobiet na rodzinny kryzys są ściśle powiązane ze zmianami warunków ekonomicznych, politycznych i społecznych, które dokonały się na przestrzeni analizowanych 15 lat. Zapaść ekonomiczna lat 80. i całkowita nieprzydatność modelu opiekuńczego państwa socjalistycznego stały się przyczyną, dla której osoba samotna nie była w stanie udźwignąć ciężaru samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Niższe płace kobiet nie ważyły tu tak znacząco jak niemożność uzyskania samodzielnego mieszkania, słaba mobilność społeczna i trudność w zdobyciu dóbr ułatwiających wykonywanie zadań życia codziennego. Nałożona na to wysoko ceniona opiekuńcza funkcja rodziny generacyjnej powodowała, że tylko przy wsparciu grupy możliwe stało się przejście przez kryzys. W okresach stabilizacji i braku konfliktów rodzina była w stanie funkcjonować samodzielnie. W momencie zachwiania równowagi poziom zasobów okazywał się niewystarczający. Dowodem na to stało się zachowanie członków rodziny w obliczu rozwodu. Kryzys rozwodu traktować można jako punkt krytyczny, powodujący zmianę formuły funkcjonowania rodziny. Formuła życia wszystkich członków rodziny pod jednym dachem, gdzie rodziców łączy silna emocjo-

nalna więź zostaje zastąpiona przez formułę życia oddzielnego na skutek naruszenia tej więzi. W warunkach polskich, przed transformacją, zmiana ta polegała na podzieleniu się rodziny i włączeniu jej części (zwłaszcza kobiety z dziećmi) w strukturę rodziny generacyjnej. Zmiany ustrojowe i ekonomiczne, zwiększając potencjalnie dostęp do dóbr potrzebnych rodzinie, zbudowały podstawy dla szybszego usamodzielniania się rodzin po przejściu kryzysu. Uznać należy, że transformacja ustrojowa zmieniła warunki życia rodzin, wpływając na sposób i treść pełnionych przez nie funkcji. Możliwe stało się ich podzielenie, luźny związek określonej funkcji z płcią rodzica czy też wykonywanie niektórych z nich przez rodziców naprzemiennie, a nie komplementarnie.

Reasumując, porównywanie rodziny polskiej znajdującej się w obliczu kryzysu z rodzinami w innych nowoczesnych państwach uwypukla bardziej zachodzące między nimi podobieństwa niż różnice. Sam rozwód, mimo wyraźnych zagrożeń, które ze sobą niesie, jest coraz częściej wykorzystywanym sposobem rozwiązywania problemów małżeńskich, na co wskazuje rosnący wskaźnik rozwodów w wielu państwach, w tym również w Polsce i rosnąca akceptacja społeczna jego dopuszczalności. To, co negatywnie wyróżnia Polaków, to dłuższy czas trwania kryzysów rodzinnych. Dorośli, niezależnie od płci, potrzebowali pięciu lat na uporanie się z rozwodem, posługując się w tym celu metodą dwóch kroków. Pierwszy krok obejmował gwałtowne zmiany (systemu wartości, partnera), które dokonywały się w pierwszym roku po rozwodzie, a których potem nie obserwowano przez cztery lata. Drugi krok następował w piątym roku po rozwodzie i polegał na przeprowadzeniu ponownego bilansu życiowego. Ta dłuższa (o 2–4 lat) niż w innych społeczeństwach droga do równowagi może być potraktowana jako wskaźnik dokonujących się w państwie przemian (Kressel 1986). Z jednej strony odbija pewne prawidłowości uniwersalne (negatywny wpływ warunków materialnych na poziom życia rodziny) społeczeństwa odrabiającego lata zapaści gospodarczej. Z drugiej zaś strony wskazuje na niespójną politykę państwa wobec rodziny (ustawodawstwo utrudniające rozwody), której skutki dają o sobie znać w okresach destabilizacji i rodzinnych kryzysów.

Podsumowanie

Przemiany polskiej rodziny — jak wykazały przedstawione wyniki badań — zmierzają w kierunku realizacji modelu bliskiego koncepcji pełnej, nowoczesnej rodziny w Europie Zachodniej. Transformacja ustrojowa zapoczątkowana w 1989 roku, poprzez radykalną zmianę warunków politycznych i ekonomicznych, przyczyniła się do ich zaistnienia. Przejawy westerniza-

cji widoczne są przede wszystkim w opóźnieniu decyzji matrymonialnych i rodzicielskich, preferowaniu rodziny małodziejnej, akceptacji trwałości — ale już nie nierozzerwalności małżeństwa — i w dążeniu do zwiększenia roli kobiet w życiu publicznym. Jednocześnie rodzina polska zachowała swoje specyficzne cechy, które też nie są efektem wyłącznie uwarunkowań historycznych, ale efektem krzyżowania się nurtu tradycjonalistycznego z wpływami ponowoczesnego świata. Niezmiernie wysoka pozycja przyznawana rodzinie przez ludzi młodych, traktowanie jej jako miejsca zaspakajania wielu pozaosobistych potrzeb (w tym też potrzeby seksualnej) oraz głównej instytucji udzielającej wsparcia stanowi niewątpliwie kontynuację idei rodziny — ostoji tożsamości narodowej i religijnej. Z tego samego źródła wywodzi się tendencja do opóźnionego opuszczania gniazda, brak poparcia dla alternatywnych form życia małżeńskiego i rodzinnego oraz powolne odzyskiwanie równowagi po rodzinnych kryzysach.

Literatura

- BAZANES M., INGLEHART R., MORENO A. (1996), *Human Values and Benefits: A Cross-Cultural Sourcebook*, Ann Arbor, The University of Michigan Press.
- BEISERT M. (1991), *Seks twojego dziecka*, Wydawnictwo K. Domke, Poznań.
- BEISERT M. (1992), *Coping with divorce and its consequences among adult member of the family*, [w:] H. Sęk (red.), *Readings in Health and Preventive Psychology*, Wydawnictwo K. Domke, Poznań.
- BEISERT M. (1993), *Strategies of coping with divorce and the health of divorced*. Międzynarodowa Konferencja EHPS, Bruksela.
- BEISERT M. (1995), *Psychologiczna sytuacja kobiet rozwiedzionych*, [w:] J. Miluska, E. Pakszys (red.), *Studia kobiece z psychologii, filozofii i historii*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 51–68.
- BEISERT M. (2000), *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- BUDROWSKA B., DUCH-KRZYSTOSZEK D., TITKOW A. (2003), *Kobiety i mężczyźni w pracy*, [w:] A. Titkow (red.) *Szklany sufit*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 268–302.
- EAGLY A.H., JOHNSON B.T. (1990), *Gender and Leadership Style: A Meta-analysis*, *Psychological Bulletin*, Vol. 108, nr 2, 102–118.

- GŁÓWCZYŃSKA A. (2004), Wsparcie społeczne w procesie radzenia sobie z rozwodem, Praca magisterska niepublikowana, Instytut Psychologii UAM, Poznań.
- HETHERINGTON E.M. (1981), Divorce: A child's perspective, *American Psychologist*, 34, 851–858.
- HOLMES T.H., RAHE R.M. (1967), The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- IZDEBSKI Z. (2000), Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- IZDEBSKI Z., OSTROWSKA A. (2003), Seks po polsku, MUZA SA, Warszawa.
- KRESSEL K. (1986) Patterns of Coping in Divorce, [in:] Moos R.H. (Ed.), *Coping with Life Crises*, Plenum Press, New York & London, 145–153.
- KRYCZKA P. (2001), Rozwód w opinii społecznej – kierunki zmian, [w:] M. Ziemska (red.), *Rodzina współczesna*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 148–176.
- KWAK A. (2001), Rozwód a separacja w opinii kobiet i mężczyzn, [w:] M. Ziemska (red.), *Rodzina współczesna*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 177–192.
- SIEMIEŃSKA R. (1999), Rola rodziny w sferze życia prywatnego i publicznego. Akceptowane modele i czynniki je kształtujące, [w:] J. Miluska, P. Boski (red.), *Męskość-kobiecość w perspektywie indywidualnej i kulturowej*, 208–222.
- SLANY K. (2002), Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie, „NOMOS”, Kraków.
- ŚWIDA-ZIEMBA H. (2000), Wizja świata i wizja bycia w świecie. Badania nad studentami, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- TITKOW A., (RED.) (2003), Szklany sufit, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- WALLERSTEIN J.S. (1986a), Children of Divorce, [in:] Moos R.H. (Ed.), *Coping with Life Crises*, Plenum Press, New York & London, 35–49.
- WALLERSTEIN J.S. (1986b), Women After Divorce. Preliminary Report from a Ten-Year-Follow-Up, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (1), January, pp. 65–77.

WALLERSTEIN J.S., BLAKESLEE S. (2005), *Rozwód a co z dziećmi?*, Zysk & S-ka Publishing House, Poznań.

VITAL EVENTS (1999), *Past, Present and Future of the Dutch Population*, Statistic Netherlands.

Emilia Paprzycka*

ŻYCIE W POJEDYŃKĘ KOBIEŃ W KONTEKŚCIE RELACJI DAMSKO-MĘSKICH

Problematyka życia w pojedynkę wpisuje się w kontekst przemian obyczajowych w ogóle i przemian obyczajowych czy norm społecznych i moralnych, obejmujących sferę życia seksualnego. Szczególnego wyrazu nabiera ona w odniesieniu do kobiet, albowiem w ich przypadku, w zasadzie jeszcze do połowy XX wieku, kultura przez system aksjonormatywny niewoliła ich seksualność i narzucała pożądany przebieg biografii, podporządkowany życiu rodzinnemu i opiece/władzy mężczyzn. Dominująca koncepcja roli kobiet koncentrowała się na macierzyństwie i małżeństwie, które było dla kobiety kryterium „dobrego życia”. Kobiety były zależne, a zależność ta określana była w relacji i przez pośrednictwo mężczyzn (Baker 1989). Zamążpójście było traktowane jako oczywistość i nikt nie pytał kobiet „czy będą wychodzić za mąż?”, ale „kiedy?”. Do niedawna jeszcze oczekiwania społeczne, że młoda kobieta wstąpi w związek małżeński wyrażały się pośrednio negatywnym stosunkiem do kobiet żyjących w pojedynkę określanych „starymi pannami”. Staropanieństwo, jak pisze Kocik (2002, 301), było „nie tylko jednym z możliwych nieszczęść, ale czymś jakby nieprzyzwoitym, wstydlivym i śmiesznym”. „Stare panny” postrzegane były jako kobiety, których żaden mężczyzna nie wybrał, osoby nie realizujące powołania, jakie w powszechnej opinii nadawało sens życiu kobiety, czyli rodzenie dzieci i służenie mężczyźnie, który wybrał ją na swoją żonę. Współcześnie, jak zauważa ten sam autor, „samotna kobieta to osoba niezależna, żyjąca pełnią życia. To osoba, która sama z tych czy innych powodów zdecydowała się na to, by nie zakładać rodziny” (Kocik 2002, 303). Można zatem mówić o demontażu stereotypu „starej panny” – „niezdolnej znaleźć” męża, na rzecz stereotypu „miejskiego singla” – kobiety samodzielnej, która męża nie potrzebuje lub nie chce (Gordon 1994).

Nowy wzór roli kobiety niezamężnej, funkcjonujący w ramach stereotypu miejskiego singla, jest bardziej złożony i odmienny od wcześniejszego

***Emilia Paprzycka** – pedagog, asystentka w Zakładzie Metodologii Badań Społecznych Uniwersytetu Zielonogórskiego.

stereotypu bezbarwnej, smutnej lub szalonej i niechcianej „starej panny”. Poprzedni wyodrębnił się z konieczności, współczesny – bardziej z wyboru. Jednak, zdaniem Gordon (2002), mimo że współczesny stereotyp różni się od poprzedniego, to obydwa pozostają nadal w „cieniu małżeństwa” i łączą się z brakiem akceptacji społecznej. „Stare panny” były nieinteresujące, a miejskie single stanowią pewne zagrożenie dla istniejącego ładu społecznego przez prezentowanie godnej zazdrości autonomii kobiety z beztróskim życiem, nie kontrolowanym przez mężczyzn. W opinii społecznej życie bez partnera jest więc nadal postrzegane w kategoriach swoistego „defektu” kobiet – ich zbyt wysokich wymagań. Brak społecznej akceptacji związany jest także z życiem seksualnym. „Stare panny” żyły w celibacie i mimo że było to wpisane w rolę kobiety niezamężnej, oceniane były negatywnie, ponieważ nie spełniały „podstawowej funkcji” kobiety – bycia matką. „Miejskie single” też są oceniane negatywnie, ponieważ przypisywana jest im rozwiążłość i częste zmiany partnerów. Ocen takich dokonuje się rzecz jasna w odniesieniu do monogamii małżeńskiej i nie interpretuje jako normalnej aktywności seksualnej kobiet.

Niniejszy tekst stanowi odniesienie do społecznych kontrowersji wokół życia w pojedynkę kobiet. W jego pierwszej części zaprezentowany zostanie wzór roli kobiety żyjącej w pojedynkę, określony funkcjonującym w kulturze popularnej stereotypem singla, a także syntetyczna ze względu na wymogi edytorskie charakterystyka uwarunkowań życia w pojedynkę kobiet. W drugiej części zaś, w odwołaniu do badań własnych, zaprezentowane zostaną niektóre aspekty istotne dla życia seksualnego kobiet żyjących w pojedynkę: poszukiwanie partnera, preferowany typ mężczyzny i problemy związane z prowadzeniem aktywnego życia seksualnego.

Feministyczne i postfeministyczne odniesienia wzoru roli kobiety żyjącej w pojedynkę

Pozytywny obraz kobiety żyjącej w pojedynkę został „przeniesiony” przez media do Polski ze społeczeństw zachodnich. Single przedstawiane są jako kobiety autonomiczne – same, ale nie samotne, które nie chcą żyć jak ich matki, chcą być inne; dla których małżeństwo nie jest kwestią przymusu ekonomicznego czy presji społecznej, ale wyboru. W ramach tego nowego wzoru roli kobiety niezamężnej prezentowanego w kulturze popularnej można wyróżnić dwie wersje. Pierwszą, ukazującą kobiety zorientowane na karierę zawodową, które męża nie potrzebują i nie chcą, można by określić jako feministyczną, ponieważ zakłada całkowitą niezależność od mężczyzny. Drugą, przedstawiającą kobiety, które męża nie potrzebują, ale chcą (trudno

im jednak go znaleźć ze względu na wysokie wymagania) można by określić jako postfeministyczną. Marzenia tych kobiet o idealnym mężu i uzależnienie od niego poczucia szczęścia współwystępują bowiem z wysokimi aspiracjami i wymaganiami wobec siebie, świata i mężczyzn, stanowiącymi „produkt” feminizmu.

Stereotyp funkcjonujący w kulturze popularnej, odpowiadający **feministycznej wersji kobiety niezamężnej**, ukazuje je jako kobiety niezależne, które wybierają samotność, ponieważ trudno spełnić ich wymagania. „Żądają miłości z lat 60., seksu z lat 70. i sukcesu zawodowego z czasów współczesnych”. Podróżują po świecie, zmieniają pracę, koncentrują się na pracy i karierze i nie chcą „jak koleżanki wpaść w garnki, pieluchy i dolki psychiczne”. Nie godzą się na męską dominację ani na rolę drugich skrzydeł. Nie chcą być cierpliwe, poświęcać się dla męża, w domu bawią się tylko od święta. Mężczyźni przewijają się przez ich życie, ale są to związki intensywne i krótkie (Jacobson-Kowalska 1996, 28). Pracują 12 godzin ramię w ramię z mężczyzną. Chodzą na gimnastykę i do kosmetyczek, ćwiczą w fitness klubie, ponieważ ciało jest dla nich oparciem. Awansują podobnie jak mężczyźni i w zasadzie potrzebna by im była właściwie żona, która gotowałaby, naprawiała ciekący kran i zajmowała się dziećmi (Pietkiewicz 2000). Nauczyły się doceniać samotność jako stan naturalny, sposób na samorealizację. Nie są przeciwniczkami miłości ani tym bardziej seksu, ale odrzucają „byle jakie związki”, preferując raczej spotkania z przyjaciółmi niż nieudane randki (Hoggard 2004). Są nieufne zarówno wobec tradycyjnych, jak i nowoczesnych wzorów kobiecości. Źródłem poczucia wartości i niezależności jest dla nich praca, z którą wiążą nadzieję na własny rozwój. Nie lubią prac domowych (Sondaż: Być kobietą... 2003). „Twierdzą, że dziś łatwiej się z kimś przespać niż wejść w stały związek, że mężczyźni boją się niezależnych kobiet i że nastąpiła plaga męskiego i kobiecego narcyzmu, a ludziom o takich skłonnościach trudno się spotkać” (Sosnowska 2001, 65). **Postfeministyczne reprezentacje kobiety niezamężnej** ukazują je jako kobiety, które niejako zmuszone są do życia w samotności, ponieważ trudno znaleźć im kandydata spełniającego ich wymagania. Uosabiane są w kulturze popularnej przez np. charaktery filmowych bohaterek w rodzaju Ally McBeal, Bridget Jones czy Carrie Bradshaw – wykształcone, atrakcyjne fizycznie, cieszące się opinią kobiety niezależnej, które jednak bez mężczyzny u boku nie czują się szczęśliwe. Te niezależne trzydziestolatki pragną „mieć wszystko” (czyli rodzinę i karierę). Pracują zawodowo i nie mają zamiaru rezygnować ze swoich ambicji. Jednocześnie są „kobiece” w tym sensie, że potrzebują partnera, który oprócz bliskości doceni ich ambicje i bez „uszczerbku” na swej męskości będzie w stanie przejąć na siebie połowę domowych obowiązków.

ków (Graff 2001). Jak zauważa Gromkowska (2002), tytułowa postać serialu „Ally McBeal” skupia w sobie jak w soczewce problemy płci i seksualności, które zdają się nurtować większość współczesnych społeczeństw, w tym również polskie. Uosabia ona kulturowe kontrowersje i niepokoje „wokół kobiecości” i społecznej roli kobiety przełomu XX i XXI wieku. Symbolizuje, zdaniem tej autorki, swoisty paradoks kobiety współczesnej, która uzyskała „totalną wolność” i właśnie to stało się w głównej mierze przyczyną jej samotności. Współcześnie bowiem dalej dla większości kobiet wyznacznikiem własnej wartości jest powodzenie osobiste, którego istotę stanowi związek z mężczyzną. Bohaterkę tego serialu można zatem umieścić w mającym wielowiekową tradycję dyskursie na temat kobiecego sukcesu życiowego, który redukował go do zamążpójścia i rodziny, niezależność Ally ma sens tylko „przy boku” ukochanego mężczyzny. Bez spełnienia tego wystarczającego i koniecznego warunku niezależność pogłębia jedynie poczucie samotności. Mimo że współczesne reprezentacje roli kobiety niezamężnej mają „wygórowane”¹ wymagania – jak określa je panna Mc Beal: „Chciałabym być bogata, odnieść sukces, mieć troje dzieci i męża, który czeka w domu, żeby masować stopy” – tradycyjnie postrzegane staropanieństwo im nie grozi. Są one raczej obrazem współczesnych „panien na wydaniu”: małżeństwa chcą, ale na warunkach partnerskich i głównie ze względu na potrzebę bliskości. Mają prosty cel: znaleźć męża, a zarazem mieć pełną niezależność finansową i bogate życie towarzyskie. Nie muszą i nie chcą realizować tradycyjnej roli żony i przekazywać odpowiedzialności za swoje życie mężczyźnie.

Wzór roli kobiety niezamężnej określony stereotypem singla może być realizowany w odniesieniu do nowoczesnej wersji kobiecości, sprzyjając dynamicznemu, aktywnemu sposobowi życia i posiadaniu dużej ilości „czasu dla siebie” oraz na przeniesieniu na dalszy plan domu, rodziny. Może też być ponowoczesnym, nie zakładającym długofalowych planów, refleksyjnym wyborem spośród istniejących stylów życia i sposobów pełnienia ról. Przyjmowanie roli kobiety żyjącej w pojedynkę może być tymczasowe i realizowane niejednokrotnie w przebiegu życia bądź ze względu na potrzebę samodoskonalenia i indywidualnych osiągnięć, bądź do momentu znalezienia odpowiedniego kandydata na partnera czy męża. Jeśli zaś okaże się on nie spełniać ich wymagań albo związek nie będzie przynosił większej satysfakcji niż życie w pojedynkę, możliwy jest powrót do realizowania tej roli. Zatem nowa reprezentacja roli kobiety niezamężnej, w wersji feministycznej czy postfeministycznej, stanowi alternatywną formę staropanieństwa, dostępną jednak tylko dla wykształconych, niezależnych ekonomicznie kobiet,

¹Wymagania te określane są jako wygórowane, ale tylko w odniesieniu do kobiet. W przypadku mężczyzn stanowią one raczej standard.

dla których życie w małżeństwie nie jest konieczne – jak wcześniej bywało, ze względów ekonomicznych – ale wiąże się raczej z potrzebą bliskości i może być realizowane na warunkach związku partnerskiego².

Dlaczego w pojedynkę?

Kategoria kobiet żyjących w pojedynkę, składa się ona z dwóch podkategorii: (1) kobiet, które kiedyś wyszły za mąż (wdów i rozwiedzionych), (2) kobiet, które nie wyszły za mąż. Są to kobiety w różnym wieku, bezdzietne, mieszkające same lub z innymi, nie będące w „wyłącznym, intymnym związku seksualnym” (Byrne 1997, 2003, Gordon 2002, Houseknecht, Vaughan, Statham 1987). Charakterystyka kobiet żyjących w pojedynkę w niniejszym tekście obejmuje kobiety z drugiej podkategorii, albowiem jak wynika z analiz demograficznych liczba kobiet z tej kategorii na przestrzeni ostatnich lat wzrasta. Wyraźny wzrost obserwowalny jest nawet na przestrzeni czternastu lat, jakie minęły między ostatnimi dwoma spisami ludności. W 1988 roku wśród kobiet panny stanowiły 19%, a mężatki 62,8%, natomiast w 2002 roku odsetek panien wynosił 23,7%, a mężatek 55,6% (odsetek wdów i kobiet rozwiedzionych nie uległ zmianom i wynosił odpowiednio w 1988 14,7%; 3,4%, w 2002 15%; 3,9%) (Raport NSPLiM 2002).

Szczególną uwagę, tak w dyskursie społecznym, jaki i nielicznych wciąż jeszcze polskich opracowaniach na temat osób żyjących w pojedynkę (Żurek 2003, 2005, Grzeszczyk 2005), zwraca się jednak przede wszystkim na wzrastającą liczbę żyjących samotnie kobiet zamożnych, aktywnych zawodowo, które przekroczyły wiek społecznie łączony z zamążpójściem. Z analiz zbiorowości osób bezżennych³ wynika bowiem, że właśnie kobiety z najwyższych warstw społecznych stanowią najbardziej liczną grupę w zbiorowości osób „zagrożonych” trwałą bezżennością niezamążpójściem (Tymicki 2001).

²Obok nowego, pozytywnego wzorca roli kobiety niezamężnej, nadal funkcjonuje tradycyjne odniesienie jej pełnienia określone stereotypem starej panny. „Stare panny” są obecne — choć nadal „niewidzialne” — w pejzażu społecznym. Mieszkają raczej w małych miastach i na wsiach i zgodnie z określającym je tradycyjnym stereotypem żyją na uboczu, rozczarowane życiem i nie pogodne z tym, że nie zrealizowały ważnego celu w życiu kobiety, jakim jest zamążpójście i założenie rodziny. Jeśli mieszkają w dużych miastach, to są (znów zgodnie ze stereotypem) niezauważalne. W środowisku miejskim widoczne są przede wszystkim „single”.

³Terminem tym określa się zarówno mężczyzn jak i kobiety, ale należy zwrócić uwagę na nieprecyzyjność tego uogólnienia – bezżennością i to trwałą zagrożone są wszystkie kobiety, ponieważ się nigdy nie żenią. Zatem zgodnie z zasadami języka polskiego kobiety mogą być zagrożone niezamążpójściem czy niezamężnością, chociaż brak takiego terminu w słowniku polskim.

Zjawisko wzrastającej liczby kobiet żyjących w pojedynkę uwarunkowane jest na poziomie makrosocjalnym czynnikami demograficznymi, a przede wszystkim strukturalnymi. Wśród uwarunkowań demograficznych mających wpływ na wielkość i dynamikę zbiorowości osób bezzemnych wymienia się: późniejszy wiek zawierania pierwszych małżeństw, spadek liczby zawieranych małżeństw, proporcję osób w kohorcie wiekowej już będących w związkach małżeńskich, czy zachwianie proporcji płci w populacji (Hajnan 1965, Fraboni 2000, Dixon 1978, Hernes 1972 za Tymicki 2001). Istotne znaczenie mają także uwarunkowania strukturalne procesu doboru partnera – zjawisko homogamii małżeńskiej⁴, a w przypadku kobiet tendencja do hipergamii⁵ i niechęć do obniżania swoich wymagań co do cech partnera. Dochodzi zatem często do sytuacji, że kobiety o wysokiej pozycji społecznej wolą pozostać niezamężne niż poślubić partnera, który nie ma przynajmniej takiego samego wykształcenia i pozycji społecznej jak one (Tymicki 2001 za Coleman i Neugarten 1971, 248). W Polsce sytuację taką dodatkowo potęguje fakt, że mężczyźni z wykształceniem wyższym jest w ogóle mniej. Z analizy danych spisowych wynika, że odsetek kobiet kończących studia wynosi 10,4%, mężczyzn zaś 9,3%. Konsekwencją trudności w znalezieniu odpowiedniego partnera, a co za tym idzie odraczania małżeństwa, jest z kolei kurczenie się puli dostępnych partnerów wraz z tym, jak kolejne osoby z danej grupy wiekowej wchodzi w związki małżeńskie.

Najczęściej wskazywane w literaturze przedmiotu społeczne przyczyny wzrastającej liczby wykształconych kobiet żyjących w pojedynkę to przede wszystkim wysokie wymagania wobec partnera (Welon, Szklarska, Bielicki 1999), odraczanie decyzji o małżeństwie związane z wydłużającym się okresem kształcenia (Giz 2003, Whitehea 2003), aktywność społeczna lub izolacja, przyzwyczajenie do samotności i niezależności (Hoorn 1999, Matlin 1996, Byrne 1999), specyfika stylu życia wymuszonego przez pracę wśród aktywnych zawodowo kobiet (Hewlett 2002). W Stanach Zjednoczonych większość samotnych, młodych, wykształconych kobiet upatruje powodów takiej

⁴Które wiąże proces wchodzenia w związki małżeńskie z ograniczeniami nakładanymi przez strukturę i uwarstwienie społeczne określając pulę potencjalnych partnerów (Domański 2001, Welon, Szklarska, Bielicki 1999, Tymicki 2001). Najsilniejsza homogamia, wybór partnera o podobnej charakterystyce społecznej związanej z zawodem, wykształceniem czy pochodzeniem społecznym, występuje ze względu na poziom wykształcenia i pozycję społeczną (Domański 2001). Największy stopień homogamiczności w związkach małżeńskich występuje wśród osób o najwyższym i najniższym poziomie wykształcenia i pozycji społecznej. Szansa na związek małżeński osób o tym samym poziomie wykształcenia jest kilkunastokrotnie większa niż na zaistnienie małżeństwa mieszanego (Kacpro-wicz 1989).

⁵Preferencja kobiet do poślubiania mężczyzn zajmujących co najmniej tę samą pozycję społeczną.

sytuacji przede wszystkim w stylu życia wymuszonym przez pracę (Hewlett, 2002). Jednak w Polsce tylko 18% samotnych kobiet uważa, że na stworzenie stałego związku brakuje im czasu, ponieważ jego większość pochłania praca, 42% twierdzi, że samotność jest ich świadomym wyborem, ponieważ nie chcą się z nikim wiązać na stałe oraz konsekwencją wysokich wymagań wobec potencjalnych partnerów, a 27% kobiet przyczyn życia w pojedynkę upatruje w trudności zawierania i utrzymywania stałych związków. Jednocześnie 70% spośród tych kobiet jako najważniejszą wartość w życiu podaje udane życie rodzinne. Dla 23% równie ważna jest zarówno praca jak i rodzina. Karierę na pierwszym miejscu stawia tylko 5 % samotnych kobiet (IBOPiR PENTOR 2001). Wydaje się więc, że kobiety żyjące w pojedynkę są zainteresowane posiadaniem partnera, ale odpowiedniego; zależy im także na życiu rodzinnym, ale udanym.

Współczesne młode kobiety, zdaniem Graff (2001), próbują ustalać własne cele, gdzieś między zasadami wolnego rynku, a wymaganiami tradycyjnej kultury, które określają, że do dwudziestego piątego roku życia „normalna kobieta” musi urodzić dziecko, a dla rodziny trzeba poświęcać swoje ambicje i plany. Są one więc poddawane podwójnej presji. Z jednej strony działa na nie kulturowy scenariusz małżeński, a z drugiej wymagania współczesnej rzeczywistości będącej pochodną kulturowych zmian. Konfrontacja z tymi sprzecznymi wymogami prowadzić może do sytuacji, kiedy wybierają one życie w pojedynkę, zamiast przymusu bycia w związku, który nie spełnia ich oczekiwań albo też żyją samotnie z przymusu, ponieważ „nie ma w czym wybierać”.

Wybór wydaje się rzeczywiście ograniczony, mimo tego, że w zbiorowości osób stanu wolnego liczącej 27,9% więcej jest kawalerów (25,2%) niż panien (19,8%) (Raport NSPLiM 2002). Najwięcej panien powyżej 30. roku życia lokuje się w górnych granicach skali statusu społecznego, kawalerowie zaś w przeważającej mierze zajmują jego dolne granice. Możliwość wyboru ograniczona jest także przestrzennie. W przeciwieństwie do kawalerów, więcej panien mieszka w miastach (25,1%) niż na wsiach (22,7%), natomiast odsetek kawalerów mieszkających w miastach (31,9%) jest niższy niż na wsi (35,3%) (Raport NSPLiM 2002). Poza tym wraz z wiekiem zmniejsza się ilość dostępnych partnerów. Sytuacja ta jest szczególnie niekorzystna dla kobiet, ponieważ wybór ewentualnych partnerów dla kobiet się zawęża, a partnerek dla mężczyzn poszerza.

Jakie są współczesne kobiety, które pomimo przekroczenia wieku „obligującego” do wyjścia za mąż żyją w pojedynkę? Najwięcej panien z kategorii zagrożonej trwałą niezamężnością (po przekroczeniu 30. roku życia wyraż-

nie spadają szanse kobiet na wyjście za mąż – 6% kategorii szczytowej⁶; granicę wiekową, po przekroczeniu której kobietom już bardzo trudno wejść w związek małżeński stanowi 35 rok życia - 1% kategorii szczytowej) mieszka w miastach i pod względem wykształcenia, statusu społecznego znajdują się powyżej poziomu populacyjnego. Należą do wyższych kategorii hierarchii wykształcenia, zawodu i statusu społecznego. Aż 31% spośród nich posiada wykształcenie wyższe. Łącznie ponad 51% panien ma co najmniej średnie ogólnokształcące, a 40% co najmniej wykształcenie pomaturalne; 28% panien należy do kategorii „inteligencja”, a 31% do kategorii pracownicy umysłowi. Tak więc 59% panien mieści się w dwóch najwyższych kategoriach statusu społecznego. Wysoki odsetek panien (26%) wykonuje pracę w kategorii „wolne zawody/specjaliści” oraz „technicy” (17%). Zatrudnione są też w kategorii „urzędnicy niższego szczebla” (13%). Dla porównania wśród „starych kawalerów” największy odsetek (82%) stanowią przedstawiciele kategorii „robotnicy wykwalifikowani”. Wykształcenie średnie ogólne i wyższe posiada tylko 14% kawalerów, a co najmniej pomaturalne niespełna 10%. Natomiast aż 73% ma wykształcenie zasadnicze zawodowe, a tylko 16% należy do kategorii „inteligencja” i pracownicy umysłowi (Tymicki 2001).

Jak pisze Szlendak (2002, 127), „silnym kobietom – pokłosisi rewolucji seksualnej – bardzo trudno jest znaleźć partnerów równie silnych jak one”. Współczesne kobiety nie muszą bowiem iść tą samą drogą co ich matki, prowadzącą od szkoły do wczesnego zamążpójścia. Niezależność finansowa i samowystarczalność nie czynią już małżeństwa koniecznym, dlatego też kobiety współcześnie są mniej podatne na naciski, by poślubić nieodpowiedniego mężczyznę z nieodpowiedniego powodu (Whittehead 2003).

Poszukiwanie partnera, preferowany typ mężczyzny i życie seksualne kobiet żyjących w pojedynkę – relacja z badań ⁷

Odpowiedzi na pytania dotyczące relacji damsko-męskich kobiet żyjących w pojedynkę poszukiwano w badaniach kobiet, których styl życia i realizacja roli kobiety niezamężnej odpowiadają modelowi określoneemu przez stereotyp miejskiego singla. Do badań wybrano kobiety w wieku około 30. lat, które nie posiadają stałego partnera heteroseksualnego, nie były wcześniej

⁶Opis ustalenia kryterium wieku zawiera praca Tymickiego (2001, 81–83).

⁷Badania miały charakter jakościowy. Zastosowano metodę biografii, realizując ją techniką wywiadu narracyjnego wśród 20 kobiet mieszkających w dużych i średnich miastach (Warszawie, Poznaniu, Szczecinie, Wrocławiu, Toruniu, Zielonej Górze). W każdym mieście badaniami objęto 3–4 osoby i przeprowadzono je w okresie od maja do października 2003 roku.

w związku małżeńskim, są bezdzietne, prowadzą jednoosobowe gospodarstwo domowe, są dobrze wykształcone, mieszkają w miastach⁸.

Poszukiwanie partnera – między inicjatywą a oczekiwaniem

Większość badanych kobiet żyjących w pojedynkę swoją sytuację określa jako mimowolną i tymczasową, zdecydowanie mniej zaś jako dobrowolną, ale także tymczasową. Tymczasowość zakłada zmianę tej sytuacji i podejmowanie aktywności w zakresie znalezienia odpowiedniego partnera. Aktywność badanych kobiet w szukaniu partnera przekłada się przede wszystkim na czynne życie towarzyskie i uczestnictwo w sytuacjach sprzyjających zawieraniu znajomości z mężczyznami. Większość z nich, szczególnie w początkowym okresie życia w pojedynkę, miała doświadczenia w nawiązywaniu znajomości za pośrednictwem internetu.

Badane kobiety żyjące chętnie inicjują w pojedynkę znajomości z mężczyznami, o charakterze „koleżeńskim”, natomiast, jeśli są zainteresowane mężczyzną, zachowują się bardziej tradycyjnie i czekają na inicjatywę ze strony mężczyzny: *jak jest jakaś taka chemia, to nie jestem w stanie wyjść z inicjatywą (Joanna)*. *Jestem kobietą i nie będę za facetem latać i go jakoś tam aktywować, nie daję nawet po jakiejś tam imprezie numeru telefonu, jak będzie naprawdę zainteresowany, to mnie znajdzie (Lena)*. *Jednak jestem w tym trochę staroświecka i uważam, że mężczyzna jest tą osobą aktywniejszą, więc sama w żaden sposób nie będę go zachęcać do tego (Renata)*. *Uważam, że jeśli mężczyźnie kobieta się podoba i zależy mu na tej znajomości, to nawet jak jest nieśmiały, to będzie się starał zainicjować kontakt, a jeżeli nie jest zdecydowany, to nie ma to sensu dawać mu do zrozumienia, że nam się podoba (Agata)*. *Ja raczej wysyłam sygnały i najczęściej podejmuję „wyzwanie”, jeśli jest ktoś zainteresowany (Anna W.)*. *Specjalnie nie zabiegam o to, wołałabym tak bardziej tradycyjnie, żeby to mężczyzna wyszedł z inicjatywą,*

⁸Wszystkie badane kobiety legitymują się wykształceniem wyższym (5 badanych ukończyło dwa kierunki studiów). Znają języki obce, 6 badanych ukończyło studia podyplomowe, 3 spośród badanych piszą doktorat. Należą do kobiet „samowystarczalnych”, czyli niezależnych ekonomicznie. W dwóch miejscach pracy jednocześnie pracuje 8 badanych; 7 dodatkowo dorabia korepetycjami, tłumaczeniami, 8 badanych pracę podjęło już na studiach. Czas pracy badanych wynosi średnio od 45 do 60 godzin tygodniowo, w wielu przypadkach włącznie z weekendami. Ich miesięczne dochody mieszczą się w przedziale od 1600 zł do około 6000 zł. Prowadzą samodzielne gospodarstwa domowe (16 posiada mieszkanie, 3 wynajmuje, 1 jest właścicielką domu). Mieszkają w dużych i średnich miastach, ale tylko dla 10-ciu z nich jest to też miejsce pochodzenia, natomiast pozostałe pochodzą z mniejszych miast. Wszystkie badane podczas badań doświadczały sytuacji życia w pojedynkę. Najkrótszy czas życia w pojedynkę – półtora roku, najdłuższy – 7 lat.

bo tu chodzi o ten element zdobywania, takiej otoczki, kiedy kobieta czuje się adorowana, no i może pielegnować tą swoją kobiecą próżność (Agnieszka A.). Jeśli jednak mężczyzna im nie odpowiada, bardzo szybko rezygnują ze znajomości: ja od razu stawiam diagnozę i jak się nie kwalifikuje, to nie ma następnych razów, krótka piłka i myślę, że to dobrze bez zwodzenia się nawzajem, bo faceci się często angażują tak troszkę i traktują tą znajomość jak wyzwanie, chcą zdobywać, a jak mi się nie podoba to mówię nie i nie ma odwrotu (Mariola). Bo ja jestem bardzo niecierpliwa, jak na początku mi coś nie pasuje, to się nie zastanawiam i nie mam zamiaru czekać na jakieś uniesienia, tylko idę na urlop uczuciowy (Agata).

Nawiązują też znajomości krótkotrwałe, także wirtualne, zorientowane tylko na przyciągnięcie do charakterze erotycznym i z takim założeniem przejmują inicjatywę: *jestem wtedy łowczynią, tą, która erotycznie prowokuje, nietrudno tak zdobyć faceta, czasem mnie to bawi, a czasem męczy, i nie traktuję takich znajomości poważnie [...] pojawiają się też na czacie, ale nie w celu poznania kogoś na poważnie, pojawiają się tam w miejscach, gdzie rodzaj znajomości jest dosyć jasno określony w komunikatach i nickach (Olga).*

Studia podyplomowe, szkolenia i warsztaty stanowią dla niektórych badanych aktywność podejmowaną nie tylko w celu rozwoju zawodowego, ale służą także nawiązywaniu nowych znajomości, są to jednak, jak się okazuje, działania mało skuteczne pod tym względem: *bo nie ukrywam, że jak podejmuję jakieś doksztalcanie, to też między innymi po to, żeby kogoś poznać, a to są miejsca, gdzie można znaleźć partnera na odpowiednim poziomie, co prawda już się szesnaście razy doszkałam i nic trwałego się nie nawiązało (Violetta). Podjęłam studia, żeby między innymi poznać nowe osoby, specjalnie takie trudne i męskie sobie wybrałam, liczyłam na to, że będą fajni faceci – biznesmeni, ale nic z tego (Ewa). Wyjeżdżają także w tym celu na urlopy: no po to tak wyjeżdżam, żeby kogoś wreszcie poznać (Ewa O.). Zawsze jak wybieram się na jakąś wycieczkę mam nadzieję, że może spotkam kogoś godnego zainteresowania (Violetta).*

Niektóre z badanych kobiet nawiązują także znajomości korespondencyjne (rubryki towarzyskie – również w czasopismach zagranicznych). Mają też doświadczenia w korzystaniu z biur matrymonialnych, choć w tym przypadku nie jest to inicjatywa samych zainteresowanych, ale najczęściej rodziny lub znajomych. Jednak mimo wielu prób zabiegi te nie przynoszą spodziewanych efektów. Poznawane za pośrednictwem internetu, biur matrymonialnych czy rubryk towarzyskich osoby na ogół rozczarowują już podczas pierwszego spotkania, kiedy okazuje się, że ich wirtualna tożsamość zdecydowanie różni się od realnej. „Przystojni, majątni kawalerowie z wyższym wykształceniem” to najczęściej żonaci, nieatrakcyjni fizycznie

mężczyźni poszukujący przygód seksualnych, których sytuacja materialna i wykształcenie zdecydowanie odbiegają od deklarowanych w anonsach.

Podsumowując należy podkreślić, że wśród badanych kobiet większą aktywność w poszukiwaniu partnera (szczególnie za pośrednictwem internetu i poprzez udział w wyjazdach i szkoleniach) wykazują kobiety pozostające bez partnera w krótszym okresie czasu – do 4 lat. U badanych kobiet, które pozostają same w okresie dłuższym niż 5 lat zaobserwować można natomiast minimalną aktywność w tym zakresie i swoiste zniechęcenie oraz brak wiary w powodzenie w „znalezieniu” partnera. Aktywne życie towarzyskie realizowane jest raczej w stałym gronie przyjaciół, co zmniejsza wydatnie możliwość poznania ewentualnego partnera.

Mężczyźni – rzeczywistość versus marzenia

Badane kobiety, mimo satysfakcji z obecnego życia, chcą je wieść w przyszłości — najlepiej niedalekiej — z mężczyzną u boku: *chłopa bym sobie zorganizowała, chłopca zdecydowanie, jak najbardziej, bezwzględnie, takiego odpowiadającego moim oczekiwaniom (Małgorzata)*. Znalezienie odpowiedniego mężczyzny okazuje się jednak zadaniem niełatwym, przy czym określenie „odpowiedni” wydaje się mieć tu kluczowe znaczenie. Jakich zatem mężczyzn szukają badane kobiety żyjące w pojedynkę, a jacy mężczyźni im nie odpowiadają?

Mężczyźni „nieodpowiedni”, ale realni

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń badanych kobiet w związkach z mężczyznami (długo- i krótkotrwałych) skonstruowano typy, odzwierciedlające cechy mężczyzn najczęściej spotykanych, jednak z różnych powodów nie spełniających oczekiwań badanych. Typologia ta ma charakter li tylko porządkujący subiektywnie interpretowane opisy doświadczeń badanych kobiet i celem jej jest wyeksponowanie cech najbardziej rozbieżnych w stosunku do ich oczekiwań ich oczekiwaniami.

Do typu mężczyzny, którzy zupełnie całkowicie nie odpowiadają badanym kobietom zaliczono następujące cztery kategorie:

- **Pan playboy** – mężczyzna młody, zorientowany jednak tylko na krótkie, niezobowiązujące znajomości, czuły i namiętny kochanek: *wydawało mi się, że to idealny facet dla mnie i już się widziałam na ślubnym kobiercu, ale się okazało, że on nie chce trwałych związków i co roku zmienia pannę (Aneta)*.

- **Pan playboy oddany rodzinie** – mężczyzna starszy, mający rodzinę, nie chcący zmieniać swojej sytuacji życiowej, ale zorientowany na poszukiwanie przygód miłosnych: *miałam kilka takich znajomości, tzw. romansów, czyli związków skazanych na porażkę. Na początku było super, romantycznie, ciekawie, ale potem szybko okazywało się, że bardzo kochają dzieci i nie mogą odejść od żony (Aneta).*
- **Pan niezaradny** – mężczyzna, na którym nie można polegać i któremu trzeba pomagać, i który chętnie oddaje się pod władzę kobiety: *jego większość problemów życiowych przerastała, jak miał coś zrobić, to mnie pytał cały przerażony, jak ma to zrobić, zasypiać nie mógł, bo się wszystkim przejmował, ja byłam ta silna i mówiłam, że wszystko będzie dobrze (Anna C.). To był taki facet, który najchętniej siedziałby w domu, a mnie wysyłał do pracy (Anna W.).*
- **Pan maminsynek** – mężczyzna niezaradny życiowo, zależny finansowo i emocjonalnie od matki: *miał taką wyuczoną bezradność pielęgnowaną zresztą przez matkę, dostawał pieniądze i żył dniem dzisiejszym, niczym się nie przejmował, zawsze mógł wrócić do mamy (Małgorzata). Jak słyszałam, że coś robię źle, to zaraz była instrukcja: a moja mama to albo tamto (Anna W.).*

Do typu mężczyzny, którzy częściowo nie odpowiadają badanym kobietom zaliczono dwa typy:

- **Pan z czasem nieodpowiedni** – mężczyzna atrakcyjny, inteligentny, z zainteresowaniami, który jednak z upływem czasu przestaje dbać o swój własny rozwój i w porównaniu z partnerką zorientowaną na samodoskonalenie przestaje spełniać rozbudzone wcześniejszym zachowaniem oczekiwania: *byliśmy razem przez 5 lat i nawet się zaręczyliśmy. Na początku to był facet, który wzbudzał moją absolutną ciekawość: taki indywidualista, bardzo niezależny, inteligentny [...] miał swoje zainteresowania i ja wiele się od niego nauczyłam [...]. Ale z czasem zaczęło być tak, że to ja musiałam go nakręcać na wiele rzeczy: zrób to, zrób tamto. Ja coraz bardziej miałam dosyć tego, że on tak z siebie nic, a ja tu kończę studia, działam w kole naukowym, wyjeżdżam na konferencje, a on taka dupa siedzi i marudzi. No i się skończyło, bo nie mogłam z kimś takim być (Mariola).*
- **Pan częściowo nieodpowiedni** – mężczyzna, który oprócz cech bardzo atrakcyjnych ma również takie, które nie są akceptowane. Są to przede wszystkim cechy, które pozostają w kontraście z cechami badanych kobiet. Wśród Panów częściowo nieodpowiednich można wyróżnić kilka podtypów określonych cechą najbardziej znaczącą:

- **Pan zbyt dominujący**, który jest niezależny, interesujący, ale tendencja do dominowania czyni go nieodpowiednim mężczyzną do związku partnerskiego: *to był bardzo interesujący człowiek, był bezkompromisowy i zupełnie nie taki jak cała reszta, chodzący własnymi drogami, był mocno niezależny, ale też dominujący, co przekładało się na nasze relacje w związku. Takie zachowania bardzo mi się kłóciły z takim moim poglądem na związek, który musi być oparty na kompromisie, a nie na podporządkowaniu. On mi natomiast zawsze powtarzał, że obydwójce mamy dominujące osobowości i któreś z nas będzie musiało ustąpić z naciskiem, że to będę ja oczywiście i to z czasem było dla mnie nie do zniesienia (Ewa).*
- **Pan zbyt uległy** – mężczyzna najczęściej bardzo zakochany w partnerce, wrażliwy, czuły, dostosowujący się do jej wymagań. Jednak tendencja do ulegania czyni go także nieodpowiednim mężczyzną do związku partnerskiego: *był bardzo w porządku, bardzo honorowy, bardzo odpowiedzialny, bardzo czuły, bardzo delikatny, bardzo wierny, byliśmy ze sobą pięć lat, miałam wyjść za niego za mąż, ale w ostatniej chwili się wycofałam właśnie dlatego, że był taki za-, no i poddawał się mojej dominacji, a to powodowało, że wszystkie jego cechy traciły na blasku, a stawały się czasem nawet irytujące (Ula). Był bardzo kochający, czuły, odpowiedzialny, czyli miał to, na czym mi zależy, ale ja byłam w pewnym momencie zmęczona ciągłym podejmowaniem decyzji za niego. Jak wypowiadał jakąś swoją opinię to było zawsze - prawda Ewuniu? Na zasadzie czy on dobrze mówi, czy on dobrze myśli i to mi nie pasowało i chociaż planowaliśmy ślub, budowę domu, mieliśmy takie konkretne plany, zdecydowałam się odejść (Ewa).*
- **Pan zbyt tradycyjny** to mężczyzna, który poszukuje kobiety – partnerki do swoich zainteresowań i hobby, ale w zaciśnięciu gospodarstwa domowego partnerstwo nie jest już przez niego preferowane i jest zwolennikiem tradycyjnego podziału ról: *to był facet, który uwielbiał samochody terenowe, miał na tym punkcie fioła i ja kupiłam od niego tego fioła [...] jego fascynowało to, że ja się tym interesuję i możemy to robić razem, a z drugiej strony skrajnie mnie wciskał w rolę kobiece. On żądał ode mnie, że ja będę mu gotować i sprzątać i że powinnam, bo jestem kobietą, a sam mówił np. że brzydki się zmywania naczyń (Jola).*
- **Pan zbyt nudny**, który jest z kolei partnerem w życiu codziennym i dzieli obowiązki domowe (co w sytuacji kobiet zaangażowanych w pracę zawodową jest niezwykle przydatne), ale nie podziela zainteresowań partnerki: *praca zajmowała mi dużo czasu i ja byłam przerażona jak*

zaczęliśmy mieszkać razem, że muszę wrócić i jeszcze gotować, ale on nie robił z tego problemu - jak mnie nie było sprzątał, prał swoje rzeczy, potrafił gotować. [...] To była po prostu rewelacja [...] Ale on niestety był taki, że szedł do pracy, potem wracał i najchętniej nie wychodziłby z domu. A ja nie, ja miałam paczkę znajomych, zainteresowania i ja się tym światem chciałam z nim dzielić, a on nie był tym zainteresowany [...] ja się z nim nudziłam i mimo że planowaliśmy wspólną przyszłość, zdecydowałam się to skończyć (Ewa).

- **Pan zbyt rozrywkowy** jest przeciwieństwem poprzedniego typu. Jest to mężczyzna z którym można interesująco spędzić czas, jest inteligentny, aktywny i nie jest zwolennikiem tradycyjnego podziału obowiązków domowych, ale nie jest też partnerem w tej sferze, ponieważ ona w ogóle dla niego wydaje się nie istnieć: *był osobą nietuzinkową, bardzo inteligentny, miał mnóstwo różnych dziwnych pomysłów, od sposobu prowadzenia rozmowy poprzez spędzanie czasu wolnego, był taki imprezowy, miał mnóstwo znajomych, ale codzienne życie na tym nie polega. Ja byłam tą intensywnością życia zmęczona, a poza tym związek rozpadł się też z powodu takiej codzienności - on był strasznym bałaganiarzem, poza tym kładł się spać o 4.00, wstawał o 12.00 i jak np. sprzątałam rano, to on był wściekły, rzucił jakieś skarpetki byle gdzie, nie sprzątał po sobie, a ja się wkurzałam - wszystko by mi się poodklejało w środku jakbym nie mogła mu zwrócić uwagi (Agata).*

Mężczyźni „odpowiedni”, ale nierealni

Oczekiwania badanych w stosunku do partnera ujawniają tendencję do hipergamii, preferują bowiem partnerów o co najmniej takiej samej pozycji społecznej jak one i podobnych cechach społeczno-demograficznych. Zdecydowałyby się na stały związek (niekoniecznie małżeństwo) najchętniej z kawalerem albo mężczyzną rozwiedzionym i najlepiej bezdzietnym – w sytuacji poważnej deklaracji ze strony mężczyzny zaakceptowałyby dzieci partnera z poprzedniego związku. Badane kobiety w większości zaakceptowałyby także związek z młodszym partnerem (jednak przy nieznacznej różnicy wieku – do 4 lat). Do stałych związków z mężczyznami o nieuregulowanej sytuacji cywilno-prawnej (żonatymi, w separacji), często pod wpływem wcześniejszych doświadczeń, większość badanych kobiet podchodzi z dużą nieufnością.

W swoich oczekiwaniach co do cech osobowych partnera wykazują się preferowaniem zarówno cech tradycyjnie przypisywanych mężczyznom, jak i kobietom. Na podstawie interpretacji opisów cech partnerów, które zde-

cydowanie im odpowiadają można wyróżnić dwa rodzaje preferencji, które wydają się mieć związek z realizacją roli kobiety żyjącej w pojedynkę w wersji feministycznej lub postfeministycznej. Pierwszy (odpowiadający realizatorom feministycznej wersji roli męskiego singla) jest odzwierciedleniem swoistej ambiwalencji oczekiwań – mężczyzna o tradycyjnych cechach, ale przejawianych w sferze publicznej (praca zawodowa), natomiast w sferze prywatnej (w związku, w życiu rodzinnym) realizujący raczej rolę kobiety, tzn. niemalże całkowicie przejmujący obowiązki najczęściej przypisywanych żonom. Drugi zaś (odpowiadający realizatorom postfeministycznej wersji roli męskiego singla) stanowi swoistą kompilację cech męskich i kobiecych przejawianych zarówno w sferze publicznej, jak i prywatnej.

Partner odpowiadający preferencjom o charakterze ambiwalentnym (reprezentowanym przez mniejszość badanych kobiet) powinien być zaradny, zdecydowany, opanowany, wiedzący, czego chce od życia, pewny siebie, zorientowany na samorealizację i sukces zawodowy, znający swoją wartość. Większość tych atrybutów idealnego partnera wydaje się więc odpowiadać tradycyjnemu modelowi męskości. Oczekiwania „męskości tradycyjnej” ujawniają także preferencje w zakresie wyglądu zewnętrznego. Pożądany mężczyzna powinien być bowiem wysoki i silny fizycznie, dobrze zbudowany, ale: *nie musi być piękny, bo złota miska jeść nie daje, jak mawiała moja babcia (Violetta)*. Ich partner powinien być także: *milczący, nie powinien dużo mówić i mieć swój świat (Anna C.)*. *Intrygują mnie faceci raczej zamknięci w sobie, tacy milczący bardziej, z dystansem (Małgorzata)*. Tak zdefiniowany silny i męski mężczyzna w związku z kobietą powinien jednak być raczej stroną ustępującą, swoistym „niezbędnym dodatkiem”: *powinien posiadać takie cechy, jakich ja nie mam (Anna C)*. *Powinien być takim uzupełnieniem, nie tą silniejszą stroną, ale tą uzupełniającą (Olga)*.

We wspólnie prowadzonym gospodarstwie domowym mężczyzna nie musi więc i nie powinien być tym silnym i dominującym, ale raczej przejmować rolę żony: *chciałabym, żeby była taka osoba, która ugotuje, posprząta, wyczyści samochód, ale nie sądzę, żebym znalazła szybko faceta, który potrafiłby po sobie sprzątać i pracować (Anna C.)*.

Partner życiowy powinien więc być wyposażony w cechy tradycyjnie przypisywane męskości, ale przejawiać je raczej w sferze publicznej, natomiast w relacjach w życiu prywatnym przejmować role tradycyjnie przypisane kobietom: *ja oczekuję silnego typu, ale nie mam zamiaru powtórzyć historii mojej mamy nie będę pracować, gotować, prasować (Violetta)*.

Partner odpowiadający preferencjom o charakterze kombinacji cech tradycyjnie przypisywanych męskości i kobiecości (przejawiany przez większość badanych kobiet) nie musi być doskonały i odpowiadać wzorcowi męskiego

mężczyzny, ale musi być czuły, opiekuńczy, umieć przyznać się do słabości, pozwolić kobiecie przejmować inicjatywę. Powinien być przede wszystkim inteligentny, kochający – być mężczyzną, na którego można liczyć i z którym interesująco można spędzać czas. Powinien być zdaniem badanych kobiet: *przede wszystkim mądry. [...] To jest jakby pierwszy wabik, albo jakaś pasja (Jola). Nie musi być atrakcyjny fizycznie, ale intelekt jest decydujący, a później patrzę, czy inne rzeczy też się dopasują (Lena). Lubię po prostu czuć, jak mężczyzna się mną opiekuje, nawet w drobnych jakichś tam gestach widocznych. Lubię, jak mężczyzna daje odczuć, że jest z kobietą, czyli, że nie wiem, otwiera drzwi, bierze płaszcz, coś tam podaje, bardzo cenię to sobie (Agnieszka). Chciałabym, żeby on zechciał mnie posłuchać, zwrócić uwagę na to, co mam do powiedzenia (Mariola). Powinien mieć swoje poglądy i nie dawać się prowadzić za rękę (Jola). No i nie może być nudny!!! (Ewa O.). To musi być nietuzinkowa postać z jakichś powodów, nie taka grzeczna, spokojna, ale lekko wariacka, zdolna do jakichś tam szaleństw, z niebanalnym poczuciem humoru (Ula). Powinien być też dobry w łóżku, dobry to znaczy otwarty na potrzeby drugiej osoby (Joanna). I żeby nie tylko kobieta do garów, a on przed telewizorem, żeby też miał takie poczucie, że trzeba coś robić (Renata). Z taką specyficzną delikatnością, lękiem i bezradnością, wrażliwością, trochę bezradnością i zagubieniem (Agnieszka).*

Kobiety mające takie preferencje poszukują w związku z mężczyzną przede wszystkim uczuć: *tak naprawdę musiałby mnie tylko kochać i żebym ja go kochała. I to by wystarczyło (Ewa)* i wierzą w miłość romantyczną: *szukam przede wszystkim miłości, chciałabym, żeby to była miłość najprawdziwsza, najszczerza i w ogóle oparta na pełnym zaufaniu, na lojalności (Agnieszka).* Tak określony ideał wydaje się odpowiadać typowi „nowego mężczyzny”, określanego jako APRIL (Almost Perfect Romantic Intelligent Lover)⁹.

Podsumowując zaznaczyć należy, że badane kobiety żyjące pojedynkę, bez względu na rodzaj oczekiwań, co do ewentualnego partnera, wskazane przez siebie cechy postrzegają jako wyidealizowane i podkreślają własną świadomość nierealności takiego zestawu cech u współczesnych mężczyzn: *wiem, że to tylko marzenia — pan, którego właściwie nie ma — coraz bardziej się o tym przekonuję (Mariola).*

⁹ *To typ nowego mężczyzny, odpowiadający egalitarnemu modelowi męskości, którego cechy są dalekie zarówno od zachowań „macho”, jak i zachowań „kobięcych” i stanowią swoisty wymóg przyszłości wobec mężczyzn. „Cechować go będzie brak chłodnego dystansu do świata, wiara w istnienie intuicji i romantyczne porywy serca. Przy rozwiązywaniu łamigłówek zawodowych nie będzie korzystał jedynie z analitycznych pryncypiów. Nie będzie się wstydził własnych łez. [...] Coraz trudniej będzie mu się odnaleźć w realiach patriarchy” (Kofta, Domagalik 1999, 84).*

Życie seksualne kobiet żyjących w pojedynkę – między przypadkowością a samowystarczalnością

Życie seksualne singli pozostaje w sprzeczności nie tylko z wiarą katolicką, ale także jego społeczne postrzeganie jest negatywne, ponieważ oceniane jest w odniesieniu do monogamii małżeńskiej jako normy, a nie w kategoriach normalnej aktywności seksualnej zdrowych młodych kobiet. Roli singla przypisywana bywa nierzadko rozwiązłość seksualna i częste zmiany partnerów. Badane kobiety w swoim najbliższym otoczeniu nie odczuwają szczególnego zainteresowania swoją aktywnością seksualną, a co za tym idzie – braku akceptacji. Z ich interpretacji wynika jednak, że problem ich życia seksualnego nie jest podnoszony (poza gronem najbliższych przyjaciół, najczęściej singli), ponieważ ta sfera życia u kobiet nie mających stałego partnera społecznie postrzegana jest jako nieistniejąca albo jako temat z kategorii drażliwych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że seks jest ważnym elementem życia badanych kobiet: *życie seksualne i moje potrzeby z nim związane są bardzo duże, bo jak się ma 31 lat, to wszystko w człowieku gra (Ewelina)*. Nie są przeciwne krótkotrwałym związkom seksualnym i definiują je jako formę pewnego układu między partnerami: *takie związki są fajne, jak obojgu to odpowiada, jeżeli spotka się dwoje ludzi, chcą mieć romans, taką erotyczną bardziej znajomość, oboje chcą tego samego i żaden z nich nie ma innych oczekiwań, są wobec siebie w porządku, to super. I jeżeli się wszystko dobrze kończy, jeżeli żadna ze stron przez to nie cierpi, albo się czegoś tam, komuś nie rozwala po drodze, to uważam że takie związki są dobre (Aneta)*. Większość z nich miała doświadczenia o takim charakterze i nie są one dla nich deprymujące: *wszystko się może zdarzyć, nawet sytuacje, że idziesz z kimś do łóżka, a potem pytasz o to jak miał na imię i nie dlatego, że jesteś łatwa czy puszczalska, ale dlatego, że to coś jest tak niezwykle, że nie jesteś w stanie nad tym panować. Doświadczenie takie mam i nie mam z tego powodu jakiegoś doła (Jola)*. Mam różne znajomości, w tym także takie o charakterze wyłącznie seksualnym i są one satysfakcjonujące dla mnie nawet, jeśli mają być krótkotrwałe. Co prawda nie zawsze nawiązuję znajomość z mężczyzną w tym celu, ale miałam i mam znajomości, które można tłumaczyć tylko przez seks – na seksie się zaczynają i na seksie się kończą (Ewelina). Postrzegają je w kategoriach normalnej aktywności zdrowej młodej kobiety, nie zapominając o zasadach bezpiecznego seksu: *nie uważam, żeby to było coś niestosownego czy gorszego w takiej chwilowej namiętnej przygodzie, jeśli ona jest autentyczna dla dwóch stron. Nie jest powiedziane, że związek, tak zwany prawidłowy jest wtedy, kiedy będziemy chodzić na kawki, wyjeź-*

dzać, że to da więcej satysfakcji. Z takiej przygody, którą trudno nazwać związkciem, też można czerpać przyjemność (Olga). Krótkie związki seksualne bardzo słusznie! Zachęcam, bardzo fajne, zdarza mi się to. Czasem to jest jedna noc, czasem kilka, ale nigdy nie było tak, że jak miałam ochotę z kimś się przespać to szukałam kogoś, to się samo gdzieś nagle przydarza, człowiek nie zdąży pomyśleć... , ale ponieważ nie mam żadnych zobowiązań, to nie widzę powodu, żeby tego nie robić (Anna C.). Myślę, że jeżeli są to kontakty „zabezpieczone” to dla ogólnej zdrowotności i higieny psychicznej są jak najbardziej dopuszczalne (Małgorzata). Krótkotrwałe znajomości o charakterze erotycznym oceniają jako najczęściej satysfakcjonujące: *miałam takie związki i były one dla mnie satysfakcjonujące w jakimś sensie. W takich znajomościach można też dostać coś, czego ci aktualnie brakuje, czy jakiejś bliskości, czy fascynacji, czy oderwania się od rutyny dnia codziennego (Joanna), ale nie jest to preferowana przez nie forma życia erotycznego: zdarzyło mi się mieć takie związki i nie byłam w to specjalnie zaangażowana emocjonalnie, przede wszystkim zadecydował pociąg fizyczny. To nie jest kwestia zaangażowania, ale raczej podjęcia jakiejś gry. Teraz nie jestem tym zainteresowana, ale nie twierdę, że coś takiego nie mogłoby mi się znowu przytrafić (Eliza).*

Związki oparte tylko na zaspokajaniu potrzeb seksualnych preferowane są przez niektóre z badanych kobiet także w formie dłuższych znajomości: *krótkotrwałe związki seksualne interesują mnie trochę mniej, ja jestem raczej skłonna do związków dłuższych o takim charakterze, żeby mieć jednego takiego stałego partnera erotycznego. Bardzo odpowiadałoby mi to, gdyby ktoś powiedział – słuchaj jakiś czas chciałbym z tobą spędzić, ale na pewno nie jesteś dla mnie osobą na całe życie (Anna W).* Czasem mają jednego, stałego partnera erotycznego: *spotykamy się tylko na seks, o związku tu nie ma mowy więc nazywam go „panem dochodzącym” (Małgorzata)* i w takiej sytuacji swoje życie erotyczne oceniają zarówno jako satysfakcjonujące i niesatysfakcjonujące: *od półtora roku moje życie erotyczne wygląda dobrze, ale to niedobrze niestety, bo to nie jest poważny, stały związek, ale po prostu romans z żonatym facetem (Aneta). Jeden stały partner od czasu do czasu to z jednej strony dobrze, bo jest jakaś sporadyczna regularność, ale z drugiej strony brakuje czułości i rozmów (Joanna).*

Satysfakcjonujące życie erotyczne łączy się jednak dla większości badanych kobiet przede wszystkim z byciem w stałym związku: *dla mnie stety albo niestety seks jest związany z jakimś uczuciem głębszym i nie jestem w stanie potraktować tego jako zaspokojenie potrzeb czy urozmaicenie. Miałam takie sytuację, ale psychicznie się to dla mnie raczej dobrze nie*

skończyło (Agata). Seks jest dla mnie ważny, ale możliwy tylko w stałym związku (Ula).

Badane kobiety żyjące w pojedynkę swoje życie seksualne oceniają jednak jako mało intensywne, przypadkowe, przez co niesatysfakcjonujące¹⁰: *mówiąc ogólnie jest przypadkowe i niewystarczające (Ewelina). Jestem sama od wielu lat, więc to są rzeczy, które przydarzają się tak jakoś po drodze i realizują w danym momencie, częściej krócej niż dłużej (Eliza).* Większość z nich w tym obszarze życia również musi i wykazuje samowystarczalność: *jestem zdana tylko na siebie (Joanna). Mam dużą potrzebę, jeżeli chodzi o te sprawy, lubię to, ale muszę mieć do tego odpowiednią osobę, z którą mnie coś łączy, dla fizycznej przyjemności to mogę to zrobić sama, nie potrzebuje do tego partnera (Agnieszka).*

Refleksja końcowa

Wykształcone, niezależne finansowo, nie pozostające w stałym związku kobiety stały się widoczne we współczesnym społecznym krajobrazie. Nazywane „nowymi samotnymi kobietami” coraz rzadziej określane są w kontekście małżeństwa jako niezamężne, a coraz częściej w kontekście wzoru nowej roli kobiety i nowego stylu życia – jako single. Z realizacją tej roli i określonym nią stylem życia łączą się jednak problemy związane z brakiem stałego partnera i satysfakcjonującą aktywnością seksualną, które bezsprzecznie wpływają na ocenę jakości życia. Mimo że problemy te dotyczą wszystkich osób żyjących w pojedynkę, to jednak wydają być bardziej znaczące w przypadku kobiet. Mimo wyraźnej liberalizacji norm i obyczajowości od kobiet wciąż jeszcze oczekuje się skromności, bierności i uległości w relacjach z mężczyznami oraz tzw. przyzwoitości ograniczającej niewątpliwie realizację potrzeb seksualnych. Z przeprowadzonych badań wynika, że dylematy badanych kobiet żyjących w pojedynkę ujawniają się głównie przy poszukiwaniu partnera i przejmowaniu inicjatywy w tym zakresie. W tym obszarze kulturowo zakorzenione wzorce są dosyć silne. „Smycz kulturowa” (Szlendak 2005) ujawnia się także w preferencjach co do partnera. W przeciwieństwie do racjonalności w życiu codziennym, badane kobiety żyjące w pojedynkę irracjonalnie wierzą w miłość i marzą o mężczyźnie, ale nie o jakimkolwiek, tylko o takim, który odpowiadałby ich wymaganiom, a którego — jak same zauważają — nie ma. W aspekcie życia seksualnego można

¹⁰Taka ocena życia seksualnego badanych kobiet żyjących w pojedynkę nabiera dodatkowego wyrazu w zestawieniu z wynikami badań życia seksualnego Polaków (Izdebski, Ostrowska 2003), z których wynika, że największą częstotliwość życia seksualnego odnotowuje się w grupie wiekowej 25–39 lat, w której to znajdują się badane kobiety żyjące w pojedynkę.

natomiast mówić o przełamywaniu stereotypów i wyswobodzeniu się z ograniczeń społeczno-kulturowych. Nie zmienia to jednak faktu, że w przypadku życia w pojedynkę problem satysfakcji z życia seksualnego przy jego przypadkowości pozostaje.

Literatura

- BAKER L. G. (1989), The Personal and Social Adjustment of the Never – Married Women, [w:] *Journal of Marriage and the Family*, 30, nr 3, s. 473–479.
- BYRNE A. (1997), Single Women in Ireland: A Re-Examination of the Sociological Evidence, [w:] A. Byrne, M. Leonard (red.), *Women and Irish Society: A Sociological Reader*, Belfast, s. 415–30.
- BYRNE A. (1999), Familist Ideologies and Difficult Identities, [w:] M. Cohen, N. Curtin (red.), *Reclaiming Gender: Transgressive Identities in Modern Ireland*, New York, s. 69–90.
- BYRNE A. (2003), Developing a Sociological Model for Researching Women’s Self and Social Identities, [w:] *The European Journal of Women’s Studies*, vol. 10 (4), s. 443–464.
- COLLEMAN R.P., NEUGARTEN B.L. (1971), *Social status in the city*, San Francisco.
- DIXON R. (1978) Late Marriage and Non-Marriage as Demographic Responses: Are they Similar?, [w:] *Population Studies*, vol. 32, nr 3, 449–466.
- DOMAŃSKI H. (2001) Zbieżność pozycji społecznej małżonków a rekonstrukcja systemu uwarstwienia, [w:] *Studia Socjologiczne*, nr 1, s. 7–32.
- FRABONI R. (2000), *Marriage market and Homogamy in Italy an Event History Approach*, Niepublikowana rozprawa doktorska, Uniwersytet w Rzymie.
- GORDON T. (1994), *Single Women – On the Margins?*, London.
- GORDON T. (2002), Single Women, [w:] G. Griffi, R. Braidotti (red.), *Thinking Differently: A Reader in European Women’s studies*, London, New York, s. 49–62.
- GRAFF A. (2001), *Świat bez kobiet. Płeć w polskim życiu publicznym*, Warszawa.
- GROMKOWSKA A. (2002), *Kobiecość w kulturze globalnej. Rekonstrukcje i reprezentacje*, Poznań.

- GRZESZCZYK E. (2005), Pojedyncze, profesjonalistki... „Single professional women” w Polsce i na świecie, [w:] *Kultura i społeczeństwo*, tom XLIX, nr 2, s. 199–225.
- GUS (2002), Raport z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań, www.stat.gov.pl.
- HAJNAL J. (1965), *European Marriage Patterns in Perspective*, [w:] P.V. Glass, D.E.C. Eversley (red.), *Population in History, Essays in Historical Demography*, London, s. 101–143.
- HERNES G. (1972), *Proces of Entry into first Marriage*, [w:] *American Sociological Review*, Vol. 37, nr 2, s. 173–182.
- HEWLETT S.A. (2002), *Creating a Life: Professional Women and the Quest for Children*, New York.
- HOGGARD L. (2004), *Sobiepanny – coś się nie podoba?*, [w:] *Forum* nr 7, s. 28–30.
- HOORN W. D. (1999), *Glad to Live Alone or Happier Together*, *European Population Conference*, The Hague, www.nidi.nl/public/demos/dem00031.html.
- HOUSEKNECHT S., VAUGHAN S., STRATHAM A. (1987), *The Impact of singlehood on the Career Patterns of Professional Women*, [w:] *Journal of Marriage and Family*, 49, s. 353–366.
- IBOIR PENTOR (2001), *Sondaż przeprowadzony w lutym na grupie samotnych kobiet z dużych miast w wieku 25–35 lat*.
- IZDEBSKI Z., OSTROWSKA A. (2003), *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*, Warszawa.
- JACOBSON-KOWALSKA K. (1996), *Stan cywilny: wolne. Znaki szczególne: apetyt na życie*, [w:] *Elle*, II, s. 26–28.
- KACPROWICZ G. (1989), *Małżeństwo a struktura społeczna w Polsce*, Warszawa.
- KOCIK L. (2002), *Wzory małżeństwa i rodziny. Od tradycyjnej jednorodności do współczesnych skrajności*, Kraków.
- MATLIN M. (1996), *The Psychology of Women*, New York.
- PIETKIEWICZ B. (2000), *Raport Polityki: Sam na sam*, [w:] *Polityka*, nr 23.
- SONDAŻ: *Być kobietą w roku 2003. Polka jaka jest*, [w:] *Twój Styl*, 2003, nr 6, s. 52–56.
- SOSNOWSKA A. (2001), *Raport: Młode, ambitne, dlaczego samotne?*, [w:] *Madame Figaro*, nr 1, s. 64–68.

- SZLENDAK T. (2002), Architektonika romansu. O społecznej naturze miłości erotycznej, Warszawa.
- SZLENDAK T. (2005), Leniwe maskotki, rekiny na smyczy. W co kultura konsumpcyjna przemieniła mężczyzn i kobiety, Warszawa.
- TYMICKI K. (2001), Starokawalerstwo i staropanieństwo. Analiza zjawiska, [w:] *Studia socjologiczne*, nr 4 (163), s. 78–106.
- WELON Z., SZKLARSKA A., BIELICKI T. (1999), Wybór partnera do małżeństwa ze względu na wykształcenie w Polsce w latach 1946–1985, [w:] *Studia Demograficzne*, nr 2, s. 141–161.
- WHITEHEAD B.D. (2003), *Why there are no good men left. The Romantic Plight of the New Single Woman*, New York.
- ŻUREK A. (2003), Osoby samotne życiowo jako zjawisko społeczne, [w:] Z. Tyszyńska (red.), *Błaski i cienie życia rodzinnego*, *Roczniki socjologii rodziny XV*, Poznań.
- ŻUREK A. (2005), Relacje łączące młodych singli z ich rodzicami, [w:] W. Wrzesień, A. Żurek, I. Przybył (red.), *Rodzice i ich dzieci w tańcu pokoleń*, Poznań.

Magdalena Środa*

POSTAWY WOBEC SEKSU

Czym zawinił ludziom stosunek płciowy — tak naturalny, tak powszedni i tak usprawiedliwiony — że wszyscy jak jeden mąż nie decydują się mówić o nim bez rumieńca wstydu na twarzy i nie pozwalają sobie na poruszenie tego tematu w poważnej i całkiem przyzwoitej rozmowie? Nie boimy się mówić: zabić, ograbić, zdradzić — ale to zakazane słowo pozostaje nam za zębami. Czy nie trzeba wyciągnąć stąd wniosku, że „im mniej wymieniamy go w naszej rozmowie, tym bardziej zatrzymujemy na nim nasze myśli”? (Montaigne).

Z jakichś tajemniczych powodów seksualność człowieka w coraz większym stopniu staje się przedmiotem zainteresowań wielu dziedzin naszej kultury. Zainteresowania te rosną, wzbogacają się, tak jakby rosła i wzbogacała się materia przedmiotu, co (chyba?) wydaje się niemożliwe. Kultura z natury rzeczy ma tendencję do obudowywania zjawisk naturalnych fundamentem teorii, zawilými refleksjami filozoficznymi i teologicznymi, ozdobami twórczości artystycznej, jak również bogactwem rygorów, nakazów, zaleceń i rad. W sprawach tak zwanego seksu kultura jest wyjątkowo aktywna i wyjątkowo przewrotna. Sex jest w kulturze z jednej strony tabuizowany, represjonowany, obudowany coraz bardziej niezrozumiałymi standardami wstydlivości, z drugiej — dowartościowywany, urozmaicany; z przedmiotu wyparcia staje się jedną z najważniejszych dróg do potwierdzenia własnej wartości, z przedmiotu obciążonego gigantycznym poczuciem winy staje się nie tylko koniecznym, ale niekiedy wystarczającym warunkiem szczęścia, jakiegoś metafizycznego wyzwolenia, powodzenia, sukcesu życiowego etc. Jest sex od kilku tysięcy lat, a na pewno od pojawienia się chrześcijaństwa, centrum zainteresowania różnych wyrafinowanych duchowych sił i instytucji: religijnych, wychowawczych, politycznych, psychoterapeutycznych, nawet filozoficznych, wreszcie ekonomicznych (choć byłoby rzeczą zbyt prostą tłumaczyć rosnące zainteresowanie seksem jedynie jego komercjalizacją; niewątpliwie jednak fakt, że stał się on towarem, przedmiotem popytu i podaży

*Magdalena Środa — dr hab., filozof, etyk, Instytut Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego.

i że wiąże się on z rozwijającym przemysłem jest również znaczący dla jego popularności, w znacznie większym stopniu niż — jak sędzę — ludzkie potrzeby w tej dziedzinie).

Seksualność jest więc potrzebą, cechą, umiejętnością, zasługą, produktem, marzeniem, wartością, wreszcie grzechem, cierpieniem, winą (a nawet chyba elementem jakichś dziwacznych ontologii). W Polsce temat to szczególnie. Jego szczególność polega na tym, że jest on prawie zupełnie wypychany poza obręb racjonalnego namysłu. I gdy świat (na przykład w osobie wielce popularnego filozofa M. Foucault) mówi o erotyzacji kultury w najgłębszym sensie tego słowa, w Polsce można raczej mówić o nasileniu represji antyseksualnych i to o tyle przykrym, że bezbarwnym i bezmyślnym (gdzież im bowiem do ciekawych form represji średniowiecznych czy ideologicznego seksualnego rygoryzmu czasów Robespierre'a). Hasło rodzimej represyjności brzmi banalnie, choć agresywnie: poświęcić rzetelną wiedzę dla rzekomej cnoty.

Nie po raz pierwszy stawiam pytanie, dlaczego wśród tak bardzo różnorodnego zła tkwiącego w otaczającej nas rzeczywistości, wśród cierpień, nieszczęść, wojen, biedy, braku uczciwości, wśród nadmiaru przemocy, agresji, głupoty, fanatyzmu, nietolerancji, pogardy, etc. właśnie seksualność stanowi szczególnie temat zainteresowania kleru i zarazem temat aktywizujący fascynację i jakąś formę nienawiści. Dlaczego — co widoczne było na niedawnej konferencji demograficznej w Kairze i obecnej w Pekinie — państwo Watykan, a więc państwo o zerowym przyroście naturalnym, ma tak wiele do powiedzenia w sprawach płci, kobiet, rodziny, macierzyństwa i demografii w ogólności? Odpowiedzi jest, rzecz jasna, kilka. Pierwsza to odpowiedź teologiczna. Wskazuje ona na mit grzechu pierworodnego. „Byli nadzy, a nie wstydziła się”. Nie dlatego — interpretuje św. Augustyn — „iż nie znali swojej nagości, lecz dlatego, że nagość nie była jeszcze nieprzyzwoita, lubieżność nie pobudzała jeszcze owych członków wbrew ludzkiej woli. [...] Kiedy łaskę utracili, wówczas, aby nieposłuszeństwo ich odwzajemnione było odpowiednią karą, w odruchach ciała ich zjawiało się coś nowego a wszetecznego, co uczyniło nagość nieprzyzwoitą”. „Nie ma grzechu, który by tak nie podobał się Jezusowi Chrystusowi jak grzech ciała”, „ten występki sprawia najwięcej przyjemności diabłu albowiem jest to najbardziej powabny i najskuteczniejszy początek”.

Odpowiedź drugą dają feministki. U źródeł rygoryzmu chrześcijańskiego wobec seksu stoi obsesyjny antyfemizm. Dzieje chrześcijaństwa to, z pewnego punktu widzenia, dzieje rosnącej dominacji mężczyzn, patriarchalizacji kultury i, zarazem, dzieje uwsteczniania się pozycji kobiety (np. wobec roli jaką pełniła ona w Rzymie). Z reguły wymagania moralne wobec

kobiet były znacznie większe niż wobec mężczyzn. Znacznie większej kontroli poddawana była i obyczajność, i seksualność kobieca. Kobieta jest bowiem uważana za istotę słabą, gorszą, podporządkowaną mężczyźnie, nastawioną na zaspokojenie zmysłowe, zdradliwą. Z nieufności i pogardy do kobiety wynikał nakaz trzymania jej w stanie podległości. Pierre de la Fonta, średnio-wieczny kaznodzieja, komentując wesele w Kanie Galilejskiej, pisze: „Nie bez racji wydało się apostołom czymś zbyt uciążliwym i przykrym trzymać przy sobie niewiastę... pełną rozwiązłości i przywar; żywić w swym domu tego nieprzyjaciela spokoju domowego... ,cierpieć popędliwości, dziwactwa lub szaleństwa niewiasty”. Zaś jezuita Antoine Vieira naucza: „Wszystkich niedoli, jakie nas gnębią, wszystkich cierpień ciała, przywar duszy, wszystkich nieszczęść doczesnych i w wieczności, wszystkich tych smutnych następstw grzechu pierworodnego – jaka jest pierwsza przyczyna? Niewiasta, małżonka...”. „Wszystkie cierpienia, choroby, klęski osobiste i publiczne, dzuma, głód, wojny etc. mają swoje źródło w nieposłuszeństwie niewiasty”. Ewa jest odpowiedzialna za całe zło, za zepsucie natury ludzkiej, zwłaszcza zaś za grzeszność człowieka w ogólności. „W momencie zmartwychwstania płeć zostanie zniesiona, a natura zjednoczona”, co w gruncie rzeczy znaczy, że wszyscy będziemy ludźmi czyli mężczyznami.

Odpowiedź kolejną daje w swej książce „Duchowni” Drewerman, teolog kontrowersyjny i — jak dotąd — nie tłumaczony w Polsce: „Tak jak więźniowie bez końca rozmawiający o wolności, chorzy o zdrowiu, tak samo istoty, które wyrzekły się miłości i zaryglowały swe własne uczucia kręcą się wokół tego, co najintymniejsze i uczuciowo najbardziej intensywne w życiu innych. Przypominają przemarznięte zwierzęta, tłoczące się wokół ciepłych miejsc, by choć w ten sposób znaleźć się tam, gdzie nie mają wstępu”. Według Drewermana w łonie Kościoła i w jego interesie działają mechanizmy, które w sposób sztuczny wzmagają udrękę ludzi Kościoła. Ich istotą jest „fałszywe pojmowanie rad ewangelicznych ubóstwa, posłuszeństwa, wstrzeźliwości”.

Można jeszcze wskazywać na ekonomiczne sposoby interpretowania religijnej represyjności seksualności, zwłaszcza wobec kobiet. Prawo własności, którego podmiotem byli mężczyźni, domagało się wzmocnienia gwarantującego należyte przeniesienie dziedzictwa na potomków, co do których właściciel musiał mieć pewność, że należą do niego. Stąd zupełne zniewolenie kobiet i ekonomiczne, i obyczajowe; trudno bowiem mówić o seksualnym skoro do wieku dwudziestego wyznawano „naukowe” przekonanie, że kobiety tak jak i dzieci pozbawione są wszelkiej seksualności (chyba, że są „upadłe”, ale i wtedy nie są seksualne, lecz po prostu „ohydnie grzeszne”).

Na związki pieniądza i seksu wskazuje Jean Delumeau. Dowodzi on, analizując treść siedemnastowiecznych i osiemnastowiecznych kazań, że status rad i ostrzeżeń dotyczących „pożyczki na procent” i nakazów dotyczących dziewictwa, seksu, małżeństwa był taki sam – to znaczy równie priorytetowy. Protestantcki moralista Soper widział związki seksu i ekonomii w takiej postaci: „Dziewczę, które nabierze przekonania, że nie ma nic złego w tym, iż zabawi się ciałem innej osoby, nie będzie widziało nic złego w zabawieniu się pieniędzmi innego”. Stosunek do sfery seksualności tak naturalnie i odwiecznie – jak nam się zdaje – związany z poczuciem wstydu, tajemnicy i winy – ulegał wyraźnym zmianom w historii. Uczucia wstydu wzmagaly się, standardy obyczajowe ulegały wyraźnej transformacji. Ich linia nie miała jednak jednorodnego charakteru. Któryś z seksuologów nazwał historię obyczajowości seksualnej „tańcem na linie”: każdorazowe odchylenie w jedną stronę powodowało szybki balans po stronie przeciwnej – ascetyzm mieszał się z karnawalem, rygoryzm z silną liberalizacją, rewolucja z nagłym powrotem do cnót konserwatywnych. Niewątpliwym balastem po stronie rygoryzmu było za każdym razem chrześcijaństwo w różnych jego postaciach. Stanowiło ono zawsze głębokie zaplecze racji, mitów, lęków, kar i gróźb wydobywanych, zgodnie z zapotrzebowaniem, do wzmocnienia norm moralności seksualnej (wzmocnienie to dotyczyło zwłaszcza duchowieństwa, kobiet i warstw uboższych, udowadnianie zaś zasady wyjątkowości – mężczyzn, zwłaszcza zaś możliwych tego świata, nie wyłączając papieży). Patrząc z punktu widzenia współczesności trudno powiedzieć na ile chrześcijaństwo wpłynęło na zmianę obyczajowości seksualnej, na jej ewentualną „poprawę” (i cóż to miałyby oznaczać?); w jakim stopniu religijna tabuizacja seksu przyczyniła się do ludzkiego szczęścia, a w jakim do ludzkich cierpień; w jaki sposób zaksjologizowała seksualność. Badania socjologiczne dotyczące ludzkiej seksualności (od czasu gdy wreszcie można je przeprowadzać, nie będąc posądzanym o czyny grzeszne, czyli od niedawna) wykazują, że niezależnie od tak zwanych rewolucji seksualnych czy, przeciwnie, silnych represji, społeczny stosunek do seksu nie ulega szczególnej zmianie. Można tu chyba mówić o jakiejś zdroworozsądkowej normie; statystyczny osobnik wykazuje w sprawach seksu ciekawość, nie większą niż ciekawość techniczna czy podróznicza; szuka w sprawach seksu przyjemności, nie większej jednak niż przyjemność kulinarna czy estetyczna (wyluczając wyjątki w jedną i drugą stronę, prócz krwiożerczych zбочeńców seksualnych znani są i tacy osobnicy, którym zamiast seksu wystarczy wojna, wideo lub gra komputerowa) i uznaje ową przyjemność za tym większą, im bardziej wzmocniona jest ona z jednej strony swobodą i wiedzą, z drugiej zaś – wartościami takimi jak miłość, wierność, przyjaźń, szczęście małżeńskie etc. Kościół zawsze, ilekroć

powiększał represywność seksualną, przyczyniał się też nie tyle do „umoralnienia seksu i ciała”, co do wzmocnienia podwójnej moralności. Widać to nie tylko w wyraźnym rozdźwięku między przykazaniami a rzeczywistością, w niemożliwym do przewyciężenia napięciu między rygoryzmem a popędami, lecz również w dwoistości ocen (po dzień dzisiejszy przeciętny rodzic nie chce, by dziewczęta miały doświadczenia seksualne przedmałżeńskie, nie ma natomiast nic przeciwko takim doświadczeniom u chłopców, co znaczy, że stosuje inny typ ocen wobec dziewcząt w ogóle i wobec dziewcząt, które są partnerkami w stosunkach przedmałżeńskich chłopców). Kościół zawsze traktował seks jako *factum brutu*, coś, czego trzeba się wyrzec, potępić, zakazać. Łącząc seksualność z poczuciem winy, uczynił rozdział między seksem a sferą wartości, między seksem a poczuciem własnej wartości. W efekcie ustawicznie „profanując” sferę seksualną przyczynił się – rzecz jasna wbrew swojej woli – do jej sakralizacji (czego najlepszym przykładem jest nieszczęsny markiz De Sade, Zygmund Freud czy Faucault, nie wspominając tak banalnych postaci jak słynny Hefner – wynalazca kultury Playboya). Potępienie seksualności ma swój początek w średniowieczu. Kościół potępił wtedy nie tylko perwersję, złą żądzę, ale i miłość, małżeństwo (sic!) i oczywiście – ciało. Dzięki potężniejszej w polityczną siłę instytucji Kościoła utrwalano się poczucie dochodzące niemal do granic obsesji (zwłaszcza u progu nowego tysiąclecia), że wszelkie zło pochodzi z seksu. Są na to rzekome dowody w Piśmie świętym i naukach Ojców Kościoła. Na specjalną uwagę zasługują tutaj św. Hieronim, św. Bernardyn („Na tysiąc małżeństw, sądzę, że dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć należy do diabła”) i św. Augustyn. Według Grzegorza Wielkiego społeczność ludzka dzieli się na elitę, czyli wstrzemięźliwych i marną resztę, czyli małżonków, a więc tych, którzy nie potrafią oprzeć się pokusom ciała. „Między małżonkami a wstrzemięźliwymi przebiega różnica podobna do tej, która przebiega między złem a dobrem”. Marzeniem św. Augustyna jest „płodźć bez lubieżności” („Któryż przyjaciel mądrości i świętych uciech, wiodąc życie małżeńskie, lecz – jak radzi Apostoł – umiając utrzymywać swe ciało w świętości i szacunku, a nie w żądzy zmysłowej, jak to czynią narody, które Boga nie znają, nie wolałyby, gdyby mógł, płodźć dzieci bez tej lubieżności? Czy nie chciałby, aby nawet przy spełnianiu obowiązków przekazywania życia stworzone w tym celu organa uległy były jego umysłowi tak, jak służą umysłowi inne członki wykonujące właściwe im czynności, członki pobudzane nie przez lubieżne podniecenie, lecz przez woli ludzkiej skinienie?”). Odo z Cluny, którego obsesją było „skalanie”, nie przestaje powtarzać, że gdyby nie seks, to panowanie demona nad człowiekiem byłoby znacznie mniej pewne. Opat z Saint-Benoit-sur-Loire dowodzi, że hierarchia społeczna odpowiada drabi-

nie doskonałości duchowych, na której stopnie można się wspinać uwalniając się od wszelkich związków z seksem. Dobrzy mnisi są nie tylko wstrzemięźliwi, ale i dziewiczo czyści. Czyści aż do zaprzeczenia własnej cielesności. Seks bowiem to nie tylko sprośne spółkowanie, ale również ciało. Ciało – jak naucza św. Bernardyn ze Sienny „jest do tego stopnia plugawe, że wystarczy ono do splugawienia czystej i nieskalanej duszy, która została weń zesłana”. Jakże może zachować godność kobieta, która pozwala by oglądano ją nago? „O wielki wstydzie! Niewiasto, nie zgadzaj się na to nigdy. Raczej umrzeć niż pozwolić się oglądać”. Doradza się wdowom, by spały w odzieży, duchownym, by w ogóle się nie rozbierali. Odraza do nagości doprowadziła kongregacje do wydania zakonnikom zakazu kąpeli. Zakaz ten przybrał wkrótce postać prawa naturalnego, bowiem – jak podaje ojciec Bonnet, przełożony lazarystów – „Pewien młodzieniec, który ważył się zażyć kąpeli w stawie przy jednym z naszych domów na wsi, utopił się – być może Bóg w miłosierdziu swego sądu pragnął, by ten smutny przykład pełnił rolę prawa”.

Jednym słowem – i jest to przykazanie ważne dla duchownych, co najmniej po wiek osiemnasty – „traktuj swe ciało jak przysięgłego wroga, poskrom je przez pracę, posty, włosiennicę i inne umartwienia”. Jak to robić? Najlepszym przykładem są „Żywoty Świętych”. Nota bene, lektura to pasjonująca, która prócz wzorów do naśladowania dostarczać musiała zakonnym i świeckim czytelnikom emocji większych niż współczesna literatura pornograficzna. Zwłaszcza święte dorobiły się swych zasług ulegając perwersyjnym męskim chuciom. Zamiast wyjść za mąż, czego od nich oczekiwano lub zmienić wiarę, stawały się ofiarami kaźni, których opisem sycił się średniowieczny Kościół, już to wskazując na pełne chwały męczeństwo dziewic–chrześcijanek, już to za pomocą Inkwizycji pastwiąc się nad czarownicami (a w wymyślny sposób zgładzono ich – przez siedemset lat, bo tyle trwał ten specyficzny holocaust – kilka milionów). Nad czarownicami pastwiono się w sposób bardzo wymyślny. Święte były torturowane i ścinane. Wiele z nich miało obcinane piersi (św. Barbara i św. Agata). Św. Agacie kazano „piersi niewieście żelaznymi kleszczami targać tak długo, że po jednej stronie wytargane były” (co znaczy – obcięte, bo Agata wyraża swoje pretensje w takich oto słowach: „Niebożny okrutniku — rzekła na to Agata — nie wstyd ci niewieście obcinać czegoś co sam u matki pożyczał?”). Świętą Barbarę dodatkowo „nago włóczono po mieście”. Św. Dorotę nabijano po wielokroć na pal („drugi kazał starosta na palach podnieść”). Św. Juliana „za włosy wiele dni wisiała, palona była, rozciągana na czworo”. Wszystkie biczowano wymyślnymi biczami, „siekano i drapano prętami i żelazami rozmaitymi”. I wszystkie szły na te tortury „jak drugie idą do tań-

ca i rozkosznego obiadu”. To skojarzenie kulinarne pojawia się w żywotach świętych nader często i nie bez racji. Dodatnie wartościowanie cierpienia, zwłaszcza cielesnego, obecne jest bowiem w pismach nie tylko w postaci zasługi i wzorca, ale i jako nakaz moralny. Święta jest świętą dlatego, że ją męczono albo dlatego, że potrafiła wymęczyć się sama. Św. Brygida polewała nogi wrzącym woskiem, by pozbyć się chuci („z czego ból wielki uczuła i chuci złe w ciele swoim ugasiła”. Na końcu ścięta została, „a na ścięcie szła jak do rozkosznego obiadu”). Św. Małgorzata opasywała się „obręczą żelazną, powrozami i włosiennicą z grubymi supłami”, „gwoździe w trzewikach miała” i bez przerwy się biczowała. Potrzeba biczowania była u św. Małgorzaty tak silna i – jeśli wolno użyć tego słowa – tak perwersyjna, że zmuszała one swoje podwładne (a była przeoryszą dużego klasztoru), by wbrew swojej woli biczowały ją; nakazywała im więc iść ze sobą „w tajemne miejsce i kazała się bić aż światłość ją ogarniała”. Jest rzeczą fascynującą, że ta perwersyjnie rygorystyczno-ascetyczna kultura religijna szła w parze ze średniowieczną kulturą sprośności, orgiastycznego karnawału, otwartości i nieznannej nam dzisiaj szczerości. Powszechny standard wstydlivosti był bardzo niski. Dorośli rozmawiali z dziećmi swobodnie o sprawach seksu, seksualność „zwykłego człowieka” nie podlegała niemal żadnej tabuizacji.

Połączenie religijnego rygoryzmu z przepelnioną „frywolnością”, a także magią obyczajnością średniowiecza daje zaskakujący efekt. W XI-wiecznym Dekretum Burcharda z Brabancji, które kodyfikuje moralność seksualną, a właściwie podaje buchalteryjny przelicznik grzechów seksualnych na formy pokuty, czytamy o koniecznym normowaniu takich zachowaniach jak: połykanie spermy (pokuta – siedem lat abstynencji), jedzenie chleba wyrabianego na nagich pośladkach żony (co dawało ponoć rodzaj afrodyzjaku – dwa lata abstynencji), ryby duszonej na jej płci (?) – cztery lata abstynencji; spożywanie krwi menstruacyjnej – pięć lat abstynencji, stosunku sodomii, pozbawiania dziewictwa, zgwałcenia krewniaczki i wielu innych, których wymenić nie śmiałyby duchowny już trzysta lat później. Trzeba też pamiętać, że do tradycyjnych sposobów zaspokajania potrzeb seksualnych w średniowieczu, niezbyt gorliwie potępianych przez Kościół, należały zbiorowe gwałty, domy publiczne lub instytucje młodzieżowe typu „królestwa błaznów” czy „wesołe opactwa”. Sprawy z pogranicza seksu i ekonomii załatwiano nagminnymi porwaniami. Dzięki porwaniom omijano nakazy prawa i umowy: małżonek pozorował porwanie, by pozbyć się niechcianej żony, bracia – by wydziedziczyć siostrę, ojcowie pozorowali porwanie córek, by pobyć się kłopotów finansowych związanych z ceremonią ślubną. Karol Wielki, który został kanonizowany, miał cztery prawowite małżonki, co najmniej sześć związków opartych na konkubinacie, mnóstwo dzieci, w tym wiele córek,

których nie wydawał za mąż z powodu obawy przed pomnożeniem liczby pretendentów do sukcesji królewskiej, lecz pożyczal je w *friedelehe* czyli okresowe związki miłosne, za co otrzymywał pieniądze (*morgengabe* – cena dziewictwa) i miał wnuków nie pretendujących do sukcesji królewskiej.

W okresie średniowiecza kwitła również prostytutka (armia prostytutek ciągnęła się za wszystkimi wyprawami krzyżowymi). Kościół podporządkował prostytutkę sobie i państwu, tępiąc jedynie prostytutkę indywidualną. Seksualna swoboda indywidualna była bowiem obiektem podejrzeń o czary (samotna kobieta mogła obcować z diabłem), natomiast prostytutki w domach publicznych obcowały z jedynie z uczciwymi chrześcijanami.

Epokę odrodzenia charakteryzuje z kolei bardzo mocna i jawna rehabilitacja płci, ciała, seksualności. Boccaccio mówi wprost, że „natura nie stworzyła nic bez celu, dała nam poszczególne części ciała po to, by były używane, a nie spoczywały w bezruchu”. Wzrost rangi seksu powoduje wzrost rangi kobiety. Postulatowi otwartości nie jest przeciwny Kościół, a w każdym razie nie jego najwyższa hierarchia; sprośny Aretino (klasyk poezji pornograficznej) tworzy swe utwory nie gdzie indziej, jak w państwie papieskim, Marcin V oddaje się lekturze erotycznych „Facecji” Poggia, a frywolny poeta Piccolomini, autor opowieści miłosnej „Euryalus et Lucretia” nie ustępującej „Dekameronowi Boccaccia”, zostaje Piusem II. Jest to zresztą okres, w którym papież, kardynałowie i niemal wszyscy wyżsi urzędnicy kościelni nie kryją się ze swymi potrzebami tak seksualnymi, jak i prokreacyjnymi. Ślub nieślubnego syna Pawła III z nieślubną córką Karola V był jedną z najwspanialszych uroczystości renesansu. Kardynał Walencji, późniejszy Aleksander VI, miał pięcioro nieślubnych dzieci, które podniósł do rangi księżęcej, jego córka Lukrecja wślawiła się pozamałżeńskimi romanсами; jego syn wymieniany był (jako syn właśnie) w bulli papieskiej etc. A trzeba wiedzieć, że są to czasy, gdy księży obowiązuje celibat. Został on ustanowiony w XI wieku przez Grzegorza VII i obowiązywał duchownych wyższych święceń (od prezbitera). Działami najbardziej znamionującymi ducha obyczajowego tamtej epoki są dwie książki Erazma z Rotterdamu: „De civilitate morum puerilium” oraz „Colloquia”. Dotyczą one „zachowania zewnętrznego”; Erazm poucza, co robić z plwociną, z wydzieliną z nosa, z tłustymi palcami, jak elegancko wymiotować, jednym słowem systematycznie i skrupulatnie daje zalecenia dotyczące wszystkich sytuacji życia towarzyskiego. W „Colloquiach” („Dialogii intymne, mające na celu nie tylko kształcenie mowy chłopców, lecz również przysposobianie ich do życia”), dedykowanych ośmioletniemu synowi wydawcy Erazma, przekazuje wiedzę o życiu seksualnym i jego normatywnych aspektach. Dialogii składają się z kilku scenek pouczających, lekkich, acz bez wątpienia mieszczących się

w kanonie obyczajowym epoki (dialog kobiet, które krytykują swoich mężów, dialog chłopca z prostytutką, która stara się go uwieść, dialog młodzieńca z dziewczyną, z którą chciałby się ożenić). Jeśli prace Erazma były zwalczane przez Kościół, to nie z powodu przekazywanych tam zasad obyczajowości seksualnej, lecz z powodu ataku Erazma na instytucje zakonów i samego Kościoła (z tych też powodów książka znalazła się na indeksie). Jednak już trzysta lat później książka Erazma jest na innym indeksie.

To, co dla szesnastego wieku było naturalne (i nie gorszyło nawet Kościoła), wiekowi dziewiętnastemu wydaje się „jak najbardziej wulgarnym opisem lubieżnej żądz”. XIX-wieczny pedagog von Raumer tak pisze o „Colloquiach” Erazma: „Jak można było wprowadzić taką książkę do licznych szkół!! [...] Erazm maluje te rozkosze i żądze w sposób jak najbardziej wulgarny, a potem dodaje coś, co ma być budujące”. Podczas gdy Renesans bawił się zręcznymi mowami dydaktycznymi „O wierności konkubin”, „Wierności prostytutek wobec swoich kochanków”, wiek XVIII zaczyna nauczać, że dziecko nie powinno odróżniać mężczyzn i kobiet inaczej niż według ubrania i włosów. Jenseistyczna szkoła Porte-Royal, mająca silny wpływ na nowożytną pedagogikę, głosi zasadę najsurowszej kontroli zachowań i uczuć dziecka. Nawet spać powinno tak, by ten, kto podejdzie do posłania „nie mógł dopatrzeć się formy jego ciała”. Wiek XVIII wymyśla pidżamę: nagość ponownie staje się nieprzyzwoita (nie tylko w obecności innych, ale i dla nas samych). W wieku XVII zdecydowanie nasila się religijne potępienie masturbacji, w którym nie widzi się młodzieńczego przewinienia, lecz straszliwy występki i grzech poważny (w dziele wychowawczym „Chrześcijański pedagog” znajdziemy taki fragment: „jest jednak rodzaj lubieżności którego nie mogę opuścić, jest to grzech bardzo haniebny i odrażający, którego samo imię budzi moją grozę; jednak muszę o nim wspomnieć. . . To grzech dobrowolnej polucji, o którym apostoł powiada pisząc do Koryntian: gnuśni, [to znaczy ci, którzy dobrowolnie doprowadzają do polucji, bądź chłopcy, bądź dziewczęta, bądź małżonkowie, bądź bezżeni] nie posiadają królestwa niebieskiego”).

Wiek później do argumentów teologicznych dołączają się argumenty „medyczne”: onanizm ma prowadzić nie tylko do moralnej degradacji, ale również choroby psychicznej, impotencji, „usychania kręgosłupa” i innych najmniej oczekiwanych części ciała. W wieku XIX, w związku możliwymi chorobami będącymi następstwem i onanizmu proponuje się — jako środek zaradczy — obrzezanie, odpowiednio skonstruowane pasy cnoty (tym razem dla mężczyzn), a także kastrację (jej prekursorem był — jak wiadomo — Orygenes). Wraz z potępieniem onanizmu idzie potępienie wszelkiej aktywności seksualnej. Wstrzemięźliwość seksualna, która wcześniej była uważana

za cnotę nielicznych, obowiązek duchownych, obecnie staje się koniecznością „medyczną”. Równoległe do tabuizacji ciała następuje ostra cenzura języka. W renesansie przeżycia seksualne i cielesne były swobodnie werbalizowane; w XVI wieku język francuski liczył 300 słów oznaczających genitalia i 400 określających stosunek płciowy. Słowa te zaczynają zanikać. W wieku XIX zakazuje się wydawania Ronsarda, Rousseau (dotyczy to zwłaszcza „Wyznań”), Woltera, Diderota etc. Mają miejsca procesy sądowe (np. Flauberta) o obrazę moralności za te fragmenty książek, które „obrażają niewinność”. W 1922 roku spalono — zgodnie z wyrokiem sądu — 500 egzemplarzy „Ulissesa”. Zakaz cenzurowania „Kwiatów zła” Baudelaire’a został cofnięty dopiero w 1949 roku.

Na początku XX wieku za pornografię uważano również całą naukową literaturę dotyczącą seksualności. Dopiero publikacja raportu Kinseya uczyniła ludzką seksualność przedmiotem publicznej uwagi („Kinsey udzielił praw obywatelskich pewnym tematom, nadał im szlachectwo. Terminy, których przedtem ludzie dobrze wychowani nie odważyliby się użyć w rozmowie, stały się własnością publiczną” – powiedział na początku lat 60. J. Gagnon, uczeń Kinsleya). Jednak jeszcze niecałe dwadzieścia lat wcześniej Russell tak pisał o edukacji seksualnej: „W Anglii chłopcy i dziewczęta odseparowani są od siebie tak dalece, że stosunki między nimi możliwe są tylko u nielicznych wyjątkowo przedsiębiorczych jednostek”. Główną normą moralną w sprawach seksu jest zalecenie „błogosławionej nieświadomości”. „Najczęściej — pisze Russell — jeszcze przed ukończeniem drugiego roku życia dzieciom wpojony zostaje przesąd, który każe im traktować własne organy seksualne jako coś tajemniczego i okropnego z czym należy się obchodzić w zupełnie specjalny sposób”. Tabuizacja ciała postępuje błyskawicznie. „Znam osoby, którym — gdy były jeszcze małymi dziećmi — matki mówiły przy takiej okazji, że wolałyby, aby dziecko umarło niż żeby miało dotykać własnego ciała”. I pomyśleć, że Grecy, niezależnie od płci, występowali w igrzyskach nago, a spartańskie prawo zezwalało na publiczne ukazywanie genitaliów w celu przyzwyczajania płci przeciwnej do ich widoku.

Dziewiętnastowieczne zabiegi historycznej tabuizacji seksu miały charakter totalny, a efekt ich był długofalowy. I – rzecz jasna – dotyczył przede wszystkim kobiet. „Przekaz zaczyna się we wczesnym dzieciństwie. Dziewczynkę instruuje się w nieufności do własnego ciała. Jako szczególnie naganne przedstawia się jego odczuwanie i ekspresję przyjemnych uczuć z tym związanych. Kulturowy trening obejmuje różne formy represji. Jego przejawem jest brak nazw w przyjazny sposób opisujących cielesność, brak języka wyrażającego czułość i zmysłowość, zakaz rozmów o seksie, szczególnie ważny jest trening lęku przed 'oczami i rękami mężczyzny' [...] 'sza-

nująca się kobieta nie może pragnąć takich rzeczy'. Kobieta życzy sobie aktu tylko bezinteresownie, to znaczy dla szczęścia męża. Mężczyzna natomiast wobec tego oddania i chłodu czuje się zdeorientowany w swojej seksualności. Poczucie winy żony, która odmawia sobie radości, wywołuje poczucie winy męża, który daremnie próbuje uszczęśliwić ją wbrew niej samej" (Drewerman). W Polsce obecnej doby postawy wobec seksu mają charakter silnie spolaryzowany. Przyczynia się do tego wychowawcza i monopolistyczna ranga Kościoła katolickiego, który opiera swoje seksualne przesłanie na rozróżnieniu „naturalnego, prokreacyjnego, powściągliwego” seksu w obrębie małżeństwa i „nienaturalnego, permissywnego, liberalnego” seksu w obrębie „kultury śmierci”, czyli społeczeństwa wyzwolonego spod supremacji Kościoła.

Wzrost tolerancji utożsamiany jest z rzekomym upadkiem obyczajów i kryzysem tradycyjnego modelu małżeństwa i rodziny (teza, że przyczyną upadku obyczajów jest właśnie upadek tradycyjnej rodziny, jej „niewydolność” jest równie dobrze umotywowana, jak teza odwrotna, znacznie bardziej popularna). Istnieje jednak poważna różnica między liberalnym poszerzaniem granic swobody seksualnej a brakiem wszelkich granic.

Sądzę, że możliwych postaw wobec seksu jest znacznie więcej niż dwie. Sądzę również, że w ramach etyki seksualnej można ich wyróżnić co najmniej sześć (klasyfikację podobną, choć opartą na innych przesłankach, przedstawiła kiedyś K. Starczewska). I że dwie skrajne są w równym stopniu aberracyjne.

Postawa liberalna wydaje mi się postawą umiarkowaną, a jeśli przyjrzeć się jej założeniom teoretycznym i normatywnym – jest to postawa najbardziej godna polecenia, choćby z tego tylko powodu, że wyrządza najmniej szkód wszystkim zainteresowanym i usuwa grzech o wiele bardziej szkodliwy dla moralnej kondycji i jednostki i społeczeństw niż „wolność seksualna”, a mianowicie – cierpienie, ignorancję i hipokryzję.

Pierwsza to postawa czystości. Święty Hieronim był przekonany, że Adam i Ewa żyli w raju w stanie czystości. Ciała ich połączyły się dopiero „po upadku w klątwie i złorzeczeniu”. Wszystkie związki małżeńskie są więc przeto przeklęte. Nic nie usprawiedliwia małżeństwa poza tym, że „służy ono zaludnieniu nieba płodząc istoty dziewicze”. Najlepiej więc pozostać dziewicą, a będąc wdową – wdową (rady te odnoszą się przede wszystkim do kobiet). Czystość można realizować jednak w obrębie małżeństwa. Św. Kunegunda „została wprawdzie połączona węzłem małżeńskim ze świętym Henrykiem, cesarzem, ale nigdy nie została przez niego poznana cieleśnie”. Św. Dorota zwykła mawiać: „męża nie pojmem bom jest Chrystusowa oblubienica. To wiara moja, iż mię wprowadził Pan mój do łożnicy czystej

swojej i raju rozkoszy swoich”. Z tej samej przyczyny Św. Małgorzata nie przebierała się i nigdy niczego nie prała, „robactwu się nie bardzo przeciwstawiając [...] Niech ciało moje dla Pana mego Jezusa robacy jedzą”. Św. Pelagia skoczyła dla zachowania czystości z wysokiego okna, św. Apollonia zaś w ogień, inna jeszcze święta, dla zachowania czystości swoich córek skoczyła wraz z nimi z mostu do rzeki. Gdyby poza Żywotami Świętych i regułami zakonnymi szukać innych współczesnych wzorów czystości, musielibyśmy sięgnąć do feminizmu. Dana Densmore w znanym tekście „O celibacie”, pisze: „jedna z kłód na drodze ku pełnemu wyzwoleniu to rękoma potrzeba kontaktów seksualnych. Trzeba ją odrzucić, opędnąć się od niej, odmitologizować ją – inaczej sprawa nasza z góry przegrana [...] Seks nie jest niezbędny do życia jak jedzenie. Wielu miłych, serdecznych i szczęśliwych ludzi nigdy się weń nie zaangażowało. Sex jest kłopotliwy, pożera czas, wyczerpuje energię i nie ma większego znaczenia”.

Postawa druga to postawa ascetyzmu religijnego w obrębie małżeństwa ofiarnego. W roku 829 zwierzchnicy Kościoła zebrali się, by uporządkować zasady współżycia społecznego, to znaczy moralności małżeńskiej. Pozostały one praktycznie niezmienione aż do dziś:

1. Ludzie świeccy powinni pamiętać, że małżeństwo zostało ustanowione przez Boga.
2. Nie powinno się zawierać małżeństwa dla pożądlivosti, lecz raczej z przyczyny pragnienia potomstwa. Prokreacja stanowi usprawiedliwienie tej nieczystości jaką jest małżeństwo.
3. Należy zachować niewinność aż do ślubu.
4. Kto ma małżonkę, nie powinien mieć konkubiny.
5. Ludzie świeccy powinni wiedzieć jak miłować żonę w czystości i że winni jej okazywać szacunek jako istocie słabej.
6. Intencją aktu seksualnego z żoną nie powinna być rozkosz, lecz spłodzenie potomstwa.
7. Jako rzekł Pan nie należy oddalać żony z wyjątkiem przypadku rozpusty, a raczej starać się żonie udzielać wsparcia zaś ci, którzy po oddaleniu żony z powodu rozpusty biorą sobie inną popełniają wedle słów Pana grzech cudzołóstwa.
8. Chrześcijanie winni unikać kazirodztwa.

Jest to postawa, która nie uznaje żadnej pozamałżeńskiej aktywności seksualnej, podporządkowując seks całkowicie prokreacji. Postawa ta potępia masturbację, stosunki przedmałżeńskie i pozamałżeńskie. Uznaje wyższość rodziny nad małżeństwem (miłość dla małżeństwa, małżeństwo dla

potomstwa); propaguje rodzinocentryczny typ społeczeństwa. Wszystko na chwałę bożą i dla przetrwania gatunku (koncepcja rodziny jest jedynym miejscem, gdzie schodzą się dogmat Stworzenia i teoria ewolucyjna Darwina). Dla tego typu małżeństwa najlepszym wzorem jest Święta Rodzina; kobieta gra rolę Madonny, dziewczeco-macierzyńskiej i czystej, mężczyzna – św. Józefa, a więc kogoś starego i, w związku z tym, "poza wszelkim podejrzeniem"; jeśli urodzi im się dziecko, okoliczności jego poczęcia są równie tajemnicze jak okoliczności poczęcia Chrystusa. Małżeństwo na kształt Świętej Rodziny jest czyste, aseksualne, jest małżeństwem ofiarnym (Drewwerman). Takie małżeństwa — jak sądzą psychoterapeuci, choć nie trzeba im wierzyć — cierpią na oziębłość zarówno seksualną, jak i emocjonalną, na zupełny brak spontaniczności, co powodować może głębokie okaleczenia.

Postawa trzecia to ascetyzm oświecony w obrębie małżeństwa radosnego. Jest to postawa życzliwa wobec seksu, zalecająca wszakże wstrzemięźliwość przedmałżeńską (znowuż nakaz jest skierowany przede wszystkim do kobiet). Ma ona, podobnie jak postawy wcześniejsze, swoje wsparcie na autorytetach Kościoła. Św. Paweł mówił, że czymś „dobrym jest dla człowieka dotykać kobiety”, Św. Tomasz pisał, że „skoro Bóg chce istnienia gatunku ludzkiego, skoro dla płodzenia potomstwa zaangażował popęd płciowy, byłaby wielką przeciwko niemu rebelią” żeń nie korzystać. Św. Klemens z Aleksandrii: „dlaczegoż miałbym się wstydzić części ciała, których Bóg nie wstydził się stworzyć”. Pius XII w przemówieniu z 29 X 1951 r.: „Sam Stwórca sprawił, że małżonkowie we wspólnym, całkowitym oddaniu się fizycznym doznają przyjemności i szczęścia cielesnego i duchowego. Gdy więc małżonkowie szukają i używają tej przyjemności, nie czynią niczego złego, korzystają tylko z tego, czego udzielił im Stwórca. I w tym jednak powinni małżonkowie umieć pozostawać w granicach słusznego umiarkowania”.

Postawa czwarta to postawa liberalna. Traktuje stosunki seksualne wszelkiego typu jako obojętne z moralnego punktu widzenia, w określonych jednak granicach. Zachowanie seksualne może być uznane za moralnie słuszne, jeśli prowadzi do rozwoju jednostki, do jej szczęścia i nie pociąga za sobą krzywdy; jest zaś złe, gdy wiąże się z poniżaniem, cierpieniem lub cierpieniem drugiej osoby. Zakłada się tu, że nie istnieje nic takiego jak modelowe zachowanie seksualne. Nie sposób, z naukowego punktu widzenia, zalecić jednej formy odbywania stosunku seksualnego, a potępić inne. Z punktu widzenia nauki wszystko jedno, jak ludzie zaspokajają swój popęd seksualny, istotną sprawą jest tylko to, aby unikać zaburzeń, złych tak dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Zaburzenia wywołuje jednak nie natura, lecz kultura, przede wszystkim przez wyrafinowane formy potępienia. Liberalizm krzewi tolerancję dla innego stylu bycia niż powszechnie przyjęty

(np. homoseksualizm) i nie czyni tego z pogardy dla moralności chrześcijańskiej, lecz gwoli unormowania spraw przez tę moralność wyklętych, stambuizowanych, grzesznych w sposób bezwzględny. Liberalizm kładzie nacisk przede wszystkim na prawo do prywatności, prawo do wolności osobistej w granicach, w których wolność ta nie powoduje krzywdy innego człowieka. Nie stawia więc ograniczeń żadnym typom stosunków seksualnych, o ile przyczyniają się one do rozwoju ludzkiej indywidualności, godności, szczęścia, jeśli lansują równe partnerstwo między kobietą a mężczyzną, jeśli gwarantują, aby na świat przychodziły dzieci chciane przez rodziców.

Postawa piąta to postawa proseksualna, która podkreśla samoistną wartość seksu i traktuje współżycie seksualne jako moralnie dobre, bo przynoszące radość i jakiś rodzaj wyzwolenia czy poznania, niezależnie od kontekstu. Zło, jakie towarzyszy aktom seksualnym jest według tego stanowiska spowodowane przez czynniki poza seksualne (brak wychowania seksualnego, niewłaściwe stosunki międzyludzkie etc.). W oświeconym i zdrowym, pozbawionym przesądów społeczeństwie sex będzie źródłem ustawicznej radości. Zaleca się tu seks jako remedium na wszelkie dolegliwości (przedmałżeńskie jako trening; pozamałżeńskie jako pomoc dla oziębłych małżeństw; wszystkie inne – dla zdrowia i przyjemności). Zwolennicy tej postawy określają czystość seksualną jako „ujawnianie się masochistycznych ułomności”.

Postawa szósta wreszcie to postawa niczym nieograniczonego permisywizmu, postawa seksualnej anarchii, która uznaje, że nie ma w dziedzinie życia seksualnego niczego, co mogłoby zostać uznane za amoralne. Nawet przemoc i krzywda. Nie dopuszcza żadnej kontroli, nie uznaje żadnych norm, nie widzi żadnych granic.

Otóż biorąc pod uwagę wymienione postawy, najbardziej propagowaną w Polsce jest – jak sądzę – postawa druga. Trudno jednak powiedzieć, że rzeczywiście w praktyce ta postawa dominuje. W Polsce już dość dawno rozpoczął się proces odchodzenia od purytańsko-ascetycznych postaw wobec seksu, choć trudno tu mówić o rewolucji seksualnej. Popularność filmów erotycznych, prasy, książek jest raczej efektem pojawienia się telewizji kablowej i satelitarnej, zniesienia cenzury, otwarcia granic etc. niż rzeczywistej rewolucji. Rzeczywista rewolucja zaczynać się powinna właśnie od edukacji (jej priorytetową zasadą winno być przekonanie o pożyteczności wiedzy i nieskuteczności represji), a tej w Polsce nie ma. Tymczasem brak rzetelnej dobrej edukacji z jednej strony, dostęp do pornografii z drugiej i usilne propagowanie ascetyzmu seksualnego z trzeciej strony, rodzi hipokryzję i wiele nieszczęść, które najdotkliwiej uderzają w młodych ludzi. To, aby tak się w przyszłości nie działo, powinno stać się przedmiotem szczególnej troski.

Dariusz Radomski*
Grażyna Jarząbek**

OD ZAURCZENIA DO ORGAZMU, CZYLI BIOLOGICZNE PODSTAWY SEKSUALNOŚCI CZŁOWIEKA

Seksualność człowieka jest sferą emocji i zachowań, których biologicznym celem jest współżycie seksualne.

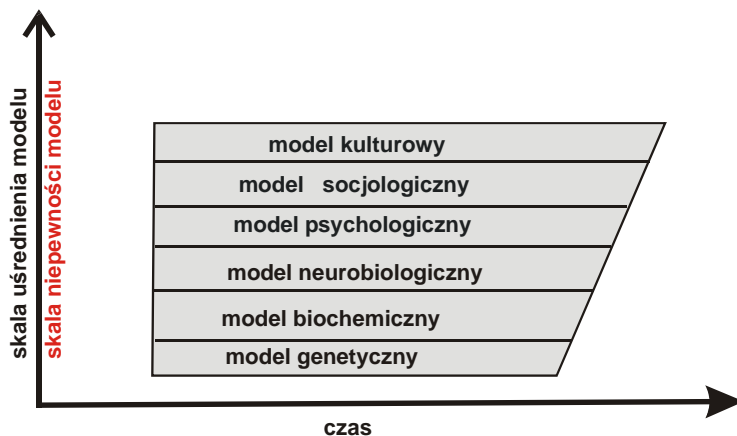
Od początku rozwoju gatunku *textithomo sapiens* seksualność człowieka budziła duże zainteresowania. Świadczą o tym licznie zachowane skalne rysunki pochodzące z okresu ludów pierwotnych, przedstawiające rzeczywiste bądź wyobrażeniowe reakcje seksualne człowieka. Pomimo upływu wielu tysięcy lat, seksualności człowieka wciąż stanowi duże wyzwanie dla seksuologów i naukowców. Podstawową barierą utrudniającą stworzenie spójnego modelu opisującego seksualność człowieka jest duży wymiar przestrzeni czynników wpływających na zachowania i reakcje seksualne, co przyczynia się do bardzo złożonego systemu interakcji między tymi czynnikami. Zgodnie z zaproponowaną na rys. 1 koncepcją hierarchicznego podejścia do opisu seksualności człowieka, można wyróżnić kilka poziomów jej modelowania.

Im wyższy jest poziom uśrednienia czasowo-przestrzennego (uogólnienia) danego modelu, tym „kryje” on w sobie więcej procesów składających się na ludzką seksualność. Jak jednak wiadomo z metodologii modelowania, karą za uśrednianie modelu jest zawsze wzrost niepewności i niedokładności uzyskiwanego opisu (Carson, Corelli 2001).

Podstawą najczęstszego rozumienia ludzkiej seksualności jest model kulturowy, który może być rozpatrywany w obrębie różnych kategorii społecznych i wynikający z koncepcji filozoficznych i tradycji kulturowych danej grupy społecznej. W szczególności modele kulturowe seksualności człowieka mogą być zależne od danej rodziny, w której człowiek został wychowany. Największy stopień uśrednienia modeli kulturowych sprawia, że głównymi

***Dariusz Radomski** – dr n. med., Pracownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

****Grażyna Jarząbek** – dr n. med., asystent w Klinice Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Akademii Medycznej w Poznaniu oraz Pracowni Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Akademii Medycznej w Poznaniu.



Rys. 1. Koncepcja hierarchicznego modelowania seksualności człowieka.

składnikami modelu stają się stereotypy funkcjonujące w danej grupie społecznej, najczęściej mało przystawalne do wiedzy zgromadzonej w modelach niższych poziomów.

Modele niższej warstwy, czyli modele socjologiczne, opisują zachowania i reakcje seksualne w kontekście relacji społecznych. Ponieważ modele te są tworzone na podstawie metod socjometrycznych, ich niepewność jest mniejsza od modeli kulturowych. Z uwagi na fakt, że modele socjologiczne można traktować jako pewne uogólnienie modeli niższego poziomu, można wykazać, iż niektóre zachowania społeczne mogą być uwarunkowane biologicznie.

Psychologiczne spojrzenie na seksualność człowieka koncentruje się głównie na wyjaśnieniu roli emocji i uczuć w kreowaniu i kierowaniu zachowań seksualnych ludzi. Typowym przykładem tej klasy jest triangularny model miłości Stemberga (Wojciszke 1998) i wynikające z niego różne archetypy miłości.

Spojrzenie na seksualność człowieka przez pryzmat modeli kulturowych, socjologicznych i psychologicznych do niedawna dominowało nauką seksuologię. Dopiero rozwój metodologii badawczej w naukach biologicznych, a także metod obrazowania czynności mózgu otworzyło okienko, przez które naukowcy badający ludzką seksualność mogą zobaczyć procesy zachodzące u danej osoby, wywołane bodźcem seksualnym bądź psychoseksualnym. Dzięki tym narzędziom jest możliwe konstruowanie modeli neurobiologicznych i biochemicznych, opisujących dobrze zdefiniowane i mierzalne procesy sterujące seksualnością człowieka. Najnowszym trendem badań biologicznych są prace zmierzające do wyjaśnienia roli genów w fizjologii i patologii reakcji seksualnych ludzi.

Celem artykułu jest przedstawienie najnowszej wiedzy dotyczącej biologicznych podstaw seksualności człowieka. Będą one dotyczyły wybranych procesów zachodzących na różnych poziomach opisu seksualności ludzkiej.

Biologiczne podstawy modeli socjologicznych

Głównym celem badań socjologicznych dotyczących seksualności człowieka jest wyjaśnienie mechanizmu doboru partnera seksualnego oraz mechanizmu odpowiedzialnego za długotrwałe więzi międzyludzkie.

W obecnej literaturze panuje zgodny pogląd, że decyzja wyboru osoby jako partnera seksualnego ma komponent zarówno emocjonalny, jak i kognitywny. Wielokryterialny, zależny od panujących w danej epoce norm społecznych, utrudnia identyfikację biologicznych mechanizmów sterujących wyborem partnera seksualnego. Niemniej jednak można wskazać kilka mechanizmów biologicznych, które mogą współuczestniczyć w wyborze partnera seksualnego. Najbardziej znanym mechanizmem jest preferowanie przez kobiety mężczyzn różniących się genami w układzie genów zgodności tkankowej. Badania Clausa Wedekinda *et al.* wykazały znacznie częstszy wybór mężczyzny posiadającego inne niż kobieta allele HLA. Natomiast wśród par, których partnerzy mieli podobny układ alleli zaobserwowano odwołanie w czasie podjęcia decyzji prokreacyjnych. Ta zdolność dyskryminacyjna kobiet wydaje się być nasiloną w fazie folikularnej cyklu miesięczkowego i znacznie słabnie w fazie lutealnej. Przyjmowanie środków antykoncepcyjnych ujawniło odwrotne decyzje kobiet, tj. preferowanie mężczyzn „podobnych genetycznie”, gdyż oni nie stanowią zagrożenia dla rzekomej ciąży symulowanej przez przyjmowane tabletki antykoncepcyjne (Thornhill, Gangstad 1999). Jednym z postulowanych nośników informacji o podobieństwie genetycznym osób są feromony. Wykazano także, że feromony męskie zawierają androstenol i androsteron, będące pochodnymi androgenów. Fakt ten może wyjaśniać, dlaczego kobiety szybciej zakochują się w mężczyznach męskich o dominującym typie osobowości, co jest związane z wyższym poziomem androgenów u tych osobników.

Z kolei jednym ze składników feromonów żeńskich są kwasy tłuszczowe wydzielane w wydzielinie pochwowej. Ich stężenie oraz skład jakościowy zmienia się w czasie cyklu miesięczkowego i może sygnalizować mężczyźnie zbliżającą się owulację kobiety. Hipotezę tę potwierdziły badania Doty *et al.*, która wykazała, że zapach kobiety w okresie owulacji był oceniany przez mężczyzn za przyjemniejszy w porównaniu z zapachem fazy lutealnej (Doty *et al.* 1975). Należy jednak pamiętać, że w dobie burzliwego rozwoju kosmologii potencjalne oddziaływanie naturalnych feromonów może być bardzo ograniczone.

Innym biologicznym mechanizmem, którego udział postuluje się w procesie doboru partnera seksualnego jest atrakcyjność twarzy i sylwetki. Zgodnie z wynikami Victora Jonstona opublikowanymi w tym roku, kobiety na partnerów seksualnych wybierały mężczyzn o androgenicznej antropometrii twarzy. Jeżeli jednak wybór miał dotyczyć partnera życiowego i ojca dziecka, kobiety te preferowały mężczyzn mniej androgennych. Zależność tę można tłumaczyć niekorzystnym wlewem androgenów na psychospołeczne relacje i zdrowie mężczyzny. Z jednej strony, androgenizacja prowadzi do agresywnego typu osobowości, nie sprzyjającego roli dobrego ojca, z drugiej zaś strony jest czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, a także spadku odporności immunologicznej (Johnston 2006). Podobna zależność była obserwowana u mężczyzn, którzy na partnerkę seksualną wybierali kobiety bardziej androgenne, zaś na partnerki życiowe kobiety o niższej komponente androgennej. W dyskusji sugerowano, że kobiety androgenne wykazywały mniejszą zdolność psychologiczną do utrzymania stabilnych więzi partnerskich (Johnston 2006). Dwie odmienne strategie wyboru partnera w zależności od celu relacji stanowią także argument za udziałem świadomych procesów racjonalnych przy wyborze obiektu miłości. Ponadto opisane mechanizmy są z całą pewnością modulowane przez elementy modelu kulturowego.

Drugim procesem badanym na poziomie modeli socjologicznych jest tworzenie trwałych więzi partnerskich. Wśród badaczy panuje zgoda, że zdolność do tworzenia trwałych więzi partnerskich jest także sterowana przez hormony oraz neuroprzekaźniki. Główną rolę w tym procesie przypisuje się oksytocynie, wazopresynie oraz serotoninie. Z badań na zwierzętach wynika, że hormon ten wydaje się być ważniejszy u samic. Jego stężenie, podobnie jak u kobiet, wyraźnie wzrasta podczas stymulacji pochwy, szyjki macicy oraz brodawek sutkowych. Rolę „hormonu więzi” u samców wydaje się odgrywać wazopresyna. Wykazano ponadto, że synteza oksytocyny i wazopresyny silnie jest stymulowana przez dopaminę. Jednym z motywacji łączenia się osobników w związki partnerskie jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Wyniki badań eksperymentalnych na zwierzętach dowodzą, że oksytocyna wykazuje silne działanie hamujące aktywność osi przysadka-nadnercza, tym samym redukując stężenie hormonów stresu (Sue Carter 1998).

Najnowsze badania podejmują próbę opisanego działania oksytocyny. Ferguson *et al.* wykazali w badaniach na myszach, że więziotwórcze działanie oksytocyny może być związane z pobudzeniem jądra migdałowatego (Ferguson *et al.* 2001). Brak pobudzenia tego obszaru prowadzi do niewłaściwych ocen relacji społecznych, a w skrajnym przypadku może być jednym

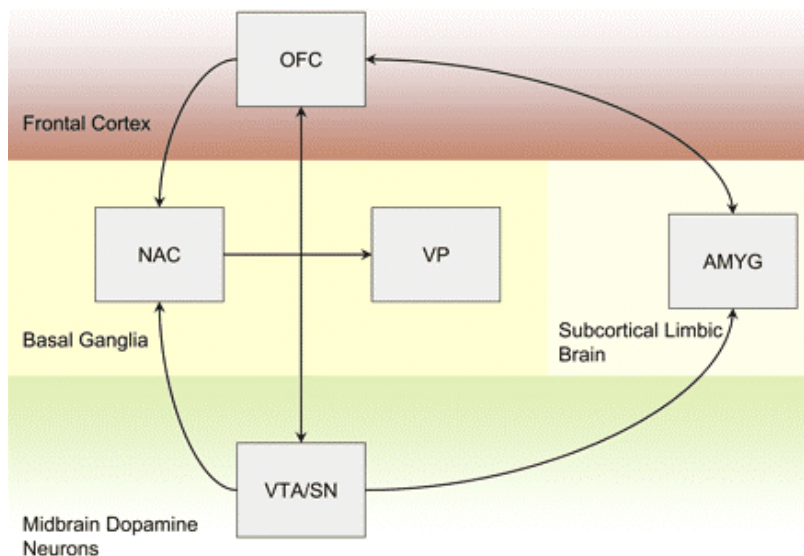
z patomechanizmów autyzmu. Zwiększone po stosunku płciowym stężenie oksytyny w opuszce węchowej oraz przegrodzie bocznej koreluje z długością trwania więzi z partnerem. Z kolei badania roli wazopresyny w relacjach społecznych prowadzone na myszach wskazują, że peptyd ten wzmacnia pamięć socjologiczną (Lim, Young 2006).

Analizując mechanizmy więzi międzypartnerskich, należy również pamiętać, że mechanizmy biologiczne mogą być silnie modyfikowane przez procesy kognitywne wynikające z norm społecznych i charakterystycznego dla ludzi wnioskowania moralnego. Jaka jest relacja między świadomą decyzją kontynuacji więzi a układem oksytocyna-wazopresyna pozostaje przedmiotem dalszych badań. Można jednak przypuszczać, że podczas procesu socjalizacji potrzeby seksualnej dochodzi do przebudowy w funkcjonowaniu opisanych mechanizmów, więc powinna być możliwość świadomego wpływu na kształtowanie się więzi z daną osobą.

Biologiczne podstawy modeli psychologicznych

Psychologiczne modele ludzkiej seksualności koncentrują się na roli emocji oraz rozwoju uczucia. Zdaniem psychologów ewolucyjnych zdolność do przeżywania stanów zakochania jest jednym z mechanizmów motywujących człowieka do nawiązywania relacji seksualnych (Fisher 2004). Transkulturowe badania potwierdzają, że doznania przeżywane podczas zakochania są niezależne od norm społecznych i filozoficznej koncepcji człowieka. Zakochaniu zawsze towarzyszy silne pobudzenie organizmu. Jest ono także jednym z głównych elementów akcjo-twórczych w literaturze. To właśnie literackie opisy stanu zakochania nadały mu wymiar mistyczno-magiczny, który jak wydawałoby się, zawsze będzie wymykał się racjonalnemu poznaniu. Szczególnie obecna kultura masowa promuje wzorzec miłości romantycznej, zupełnie pozbawionej wpływów procesów poznawczych i rozumowych. Jednak nawet w klasyce literatury można znaleźć opisy przeżyć związanych z zakochaniem, zgodne z aktualną wiedzą psychoseksuologiczną. Przykładem może być znakomity opis miłości Marii i Roberta Jordana dokonany przez Ernesta Hemingwaya w „Komu bije dzwon”.

Dzisiejsze modele psychologiczne, wyjaśniające neurobiologiczne mechanizmy powstawania emocji związanych ze stanem zakochania i uczuciem miłości, zogniskowane są na mózgowy układ nagrody i kary. Jest to funkcjonalny układ, złożony z kilku rozproszonych anatomicznie ośrodków obejmujących czołowe ośrodki korowe, układ limbiczny oraz jądra podstawy mózgu (rys.2).



Rys. 2. Struktura układu nagrody: OFC – kora czołowa oczodołowa, AMYG – jądro migdałowe, VTA – brzuszna nakrywa mostu, NAC – jądro półleżące.

Układ nagrody zawiera głównie neurony dopaminergiczne, GABAnergiczne oraz serotonergiczne. Badania Andresa Bartelsa przy użyciu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego wykazały, że stymulacja zakochanych osób fotografią przedstawiającą obiekt uczuć powoduje aktywację ośrodków należących do układu nagrody. Układ ten może być także aktywowany przez inne bodźce, takie jak nagrody pieniężne, smaczne jedzenie (Bartels, Zeki 2004). Autorzy wykazali, że jednocześnie następuje wyhamowanie aktywności ośrodków odpowiedzialnych za funkcje ocenne. Spostrzeżenia te wydają się być weryfikowane przez ludyczne mądrości sugerujące, że można rozkochać mężczyznę dobrym jedzeniem lub kobietę – prezentami. Z kolei obniżona zdolność oceniania wyraża się w ludowej prawdzie głoszącej, iż „miłość jest ślepa”.

Pobudzenie układu nagrody prowadzi do wzrostu syntezy dopaminy, która z kolei na drodze pośredniej pobudza wydzielanie katecholamin. Ten właśnie mechanizm wydaje się być odpowiedzialny za subiektywnie odczuwany stan zakochania. Stan ten jest stanem stresu organizmu, być może dlatego człowiek wówczas gorzej funkcjonuje w zadaniach wymagających koncentracji uwagi.

Ten prosty model opisujący rozwój miłości byłby niekompletny, gdyby pomijać rolę kory przedczołowej w procesie powstawania uczucia. Wiedza

dotycząca neurobiologii emocji wskazuje, że procesy kognitywne zachodzące w tej korze mogą hamować odpowiedzi układu dopaminergicznego na bodźce seksualne. W szczególności pamięć emocjonalna może istotnie modyfikować odpowiedź układu nagrody na dany bodziec (Hamann, Canli 2004).

W świetle ostatnich badań można wysnuć hipotezę, że stan zakochania zmienia nie tylko czynność mózgu, ale może modyfikować strukturę neuronalną. Enzo Emanuele *et al.* wykazał statystycznie znamiennej wzrost neuronalnego czynnika wzrostu u osób zakochanych w porównaniu z osobami nie odczuwającymi takich emocji. Stężenie to było skorelowane z siłą odczuwanego zakochania.

Obecne modele opisujące psychologiczne uwarunkowania seksualności człowieka potwierdzają hipotezę, że nawet miłość romantyczna nie musi być stanem niezależnym od naszej woli oraz nie zawsze musi prowadzić do rozwoju więzi społecznych.

Biologiczne podstawy reakcji seksualnych

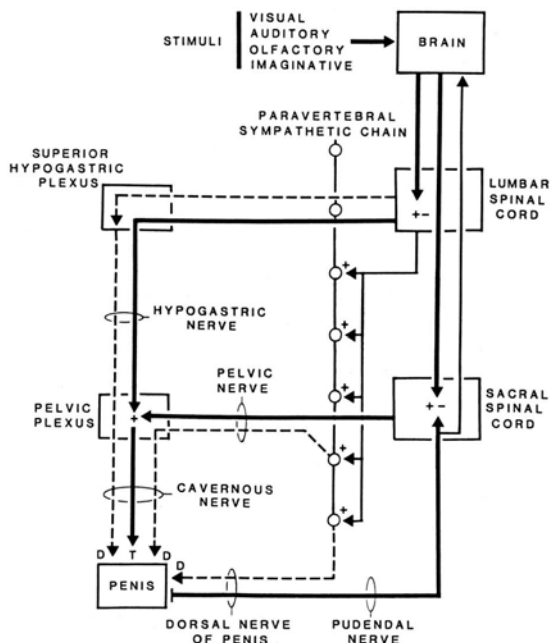
Mimo że reakcje seksualne mają z natury rzeczy podłoże biologiczne, do chwili obecnej nie udało się stworzyć spójnego modelu, który wyjaśniałby neurohormonalną regulację tych reakcji. Przyjmując dla uproszczenia rozważań klasyczny model reakcji seksualnej złożony z fazy pożądania seksualnego, podniecenia seksualnego, fazy plateau, orgazmu oraz odprężenia seksualnego, można zauważyć, że najwięcej wiadomo na temat fazy podniecenia, mniej natomiast na temat mechanizmu powstawania orgazmu. Najmniejsza liczba badań dotyczy biologicznych podstaw fazy pożądania. Taka gradacja wiedzy wynika z faktu, iż dopiero przypadkowo zaobserwowany wpływ Sildenafilu na poprawę zdolności do erekcji u mężczyzn dał impuls do rozwoju badań nad biologią reakcji seksualnych u człowieka. Wcześniej badania miały charakter opisowy i ograniczały się do analizy reakcji obwodowych, towarzyszących stosunkom seksualnym.

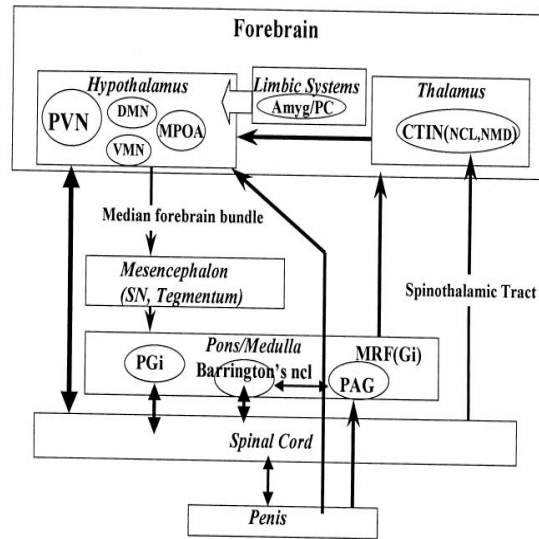
W chwili obecnej najlepiej opisanym mechanizmem reakcji seksualnych jest wazodylatacja naczyń, zaopatrujących w krew prącie, lechtaczkę i wargi sromowe, za którą odpowiedzialny jest tlenek azotu. Ponieważ te mechanizmy są często opisywane przy okazji przedstawiania farmakodynamiki inhibitorów fosfodiesterazy typu 5, zostaną one pominięte w tym opracowaniu.

W piśmiennictwie przeważają modele dotyczące reakcji seksualnej u mężczyzn z uwagi na lepszą możliwość ich obiektywnego pomiaru. Zgodnie z modelem zaproponowanym przez Steersa, impulsy stymulujące powstanie erekcji mogą pochodzić z ośrodka wzroku, ośrodka słuchu, wzgórza (bodźce dotykowe) oraz układu limbicznego (wyobrażenie). Na rys. 2 przedstawio-

no obwodowe drogi nerwowe, przekazujące impulsy sterujące erekcją prącia oraz połączenia między ośrodkami w centralnym układzie nerwowym (Steers 2000). Wynika z nich, że w procesie regulacji erekcji biorą udział również neurony dopaminergiczne, które mogą stanowić element łącznikowy z modelem opisującym stan zakochania. Ponieważ u mężczyzny najbardziej cenionymi są bodźce wizualne, do uzyskania podniecenia seksualnego nie jest niezbędne zaangażowanie emocjonalne (Rys. 3.).

Wyniki dotychczasowych badań nad reakcjami seksualnymi kobiet nie pozwalają jeszcze na zaproponowanie modeli przedstawiających mechanizmy biologicznego sterowania tymi reakcjami. Wynika to z faktu, że jest mniej badań na kobietach niż na mężczyznach, a reakcje seksualne u kobiety są trudniejsze do obiektywnego pomiaru. Ponadto u kobiety następuje płynne przejście między poszczególnymi fazami reakcji seksualnych, dlatego niektórzy kwestionują zasadność stosowania modelu z podziałem na fazy wśród kobiet. Dodatkowo okresowa dynamika organizmu kobiety przyczynia się do tego, że hormony płciowe w istotny sposób modulują reakcję seksualną u kobiet. Przeprowadzone badania przez Parka *et al.* z użyciem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego sugerują, że w odpowiedzi kobiety na bodziec seksualny aktywacji ulegają te same obszary mózgowia co u mężczyzny (Park *et al.* 2001). Jednak dokładniejsze badania przeprowadzo-





Rys. 3. Obwodowe i centralne drogi nerwowe sterujące erekcją penisa. MPOA – obszar przyśrodkowo-przedwzrokowy, VMN – jądro brzuszno-przyśrodkowe, DMN – jądro grzbietowo-pośrodkowe, PVN – jądro przykomorowe, AMG – jądro migdałowe, PC – kora gruszkowata, CTIN – jądra ogonowe wzgórza MRF-rdzeniowy twór siateczkowaty (Steers 2000).

ne w tym roku przez Gizewski *et al.* wykazały, że u kobiet w fazie okołowulacyjnej wzrasta aktywność obszarów układu limbicznego w porównaniu z aktywnością obserwowaną w podczas miesiączki (Gizewski *et al.* 2006).

Badania z ostatnich lat sugerują, że ważną rolę w kontroli fazy odprężenia seksualnego może odgrywać prolaktyna, której podwyższone stężenie było obserwowane po odbyciu stosunku płciowego. Hamujący wpływ tego hormonu na syntezę dopaminy może tłumaczyć obniżenie nastroju napięcia i euforii po współżyciu seksualnym. Ponadto wykazuje się relaksacyjny wpływ prolaktyny na zdolność erekcyjną prącia (Hartmann, Schedlowski 2005).

Zakończenie

Rozwój metod obrazowych oraz metodologii badań klinicznych i eksperymentalnych pozwala na poznanie biologicznych podstaw ludzkiej seksualności. Zaproponowane w pracy hierarchiczne podejście do opisu złożonego mechanizmu aktywności seksualnej pozwala uporządkować wiedzę, a także dostrzec komplementarne relacje między socjologicznym, psychologicznym i biologiczno-medycznym spojrzeniem na seksualność człowieka.

Postęp wiedzy biologicznej o procesach regulujących zachowaniem seksualnym sprzyja medykalizacji seksuologii klinicznej, co z kolei w wielu przypadkach umożliwia skuteczne leczenie zaburzeń seksualnych. Omówione mechanizmy biologiczne dowodzą, że niektóre dysfunkcje seksualne mogą mieć charakter genetyczny, wyrażający się w jakościowym lub ilościowym uszkodzeniu receptora neurotransmitera bądź jego syntezy. Z drugiej strony wykazano w tym opracowaniu wpływ procesów społecznych, kognitywnych i emocjonalnych na funkcjonowanie seksualne osoby, które uwiarygodniają znaczenie metod psychoterapeutycznych stosowanych jako uzupełniająca forma leczenia seksualnego pacjentów.

Pełne postrzeganie seksualności człowieka musi także zawierać spojrzenie etyczne. W aspekcie etyki seksualnej według Karola Wojtyły: „Przednaukowe stwierdzenie: płeć jest właściwością indywiduum ludzkiego otwiera nam dalej sięgające horyzonty. Indywiduum ludzkie jest bowiem osobą, osoba zaś jest podmiotem i przedmiotem miłości, która rodzi się właśnie między osobami. Miłość ta rodzi się pomiędzy kobietą i mężczyzną nie dlatego, że są dwoma ustrojami różnopłciowymi, ale dlatego, że są dwiema osobami” (Wojtyła 2001).

Literatura

- BARTELS A., ZEKI S. (2004), The neural correlates of maternal and romantic love, *Neuroimage*, 21: 1155–1166.
- CARSON E., CORELLI C. (2001), *Modelling methodology for physiology and medicine*, Academic Press.
- DOTY R.L., FORD M., PRETI G. (1975), Changes in the intensity and pleasantness of human vaginal odors during the menstrual cycle, *Science*, 190:1316–8.
- EMANUELE E., POLITI P., BIANCHI M., *et al.* (2006), Raised plasma nerve growth factor levels associated with early-stage romantic love, *Psychoneuroendocrinology*, 31 (3): 288–294.
- FERGUSON J.N., ALDAG J.M., INSEL T.R., YOUNG L.J. (2001), Oxytocin in the medial amygdala is essential for social recognition in the mouse, *Journal of Neuroscience* 21 (20), 8278–8285.
- FISHER H. (2004), *Dlaczego kochamy*, Rebis, Poznań.
- GIZEWSKI E.R., KRAUSE E., KARAMA S. *et al.* (2006), There are differences in cerebral activation between females in distinct menstrual phases during viewing of erotic stimuli: a fMRI study, *Experimental Brain Research*, 174: 101–108.

-
- HAMANN S., CANLI T. (2004), Individual differences in emotion processing, *Current Opinion in Neurobiology*, 14:233–238.
- HARTMANN T.H., SCHEDLOWSKI M. (2005), Prolactinergic and dopaminergic mechanisms underlying sexual arousal and orgasm in humans, *World Journal of Urology*, 23: 130–138.
- JOHNSTON V.S. (2006), Mate choice decisions: the role of facial beauty. *Trends in Cognitive Sciences*, 10 (1): 9–12.
- LIM M.M., YOUNG L.J. (2006), Neuropeptidergic regulation of affiliative behavior and social bonding in animals, *Hormones and Behavior*, 50: 506–517.
- PARK K., KANG K.H., SEO J.J. *et al.* (2001), Blood-oxygenation-level-dependent functional magnetic resonance imaging for evaluating cerebral regions of female sexual arousal response, *Urology*, 57(6): 1189–1194.
- SUE CARTER C. (1998), Neuroendocrine perspectives on attachment and love, *Psychoneuroendocrinology*, 23 (8): 779–818.
- STEERS W.D. (2000), Neural pathways and central sites involved in penile erection: neuroanatomy and clinical implications, *Neuroscience Biobehavioral Review*, 24: 507–516.
- THORNHILL R., GANGSTAD S.W. (1999), The scent of symmetry: a human sex pheromone that signals fitness? *Evolutionary Human Behavior*, 20:175–201.
- WEDEKIND C., SEEBECK T., BETTENS F., PAEPKE A.J. (1995), MHC-dependent mate preferences in humans, *Proceeding of Royal Society of London B*; 260:245–9.
- WISE R.A. (2002), Brain Reward Circuitry: Insights from Unsensed Incentives, *Neuron*, 36 (10): 229–240.
- WOJCISZKE B. (1998), *Psychologia miłości. Intymność. Namiętność. Zaangażowanie*, Gdańsk.
- WOJTYŁA K. (2001), *Miłość i odpowiedzialność*, KUL.

Stanisław Dulko*

SAGA O PŁCI

*„[...] stopień i rodzaj płciowości człowieka sięga
w jego najostrzejsze szczyty ducha [...].”*

F. Nietzsche „Poza dobrem i złem”

Płeć ułatwia człowiekowi orientację w świecie, utrzymanie w nim porządku i harmonii oraz pewnej hierarchii wartości przypisywanej każdej z płci. Płeć wyznacza zakresy repertuaru zachowania ludzi wywodzących się z tego samego kręgu kulturowego i mówiących tym samym językiem. Płeć jest główną siłą postępu i rozwoju, odwiecznym źródłem fascynacji mężczyzn kobietami i kobiet mężczyznami. Gdyby tego nie było, to cały dorobek cywilizacyjny, cała szeroko pojęta kultura prawie by nie istniała. W dotychczasowej literaturze naukowej, a także encyklopedycznej, za płeć uważa się zespół cech organizmu warunkujących jego zdolność do wytwarzania komórek rozrodczych gamet żeńskich (jaj) lub męskich (plemników), a także umożliwiających zaplemnienie i wychowanie potomstwa. U człowieka występuje zróżnicowanie płciowe na płeć męską i płeć żeńską. Za symbole płci uznaje się: „tarczę i miecz Marsa” oznaczające samca, mężczyznę oraz „lustro Wenus” oznaczające samicę, kobietę.

Płeć jest zespołem cech organizmu warunkujących zdolność do wytwarzania komórek rozrodczych umożliwiających zaplemnienie oraz opiekę nad potomstwem. Współcześnie płeć określa się za pomocą następującego zespołu kryteriów (wg Kazimierza Imielińskiego z modyfikacjami tegoż autora):

- **Płeć chromosomalna (genotypowa)** wyznaczona zostaje przy zapłodnieniu. Określają ją dwa chromosomy płciowe: XY u mężczyzn i XX u kobiet. Oprócz chromosomów płciowych człowiek posiada 44 autosomy. Stąd karlotyp, czyli wzór genetyczny mężczyzny określany jako 46 XY, a kobiety jako 46 XX.

***Stanisław Dulko** – dr, psychiatra, seksuolog, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

- **Płeć gonadalna** określana jest przez gruczoły płciowe: jądra u mężczyzn, a jajniki u kobiet. Płeć ta zaznacza się od siódmego tygodnia życia płodowego. W tym okresie z niezróżnicowanego związku (zygoty) zaczyna się wykształcać gonada męska lub żeńska. Proces różnicowania kończy się zwykle po porodzie. W okresie dojrzałości płciowej jądra wytwarzają plemniki, a jajniki wytwarzają dojrzałe jaja.
- **Płeć wewnętrznych narządów płciowych (gonadoforyczna)** określana jest przez zróżnicowanie dróg rozrodczych rozwijających się z przewodów gonad (przewody Wolffa u mężczyzn, przewody Mullera u kobiet). Z przewodów Mullera u kobiet wytwarza się macica, jajowody oraz dystalna część pochwy.
- **Płeć zewnętrznych narządów płciowych** określana jest przez obecność prącia u mężczyzn, a sromu u kobiet.
- **Płeć fenotypowa (somatotypowa biotypowa)** określana jest przez wygląd zewnętrzny człowieka (czyli przez drugorzędne i trzeciorzędne cechy płciowe).
- **Płeć hormonalna** określana jest przez czynność wewnątrzwydzielniczą jąder i jajników. Obydwa te gruczoły wytwarzają hormony płciowe (androgeny i estrogeny), lecz w różnym stosunku proporcjonalnym: u osobników męskich poziom androgenów jest znacznie wyższy niż estrogenów, natomiast u osobników żeńskich jest odwrotnie.
- **Płeć metaboliczna** określana jest przez rodzaj aparatu enzymatycznego niektórych systemów metabolicznych. Na przykład hormony płciowe męskie (androgeny) mogą **aktywizować** pewne układy enzymatyczne w okresie życia płodowego w sposób nieodwracalny, ich dalsza aktywność nie zależy już potem od poziomu tych hormonów płciowych.
- **Płeć socjalna (metrykalna, prawna)** ustalana bywa tuż po urodzeniu na podstawie budowy zewnętrznych narządów płciowych. Płeć ta ma później wyznaczać pełnienie roli męskiej lub żeńskiej.
- **Płeć mózgowa** polega na typowo płciowym zróżnicowaniu się mózgu oraz manifestuje się w dwojaki sposób. Po pierwsze, żeńskie podwzgórze i przysadka mózgowa uzyskują specyficzne funkcje wewnątrzwydzielnicze, które cechują się występowaniem pozytywnego mechanizmu zwrotnego. Po drugie, istnienie tego właśnie systemu wewnątrzwydzielniczego wyznacza prawdopodobnie typowo żeńskie zachowanie

seksualne. Podwzgórze i przysadka mózgowa typu męskiego nie posiadają takiego pozytywnego mechanizmu sprzężenia zwrotnego oraz związanego z nim cyklicznego oddziaływania hormonów, a poza tym wpływają one na typowo męski sposób zachowania seksualnego. Typowo płciowe zróżnicowanie podwzgórza i przysadki mózgowej oraz ich wpływ na typowo męskie lub żeńskie zachowanie seksualne widoczne jest bardzo wyraźnie u gryzoni, a także u licznych innych gatunków zwierząt. Natomiast u naczelnych, a także u człowieka, typowo płciowe zróżnicowanie się mózgu ujawnia się w sposób oczywisty w zakresie endokrynej czynności podwzgórza i przysadki mózgowej, natomiast nie jest tak wyraźne w zakresie wyznaczania typowo męskiego lub żeńskiego sposobu podejmowania aktywności seksualnej.

- **Płeć psychiczna** określana zostaje poprzez poczucie przynależności do danej płci, a więc poprzez identyfikowanie się osobnika z płcią męską lub żeńską. Identyfikacja z płcią przejawia się na zewnątrz poprzez zachowania wchodzące zakres ról płciowych, także poprzez związane z nimi przeżycia i odczucia.

Jak widać z powyższego sama budowa zewnętrznych narządów płciowych (na podstawie której wyznacza się płeć socjalną człowieka) nie stanowi wystarczającego kryterium dla określenia płci człowieka. Bowiem o tym, czy osobnik jest mężczyzną czy kobietą, decydują nie tylko narządy płciowe zewnętrzne.

Termin **transpozycja płci** oznacza przechodzenie cechy, czy też wielu cech (w okresie rozwoju płodowego człowieka i jego wczesnego rozwoju pourodzeniowego) właściwej „jednej” z płci na „drugą” płeć. I takie „przejście” ma charakter trwały. Fakt „nabycia” tej „obcej” cechy od drugiej płci przez płeć przeciwną znajduje swoje odzwierciedlenie w jej poczuciu tożsamości płciowej i seksualnej, jak też — chociaż nie jest to warunek konieczny — w jego repertuarze zachowania płciowego i seksualnego (na przykład w transwestytyzmie, transgenderyzmie i transseksualizmie), czy też tylko w jednym z tych zachowań (na przykład w biseksualizmie i homoseksualizmie).

O **transpozycji płci** mówimy wówczas, gdy wśród podanych powyżej 10 elementów cechujących płeć znajduje się przynajmniej jeden element należący do płci odmiennej. Pociąga to za sobą zwykle określone zaburzenia. Jeżeli chodzi o płeć psychiczną, a także związane z nią transpozycje, to można ją rozpatrywać w czterech aspektach, które składają się na „typowo płciowe” zachowanie:

- **Identyfikacja płciowa**, czyli pierwotna identyfikacja z płcią męską lub żeńską.

- **Role płciowe**, czyli wszystkie aspekty zachowania (zarówno widocznego z zewnątrz, jak i przeżyć „wewnętrznych”, dzięki którym osobnik należący do płci męskiej odróżnia się w naszej kulturze od osobnika należącego do płci żeńskiej).
- **Orientacja seksualna**, czyli preferencje seksualne wobec partnera należącego do odmiennej lub tej samej płci. Z preferencjami tymi związany jest kierunek popędu seksualnego, nastawiony na osobników odmiennej nici (heteroseksualizm), osobników tej samej płci (homoseksualizm) oraz osobników obu płci (biseksualizm).
Orientację seksualną w wywiadzie określamy jako: heteroseksualną, nieokreśloną (biseksualną), homoseksualną, autoerotyczną lub aseksualną. Uwaga: orientacja seksualna jako taka nie powinna być uważana za zaburzenie.
- **Różnice płciowe typu poznawczego**, czyli typowe dla płci słabsze lub silniejsze zdolności psychiczne, zwłaszcza w zakresie intelektu.
W obrębie roli płciowej można wyodrębnić cztery jej elementy składowe, które wskazują na istniejące różnice między mężczyzną i kobietą w tym zakresie.

Role płciowe nie dające się zredukować (sex irreducible roles)

Są to role płciowe wynikające (związane) z właściwości biologiczno-funkcjonalnych, w tym szczególnie narządów płciowych mężczyzny (fakt posiadania członka i możliwości uzyskania wzwodu, wytwarzanie nasienia, zapładnianie kobiety) i kobiety (fakt posiadania pochwy, jajczkowanie, miesiączkowanie, zachodzenie w ciążę i karmienie piersią). Przy tym zróżnicowanie autonomiczno-funkcjonalne jest determinowane hormonalnie. Stąd wynikające role płciowe są ostateczne i nie mogą być zmienione bez zmiany samej koncepcji biologicznej mężczyzny czy też kobiety.

Role płciowe pochodne (sex derivative roles)

Są to role płciowe wynikające z właściwości biologiczno-funkcjonalnych i determinowane hormonalnie, ale nie mające bezpośredniego związku z erotyzmem i prokreacją mężczyzny i kobiety. Role te mają związek z pozycją oddawania moczu, wzrostem, wagą ciała, rozmieszczeniem owłosienia (między innymi łysienie mężczyzn), tembrem głosu, umięśnieniem, siłą fizyczną. Poza tym role te w szczególnych przypadkach dają się zredukować (np. agresja jest wyłączona).

Role płciowe przylegające /pomocnicze (sex adjective roles)

Są to role płciowe przypisane czy też nadane mężczyźnie i kobiecie w drodze uwarunkowań psychospołecznych i kulturowych, kształtowanych na przestrzeni wielowiekowej tradycji właściwej danej kulturze czy też zbiorowości społecznej. Do tej grupy ról należą między innymi: obrzezania chłopców, submisja kobiet, dominacja mężczyzn, inicjowanie zachowań seksualnych przez mężczyznę. Role te obejmują całokształt zachowań związanych z erotyzmem i prokreacją mężczyzny czy też kobiety.

Role płciowe arbitralne (sex arbitrary roles)

Są to role płciowe ukształtowane arbitralnie przez historię kultury w odniesieniu do mężczyzny czy też kobiety w zakresie: ozdabiania się, ubioru, rekreacji i wypoczynku, wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy, miejsca w małżeństwie i rodzinie. Role te obejmują całokształt zachowań nie związanych bezpośrednio z erotyzmem i prokreacją mężczyzny czy też kobiety (np. problem długości włosów u kobiet na początku XX wieku, czy długości włosów mężczyzn w latach 60. ubiegłego wieku).

Wymienione składniki roli płciowej wchodzi w skład osobowości mężczyzny czy też kobiety tworząc zwartą jedność. „Zagrożenie” dla jednego z elementów składowych roli płciowej jest odbierane jako zagrożenie dla całej osobowości mężczyzny lub kobiety, ze wszelkimi stąd wynikającymi następstwami dla erotyzmu i prokreacji, na co szczególnie uczulone jest społeczne otoczenie.

Kobiecość – rola bierno-receptywna (intuicja, przewaga procesów syntetycznych). Prawa półkula mózgowa dominująca. Świat – percepcji, obsesji, snów, marzeń, fascynacji, koszmarów, rozczarowań i wspomnień z dzieciństwa.

Męskość – rola dominująco-aktywno-agresywna (wyobraźnia matematyczno-przestrzenna, przewaga procesów analitycznych, rozgranicza uczuciowość od seksualności). Lewa półkula mózgowa dominująca. Świat – matematyczno-przestrzenny, rywalizacja, dominacja, walka, agresja.

Ambiseksualizm - termin wprowadzony przez Moneya na oznaczenie plastyczności zachowań człowieka w zakresie płci. Ambiseksualizm to zespół zachowań zawartych pomiędzy repertuarem męskich i kobiecych zachowań płciowych. Społeczna norma identyfikacji płciowej i podejmowanej roli płciowej męskiej lub żeńskiej określa granice ambiseksualizmu. Natomiast wszelkie transpozycje identyfikacji płciowej i transpozycje roli

płciowej zachodzące w obszarze wyznaczonym tymi granicami opisuje się w ramach pięciu, dobrze już znanych i zdefiniowanych, zespołów klinicznych: biseksualizmu, homoseksualizmu, transwestytyzmu, transgenderyzmu i transseksualizmu.

Zespół dezaprobaty płci (gender dysphoria syndrome) – to termin wprowadzony przez Donalda R. Lauba i Normana M. Fiska w 1974 roku, wobec istnienia obiektywnych trudności w różnicowaniu transseksualizmu, transwestytyzmu oraz homoseksualizmu, a także przy innych jeszcze trudnościach związanych z różnicowaniem, dla osób domagających się operacyjnej zmiany płci.

Biseksualizm (łac.) – jako jedna z form zaburzonej identyfikacji i roli płciowej oznacza zdolność do podejmowania zachowań seksualnych i reagowania podnieceniem seksualnym i rozkoszą w stosunku do przedstawicieli obu płci – dotyczy także wyobrażeń i fantazji. Osoba biseksualna, pomimo możliwości podejmowania kontaktów seksualnych z obu płciami, z reguły wykazuje pewne preferencje seksualne w stosunku do jednej płci. Aż do okresu dojrzewania biseksualizm jest zjawiskiem fizjologicznym, w późniejszym okresie skłonności biseksualne mogą ujawniać się w pewnych określonych sytuacjach (np. przy osłabieniu hamulców psychicznych na skutek wypitego alkoholu, silnych przeżyć emocjonalnych itp.).

Homoseksualizm (gr.-łac.) – jedna z form zaburzonej identyfikacji i roli płciowej, oznacza podejmowanie zachowań seksualnych z osobami tej samej płci, przy zachowaniu możliwości swobodnego wyboru partnera erotycznego. O homoseksualizmie rzeczywistym można mówić wtedy, gdy zachowania te są preferowane i mają charakter stały. Podstawowe znaczenie dla rozpoznania homoseksualizmu ma homoerotyczna motywacja, a nie sam rodzaj praktyk seksualnych, które nie muszą być zgodne z preferencjami seksualnymi. Homoseksualizm występuje u osobników obu płci i jest zjawiskiem typowym niemalże dla wszystkich kultur i epok.

Transwestytyzm (łac.) – eonizm, jedna z form zaburzonej identyfikacji i roli płciowej; oznacza uzyskiwanie podniecenia seksualnego i rozkoszy seksualnej na skutek przebierania się w odzież płci odmiennej, który pełni w tym wypadku rolę fetysza. Za transwestytów uważa się wyłącznie tych ludzi, którzy przywdziewają stroje płci odmiennej z pobudek seksualnych. Ubiór (albo przynajmniej wyobrażenie o zakładaniu odzieży płci odmiennej) stanowi dla transwestyty konieczny warunek do osiągnięcia podniecenia seksualnego i wypełnienia funkcji seksualnych, bez względu na płeć partnera, wobec którego podejmowane są zachowania seksualne.

Transgenderyzm (ang.) – termin wprowadzony przez Slawitza w 1976 roku – oznacza jedną z form zaburzonej identyfikacji i roli płciowej i stanowi postać kliniczną, pośrednią między transwestytyzmem a transseksualizmem. Transgenderysta nie pragnie, a nawet ma niechęć do przeprowadzenia zmiany płci poprzez zabieg chirurgiczny, natomiast chętnie poddaje się leczeniu hormonalnemu, a niekiedy nawet mastectomii lub mamoplastyce (zależnie od stanu faktycznego). W tym względzie zbliża go to do transseksualisty, ale transseksualistą nie jest.

Transseksualizm (łac.) – termin wprowadzony przez Dawida Caldwella w 1949 roku – jest jedną z form zaburzonej identyfikacji i roli płciowej. Polega na niezgodności pomiędzy psychicznym poczuciem płci a biologiczną budową ciała oraz tzw. płcią socjalno-prawną. Osoba dotknięta transseksualizmem nie czuje się reprezentantem własnej płci biologicznej, natomiast uważa, że przynależy do płci biologicznie przeciwnej, np. biologiczny mężczyzna czuje się psychicznie kobietą, a jego życie psychiczne, łącznie ze sferą emocjonalną, przebiega według schematu i wzorca zachowań żeńskich. Transseksualista pragnie odzyskać ciało należące do płci odczuwanej przez niego psychicznie nawet poprzez długotrwałe i skomplikowane leczenie hormonalne i chirurgiczne. Dążenia transseksualne przybierają dla tej osoby postać wewnętrznego przymusu bez względu na ewentualne konsekwencje. Istota transseksualizmu nie ogranicza się jedynie do zaburzenia sfery erotycznej, ale przede wszystkim stanowi wyraz braku identyfikacji z własną płcią biologiczną w najszerszym wymiarze. Obecnie nie są znane żadne metody leczenia mogące zmienić poczucie psychiczne płci i dostosowanie go do biologicznych znamion cielesnych.

Zbigniew Izdebski*

OBAWY I TRUDNOŚCI W ŻYCIU SEKSUALNYM

Życie seksualne człowieka może być analizowane ze względu na jego jakość, jak również ze względu na jego styl. Z tego punktu widzenia możemy mówić o tym, że ludzie na poszczególnych etapach swojego życia podejmują różne zachowania seksualne, które są wypadkową ich popędu skesualnego, możliwości psycho-fizjologicznych i czynników sytuacyjnych. Istotną ramą wyznaczającą zakres tych zachowań jest obyczajowość seksualna.

Jakość życia seksualnego człowieka jest trudna do zobiektywizowania, podlega bowiem zawsze subiektywnej ocenie danej jednostki. W niniejszym opracowaniu zostanie omówiony ten subiektywny wymiar ludzkiej seksualności, ze szczególnym uwzględnieniem tego, co budzi obawy i stanowi trudności w życiu seksualnym.

Niepokoje związane z dojrzewaniem

Lęki związane z naszą seksualnością – niezależnie od wieku, płci czy doświadczenia seksualnego – mogą pojawić się w różnych fazach życia. Pierwsze niepokoje towarzyszą okresowi dorastania i mogą mieć związek ze zmianami zachodzącymi w budowie i funkcjonowaniu organizmu. Wiele z nich to zmiany oczekiwane, zrozumiałe. Ale pojawiają się też zjawiska, które niepokoją, a niekiedy wywołują lęk. Chłopców niepokoi rozwój sutków (ginekomastia) i polucje, które świadczą przecież o wkroczeniu w kolejną fazę dojrzewania. Niski poziom wiedzy chłopców o zmianach zachodzących w ich organizmie powoduje, że często reagują na nie strachem i przerażeniem, niejednokrotnie utożsamiają te naturalne zjawiska ze stanem chorobowym.

U niektórych chłopców oraz u części mężczyzn występuje kompleks małego członka. Bierze się on z porównywania swoich genitaliów z genitaliami rówieśników, a także z prezentowanymi w materiałach pornograficznych. Materiały takie lansują model męczyzny, którego członek jest wyraźnie większy od tego, co określane jest jako średnia długość członka w stanie

*Zbigniew Izdebski – dr hab., prof. UZ, pedagog, seksuolog, kierownik Zakładu Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego.

wzwodu. Pornograficzny wzorzec „męskości” przeżywa w dodatku wielokrotne erekcje i w czasie stosunku dostarcza kobiecie wielokrotnych orgazmów. Nic więc dziwnego, że takie porównanie wypada na ogół niekorzystnie dla młodych mężczyzn, zwłaszcza jeśli brakuje im dystansu i realnej oceny tego, co jest rzeczywistością, a co filmowym montażem.

Także inicjacja seksualna nie zawsze przebiega bez trudności, a czasem może stać się dla młodego mężczyzny dramatycznym przeżyciem, którego konsekwencje ciągnąć się będą latami. Najczęściej chodzi o dwa typy objawów: przedwczesny wytrysk i zanik wzwodu. Przedwczesny wytrysk ma miejsce zazwyczaj wtedy, gdy mężczyzna ulega tak silnemu podnieceniu seksualnemu, że wytrysk następuje albo jeszcze przed próbą wprowadzenia penisa do pochwy, albo w czasie takiej próby, albo tuż po wprowadzeniu. Wówczas stosunek trwa zaledwie kilka sekund. Jeśli nawet bez bezpośredniego pobudzenia penisa dochodzi do orgazmu i wytrysku, reakcja taka jest wynikiem wysokiej pobudliwości seksualnej. Występuje ona u wielu młodych mężczyzn, zwłaszcza tych, którzy przy silnym popędzie mieli mało doświadczeń seksualnych, nie masturbowali się i nie uprawiali pettingu.

Dla wielu młodych mężczyzn pierwszym doznaniem seksualnym jest masturbacja. To naturalny sposób zaspokajania własnych potrzeb seksualnych. Jej powodem jest często fakt, iż napięcie seksualne w życiu człowieka pojawia się znacznie wcześniej niż możliwość dorosłego i odpowiedzialnego jego zaspokajania. Ale również w wieku dojrzałym pojawiają się potrzeby takiego rozładowania napięcia seksualnego. Wynikają one z braku partnerki, możliwości współżycia seksualnego lub różnic w potrzebach seksualnych partnerów. Masturbacja może powodować poczucie winy i wstydu. Jeszcze 40% Polaków sądzi, że prowadzi ona do zaburzeń psychicznych.

Okres dojrzewania nie szczędzi niepokojów także dziewczętom. Ich lęki wywołują późno rosnące piersi czy niepojawiająca się miesiączka. Obawiają się, że w przyszłości nie będą wystarczająco atrakcyjne. W okresie dorastania ujawnia się kierunek naszej orientacji psychoseksualnej. Osoby heteroseksualne, zdecydowanie częściej młodzi mężczyźni, przeżywając fascynację budową ciała kolegi, mogą interpretować to jako przejaw własnych homoseksualnych skłonności. To wzbudza w nich lęk. Zdecydowanie rzadziej tego typu obawy pojawiają się u kobiet.

Niepopkoje seksualne osób dorosłych

Część obaw dotyczących seksu może być konsekwencją traumatycznego zdarzenia z przeszłości. Większość problemów wynika jednak z braku doświadczenia i porozumienia między partnerami. Jedne mają swe źródło w braku

gotowości któregoś z partnerów do rozpoczęcia współżycia. Inne wynikają z chęci pokazania się z jak najlepszej strony i znikają, kiedy przestanie się o tym myśleć. Lęki dotyczą w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Mężczyźni najczęściej obawiają się zaburzeń erekcji, niskiej oceny ich sprawności fizycznej, przedwczesnego wytrysku i braku wzwodu. Kobiety jeszcze kilkanaście lat temu nie przyznawały się do kłopotów seksualnych. Niektóre nie umieją cieszyć się seksem, gdyż nie czują się przyjemnie w sytuacjach intymnych. Obawiają się ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową, braku własnej atrakcyjności czy przejmowania inicjatywy w trakcie zbliżenia.

W życiu seksualnym ogromną rolę odgrywa akceptacja cielesności – własnej i partnera. Jeśli kobieta odczuwa niechęć do własnego ciała, to tym samym zakłada, że dokładnie tego samego doświadcza w stosunku do niej partner. Figura kobiety może ulegać zmianie w różnych fazach życia. Budzi to obawę, że przestanie być atrakcyjna dla partnera (np. po urodzeniu dziecka, po menopauzie). U kobiet, które nie akceptują własnego ciała, często występuje wstyd. Blokują one ochotę na seks czy przyzwala nań tylko po ciemku. Czasami lęk przed seksem wynika z bólu, jaki towarzyszył nieudanym stosunkom. Po takich doświadczeniach kobieta kojarzy doznania seksualne z czymś nieprzyjemnym i często obwinia siebie za zaistniałą sytuację. Inny lęk wynika z obawy, że partner uzna ją za oziębłą i odejdzie. Wiele kobiet nie ma zaufania do zastosowanej metody sterowania płodnością czy do umiejętności partnera w stosowaniu prezerwatyw. Inne mają wątpliwości, jak zachowałby się partner, gdyby zaszły w ciążę, szczególnie jeśli jego postawa nie daje poczucia bezpieczeństwa.

Wiele osób przyjmuje postawę obronną względem małżeństwa, traktując je jako przeszkodę w procesie własnej samorealizacji. Innym lęk przed bliskością uniemożliwia nawiązanie jakiegokolwiek związku emocjonalnego. Wchodzą w przejściowe związki seksualne, ale zazwyczaj zrywają je, kiedy pojawia się uczucie miłości, potrzeba czułości czy tęsknota za trwałą relacją. Coraz częściej obserwujemy relacje oparte na „seksie baz zobowiązań”, ograniczone wyłącznie do związku fizycznego. Ale i takie związki nie są wolne od obaw: niepokoi pojawienie się nadmiernego zaangażowania u jednego z partnerów, lęk przed zakochaniem się czy miłością.

Mężczyźni swoją wartość oceniają nierzadko przez pryzmat potencji. Dlatego jedną z najczęstszych przyczyn dysfunkcji seksualnych jest lęk przed zaburzeniami erekcji. Kłopoty z potencją mogą mieć źródło w przemęczeniu, obniżonym nastroju, stresie, depresji, nadużywaniu alkoholu, zażywaniu narkotyków i niskiej samoocenie. Ale mogą też być objawem stanu chorobowego, na przykład raka prostaty, chorób serca, cukrzycy, miażdżycy, chorób neurologicznych czy zaburzeń hormonalnych. Blisko co dziesiąty Po-

lak w razie wystąpienia takich problemów nie robi nic i oczekuje, że znikną same bądź że je zaakceptuje.

Brak orgazmu staje się problemem dopiero wtedy, jeśli powtarza się zbyt często. Nie wszystkie kobiety przeżywają orgazm w każdym zbliżeniu. Poznanie reakcji kobiecego ciała wymaga od partnera czasu. Osiągnięcie pełnej satysfakcji nierzadko utrudniają wewnętrzne napięcia i niepokój.

Zaburzenia erekcji

Dysfunkcje erekcji dotyczą jednego na dziesięciu mężczyzn w Polsce. Występują rzadko u osób młodych, ale aż 60% mężczyzn z zaburzeniami erekcji jest w wieku pomiędzy 40. a 60. rokiem życia, czyli są to osoby wciąż aktywne zawodowo i na pewno chcące cieszyć się pełnią życia. Seksualność jest ważną częścią naszego życia i problemy z nią związane mogą doprowadzić do rozpadu więzi w związku. Dlatego zaburzenia erekcji są problemem dwojga ludzi.

Obecnie możliwe jest skuteczne i bezpieczne leczenie większości przypadków zaburzeń wzwodu. Zarówno lekarze, jak i pacjenci wymagają od stosowanej terapii, aby była ona skuteczna, bezpieczna, dobrze tolerowana, akceptowana przez partnerkę i dyskretna, a także, by umożliwiała spontaniczność w podejmowaniu kontaktów seksualnych. Dominującym elementem terapii są leki przyjmowane doustnie.

Termin „impotencja” budzi negatywne skojarzenia. „Impotent” w mowie potocznej ma pejoratywne znaczenie: poniża i obraża. Dlatego obecnie używa się neutralnego terminu „zaburzenia erekcji” lub skrótu ED (z ang. Erectile Dysfunction).

Zaburzeniami erekcji określa się sytuację, kiedy mężczyzna nie jest zdolny do osiągnięcia lub utrzymania wzwodu w stopniu wystarczającym do odbycia satysfakcjonującego stosunku. Pod względem medycznym ED definiowane są jako niemożność wystarczającego wzwodu w co najmniej 25% podejmowanych prób. Zaburzenia erekcji bywają przewlekłe. Odbijają się wówczas na ogólnym zdrowiu pacjenta, a szczególnie jego sferze emocjonalnej.

Przyczyn zaburzeń erekcji jest wiele i wynikają one zarówno z czynników fizycznych, jak i psychicznych. Obecnie coraz częściej uważa się, że u większości pacjentów kłopoty ze wzwodem są uwarunkowane połączonymi czynnikami organicznymi i psychogennymi.

Przyczyny organiczne są związane z nieprawidłowościami i uszkodzeniami naczyń i ciał jamistych prącia, niektórymi zaburzeniami neurologicznymi i hormonalnymi chorobami (np. cukrzyca, stwardnienie rozsiane, urazy rdze-

nia kręgowego, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, nerek) czy zabiegami chirurgicznymi na gruczole krokowym. Zaburzenia są też związane z przyjmowaniem leków (m.in. przeciw nadciśnieniu tętniczemu, przeciwdepresyjnych, uspokajających) oraz narkotyków, paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu. Warto pamiętać, że kłopoty z erekcją mogą towarzyszyć każdej chorobie (nawet przeziębieniu), która przejściowo powoduje u mężczyzny zmęczenie i osłabienie.

Natomiast przyczyny psychogenne wiążą się z ośrodkowym blokowaniem mechanizmów erekcji powstającym bez urazów fizycznych, takimi jak np. lęk przed niezdolnością do odbycia stosunku, niska samoocena, problemy w istniejącym związku, zahamowania w odniesieniu do aktu seksualnego, spowodowane np. wcześniejszymi złymi doświadczeniami. Przyczyną psychogenną ED może być także lęk przed posiadaniem dzieci lub zakażeniem się chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Natomiast podeszły wiek jest najmniej ważną spośród fizycznych przyczyn zaburzeń erekcji. Mężczyzna po sześćdziesiątce może mieć rzadziej erekcje i wolniej osiągać orgazm, ale jego życie seksualne jest dalekie od zakończenia.

W Polsce, dysfunkcje erekcji leczone są przez lekarzy urologów, seksuologów i andrologów. Lekarze tych specjalizacji najczęściej podejmują się leczenia pacjentów cierpiących na dysfunkcje erekcji i najrzadziej odsyłają po poradę lekarską do lekarzy innych specjalizacji. Z badań przeprowadzonych przez MEMRB w 2001 roku wynika, że aż co czwarty mężczyzna nie wiedziałby, gdzie powinien zgłosić się z problemem dysfunkcji erekcji.

Co ciekawe, mężczyźni cierpiący na zaburzenia erekcji deklarowali („Wiedza i postawy wobec problemu ED u mężczyzn i ich partnerek”, Target Group, Luty 2002), że przed wystąpieniem zaburzeń erekcji w ich życiu seksualnym najbardziej brakowało im możliwości uprawiania seksu zawsze wtedy, gdy był właściwy nastrój i nie wymagało to wcześniejszego planowania zbliżeń, możliwości uprawiania seksu rano oraz bliższych i bardziej romantycznych relacji z partnerką.

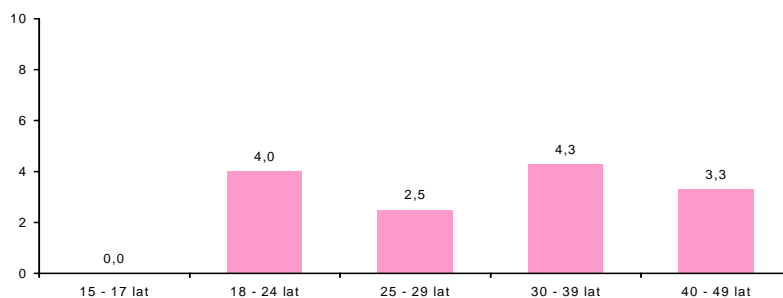
Pojawienie się niższej sprawności seksualnej wpływa destrukcyjnie na poczucie własnej wartości mężczyzn. Niektórzy wręcz z niedowierzaniem przyjmują ten fakt. W konsekwencji wystąpienia zaburzeń może dojść nawet do rozpadu związku. W wyniku obniżenia sprawności obniżeniu ulega także jakość życia i samoocena mężczyzn. Zaburzenia erekcji mają duży wpływ na poczucie wartości u mężczyzn.

Ze względu na pojawienie się nowych możliwości leczenia zaburzeń seksualnych u mężczyzn, część pytań zadawanych w czasie badania w roku 2005 była adresowana wyłącznie do mężczyzn i poruszała kwestie związane

ze specyficznymi dla nich trudnościami i problemami w sferze intymnej.

Należy sobie jednak uświadomić, że uzyskane wyniki badań dotyczących problemów związanych ze zdrowiem seksualnym mogą być interpretowane ostrożnie z wielu powodów, takich jak np. wstyd przed przyznaniem się do problemów, kłopoty z nazwaniem problemu medycznego, całkowity brak lub niewystarczająca edukacja seksualna.

Zgłaszane problemy z osiągnięciem orgazmu dotyczyły niewielkiej (3,6%) zbiorowości mężczyzn badanych w roku 2005¹ i nie były zróżnicowane wiekowo. Nieznacznie częściej problemy z osiągnięciem orgazmu zgłaszane były wśród mężczyzn w wieku 30–39 lat (4,3%) i młodych w wieku (18–24 lata — 4,0%).

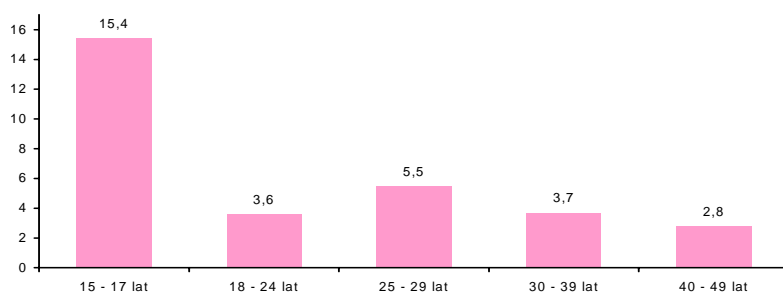


Wykres 1. Problemy z osiągnięciem orgazmu u mężczyzn w okresie do ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1154 mężczyźni po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Natomiast znacznie bardziej zróżnicowane wiekowo były problemy związane z przedwczesnym wytryskiem nasienia. Problem ten dotyka 3,8% ogółu mężczyzn. W grupie najmłodszych respondentów (15–17 lat) aż 15,4% przyznało, że doświadczyli wytrysku przedwczesnego w okresie roku poprzedzającego badania. W pozostałych grupach wiekowych częstość występowania wytrysku przedwczesnego była wyraźnie niższa (wykres 2).

Bardzo ważne w kontekście jakości życia seksualnego są zagadnienia związane z zaburzeniami erekcji. Zaburzenia erekcji mogą uniemożliwiać czy znacznie utrudniać współżycie seksualne, ale też wykazują negatywny wpływ na samoocenę mężczyzny i często mogą prowadzić do znacznych zaburzeń w relacjach z otoczeniem.

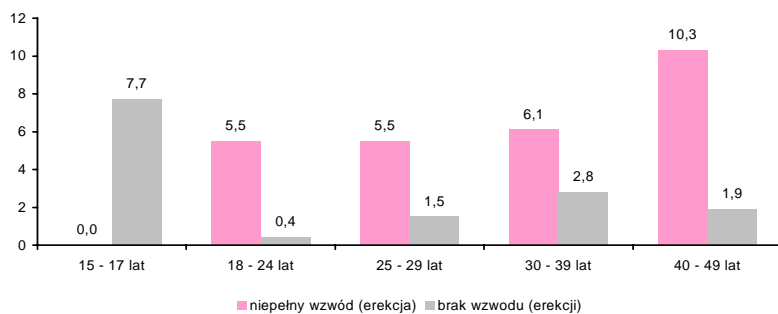
¹W niniejszym opracowaniu cytowane są wyniki badań uzyskane w 2005 roku; badaniami objęto reprezentatywną próbę Polaków w wieku 15–49 lat; N=3200 osób; realizatorem badań był TNS OBOP; szczegółowo wyniki badań zostały zaprezentowane w publikacji: Z. Izdebski, *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997-2001-2005*, Zielona Góra 2006.



Wykres 2. Wytrysk przedwczesny w okresie 12 miesięcy przed badaniem, zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1154 mężczyźni po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Całkowity brak wzwodu (erekcji) jest przypadłością tylko niewielkiej liczby badanych w 2005 roku mężczyzn (1,8%). Niepełny wzwód uniemożliwiający odbycie stosunku w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem zgłaszało 7,1% mężczyzn po inicjacji seksualnej.

Najwyższy odsetek mężczyzn (7,7%) zgłaszających brak wzwodu w ciągu ostatniego roku przed badaniem stwierdzono w grupie wiekowej 15–17 lat. Jedną z możliwych przyczyn tego zjawiska mogą być problemy psychologiczne, związane między innymi z lękiem przed ciążą, brakiem lub niekompletną edukacją seksualną lub niepowodzeniami związanymi z inicjacją seksualną.



Wykres 3. Problemy z uzyskaniem erekcji w okresie 12 miesięcy przed badaniem, zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1154 mężczyźni po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

W starszych grupach wiekowych odsetek mężczyzn, którzy na 12 miesięcy przed badaniem doświadczyli problemów z erekcją i w ogóle nie mieli wzwodu był wyraźnie niższy niż wśród 15–17 latków.

Niepełny wzwód występował znacznie częściej w starszych grupach wiekowych respondentów. Wśród mężczyzn w wieku 40–49 lat co dziesiąty (10%) przyznał, że w okresie na 12 miesięcy przed badaniem miał problemy z erekcją w postaci niepełnego wzwodu.

Dysfunkcje seksualne kobiet

Ostatnie lata, związane z prowadzeniem środków farmakologicznych wspierających mężczyzn, którzy mają tego typu kłopoty wpływały na polepszenie jakości życia. To z kolei spowodowało częstszą dyskusję także na temat dysfunkcji seksualnej kobiet. W czasie II Międzynarodowych Konsultacji w Paryżu na temat dysfunkcji seksualnych (czerwiec 2003 r.) dyskutowali urolodzy, biolodzy, anatomowie, ginekolodzy, endokrynolodzy, seksuolodzy i psychiatry, nie tylko o dysfunkcjach związanych z zaburzeniami erekcji, ale także o regułach diagnozowania zaburzeń w kobiet – od braku pożądania, poprzez bóle pochwowe po kłopoty z osiągnięciem orgazmu lub niedobory hormonalne.

Po wieloletnich poszukiwaniach znaleziono substancję, która może być rodzajem środka stymulującego dla kobiet. To środek oddziałujący bezpośrednio na ośrodek seksualności w mózgu. Ale w Paryżu mówiono też o tym, że podejrzany jest entuzjazm laboratoriów wobec „kobiecych dysfunkcji seksualnych”. Jedni podkreślają, że jest to wymysł firm farmaceutycznych, a inni podejmują problem i mówią o wieloletnich zaniedbaniach seksuologów dotyczących dysfunkcji u kobiet.

Niektórzy obawiają się redukcji seksu do funkcji organicznej, jak oddychanie lub trawienie, zapominając o relacjach miłosnych. Ostrzegają przed wizją klinik seksualnych, w których będą leczyć pigułkami, ale pacjenci nie będą już korzystali z rad psychologów i nie będą mieli dostępu do edukacji seksualnej.

Przypominają też, że kobiety bardziej od cudownej pigułki do osiągnięcia rozkoszy potrzebują czasu i troskliwego partnera. Ich dysfunkcje seksualne wynikają w dużej mierze z braku informacji, dobrej relacji z partnerem oraz ze stresu związanego z prowadzeniem domu i karierą zawodową. Z punktu widzenia dbania o jakość zdrowia seksualnego ważne jest, aby w całej tej dyskusji brać pod uwagę obydwie te wątki.

Lęki seksualne Polaków w świetle badań

Diagnozę obaw związanych z aktywnością seksualną przeprowadzono przedkładając badanym listę możliwych przyczyn lęków w relacjach seksualnych. Pytanie to miało charakter projekcyjny. Taka forma postawienia pytania

miała pomóc badanym w zniwelowaniu dyskomfortu, jaki mogliby odczuwać odpowiadając wprost na pytanie o ich własne obawy związane z życiem seksualnym. Z doświadczenia wiemy, iż odpowiedzi na tego typu pytania udzielane są przez pryzmat własnych doświadczeń i obaw. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej obawiają się ciąży (odpowiednio 58% i 67%), a także zakażenia wirusem HIV (odpowiednio 40% i 42%). Zdaniem 32% mężczyzn oraz 27% kobiet, osoby, które współżycją seksualnie mogą obawiać się, że nie sprawdzą się w seksie. Mężczyźni częściej niż kobiety przyznają, że podczas kontaktu seksualnego oceniana będzie przez partnerkę ich sprawność seksualna (32%). Grupa 24% mężczyzn i 27% kobiet wskazuje na obawy związane z możliwością zakażenia się inną niż HIV chorobą przenoszoną drogą płciową. Proporcje odpowiedzi odwracają się, gdy chodzi o obawy niezwiązane z kwestiami fizjologicznymi. Mężczyźni bowiem rzadziej niż kobiety łączą te obawy z poczuciem grzechu (odpowiednio 8% i 13%) czy nieprzyjemnymi wspomnieniami (odpowiednio 10% i 6%) oraz poczuciem winy (9% i 12%).

Tabela 1. Czego ludzie się boją przede wszystkim w relacjach seksualnych?; zróżnicowanie wg płci, w %, N=3200, grudzień 2005.

	Ogółem N=3200	Kobiety N=1585	Mężczyźni N=1615
Ciąży	62,3	66,6	58,1
Że zakażą się wirusem HIV	41,1	42,0	40,2
Że nie sprawdzą się w seksie	30,0	27,4	32,0
Oceny ich sprawności seksualnej przez partnera/partnerkę	27,7	23,1	32,1
Że zakażą się chorobą przenoszoną drogą płciową (weneryczną)	26,0	26,7	24,4
Oceny ich wyglądu	12,1	14,0	10,3
Poczucia winy	10,4	11,8	9,0
Poczucia grzechu	10,3	12,5	8,1
Nieprzyjemnych wspomnień	8,0	10,0	6,0
Że nastąpią problemy w trakcie współżycia	7,3	6,1	8,4
Brak odpowiedzi	6,7	6,2	7,1

Analizując dane dotyczące obaw w życiu seksualnym w odniesieniu do mężczyzn, można stwierdzić, że obawy związane z ciążą są znacznie częstsze wśród młodszych badanych. Co ciekawe, również młodzi mężczyźni, częściej

niż starsi wskazywali, że ludzie w seksie mogą się obawiać oceny ich wyglądu. Natomiast między starszymi a młodszymi nie było zasadniczych różnic jeśli chodzi o odsetek osób podzielających obawy, że zakażą się HIV.

Można jeszcze zaznaczyć, że najstarsi spośród badanych (40–49 lat) znacznie rzadziej wyrażali przekonanie, że w seksie można obawiać się oceny własnej sprawności przez partnerkę. Ten wyraźnie niższy odsetek wskazywać może nie tyle na to, że osoby te w tym wieku nie cierpią np. na zaburzenia erekcji, lecz na to, że starają się te problemy maskować i racjonalizować albo nie są już tak nastawieni na efekt „epatownia” własną męskością.

Tabela 2. Czego ludzie się boją przede wszystkim w relacjach seksualnych?; zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1615 mężczyźni, grudzień 2005.

	Ogółem	15–17 lat	18–24 lat	25–29 lat	30–39 lat	40–49 lat
Ciąży	58,1	69,7	69,0	56,9	54,4	49,8
Że zakażą się wirusem HIV	40,2	39,3	39,8	39,1	40,6	41,1
Że nie sprawdzą się w seksie	32,0	36,0	37,2	32,3	29,6	28,4
Oceny ich sprawności seksualnej przez partnera/ partnerkę	32,1	30,3	36,7	32,7	33,7	26,4
Że zakażą się chorobą przenoszoną drogą płciową (weneryczną)	24,4	19,1	19,4	26,2	28,8	25,1
Oceny ich wyglądu	10,3	13,5	15,9	11,7	8,4	5,6
Poczucia winy	9,0	2,2	6,4	9,7	11,1	10,7
Poczucia grzechu	8,1	14,6	4,7	7,3	7,1	11,3
Nieprzyjemnych wspomnień	6,0	3,4	5,7	9,3	6,7	4,7
Że nastąpią problemy w trakcie współżycia	8,4	4,5	10,0	9,3	10,8	4,9

Odpowiedzi kobiet dotyczące obaw w życiu seksualnym są bardziej zróżnicowane w zależności od wieku niż w przypadku mężczyzn. Jeśli chodzi o ciążę, to obawy te częściej wskazywały młode respondentki. Różnica między poszczególnymi podzbiorowościami była znaczna (ponad 10 punktów procentowych). Zróżnicowany, jeśli chodzi o wiek, był też odsetek kobiet podzielających obawy, że zarażą się HIV. Warto też zwrócić uwagę, że obawy związane z oceną własnego wyglądu były mocno zróżnicowane wiekowo.

Tabela 3. Czego ludzie się boją przede wszystkim w relacjach seksualnych?;
 zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1585 kobiety, grudzień 2005.

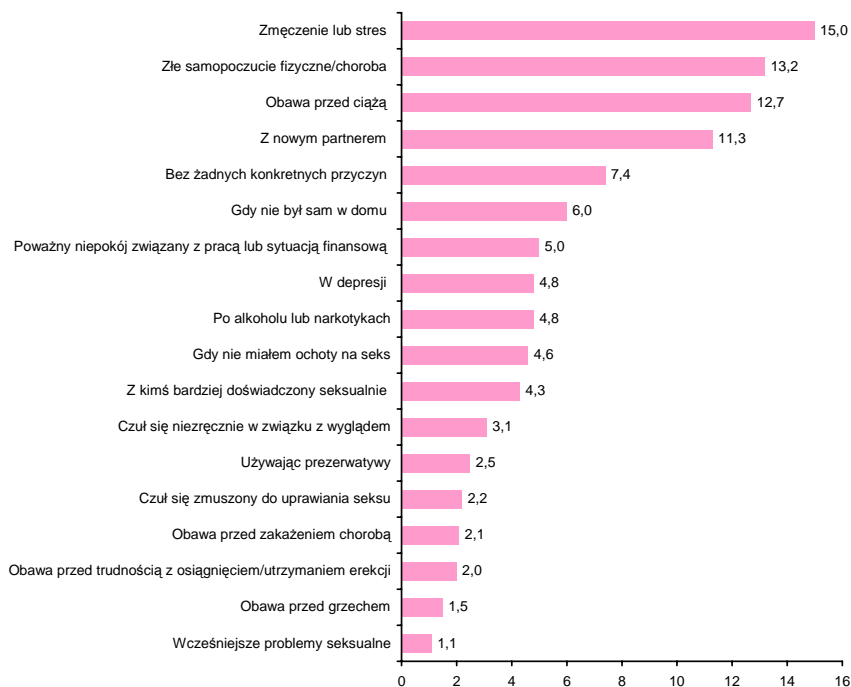
	Ogółem	15-17 lat	18-24 lat	25-29 lat	30-39 lat	40-49 lat
Ciąży	66,6	75,6	76,3	74,3	60,8	57,0
Że zakażą się wirusem HIV	42,0	47,7	47,1	38,2	42,2	38,4
Że nie sprawdzą się w seksie	27,4	31,4	29,7	29,7	28,8	22,1
Oceny ich sprawności seksualnej przez partnera/ partnerkę	23,1	26,7	29,9	22,1	19,3	20,2
Że zakażą się chorobą przenoszoną drogą płciową (weneryczną)	26,7	20,9	31,2	30,1	24,4	23,9
Oceny ich wyglądu	14,0	16,3	19,2	16,1	14,5	7,2
Poczucia winy	11,8	8,1	10,0	12,0	14,2	11,8
Poczucia grzechu	12,5	9,3	11,2	13,3	14,8	11,8
Nieprzyjemnych wspomnień	10,0	10,5	12,2	8,0	8,4	10,1
Że nastąpią problemy w trakcie współżycia	6,1	8,1	8,0	6,4	4,3	5,5

Trudności i niepokoje związane z możliwością odbywania stosunków seksualnych

Wszystkich badanych, którzy inicjowali już seksualnie, pytano o trudności czy dolegliwości, jakie kiedykolwiek napotkali w swoim życiu seksualnym. Zagadnienia te są istotne, gdyż — jak wcześniej już wspomniano — jakość życia seksualnego wpływa znacznie na samopoczucie i ocenę jakości życia jako całości. Co więcej, w przypadku trudności czy problemów w życiu seksualnym, pomoc czy terapia są często znacznie trudniejsze niż w odniesieniu do innych sfer ludzkiego życia. Warto wyjaśnić, że nie tylko ze względu na brak środków czy możliwości pomocy, a z uwagi na opory i zahamowania związane z kulturą i wychowaniem.

Do najczęściej wskazywanych trudności czy niepokojów należały sytuacje, w których respondent był bardzo zmęczony lub zestresowany (15%), czuł się źle fizycznie lub był chory (13%) albo obawiał się ciąży (13%). Co dziesiąty (11%) wspomniał, że miał problemy w życiu seksualnym, gdy był z nowym partnerem. Inne sytuacje czy trudności były wskazywane przez znacznie mniejsze liczby badanych (wykres 4).

Można jeszcze zauważyć, że doświadczenia kobiet i mężczyzn w sferze odczuwanych przez nich kiedykolwiek trudności i obaw w życiu seksualnym były nieco odmienne. W przypadku mężczyzn do najczęściej wymienianych



Wykres 4. Przyczyny trudności i niepokojów związanych z życiem seksualnym, w %, N=2234 osoby po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

zaliczyć należy:

- ✓ ogólne zmęczenie i poczucie stresu (15%),
- ✓ współżycie z nową partnerką (12%),
- ✓ uczucie fizycznej dolegliwości, choroby (11%).

Kobiety wśród najczęstszych trudności i obaw związanych ze współżyciem seksualnym wymieniły:

- ✓ obawę przed zajściem w ciążę (19%),
- ✓ uczucie fizycznej dolegliwości, choroby (16%),
- ✓ ogólne zmęczenie i poczucie stresu (16%).

Z punktu widzenia poradnictwa, w życiu seksualnym ważne są też trudności, których ludzie doświadczali w ostatnim okresie. Ponieważ ta kwestia jest silnie związana z płcią badanych, wyniki badań przedstawiono tylko w podziale na mężczyzn i kobiety.

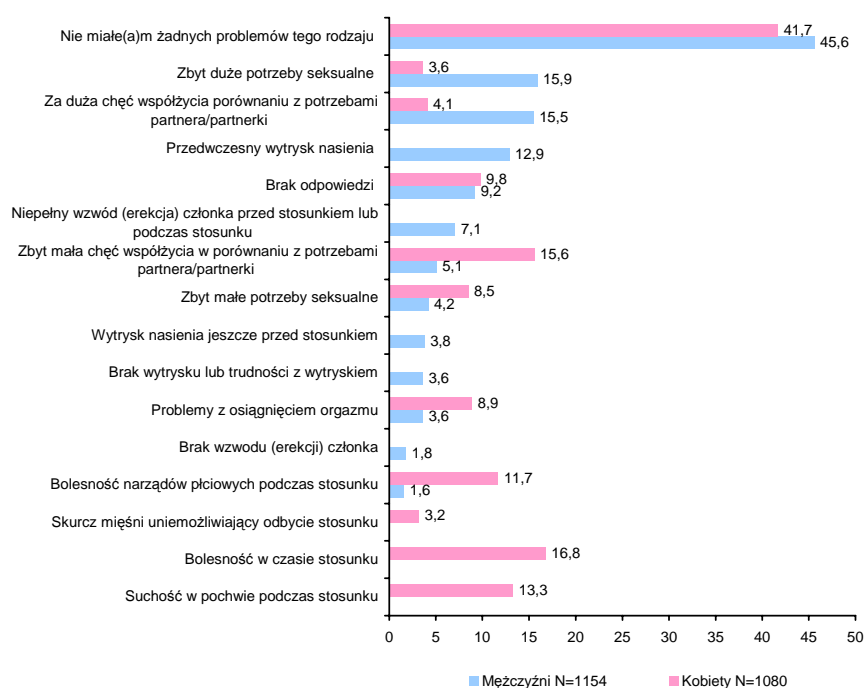
Wśród najczęściej wymienianych problemów związanych z życiem seksualnym, które pojawiły się w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zapytani mężczyźni wymieniali:

- ✓ zbyt duże potrzeby seksualne (16%),
- ✓ za dużą chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera/partnerki (16%),
- ✓ przedwczesny wytrysk nasienia (13%).

Natomiast kobiety do najczęstszych problemów zaliczyły:

- ✓ bolesność w czasie stosunku (17%),
- ✓ zbyt mała chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera/partnerki (16%),
- ✓ suchość w pochwie podczas stosunku (13%).

Szczegółowe wyniki prezentuje poniższy wykres.



Wykres 5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i) któreś z poniżej wymienionych problemów/ trudności, różnicowanie wg płci, w %, N=2234 osoby po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Odczuwanie lęku podczas stosunków seksualnych może wpływać na jakość życia, a czasami powodować zaburzenia erekcji. Z badań wynika, że najczęściej lęków związanych jest z możliwością zajścia w ciążę (72,9%), a następnie — o czym wspominaliśmy wcześniej — z zagrożeniem wirusem HIV (54,4%). Lęki te charakteryzują zarówno kobiety, jak i mężczyzn. Różnicowania występują na poziomie płci badanych przy trzecim wskazaniu: kobiety

obawiają się także, że zakażą się inną chorobą przenoszoną drogą płciową (28,3%), zaś mężczyźni, że nie sprawdzą się w seksie (30,6%).

Do obaw związanych z faktem, że nie sprawdzą się w seksie statystycznie częściej przyznają się mężczyźni (29%).

W wyniku edukacji dokonanej przez ilustrowane magazyny dla kobiet, uczyniły partnerkę bardziej świadomą swoich praw seksualnych i możliwości realizacji seksualnej. Niejednokrotnie w czasopismach spotykamy się ze sformułowaniami „masz prawo do orgazmu”, „musisz wymagać...”. To powoduje, że niejednokrotnie mężczyźni przeżywają lęk związany z tym, czy spełnią oczekiwania kobiet. Na polskim rynku obserwujemy małą liczbę czasopism, które są przeznaczone dla mężczyzn i podejmowałyby tę tematykę. Natomiast te, które są, mają charakter elitarny. Nie wszyscy mężczyźni także potrafią oddzielić to, co jest realistyczne, od tego, co jest prezentowane w filmach pornograficznych: długość członka, czas trwania stosunku seksualnego czy czas i intensywność.

Ograniczona edukacja seksuologiczna w Polsce powoduje także to, że nie wszyscy posiadają dobrą wiedzę dotyczącą życia seksualnego. W praktyce poradnianej możemy spotkać się czasami z pacjentami, którzy przychodzą i mówią o swoich problemach związanych z zaburzeniami erekcji i jest to dla nich sytuacja trudna, bowiem nie spełniają oczekiwań swoich partnerek. Po przeprowadzeniu dokładnego wywiadu seksologicznego okazuje się czasami, że partnerka oczekuje wielokrotnych kontaktów seksualnych w ciągu jednej nocy, a mężczyzna przy próbie podejmowania piątego kontaktu seksualnego ma problemy z potencją (poprzednie zakończyły się sukcesem oczywiście). Niejeden mężczyzna mógłby pozazdrościć takiej sprawności seksualnej.

Stereotypowe podejście do problematyki związanej z potencją powoduje, że tego typu zaburzenia przypisywane są grupie mężczyzn w późniejszej fazie życia, dlatego młodszy mężczyźni, u których wystąpiły problemy z zaburzeniami erekcji, ze szczególnie dużym lękiem i wstydlivością traktują tego typu dysfunkcje. Kiedy pojawią się pierwsze symptomy zaburzeń erekcji, czynnikami, które mogą powodować rozwój dysfunkcji to alkohol, zaniechanie aktywności seksualnej, prowadzenie niezdrowego trybu życia. Aktywność seksualna pomaga w zapobieganiu zaburzeniom erekcji. Częste erekcje stymulują członka i działają korzystanie.

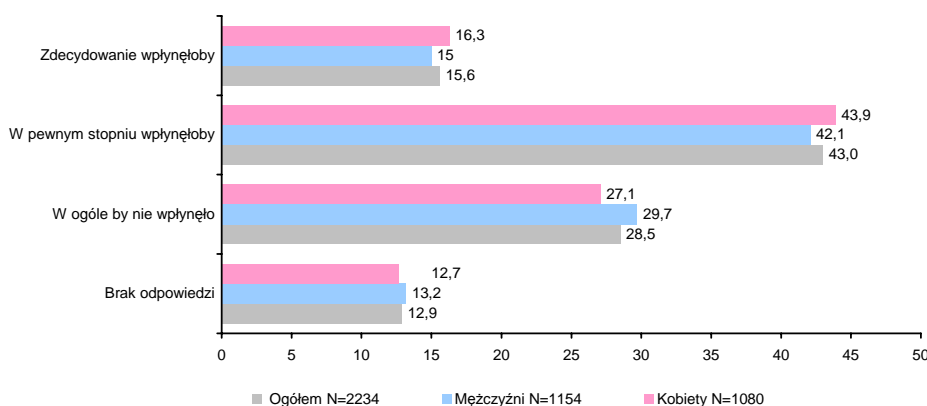
Obniżenie zdolności do uprawiania seksu

Wpływ seksualności na inne sfery ludzkiego życia jest niekwestionowany. Badając kompleksowo życie seksualne Polaków trzeba zwrócić uwagę i na ten element. Jest on tym bardziej ważny, iż frustracje w sferze seksualnej

mogą prowadzić nie tylko do zaburzeń w relacjach z partnerem czy otoczeniem społecznym, ale także mogą być powodem podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.

Ponad połowa badanych (59%) była zdania, że obniżenie ich zdolności do uprawiania seksu w różnym stopniu wpłynęłoby na ich relacje z partnerem, przy czym większość uważała, że wpływ ten byłby ograniczony. Takiego zdania było nieznacznie więcej kobiet (60%) niż mężczyzn (57%).

Znacząco mniejsza była liczba badanych (29%), którzy uważali, że obniżenie się ich sprawności seksualnej nie miałyby zasadniczego wpływu na relacje z partnerem/partnerką. O tym, że jest to jednak dla badanych trudna tematyka, świadczyć też może relatywnie duży (13%) odsetek osób, które nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.



Wykres 6. Wpływ obniżenia zdolności do uprawiania seksu na związek z partnerem, zróżnicowanie wg płci, w %, N=2234 osoby po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Ponad połowa (57%) badanych stwierdziła, że zmniejszenie się ich sprawności seksualnej i zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich samoocenę, w tym co piąty badany (19%) był zdania, że wpływ ten byłby silny. W tym przypadku odsetek osób, które uznały, że miałyby to wpływ na ich samoocenę, był wyższy wśród mężczyzn niż wśród kobiet, a różnica wynosiła 9 punktów procentowych.

Co czwarty badany przyznał, że taka sytuacja nie miałaby wpływu na jego samoocenę, przy czym deklaracje takie częściej składały kobiety niż mężczyźni (odpowiednio: 29% i 20%).

Jak wspominałem powyżej, trudności w sferze seksualnej wpływają nie tylko na relacje z partnerem czy samoocenę, ale mogą też zaburzać społeczne funkcjonowanie jednostki. Dlatego badani zostali zapytani, czy obniżenie się

ich zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich relacje z rodziną. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że trudności w sferze seksualnej w mniejszym stopniu zaburzałyby społeczne funkcjonowanie badanych niż ich relacje z partnerem. W sumie 15% badanych było zdania, że zmniejszenie się ich zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich kontakty z rodziną, przy czym tylko 2% uznało, że wpływ ten byłby silny. W tej kwestii deklaracje kobiet i mężczyzn były bardzo zbliżone. Zdecydowana większość badanych (66%) uznała, że trudności w sferze seksualnej nie wpłynęłyby na ich kontakty z rodziną.

Nieco większa była zbiorowość badanych, którzy uznali, że obniżenie się ich zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich wyniki w pracy. Takiego zdania było w sumie 21% badanych, przy czym częściej tego zdania byli mężczyźni (różnica między nimi a kobietami wyniosła 7 punktów procentowych). Jednak zdecydowana większość badanych (61%) nie wyobrażała sobie, aby ich trudności w sferze seksualnej miały mieć wpływ na ich wyniki w pracy.

Podsumowanie

W życiu możemy spotkać się jeszcze z wieloma innymi sytuacjami, nie omówionymi w niniejszym opracowaniu, powodującymi lęki związane z naszą realizacją seksualną. Wiązać się one mogą z doznana przemocą seksualną, z doświadczeniami homoseksualnymi, przebywaniem w więzieniu czy zakładach zamkniętych, z abstynencją seksualną wynikającą z choroby własnej lub partnera, z przebyciem choroby nowotworowej (mastektomia), z różnicy wieku między partnerami, ze zdradą itd.

Większość osób, wraz z upływem wieku, odczuwa też coraz dotkliwiej pewne niedomagania i trudności obniżające szansę na satysfakcjonujące życie seksualne. Jest to proces naturalny, który jednak współczesna medycyna i farmacja a także rzetelna edukacja pozwalają w wysokim stopniu opóźnić i pozbawić dramatycznego przebiegu.

Niezależnie od przyczyn niepokojów i rodzaju trudności, wszyscy zasługujemy na pokonanie lęków związanych z seksem i na przeżywanie ogromu radości płynącej z każdego spełnienia. Realizacja seksualna to wspólne przeżycie, a nie sprawdzian znajomości technik seksualnych. Zamieszczane w popularnej prasie informacje mają nam pomóc, a nie powodować frustrację. Pamiętajmy, że para, której związek jest udany, potrafi przezwyciężać większość problemów, rozmawiając o nich. Przede wszystkim zaś cieszymy się, że mimo wszystkich lęków 90% Polaków jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego.

Literatura

- COLE M. (1994), Leczenie zaburzeń erekcji. Psychologiczne podejście do terapii, [w:] A. Gregorie i J.P. Pryora (red.) Impotencja. Wszechstronny poradnik dla lekarzy, Warszawa.
- IZDEBSKI Z. (1992), Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce, Zielona Góra.
- IZDEBSKI Z. (2006), Rzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005, Zielona Góra.
- JACZEWSKI A. (1993), Zagrożenia cywilizacyjne w okresie dojrzewania, [w:] Z. Czaplicki (red.), AIDS – Zagrożenia społeczne. Aspekty medyczne, pedagogiczne, kulturowe, Warszawa.
- KOZAKIEWICZ M. (1999), Problemy wychowania seksualnego (wprowadzenie wychowania seksualnego do szkół w krajach europejskich), [w:] L. Tuross (red.), Pedagogika ogólna i subdyscypliny, Warszawa.
- LEW-STAROWICZ Z. (1999), Miłość i seks. Słownik encyklopedyczny, Wrocław.
- WIEDERMAN M., WHITLEY B. (2002), Handbook for Conducting Research on Human Sexuality, London.
- WOYNAROWSKA B., MAZUR J., SZYMAŃSKA M.M. (1998), Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wiedza i przekonania o HIV/IDS. Zachowania seksualne, Warszawa.
- WRÓBLEWSKA W. (1998), Nastoletni Polacy wobec seksualności, SGH, Warszawa.

Antonina Ostrowska*

KOBIETY I MĘŻCZYŹNI. JAK STYL I WARUNKI ŻYCIA RÓŻNICUJĄ ZDROWIE

Stan zdrowia a płeć

Przeglądając światowe statystyki medyczne, nieodmiennie i od lat napotykałyśmy informacje uwzględniające podział na płeć. Konsekwencją tej standardowej praktyki jest istnienie ogromnego materiału na temat podobieństw i różnic między mężczyznami i kobietami w zakresie wielu zjawisk odnoszących się do zdrowia, choroby i funkcjonowania opieki medycznej. Jednak przez wiele lat zmienna „płeć” była niemal wyłącznie podstawą bardziej szczegółowych klasyfikacji; niewiele uwagi poświęcano zaobserwowanym różnicom między obydwoma płciami, nie próbując ich ani zrozumieć, ani zinterpretować. Podobna zresztą sytuacja miała miejsce w naukach społecznych. Każde badanie socjologiczne uwzględniało płeć respondenta, jednak w późniejszych analizach zebranego materiału większą wartość dla badaczy przedstawiały na ogół dane na temat wykształcenia, pozycji społeczno-zawodowej czy nawet wieku niż płci. Zasadnicza zmiana tych orientacji zaczęła się zarysowywać w krajach zachodnich pod koniec lat 70. Nie bez znaczenia dla tej zmiany były narodziny ruchów feministycznych, wskazujących m.in. na konieczność dostrzegania i wyodrębniania problemów kobiet w strukturze społecznej, mikroekonomii, polityce czy zdrowiu i medycynie.

W Polsce w ostatnich latach dodatkowym czynnikiem sprzyjającym podejmowaniu analiz stanu zdrowia społeczeństwa z uwzględnieniem czynnika płci stało się zjawisko przedwczesnej umieralności mężczyzn. Pogarszanie się stanu zdrowia mężczyzn w wieku produkcyjnym i wzrost ich umieralności w przedziale wieku 40–54 lata, widoczne już w połowie lat 70. i narastające w dalszych latach, stało się wyraźnie formułowanym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej naszego kraju.

Koncentracja na problemach zdrowia mężczyzn sprawiła, że przeciętne dłuższe trwanie życia kobiet było często utożsamiane z lepszym stanem ich

***Antonina Ostrowska** – prof. dr hab., socjolog, Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie.

zdrowia. W pewnej sprzeczności z tymi opiniami pozostają jednak wyniki badań prowadzonych w różnych krajach. Zjawisko gorszego stanu zdrowia kobiet przy jednoczesnym dłuższym przeciętnym trwaniu ich życia występuje bowiem we wszystkich krajach uprzemysłowionych, nie tylko w Polsce (Verbrugge 1980). Badania te wskazują ponadto, że stan zdrowia kobiet jest gorszy niż mężczyzn we wszystkich porównywanych grupach wieku, ze szczególnym natężeniem chorób i dolegliwości w najstarszych latach życia (Lahelma *et al.* 1999). Utało się nawet w języku angielskim powiedzenie, że „women are sicker, but men die quicker”.

Badanie przeprowadzone pod koniec lat 90. przez GUS, zrealizowane na reprezentacyjnej próbie ponad 20 tys. gospodarstw domowych, potwierdziły także w Polsce częstsze występowanie wielu chronicznych chorób wśród kobiet niż mężczyzn. W populacji kobiet wartość średniej posiadanych chorób wynosiła 2,12, a wśród mężczyzn – 1,41. Z kolei wśród przewlekle chorych kobiet średnia liczba posiadanych chorób wynosiła 3,13, a wśród mężczyzn – 2,54. Różnice w częstotliwości deklarowanego występowania poszczególnych jednostek chorobowych przedstawia poniższa tabela:

Tabela 1. Różnice chorobowości subiektywnej mężczyzn i kobiet.
(% deklarujących choroby, GUS 1997)

Jednostka chorobowa	Kobiety	Mężczyźni
Nadciśnienie tętnicze	19,2	13,3
Choroby stawów	22,4	12,7
Choroby wątroby	10,2	4,8
Kamica żółciowa	5,8	1,4
Alergie	11,2	6,9
Choroby tarczycy	8,9	1,2
Choroby kości	23,4	18,0
Nerwice	17,6	9,4
Owrzodzenie żołądka, dwunastnicy	6,1	9,2
Przewlekle choroby oskrzeli, płuc	6,6	7,0
Skutki wypadków i urazów	3,7	6,9

Wśród starszych kobiet częściej też rejestrowano cięższe postacie niepełnosprawności. Kobiety ponadto częściej mówiły o występowaniu negatywnych objawów z zakresu zdrowia psychicznego – zmęczenia, przygnębienia, bezsenności i bólu głowy. Podobnie jak w przypadku niepełnosprawności,

niekorzystne zmiany samopoczucia psychicznego nasilały się wśród starych kobiet i związane były na ogół z dojmującym poczuciem samotności. Dłuższe życie kobiet – to dodane lata do życia we wdowieństwie, często opuszczeniu przez innych i postępującej marginalizacji społecznej.

Tabela 2. Samopoczucie i zdrowie psychiczne mężczyzn i kobiet (% odczuwających często określone symptomy; GUS 1997).

Symptomy	Kobiety	Mężczyźni
Smutek, przygnębienie	59,5	44,2
Zmęczenie	54,3	41,8
Rozdrażnienie	47,2	38,0
Bóle głowy	40,7	21,2
Bezsennaść	28,0	18,0
Zobojętnienie	24,1	17,2

Przedstawione wyżej dane potwierdzają więc i u nas tezę o istnieniu różnic w częstotliwości występowania poszczególnych chorób, dysfunkcji i niekorzystnych stanów psychicznych wśród mężczyzn i kobiet na niekorzyść tych ostatnich. Wskazują także na odmienności w strukturze występowania tych chorób. Konstatacja ta – pomimo że nie pomaga nam odpowiedzieć na pytanie, dlaczego mimo średnio większej liczby chorób kobiety żyją przeciętnie dłużej – informuje o pewnym istotnym zjawisku społecznym i skłania do zastanowienia się nad uwarunkowaniami różnic w obrazach chorobowości obu płci. W moim przypadku – spróbuję się zastanowić nad tym, co socjologia może wnieść do wyjaśnienia tych różnic.

Generalnie, w odniesieniu do płci istnieją dwa modele wyjaśniania różnic stanu zdrowia:

- wyjaśnienia w oparciu o czynniki odwołujące się do różnic wyposażenia biologicznego mężczyzn i kobiet (sex),
- wyjaśnienia w oparciu o uwarunkowania społeczne, psychiczne i kulturowe wynikające z różnic biologicznych (gender).

Socjologiczny punkt widzenia reprezentowany w tym artykule koncentruje się na wyjaśnieniach tego drugiego typu, a szczególnie na roli zmiennych kulturowych (wzory społeczne, normy, wartości) oraz społeczno-strukturalnych (zajmowane pozycje społeczne i ich korelaty) w kształtowaniu sytuacji zdrowotnej¹. Zastosowanie perspektywy socjologicznej nie

¹Zgodnie z założeniem zawartym w tytule tego artykułu nie będę się tu zajmować czynnikami psychologicznymi, które mogą być odpowiedzialne za różnice w zdrowiu mężczyzn i kobiet. Chodzi tu na przykład o takie zmienne, jak hipotetycznie wyraźniejsza

współzawodniczy tu z wyjaśnieniami o charakterze biomedycznym – jest raczej w stosunku do nich komplementarne. Pokazuje w jaki sposób kultura i struktura społeczna uwydatnia lub też niweluje wpływ biologii, współtworząc w efekcie wielowymiarowe i niejednokrotnie trudne do oceny zjawiska zdrowia i choroby.

Przedstawione tu rozważania odnoszą się do pojęć ogólnych i nie jednoznacznych. Z konieczności więc muszą zawierać pewne uproszczenia i nadmierne uogólnienia. „Zdrowie” i „choroba” są zjawiskami złożonymi – ich definicje i zakresy pojęciowe mogą być bardzo różne i nie zawsze spójne ze sobą. Rozpatrywanie różnic w stanie zdrowia może więc obejmować wiele różnych aspektów tych zjawisk: zmiany patologiczne zachodzące w organizmie, obserwowalne zachowania jednostek będące skutkiem tych zmian, ich przekonania i samooceny dotyczące ich zdrowia czy określone diagnozy lekarskie. Nie posiadamy jednak danych przedstawiających ten problem w sposób tak szczegółowy. Zastosowane tu podejście do zdrowia będzie miało z konieczności charakter eklektyczny. Nie może być też moim celem zaprezentowanie konkretnych wniosków i rozstrzygnięć. Chodzi raczej o zaproponowanie kierunków poszukiwań czy postawieniu mniej lub bardziej szczegółowych hipotez wyjaśniających. Będą one dotyczyły czterech obszarów możliwych wyjaśnień: czynników kulturowych, miejsca w strukturze społecznej, natury doświadczanych stresów i różnic w realizowanych stylach życia.

Rola czynników kulturowych

Wyjaśnienia kulturowe uwzględniają różnice we wzorach i normach społecznych, regulujących zachowania mężczyzn i kobiet w różnych sytuacjach społecznych. Biorą też pod uwagę różnice ról społecznych mężczyzn i kobiet, zespołu oczekiwań kierowanych pod ich adresem, wynikających ze społecznego podziału zadań. Kluczowy jest tu proces socjalizacji – proces społecznego uczenia i wdrażania norm i treści tych ról. Role mężczyzn i kobiet są w wielu aspektach odmienne; tradycyjnie obie płcie są przygotowywane do realizacji odmiennych społecznie zadań. Chłopcy i dziewczęta już od wczesnego dzieciństwa są przygotowywani do odmienności tych ról. Absorbowane w procesie treści zawierają też wiele elementów nieobojętnych dla przyszłego stanu zdrowia mężczyzn i kobiet.

Od najmłodszych lat dziewczęta są przygotowywane do roli matki, opiekunki, także do pełnienia funkcji „lekarza domowego”. Uwidacznia się to choćby pod postacią zabaw z lalkami czy uczestnictwie w domowych

wśród kobiet niż mężczyzn tendencja do wyrażania stresu w kategoriach somatycznych czy odmienna wrażliwość na symptomy.

sprawach związanych ze sferą odżywiania, zdrowia, potrzebą utrzymania czystości. Już w pierwszych klasach szkoły podstawowej wiedza medyczna i świadomość zdrowotna przedstawia się korzystniej wśród dziewcząt niż wśród chłopców (Wojnarowska 1999). Od dziewcząt oczekuje się większej świadomości swojego ciała i dbałości o wygląd. Jako osoby dorosłe będą one bardziej nastawione na obserwowanie różnic zachodzących w ich ciałach. W przyszłości różnice te zaowocują większym wyczuleniem kobiet na pierwsze objawy choroby, a także lepiej ugruntowanymi zachowaniami profilaktycznymi – np. wykonywaniem badań kontrolnych z własnej woli, bez skierowania (Ostrowska 1997). Także nawyki higieniczne i wymóg czystości są konsekwentniej wdrażane u dziewcząt niż chłopców.

Dziecinne zabawy pokazują, że chłopcy są przez swoje otoczenie nagradzani za szybkość, brawurę, odwagę, sprawność fizyczną. Te wcześnie wykreowane zachowania, zgodne z wzorcem kulturowym mężczyzny, w przyszłości przyczynią się do faktu, że mężczyźni częściej będą narażać swoje życie i zdrowie poprzez udział w np. w wypadkach czy bójkach. Wyjaśnienie to jest także częściowo adekwatne, gdy zastanowimy się nad znacznie wyższym wskaźnikiem samobójstw wśród mężczyzn i kobiet. Istniejące dane wskazują, że próby samobójcze mężczyzn są skuteczniejsze, bo sięgają oni po bardziej „męskie”, radykalne, zdecydowane środki (Jarosz 1980). Wzór kulturowy wskazuje, co jest właściwe i niewłaściwe dla mężczyzn i kobiet w takich kwestiach jak palenie papierosów (choć ostatnio różnice zacierają się tu coraz bardziej) i picie alkoholu. Pijana kobieta wyzwała znacznie więcej niechęci i krytyki społecznej niż pijany mężczyzna. Istnieją także zróżnicowane oczekiwania co do sposobu odżywiania się mężczyzn i kobiet – np. ulubionych potraw. Mężczyźni bardziej przystoi spożywanie golonki, a kobiecie – ciastek i lodów. Wdrożenie tych oczekiwań kształtuje odpowiednio gusty i wybory konsumpcyjne obu płci (Ostrowska 1999).

Innym przykładem kulturowych uwarunkowań są oczekiwania społeczne, skłaniające kobiety do „modyfikowania” swoich ciał, choćby posiadania przez nie bardzo szczupłej, wręcz chudej sylwetki, osiąganey nieraz głodową dietą. Dla wielu kobiet jedzenie wiąże się z poczuciem winy, są bowiem przyzwyczajone do tego, że ich wygląd w znacznej mierze decyduje o ich życiu. Kontrola własnego ciała jest niezbędna dla akceptacji społecznej. Nie przypadkiem problemy anoreksji pojawiają się u kobiet ok. 10-krotnie częściej niż mężczyzn. Anorektyczka jest więc w pewnym sensie perfekcjonistką i prymuską w spełnianiu kulturowego wzoru (Bożek, Rychłowska 2001). Normy kulturowe inaczej traktują też sferę zachowań seksualnych mężczyzn i kobiet. Większy permissywizm w stosunku do seksualności mężczyzn sprzyja częstszej zmianie i wielości partnerek, a także przygodności kontaktów.

Zachorowania mężczyzn na choroby weneryczne czy AIDS przekraczają wielokrotnie zachorowania kobiet (Izdebski 2000).

Nie sposób oczywiście w tak krótkim artykule przeanalizować wszechstronny, zróżnicowany wpływ treści i wymogów niesionych przez kulturę, adresowanych do kobiet i mężczyzn. Podobnie trudno przeanalizować wszystkie czynniki składające się na drugi rodzaj zaproponowanych tu wyjaśnień – a odnoszących się do miejsc w strukturze społecznej zajmowanych przez mężczyzn i kobiety. Ograniczymy się więc do wspomnienia o czynnikach ekonomicznych, różnicach w posiadanej władzy i rodzajach wykonywanej pracy.

Miejsce w strukturze społecznej

Warunki społeczno-ekonomiczne wpływają w taki sam sposób na zdrowie mężczyzn i kobiet. Wiadomo, że lepsze warunki mieszkaniowe, lepsze odżywianie, szansa na odpowiedni wypoczynek czy wreszcie dostęp do lepszej opieki medycznej sprzyjają zachowaniu dobrego zdrowia. Dostępność tych zasobów jest jednak różna dla obu płci. Na całym świecie w ubóstwie żyje znacznie więcej kobiet niż mężczyzn, podobnie też w większości krajów kobiety mają przeciętnie niższe wykształcenie niż mężczyźni. Aktualne analizy zjawiska biedy zarówno we krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się wskazują na feminizację biedy. W rodzinach o ograniczonym budżecie pierwszeństwo mają potrzeby mężczyzny (często jedyne go żywiciela rodziny) przed potrzebami kobiety. Co więcej, zdrowie i samopoczucie mężczyzn jest tu często wzmacniane nieodpłatną pracą domową kobiet (zakupy, gotowanie, pranie, utrzymywanie czystości).

Z drugiej strony jednak, niezależnie od wyższych stanowisk zajmowanych przez mężczyzn w strukturze zawodowej i wyższego wynagrodzenia za wykonywaną pracę, które korzystniej kształtują ich sytuację bytową – rodzaj pracy wykonywanej przez nich sprzyja w większym stopniu wypadkowości i narażeniu na choroby zawodowe. Dotyczy to zwłaszcza osób wykonujących pracę fizyczną, a więc raczej nie zajmujących wyższych pozycji społeczno-zawodowych. Dla pewnej części mężczyzn szkodliwe warunki pracy kumulują się więc tu z relatywnie gorszą sytuacją materialną – co osłabia szanse na dobre zdrowie. Kobiety – jak się wydaje – pomimo tego, że częściej żyją w gorszych warunkach materialnych – stosunkowo rzadziej podlegają wpływom kumulacji tych czynników.

Kobiety i mężczyźni nie są traktowani jednakowo przez instytucje życia społecznego – tu z kolei sytuacja przedstawia się generalnie na niekorzyść kobiet. Z punktu widzenia interesującego nas tu tematu warto wspomnieć o niejednakowym ich traktowaniu przez medycynę i systemy opieki zdro-

wotnej. Problemy zdrowia kobiet nie są w należywym stopniu uwzględniane w badaniach epidemiologicznych. Dla przykładu choćby – wielokrotnie prowadzone na wielotysięcznych populacjach badania, które doprowadziły do wykrycia wzoru zachowania „A” (Friedman, Rosenman 1974), były prowadzone wyłącznie na mężczyznach, choć wyniki tych badań były uogólniane dla obu płci. Badania farmakologiczne wymagające użycia zwierząt laboratoryjnych są prowadzone niemal wyłącznie na samcach (wyjątek stanowią testy leków związanych ze sferą rozrodczości i tzw. chorobami kobiecymi), choć podobnie jak w poprzednim przypadku uzyskane wyniki są następnie uogólniane na obie płcie (McBride 1985). Wiele problemów zdrowotnych kobiet (np. skutki długotrwałego, doustnego przyjmowania środków antykoncepcyjnych – stosowanych wszak tylko przez kobiety) nie spotyka się z dostatecznym zainteresowaniem lekarzy i jest ignorowanych w badaniach medycznych (Abbott, Wallace 1993).

Istnieją też dane wskazujące na to, że te same dolegliwości mogą być inaczej diagnozowane i leczone wśród mężczyzn i kobiet. W dwóch amerykańskich projektach badawczych NERI (Stacey, Olesen 1993) stwierdzono, że lekarze, mając do czynienia z identycznymi objawami, częściej diagnozowali je wśród mężczyzn jako choroby układu krążenia, kierując pacjentów do kardiologa, zalecając hospitalizację czy bardziej inwazyjne metody leczenia, podczas gdy kobiety częściej otrzymywały diagnozy psychiatryczne. Wyniki te są w znacznej mierze pochodną wyników badań epidemiologicznych, ale i istniejących w świecie medycznym stereotypów na temat chorób i sposobu prezentacji objawów wśród mężczyzn i kobiet. Dość często pojawia się tu przekonanie o roli „nerwów”, „histerii” i „hipochondrii” kobiet w etiologii prezentowanych dolegliwości (McBride 1985).

Nie bez znaczenia dla funkcjonowania mężczyzn i kobiet w różnych kręgach i sytuacjach społecznych — a w konsekwencji i dla ich zdrowia — jest zakres posiadanej przez nich/nie władzy. W modelu patriarchalnym, który obowiązuje w większości naszych rodzin i w innych instytucjach życia społecznego, ważniejsze decyzje są podejmowane przez mężczyzn — i przez nich określane są wzory wzajemnego funkcjonowania. W skrajnych przypadkach dominujący męski punkt widzenia prowadzi do przemocy, także fizycznej. Efekty tej przemocy mają nieraz katastrofalny wręcz wpływ na zdrowie. Ponownie daje tu o sobie znać istniejący ciągle w naszej kulturze wzór męskości i kobiecości i wzajemnie określone relacje między nimi. Znacznie większy jest także zakres władzy „symbolicznej” posiadanej przez mężczyzn, polegający na narzucaniu swoich oczekiwań, wzorców aprobowanych zachowań, wyglądu kobiet czy wpływu na dokonywane przez nie wybory w różnych sferach życia.

Doświadczane stresy społeczne

Jeśli chodzi o stresy doświadczane w powiązaniu z pracą zawodową lub jej brakiem – są one niewątpliwie udziałem obu płci. Trudno powiedzieć, kto podlega im w większym stopniu; także dlatego, że wywoływane są one przeważnie innymi czynnikami stresującymi. Mężczyznom częściej przypisuje się stresy wywołane „czynnikami zarządzania” – koniecznością ponoszenia odpowiedzialności, szybkości decyzji, rozwiązywania konfliktowych problemów. Stresująca może być także sytuacja jedynego żywiciela, która od sukcesów ekonomicznych męża i ojca uzależnia warunki materialne całej rodziny. Oczywiście obie te sytuacje mogą być także doświadczane przez kobiety, zdarza się to jednak rzadziej. Z kolei jednak w rodzinach o napiętych budżetach – to kobiety muszą podejmować trudne, codzienne decyzje związane z gospodarowaniem ograniczonymi zasobami, z przysłowiowym wiązaniem „końca z końcem”. W przypadku kobiet wykonujących pracę zawodową w grę wchodzi także nieadekwatność płacy za pracę (niższa płaca kobiet w porównaniu z płacami mężczyzn na analogicznych stanowiskach) i niedoceniana praca domowa. Istnieją publikacje (Garmanikov *et al.* 1983), które w sytuacji tej upatrują przyczyn częstszego niż wśród mężczyzn występowania depresji wśród kobiet. Traktuje się w nich niektóre postacie depresji jako zmedykalizowane zjawisko społeczne. Kobiety częściej ulegają depresji, ponieważ mają ku temu powody. Są one związane głównie z niekorzystnym układem ról społecznych i strukturą szans w społeczeństwie.

Inni badacze tego zjawiska (Schwartz 1991), próbujący spojrzeć na problematykę depresji z perspektywy społeczno-kulturowej wskazują, że to raczej zespół oczekiwań społecznych, a nie aktualnie pełnione role, stanowią podatny grunt dla powstawania depresji. Oczekiwania te – wywodzące się z kultury patriarchalnej – w sposób spójny łączą takie cechy, jak: dyspozycja do podporządkowania się, zależność, posłuszeństwo, zewnętrzną sterowność, tłumienie negatywnych emocji. Cechy te, w mniejszym lub większym stopniu, są elementami socjalizacji do roli kobiety, wpajanych już we wczesnym dzieciństwie. W modelu takim jest mało miejsca na realizację własnych dążeń i pragnień czy ogólnie rozumianą samorealizację; sukcesy kobiet są tu raczej mierzone osiągnięciami innych – męża czy dzieci, dla których zgodnie z panującymi oczekiwaniami powinny się one „poświęcić”. Sytuacja ta rodzi wiele stresów, prowadzi do bierności i wycofania się oraz uzależnienia od innych, nawet w takich kwestiach jak poczucie satysfakcji życiowej czy zadowolenie z siebie. Tezę tę zdają się potwierdzać statystyki występowania depresji, która pojawia się częściej wśród gospodyń domowych, poddanych wpływowi takich bardziej tradycyjnych oczekiwań, niż ma to na ogół miejsce w przypadku kobiet pracujących.

Udokumentowane badaniami różnice między obiema płciami wiążą się ze sposobami, jakimi mężczyźni i kobiety posługują się w celu rozładowania stresów (Ostrowska 1997). Kwestia ta ma niebagatelne znaczenie, zważywszy, że nieumiejętność radzenia sobie ze stresem jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, a niektórzy badacze twierdzą, że ma ona swój udział niemal we wszystkich (Cockerham 1999). Kobiety częściej niż mężczyźni posługują się wsparciem społecznym jako źródłem podtrzymania w trudnych sytuacjach; są bardziej otwarte na zewnątrz w ujawnianiu swoich problemów i gotowe do dzielenia się nimi z otoczeniem. W przypadku mężczyzn mechanizmy wsparcia społecznego są słabsze, a ich alienacja większa. Wchodzą oni na ogół w luźniejsze związki emocjonalne z najbliższymi, są bardziej zorientowani na cele zewnętrzne niż domowe, rodzinne. Aktualnie uważa się natomiast, że posiadanie wsparcia społecznego i umiejętność sięgania po nie jest jednym z bardziej skutecznych sposobów na uporanie się ze stresem (Lazarus 1997). Silniejsze zakorzenienie kobiet w grupie społecznej staje się dla nich buforem, o który rozbijają się skutecznie problemy i niepowodzenia życiowe. Inne są także „chemiczne” strategie redukcji napięć, po które sięgają mężczyźni i kobiety. W tym pierwszym przypadku będzie to częściej alkohol, w drugim leki uspokajające (Miles 1988, Ostrowska 1999). Być może te różne typy reakcji są także nieobojętne dla różnic w obrazach ich chorób.

Niezależnie od prób poszukiwań różnic społecznych między obu płciami, które potencjalnie mogą coś wniesić do naszej wiedzy o odmienności warunkowań stanu zdrowia, prowadzone są także analizy socjologiczne zjawisk zdrowotnych specyficznych dla kobiet, w których mężczyźni w sposób oczywisty nie mogą służyć jako źródło odniesień. Dotyczą one choćby takich spraw jak zaburzenia cyklu miesięcznego czy menopauza. Szczególnie dużo zainteresowania socjologów medycyny wzbudził tu zespół napięcia przedmiesiączkowego. Cyklicznie pojawiające się u wielu kobiet zmiany, sprawiające im często znaczny dyskomfort, są traktowane przez lekarzy jako pochodne zachodzących w tym czasie przemian hormonalnych. W oparciu o takie założenie podejmowane jest leczenie. Jednak międzynarodowe badania epidemiologiczne (World Health Organization 1981) wykazują, że częstość występowania i powaga symptomów różni się znacznie w społeczeństwach należących do różnych kręgów kulturowych i można je uznać za typowe przede wszystkim dla krajów wysoko rozwiniętych. Nie odkryto także systematycznych prawidłowości dotyczących zaburzeń równowagi hormonalnej kobiet z występowaniem dolegliwości poprzedzających menstruację (Richardson 1995). Jednocześnie, eksperymentalne badania farmakologiczne wykazują, że efekty stosowania aktywnych substancji i placebo wykazują

takie same rezultaty niwelowania tych dolegliwości (Choi 1995).

Wskazywać to może, że w etiologii zespołu napięcia przedmiesiączkowego kryją się czynniki natury pozabiologicznej. Oczywiście, wszelkie wyjaśnienia mają tu wyłącznie status hipotez otwartych także dla psychologii i endokrynologii², jednak rozmaici badacze wskazują na rozpowszechnienie w kulturach zachodnich specyficznych mitów związanych z menstruacją, a także przekonań o wpływie funkcji reprodukcyjnych kobiet na ich ogólne możliwości życiowe, dyspozycje i aspiracje (Rodin 1992). Owe mity i przekonania — jeśli dostatecznie ugruntowane w świadomości społecznej — mogą stawać się źródłem stresów u kobiet i wpływać na pojawienie się rozmaitych symptomów fizycznych i psychicznych, szczególnie intensywnych w okresie, w którym ich funkcje reprodukcyjne nie dają o sobie zapomnieć. Silne przekonania o tym, że możliwości kobiet w okresie przedmiesiączkowym ulegają zmniejszeniu na skutek swoistej „gry” hormonalnej, prowadzą w dalszej konsekwencji do postrzegania kobiet jako niezdolnych do kontrolowania swoich emocji i realizacji zadań wymagających stałej odpowiedzialności, wzmacniając stereotyp mniejszej atrakcyjności i przydatności kobiet na rynku pracy czy w życiu publicznym i na zasadzie błędnego koła – nasilając doświadczalne stresy.

Realizowane style życia

Wracając do przedstawionych uprzednio możliwości kształtowania zdrowia mężczyzn i kobiet poprzez odmienne konfiguracje oddziałujących nań czynników społecznych i kulturowych, przytoczmy empiryczną ilustrację tej kwestii, w postaci porównania sposobów i częstości realizowania przez obie płcie elementów prozdrowotnego stylu życia. Style życia ludzi są bowiem w przeważającej mierze kształtowane przez dominujące w ich środowisku wzory kulturowe i miejsca zajmowane przez nich w strukturze społecznej. Pełnią one z jednej strony rolę pewnych drogowskazów dla jednostki, z drugiej wyznaczają realność dokonywanych przez nią wyborów i poczynań (Ostrowska 1999).

Zainteresowanie rolą stylu życia dla zachowania zdrowia pojawiło się na Zachodzie pod koniec lat 70., kiedy to prowadzone niezależnie od siebie longitudinalne badania epidemiologiczne wykazały, że przeciętna długość ludzkiego życia zależy w większym stopniu od czynników środowiskowych — a wśród nich szczególnie stylu życia — niż działalności medycyny (Kan-

²Warto wspomnieć, że problem ten intrygował także Karen Horney, która łączyła zespół napięcia przedmiesiączkowego z represjonowanym pragnieniem dziecka i sfrustrowaną energią libido, która normalnie jest uwalniana poprzez procesy fizjologiczne przygotowujące ciążę.

nel 1978, Mc Keown 1973). Późniejsze oszacowania wykazały, że style życia ludzi mogą być odpowiedzialne za ok. 50% całości ich pola zdrowia (Sadowski 1994). Realizowane badania pozwoliły wyodrębnić te spośród elementów stylu życia, które miały istotne znaczenie dla zachowania zdrowia i długości życia. Były to: 7–8 godzin nocnego snu, codzienne spożywanie śniadania, unikanie jedzenia (snacków) między posiłkami, utrzymywanie wagi w normie, aktywność fizyczna w wolnym czasie, niepalenie nigdy papierosów, umiarkowane spożycie alkoholu, wykonywanie badań kontrolnych i samobadanie ciała (np. piersi przez kobiety), umiarkowana ekspozycja na słońce, bezpieczne zachowania seksualne oraz zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie.

W Polsce poszczególne elementy prozdrowotnego stylu życia występują z różną częstotliwością wśród mężczyzn i kobiet, przy czym generalnie lepiej kształtują się one w przypadku tych ostatnich (Ostrowska 1999). Tabela 3 przedstawia przeciętne częstotliwości zachowań związanych ze zdrowiem, realizowanych przez mężczyzn i kobiety:

Tabela 3. Zachowania związane ze zdrowiem wśród mężczyzn i kobiet (IFiS PAN, 1999 rok, próba ogólnopolska 1323 osób).

Procent realizujących codziennie lub prawie codziennie:		
	Mężczyźni	Kobiety
Jedzenie śniadania przed wyjściem z domu	76%	75%
Spożywanie soków owocowych, owoców, surówek	69%	77%
Biorny odpoczynek w ciągu dnia	41%	35%
Mycie głowy	74%	72%
Mycie całego ciała	77%	87%
Spożywanie mleka i produktów mlecznych	68%	80%
Spożywanie drobiu	46%	60%
Spożywanie czerwonego mięsa	78%	69%
Spożywanie gotowanych warzyw	50%	56%
Sen co najmniej 7 godzin na dobę	86%	87%
Praca zawodowa ponad 8 godz. na dobę	40%	21%
Przyjmowanie witamin	14%	23%
Przyjmowanie środków nasennych	1%	4%
Przyjmowanie środków uspakajających	2%	8%
Umiarkowana aktywność fizyczna/spacery, gimnastyka	53%	50%
Palenie papierosów	41%	19%

Dane powyższe wskazują, że kobiety bardziej rygorystycznie niż mężczyźni przestrzegają reguł prozdrowotnego stylu życia – choć nie jest to regułą. Opisane różnice przedstawialiśmy jako powiązane w pewnym stopniu z odmiennością szans i zagrożeń obu porównywanych grup, znajdujących swoje źródło w pełnionych rolach społecznych, odmiennych wzorach zachowania, procesach socjalizacji, stylach życia, a także warunkach i rodzaju wykonywanej pracy. Rozważając jednak korelaty stanu zdrowia społeczeństwa polskiego zauważymy, że płeć nie jest jedynym czynnikiem różnicującym ani chorobowość, ani umieralność, ani też realizację określonych praktyk prozdrowotnych.

Duże znaczenie ma tu oczywiście wiek (co jest całkowicie zrozumiałe), ale znaczną rolę należy przypisać także posiadanemu wykształceniu. Im wyższe wykształcenie, tym lepiej przedstawiają się w zasadzie wszystkie parametry związane ze zdrowiem. Porównując efekt „nakładania się” tych dwóch charakterystyk skonstatujemy, że stosunkowo najlepsze wyniki w realizacji prozdrowotnego stylu życia osiągają wysoko wykształcone kobiety, a najgorsze – nisko wykształceni mężczyźni (Ostowska 2000). Czyżby więc kobiety czyniły lepszy użytek ze swojego wykształcenia w aspekcie troski o zdrowie?

Podsumowanie

Nasze dotychczasowe rozważania nad społecznymi korelatami różnic w zdrowotności mężczyzn i kobiet pokazują, że mamy tu do czynienia z materią, która nie tak łatwo poddaje się jednoznacznej interpretacji. Wprawdzie kobiety żyją przeciętnie dłużej, ale nie oznacza to, że w życiu spotyka je mniej chorób i dolegliwości. Warunki życia i pracy kobiet nie przedstawiają się korzystniej; jeżeli jednak obiektywnie nie jest im „lepiej”, to — jak się wydaje — lepiej sobie radzą z trudnościami i przeciwnościami życia. Realizują też więcej czynności służących zachowaniu zdrowia, mają wyższą wiedzę medyczną i bardziej ukształtowaną świadomość zdrowotną. Natomiast na ogół gorzej niż mężczyźni oceniają swoje zdrowie, szczególnie w aspekcie samopoczucia psychicznego.

Różnice stanu zdrowia somatycznego i psychicznego, jak również różnice w przeciętnej długości życia mężczyzn i kobiet są fenomenem obecnym we wszystkich krajach uprzemysłowionych. Jednak w Europie Wschodniej, a także w Polsce, są one wyraźniejsze niż w innych krajach³. Niemal wszystkie wyjaśnienia przedstawione w tym tekście odnosiły się zarówno do krajów zachodnich, jak i do nas. Warto się jednak zastanowić, jakie specyficzne,

³W Polsce różnice przeciętnej długości życia mężczyzn i kobiet na przestrzeni ostatnich lat wynosiły ok. 8 lat.

dotatkowe czynniki mogły wpływać na relatywne zwiększenie się tej różnicy w Polsce. Badacze tego zjawiska wskazują tu przede wszystkim upowszechnienie się zachowań antyzdrowotnych (Kirschner 1997), a szczególnie na przemożny w populacji mężczyzn wpływ wysokiej konsumpcji alkoholu i papierosów, których niekorzystny wpływ na zdrowie oddziałuje w sposób synergistyczny (Cockerham 1999). Takie czynniki bowiem, jak niedostateczny rozwój ekonomiczny kraju, niski dochód narodowy wraz ze wszystkimi konsekwencjami zdrowotnymi tych faktów dotyczy w jednakowym stopniu mężczyzn co kobiet. Pozostawiając jednak na boku problemy zdrowotności mężczyzn czy całego społeczeństwa, warto postawić pytanie o specyfikę sytuacji polskich kobiet – które mimo doświadczania wielu problemów społecznych i zdrowotnych osiągają lepsze rezultaty w przewyciężaniu ich.

Pewnych dodatkowych wyjaśnień, szczególnie adekwatnych do sfery funkcjonowania psychicznego, może dostarczyć analiza dominujących wartości i ideologii związanych z „byciem kobietą” w Polsce w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Powojenna aktywizacja zawodowa kobiet, motywowana głównie czynnikami ekonomicznymi, doprowadziła do poszerzenia roli społecznej kobiet (bez możliwości rezygnacji z żadnego elementu roli tradycyjnej), nie dostarczając przy tym specyficznych możliwości samorealizacji ani też szczególnych gratyfikacji. Dla znacznej części kobiet sytuacja taka, bez większych modyfikacji, trwa do dziś. Jednak wydaje się, że przyjęcie wielu nowych zadań i dodatkowych obciążeń nie miało i nie ma dla wielu kobiet jednoznacznie stresotwórczego charakteru. Tradycje poświęceń na rzecz dzieci, męża, rodziny, wzór heroicznej Matki Polki były od dawna dobrze wkomponowane we wzór osobowy kobiety. Anna Titkow uważa, że to właśnie możliwość sprostania takim wymaganiom było nagrodą za ponoszone trudy dnia codziennego, poprawiało samoocenę kobiet, było buforem osłabiającym działanie czynników zakłócających zdrowie i samopoczucie. Jeżeli więc kobiety były nadmiernie eksploatowane, to na ogół nie w sposób, który zagrażał ich poczuciu własnej wartości i godności (Titkow 1999). Do lat 90. nie pojawiło się też w dyskursie na temat sytuacji kobiet pojęcie dyskryminacji, nie znalazł też racji bytu powszechniejszy ruch feministyczny.

Tezę tę potwierdzają badania wskazujące jeszcze teraz, że pomimo obiektywnie niższej pozycji społecznej, większych obciążeń związanych z koniecznością realizacji obowiązków na rzecz pracy i rodziny, mniejszych szans na zaistnienie w sferze życia publicznego – wiele kobiet akceptuje ten stan i nie wydaje się on budzić wśród nich większych emocji. Można więc założyć, że sytuacja „zadowolonego niewolnika” — choć obiektywnie niekorzystna — nie stanowi dla wielu kobiet poważniejszego zagrożenia ani dla stabilności układu w jakim się znajdują, ani ich psychospołecznej kondycji. Zdolność

do zaakceptowania swojej sytuacji, umiejętność wypracowania sposobów radzenia sobie z wymogami życia i znalezienie sensu w swoich trudach i wyrzeczeniach – mogły zgodnie z modelem salutogenezy Aarona Antonovsky’ego [2] doprowadzić do wzrostu ich uogólnionych zasobów odpornościowych i w konsekwencji przedłużyć ich życie.

W oparciu o prowadzone przez siebie badania Antonovsky stwierdził, że zasoby odpornościowe ludzi są funkcją specyficznej orientacji dyspozycyjnej nazwanej przez niego poczuciem koherencji. Zawiera ona trzy składniki: poczucie zrozumiałości (comprehensibility), zaradności (manageability) i sensowności (meaningfulness). Poczucie zrozumiałości odnosi się do stopnia, w jakim człowiek postrzega bodźce, z którymi się styka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jako sensowne i uporządkowane, jasne, spójne i ustrukturuwane. Poczucie zaradności – to „stopień, w jakim człowiek dostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają bombardujące go bodźce”. Mogą to być zasoby materialne, zasoby wsparcia społecznego, wierzenia religijne czy normy kulturowe dostarczające pewnych gotowych recept na zachowania w określonych sytuacjach. Ostatnim składnikiem poczucia, koherencji jest poczucie sensowności i znaczenia. Odnosi się ono do zaangażowania emocjonalnego; poczucia, że przynajmniej część problemów i wymagań jakie niesie życie warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania, a nie tylko obarczającym go obciążeniem. Według Antonovsky’ego silne poczucie koherencji ma podstawowe znaczenie w regulacji napięcia emocjonalnego wywołanego konfrontacją ze stresorami. Przekłada je — w sposób hipotetyczny — na mechanizmy neurofizjologiczne, endokrynologiczne i immunologiczne, poprzez które może ono wpływać na stan zdrowia.

Jeżeli więc rzeczywistość w jakiej funkcjonują kobiety — bez względu na obiektywne trudności — jawi im się jako ustrukturuwana i przewidywalna, potrafią znaleźć w sobie lub swoim otoczeniu niezbędne zasoby i wierzą, że cele, które im przyświecają lub dla których muszą się poświęcać, są tego godne – mogą zachować względnie wysokie poczucie koherencji, zapobiegające negatywnym efektom przeciążeń, doświadczanych stresów i niepowodzeń.

Wydaje się, że czynniki składowe wysokiej koherencji – a szczególnie aspekt zaradności i gratyfikująca gotowość do poświęcenia się dla innych, jest w znacznym stopniu elementem wspomnianego uprzednio wzoru heroicznej Matki-Polki, wzoru ciągle organizującego postawy i odczucia kobiet związanych z ich sytuacją w społeczeństwie. Określenie, na ile istnienie takiego wzoru czy wymogu kulturowego ułatwia rzeczywiście kobietom osiągnięcie komfortującego poczucia koherencji jest kwestią badań empirycznych, podobnie jak porównanie stopnia poczucia koherencji mężczyzn i kobiet.

Dopiero wtedy można by się pokusić o bardziej konkretne wnioski. Niewątpliwie jednak koncepcja ta pozwala na postawienie hipotezy wyjaśniającej lepsze wyniki zdrowotne kobiet niż mężczyzn, mimo ich obiektywnie gorszej sytuacji społecznej.

Literatura

- ABBOTT P., WALLACE C. (1993), *Women, Health and Caring*, [w:] *An Introduction to Sociology: Feminist Perspectives*, Routledge, London, s. 24–41.
- ANTONOVSKY A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Fundacja IPN, Warszawa.
- BOŻEK R., RYCHŁOWSKA I. (2001), *Szczupła, chuda, chudsza... Kulturowe uwarunkowania anoreksji i bulimii. O jedzeniu i niejedzeniu w czasopismach kobiecych*, *Kultura i Społeczeństwo*, 2, s. 141–157.
- CHOI P.Y.L. (1995), *What is the news on the menstrual cycle and premenstrual syndrom?* *Social Science and Medicine*, 6:759–760.
- COCKERHAM W.C. (1999), *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*, Routledge, New York.
- CZAPIŃSKI J. (1993), *Polski generalny sondaż dobrostanu psychicznego, PTP*, Warszawa.
- FRIEDMAN M., ROSENMAN R.H. (1974), *Type A behavior and your heart*, Fawcett, New York.
- GARMANIKOV E., MORGAN D., PURVIS J., TAYLORSON D. (1983), *Gender, Class and Work*, Heinemann, New York.
- IZDEBSKI Z. (2000), *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim*, PWN, Warszawa.
- JAROSZ. M. (1980), *Samoniszczenie, samobójstwo, alkoholizm, narkomania*, KiW, Warszawa.
- KANNEL N.S. (1978), *Niektóre wyniki długofalowego badania populacji Framingham*, *Przegląd Lekarski*, 2: 42–51.
- KIRSCHNER H. (1997), *Charakterystyka przemian zdrowotnych w Polsce w ostatnim półwieczu*, [w:] H. Kirschner, J. Kocyński (red), *Aktualne problemy zdrowotne. Zagrożenia i szanse*, IGNIS, Warszawa, s. 15–50.

- LAHELMA E.P., MARTIKAINEN O., RAHKONEN K. (1999), Silventoinen. Gender Differences in ill Health in Finland: Patterns, Magnitude, and Change, *Social Science and Medicine*, 48: 7–19.
- LAZARUS R.S. (1997), Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą, [w:] A. Kaplun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, s. 3–16.
- MC BRIDE A., MCBRIDE M. (1985), *Theoretical Underpinnings for Women's Health* [w:] A. Mc Bride, *Diagnosis and Treatment*, APA.
- MC KEOWN. T. (1973), *The role of medicine—dream, mirage or nemesis?* Basil Blackwell, Oxford.
- MILES A. (1988), *Women and Mental Illness, The Social Context of Female Neurosis*, Wheatsheay Books, London.
- OSTROWSKA A. (1997), Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 10–11 : 7–25.
- OSTROWSKA A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- OSTROWSKA A. (2000), *Styl życia a zdrowie: bilans dekady*, [w:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard, *Jak żyją Polacy?* Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 101–120.
- OSTROWSKA A., *Płeć jako czynnik różnicowania stanu zdrowia: implikacje socjologiczne, Lęk i depresja (w druku)*.
- RODIN M. (1992), The social construction of premenstrual syndrom, *Social Science and Medicine*, 1, s. 49–56.
- RICHARDSON J.T. (1995), The premenstrual syndrom: a brief history, *Social Science and Medicine*, 6, s. 761–769.
- SADOWSKI Z. (1994), *Promocja Zdrowia. Szansa i konieczność*, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 3–4;15–36.
- SCHWARTZ S. (1991), Women and Depression, *Social Science and Medicine*, 2, s. 127–139.
- SOKOŁOWSKA M., J. BEJNAROWICZ (1976), Socjolog a pojęcie stanu zdrowia, [w:] M. Sokołowska, A. Ostrowska, J. Hołówka (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN, Warszawa, s. 417–423.
- STACEY M., OLESEN V. (1993), Introduction. Special Issue: Women, Men and Health, *Social Science and Medicine*. 1, s. 1–5.
- TITKOW A., (1999), Historyczno-społeczne uwarunkowania tożsamości kobiet w Polsce, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 16, 11–28.

-
- WOYNAROWSKA B. (1999), Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981), A cross-cultural study of menstruation: implications for contraceptive development and use, *Studies in Family Planning*.
- VERBRUGGE L. (1985), Gender and Health. An Update of Hypotheses and Evidence, *Journal of Health and Social Behavior*, 26; 282-304.

Anna Mentlewicz*

MIŁOŚĆ I ZDRADA Z INTERNETU

W 1999 roku Max More, uważany za luminarza transhumanizmu, napisał „List do Matki Natury”. Podziękował w nim za wszystko, co otrzymaliśmy dotychczas, podkreślając jednak, że jako ludziom daleko nam do doskonałości. Tymczasem ewolucja jakby o nas zapomniała, zaczęła nasze udoskonalenie traktować „po macoszemu”. Dlatego More oświadczył, że postanowiliśmy wziąć nasz rozwój ewolucyjny w swoje ręce.

W programie More’a można przeczytać, że nasze wysiłki będą zmierzać do:

- przedłużenia życia aż do nieśmiertelności,
- poszerzenia zdolności do percepcji, zapamiętywania i przetwarzania informacji
- uwolnienia się od ograniczeń biologicznych płynących z genomu, jak również równowagi hormonalnej organizmu.

Ewolucja musi trwać, a wspomagać ją będzie nasz obecny poziom wiedzy. Ostatecznie ludzkość wykroczy poza człowieczeństwo osiągając stan, który transhumaniści nazywają „postludzki” (posthuman). Teoria posthumanistów ma w sobie dużo z fantastyki, chociaż warto podkreślić, że coraz więcej osób się nią fascynuje. Kiedyś plan ponadludzki oferowały religie, dziś odnajdujemy go w technice. Marcin Sienko w swojej książce „Człowiek w pajęczynie” posługuje się metaforą, że „człowiek epoki elektronicznej chodzi z układem nerwowym na zewnątrz. Nowinki techniczne, takie jak telefon czy komputer, stały się jakby naszym przedłużeniem. Człowiek wtapia się w sieć, stając się jej elementem – obok komputerów, telewizorów.”

Sieć staje się powoli stałym elementem naszego otoczenia i już teraz możemy obserwować, że ludzie się pod jej wpływem zmieniają – przede wszystkim relacje pomiędzy nimi i formy komunikacji. Specyfika tego rodzaju kontaktów interesuje wielu badaczy. Rośnie popularność nowej dyscypliny badań, określanej jako Computer Mediated Communication (CMC – komunikacja za pośrednictwem komputera). W jej ramach prowadzą badania psychologowie, filozofowie, neurofizjolodzy i itp.

*Anna Mentlewicz – dziennikarka Programu I Telewizji Polskiej.

W Polsce badania nad intymnymi relacjami w „sieci” prowadzi prof. Zbigniew Izdebski. Warto podkreślić, że nikt do tej pory nie prowadził w naszym kraju tego typu analiz. A przecież codziennie rośnie liczba osób flirtujących przez internet. Wśród badanych w roku 2005 (Izdebski 2006), znaczna część osób w wieku 15–49 lat przyznała, że poszukiwała kiedyś w internecie informacji odnośnie seksu (31%). Częściej byli to mężczyźni niż kobiety.

Co trzecia osoba spośród mających dostęp do internetu i korzystających z czatów i/lub komunikatorów (33%) przyznała, że przynajmniej z niektórymi osobami poznanymi przez internet, rozmawiała za jego pośrednictwem na tematy dotyczące seksu. Odsetek ten był wśród mężczyzn o 10 punktów procentowych większy niż wśród kobiet. Był bardzo wysoki wśród osób w wieku 18–24 lat (40%) oraz 25–29 lat (38%). Ten ostatni wynik nie jest zaskakujący, gdyż młodzi ludzie najszybciej uczą się używać nowych technologii do rozmaitych celów. Nic więc dziwnego w tym, że włączają internet do sfery życia seksualnego.

Aśka¹ była zdziwiona, kiedy pytałam ją, czy nie naraża się na rozczarowanie poznając ludzi przez internet: „Internet to takie samo miejsce do poznawania ludzi jak inne miejsca. Przecież klikamy do prawdziwych ludzi, którzy istnieją i których także można pokochać. Nie widać ich, ale zawsze możemy się z nimi umówić na randkę. To, w jaki sposób poznasz kobietę, nie ma wpływu na to, czy to będzie prawdziwa miłość. To zależy od charakteru, a nie od miejsca poznania. W realu ludzie też kłamią”.

Karolcia uważa, że przez internet można poznać naprawdę ciekawych ludzi, a nawet zakochać się na całe życie.

Mucky: „Odnalazłam w sieci miłość swojego życia. Jesteśmy ze sobą prawie dwa lata i nie mamy zamiaru psuć tego, co jest między nami. Moim zdaniem nie jest ważne, czy ludzie znają się najpierw w realu, czy ten tzw. real będzie w innym momencie znajomości! Zanim spotkałam się z moim mężczyzną, spotykaliśmy się na czacie przez trzy miesiące. Aż wreszcie zrozumieliśmy, że znaczymy dla siebie Coś, chociaż nigdy wcześniej się nie widzieliśmy”.

Internet może być szansą na związek pomiędzy ludźmi, którzy w rzeczywistym świecie być może nie daliby sobie szansy na poznanie. Komunikując się przez internet ludzie najpierw poznają swoje dusze. Zaczyna pomiędzy nimi iskrzyć dzięki uruchomieniu wyobraźni. Tajemnica, czyli to, że się nigdy nie widzieli, podsyca napięcie i jednocześnie kusi. Oczywiście nie musi to oznaczać miłości, ale „chemia” fantastycznie się wyzwala pod

¹Cytaty pochodzą z badań własnych.

wpływem wyobraźni. Słowa, szczególnie te czułe, sprzyjają szybszemu biciu serca. Otwierają nas na innych. Zakochiwanie się przez internet potwierdza tezę, że najbardziej erotycznym organem jest nasz mózg. Doświadczył tego Robert: „Jakiś czas temu poznałem na czacie kobietę, z którą łączyła mnie więź emocjonalno-seksualna, tzn. potrafilismy się wprowadzić w stan dziwnie mocnej ekstazy i podniecenia za pomocą słów pisanych. To przeżycie było silne i prawdziwe”.

Robert przekroczył kolejny etap wtajemniczenia w komunikacji internetowej, wkraczając w świat cyberseksu. Lalka opisała to jako zupełnie inne przeżycie: „Kilka razy w życiu zdarzyło mi się uprawiać seks na necie. Dziś męczą mnie wyrzuty sumienia, dostaję rozstroju nerwowego, że któryś z panów zapuka kiedyś do moich drzwi. Nie podawałam swoich danych, ale dziś to nie problem namierzyć kogoś w sieci”. Obawy Lalki są przesadzane, albowiem administratorzy tylko w wyjątkowych sytuacjach (wniosek prokuratora) udostępniają dane.

Uprawianie seksu przez internet bardzo często jest wstępem do zbliżenia w realu. Nierzadko się zdarza, że ludzie w sieci szukają chętnych do uprawiania seksu w rzeczywistości. Wielu umieszcza swoje ogłoszenia w internecie, zakłada swoje strony. Komputer stał się więc bramą do domu schadzek, w którym korzystać można z bardzo różnych usług erotycznych, a seks traktować czysto sportowo. Prawdopodobnie wielu ludzi ośmielił, ponieważ wykreował pewien styl zachowań, które w realnym świecie są uważane (a może trzeba powiedzieć, że w pewnych kręgach) za wstydlive. W sieci, za sprawą pewnej początkowej anonimowości przekroczone zostało tabu, w efekcie czego złamaliśmy normy obowiązujące w realnym świecie. Internet pomógł wielu ludziom realizować swoje skryte marzenia seksualne albo pewien styl życia, który dotychczas był dla nich za trudny do realizacji. Komputer znacznie to uprościł.

Klara: „Rok temu poznałam na czacie wspaniałego faceta. Po prostu ideał... Przystojny, inteligentny... Zasypywał mnie prezentami i komplementami. Mam 29, on 32 lata. Marzyłam o tym, by w końcu ułożyć sobie życie... A on opowiadał wspaniałe bajki o naszym wspólnym życiu, o rodzinie... dzieciach... Teraz jesteśmy trzy tygodnie przed ślubem... I co?... Właśnie odkryłam po raz drugi, że on romansuje z innymi kobietami... Przez internet, sms-y... i kto wie, jak jeszcze... Za pierwszym razem obiecywał, przysięgał, że to koniec, że więcej nie będzie... I robi to dalej... Tylko, że ja jestem teraz w trzecim miesiącu ciąży”.

Gośka: „Ja jestem tą ‘złą’ stroną. W moim małżeństwie zaczęła się monotonia, chociaż jesteśmy małżeństwem niespełna siedem lat. Dlatego zaczęłam wchodzić na neta, później na czat, gadu-gadu. Poznałam tam

wielu mężczyzn, którzy mi mówili rzeczy, których mąż mi nie mówił. Wtedy zaczęłam brnąć w to coraz bardziej. Zaczęłam się z jednym z nich spotykać, aż zaszałam z nim w ciążę. On jest też żonaty i ma dziecko. Odkąd jestem w ciąży, mąż się zmienił (to będzie pierwsze dziecko). Teraz czuję się przez niego zauważona i kochana, ale czy musiało do tego dojść? Ale również zrozumiałam, ile mogłam stracić, choć właściwie nadal mogę, bo jak mąż się dowie, to mi nie wybaczy”.

Ryszard: „Jestem facetem z 15-letnim stażem małżeńskim. Moja pasja to komputery i poświęcam im dużo czasu. I ja, i moja żona spędzamy dużo czasu na czatach. Oboje romansujemy w internecie, ale to jest zabawa i tak to traktujemy. Ktoś, kto robi to poważnie, musi mieć jakieś braki. Pary powinny rozmawiać, czego im potrzeba i co mogą sobie nawzajem dać. My to zrobiliśmy i mnie nigdy podczas czatowania nie zdarzyło się myśleć o zdradzie. Moja żona na początku była zazdrosna, ale gdy sama zaczęła pisać rozumiała, że to może być zabawa”.

Jeśli w internecie można kogoś poznać, poflirtować z nim czy zakochać się, a także uprawiać seks, to muszą istnieć zdrady. Na świecie prowadzone są już badania na ten temat. Dr Monica Therese Whitty, z Queen’s University Belfast, prowadziła w 2002 roku badania na temat stosunku do zdrady w cyberprzestrzeni i poza nią. Badania miały dostarczyć odpowiedź na temat stosunku badanych do: zdrady fizycznej, zdrady emocjonalnej i pornografii. Dr Whitty przebadła 1117 osób w wieku od 17 do 70 lat. Autorka zdefiniowała zdradę fizyczną jako stosunki seksualne w realnym świecie, a cyberseks² i hot chat³ jako jej odpowiedniki w kontaktach poprzez internet. Zdradę emocjonalną – jako dzielenie się intymnymi szczegółami z osobami płci przeciwnej i rozwijanie z nimi relacji nieseksualnych.

Z badań dr Whitty wynika, że osoby w wieku 17–22 lata, będące w związkach, dużo częściej uznawały zdradę fizyczną za zdradę niż w innych grupach wiekowych. Najbardziej tolerancyjna wobec takiej zdrady jest grupa osób pozostających w związkach, a mających 23–44 lata (dzieci rewolucji seksualnej). Inaczej się rzecz ma w tej samej grupie wiekowej, ale wśród samotnych. Ci są dużo bardziej restrykcyjni. Najrzadziej na zdradę fizyczną jako na akt zdrady wskazują osoby samotne w wieku 45–70 lat.

Badania pokazały, że kobiety częściej niż mężczyźni postrzegają akty seksualne jako zamach na lojalność w związku. I to nie jest zaskoczeniem. Ale zaskoczeniem może być fakt, że młodzi generalnie traktują zdradę fizyczną bardziej restrykcyjnie niż starsi. Można postawić tezę, że być może

²Cybersex jest definiowany jako uzyskiwanie satysfakcji seksualnej w czasie kontaktów z drugą osobą w sieci.

³Hot chat jest definiowany jako rodzaj relacji wykraczający poza lekki flirt.

jest to efekt kampanii informacyjnej stawiającej na wierność jako sposobu walki z AIDS. Jednak tę tezę należałoby w przyszłości zweryfikować.

Ciekawym faktem wynikającym z tych badań jest to, że badani postrzegają pewne zachowania pojawiające się w sieci, jako akty zdrady. Uważają oni, że akty seksualne zarówno w sieci, jak i poza nią są zagrożeniem dla związku większym niż oglądanie pornografii. To jest warte podkreślenia, bo przecież w czasie uprawiania cyberseksu nie ma wzajemnego dotykania się, a więcej nagości można dostrzec podczas oglądania pornografii. Czyżby więc zmieniał się wraz z pojawieniem się seksu w sieci zakres pojmowania pewnych zachowań jako aktów zdrady? Okazuje się, że tak. Jako akt zdrady postrzegana jest nie tylko zdrada fizyczna czy masturbowanie się przed komputerem, które świadczą o tym, że partner zaczyna poszukiwać atrakcji poza związkiem. Cyberseks jest groźny dla związku i postrzegany jest jako akt zdrady dużo bardziej niż pornografia, ponieważ jest mało prawdopodobne, że partner czy partnerka spotka się z gwiazdą porno. Natomiast nie jest wykluczone, że spotka się z kochankiem z sieci.

Ważnym wnioskiem wynikającym z tych badań jest fakt, że te same kategorie zdrady (fizyczna, emocjonalna, pornografia) mają miejsce w sieci i poza nią. Poza tym badania pokazały, że przeżycia w sieci mają ogromny wpływ na realne życie. W dotychczasowych badaniach podkreślano, że brak kontaktu cielesnego w sieci powoduje, że zachowania te powinny otrzymać osobną kategorię, nie do końca mieszczącą się w codziennych relacjach. Okazuje się jednak, że spotkanie umysłów (a meeting of minds) ma ogromne znaczenie dla relacji pomiędzy ludźmi. Mało tego, badani odróżniają w sieci zdradę emocjonalną (ujawnianie szczegółów intymnych) od fizycznej (cyberseks). Badania pokazały, że ludzie postrzegają akty zdrady w sieci za tak samo realne i ważne jak w rzeczywistości. Brak kontaktu cielesnego nie oznacza, że zachowanie jest nierealne. Poza tym zawsze istnieje niebezpieczeństwo dla związku, że relacje z sieci zostaną przeniesione do prawdziwego świata.

W niniejszym opracowaniu próbowałam pokazać, że transhumanizm nie do końca jest fantastyką. Posthuman rozwija się na naszych oczach. Niektórzy internauci, nie będąc tego świadomi, przechodzą powoli w stan postludzki.

Literatura

IZDEBSKI Z. (2006), Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005, Zielona Góra.

Źródło informacji o badaniach:

<http://health.groups.yahoo.com/group/cyberpsychology>

www.fenichel.com/current.shtml

Krzysztof Wąż*

POGLĄDY NASTOLATKÓW NA TEMAT PROKREACJI

Decyzja o rozpoczęciu współżycia płciowego powinna łączyć się z osiągnięciem pełnej dojrzałości nie tylko tej biologicznej, ale również psychicznej i społecznej. Tylko wtedy, decydując się na ten krok, młodzi ludzie będą pamiętać, że ta decyzja wiąże się z podjęciem odpowiedzialności za drugiego człowieka, szacunkiem dla partnera, a także zdolnością kontrolowania swoich zachowań i emocji oraz pełną świadomością wszelkich konsekwencji podejmowanych aktów seksualnych. Aktywności seksualnej powinna towarzyszyć wzajemna miłość, dojrzałość psychiczna, zgodność z systemem wartości.

Tymczasem rzeczywiste motywy rozpoczęcia aktywności seksualnej trudno pogodzić z postawą odpowiedzialności. Z. Izdebski, na podstawie swoich badań, twierdzi, iż u chłopców są to najczęściej: potrzeba biologiczna objawiająca się silnym popędem seksualnym, miłość i fascynacja drugą osobą, ciekawość, wpływy kulturowe. U dziewcząt natomiast na decyzję o rozpoczęciu współżycia wpływają przede wszystkim: uczucie — gotowość okazania miłości swojemu chłopakowi i napięcie seksualne — choć znacznie mniejsze niż u chłopców (Izdebski, Ostrowska 2003).

Podobny obraz motywacji związanej z inicjacją seksualną odnajdujemy w wypowiedziach Zbigniewa Lwa-Starowicza. Według niego, u młodych mężczyzn podejmowanie życia płciowego najczęściej łączy się z: ciekawością, potrzebą bycia dorosłym, rozładowaniem napięcia seksualnego. U partnerki szukają głównie uzyskania jej zgody oraz atrakcyjności biologicznej. Uczucia dziewczyny, następstwa psychiczne powstające u niej wskutek rozpoczęcia współżycia są poza zasięgiem wyobraźni i myślenia partnera. Dla młodych chłopców często liczy się sam biologiczny seks, poczucie prestiżu wobec kolegów, przekonanie o swojej dorosłości i podbudowa własnej wartości. Inaczej wygląda inicjacja seksualna w przypadku dojrzewających dziewcząt. Najczęściej ma pozaseksualne motywy. Ich erotyzm rozwija się później i presja biologiczna jest mniejsza lub nawet nie występują biologiczne napięcia.

*Krzysztof Wąż – pedagog, pracownik Poradni Młodzieżowej Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Oczywiście, dla nich także motywem może być ciekawość, potrzeba bycia dorosłą, pragnienie zatrzymania przy sobie sympatii. Oddanie często utożsamiają z „dowodem swojej miłości” (Lew-Starowicz 1987).

Młodzi ludzie coraz wcześniej rozpoczynają życie płciowe. Średnia wieku inicjacji seksualnej wyniosła w badaniach Z. Izdebskiego z roku 2005 – 18,42 lat, przy czym najniższy wiek inicjacji wskazany przez respondentów to 8 lat, zaś najwyższy – 31 lat. Podobnie jak we wcześniejszych latach, zaobserwowano istotną różnicę między średnim wiekiem inicjacji u mężczyzn (18,08) i u kobiet (18,82). Średni wiek rozpoczęcia życia płciowego obniżył się w stosunku do lat poprzednich. W roku 1997 wynosił on 18,43 dla mężczyzn, a 19,34 dla kobiet. W 2001 roku średnie wynosiły odpowiednio 18,32 i 19,12 lat (Izdebski 2006). Dane na temat wczesnej inicjacji seksualnej odnajdujemy w relacjach z badań B. Woynarowskiej (Woynarowska 2006). Wykazały one, że wśród uczniów III klasy gimnazjum stosunek płciowy odbyło już 20,9% chłopców i 9,2% dziewcząt. Średni wiek inicjacji seksualnej w tej zbiorowości wynosił u chłopców 14,1 lat, u dziewcząt 14,7 lat.

Istnieje wiele czynników, które w znaczny sposób przyczyniają się do wczesnej inicjacji. Należy do nich zażywanie narkotyków, palenie papierosów, picie alkoholu. Jednak w największym stopniu wpływa stosunek do religii. Najwcześniej inicjację podejmują osoby niewierzące (Izdebski, Ostrowska 2003).

Wczesnej inicjacji nie towarzyszy powszechne stosowanie antykoncepcji. Wśród młodzieży aktywnej seksualnie, w czasie ostatniego stosunku płciowego 27% badanych nie stosowało żadnej metody zapobiegania ciąży, w tym także prezerwatyw (Woynarowska 2006). Z innych badań wynika, iż wśród osób, które inicjowały seksualnie tylko 57% zawsze zabezpiecza się podczas stosunków płciowych. Niemal trzech na czterech respondentów (72%) deklaruje, że podczas pierwszego stosunku seksualnego użyło prezerwatywy. Następnie 23% wskazuje na stosunek przerywany, a 10% na tabletki antykoncepcyjne (Izdebski 2006).

Zbyt wczesne i nieodpowiedzialne podejmowanie współżycia seksualnego, a także brak wiedzy z zakresu antykoncepcji, niosą za sobą liczne negatywne konsekwencje. Jedną z nich są ciąży nastolatek. W Polsce problem ten trudno uznać za zjawisko marginalne. W 2004 roku na 356 131 żywych urodzeń dzieci, w 20 502 przypadkach matkami były dziewczęta, które w momencie porodu nie przekroczyły 19 roku życia (dane GUS). Czyli młodociane matki, tj. dziewczęta, które zaszły w ciążę przed ukończeniem 18 roku życia, stanowiły 5,8% wszystkich kobiet rodzących dzieci w tym okresie. Są to dane oficjalne i trudno oszacować, ile zostało wykonanych nielegalnych aborcji w tej grupie wiekowej. Wiemy jednak, że nastolatki

decydują się czasami na zabieg, nierzadko za przyzwoleniem swych rodziców, bądź też bez ich wiedzy. Tak więc liczba ciąż osób niepełnoletnich jest z pewnością wyższa niż liczba urodzeń żywych wskazywana w źródłach oficjalnych. Statystyka nie oddaje, oczywiście, w pełni dramatyzmu sytuacji. Ciąża i poród nastolatki, ale również ojcostwo nastolatka to zawsze osobista tragedia dla nich i dla ich rodziny.

W świetle przytoczonych danych, ważnym zadaniem jawi się efektywna edukacja seksualna, zwłaszcza że raport Światowej Organizacji Zdrowia z 1997 r. „Wpływ edukacji seksualnej na zachowania młodych ludzi” wskazuje m.in., że dobrej jakości programy edukacyjne pomagają opóźnić wiek inicjacji seksualnej, ochronić młodzież przed chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz przed zajściem w niepożądaną ciążę. Edukacja trwa przez całe życie. I chociaż znaczącą rolę powinna odgrywać w niej rodzina, to często rodzice nie potrafią lub nie czują się na siłach, by w odpowiednim czasie i w odpowiedni sposób rozmawiać z dziećmi na te, niejednokrotnie trudne dla nich, tematy. Tym większa rola w tym zakresie przypada edukacji szkolnej.

Podczas konferencji ONZ na rzecz ludności i rozwoju w 1994 r. w Kairze i IV Światowej Konferencji na Rzecz Kobiet w 1995 r. w Pekinie wypracowano międzynarodowe standardy edukacji seksualnej, według których młodzież powinna otrzymywać zgodną ze stanem wiedzy medycznej informację na temat seksualności człowieka, nowoczesnych i skutecznych metodach zapobiegania ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową oraz sposobów ich uniknięcia. Powinna także mieć zapewniony dostęp do usług, które zgodnie z ich potrzebami przyczyniłyby się do kształtowania pozytywnego i odpowiedzialnego podejścia do własnej seksualności.

W Polsce realizacja edukacji seksualnej w szkołach wynika z art. 4 ustęp 3 ustawy z dn. 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Chociaż w naszym kraju nadal istnieje podział na zdecydowanych przeciwników i zwolenników edukacji seksualnej, to możemy zaobserwować coraz większe przyzwolenie społeczne na realizację tych zajęć. Z badań Z. Izdebskiego wynika, iż w 1997 roku 88% badanych uznało, że w szkołach powinno się prowadzić zajęcia wychowania seksualnego, zaś w roku 2001 odsetek ten zwiększył się do 91%. Cztery lata później, w roku 2005 wynosił 92%. Zatem w kolejnych turach badania systematycznie wzrastał odsetek osób zdecydowanie opowiadających się za prowadzeniem wychowania seksualnego w szkołach.

We wszystkich turach badania najwięcej osób uznało, że celem wychowania seksualnego powinno być uczenie dzieci, jak uchronić się przed

chorobami przenoszonymi drogą płciową – w tym HIV/AIDS. Zdania takiego było 85% respondentów w roku 2005. Wyższy niż we wcześniejszych turach badań był odsetek osób uważających, iż zajęcia z zakresu edukacji seksualnej powinny być poświęcone metodom zapobiegania ciąży (w 1997 r. – 78%, w 2001 r. – 74%, zaś w 2005 r. – 81%). Zaskakujące jest, iż młodzi ludzie (w wieku 15–17 lat) częściej niż ogół badanych akcentowali, iż zajęcia takie powinny przekonywać do niepodejmowania współżycia seksualnego przed ślubem. Co więcej – młodym mniej zależy też na konkretnej wiedzy dotyczącej czerpania przyjemności z seksu, czy informacjach o rozwoju psychicznym i fizycznym (Izdebski 2006).

*

W niniejszej publikacji podjęta zostanie próba dokonania diagnozy poglądów nastolatków na temat prokreacji.

Badania zrealizowano jesienią 2004 roku w 24 szkołach usytuowanych w trzech województwach zachodniej Polski: zachodniopomorskim, lubuskim i dolnośląskim; wzięło w nich udział 1909 osób. W całej próbie odnotowano dwa razy więcej dziewcząt (66,7%) niż chłopców (33,3%). Wśród uczestników badania 43,2% stanowili uczniowie liceów ogólnokształcących, 28,1% – gimnazjów, 20,0% – techników, 8,8% – zasadniczych szkół zawodowych. Średni wiek respondentów wyniósł 16 lat.

Zróznicowanie opinii widać bardzo wyraźnie w przypadku stanowiska wobec **aktywności seksualnej nastolatków**. Niemal jedna czwarta osób była zdania, że współżycie płciowe w ich wieku jest czymś normalnym. Ponad połowa badanej młodzieży podzielała pogląd, że osoby w ich wieku mogą podejmować pewne formy aktywności seksualnej, ale z całkowitym wyłączeniem stosunków płciowych. Tylko 13% respondentów opowiedziało się za najbardziej restrykcyjnym stanowiskiem twierdząc, że osoby w ich wieku zdecydowanie nie powinny jeszcze podejmować żadnej formy aktywności seksualnej (nawet pieszczot). (Tabela 1.)

Chłopcy prezentowali poglądy bardziej przyzwalające, tj. nieco rzadziej w porównaniu z dziewczętami opowiadali się za normą „osoby w moim wieku zdecydowanie nie powinny jeszcze podejmować aktywności seksualnej” oraz znacznie częściej wyrażali aprobatę dla normy „współżycie płciowe osób w moim wieku jest czymś normalnym” (zależność między zmiennymi istotna statystycznie; $\chi^2=55,225$; $df=3$; $p<0,001$).

Respondentów poproszono ponadto o wyrażenie własnego stosunku do dwóch poglądów ściśle związanych z aktywnością seksualną nastolatków.

Tabela 1. Poglądy na temat aktywności seksualnej a płeć respondentów (N=1883).

Poglądy na temat aktywności seksualnej	Płeć				Ogółem	
	dziewczyna		chłopak		N	%
	N	%	N	%		
Osoby w moim wieku zdecydowanie nie powinny jeszcze podejmować żadnej formy aktywności seksualnej	173	13,8	75	11,9	248	13,2
Osoby w moim wieku mogą podejmować pewne formy aktywności seksualnej	676	53,9	318	50,6	994	52,8
Współżycie płciowe osób w moim wieku jest czymś normalnym	243	19,4	203	32,3	446	23,7
Mam inny pogląd	162	12,9	33	5,2	195	10,4
	1254	100,0	629	100,0	1883	100,0

Niemal wszyscy badani uczniowie (95%) aprobują twierdzenie, iż „**istnieje wiele sposobów — a nie tylko uprawianie seksu — aby bliższej osobie okazać, że nam na niej zależy**”. Płeć respondentów różnicuje stopień aprobaty wyrażany dla tego stwierdzenia. Dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy wybierały kategorię odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się” (zależność między zmiennymi istotna statystycznie; $\chi^2 = 132,070$; $df=3$; $p < 0,001$).

Jednak to przekonanie nie oznacza, że wszyscy czy – choćby – większość ograniczy się do tych innych, poza seksem, sposobów. Jedną z przyczyn odnajdujemy w ocenie trafności kolejnego poglądu. Więcej niż połowa respondentów (54,8%) zgodziła się z twierdzeniem, iż „**to presja rówieśników powoduje, że wielu nastolatków rozpoczyna życie seksualne**”. Płeć nie różnicuje poglądów badanych uczniów w znaczący sposób.

Większość respondentów uważało, że **rozpoczęcie życia seksualnego** może nastąpić przed ukończeniem 20 roku życia, przy czym niemal jedna czwarta sytuowała ten moment jeszcze wcześniej, przed osiągnięciem dorosłości. Należy tu powiedzieć, że młodzież pytano o wiek, w którym – ich zdaniem – można podejmować **odpowiedzialne decyzje** w odniesieniu do inicjacji seksualnej. W tym kontekście można mieć wątpliwości co do trafności rozumienia tego pojęcia przez część respondentów. Dane w tabeli 2. Chłopcy niemal dwa razy częściej niż dziewczęta uznawali, iż aktywność seksualną mogą podejmować osoby, które nie ukończyły jeszcze 18 roku ży-

cia (zależność między płcią a omawianym poglądem istotna statystycznie: chi kwadra $t=72,965$; $df=4$; $p < 0,001$).

Tabela 2. Wiek właściwy do podjęcia decyzji o rozpoczęciu życia seksualnego a płeć (N=1909).

W jakim wieku można podjąć decyzję o rozpoczęciu życia seksualnego?	Płeć				Ogółem	
	dziewczyna		chłopak			
	N	%	N	%	N	%
do 18 lat	241	18,9	207	32,6	448	23,5
18 – 19	444	34,9	144	22,6	588	30,8
20 – 21	188	14,8	102	16,0	290	15,2
powyżej 21	60	4,7	55	8,7	115	6,0
brak danych	340	26,7	128	20,1	468	24,5
Ogółem	1273	100,0	636	100,0	1909	100,0

Wyraźne zróżnicowanie opinii widać w stosunku badanych do **metod zapobiegania ciąży**. Dominowały dwie opcje: rygorystyczna, zbieżna ze stanowiskiem Kościoła - „uznają tylko stosowanie metod naturalnych” (35,0%) oraz liberalna, przyzwalająca - „uznają stosowanie wszystkich metod” (31,2%). Dane w tabeli 3 wskazują na ogromny rozrzut opinii w omawianym zakresie. Bardzo duże różnice odnotowano w poglądach badanych

Tabela 3. Stosunek do metod zapobiegania ciąży a płeć respondentów (N=1877).

Stosunek do metod zapobiegania ciąży	Płeć				Ogółem	
	dziewczyna		chłopak			
	N	%	N	%	N	%
Potępiam je	135	10,8	138	22,1	273	14,5
Uznają tylko stosowanie metod naturalnych	386	30,8	271	43,4	657	35,0
Uznają stosowanie niektórych innych metod	285	22,8	77	12,3	362	19,3
Uznają stosowanie wszystkich dostępnych metod	446	35,6	139	22,2	585	31,2
	1252	100,0	625	100,0	1877	100,0

dziewcząt i chłopców. Dziewczęta częściej niż chłopcy wybierały twierdzenia charakterystyczne dla postawy przyzwalającej, to jest: uznawanie niektó-

rych innych, poza naturalnymi, metod zapobiegania ciąży oraz uznawanie stosowania wszystkich dostępnych metod. Rzadziej niż ich koleżdy wskazywały na twierdzenia charakterystyczne dla postawy restrykcyjnej, to jest: potępienie metod zapobiegania ciąży i uznawanie tylko metod naturalnych (zależność między zmiennymi istotna statystycznie; $\chi^2 = 102,813$; $df=3$; $p < 0,001$).

Respondentów poproszono, aby określili swoje postępowanie w przypadku **zajścia w nieplanowaną ciążę (spowodowania nieplanowanej ciąży)**. Odnotowano w tym przypadku dużą zbieżność opinii. Ponad 4/5 (85,5%) uczestników badania deklaruje, że zdecydowałaby się zatrzymać niemowlę przy sobie; 3,1% podaje, że oddałoby niemowlę do adopcji, a 10,6% zdecydowałoby się na przerwanie ciąży. Na umieszczenie niemowlęcia w domu dziecka zdecydowałoby się zaledwie 0,8% uczestników badania.

Tabela 4. Reakcja na nieplanowaną ciążę a płeć respondentów (N=1884).

Co byś zrobiła, gdybyś zaszła w nieplanowaną ciążę? Co byś zrobił, gdybyś spowodował nieplanowana ciążę?	Płeć				Ogółem	
	dziewczyna		chłopak		N	%
	N	%	N	%		
Zatrzymał(a)bym niemowlę przy sobie	1107	87,6	503	81,0	1610	85,5
Oddał(a)bym niemowlę do adopcji	25	2,0	33	5,3	58	3,1
Zdecydował(a)bym się na przerwanie ciąży	129	10,2	71	11,4	200	10,6
Umieścił(a)bym niemowlę w domu dziecka	2	0,2	14	2,3	16	0,8
	1263	100,0	621	100,0	1884	100,0

Dziewczęta częściej niż chłopcy dokonywały najbardziej popularnego wyboru – „zatrzymał(a)bym niemowlę przy sobie”, rzadziej zaś wskazywały inne możliwości (zależność między zmiennymi istotna statystycznie; $\chi^2 = 39,311$; $df=3$; $p < 0,001$).

Spokój i optymizm cechuje poglądy badanych nastolatków odnoszące się do ich przyszłych decyzji prokreacyjnych i towarzyszących im uwarunkowań. Zdecydowana większość uczestników badania **planuje posiadanie dzieci** – uzyskano 56,6% odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz 27,9% odpowiedzi „raczej tak”. Jak widać niewielu wyobraża sobie swoje życie pozbawione

radości i trosk towarzyszących rodzicielstwu. Dane w tabeli 5.

Tabela 5. Chęć posiadania dzieci a płeć respondentów (N=1904).

Chęć posiadania dzieci	Płeć				Ogółem	
	dziewczyna		chłopak			
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie nie	12	0,9	7	1,1	19	1,0
Raczej nie	27	2,1	23	3,6	50	2,6
Nie wiem jeszcze	107	8,4	119	18,8	226	11,9
Raczej tak	340	26,7	192	30,4	532	27,9
Zdecydowanie tak	786	61,8	291	46,0	1077	56,6
	1272	100,00	632	100,00	1904	100,00

Dziewczęta zdecydowanie częściej planują w przyszłości posiadanie dzieci niż chłopcy (zależność między zmiennymi istotna statystycznie; $\chi^2 = 63,171$; $df=4$; $p < 0,001$).

Dwie trzecie respondentów **planuje posiadanie dwojga dzieci**. Tak więc dominuje we wskazaniach model rodziny (a raczej – dietności) do niedawna powszechnie podzielany. Dorośli Polacy swoje decyzje prokreacyjne coraz częściej jednak ograniczają do jednego potomka. Za taką opcją wypowiedziało się 14,7% nastolatków. Podobna co do liczebności grupa respondentów chciałaby w przyszłości mieć więcej niż dwoje dzieci, przy czym na rodzinę naprawdę wielodzietną (czworo i więcej dzieci) chce się zdecydować tylko 2,9% osób. Dane w tabeli 6.

Tabela 6. Liczba planowanych dzieci a płeć badanych (N=1909).

Liczba planowanych dzieci	Płeć				Ogółem	
	dziewczyna		chłopak			
	N	%	N	%	N	%
brak danych	71	5,6	42	6,6	113	5,9
jedno	152	11,9	129	20,3	281	14,7
dwoje	876	68,8	384	60,4	1260	66,0
troje	139	10,9	60	9,4	199	10,4
czworo i więcej	35	2,7	21	3,3	56	3,0
	1273	100,0	636	100,0	1909	100,0

Chłopcy częściej od dziewcząt chcieliby mieć w przyszłości jedynaków, rzadziej natomiast niż ich koleżanki opowiadają się za rodziną z dwójką dzieci (zależność między zmiennymi istotna statystycznie; $\chi^2 = 26,721$; $df=4$; $p < 0,001$). Ponad 80% respondentów (po uwzględnieniu tylko tych osób, które udzieliły na to pytanie odpowiedzi) uznało wiek powyżej 21 lat jako czas sprzyjający podejmowaniu odpowiedzialnych **decyzji o posiadaniu dziecka**. Tak więc badani nastolatki wyraźnie oddzielali od siebie dwa ważne momenty w ich życiu, to jest inicjację seksualną i planowanie potomstwa. Ta kilkuletnia różnica czasowa dla większości z nich może być wypełniona intymnymi kontaktami z osobami bliskimi, które jednak nie wiążą się — przynajmniej w zamyśle ich uczestników — z prokreacją.

Tabela 7. Wiek konieczny do podjęcia decyzji o posiadaniu dziecka a płeć badanych (N=1909).

Wiek konieczny do podjęcia decyzji o posiadaniu dziecka	Płeć				Ogółem	
	dziewczyna		chłopak			
	N	%	N	%	N	%
do 18 lat	1	0,1	8	1,3	9	0,5
18–19 lat	26	2,0	18	2,8	44	2,3
20–21 lat	125	9,8	60	9,4	185	9,7
powyżej 21	805	63,2	426	67,0	1231	64,5
brak danych	316	24,9	124	19,5	440	23,0
	1273	100,0	636	100,0	1909	100,0

Chłopcy częściej niż dziewczęta uznawali wiek powyżej 21 lat jako czas sprzyjający podejmowaniu decyzji o posiadaniu dziecka, chociaż w przypadku zarówno uczniów jak i uczennic to właśnie ten okres wybrało ponad 60% respondentów (zależność między zmiennymi istotna statystycznie; $\chi^2 = 19,861$; $df=4$; $p < 0,001$).

W toku analizy wyników badań okazało się, że oprócz płci również inne czynniki (cechy psychospołeczne osób badanych) różnicują poglądy nastolatków na temat prokreacji.

Kolejną cechą badanych różnicującą w sposób wyrazisty ich poglądy w badanym zakresie był **typ religijności**. Należy przy tym zauważyć, iż kategorią respondentów, która prezentowała poglądy na temat rodziny, prokreacji i rodzicielstwa istotnie różniące się od poglądów pozostałych uczniów, były osoby najbardziej zaangażowane religijnie (wierzące i systematycznie praktykujące). Jak łatwo można było przewidywać, wypowiedzi

tej grupy nastolatków cechował rygoryzm moralny i przywiązanie do tradycyjnych wartości związanych z rodziną, prokreacją i rodzicielstwem.

Osoby wierzące i systematycznie praktykujące częściej niż pozostali respondenci:

- prezentowały poglądy rygorystyczne w odniesieniu do aktywności seksualnej nastolatków,
- planowały w przyszłości posiadanie dzieci,
- wybierały model rodziny z licznym potomstwem,
- wskazywały na okres po 21 roku życia jako optymalny do podejmowania decyzji prokreacyjnych,
- w przypadku zajścia w nieplanowaną ciążę zdecydowałyby się zatrzymać niemowlę przy sobie. Osoby wierzące i systematycznie praktykujące rzadziej niż pozostali respondenci:
- zgadzały się z poglądem, iż *to presja rówieśników powoduje, że wielu nastolatków rozpoczyna życie seksualne*,
- uważały, że rozpoczęcie życia seksualnego może nastąpić przed ukończeniem 18 roku życia.

Wśród zmiennych niezależnych umieszczono również **fakt posiadania przez osobę badaną dziewczyny/chłopaka**. Okazało się, że w kilku kwestiach związanych z prokreacją wyróżniają się poglądy osób, które mają chłopca/dziewczynę i myślą o wspólnej przyszłości. Częściej niż pozostali respondenci planowały w przyszłości posiadanie dzieci, rzadziej zaś wskazywały na okres po 21 roku życia jako optymalny do podejmowania decyzji prokreacyjnych.

Zmienną niezależną w znaczącym zakresie różnicującą poglądy nastolatków na prokreację okazało się **wykształcenie rodziców** i to zarówno w odniesieniu do matki, jak i ojca. Można zauważyć, że dzieci rodziców legitymujących się wysokim poziomem wykształcenia posiadają poglądy na ogół bardziej liberalne oraz nacechowane mniejszą dozą odpowiedzialności. Badani, których matki posiadają wyższe wykształcenie częściej niż pozostali respondenci wybierali poglądy charakterystyczne dla postawy przyzwalającej w odniesieniu do metod zapobiegania ciąży, rzadziej zaś uważali, że rozpoczęcie życia seksualnego może nastąpić przed ukończeniem 18 roku życia oraz zdecydowałiby się zatrzymać niemowlę przy sobie w przypadku zajścia w nieplanowaną ciążę.

Badani, których ojcowie posiadają wyższe wykształcenie częściej niż pozostali respondenci zgadzali się z twierdzeniem, iż *to presja rówieśników powoduje, że wielu nastolatków rozpoczyna życie seksualne* oraz wybierali poglądy charakterystyczne dla postawy przyzwalającej w odniesieniu do

metod zapobiegania ciąży, rzadziej zaś niż pozostali respondenci w przypadku *zajścia w nieplanowaną ciążę* zdecydowaliby się zatrzymać niemowlę przy sobie.

Pomimo że różnice wieku pomiędzy osobami badanymi były niewielkie, to wiek uczniów okazał się też zmienną, która różnicowała niektóre poglądy respondentów. Osoby starsze (uczniowie szkół ponadgimnazjalnych) częściej niż młodsze (uczniowie trzecich klas gimnazjów) prezentowały poglądy przyzwalające w odniesieniu do aktywności seksualnej nastolatków, rzadziej zaś zgadzały się z twierdzeniem, iż *to presja rówieśników powoduje, że wielu nastolatków rozpoczyna życie seksualne*: uważały, że rozpoczęcie życia seksualnego może nastąpić przed ukończeniem 18 roku życia oraz deklarowały, iż zdecydowałyby się zatrzymać niemowlę przy sobie w przypadku zajścia w nieplanowaną ciążę (spowodowania nieplanowanej ciąży).

*

Jaki kształt poglądów nastolatków na temat prokreacji wyłania się z przeprowadzonej diagnozy?

- Badani uczniowie zdecydowanie oddzielają prokreację od podejmowania aktywności seksualnej. Większość z nich uznaje za dopuszczalne lub wręcz normalne istnienie kontaktów seksualnych między osobami w ich wieku. Mniejsze przyzwolenie widać w tym zakresie w poglądach dziewcząt. To one, częściej od chłopców, dostrzegają inne sposoby – poza seksem – okazywania swoich uczuć bliskiej osobie.
- Większość badanych nastolatków uznaje wiek 18 – 19 lat za właściwy do rozpoczęcia współżycia płciowego. Dziewczęta o wiele rzadziej lokują ten moment przed uzyskaniem pełnoletniości.
- Wyraźne zróżnicowanie opinii widać w stosunku badanych do metod zapobiegania ciąży, przy czym dziewczęta częściej niż chłopcy wybierały twierdzenia charakterystyczne dla postawy przyzwalającej, rzadziej natomiast niż ich koledzy wskazywały na twierdzenia charakterystyczne dla postawy restrykcyjnej.
- Jeśli chodzi o przewidywaną reakcję na nieplanowaną ciążę, to zdecydowana większość respondentów deklaruje w takiej sytuacji zatrzymanie dziecka przy sobie, choć i tu dziewczęta częściej niż chłopcy wykluczają mniej korzystne dla dziecka rozwiązania.
- Większość respondentów planuje w przyszłości mieć dzieci. Dziewczęta, częściej niż chłopcy, nie wyobrażają sobie przyszłości bez macierzyństwa, chcą mieć nieco liczniejsze potomstwo i nieco później.

Można więc stwierdzić, iż dziewczęta prezentują bardziej odpowiedzialne postawy wobec prokreacji niż chłopcy. Być może waży na tym ich większa dojrzałość (co jest znaną prawidłowością rozwojową), być może ma to większy związek ze specyfiką ich socjalizacji i, związaną z nią, świadomością skutków nieodpowiedzialnego postępowania dla dziewczyny – przyszłej matki.

Literatura

- IZDEBSKI Z., OSTROWSKA A. (2003), Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków, Warszawa.
- IZDEBSKI Z. (2006), Rzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997-2001-2005, Zielona Góra.
- JACZEWSKI A. (1993), Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania, Warszawa.
- LEW-STAROWICZ Z. (1987), Barwy seksu, Warszawa.
- WOYNAROWSKA B., MAŁKOWSKA A., TABAK I. (2006), Zachowania seksualne młodzieży w wieku 16 i 18 lat w Polsce, Ginekologia Polska.

Bohdan Bielski*

STANDARDY W POSTĘPOWANIU Z DZIEĆMI – OFIARAMI PRZEMOCY SEKSUALNEJ W PRAKTYCE SĄDOWEJ W POLSCE

Definicje wykorzystywania seksualnego dziecka

Określenie „seksualne molestowanie dziecka” jest pojęciem bardzo nieostrym, a jego zakres i znaczenie zależy od celu, w jakim jest stosowane i norm, do których jest odnoszone. Czym innym jest definicja, a więc zakres takiego pojęcia, powszechnie stosowana przez praktyków, czym innym definicje naukowe, a czym innym prawno-karne. Wystarczy powiedzieć, że określenie „molestowanie seksualne” jest używane zamiennie z określeniem „wykorzystywanie seksualne”. W tle tych dwóch określeń używa się określenia „pedofilia”.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, wykorzystywanie seksualne dziecka to włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi pomiędzy dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy.

Aktywność taka może dotyczyć namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne, wykorzystywania dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym, wykorzystywania dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym.

Zgodnie z definicją K.C. Faller (1988), wykorzystywanie seksualne to każdy akt pomiędzy osobami o różnym stopniu rozwoju, którego celem jest gratyfikacja seksualna osoby na wyższym stopniu rozwoju.

***Bohdan Bielski** – psycholog, asystent w zakładzie Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego.

W niniejszej pracy pojęcie „molestowanie seksualne” będzie rozumiane zgodnie z brzmieniem art. 200 par. 1 kodeksu karnego jako doprowadzenie osoby małoletniej poniżej lat 15 do obcowania płciowego lub poddania się (wykonania) innej czynności seksualnej. W rozumieniu kodeksu karnego obcowanie płciowe to stosunek seksualny polegający na wprowadzeniu członka do pochwy oraz surogaty takiego spółkowania traktowane przez sprawcę jako ekwiwalentne i równoważne spółkowaniu. Inna czynność seksualna to takie zachowanie, które – nie mieszcząc się w opisanym wyżej pojęciu obcowania płciowego – jest związane z szeroko rozumianym życiem płciowym człowieka i przedmiotowo polega na cielesnym kontakcie sprawcy z pokrzywdzonym lub przynajmniej na cielesnym i mającym charakter seksualny zaangażowaniu się ofiary (Filar 2004, 42).

Jakkolwiek prawnicy mogą spierać się z psychologami o definicje pedofilii, to dla bytu przestępstwa jednoznaczna i bezdyskusyjna jest granica wieku pokrzywdzonego – poniżej lat piętnastu. Mówię o sporach w podkreślonym przez prof. Mariana Filara warunku konieczności cielesnego kontaktu z pokrzywdzonym. Przecież z psychologicznego punktu widzenia wiele sytuacji, w których nie dochodzi do kontaktu cielesnego, a mających oczywisty kontekst seksualny, może stanowić zagrożenie dla szeroko rozumianego dobra dziecka. Ale dyskusja na ten temat wykraczałaby poza ramy niniejszego artykułu.

W definicjach spotykanych w literaturze psychologicznej zwraca się uwagę, że jest to działanie wobec dziecka osoby, która ma nad nim przewagę (Sajkowska 2004, 10). Przewaga ta dotyczy wieku, stopnia rozwoju oraz wynika z relacji między dzieckiem a sprawcą i nie jest uzależniona od ewentualnej zgody dziecka na zachowanie sprawcy. Osobiście uważam, iż wykorzystywanie seksualne jest zachowaniem, które – z natury swojej – zmierza do zaspokojenia potrzeb seksualnych sprawcy. Rozróżnienie to wydaje nam się istotne w praktyce sądowej, albowiem spotyka się – choć rzadko – oskarżenie o czyn z art. 200 par. 1 osoby infantylnej, która dopuszcza się zachowań stanowiących „inną czynność seksualną” w formie niedojrzałej zabawy, absolutnie nie zmierzającej do zaspokojenia popędu seksualnego. Spotkałem się z takim przypadkiem w sprawie toczącej się przed Sądem Rejonowym dla Warszawy-Mokotowa. Sprawca, to grając z dziećmi na plaży w piłkę, to zjeżdżając ze zjeżdżalni do wody, zwrócił uwagę ratownika tym, że włożył chłopcu rękę do majtek. Co gorsza, jedna z dziewczynek zeznała, że zjeżdżając za nią do basenu na zjeżdżalni, pociągnął za gumkę stanika rozpinając go. Żadne z dzieci nie odczuło jego „żartów” za krzywdzące, ani nawet za inne niż żarty, jakie robiły sobie wzajemnie. Natomiast niewątpliwie stres, jakiego doznały w toku przesłuchania uzasadniał wątpliwości, czy postępo-

wanie karne miało sens. Jednakowoż, o winie rozstrzyga sąd, zaś zadaniem prokuratora jest ściganie czynów w sytuacjach, gdy dojdzie do podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka. Ważne jest, iż w coraz większym stopniu państwo dba nie tylko o ukaranie sprawcy, lecz także o takie udowodnienie winy, by pokrzywdzone dziecko nie doznało wtórnej wiktymizacji, składając w sprawie zeznanie.

Regulacje prawne określające standard postępowania z dzieckiem – ofiarą przemocy seksualnej

Obecnie obowiązujące regulacje postępowania karnego zawierają dwa przepisy, które w możliwie dużym stopniu zabezpieczają interesy dziecka w trakcie postępowania karnego. Po pierwsze, są to specjalne warunki przesłuchania. Po drugie – obecność biegłego psychologa przy przesłuchaniu.

Art. 185a kodeksu postępowania karnego mówi: § 1. *W sprawach o przestępstwa określone w rozdziałach XXV i XXVI Kodeksu karnego pokrzywdzonego, który w chwili przesłuchania nie ukończył 15 lat, przesłuchuje się w charakterze świadka tylko raz, chyba że wyjdą na jaw istotne okoliczności, których wyjaśnienie wymaga ponownego przesłuchania, lub zażąda tego oskarżony, który nie miał obrońcy w czasie pierwszego przesłuchania pokrzywdzonego.* I dalej § 2. *Przesłuchanie przeprowadza sąd na posiedzeniu z udziałem biegłego psychologa. Prokurator, obrońca oraz pełnomocnik pokrzywdzonego mają prawo wziąć udział w przesłuchaniu. Przedstawiciel ustawowy lub osoba, pod której stałą pieczęcią przebywa dziecko, ma prawo również być obecna przy przesłuchaniu, jeżeli nie ogranicza to swobody wypowiedzi przesłuchiwanego.* § 3. *Protokół przesłuchania odczytuje się na rozprawie głównej; jeżeli został sporządzony zapis obrazu i dźwięku przesłuchania, należy go odtworzyć.*

Wprowadzenie w życie tego przepisu kończy koszmarną erę przesłuchiwania molestowanych dzieci na sali sądowej, nierzadko w obecności oskarżonego. W wielu przypadkach trauma przeżywana w takich okolicznościach przez dziecko była równie silna, jak trauma pierwotna i wtórnie je zaburzała. W praktyce zasadnicza zmiana polega na tym, że dziecko może być przesłuchane w „bezpiecznym pokoju” przez sędziego bez togi i jedynie w obecności psychologa i protokolanta. W warunkach idealnych – ale o nie w naszych realiach najtrudniej – przesłuchanie odbywa się w pokoju z jednostronnym lustrem. Dziecko jest przesłuchiwane przez sędziego i psychologa, natomiast wszyscy pozostali uczestnicy czynności, łącznie protokolantem, są w drugim pomieszczeniu obserwując czynność i słuchając zeznania za pośrednictwem łączy video. Nawet pytania zadawane są sędziemu przez telefon. W takich

warunkach dziecko w ogóle nie ma kontaktu z „przeciwnikami procesowymi”. Dzięki temu trauma, jaką przeżywa, jest już bez porównania mniejsza. Tak przeprowadzona czynność, o ile warunki techniczne na to pozwalają, jest zarejestrowana na nośniku video i potem odtwarzana na sali sądowej. O ile w sprawie nie ujawnią się nowe, istotne okoliczności, dziecko już nie jest przesłuchiwane ponownie.

Drugim przepisem zabezpieczającym interesy dziecka w trakcie postępowania karnego jest art. 192 kpk., gdzie w par. 2 czytamy: *Jeżeli istnieje wątpliwość co do stanu psychicznego świadka, jego stanu rozwoju umysłowego, zdolności postrzegania lub odtwarzania postrzeżeń, sąd lub prokurator może zarządzić przesłuchanie świadka z udziałem biegłego lekarza lub biegłego psychologa, a świadek nie może się temu sprzeciwić*. Jak widać, przepis ten określa warunki oraz cel udziału psychologa w czynności procesowej. Dla zrozumienia roli psychologa, pokrótce je omówię.

Rola biegłego psychologa

Celem powołania biegłego psychologa jest odpowiedź na pytania, jakie stawia sąd lub prokurator w postanowieniu o powołaniu biegłego. Z treści przywołanego przepisu wynika, że są to: stan rozwoju umysłowego, zdolność do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń oraz stan psychiczny świadka. Często też pojawia się pytanie o skłonność do fantazjowania, konfabulowania lub podatność na sugestię; bardzo rzadko – o istnienie objawów zespołu dziecka molestowanego seksualnie.

Problemem staje się zdefiniowanie tego, czym jest zdolność do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń. Od tego, jak zdefiniujemy tę cechę, zależy postępowanie biegłego psychologa. W związku z tym, iż w literaturze, a i w praktyce sądowej, nie przyjęła się żadna definicja tej cechy, czytając opinie psychologiczne natrafiamy na przykłady całkowitej dowolności. Niestety, oznacza to ogromną metodologiczną wadę opinii psychologiczno-sądowych. Niemalże bowiem każdy psycholog inaczej tę cechę rozumie, stosuje inne metody badawcze do określenia jej i używa innych wskaźników do jej oznaczenia.

Już na wstępie należy wskazać, iż z psychologicznego punktu widzenia brzmienie art. 192 par. 2 kpk nie jest prawidłowe. Nie ma bowiem żadnych przesłanek, by ze „zdolności do postrzegania i odtwarzania postrzeżeń” wyłączać poziom rozwoju umysłowego. Jak wykażę dalej, jest on jedną z cech owej zdolności. Oddzielne diagnozowanie poziomu rozwoju umysłowego nie służy zupełnie niczemu.

Definicja i elementy zdolności do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń

Według sformułowanej przeze mnie definicji (Bielski 2005), zdolność do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń to ogół cech osoby pozwalających zarejestrować w świadomości określone okoliczności, a potem prawidłowo je odtworzyć. Te cechy to ogólna sprawność umysłowa wraz z aparatem pojęciowym i zasobem doświadczeń życiowych dotyczących przedmiotu postępowania, sprawność pamięci świeżej i odroczonej oraz motywacja do ostrzegania i odtwarzania określonej kategorii faktów – tych, które stały się przedmiotem prowadzonego postępowania.

Potrzebne jest tu pewne zastrzeżenie: powyżej wymienione cechy osoby nie stanowią jakiegoś zestawu kryteriów do oceny wiarygodności zeznań świadka. Najbardziej znane metody oceny wiarygodności to metoda Stellera, czy – znacznie starsza – Arntzena. Nie polegają na przeprowadzeniu określonego typu wywiadu ze świadkiem, lecz na analizie złożonego już przezeń zeznania – w kategoriach wcześniej opracowanych i opisanych treściowych kryteriów szczerości zeznań. Ja zaś wskazuję tu cechy osoby, które psycholog musi wziąć pod uwagę diagnozując jej zdolność do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń, czyli – zdolność do powiedzenia prawdy. Stwierdzenie prawidłowej zdolności do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń nie oznacza bowiem, że świadek mówi prawdę, lecz jedynie to, że jest w stanie ją powiedzieć. W przypadku badania objętego tematem niniejszej pracy – czy odtwarza traumę rzeczywistą, czy indukowaną. A jeśli indukowaną, to przez kogo: rodzica czy osobę przesłuchującą?

Sprawność umysłowa

Obecnie odchodzi się od liczbowego określania IQ osoby badanej. W moim odczuciu, w badaniu sądowym i tak nie zawsze jest to potrzebne. Dla sądu bowiem nie jest ważna wielkość IQ świadka, lecz to, czy świadek rozumie co i dlaczego mówi. W większości przypadków z wywiadu wynika, iż nie ma potrzeby dokonywania badania psychometrycznego. Także w przypadku dzieci z deficytami intelektu ważniejsza niż wielkość IQ jest odpowiedź na pytanie, czy poziom rozwoju umysłowego pozwala im na udział w postępowaniu: czy rozumieją pytania sądu, czy są w stanie udzielić na nie konkretnych, adekwatnych odpowiedzi, jaki jest dopuszczalny poziom abstrakcji pytań, czy są w stanie lokalizować zdarzenia w czasie lub określać ich liczbę lub czas trwania. W szczególnych przypadkach – jak należy formułować pytania, np. ze względu na skłonność do powtarzania ostatnio usłyszanego wyrazu (echolalia) – typową dla dzieci młodszych i upośledzonych umysłowo.

Aparat pojęciowy

Dla późniejszego stwierdzenia tego, czy mamy do czynienia z traumą rzeczywistą czy indukowaną, ważna jest analiza języka, jakiego używa małoletni świadek. Dlatego też wydaje mi się absolutnie niewskazana jakakolwiek ingerencja psychologa w jego aparat pojęciowy. Jest tak dlatego, iż – jak wynika z przyjętej przeze mnie definicji zdolności do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń – aparat pojęciowy jest jednym z jej elementów. Nie możemy ingerować w sferę, którą diagnozujemy lub w oparciu o którą potem – być może – postawimy diagnozę o skłonnościach do konfabulowania! W tym zakresie zwracam uwagę na rozbieżność mojego stanowiska z poglądami niektórych autorów. Inaczej na tę kwestię patrzę na przykład psychoterapeuci (Kembłowski 2005). Ta rozbieżność wynika z odmiennych celów pracy terapeuty i psychologa sądowego. Psychoterapeuta przeprowadza wywiad mający na celu pełne poznanie przeżyć ofiary nadużyć seksualnych i udzielenie jej jak najpełniejszej pomocy psychologicznej. Zakres tej pomocy zależy od głębokości przeżytej traumy, o której w wywiadzie opowiada ofiara.

Inaczej jest jednak w trakcie przesłuchiwanie dziecka. Każde wyuczenie go pewnych określeń powoduje zniekształcenie materiału dowodowego. W realiach trudnej, często niejednoznacznej sprawy karnej, może to wywołać wątpliwość: jeżeli psycholog powiedział „jak nazywać”, to może też powiedział świadkowi „co nazywać”.

Jeżeli słyszymy, że określenia używane przez dziecko nie należą do typowego słownika dziecka w danym wieku, z danego środowiska, o określonym stopniu rozwoju umysłowego, musimy dociec, skąd zna dane słowa. Mogło bowiem – i najczęściej tak bywa w przypadku zeznań nieszczerych – być przygotowane do złożenia danego zeznania przez któregoś z rodziców. A rzadko się zdarza, żeby animator fałszywych zeznań pamiętał o tym, jak – a nie tylko co – ma powiedzieć dziecko. Tak samo zresztą jest w przypadku świadków starszych, ale najwyraźniej jednak wpływ na aparat pojęciowy widać w zeznaniach dzieci.

Źródła wiedzy

Bezpośrednio z kwestią aparatu pojęciowego wiąże się kwestia doświadczeń życiowych, mogących być źródłem wiedzy o podawanych przez świadka faktach.

W zależności od typu sprawy, pytanie kierowane do dziecka muszą być ukierunkowane na różne kwestie. Ale zawsze będą zmierzały do rozstrzygnięcia tego, czy świadek relacjonuje własne przeżycia lub obserwacje, czy też zaindukowane przez kogoś innego lub, po prostu, sytuację zaobserwowaną w zupełnie innych okolicznościach. Ta kwestia jest niezmiernie ważna

w przypadku diagnozy psychologiczno-sądowej. Pamiętajmy, że diagnoza ta powinna obejmować objawy specyficzne dla dziecka wykorzystywanego seksualnie. Są wśród nich takie jak nadmierne rozerotyzowanie lub ekspresja behawioralna albo werbalna. Fakt, że dziecko naśladuje w zabawie stosunek seksualny może być jedną z przesłanek do rozpoznania zespołu dziecka molestowanego seksualnie, ale tylko pod warunkiem, że źródłem wiedzy dziecka nie jest obejrzyany film pornograficzny czy podglądane przezeń zachowania seksualne dorosłych, lecz własne przeżycie.

Motywacja do postrzegania i odtwarzania faktów będących przedmiotem postępowania

W tym zakresie dociekamy, jakie relacje wiązą świadka ze sprawcą lub ofiarą przestępstwa i dlaczego składa zeznanie. Ogólnie można powiedzieć, że małoletni świadek może zniekształcać wspomnienia intencjonalnie – gdy chce osiągnąć jakiś, sobie znany, cel. Może też zniekształcać rzeczywistość nieintencjonalnie – pod wpływem sugestii, emocji lub uczuć.

Diagnoza w sprawach o przestępstwa z art. 200 par. 1 kk jest bardzo trudna. Takie sprawy bowiem często są „uzupełnieniem” pozwu rozwodowego. Właśnie w nich motywacja do złożenia zeznania o określonej treści jest najbardziej zaburzającym czynnikiem, choć często nieświadomianym sobie przez osobę pokrzywdzoną. Szczególnie trudna jest sytuacja świadka – dziecka, mieszkającego tylko z jednym z rodziców lub w jakiś sposób poddanego presji jednego z nich. Często ta presja polega „tylko” na stałym krytykowaniu drugiego rodzica tak, że po pewnym czasie dziecko nabiera przekonania, że wina w konflikcie leży po stronie np. taty i utożsamia się z krzywdą doznawaną przez mamę. Uzupełnia ją potem innymi treściami podsuwanymi przez mamę. To właśnie psycholog musi taki wpływ rozpoznać.

Warunki prawidłowo sporządzonej opinii sądowej

Aby uznać, że opinia psychologiczno-sądowa została sporządzona prawidłowo, jej wydanie musi być poprzedzone następującymi czynnościami:

1. zapoznaniem się z aktami sprawy,
2. zapoznaniem się z wynikami dotychczasowych badań dziecka,
3. uczestnictwem w przesłuchaniu,
4. badaniem dziecka,
5. wywiadem z opiekunem.

W opinii należy:

1. wskazać znaczące informacje z akt sprawy,
2. wskazać wyniki badań własnych,
3. odnieść wyniki badań własnych do wyników wcześniejszych badań,
4. dokonać analizy wypowiedzi dziecka,
5. ocenić wpływ poprzednich zeznań, postaw rodziców wobec problemu lub działań terapeutycznych na obecne wypowiedzi dziecka,
6. ocenić warunki przesłuchania,
7. wskazać sądowi przesłanki przemawiające za pozytywną i negatywną diagnozą zdolności do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń.

Proponowany standard opinii psychologiczno-sądowej

Standard opinii psychologiczno-sądowej to taka metoda opracowania opinii, która w możliwie obiektywny i zgodny ze współczesną wiedzą psychologiczną sposób odpowiada na pytanie o zdolność do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń, a praktycznie – czy dziecko relacjonuje traumę rzeczywistą, czy też indukowaną. Opinia psychologiczno-sądowa zgodna z takim standardem – poza formalnymi elementami wskazanymi wyżej – opisuje:

- poziom rozwoju umysłowego dziecka,
- poziom rozwoju emocjonalno-społecznego,
- poziom rozwoju funkcji pamięci,
- diagnozę aparatu pojęciowego,
- diagnozę źródeł wiedzy dziecka w zakresie dotyczącym sprawy,
- objawy zespołu dziecka molestowanego seksualnie – o ile okoliczności sprawy uzasadniają ich powstanie,
- ewentualny wpływ osób drugich na wiedzę dziecka
- źródła i charakter traumy: czy jest to trauma rzeczywista czy trauma indukowana,
- wskaźniki traumy z uwzględnieniem traumy rzeczywistej bądź indukowanej,

czyli zdolność do przyswajania i odtwarzania postrzeżeń zgodną z definicją przytoczoną wcześniej.

Warto zwrócić uwagę, iż ten standard nie wynika jedynie z obserwacji autora pracy. W rzeczy samej, wynika on także z dyspozycji art. 200 par. 2 kodeksu postępowania karnego¹, który wymaga, aby opinia – poza oczy-

¹stan na dzień 1 I 1998.

wistymi formalnymi danymi – zawierała sprawozdanie z przeprowadzonych badań oraz czynności i spostrzeżeń, a także oparte na nich wnioski. Jednak doświadczenie sądowe pokazuje, iż bardzo rzadko w opiniach psychologicznych spotykamy rzetelny wykaz przesłanek za tezą na „tak”, jak również za tezą na „nie”. A jeszcze rzadziej – dyskusję, które przesłanki mają znaczenie decydujące dla ostatecznych wniosków opinii. W wymiarze metodologii badań psychologicznych te przesłanki to wskaźniki traumy rzeczywistej i indukowanej.

Specyfika przesłuchiwanie dzieci–ofiar przemocy seksualnej

Chyba od zawsze przesłuchaniu dziecka towarzyszyły emocje i niepokoje o wartość dowodową takiego zeznania. Spectrum opinii na ten temat było bardzo szerokie, od opinii skrajnie negatywnych, po opinie wskazujące na konieczność zachowania szczególnej ostrożności ze względu na cechy psychiki dziecka, utrudniające mu odróżnianie rzeczywistości od fikcji. Obecnie w literaturze funkcjonuje pojęcie „dojrzałość poznawcza”, wiążące wiek przesłuchiwanego świadka z doświadczeniem i poziomem inteligencji (Gruza 2003, 99). Z psychologicznego punktu widzenia należy wskazać, iż poziom inteligencji sam w sobie nie ma zasadniczego znaczenia dla oceny wartości dowodowej zeznania. W konkretnym przypadku bowiem, nawet znaczne upośledzenie umysłowe nie musi być przeszkodą większą do odtworzenia pewnych okoliczności zdarzenia badanego przez organ procesowy niż np. negatywna motywacja lub stan emocjonalny osoby prezentującej normę intelektualną.

Jednak nie ulega wątpliwości, że małoletni świadek to zupełnie „inna jakość” niż świadek dorosły. Jak pisze znawca tematu, Kee Mac Farlane, „dzieci nie są miniaturami dorosłych”. Na ich doświadczenie świata wpływają rozwijające się stopniowo wrodzone czynniki biologiczne i środowiskowe możliwości uczenia się. Zasadniczą kwestią w przesłuchaniu dziecka jest dostosowanie go do poziomu rozwojowego i doświadczenia dziecka (Farlane, Feldmeth 2002, 12).

Najważniejszym problemem wydaje się być zdolność do różnicowania doświadczenia własnego od doświadczenia indukowanego przez inne osoby, a także zdolność do opisanego go bez ubarwień, cudzych interpretacji i sugestii. Zdolność ta nie jest cechą stałą, ale w oczywisty sposób zależy głównie od wieku przesłuchiwanego dziecka. Można przyjąć, iż dziecko przed ukończeniem trzeciego roku życia w ogóle nie jest w stanie złożyć wartościowego procesowo zeznania już choćby z tego powodu, że nie jest w stanie zrozumieć pouczenia o obowiązku mówienia prawdy. To jest najbardziej abstrakcyjne

pojęcie, a przy tym niezbędne – o ile czynność procesowa ma odpowiadać wymogom formalnym. Można jednak wyobrazić sobie sytuacje, w których przesłuchanie tak małego dziecka dostarczy jakichś informacji, gdy przesłuchujący nie będzie zadawał pytań otwartych, a jednocześnie wystrzeże się zadawania pytań sugestywnych. Niezwykle ważne staje się ciągle upewnianie, czy dziecko rozumie zadawane pytania.

Dużo łatwiejsze jest przesłuchanie dziecka w okresie tzw. średniego dzieciństwa, trwającego między czwartym a szóstym rokiem życia. Dziecko w tym wieku odróżnia już rzeczywistość od jej osądów. Dzięki temu zaczyna rozróżniać – w zakresie danego zdarzenia – prawdę od fałszu. Jest w stanie określić kolejność zdarzeń, chociaż nie potrafi lokować ich w czasie inaczej niż w odniesieniu do stałych elementów dnia codziennego. Podobnie jest z lokowaniem zdarzeń w miejscu i określeniem ilości, np. konkretnych zachowań sprawcy. Małgorzata Toeplitz-Wiśniewska (2004) wskazuje za Mac Farlane i Feldmeth, iż w tym wieku pytania otwarte są najmniej użyteczne, gdy chcemy uzyskać informacje o konkretnym zdarzeniu. Powołując się na badania Schwartz-Kenney przypomina, że po porównaniu trafnych informacji od dzieci opowiadających swobodnie i przesłuchiowanych okazało się, iż dzieci powiadające swobodnie odtwarzają mniejszą ilość informacji poprawnie (34%) niż dzieci odpytywane (52%). Jest to znacząca różnica. Badacze ci też wykazali, że dzieci opowiadające swobodnie częściej mówiły „nie wiem” (26%) niż dzieci pytane (1%) (Akerman 2005, 177). Autorka przytacza też opis niezwykle ciekawego badania pokazującego wpływ przygotowania dziecka do przesłuchania poprzez rozmawianie z nim. Innymi słowy: dzieci w wieku przedszkolnym, a ten zahacza o omawiany okres, nie odróżniają prawdy od fałszu. Carson i inni stwierdzili, iż po 10 tygodniach rozmów na temat prawdziwych i fikcyjnych zdarzeń aż 58% dzieci twierdziło, że chociaż jedno fikcyjne zdarzenie miało miejsce, zaś 27% twierdziło, że wszystkie (Toeplitz-Wiśniewska 2004, 76). Warto też wskazać, że na zdolność do odtwarzania postrzeżeń negatywnie wpływa powtarzanie pytań. Moton w swoim badaniu sześciolatek i starszych dzieci stwierdził, iż przy ponownym powtórzeniu pytania wzrastała ilość błędnych odpowiedzi – w większym stopniu u sześciolatek niż u ich starszych kolegów. Interpretował to w taki sposób, iż dzieci uważały, że dorosły – powtarzając pytanie – daje dziecku do zrozumienia, że poprzednio odpowiedziało źle. Szczególnie zaobserwowano taką prawidłowość, gdy zadawano pytania z oczekiwaną odpowiedzią „tak – nie”. Natomiast prawidłowości takiej nie obserwowano przy wtórnym zadawaniu pytań otwartych (Memon, Vrij, Bull 2003, 243).

Dalsze okresy – późne dzieciństwo i wiek szkolny – nie stanowią już dużego problemu. Zbadano, że spontaniczne wypowiedzi dzieci w tym wieku

nie są mniej dokładne niż spontaniczne wypowiedzi osób dorosłych. Także zdolność do zrozumienia pytań nie powoduje dużych trudności w prowadzeniu przesłuchania, a kontakt z dzieckiem starszym dla wielu prawników jest łatwiejszy niż z dzieckiem w okresie wczesnego czy nawet średniego dzieciństwa.

Sugestie, które wpływają na zeznania dziecka, mogą być zawarte nie tylko w pytaniach, ale także wynikać np. z przeżyć, których dziecko doznało w związku ze spostrzeganiem, niepewnych wspomnień co do tego, co się stało, autorytetu przesłuchujących osób, znanych dziecku wypowiedzi innych osób, wieloznaczności sytuacji (Kwiatkowska-Darul 2004, 14–25). Trzeba pamiętać, iż dorosły jest dla dziecka autorytetem – tym większym, im młodsze jest dziecko. Cała wiedza dziecka o życiu bierze się z jego przeświadczenia, że dobre jest to, na co pozwala mama i tata, ponieważ wiedzą lepiej. To przekonanie generalizuje się także na sytuację przesłuchania: skoro ta pani coś mówi, to znaczy, że tak jest. Obrazuje to ciekawy eksperyment Ceci, Ross i Togli (za: Memon, Vrij, Bull 2003, 242), którzy stwierdzili, iż przedszkolaki w większym stopniu ufają fałszywej informacji podanej przez dorosłego niż innego siedmiolatka. Dlatego, niejako automatycznie, zaufają sugestii zawartej w pytaniu dorosłego. I, jakkolwiek inne doświadczenia pokazały, że błędna informacja dorosłego działa na dziecko tylko wtedy, gdy postrzega go ono jako postać wiarygodną (Memon, Vrij, Bull 2003, 242), to gdyby tak było naprawdę, to nie byłoby powodu pisania tej pracy. Przecież większość przestępstw z art. 200 par. 1 kk bierze się z pełnego zaufania dziecka do dorosłego. To zaufanie powoduje nawet, że dzieci odpowiadają „tak” lub „nie” na pytania dziwaczne, które zadaje im osoba dorosła. Nie mówią „nie rozumiem”, „to niemożliwe”, lecz – ufając, że dorośli zadają tylko sensowne pytania – odpowiadają przecząco lub twierdząco, tak samo, jakby pytanie dotyczyło rzeczy oczywistych i realnych. Ta wiedza wynika z eksperymentu Hughesa i Grieva, ostatnio przytaczanego przez Vrija, Memona i Bulla (2003, 242).

Podsumowując tę kwestię można stwierdzić, iż dziecko – bazując na swoim życiowym doświadczeniu – ufa dorosłym i chce spełniać ich oczekiwania. Jeśli więc przesłuchujący nie pouczy dziecka, że ma prawo czegoś nie wiedzieć, nie pamiętać lub nie umieć odpowiedzieć na zadane pytanie, może ono starać się spełniać oczekiwania dorosłego. Choćby dlatego, że wyobraża sobie, że pytający i tak wszystko widział – więc skoro o to zapytał, to znaczy, że tak było. Rzadko myślimy o istnieniu takiej formy sugestii. Dowiodły tego jednak eksperymenty Muldera i Vrija oraz Bulla.

Wykorzystanie lalek anatomicznych przy przesłuchaniu świadków w okresie średniego dzieciństwa także nie jest metodą pozwalającą skutecz-

nie zagwarantować, że dziecko lepiej odtworzy przeżyta traumę seksualną. Zabawy o charakterze seksualnym z użyciem takich pomocy występowały równie często u dzieci-ofiar nadużyć seksualnych, jak w grupie kontrolnej (Toeplitz-Wiśniewska 2004, 77). To doświadczenie może być szczególnie bolesnym ciosem dla wyobrażeń sędziów o kompetencjach psychologów. Bo przecież samo określenie „lalki anatomiczne” brzmi bardzo przekonująco.

Podsumowanie

Pisząc niniejszy artykuł chcę podkreślić, iż standard w postępowaniu z dziećmi-ofiarami przemocy seksualnej określają dwa czynniki. Pierwszym z nich są regulacje przepisów kodeksu postępowania karnego, drugim zaś kompetencje psychologów występujących w tych sprawach w charakterze biegłych sądowych. O ile jednak my – psychologowie – mamy bardzo mały wpływ na kształt regulacji, o tyle zasadniczy na komfort przesłuchiwanego dziecka oraz na jakość diagnozy psychologicznej, dzięki której sąd może właściwie ocenić jego zeznanie w kategoriach prawda – fałsz. Wydaje się, że ideałem byłaby taka sytuacja, w której wszyscy psychologowie przestrzegaliby jednego standardu metodologicznego. Powodowałoby to łatwiejszą sądową kontrolę dowodu, jakim jest opinia biegłego psychologa, ale przede wszystkim poprawiłoby jakość diagnozowania. Oczywiście nie można skonstruować standardu narzucającego wybór konkretnych metod diagnostycznych, ponieważ każdy przypadek wymaga innych. Można jednak konstruować i wymagać przestrzegania standardu, którego ideałem jest zasada, iż wnioski opinii jasno wynikają z przesłanek. Do tego przydatna jest wiedza, której drobną część zaprezentowałem w niniejszym artykule.

Literatura

- ACKERMAN M.J. (2005), *Podstawy psychologii sądowej*, GWP, Gdańsk.
- BIELSKI B. (2005), *Wywiad psychologiczny na użytek postępowania sądowego*, [w:] K. Stemplewska-Żakowicz (red.), *Wywiad psychologiczny*, Warszawa.
- FILAR M. (2004), *Seksualne wykorzystywanie dzieci w świetle polskiego kodeksu karnego*, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa.
- GRUZA E. (2003), *Ocena wiarygodności zeznań świadków*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków.
- KIEMBŁOWSKI P. (2005), *Wywiad z ofiarą przemocy seksualnej*, [w:] K. Stemplewska-Żakowicz (red.), *Wywiad psychologiczny*, Warszawa.

-
- KWIATKOWSKA-DARUL V. (2004), Przesłuchanie dziecka w polskiej procedurze karnej-zagadnienia ogólne, Dziecko krzywdzone, nr 6.
- MAC FARLANE K., FELDMETH J.R. (2002), Przesłuchanie i diagnoza małego dziecka, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa.
- MEMON A., VRIJ A., BULL R. (2003), Prawo i psychologia, GWP, Gdańsk.
- SAJKOWSKA M. (2004), Wykorzystywanie seksualne dzieci, Warszawa.
- TOEPLITZ-WIŚNIEWSKA M. (2004), Fazy rozwojowe a metody przesłuchiwanie dzieci, Dziecko krzywdzone, nr 6.

Agnieszka Felińska*

NIELETNI SPRAWCY PRZEMOCY SEKSUALNEJ

Agresja seksualna i przemoc seksualna stosowana przez młodzież pojawia się coraz częściej w centrum uwagi badaczy i ośrodków naukowych, zwłaszcza w krajach, które od wielu lat zajmują się problemem przemocy seksualnej. Należą do nich Stany Zjednoczone i Kanada, a w Europie - Wielka Brytania, Holandia czy kraje skandynawskie.

Znacząca liczba nieletnich sprawców przemocy seksualnej sprawiła, że począwszy od lat 80. XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, a 90. w Europie zaczęto na szeroką skalę prowadzić szczegółowe badania i statystyki w obszarze przestępczości seksualnej nastolatków.

Także wśród polskich nastolatków spotkać można osoby, które stosują przemoc seksualną wobec innych – dzieci, rówieśników czy dorosłych. Rzadko jednak trafiają one do poradni i ośrodków, gdzie mogłyby uzyskać specjalistyczną pomoc, jeszcze rzadziej uruchamiane są wobec nich procedury prawne w związku z popełnieniem przestępstwa. Ze względu na bezpieczeństwo dzieci oraz potrzebę specjalistycznych oddziaływań czy leczenia samych nieletnich sprawców, warto posiadać wiedzę dotyczącą ich specyfiki.

Do podstawowych kwestii, związanych z tą problematyką, należy zaliczyć:

- definicje i terminologię związaną z nieletnimi sprawcami przemocy seksualnej;
- skalę problemu nieletnich sprawców przemocy seksualnej wg danych na świecie;
- typologię i charakterystykę nieletnich sprawców oraz porównanie ich ze sprawcami dorosłymi;
- etiologię zjawiska przemocy seksualnej podejmowanej przez młodzież;
- formy i systemy pomocy i leczenia nastolatków wykorzystujących seksualnie inne osoby.

* **Agnieszka Felińska** – psycholog, asystentka w Zakładzie Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Definicje i terminologia związane z nieletnimi sprawcami przemocy seksualnej

Zachowania seksualne młodzieży postrzegać można na kontinuum, począwszy od eksperymentowania za obopólną zgodą, a skończywszy na bardzo poważnych przestępstwach, jak napaść seksualna czy gwałt zbiorowy.

Wiele dzieci angażuje się w aktywności, które są częścią ich normalnego rozwoju seksualnego. Część z tych zachowań nie ma charakteru przemocy i stanowi istotny i potrzebny obszar w procesie dorastania i uczenia się. Niektóre jednak rodzaje zachowań są nieodpowiednie i szkodliwe.

Zdefiniowanie, które zachowania są właściwe, a które szkodliwe, może narażać wiele kłopotów, stąd trudno jest podać precyzyjną definicję szkodliwych zachowań seksualnych dzieci i młodzieży w relacjach rówieśniczych. Dzieje się tak z wielu przyczyn, do których należą m.in.:

- uboga literatura dotycząca seksualności dziecka;
- niewielka rzetelna wiedza naukowa o „normalnym rozwoju seksualnym”;
- bazowanie na teoriach dotyczących osób dorosłych, podczas gdy wiadomo już, że pomiędzy nieletnim a dorosłym sprawcą przemocy seksualnej istnieją poważne różnice (Rudd i Herzberger 1999);
- brak prowadzonych na szeroką skalę badań nad dziećmi i młodzieżą przejawiającą tzw. szkodliwe zachowania seksualne (Epps 1999).

Czasami pojawiać się może niepewność w związku z tym, co zaklasyfikować jako ekspresję normalnej seksualności między młodymi osobami, a co stanowi już akt wykorzystania seksualnego. Dobrowolne kontakty seksualne, eksperymentowanie i zdobywanie doświadczeń w obszarze seksualności może przybierać różne formy.

Niektórzy autorzy opisują zachowania seksualne adolescentów jako „niewymuszoną seksualną interakcję z rówieśnikiem”, wskazując jednocześnie, iż nieprawidłowe zachowania seksualne zawierają będą trzy elementy: przymus, nieadekwatne do wieku zachowania seksualne i partnerów nie będących rówieśnikami (Becker 1988; Vizard *et al.* 1995). Nadal jednak pozostaje nierozstrzygnięta kwestia definicji „przymusu”, „nieadekwatnego do wieku” i „rówieśnika”.

Przechodząc do kwestii definicyjnych przemocy seksualnej, podkreślić należy, iż definicje te konstruowane są dla różnych potrzeb: prawnych, społecznych, badawczych czy diagnostycznych. Jedne są więc bardziej ogólne, inne – szczegółowe.

Często można spotkać odwołania do definicji proponowanych przez uznane autorytety – pionierów na gruncie badań zjawiska przemocy seksualnej wobec dzieci: Davida Finkelhora (1979) czy Kathleen Faller (1988), wg której *wykorzystywanie seksualne to każdy akt pomiędzy osobami o różnym stopniu rozwoju, którego celem jest gratyfikacja seksualna osoby na wyższym stopniu rozwoju* (Faller 1988).

Pozaprawną definicją przemocy seksualnej wobec dziecka stosowaną najpowszechniej przez profesjonalistów w Polsce, jest definicja sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Według niej *wykorzystywanie seksualne dziecka to włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi pomiędzy dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Aktywność taka może dotyczyć:*

1. *namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne;*
2. *wykorzystywania dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym;*
3. *wykorzystywania dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym.*

Kodeksy prawne wskazują, jakie zachowania seksualne są karalne i stanowią przestępstwa seksualne oraz określają wiek odpowiedzialności karnej w danym państwie. Zazwyczaj nieletni to osoba w wieku od 12/13 do 17/18 roku życia.

Podstawowe znaczenie w definiowaniu przez prawodawstwo polskie przestępstw seksualnych mają przepisy zawarte w artykułach od 197 do 204 Kodeksu Karnego, mówiące o zgwałceniu, przemocy seksualnej wobec dziecka, osoby zależnej i bezradnej, o prostytucji i kazirodztwie.

W Polsce odpowiedzialność karną ponoszą osoby od 17 roku życia; nieletni w wieku od 13 do 17 lat podlegają „Ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich” i zajmuje się nimi Sąd Rodzinny. Jednak w wyjątkowych sytuacjach nieletni, którzy ukończyli 15 rok życia traktowani są jak dorośli i podlegają Kodeksowi Karnemu – dzieje się tak w przypadku popełnienia przez nich czynów szczególnie ciężkich (np. zgwałcenie, gwałt zbiorowy, zabójstwo).

Definicje prawne nie znajdują jednak zastosowania wobec dzieci w wieku poniżej odpowiedzialności karnej. Co więcej, „rzeczywista zgoda” niekoniecznie jest tożsama z „ważną prawnie zgodą”. W świetle prawa dziecko poniżej 15. roku życia nie może wyrazić ważnej prawnie zgody. Dla praktyków pracujących z młodzieżą użyteczna w tej kwestii może być definicja proponowana przez Caren Adams (Adams *i in.* 1984): *Zgoda opiera się na możliwości wyboru. Zgoda jest aktywna, nie – pasywna. Zgoda jest możliwa tylko wtedy, gdy istnieje równowaga władzy. Wymuszenie na kims uległości nie oznacza jego zgody. Zgoda na coś z obawy przed utratą akceptacji grupy nie jest prawdziwą zgodą. Jeżeli nie można swobodnie powiedzieć “nie”, “tak” nie ma żadnego znaczenia. Jeżeli nie akceptujesz czyjś “nie”, “tak” nie ma żadnego znaczenia.*

Problematyka nieletnich sprawców przemocy seksualnej obejmuje zróżnicowaną terminologię. W najnowszej literaturze przedmiotu funkcjonuje, często zamiennie, kilka określeń dla dzieci i nastolatków przejawiających zachowania o charakterze przemocy seksualnej. Są to najczęściej:

- dziecięcy sprawcy – child perpetrators (Johnson 1988);
- molestujące dzieci – children who molest (Johnson & Berry 1989);
- nieletni przestępcy seksualni – juvenile sex offenders;
- seksualnie reaktywne dzieci – sexually reactive children (Friedrich 1990);
- dzieci z problemami w zachowaniach seksualnych – children with sexual behavior problems.

Dwa ostatnie terminy odnoszone są głównie do dzieci, które podejmują wobec innych zachowania seksualne, używając przy tym przemocy, lecz wiedza na temat etiologii tych zachowań jest bardzo ograniczona, a one same ze względu na swój młody wiek nie są oskarżane o przestępstwa seksualne. Najczęstszą formą ich agresywnych zachowań seksualnych jest zmuszanie młodszych dzieci do rozbierania się oraz eksperymentowanie seksualne z rodzёнstwem lub rówieśnikiem.

Skala problemu nieletnich sprawców przemocy seksualnej na świecie

Chcąc przyjrzeć się skali omawianego zjawiska na świecie, dane zaczerpnąć możemy obecnie z kilku źródeł: oficjalnych raportów policyjnych, krajowych statystyk sądowych, licznych badań o zasięgu ogólnokrajowym. Cennym

i bogatym źródłem informacji są raporty z działalności organizacji pozarządowych zajmujących się udzielaniem pomocy osobom krzywdzonym, a w szczególności wsparciem dzieci wykorzystanych seksualnie oraz pracą terapeutyczną z nieletnimi sprawcami przemocy seksualnej.

Co mówią liczby?

Retrospektywne badania w Wielkiej Brytanii ujawniają zgodnie, iż w 25-40% wszystkich spraw o napaść seksualną podejrzanym sprawcą jest nieletni (Cawson *i in.* 2000; Horne *i in.* 1991; Kelly *i in.* 1991; Morrison 1999). Bazując na tych szacunkach i na rejestrach statystycznych dotyczących ochrony dziecka, Morrison kalkuluje, iż np. w 1994 r. ponad 10 000 dzieci zostało wykorzystanych seksualnie przez inne dziecko lub młodą osobę (Morrison 1999). Helen Masson i Morcus Erooga (1999) przedstawiają następujące statystyki w oparciu o dane brytyjskiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych za rok 1997: na ogólną liczbę 33 200 napaści seksualnych

- 23% (1500) spośród 6400 sprawców, którzy otrzymali ostrzeżenie lub zostali uznani za winnych, było w wieku od 10 do 21 lat;
- dzieci i młodzi ludzie w wieku 10–21 lat odpowiadają za 47% wszystkich przypadków napaści seksualnych.

Statystyki amerykańskie podają, iż w skali całego kraju nieletni (13–17 lat) są sprawcami niemal 20% wszystkich przypadków zgwałceń i 50% przypadków wykorzystania seksualnego każdego roku (Barbaree, Hudson, Seto 1993). W Kanadzie 20% wszystkich napaści seksualnych dokonanych jest przez młodzież (Mathews 1987).

Badacze opisują rówieśniczą przemoc seksualną jako częste zjawisko szkolne przybierające przeważnie formę drwin i wyszydzania seksualnego, seksualnej agresji lub znęcania się (Duncan 1999, Stein 1995). Niemal 15% wszystkich napaści seksualnych dokonanych przez nieletnich zdarzyło się na terenie szkoły.

W badaniach holenderskich reprezentatywnej próby uczniów w wieku 14-15 lat jedna na cztery dziewczęta i jeden na dziesięciu chłopców doświadczyło w szkole niechcianego zachowania seksualnego, przy czym w 73% przypadków sprawcami byli rówieśnicy, w 27% – dorośli związani ze szkołą (nauczyciel – 81%, wychowawca – 12%, woźny – 4%, dyrektor – 2%, lekarz szkolny – 1%).

Niedawno, Sarah K. Murnen i Linds Smolak (2000) oraz Hands J.Z. i Sanchez L.(2000) przeprowadzili w Stanach Zjednoczonych ciekawe badania nastolatków, które ujawniły różnice w postrzeganiu przez dziewczęta

i chłopców nękania seksualnego ze strony rówieśników. Okazało się bowiem, iż chłopcy w mniejszym stopniu niż dziewczęta obawiają się takich zachowań, a nawet postrzegają niektóre potencjalne epizody nękania seksualnego jako pozytywne. Dziewczęta częściej doświadczają przemocy seksualnej ze strony rówieśników, drastyczniejszych form, skojarzonych z przemocą fizyczną oraz większym poniżeniem niż chłopcy. Elenit Kanin (1967) odkrył podwyższone ryzyko popełniania gwałtów wśród nastoletnich chłopców, którzy uważają, iż aktywność seksualna jest istotna dla uzyskania wysokiego statusu w grupie rówieśniczej.

Trudno wyobrazić sobie obszar poszukiwań, który byłby bardziej złożony, bardziej emocjonalnie obciążony i bardziej kontrowersyjny niż zjawisko przemocy seksualnej wśród młodzieży. Świadomość społeczna na temat jego istnienia i zasięgu rozwija się względnie od niedawna. Dane statystyczne są niedoszacowane, a tzw. ciemna liczba (tj. ilość przypadków nie ujawnionych) pozostaje tajemnicą. Dzieje się tak z kilku podstawowych przyczyn:

- napaści seksualne nieletnich sprawców odnotowywane były raczej jako napaści czy rozboje, więc liczba aresztowań nie odzwierciedla rzeczywistej skali problemu;
- akty przemocy seksualnej popełniane przez nastolatków są często klasyfikowane i redukowane do ciekawości seksualnej i eksperymentowania – interweniujący profesjonalści minimalizują rangę zachowania nieletniego sprawcy zamiast traktować je w kategoriach przemocy seksualnej;
- ofiary nie ujawniają napaści z obawy przed stygmatyzacją i reakcją otoczenia — rodziców, rówieśników — lękiem przed zrzucaniem na nie odpowiedzialności oraz możliwymi represjami ze strony sprawców;
- nieletni sprawcy przemocy seksualnej chronieni są przez rodziny przed konsekwencjami prawnymi swoich czynów;
- sprawcy niezwykle rzadko zgłaszają się sami po pomoc.

Charakterystyka nieletnich sprawców przemocy seksualnej

Istotną kwestię w poruszanej problematyce stanowi profil nieletnich sprawców przemocy seksualnej. Jest on ważny zwłaszcza w sali rozpraw sądowych. Taki profil jednak nie istnieje, podobnie zresztą jak w przypadku dorosłych sprawców. Badacze donoszą, iż grupa nastolatków stosujących przemoc seksualną jest zbyt zróżnicowana, by ją opisać jednym, uniwersalnym wzorcem.

Nieletni sprawcy pochodzą z wszystkich grup społecznych i ekonomicznych, wszystkich ras, religii. Większość z nich stanowią chłopcy. Bardzo niewiele wiadomo o dziewczętach, które stosują przemoc seksualną.

Badacze podają, iż podobnie jak w przypadku dorosłych sprawców przemocy seksualnej, tak i wśród sprawców nieletnich wyróżnić można tych, którzy na ofiary wybierają rówieśników lub dorosłych oraz nastolatków wykorzystujących seksualnie dzieci.

Nieletni sprawcy (zarówno chłopcy, jak i dziewczęta) wykorzystujący seksualnie dzieci na ofiarę wybierają częściej chłopców (Matthews, Hunter, Vuz 1997). Stanowią oni heterogeniczną grupę, popełniają wielokrotne napaści, zazwyczaj mają więcej niż jedną ofiarę i mogą nie ograniczać się do jednego typu ofiary.

Wykorzystujący seksualnie nastolatki rzadko skazywani są za napaści seksualne, wysokie jest natomiast (63%) prawdopodobieństwo popełnienia przez nich napaści o charakterze pozaseksualnym (Snyder 1996).

Jeśli chodzi o nieletnich gwałcicieli, to zazwyczaj dokonują oni napaści na osoby obce. Im starszy nieletni sprawca, tym większe ryzyko przemocy seksualnej obejmującej także penetrację genitalną (Awad *et al.* 1984) i większe prawdopodobieństwo użycia siły fizycznej (Mathews 1987).

W przypadku sprawców kazirodczych, do wykorzystania seksualnego dochodzi najczęściej w domu, podczas opieki nad rodzeństwem. Nieletni sprawcy przemocy seksualnej, w porównaniu z dorosłymi, rzadziej wykorzystują władzę i kontrolę, stosują mniej bezpośredniej siły fizycznej wobec ofiar. Nie są oni, jak wiele osób przypuszcza, obcymi czającymi się w cieniu. W większości przypadków to dla ofiary członek rodziny, sąsiad, opiekun czy znajomy.

Czasami sprawca to nastolatek izolujący się od grupy rówieśniczej, samotnik, preferujący kontakty z młodszymi dziećmi, wykazujący niedojrzałość w większości obszarów swego funkcjonowania. Duży odsetek nieletnich sprawców przemocy seksualnej przejawia w szkole poważne trudności, zarówno w zachowaniu, jak i w nauce, charakteryzuje się też niskimi umiejętnościami społecznymi. Dziewczęta, które stosują przemoc seksualną pochodzą najczęściej z patologicznych środowisk, z bardzo wysokim poziomem seksualnej i fizycznej wiktymizacji, zaburzonymi relacjami z rodzicami, rozbitych rodzin (Lane, Lobanov-Rostovsky 1997).

Nastoletni sprawcy charakteryzują się także negatywną samooceną, minimalnymi umiejętnościami asertywnymi, często zaburzeniami nastroju i specyficznymi fobiami. Nie różnią się oni jednak od przeciętnego nastolatka pod względem zdolności intelektualnych, choć często przejawiają zniekształcenia w myśleniu, charakterystyczne dla sprawców przemocy: stosują

system zaprzeczeń, minimalizują znaczenie własnych zachowań, winą za stosowaną przez siebie przemoc obarczają ofiary.

W świetle badań kanadyjskich, nastoletni sprawcy przemocy seksualnej zazwyczaj nie dokonują napaści na osoby dorosłe, choć ryzyko takich zachowań wzrasta po ukończeniu przez nastolatka 16 roku życia (Chaffin *et al.* 2002). Przemoc seksualną wobec dzieci podejmują częściej chłopcy w wieku 12–15 lat.

Typologie nieletnich sprawców przemocy seksualnej konstruowane są głównie dla potrzeb klinicznej oceny w celu podjęcia odpowiednich decyzji związanych z interwencją i leczeniem. Jedną z nich jest typologia Walter H. Bera i M.J. O'Brien'a (Bera *i in.* 1986), którzy na podstawie doświadczeń w pracy klinicznej wyróżnili siedem kategorii nieletnich sprawców przemocy seksualnej:

1. naiwny eksperymentator – chłopiec w wieku od 11 do 14 lat, zazwyczaj bez wcześniejszych aktów agresji; przejawia tendencje do naiwności w obszarze seksualności, a wykorzystanie jest zdeterminowane sytuacyjnie, np. podczas opieki nad młodszym dzieckiem; ofiara jest często w bardzo młodym wieku (od 2 do 6 lat); podstawową motywacją sprawcy jest poznawanie i eksperymentowanie z ostatnio odkrytymi doznaniem seksualnymi;
2. niezsocjalizowany sprawca molestujący dzieci – ta grupa nieletnich sprawców przemocy seksualnej cierpi z powodu izolacji społecznej i niewielkiej tylko akceptacji w gronie rówieśników; sprawcę pociąga małe dziecko, które go akceptuje lub wręcz uwielbia; nieletni manipuluje ofiarą; akt seksualny jest spowodowany potrzebą osiągnięcia intymności, poczucia bycia ważnym, wiary w siebie lub niezależności;
3. pozornie zsocjalizowany sprawca molestujący dzieci – młoda osoba, która doświadczała często różnorodnych form krzywdzenia (fizycznego, emocjonalnego lub seksualnego), z którymi usiłowała sobie poradzić poprzez powierzchowne, zewnętrzne dostosowanie; często wydaje się mieć wysokie kompetencje społeczne, jest lubiana przez rówieśników, ale relacje z nimi są bardzo powierzchowne; sprawca racjonalizuje stosowaną przez siebie przemoc seksualną i w większości przypadków nie przejawia poczucia winy lub skruchy; akt wykorzystania przedstawiany jest zwykle jako dobrowolny intymny akt bez przymusu;
4. sprawca seksualnie agresywny – często pochodzi z rodziny chaotycznej, niestabilnej; prowadzi impulsywny styl życia; zwykle z bogatą historią zachowań aspołecznych i słabą kontrolą impulsów; sprawca często przejawia agresję wobec członków własnej rodziny i ró-

- wieśników, używa narkotyków; wykorzystuje seksualnie stosując przymus, groźby lub przemoc fizyczną; ofiarą jest rówieśnik, dorosły lub dziecko; motywacją sprawcy jest uzyskanie — poprzez seks — osobistej władzy lub zmniejszenie gniewu wywołanego nagromadzoną frustracją;
5. sprawca kompulsywny seksualnie – sprawca przejawia zachowania seksualne o charakterze obsesyjno-kompulsywnym; często podejmuje formy przemocy seksualnej „bez dotyku”, jak np. ekshibicjonizm, voyeryzm, obsceniczne rozmowy telefoniczne; zachowania takie mogą ulec nasileniu i doprowadzić do poważnych aktów przemocy seksualnej; poprzez swoje zachowania seksualne sprawca obniża swój niepokój i podwyższa nastrój;
 6. sprawca z zaburzoną kontrolą impulsów – młody człowiek, który wcześniej przejawiał problemy natury psychologicznej, często o obniżonym intelekcie, pochodzi z rodziny wykazującej poważne zaburzenia, używa narkotyków; przemoc seksualna jest wynikiem jego impulsywności i zaburzonej umiejętności autokontroli lub zaburzoną percepcją rzeczywistości; motywacja sprawcy jest złożona i posiada indywidualne, osobiste przyczyny;
 7. sprawca wpływowy – sprawcy tej kategorii działają zwykle w grupie rówieśników i znają swoją ofiarę; zasadą jest, iż odpowiedzialnością za dokonaną przez siebie przemoc obarczają ofiarę i/lub pozostałych członków grupy; zazwyczaj istnieje dynamiczny leader – jedna lub dwie osoby, które rozpoczynają napaść seksualną; ich motywacją jest najczęściej przyciągnięcie uwagi rówieśników, zdobycie ich akceptacji, wzmocnienie swojej pozycji w grupie; pozostali członkowie grupy naśladują lidera pod presją grupy.

Nieletni sprawcy przemocy seksualnej znacząco różnią się od sprawców dorosłych:

- są bardziej podatni na leczenie;
- mają mniejszą liczbę ofiar;
- stosują mniej przemocy fizycznej;
- w większości przypadków nie wykazują dewiacyjnego wzorca pobudzenia seksualnego i/lub dewiacyjnych fantazji seksualnych;
- niewielu przejawia utrwalone i długoterminowe tendencje do popełniania napaści seksualnych;

- przeciętny poziom recydywy seksualnej jest niski i wynosi niespełna 11% - poziom recydywy nieletnich sprawców wykorzystujących seksualnie dzieci jest nieznacznie niższy niż sprawców dokonujących gwałtów wobec rówieśników.

Etiologia zjawiska przemocy seksualnej podejmowanej przez młodzież

Teorie, na podstawie których dokonywane są próby wyjaśniania przyczyn przemocy seksualnej nastolatków opierają się na modelach odnoszących się do osób dorosłych. Najczęściej stosowane jest podejście eklektyczne, obejmujące teorię społecznego uczenia się, teorię rozwojową, teorię kognitywno-behawioralną, teorię przywiązania, uzależnień oraz teorię biologiczną. Badacze zgadzają się, iż istnieje wiele czynników (psychologicznych, biologicznych i socjologicznych), które oddziałują w kompleksowy, lecz słabo poznany sposób.

W literaturze przedmiotu przeważają trzy punkty widzenia: dewiacyjne zachowania seksualne są albo zachowaniami wyuczonymi, albo spowodowane czynnikami biologicznymi, albo stanowią kombinację uczenia się i czynników biologicznych (Sermabeikian, Martinez 1994; Erickson 1963; Herman 1988).

Wyniki badań sugerują pewien związek między przemocą seksualną nastolatków a ich indywidualnymi cechami, środowiskiem rodzinnym oraz czynnikami socjoekonomicznymi (Mathews, Hunter 1997) takimi, jak:

- wcześniejsze doświadczenia przemocy fizycznej lub seksualnej;
- dysfunkcjonalna rodzina;
- ekspozycja na materiały pornograficzne;
- zaburzenia psychiatryczne.

Rodziny nastoletnich sprawców przemocy seksualnej w dużym stopniu przypominają rodziny młodzieży przejawiającej poważne zaburzenia emocjonalne lub zaburzenia zachowania. Wykazują cechy braku stabilności i dezorganizacji, członkowie rodziny mają tendencję do zaprzeczania napięciom seksualnym, matki charakteryzują się podwyższonym poziomem neurotyzmu, brakuje wychowania i edukacji seksualnej dzieci, rodzice (25%) wykazują patologię seksualną.

Naukowcy wskazują, iż wielu spośród nieletnich sprawców przemocy seksualnej doświadczyło lub nadal doświadcza różnorodnych form przemocy. Od 25 do 50% z nich przemocy fizycznej, 10–80% – seksualnej (Baker

et al. 2001; Fehrenbach *et al.* 1986). Jednakże pamiętajmy, iż większość wykorzystanych seksualnie dzieci nie staje się później sprawcami przemocy seksualnej. Należy podkreślić fakt, iż nastolatki, wobec których stosowano przemoc fizyczną dokonywali zgwałceń niemal osiem razy częściej (7,6) w porównaniu z nastolatkami, którzy zostali w dzieciństwie wykorzystani seksualnie.

Niezbędne jest kontynuowanie badań nad etiologią zjawiska przemocy seksualnej młodzieży, gdyż wiedza w tym zakresie umożliwi wypracowanie skutecznych programów profilaktycznych dla młodzieży z grupy podwyższonego ryzyka stosowania tego typu przemocy.

Formy leczenia nastolatków wykorzystujących seksualnie inne osoby

Obecnie nieletni sprawcy przemocy seksualnej obejmowani są specjalnymi programami klinicznymi. Są one kombinacją terapii indywidualnej, grupowej i terapii rodziny. Dodatkowo, wiele programów oferuje rodzinom sprawców możliwość udziału w grupach wsparcia i grupach edukacyjnych. Młodzieży, która przejawia zaburzenia psychiatryczne lub zaburzenia zachowania zapewniana jest także leczenie psychiatryczne lub odwykowe.

W procesie terapii nieletnich sprawców przemocy seksualnej pracuje się w następujących obszarach problemowych:

- uzyskiwanie kontroli nad własnym zachowaniem;
- nauka kontroli impulsów i umiejętności radzenia sobie z napięciem seksualnym i agresją;
- nauka umiejętności asertywnych i rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z gniewem;
- podnoszenie kompetencji społecznych, wzmacnianie wiary we własne możliwości, ustanowienie pozytywnego obrazu własnej osoby;
- trening empatii wobec ofiar;
- profilaktyka nawrotów: korekta zniekształceń w myśleniu, rozpoznawanie własnego cyklu przemocy seksualnej i czynników wyzwalających, lokalny system wsparcia;
- edukacja seksualna.

Zjawisko przemocy seksualnej wśród nastolatków wymaga dalszych badań, dociekań i opracowań naukowych, ale nie tylko. Mając bowiem w pamięci statystyki wskazujące, iż 60–80% dorosłych przestępców seksualnych rozpoczęło wykorzystywać seksualnie w okresie dorastania, a 42% pedofików dokonało pierwszych aktów przemocy seksualnej przed 12 rokiem życia,

konieczne jest wypracowanie sposobów wczesnego rozpoznawania i interwencji wobec nieletnich sprawców przemocy seksualnej. Jest to ten obszar badawczy, społeczny i prawny, którego zaniedbać nam nie wolno, przede wszystkim ze względu na bezpieczeństwo i dobro naszych dzieci i młodzieży – ofiar i sprawców.

Literatura

- ADAMS C., FAY J. i LOREEN-MARTIN J. (1984), No is not enough: helping teenagers avoid sexual assault, Obispo Impact, San Luis.
- AWAD G., SAUNDERS E., LEVERE J. (1984), A clinical study of male adolescent sexual offenders, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 28, 105–116.
- BARBAREE H., HUDSON S., SETO M. (1993), Sexual assault in society: the role of the juvenile offender, [w:] H. Barbaree, W. Marshall, S. Hudson (red.), *The juvenile sex offender*, 10–11.
- BECKER, J.V. (1988), The effects of child sexual abuse on adolescent sexual offenders, [w:] G.E. Wyatt, G.J. Powell (red.), *Lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park, Calif.; Sage, London.
- BERA W.H, O'BRIEN M.J. (1986), Adolescent sex offenders: a descriptive typology, [w:] *Prevention of Sexual Abuse* 1 (3), 1–4.
- CAWSON P., WATTAM C., BROOKER S., KELLY G. (2000), *Child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect*, NSPCC, London.
- DUNCAN N. (1999), *Sexual bullying: Gender conflict and pupil culture in secondary schools*, Routledge, London.
- EPPS, K.J. (1999), Casual explanations: filling the theoretical reservoir, [w:] M.C. Calder (red.), *Working with young people who sexually abuse: new pieces of the jigsaw puzzle*, Lyme Regis, Russel House Publishing, Dorset.
- ERICKSON E.H. (1963), *Childhood and society*, Norton, New York.
- FALLER K.C. (1988), *Child Sexual Abuse. An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case Management and Treatment*, Columbia University Press.
- FINKELHOR D. (1986), *Sourcebook on Child Sexual Abuse*, Sage, Beverly Hills CA.

- HANDS J.Z., SANCHEZ L. (2000), Badgering or bantering? Gender differences in experience of and reactions to, sexual harassment among U.S. high school students, *Gender & Society*, 14, 718–746.
- HORNE L., GLASGOW D., COX A., CALAM R. (1991), Sexual abuse of children by children. *Journal of Child Law*, 3(4), 147–151.
- JOHNSON T.C. (1988), Child perpetrators-Children who molest other children: Preliminary findings, *Child Abuse & Neglect*, 12, 219–229.
- JOHNSON T.C., BERRY C. (1989), Children who molest: A treatment program, *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (2), 185–203.
- KANIN E.J. (1967), Reference groups and sex conduct norm violations, *The Sociological Quarterly*, 8, 495–504.
- KELLY L., REGAN L., BURTON S. (1991), An exploratory study of the prevalence of sexual abuse in a sample of 16-21 year olds, Polytechnic of North London, Child Abuse Studies Unit, London.
- LANE S., LOBANOV-ROSTOVSKY C. (1997), Special populations: children, females, the developmentally disabled, and violent youth, [w:] G. Ryan, S. Lane (red.), *Juvenile sexual offending: causes, consequences and correction*, New&revised edition, Jossey-Bass, San Francisco.
- MASSON H., EROOGA M. (1999), Children and young people who sexually abuse others: incidence, characteristics and causation, [w:] M. Erooga, H. Masson, (red.) *Children and young people who sexually abuse others: challenges and responses*. Routledge, London.
- MATHEWS, F. (1987), *Adolescent Sex Offenders: A Needs Study*, Central Toronto Youth Services, Toronto, 1–18.
- MATTHEWS R., HUNTER J.A., VUZ J. (1997), Juvenile female sexual offenders: Clinical characteristics and treatments issues. *Sex abuse, Journal of Research and Treatment*, 9, 187–199.
- MORRISON T. (1999), Is there a strategy out there?, [w:] M. Erooga, H. Masson, (red.), *Children and young people who sexually abuse others: challenges and responses*. Routledge, London.
- MURNEN K., SMOLAK L. (2000), The experience of sexual harassment among grade-school students: Early socialization of female subordination?, *Sex Roles*, 43, 2–17.
- RUDD, HERZBERGER (1999), Brother-Sister Incest – Father-Daughter Incest: A comparison of characteristics and consequences, *Child Abuse and Neglect* 23 (9), 915–928.

- SERMABEIKIAN P., MARTINEZ D. (1994), Treatment of adolescent sexual offenders: Theory-based practice, *Child Abuse and Neglect*, 18, 969–976.
- SNYDER H.N. (1996), Juvenile arrests, *The Juvenile Justice Bulletin NCJ*. 167578, Nov. 1997.
- STEIN N. (1995), Sexual harassment in school: The public performance of gendered violence, *Harvard Educational Review*, 65, 145–162.
- VIZARD E., MONCK E., MISCH P. (1995), Child and adolescent sex abuse perpetrators: a review of the research literature, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36 (5), 731–756.

Joanna Dec*

ZJAWISKO HANDLU LUDŹMI – PROFIL OFIAR Z POLSKI I Z ZAGRANICY

Koniec lat 80. i początek 90. to duże zmiany na geopolitycznej mapie Europy Środkowo-Wschodniej. Okres transformacji ustrojowej w Polsce przyniósł nie tylko zmiany polityczne, ale przede wszystkim gospodarcze. Oprócz swoich pozytywnych efektów, zmiany te spowodowały zubożenie dużej części społeczeństwa. Miało to wpływ na jakość życia Polaków. Trudności ekonomiczne, wzrastające bezrobocie, brak perspektyw, niestabilne warunki na rynku pracy w kraju ojczystym sprawiły, że ludzie zaczęli migrować na Zachód w nadziei na lepsze życie. Tam czuli się zagubieni i nie potrafili przystosować do nowych warunków, tracili pracę i trudno było im znaleźć inną. Bieda sprzyja zaś powstawaniu różnych patologii i między innymi powoduje, że coraz więcej osób wyjeżdża za granicę bez świadomości niebezpieczeństw jakie mogą za tym iść i pada ofiarami handlu.

Nieświadome zagrożeń związanych z nielegalnym pośrednictwem pracy, nie znając warunków życia i pracy za granicą, osoby migrujące ryzykują stanie się ofiarami handlarzy ludźmi. Zostają sprzedane, a potem zmuszone do pracy w seks-biznesie lub niewolniczej pracy, za którą nie otrzymują właściwego wynagrodzenia. Obecny problem handlu i przemytu ludźmi to także rezultat otwarcia granic dawnych krajów komunistycznych.

Począwszy od lat 90. problem handlu ludźmi w Polsce wciąż się nasila. Ze względu na swoje położenie geograficzne Polska spełnia trzy funkcje w procesie handlu ludźmi: jest zarówno krajem pochodzenia ofiar, krajem tranzytowym (przez jej terytorium przemycane są osoby z Europy Wschodniej), jak i docelowym. Po wejściu Polski do Unii Europejskiej, może ona przejąć rolę Niemiec. Stanie się krajem buforowym, z którego to ofiary będą dystrybuowane po Europie. Umocnienie granicy wschodniej doprowadzi do zejścia tego problemu do podziemia, a cudzoziemcy w Polsce będą jeszcze bardziej „nielegalni”.

*Joanna Dec – pedagog, asystentka w Zakładzie Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Warszawskiego.

Definicja handlu ludźmi według protokołu Organizacji Narodów Zjednoczonych z 2000 roku obejmuje wszelkie czyny związane z rekrutacją i przewozem osoby, w granicach i poprzez granice, do pracy lub usług, przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy, wykorzystania pozycji dominacji lub władzy, zadłużenia, wprowadzenia w błąd lub innych form przymusu. Handel ludźmi dotyczy rekrutacji, transportu, transferu, kwatowania i przyjmowania osób przy użyciu gróźb lub siły, uprowadzenia, oszustwa, wymuszenia lub nadużycia władzy, lub przez przekazywanie albo otrzymywanie zapłaty lub korzyści w celu wykorzystania osób. Handel ludźmi może odbywać się dla celów prostytucji, innych form wykorzystania seksualnego, wymuszonej pracy, zniewolenia, praktyk niewolniczych czy usunięcia organów. Gdy praktyka obejmuje wymuszenie lub podstęp, zgoda ofiary nie zmienia stanu rzeczy¹.

Zaś **przemyt osób** to spowodowanie nielegalnego przekroczenia granicy lub nielegalnego pobytu osoby na terytorium państwa, którego ta osoba nie jest obywatelem lub stałym mieszkańcem w celu uzyskania bezpośrednich lub pośrednich korzyści finansowych lub materialnych. W przypadku zarówno handlu, jak i przemytu ludzi, termin dzieci odnosi się do osób poniżej osiemnastego roku życia².

Natomiast **praca przymusowa i praktyki niewolnicze** oznaczają wymuszenie pracy bądź usług od jakiejkolwiek osoby lub przywłaszczenie zdolności prawnej i/lub fizycznej jakiejkolwiek osoby przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy, wykorzystania pozycji dominacji lub władzy, zadłużenia, wprowadzenia w błąd lub innych form przymusu.

Obecny problem handlu ludźmi to przede wszystkim rezultat otwarcia granic dawnych krajów komunistycznych. Zjawisku temu w zmieniającej się Europie sprzyja większa mobilność jednostek, rozwój nielegalnej imigracji, ruch uchodźców i azylantów, rozwój nowych technologii (usług telefonicznych, wirtualnych technik komputerowych, wykorzystanie Internetu). Kwestia migracji niejednokrotnie wiąże się z ryzykiem handlu ludźmi. Migrując z przyczyn politycznych, ekonomicznych, społecznych oraz rodzinnych osoby te często narażają się na to ryzyko³. Dla rozwoju handlu ludźmi istotne jest

¹Protokół o zapobieganiu, zwalczaniu oraz karaniu za handel ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi, uzupełniający Konwencję Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 15 listopada 2000 r. (Dz. U.z 2005 r. Nr 18, poz. 160).

²Protokół przeciwko przemytowi migrantów drogą lądową, morską i powietrzną, uzupełniający Konwencję Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 15 listopada 2000 r. (Dz. U.z 2005 r. Nr 18, poz. 162).

³Buchowska S., *Czynniki sprzyjające handlowi ludźmi*, [w:] Lasocki Z. (red.),

także upowszechnianie się konsumpcyjnego stylu życia, dominacja motywów ekonomicznych, oraz przyspieszenie tempa życia i silne nastawienie na osiągnięcie sukcesu materialnego⁴. Stąd też **przyczyny handlu** ludźmi można ogólnie podzielić na czynniki ekonomiczne, socjalne, polityczno–społeczne oraz prawne.

Przyczyny ekonomiczne to przede wszystkim:

- bezrobocie i ubóstwo,
- brak możliwości uzyskania pracy,
- ograniczona możliwość wyboru pracy,
- brak legalnych możliwości zarobkowania za granicą,
- nielegalne migracje zarobkowe.

Czynnikami socjalnymi są głównie:

- alkoholizm w rodzinie,
- przemoc w rodzinie,
- wykorzystywanie seksualne,
- brak zainteresowanie dzieckiem ze strony rodziców,
- okrojony system świadczeń socjalnych,
- niedostateczny system pomocy socjalnej.

Natomiast do czynników polityczno–społecznych zaliczyć można:

- zmianę systemu politycznego w danym kraju,
- przemiany polityczne w krajach sąsiadujących,
- wojny i konflikty zbrojne.

Przyczyny prawne dotyczą zwłaszcza:

- braku odpowiednich przepisów regulujących,
- niespójnego systemu prawnego,
- niemożności skutecznego egzekwowania prawa,
- niemocy organów ścigania,
- niesprecyzowanej sytuacji prawnej zjawiska prostytutki,
- kryminalizacji prostytutki,
- nierespektowania praw człowieka,

Handel ludźmi. Zapobieganie i ściganie, Uniwersytet Warszawski 2006.

⁴K r e m p l e w s k i A., *O przestępstwie handlu kobietami*, [w:] P o r o w s k i M. (red.), *IPSiR dzisiaj. Księga jubileuszowa*, Uniwersytet Warszawski 1998.

- braku mechanizmów prawnych chroniących świadka – ofiarę handlu, w trakcie postępowania i po jego zakończeniu,
- niskich wyroków dla sprawców⁵.

Jak widać okoliczności sprzyjające handlowi ludźmi często są różnorodne i ściśle ze sobą powiązane. Opisując każdorazowo zjawisko handlu ludźmi często nie można jednoznacznie stwierdzić, który czynnik jest decydujący. W większości przypadków występuje kumulacja kilku z nich.

Poniżej zaprezentowane wyniki dotyczące profilu ofiar z Polski i z zagranicy, są fragmentem raportu pt. „Reakcja prawno – karna na handel ludźmi w Polsce” autorstwa Joanny Dec i Zbigniewa Izdebskiego z Zakładu Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej, Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Badania tego typu, analizujące kwestię handlu ludźmi, są pierwszymi w Polsce o takim zasięgu i opisujące zagadnienie z tyłu płaszczyzn. Problem handlu ludźmi jest w Polsce nadal mało opisany i zbadany. Największa trudność polega na dotarciu do ofiar. Równie trudne jest uzyskanie informacji dotyczących osób i zorganizowanych grup przestępczych trudniących się handlem ludźmi.

Badania tego typu, analizujące kwestię handlu ludźmi, są pierwszymi w Polsce o takim zasięgu i opisującymi zagadnienie z tyłu płaszczyzn. Problem handlu ludźmi jest w Polsce nadal mało opisany i zbadany. Największa trudność polega na dotarciu do ofiar. Równie trudne jest uzyskanie informacji dotyczących osób i zorganizowanych grup przestępczych trudniących się handlem ludźmi.

Prezentowane poniżej badania przeprowadzono w miesiącach luty – wrzesień 2004 roku. Dane i informacje zbierane były zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym (Warszawa, Zielona Góra). Narzędzia badawcze (opracowane przez UNICRI) — (Międzyregionalny Instytut Badań nad Przestępczością i Sprawiedliwością Organizacji Narodów Zjednoczonych) wykorzystywane w czasie badań prowadzone były metodą sondażu diagnostycznego.

Realizatorzy badań (Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego – prof. Zbigniew Izdebski, Joanna Dec) przetłumaczyli i dostosowali kwestionariusz ankiety do warunków polskich. Korzystając z pomocy osób pracujących w Fundacji La Strada oraz przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji RP zebrano materiał badawczy.

⁵Przemoc seksualna i przemoc na tle płciowym wobec uchodźców, uchodźców-repatriantów oraz osób przesiedlonych wewnętrznie. Przewodnik po metodach zpicieganania i przeciwdziałania, UNHCR, 2003.

Metodologia badań obejmowała:

- wywiady z ofiarami z Polski,
- wywiady z ofiarami z zagranicy,
- wywiady z kluczowymi urzędnikami organów rządowych i egzekwującymi prawo – policja, straż graniczna, prokuratura,
- analizę akt sprawy,
- wywiady z NGO i ekspertami w zakresie handlu ludźmi (kwestionariusz nr 2),
- wywiady z urzędnikami ambasad.

Głównym celem badania było uzyskanie danych empirycznych na temat handlu ludźmi w Polsce i wysyłaniu ich z jej terytorium do szeregu krajów docelowych. Informacje te dotyczyły przede wszystkim:

- profilu ofiar polskich,
- profilu ofiar z zagranicy,
- praktyk przestępczych, jakich doświadczyły ofiary organizacji handlujących ludźmi (łącznie z rekrutacją, metodami/trasami transportu, zamieszaniem, kontrolą i wykorzystywaniem ofiar),
- roli NGO lub organów rządowych w ich uwolnieniu, ochronie i pomocy udzielanej ofiarom,
- potrzeb i sugestii ofiar w zakresie poprawy ich sytuacji.

Poniżej zaprezentowano wybrane wyniki dotyczące profilu ofiar z Polski i z zagranicy oraz wnioski nasuwające się w trakcie analizy materiału badawczego.

Analiza danych ofiar z Polski

1. Informacje demograficzne

Analizie statystycznej poddano 15 ankiet. Wszystkie dotyczyły kobiet – ofiar handlu. W badanej grupie najmłodsza kobieta miała 19 lat, najstarsza – 30. Średni wiek ankietowanych wynosił 24,6 lat.

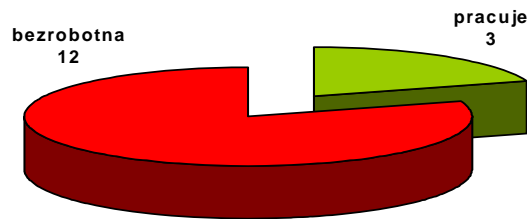
W czterech przypadkach kobiety pochodziły z województwa zachodniopomorskiego, odpowiednio po dwie z woj. śląskiego, dolnośląskiego i lubelskiego. Innym obszarem pochodzenia były województwa podkarpackie, mazowieckie, łódzkie, podlaskie oraz warmińsko-mazurskie.

Większość badanych legitymowała się wykształceniem zawodowym lub średnim. Kilka kobiet uczyło się w szkole średniej. Respondentki wywodziły się z różnych środowisk rodzinnych. Poniżej podano opis ich sytuacji rodzinnych:



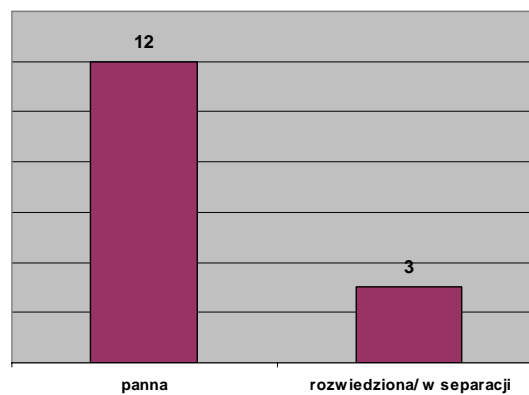
- ojciec był alkoholikiem, stosował przemoc fizyczną wobec ankietowanej, jej trojga rodzeństwa i matki; nie posiadała środków własnych do życia, zależna była od rodziców,
- ojciec nie żyje, matka wychowywała i utrzymywała ankietowaną, finansowo pomagała im siostra,
- mieszkała z dwoma braćmi, babcią, matką i ojczymem,
- rodzice nie mieszkali razem, rodzeństwo (dwóch braci, dwie siostry) też osobno, mieszkała z ojcem i bratem,
- mężatka, posiada czworo dzieci, obecnie w separacji, mieszka z dziećmi
- mieszka z matką, ojcem, babcią, trójką rodzeństwa,
- mieszka z matką, bratem, siostrą; zła sytuacja finansowa,
- rodzice, siostra, brat; wszyscy mieszkali razem,
- matka, ojciec, dwie siostry; ojciec z nimi nie mieszka,
- ojciec i siostra; ankietowana mieszka sama,
- matka, ojciec, brat; relacje w rodzinie dobre, mogli na siebie liczyć,
- matka, brat; w dobrych relacjach; matka i brat pracowali,
- matka i ojciec,
- matka, ojciec alkoholik, dziecko; ojciec nie mieszkał z nimi,
- rodzice nie żyją; mieszka z ciotką; nie układa się dobrze między nimi.

Większość (12) pytaných kobiet nie pracuje. Pozostałe miały jedynie pracę dorywczą (jako opiekunka do dziecka, sprzedawca na bazarze). Dane przedstawione są na wykresie 1.



Wykres 1. Zatrudnienie polskich ofiar (N=15).

Z analizy na temat stanu cywilnego wynika, że w większości (12) badane kobiety były pannami lub nie posiadały stałego partnera. Trzy kobiety były rozwiedzione lub w separacji. Wykres 2 przedstawia dane.



Wykres 2. Stan cywilny badanych osób (N=15).

Trzy ankietowane miały dzieci, w tym jedna czworo. Jedna posiadała jedno dziecko i była w ciąży, jedna miała jedno dziecko. Tylko jedna ankietowana wskazała możliwość utrzymania siebie i dziecka, pozostałe nie miały takich możliwości.

Spośród piętnastu badanych kobiet dziewięć było raz za granicą, trzy kobiety wyjeżdżały dwa razy, jedna ankietowana za granicą była pięć razy. Najmłodsza miała wówczas 17 lat, najstarsza – 25 lat. Poniżej znajduje się spis krajów i lata, do których wyjeżdżały ankietowane:

- Niemcy – lata 1994, 1995, 1999, 2000, 2001, 2003, 2004,
- Włochy – 2003 rok,

- Austria – 2004 rok,
- Belgia – lata 2000–2004,
- Grecja,
- Albania,
- Szwajcaria.

Najdłuższy okres pobytu w wymienionych krajach wynosił półtora roku, najkrócej ankietowana była pięć dni. Średnio ankietowane mówiły o kilku miesiącach pobytu poza Polską.

2. Oczekiwania i plany ofiary w chwili opuszczania Polski

Główną przyczyną wyjazdów z Polski było znalezienie pracy, pomoc materialna rodzinie, zarobienie na życie lub dalszą naukę w szkole, nauka języka, chęć usamodzielnienia się czy spędzenie wakacji.

Ponad 30% ankietowanych nie miało żadnych obaw przed wyjazdem z Polski. Co czwarta respondentka miała następujące obawy:

- brak wiary w pośrednictwo pracy,
- obawa przed nowym środowiskiem,
- czy wyjazd się uda,
- co zostanie na miejscu,
- czy będzie mogła wrócić normalnie,
- brak znajomości języka.

Rodzaj poszukiwanej/oczekiwanej pracy za granicą to najczęściej praca w barze lub restauracji, w sklepie, sprawowanie opieki nad dzieckiem lub osobą starszą. Trzy kobiety jadąc za granicę poszukiwały tam pracy w prostytucji.

Na pytanie czy były świadome niebezpieczeństw, ponad 50% ankietowanych odpowiedziało, iż wiedziało, że kobiety padają ofiarami handlu; co trzecia nie miała takiej świadomości.

3. Dokumenty

Analiza wyników badań wykazuje, że 46% ankietowanych wyjechało za granicę na wizę turystyczną, siedem kobiet przekroczyło granice tylko na paszport, jedna ankietowana miała fałszywy paszport.

W większości przypadków (80%) zaraz po przekroczeniu granicy odebrano badanym paszport. Ponad połowa nie była w stanie odzyskać później tych dokumentów. W jednym przypadku, aby odzyskać dokumenty podrózne, ankietowana skorzystała z okazji i pod nieobecność właściciela baru wykradła je.

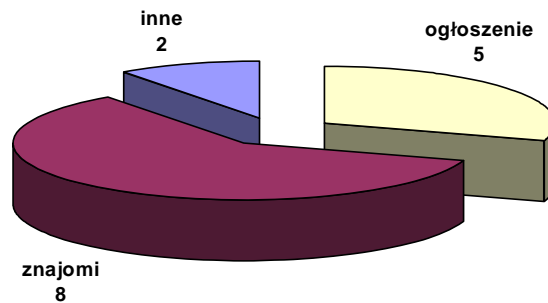
4. Metody rekrutacji/koszty i dług

Większość (12) kobiet zostało znalezionych przez rekrutujących, trzy ankietowane znalazły osobę rekrutującą przez znajomych lub ogłoszenie. Żadna z badanych nie była świadoma ryzyka ich wykorzystania.

Z własnej nie przymuszonej woli wyjechało pięć kobiet (60%), ale oszukano je co do rodzaju pracy, jaki miały wykonywać. Dwie ankietowane wyjechały z własnej woli, wiedząc, co będą robić, natomiast trzy kobiety zostały uprowadzone.

Sama rekrutacja odbywała się według ankietowanych w ich domu, pracy, restauracji, sąsiedztwie lub w czasie prywatki/imprezy u znajomych.

Najczęściej rekrutacja odbywała się poprzez znajomych ofiar. Innym sposobem były zamieszczane ogłoszenia o możliwości pracy za granicą. W czterech przypadkach osoba rekrutująca nie była znana ofierze. Jedna kobieta stwierdziła, iż знаła osobę rekrutującą – był to sąsiad ankietowanej. W jednym przypadku osoba rekrutująca była w związku z badaną. Na wykresie 3 pokazane są sposoby rekrutacji.

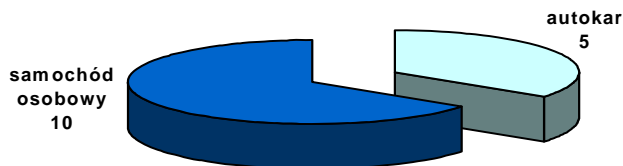


Wykres 3. Sposoby rekrutacji ofiar (N=15).

Wyjeżdżając za granicę dwie osoby zapłaciły za wszystko z góry, pięć kobiet musiało zaciągnąć dług, który potem spłaciły. Dwie osoby za nic nie płaciły, natomiast w jednym przypadku sfinansowano podróż ankietowanej. Jedna osoba pożyczyła pieniądze na wyrobienie dokumentów podróży. Osoby, które miały dług do spłacenia, pomimo oddania należnych pieniędzy, nadal były zmuszane do pracy. Dług zwracały „pracodawcom” lub osobie rekrutującej. Niektóre badane kobiety nie dostawały za pracę żadnego wynagrodzenia.

5. Trasy i doświadczenia z podróży

Środkiem transportu do kraju docelowego w większości przypadków (10) był samochód osobowy. Co trzecia ankietowana jechała do kraju docelowego autokarem.



Wykres 4. Środek transportu (N=15).

Trasy podróży do kraju docelowego przedstawiały się różnie. Wszystko zależało od tego, z jakiego regionu Polski oraz do jakiego kraju ankietowane jechały. Respondentki opisały następujące trasy podróży:

- bezpośrednio z Jarosławia do Kolonii,
- zawsze przekraczała granicę polsko-niemiecką w Kołbaskowie; nie pamięta nazw miejscowości z trasy,
- za pierwszym razem miastem docelowym był Hamburg, za drugim Lübeck,
- samochodem pod czesko-austriacką granicę, potem drugim autem właściciela agencji w Austrii,
- w Polsce samochód, później autokar,
- Lublin – Rzeszów – Cieszyn (Czechy) – Austria – Batibali (Włochy),
- autokarem do Grecji; samochodem do Albanii,
- Olsztyn – Poznań – Zielona Góra – Berlin,
- Szczecin – Kołbaskowo – Berlin – Jezioro Bodeńskie – Zurych,
- Podlasie – Warszawa – Poznań – Słubice – Niemcy,
- Elbląg – Świecko – Dortmund,
- w czterech przypadkach brak danych.

Najkrócej ofiary jechały cztery godziny, najdłuższa podróż do kraju docelowego trwała cztery miesiące (z tym, że kobieta ta miała kilku tygodniową przerwę w drodze do kraju docelowego).

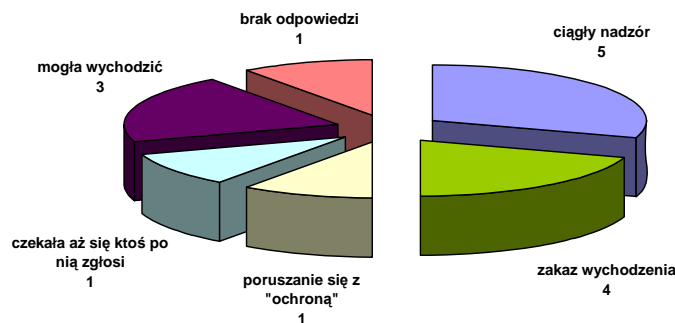
Osiem badanych podróżowało z osobą pomagającą w zorganizowaniu podróży, inne kobiety również im towarzyszyły. W jednym przypadku była to również matka badanej. Jedna ankietowana dołączyła w kraju tranzytowym do pięciu innych osób.

W badaniu pytano również o fakt zagrożenia/przemocy w stosunku do ankietowanych. Pięć kobiet potwierdziło ryzyko głodu, przemocy, podawanie środków zmieniających świadomość. W czasie podróży siłą przetrzymy-

wanych było pięć ankietowanych, trzy – mogły bez przeszkód wychodzić. Jeżeli chodzi o pobyt w kraju docelowym większość kobiet (11 stwierdzeń) było przetrzymywanych siłą, obserwowanych, kontrolowanych, nie wychodziły bez „ochrony”, były dowożone do klientów.

Żadna z ofiar handlu nie zdawała sobie sprawy z niebezpieczeństw, jakie czekały na nią w czasie transportu.

Podczas podróży niektóre kobiety miały przerwy. W Niemczech (Koloniam), przez ok. 1,5 dnia ankietowana czekała u kolegi, który załatwił pracę, aż ktoś się po nią zgłosił (z rodziny, której dziećmi miała się opiekować); jednak nikt nie przychodził, więc mężczyzna sam zawiózł tam ankietowaną. Inna sytuacja miała miejsce w Grecji, gdzie ofiara czekała kilka dni. W jednym przypadku ok. 1 dnia czekała respondentka w Berlinie. Jedna kobieta nie podała miejsca gdzie ją przetrzymywano. Zgodę na opuszczenie miejsca przetrzymywania miały jedynie trzy kobiety. Pozostałe nie mogły samodzielnie wychodzić. Na wykresie 5 podane są odpowiedzi.



Wykres 5. Przetrzymanie przed przybyciem do kraju docelowego (N=15).

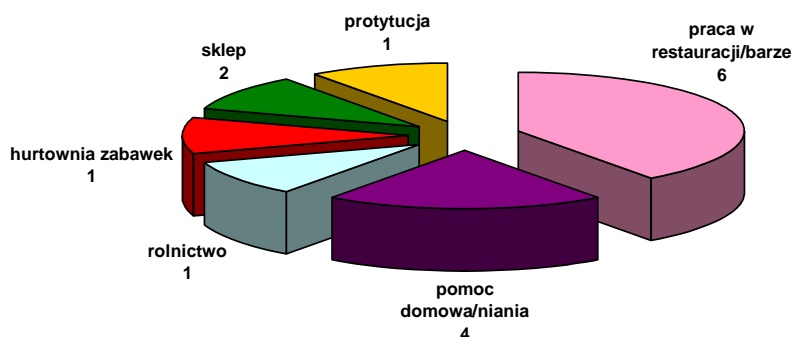
Na pytanie, czy możliwe było komunikowanie się z innymi lub swoboda poruszania, jedynie cztery respondentki odpowiedziały twierdząco. Pozostałe 11 kobiet takiej możliwości nie miało. Powodem był przede wszystkim zakaz osób rekrutujących, ciągła obserwacja, wzbudzanie strachu, groźby, kontrolowanie w czasie rozmów czy ciągła obecność „ochroniarza”.

6. Oszustwo, wymuszenie i wykorzystanie

Wszystkie ofiary zostały oszukane przez rekrutujących. W 10 przypadkach oszustwo dotyczyło warunków pracy, w ośmiu – charakteru pracy. Dwie ankietowane stwierdziły oszustwo co do warunków zamieszkania oraz co do kraju docelowego. W jednym przypadku oszustwo dotyczyło przepisów imigracyjnych w kraju docelowym oraz formy podróży. W jednym przypadku ofiara nie spodziewała się oszustwa gdyż była przekonana, że partner, który

zajmował się jej podróżą, kocha ankieterkę.

W 11 przypadkach obiecano ankieterkom pracę lub umowę zatrudnienia. Wykres 6 (poniżej) przedstawia poszczególne rodzaje obiecanej pracy w kraju docelowym.

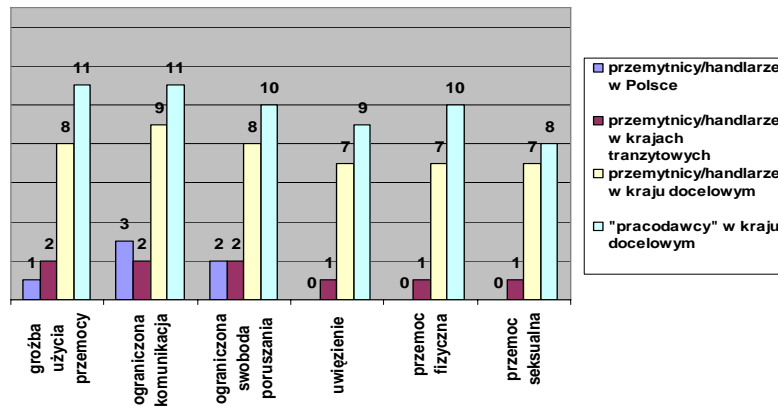


Wykres 6. Deklaracja pracy/umowy zatrudnienia (N=15).

Na 15 badanych większość (12) zmuszana była do pracy w prostytutce. Jedną zmuszano do sprzątania żrących substancji. W jednym przypadku nie zmuszano respondentki do żadnej pracy. Praktyki, do których ankieterki były zmuszane to:

- świadczenie usług seksualnych klientom agencji towarzyskiej i klubów; ankieterki pracowały w godzinach nocnych, nie mogły zatrzymać pieniędzy dla siebie,
- trzy badane mogły zrezygnować z pracy pod warunkiem, że na swoje miejsce znajdą inne kobiety,
- dwóm ankieterkom podawano środki odurzające w pożywieniu; w nocy przychodzili różni mężczyźni i wykorzystywali je seksualnie; nie były w stanie się bronić, często traciły świadomość,
- trzy ankieterki zmuszane do werbowania innych kobiet, przyjmowania narkotyków.

W zależności od kraju docelowego oraz okresu pobytu, zarobki ankieterok wynosiły od 1 500 DM do 2 500 DM (w tym czasie walutą były marki) lub od 110 Euro do 5 000 Euro. Co piąta ankieterka nie wie, ile zarabiała za pracę w kraju docelowym, natomiast cztery kobiety nie dostawały żadnego wynagrodzenia. Czterem kobietom odbierano wszystkie zarobki. Możliwe do zatrzymania było jedynie od 1/5 do 1/3 zarobionych pieniędzy. W dwóch przypadkach ankieterki wypłatę wysłały jako pomoc rodzinie.



Wykres 7. Rodzaje przemocy wobec ofiar według sprawców (N=15).

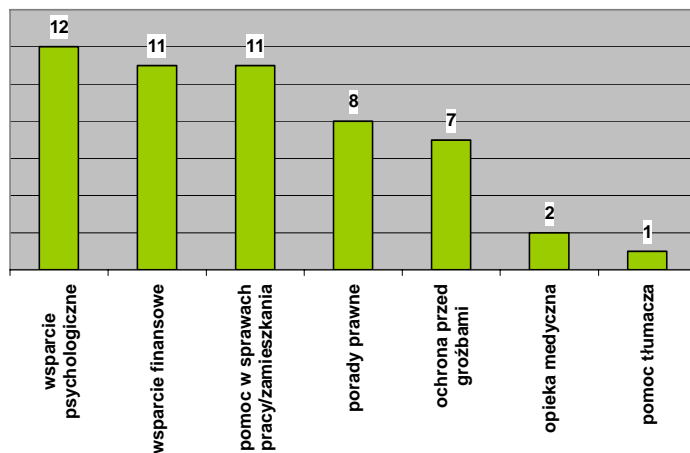
Groźba użycia przemocy wobec ofiar była skuteczną metodą wymuszania na nich posłuszeństwa. Jak wynika z zestawienia odpowiedzi twierdzących na wykresie 7 najczęściej grozili czy też bezpośrednio stosowali przemoc „pracodawcy” w kraju docelowym: 3/4 odpowiedzi dotyczy właśnie tej grupy osób. W badanej grupie uwięzienia, przemocy fizycznej czy seksualnej wobec ofiar nie stosowali handlarze w Polsce. Na uwagę zasługuje fakt, iż osoby stosujące jeden rodzaj przemocy, stosują również inne. Groźby, uwięzienie oraz ograniczona komunikacja w większości także dotyczyła handlarzy spoza kraju pochodzenia ofiar.

7. Potrzeby ofiar w kontekście pomocy

Na wykresie 8 widoczne są odpowiedzi na pytanie, jakich usług potrzebują ofiary handlu; większość (12 osób) odpowiedziała, że wsparcia psychologicznego. Po 11 odpowiedzi dotyczyło pomocy w sprawach pracy i zamieszkania oraz wsparcia finansowego. Co druga ankietowana uważa także, że istotne są porady prawne i ochrona przed groźbami. Dwie kobiety wskazały na konieczność opieki medycznej.

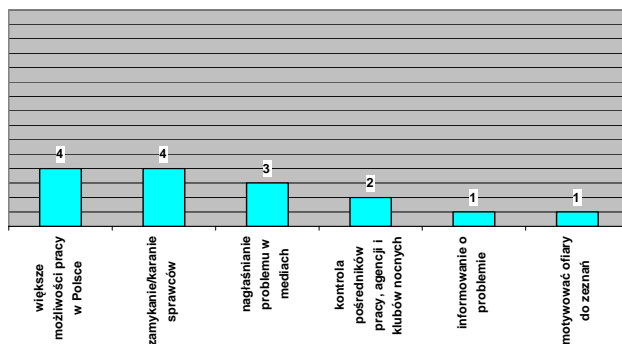
Według 11 ankietowanych strategie egzekwowania prawa nie są odpowiednie dla zwalczania handlu ludźmi i wykorzystywania seksualnego. Zdaniem niektórych brakuje koordynacji we współpracy policji między krajami. Aby skuteczniej zwalczać te przestępstwa, powinna być przede wszystkim skuteczniejsza kontrola wyjeżdżających za granicę. Istotne jest także informowanie i wspieranie młodych kobiet. Inne propozycje to wysokie wyroki dla sprawców, zamykanie sutenerów, szybka i skuteczna reakcja policji lub kontrolowanie agencji towarzyskich.

Wykres 9 przedstawia propozycje ankietowanych w celu zapobiegania



Wykres 8. Usługi potrzebne ofiarom handlu (N=15).

handlowi ludźmi. Większość uważa, że większe możliwości pracy w Polsce oraz zamykanie sprawców mogłoby zapobiec sytuacjom handlu. Istotne jest również nagłaśnianie problemu, informowanie o zjawisku w mediach, a także kontrolowanie przez policję pośredników oferujących pracę za granicą oraz takich miejsc jak, np. agencje towarzyskie, kluby nocne. Jednak zdaniem 13 ankietowanych same informacje nie wystarczają.



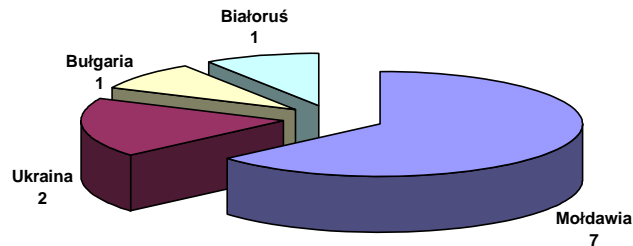
Wykres 9. Działania w celu zapobiegania handlowi (N=15).

Analiza danych ofiar z zagranicy

1. Informacje demograficzne

Dane na temat ofiar handlu z zagranicy uzyskano z 11 wywiadów, wśród których 10 dotyczyło kobiet. W jednym przypadku handel ludźmi dotyczył

mężczyzny. Większość badanych stanowili obywatele Mołdawii, w tym mężczyzna. Jak przedstawia wykres 10, dwie kobiety pochodziły z Ukrainy, po jednej obywatelce było z Bułgarii i Białorusi. Najmłodsza osoba miała 18 lat, najstarsza – 40. Średni wiek ofiar handlu to 27,4 lata.



Wykres 10. Narodowość ofiar handlu z zagranicy (N=11).

W odniesieniu do liczby wyjazdów z kraju pochodzenia w celu znalezienia pracy, większość (6 osób) badanych wyjechała raz. Dwie osoby opuściły swój kraj dwukrotnie, jedna wyjeżdżała trzy razy. Nigdy w tym celu nie wyjeżdżały dwie badane.

Ankietowani za granicę w poszukiwaniu pracy najczęściej wyjeżdżali do Polski w roku 2004. Dwie osoby były w Niemczech. Również dwoje ankietowanych opuściło swój kraj wyjeżdżając w 2004 roku do Rosji. Po jednej osobie było w Hiszpanii i Rumunii. Najkrócej w Polsce ankietowani mieszkali dwa tygodnie, najdłużej trzy lata. Legalnie w Polsce przebywało siedem osób, jedna osoba starała się o wizę, a w dwóch przypadkach pobyt był nielegalny.

2. Koszty i długi

Kwestia dotycząca dokumentów i umowy o pracę przed wyjazdem przedstawia się następująco: na 11 ankietowanych dziewięć nie miało żadnej umowy przed wyjazdem, tyle samo wskazań dotyczyło legalnej wizy turystycznej. Jedna ankietowana przekroczyła granice używając cudzego paszportu. W jednym przypadku nie było jeszcze wówczas wiz.

Siedmiu osobom zabrano dokumenty, których nie mogli potem odzyskać, natomiast w czterech przypadkach dokumenty ankietowani mieli przy sobie.

Osoby zajmujące się handlem ludźmi lub organizowaniem nielegalnej pracy za granicą często pobierają z tego tytułu opłaty. Najczęściej osoby, które chcą wyjechać w poszukiwaniu pracy muszą zaciągać dług u pośredników lub osób bliskich, znajomych. W siedmiu przypadkach ankietowani zaciągnęli dług u werbownika, który musieli zwrócić z pierwszej wypłaty.

Dwie osoby za wszystko same zapłaciły z góry, natomiast jeden ankietowany pożyczył pieniądze od znajomych.

Cztery osoby nie spłaciły długu, ponieważ uciekły od handlarzy, u dwóch nikt po należności się nie zgłosił, a w jednym przypadku wcześniej ofiarę zatrzymano na granicy i nie miała ona później kontaktu z werbownikami.

Zadając pytanie na temat praktyk przestępczych, do których zmuszono ofiary handlu, w dwóch przypadkach uzyskano odpowiedzi twierdzące. Sytuacje dotyczyły przymuszania innych do żebractwa oraz podróżowania z cudzym paszportem.

3. Metody rekrutacji

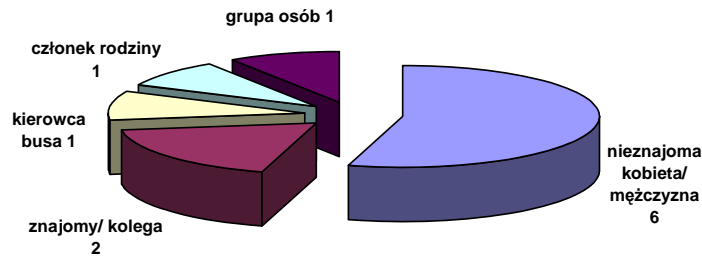
Wszyscy badani wyjechali z własnej nie przymuszonej woli, ale oszukano ich co do rodzaju pracy, jaką mieli wykonywać. Obszary, z których ich rekrutowano to:

- Kiszyniów, Mołdawia (6 wskazań),
- Czerkasy, Ukraina,
- Dobricz, Bułgaria,
- Tiraspol, Mołdawia,
- rejon Kirowogrzedskij, Białoruś,
- rejon Szepetowski, Ukraina.

W większości to osoby rekrutujące znajdowały ankietowanych. Jedyne w jednym przypadku poszkodowany szukał kontaktu z pośrednikiem pracy za granicą. Ze względu na różne kraje, kontakt z osobami werbującymi przedstawiał się następująco:

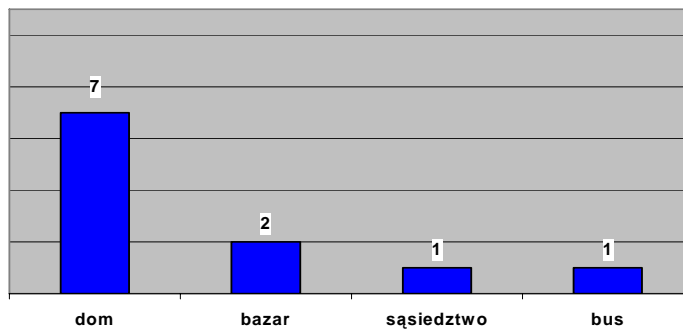
- w trzech przypadkach osoba werbująca przyszła do ankietowanego,
- dwie osoby miały informacje na podstawie wiadomości przekazywanych z „ust do ust”,
- jedna osoba przez rodzinę,
- jedna – przez znajomych,
- w jednym przypadku osoba świadcząca usługi transportowe zaproponowała pracę (osoba ta podeszła do ankietowanej na bazarze),
- obiecano znaleźć zaginioną za granicą córkę badanej,
- osoba rekrutująca była siostrą chłopaka ofiary.

Różnie także wygląda profil osób rekrutujących widoczny na wykresie 11. Najczęściej były to osoby nieznajome (6 przypadków). Następnie kole-dzy, kierowca busa, a także członek rodziny ankietowanych osób.



Wykres 11. Osoba rekrutująca (N=11).

Na wykresie 12 przedstawiono miejsca, z których rekrutowano ofiary do pracy za granicą. Najczęściej był to dom, bazar, na którym wcześniej ofiary pracowały oraz sąsiedztwo. Jedna osoba została zrekrutowana w busie.

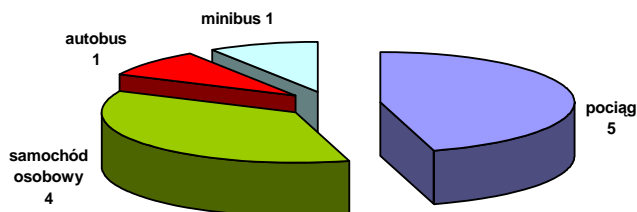


Wykres 12. Miejsce rekrutacji (N=11).

Żaden z badanych nie zdawał sobie sprawy z niebezpieczeństw podczas podróży oraz ryzyka wykorzystania lub zmuszania do pracy w kraju docelowym. Nikogo również nie poddano sytuacji fizycznego zagrożenia w czasie podróży. Miejsca opuszczenia kraju ofiary to:

- Kiszyniów (6 przypadków),
- Czerkasy,
- Dobrcz,
- Briestskaje,
- Mistopołone.

Ze względu na koszty oraz odległości krajów pochodzenia ofiar od Polski, różnie wyglądała podróż ankietowanych. W większości (wykres 13) środkiem transportu był pociąg. Prawie co trzeci badany podróżował samochodem. Był też wskazany autobus lub minibus.



Wykres 13. Środek transportu podczas wyjazdu (N=11).

Co trzecia osoba podróżowała do kraju docelowego z kimś jeszcze, rekrutowanym przez tę samą osobę. Dwóch ankietowanych jechało z większą liczbą rekrutowanych osób. Również dwóch podróżowało samych, a trzy osoby z osobą rekrutującą do pracy za granicą.

Sama podróż, w zależności od odległości kraju pochodzenia, trwała najkrócej ponad dzień, a najdłużej – dwa tygodnie.

Trasy z kraju pochodzenia do Polski przedstawiają się następująco:

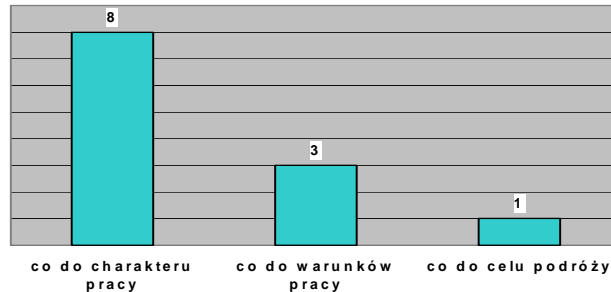
- trzy osoby miały identyczną trasę Kiszyniów – Lwów – pociąg; Lwów – Warszawa – taxi,
- Kiszyniów – Brześć – Słubice,
- Białoruś – Polska – Niemcy (samochód); Niemcy – Francja – Hiszpania (samochód); Hiszpania – Niemcy (autobus); Niemcy – Polska (autobus),
- Czerkasy – Kijów – Dorohusk – Warszawa,
- Kiszyniów – Ukraina (pociąg); Ukraina (granica) – Warszawa – taxi,
- Kiszyniów – Warszawa,
- samochodem Mołdawia – Ukraina – Polska (Medyka) – Przemyśl – Katowice,
- dwie osoby nie pamiętają tras.

Przy pytaniu o przetrzymywanie i kontrolę w czasie podróży, większość (10 badanych) potwierdziło zakaz opuszczania miejsca pobytu. Najczęściej byli oni pod stałą kontrolą. Niektórzy zamykani byli na klucz, inni wychodzili z „ochroną”, zakazywano im komunikowania się z innymi, rodziną na zewnątrz.

4. Oszustwo, wymuszenie i wykorzystanie

Wykres 14 prezentuje rodzaje oszustwa, jakim się posłużono podczas rekrutacji ofiar z zagranicy. Większość przypadków dotyczy oszustwa co do

charakteru pracy. Trzy osoby oszukano co do warunków pracy, jedna ofiara została oszukana co do celu podróży.



Wykres 14. Oszustwo, jakim posłużyli się rekrutujący (N=11).

Co czwarty badany miał podjąć pracę w sklepie, co szósty — w restauracjach lub barach, dwie osoby miały pracować na bazarze. Inne obietnice dotyczyły pracy w charakterze gosposi lub niani, w przemyśle ciężkim (budownictwo), w rolnictwie oraz w hotelu. Jednej osobie nie obiecywano nic. To, co obiecywano w związku z podjęciem pracy za granicą znacznie odbiegało od zastanej w Polsce rzeczywistości. Ponad połowa badanych zmuszana była do prostytucji, cztery do żebractwa. Tylko jedna ankietowana nie była zmuszana do pracy.

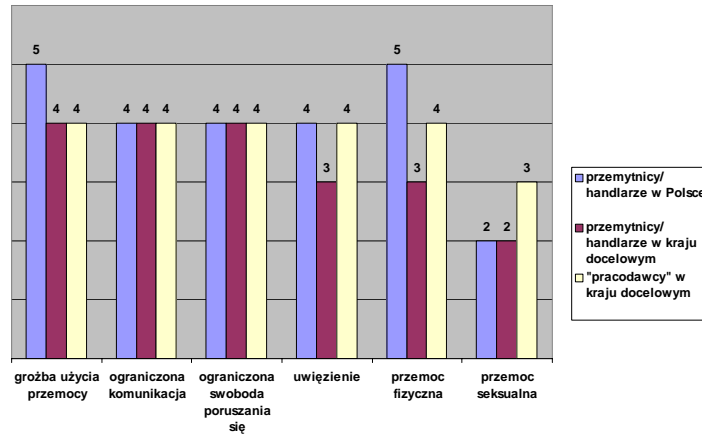
Poniżej podano praktyki, do których zmuszano ofiary handlu i przemytu. Większość dotyczy zmuszania do świadczenia usług seksualnych klientom klubu lub agencji towarzyskiej. Niektóre ankietowane musiały także sypiać z właścicielami klubów.

Praktyki, do których zmuszano ankietowanych:

- cztery osoby zmuszano do pracy w prostytucji przy autostradzie, w motelu,
- dwie osoby zmuszano do żebrania od godz. 6.00 do 20.00 z dzieckiem na wózku inwalidzkim innej kobiety,
- dwie – do żebrania; nie otrzymywali za to pieniędzy,
- jednego badanego nie zmuszano, ale musiał patrzeć jak jego żona i dwóch synów są zmuszani do żebrania na ulicach Warszawy.

Respondenci pracujący pod przymusem rzadko otrzymywali wynagrodzenie za swoją pracę. Nawet jeżeli dostawali pieniądze (8 przypadków) nie mogły ich zatrzymać. Wszystko oddawali właścicielom agencji, klubu lub rekrutującym jako spłatę długu. Ich zarobki wahały się od 100 do 500 zł dziennie, od 700 do 5.000 zł tygodniowo. Trzy osoby nie dostawały żadnych pieniędzy za swoją pracę.

W 10 przypadkach poddawano badanych przemocy lub przymusowi w czasie pobytu w Polsce. Kwestie te przedstawione są szczegółowo na wykresie 15. Czterech badanych potwierdziło częste stosowanie wobec nich groźb lub przemocy. Jednej osobie nadzorca w miejscu pracy groził nożem. W ok. 1/3 przypadków zdarzały się także groźby wyrządzenia krzywdy rodzinie, dzieciom poszkodowanych lub bicie przy badanej jej dzieci przez „pracodawców”.



Wykres 15. Groźby/przemoc stosowane wobec ankietowanych w krajach pochodzenia i docelowym N=11.

5. Przyczyny powrotów ofiar handlu ludźmi do swojego kraju

Zarówno w przypadku ofiar z Polski, jak i z zagranicy powrót do kraju pochodzenia odbywał się różnie. Osoby, które przebywały za granicą nielegalnie, najczęściej zostały deportowane. Większość ofiar uciekała od handlarzy lub „pracodawców”. W wielu sytuacjach ucieczka była możliwa dzięki pomocy organizacji pozarządowej. Nierzadko ofiarom pomagały inne pracujące przymusowo kobiety. W jednym przypadku w ucieczce pomógł klient ofiary. Poniżej zestawienie najczęściej pojawiających się odpowiedzi dotyczących powrotu ofiar do kraju pochodzenia:

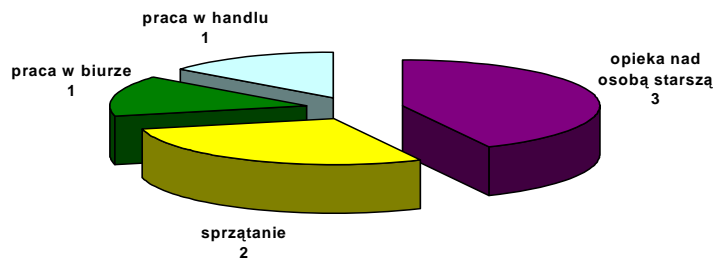
- powrót wymuszony przez władze kraju przeznaczenia – deportacja,
- ucieczka od handlarzy,
- ucieczka od pracodawców,
- pomoc innych kobiet,
- pomoc NGO.

6. Plany ankietowanych na przyszłość

Na pytanie czy ankietowani zamierzają wrócić do swojego kraju, pięć osób pragnie pozostać w Polsce. Większość – sześć osób – pragnie powrócić do kraju pochodzenia, ponieważ:

- mają tam rodzinę, dziecko niedługo pójdzie do szkoły, chcą znaleźć pracę u siebie w kraju,
- boją się zemsty sprawców,
- dwoje badanych nie chce tu wracać bez podawania przyczyny.

Wykres 16 przedstawia odpowiedzi na pytanie, jaką pracę chcieliby wykonywać ankietowani, gdyby zostali w Polsce. Jedna ankietowana wyszła w Polsce za mąż, od jakiegoś czasu tu mieszka, a jej dzieci chodzą do polskiej szkoły. W drugim przypadku ankietowana poznała Polaka, z którym ma dziecko i chce wyjść za niego za mąż.



Wykres 16. Rodzaj pracy w razie ewentualnego pozostania ankietowanych w Polsce.

Wielu badanych dzięki pomocy różnych organizacji pozarządowych oraz organów ścigania może na nowo zacząć swoje życie w kraju, w którym się znaleźli lub wrócić do kraju pochodzenia. Niestety, nadal ofiary handlu ludźmi nie mają odwagi zeznawać przeciwko osobom, które je wykorzystały. Wynika to z faktu, że nie ufają dostatecznie organom, które powinny zapewnić im ochronę; inne osoby są zrażone do organów ścigania i sprawiedliwości, które wcześniej nie wykazały chęci pomocy.

Podsumowanie i wnioski

Powyżej zaprezentowany materiał jest jedynie wycinkiem rzeczywistości i nie oddaje pełnego obrazu zjawiska handlu ludźmi. Łamie on jednak stereotypy dotyczące postrzegania ofiar handlu ludźmi. Nie są to jedynie kobiety ani osoby, które naiwnie wierzą, że praca za granicą zmieni ich dotychczasowe życie. Kolejna kwestia związana jest z sytuacją ofiar handlu ludźmi. Nie

wszystkie pokrzywdzone osoby trafiają do przymusowej pracy w prostytucji. Często decydując się na pracę za granicą w różnej profesji, zastają warunki, których nie spodziewały się wcześniej i na które się nie zgadzają. Należy pamiętać, że handel ludźmi to także rekrutacja, transport, transfer, kwaterowanie i przyjmowanie osób przy użyciu gróźb lub siły, uprowadzenia, oszustwa, wymuszenia lub nadużycia władzy, przekazywanie albo otrzymywanie zapłaty lub korzyści w celu wykorzystania osób. To także przymusowa i niewolnicza praca, inne warunki pracy (gorsze), niż te zawarte w umowie, przemoc fizyczna i psychiczna ze strony pracodawców, a także przemyt oraz szmuglowanie ludzi. Gdy praktyka obejmuje wymuszenie lub podstęp, zgoda ofiary na tego typu warunki nie zmienia stanu rzeczy.

Probleatów w przeciwdziałaniu handlowi ludźmi nastęrczają przede wszystkim nieprecyzyjnie zdefiniowane i określone pojęcia i środki zwalczania handlu ludźmi, brak lub niewystarczające mechanizmy ochronne, trudności na szczeblu państwowym w realizacji postanowień poszczególnych dokumentów, ograniczona ochrona i opieka nad ofiarami, niewystarczające wykorzystanie organizacji pozarządowych, brak międzynarodowego systemu współpracy w kontekście działań prewencyjnych, a także niewystarczająca lub ograniczona współpraca międzynarodowa.

Szczególnie ważną rolę w skutecznym zapobieganiu i zwalczaniu handlu ludźmi odgrywają organizacje pozarządowe. Jednak same działania organizacji pozarządowych, zajmujących się profilaktyką handlu ludźmi i pomocą ofiarom nie są wystarczające, choć zdecydowanie potrzebne. Istotną kwestią jest podjęcie wspólnych działań zarówno sektora rządowego, jaki i pozarządowego. Tylko wzajemna współpraca, wypracowanie właściwych procedur zwalczania i przeciwdziałania handlowi ludźmi oraz stworzenie przejrzystych, jednoznacznych i szczegółowych regulacji prawnych w oparciu o międzynarodowe dokumenty mogą przyczynić się do zmniejszenia zasięgu tego zjawiska.

Literatura

- BRUSSA L. (1999), *Health, migration & sex work*, TAMPEP International Foundation.
- BUCHOWSKA S. (2006), *Czynniki sprzyjające handlowi ludźmi*, [w:] Z. Lasocik (red.), *Handel ludźmi. Zapobieganie i ściganie*, Uniwersytet Warszawski.
- Data and Research on Human Trafficking: a Global Survey, IOM 2005.

-
- KREMPLEWSKI A. (1998), O przestępstwie handlu kobietami, [w:] M. Porowski (red.), IPSiR dzisiaj. Księga jubileuszowa, Uniwersytet Warszawski.
- PEARSON E. (2002), Handel ludźmi a prawa człowieka. Nowe rozumienie ochrony ofiar, Anty-Slavery International i La Strada.
- Przemoc seksualna i przemoc na tle płciowym wobec uchodźców, uchodźców-repatriantów oraz osób przesiedlonych wewnątrz. Przewodnik po metodach zapobiegania i przeciwdziałania, UNHCR 2003.
- Protokół o zapobieganiu, zwalczaniu oraz karaniu za handel ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi, uzupełniający Konwencję Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 15 listopada 2000 r. (Dz. U.z 2005 r. Nr 18, poz. 160).
- Protokół przeciwko przemytowi migrantów drogą lądową, morską i powietrzną, uzupełniający Konwencję Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 15 listopada 2000 r. (Dz. U.z 2005 r. Nr 18, poz. 162).
- STASZEWSKA A. (2002), La Strada, Niebieska Linia, nr 5.

Agnieszka Walendzik-Ostrowska*

OGRANICZENIA I TRUDNOŚCI W PORADNICTWIE OKOŁOTESTOWYM HIV

Odkrycie każdej nowej jednostki chorobowej zmienia społeczność. Jednak żadna inna choroba nie wpłynęła na relacje międzyludzkie tak jak AIDS. Spowodował on tak naprawdę wybuch czterech wielkich epidemii: epidemia zakażeń HIV, epidemia zachorowań na AIDS, epidemia strachu przed AIDS, jako reakcja na dwie pierwsze oraz epidemia dyskryminacji jako skutek tej ostatniej (Stapiński 1993, s. II). Poradnictwo związane z HIV/AIDS ma więc na celu nie tylko ograniczanie liczby nowych zakażeń i pomoc osobom już zakażonym, ale także kształtowanie postaw społecznych wobec osób zakażonych i chorych. Takie działanie związane jest z szeregiem przeciwności, których uświadomienie jest pierwszym krokiem do ich pokonania.

Poradnictwo w zakresie HIV/AIDS związane z wykonywaniem testów w kierunku HIV (poradnictwo okołotestowe) to rozmowa pomiędzy pacjentem a doradcą, mająca na celu zmniejszenie stresu (obniżenie poziomu lęku), udzielenie wsparcia oraz pomoc w podjęciu przez pacjenta osobistych decyzji związanych z HIV/AIDS poprzez dostarczenie wiedzy (por. Konieczny 2003, 49). Wykonywanie testów w kierunku HIV połączone z profesjonalnym poradnictwem przed i po badaniu jest wymieniane przez Światową Organizację Zdrowia wśród najskuteczniejszych metod zapobiegania nowym zakażeniom. Aby skuteczność ta była jak największa, testowanie winno spełniać kilka warunków (Izdebski 2002, 236):

1. Testy są dobrowolne. Do ich wykonania niezbędna jest zgoda pacjenta.
2. Powinna istnieć możliwość wykonania testu anonimowo.
3. W miarę możliwości powinna istnieć możliwość wykonania testów bezpłatnie.
4. Testy powinny być zawsze poprzedzone poradnictwem przedtestowym.

*Agnieszka Walendzik-Ostrowska – pedagog, asystentka w Zakładzie Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego.

5. W czasie rozmowy przed testem należy podjąć działania mające na celu edukację na temat HIV/AIDS i bezpieczniejszych zachowań w kontekście ryzyka zakażenia.
6. Wydaniu wyniku winna towarzyszyć rozmowa po teście.
7. Poradnictwo okołotestowe może być prowadzone przez kadrę medyczną, ale także przez odpowiednio przygotowanych pedagogów, psychologów, pracowników młodzieżowych, pracowników socjalnych, streetworkerów (Poradnictwo w zakresie HIV/AIDS...).
8. Oferta testowania i związanego z nim poradnictwa powinna być kierowana do całego społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem:
 - osób (kobiet i mężczyzn) mających ryzykowne zachowania seksualne, bez względu na orientację seksualną,
 - osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu,
 - młodzieży aktywnej seksualnie,
 - par planujących ciążę,
 - kobiet w ciąży,
 - osób zakażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową,
 - osób, których choroby wskazują na obniżenie odporności,
 - partnerów seksualnych ww. grup.

Wykonanie testu w kierunku HIV bez wcześniejszej rozmowy może mieć poważne skutki: krew zostanie pobrana w okienku serologicznym¹ — mimo zakażenia wynik badania będzie ujemny; pacjent nie dowie się niczego o HIV/AIDS; pacjent otrzyma wynik nie wiedząc dokładnie, co on oznacza; pacjent otrzyma wynik dodatni bez przygotowania na taką informację. Najgroźniejsza jest pierwsza sytuacja — osoba uspokojona wynikiem ujemnym będzie nieświadoma faktu, iż może zakażać innych, co więcej — może też nigdy więcej nie zdecydować się na badanie. Nie wiadomo dokładnie, jak wiele badań wykonuje się w naszym kraju bez poradnictwa okołotestowego, ale na podstawie danych Państwowego Zakładu Higieny dotyczących zakażeń HIV w Polsce można założyć, że około 75% wykonywanych testów odbywa się bez rozmowy poprzedzającej. W tylu procentach przypadków

¹Okienko serologiczne: czas, jaki mija od momentu zakażenia do wytworzenia w organizmie osoby zakażonej przeciwciał w ilości wystarczającej do stwierdzenia tegoż zakażenia standardowymi testami; szacuje się, że może ono trwać do trzech miesięcy.

zakażeń wykrytych od stycznia do października 2006 roku nie ma ustalonej prawdopodobnej drogi zakażenia.

Ponieważ procedura wykonywania badania w kierunku wykluczenia (ew. potwierdzenia) zakażenia HIV wymaga pobrania krwi pacjenta i zbadania jej w laboratorium, niezbędne jest przynajmniej dwukrotne spotkanie pacjenta z doradcą: przed badaniem oraz już po wykonaniu testu; w niektórych sytuacjach tych spotkań może być więcej. Trudności i ograniczenia poradnictwa okołotestowego mogą pojawić się we wszystkich jego momentach i są związane z osobami doradcy i pacjenta oraz szerszym kontekstem epidemii HIV.

Ograniczenia i trudności związane z osobą doradcy

Osoba pragnąca prowadzić poradnictwo okołotestowe musi spełnić szereg warunków, aby zostać doradcą w zakresie HIV/AIDS. Warunki dotyczą dwóch obszarów profesjonalizmu w każdej dziedzinie, a mianowicie wiedzy oraz umiejętności. Brak odpowiedniej wiedzy z zakresu epidemii HIV oraz dotyczącej ludzkiej seksualności, opieranie się na stereotypach dotyczących zachowań seksualnych, szczególnie ludzi młodych, homo- i biseksualności czy też seksu komercyjnego stanowią bardzo poważne utrudnienie w prowadzeniu profesjonalnego poradnictwa. Z kolei brak umiejętności niezbędnych do pomagania innym może doprowadzić do niemożności porozumienia pomiędzy pacjentem a doradcą. Nieumiejętność słuchania, ocenianie zachowań i poglądów pacjenta – werbalnie i mową ciała, narzucanie swojego zdania, przekonanie o słuszności jedynie swoich racji, patrzenie na pacjenta przez pryzmat własnych doświadczeń – to główne grzechy wszystkich zajmujących się pomaganiem, także doradców w zakresie HIV/AIDS. Taka postawa przyczynia się do braku porozumienia pomiędzy uczestnikami dialogu, jakim powinno być poradnictwo okołotestowe. Poważnym ograniczeniem może być rutyna będąca skutkiem dużej liczby pacjentów i zbyt krótkiego czasu na rozmowę z każdym z nich. Złość na pacjenta, szczególnie wtedy, gdy ujawnia on zachowania naganne społecznie (np. mówi, że zdradza swoją partnerkę/partnera), również może bardzo ograniczać możliwość udzielenia pomocy przez doradcę. Jak pokonać wyżej wymienione ograniczenia i trudności? Przede wszystkim trzeba mieć ich świadomość – to pierwszy krok do profesjonalizacji procesu doradzania w zakresie HIV/AIDS. Wiedzę można zdobyć i cały czas pogłębiać ją w procesie samokształcenia, umiejętności wykształcać i pracować nad nimi, a z własnymi emocjami radzić sobie podczas formalnej i nieformalnej superwizji.

Ograniczenia i trudności związane z osobą pacjenta

Podstawowe ograniczenie poradnictwa przedtestowego wynika z faktu, iż tematyka rozmowy przed wykonaniem badania dotyczy przede wszystkim życia seksualnego osoby zgłaszającej się na test. Większość pacjentów jest zaskoczona pytaniami o to, kiedy miał miejsce ostatni stosunek seksualny (konieczność określenia okienka serologicznego) czy też jakie formy aktywności są praktykowane i z jaką liczbą partnerów (szacowanie ryzyka zakażenia). Zaskoczeniu często towarzyszą wstyd i zażenowanie oraz trudność w formułowaniu odpowiedzi wynikająca nie tylko ze skrepowania, ale będąca także efektem braku odpowiedniego słownictwa oraz niedostatecznej wiedzy na temat fizjologii aktywności seksualnej. Reakcje pacjenta są zrozumiałe – naturalnym odruchem człowieka jest poczucie wstydu, gdy jest pytany o jego intymność. Zrozumiała jest także trudność w wypowiedzi – brak umiejętności rozmawiania na temat zachowań seksualnych oraz brak właściwego języka są zjawiskiem powszechnym i wynikają głównie z niedostatecznej i niewłaściwej edukacji seksualnej. Strach przed oceną może być z kolei powodem zatajenia przez pacjenta istotnych faktów z jego życia seksualnego, np. doświadczenie seksu męsko-męskiego czy też seksu komercyjnego (seks z osobą świadczącą usługi seksualne), posiadanie kilku partnerów seksualnych, praktykowanie różnych form aktywności seksualnej (np. seksu analnego). Wszystkie te informacje są niezwykle ważne dla określenia poziomu ryzyka zakażenia HIV – jeśli jest ono prawdopodobne, to musi być uświadomione pacjentowi w celu przygotowania go na ewentualny wynik dodatni testu. Inny rodzaj trudności może być związany z następującymi sytuacjami:

- wiek (pacjent niepełnoletni) – badanie nie może być wykonane bez zgody rodzica czy opiekuna; uzyskanie jej czasami nie jest możliwe, gdyż młoda osoba najczęściej chce ukryć zachowanie będące powodem chęci wykonania testu: seks czy też przyjmowanie narkotyków;
- poziom introwersji, bolesne wspomnienia – pacjent zamknięty, nic nie mówiący, z którym trudno nawiązać kontakt; takie zachowanie może być wynikiem cech charakteru, ale też zbyt bolesnych doświadczeń z przeszłości (np. doświadczenie przemocy seksualnej);
- zaburzenia – pacjent z AIDS-fobią; pomimo wielokrotnego wykonywania testu i powtarzających się wyników ujemnych pacjent jest przekonany o własnym zakażeniu i powtarza badania, czasami kilkanaście razy;
- uzależnienia – pacjent jest pod wpływem alkoholu i/lub narkotyków;

- ukrywanie faktycznych powodów chęci wykonania badania – pacjent, który pomimo wykluczenia ryzyka zakażenia nalega na badanie; prawdopodobnie jest coś, o czym nie mówi (boi się, wstydzi, jest to zbyt trudne).

Szczególnym rodzajem ograniczenia jest płeć doradcy i pacjenta. Pacjentowi-mężczyźnie może być trudno mówić o praktykowanych zachowaniach seksualnych z doradcą-kobietą i odwrotnie.

Ograniczenia i trudności związane ze społecznym kontekstem epidemii HIV

Ograniczenia i trudności poradnictwa wynikają także z warunków zewnętrznych, czyli tła społeczno-kulturowego, na które składają się polityka państwa w zakresie przeciwdziałania rozwojowi epidemii HIV oraz społeczny odbiór osób zakażonych i chorych. Polityka państwa uwidacznia się w działalności jego organów na polu profilaktyki HIV/AIDS. Tutaj głównym ograniczeniem jest budżet przeznaczony na walkę z epidemią. W Polsce miejsc, gdzie można bezpłatnie i anonimowo wykonać test na HIV poprzedzony fachowym poradnictwem, jest niewiele. Również liczba doradców profesjonalnie przygotowanych do pracy w obszarze poradnictwa okołotestowego jest zbyt mała, aby zapewnić pomoc wszystkim pragnącym wykonać badanie w kierunku HIV. Z kolei kadra medyczna często nie ma dostatecznego przygotowania psychologicznego, a czasami też merytorycznego. Ten brak przygotowania przejawia się w bagatelizowaniu zagrożenia zakażeniem HIV i w rezultacie badanie na wykrycie przeciwciał anti-HIV jest rzadko proponowane np. kobietom w ciąży.

Ograniczeniem poradnictwa okołotestowego, wynikającym z kontekstu społeczno-kulturowego, jest także niski poziom edukacji seksualnej. Brak wiedzy na temat funkcjonowania seksualnego sprzyja tworzeniu mitów oraz podtrzymywaniu stereotypów dotyczących seksualności człowieka. Ponieważ HIV przenosi się głównie drogą seksualną, społeczne tabu nieakceptowanych zachowań seksualnych, homo- i biseksualności, seksu komercyjnego oraz przemocy seksualnej wpływa na negatywne postawy wobec osób zakażonych i chorych. Stawianie znaku równości pomiędzy zakażeniem HIV a niemoralnym zachowaniem nie zachęca do poznania własnego statusu serologicznego.

Tabela 1. Ograniczenia i trudności związane z poradnictwem okołotestowym.

Elementy poradnictwa	Ograniczenia	Trudności
Pacjent	– język / słownictwo – płeć pacjenta	– emocje – cechy pacjenta (wiek, uzależnienie, AIDS fobia)
Doradca	– płeć doradcy – system wartości – pryzmat własnych doświadczeń – rutyna	– brak wiedzy dotyczącej specyfiki epidemii HIV – stereotypy dotyczące zachowań seksualnych – emocje – osobiste poglądy – uprzedzenia i fobie
Tło społeczno-kulturowe	– środki finansowe – poziom edukacji seksualnej	– liczba placówek świadczących profesjonalne poradnictwo okołotestowe – liczba profesjonalnych doradców – podejście kadry medycznej do badań w kierunku HIV – stereotypy dotyczące zachowań seksualnych

Literatura

- IZDEBSKI Z. (2002), Poradnictwo przed i po teście na obecność przeciwciał anti-HIV, Medycyna Po Dyplomie. Wydanie specjalne. Wytyczne postępowania u zakażonych HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, Maj.
- KONIECZNY G. (2003), Proces doradzania i jego przebieg, [w:] G. Konieczny, A. Lipniacki, A. Piasek, D. Rogowska-Szadkowska (2003), Diagnostyka zakażenia HIV. Wskazówki dla osób pracujących w Punktach Anonimowego Testowania, KC ds. AIDS, Warszawa.
- PORADNICTWO W ZAKRESIE HIV/AIDS: Klucz do właściwej opieki. Dla decydentów, planistów oraz osób odpowiedzialnych za wdrażanie działań z zakresu poradnictwa, materiały UNDP (Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju Społecznego), materiał dostępny na stronie <http://www.harm-red.bci.pl>.
- STAPIŃSKI A. (1993), AIDS – emocje i realne zagrożenie, Społeczeństwo otwarte, nr 12.

Halina Szelaĝ*

WIEDZA I POGLĄDY MŁODZIEŻY LICEALNEJ NA TEMAT ZAKAŻENIA ORAZ ZAPOBIEGANIA HIV/AIDS

W piśmiennictwie dotyczącym problematyki HIV/AIDS spotyka się wiele prac z zakresu epidemiologii, patogenez, zagadnień klinicznych, natomiast mniej jest opracowań dotyczących poziomu wiedzy i postaw wobec tego problemu wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. W Polsce takie badania, obejmujące młodzież szkolną, przeprowadzili między innymi: Zbigniew Izdebski, Jerzy Rzepka oraz Barbara Wojnarowska (Daniluk-Kula, Gładysz 1998, 9). W 2004 roku w ramach projektu naukowego realizowanego pod kierunkiem prof. Zbigniewa Izdebskiego badaniem objęto 5000 uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki badań mają służyć do tworzenia i modernizacji programów pedagogicznych w zakresie edukacji zdrowotnej, w tym również wychowania do życia w rodzinie (Izdebski 2004, 1).

Jednak już dzisiaj nauczyciele biologii oraz wychowania do życia w rodzinie, realizując wybrany program nauczania zgodny z obowiązującą podstawą programową, mają możliwość przekazywania takich wiadomości, dzięki którym wiedza uczniów na temat HIV/AIDS będzie bardziej rzetelna.

Celem badań, których wyniki prezentuję w niniejszym opracowaniu, była ocena poziomu wiedzy młodzieży ostatnich klas liceum ogólnokształcącego w Sulechowie na temat zakażenia oraz zapobiegania HIV/AIDS i na tej podstawie, wypracowanie postulatów w zakresie modernizacji pracy z uczniami.

Sformułowałam następujące problemy badawcze:

- Jaki jest poziom wiedzy na temat HIV/AIDS uczniów klas trzecich liceum ogólnokształcącego?
- Czy wiedza uczniów klas trzecich liceum ogólnokształcącego na temat HIV/AIDS jest zróżnicowana w zależności od płci, miejsca zamieszkania, a także od liczby godzin wychowania do życia w rodzinie oraz liczby godzin biologii realizowanych w cyklu kształcenia?

Badania przeprowadziłam w Liceum Ogólnokształcącym w Sulechowie, w którym ucze biologii i wychowania do życia w rodzinie.

***Halina Szelaĝ** – nauczycielka biologii i wychowania do życia w rodzinie w Liceum Ogólnokształcącym w Sulechowie.

Problematyka HIV/AIDS a podstawa programowa kształcenia ogólnego dla liceów ogólnokształcących

Do tej pory nie wynaleziono skutecznego leku niszczącego wirusa, więc jedyną „szczepionką” przeciw AIDS jest wiedza, która może zapobiec nowym zakażeniom wśród młodych ludzi. Dlatego tak ważne jest wprowadzenie do podstawy programowej kształcenia ogólnego problematyki HIV/AIDS.

Podstawa programowa biologii dla zakresu podstawowego (Rozporządzenie MENiS 2002) wskazuje możliwość realizacji problematyki HIV/AIDS w treściach nauczania pod hasłem *Organizm człowieka jako zintegrowana całość*. Wówczas nauczyciel, omawiając układ odpornościowy człowieka, powinien zwrócić szczególną uwagę na jego zaburzenia związane z infekcją wirusem HIV. Natomiast pod hasłem *Elementy genetyki* należałoby omówić proces odwrotnej transkrypcji na przykładzie wirusa HIV.

Podstawa programowa dla zakresu rozszerzonego (Rozporządzenie MENiS, 2002) stwarza możliwość omówienia budowy oraz cyklu namnażania się wirusa HIV w treściach nauczania pod hasłem *Różnorodność życia na Ziemi*. Realizując zagadnienia dotyczące genetyki można omówić zapis i realizację informacji genetycznej wirusa HIV.

Wszystkie dopuszczone przez MEN programy nauczania biologii dla liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego i technikum w zakresie podstawowym i rozszerzonym zgodnie z podstawą programową zawierają w zakresach treści nauczania zagadnienia związane z problematyką HIV/AIDS. Problematyka ta jest poruszana przy okazji omawiania zagadnień związanych z układem odpornościowym człowieka, czynnikami chorobotwórczymi, a w zakresie rozszerzonym – również przy omawianiu zagadnień związanych z różnorodnością życia na Ziemi.

W programie nauczania biologii dla liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego i technikum w zakresie podstawowym i rozszerzonym wydanym przez Wydawnictwo Pedagogiczne OPERON (Lewiński, Skirmuntt, Prokop 2002), według którego nauczam biologii, pod czterema hasłami programowymi (*Płyny ustrojowe - krew i limfa; Odporność sztuczna; Choroby wywołane przez wirusy i mikroorganizmy; Budowa i natura wirusów*) w celach kształcenia i wychowania zawarte są konkretne wskazania do realizacji zagadnień dotyczących problematyki HIV/AIDS.

Według mnie, każdy nauczyciel biologii powinien przeznaczyć godziny do dyspozycji nauczyciela na realizację aktualnych zagadnień, które wynikają z zaistniałych sytuacji, np. pojawienia się ptasiej grypy, bioterroryzmu, dnia walki z HIV/AIDS.

W klasach, w których uczę, już w połowie listopada przeprowadzam pogadanki na temat HIV/AIDS, ogłaszam konkurs na plakat o tej tematyce, a następnie przeprowadzam konkurs wiedzy, do którego na etapie klasowym przystępują wszyscy uczniowie, a do następnego etapu przechodzą tylko najlepsi. Na każdym etapie uczniowie są oceniani, ale tylko najwyższe oceny są wpisywane do dziennika i dlatego uczniowie chętnie rozwiązują przygotowany przeze mnie test. Przeważnie pierwszego grudnia odbywa się finał konkursu, połączony często z różnymi scenkami przygotowanymi przez młodzież. W ten sposób wszyscy uczniowie naszej szkoły co roku na przełomie listopada i grudnia mają możliwość zetknąć się z problematyką HIV/AIDS. Po raz kolejny wracam do tej tematyki przed wakacjami, ponieważ wydaje mi się bardziej celowe na ostatnich lekcjach biologii oraz zajęciach z wychowania do życia w rodzinie rozmawiać z uczniami na temat ryzykownych zachowań w czasie wakacji niż w pośpiechu kończyć realizację materiału nauczania.

Również *Podstawa programowa wychowania do życia w rodzinie dla liceum ogólnokształcącego* (rozporządzenie MENiS 2002) punkt 15 treści nauczania: *Choroby przenoszone drogą płciową; AIDS: profilaktyka, aspekt społeczny i etyczny; Znaczenie prawidłowo funkcjonującej rodziny w dobie AIDS* zobowiązuje nauczycieli do realizacji zagadnień związanych z tematyką HIV/AIDS.

Problem tkwi w tym, że nie we wszystkich klasach odbywają się zajęcia wychowania do życia w rodzinie w ramach lekcji przeznaczonych w planie. Zgodę na takie lekcje muszą wyrazić rodzice albo sami pełnoletni uczniowie. Lekcje wychowania do życia w rodzinie umieszczane są najczęściej na ostatnich godzinach — ósmej lub dziewiątej — dlatego młodzież, która dojeżdża z okolicznych miejscowości (na 260 uczniów – 131 mieszkało poza Sulechovem) rezygnuje z nich ze względu na trudności związane z powrotem do domu. Uczniowie, zwłaszcza klas pierwszych i drugich, zgodnie z obowiązującą siatką godzin mają 35 lub 36 godzin lekcyjnych tygodniowo i dlatego muszą spędzać w szkole codziennie siedem, osiem, a nawet dziewięć godzin.

Autorzy każdego programu nauczania wychowania do życia w rodzinie przeznaczają kilka godzin na realizację tematyki HIV/AIDS. Treści te odnajdujemy pod następującymi hasłami: *Zakażenia wirusem HIV, HIV-AIDS* (Ombach 2000), *Inicjacja seksualna a AIDS, AIDS – jak uniknąć zakażenia* (Król, Ryś 2002). Również w podręcznikach autorzy poświęcają całe rozdziały na omówienie tych zagadnień, np.: *AIDS: jak tego uniknąć* (Izdebski, Jaczewski 1999, 120), *Choroby przenoszone drogą płciową* (Leyko 2002, 96). W materiałach pomocniczych dla nauczycieli i wychowawców autorzy publikują gotowe konspekty lekcji, przeznaczone dla młodzieży róż-

nych klas, dotyczące tematyki HIV/AIDS (Król, Ryś 2002).

Poziom wiedzy oraz poglądy młodzieży na temat zakażenia oraz zapobiegania HIV/AIDS

Założenia badawcze

W maju 2006 roku drugi rocznik uczniów, który kształcił się już w zreformowanej szkole podstawowej, gimnazjum oraz w liceum, przystąpił do matury. Wyniki testów przeprowadzonych w 2004 oraz 2005 roku w klasach trzecich posłużyły mi do określenia stanu wiedzy młodzieży na temat HIV/AIDS u progu ich dorosłego życia, podsumowania działań nauczycieli oraz wyciągnięcia wniosków dotyczących dalszego kierunku pracy z uczniami młodszymi.

Narzędziem badawczym był test wielokrotnego wyboru z pytaniami typu zamkniętego przygotowany zgodnie z metodyką nauczania biologii. Test składał się z 22 pytań. W celu przeprowadzenia analizy otrzymanych wyników, wybrane pytania zgrupowano w następujące bloki tematyczne: znajomość pojęć, wiedza na temat zakażenia i aspektów klinicznych, świadome wybory a możliwość zarażenia się HIV, postawy uczniów wobec chorych na AIDS i zakażonych.

Po przeprowadzonej selekcji (odrzucono testy zawierające liczne braki odpowiedzi oraz nieprzyzwoite komentarze) do dalszej analizy zakwalifikowano 260 testów. Dane dotyczące badanych uczniów przedstawiono w tabeli nr 1.

W toku analizy materiału badawczego obliczono odsetek poprawnych odpowiedzi respondentów zgrupowanych w bloki tematyczne w stosunku do następujących zmiennych niezależnych:

- rocznik (rok urodzenia): 1986, 1987;
- płeć: mężczyzna, kobieta;
- miejsce zamieszkania: wieś, małe miasto (Babimost, Kargowa), Sulechów;
- profil klasy: humanistyczny, biologiczno–chemiczny, językowy, matematyczno–informatyczny, europejski;
- liczba godzin biologii w cyklu kształcenia: 4 godz., 12 godz.;
- liczba godzin zajęć wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia: 0 godz., 0,5 godz., 1 godz., 1,5 godz.

Znajomość pojęć związanych z wirusem

Analiza odpowiedzi wskazuje, że uczniowie znają przyczynę pierwotnego zakażenia AIDS. Ogólna poprawność odpowiedzi dla całej grupy wynosi

Tabela 1. Dane o badanych uczniach.

Lp.	Dane o uczniach	Rocznik 1986		Rocznik 1987		Razem	
		N	%	N	%	N	%
1.	Płeć						
	mężczyzna	47	37,0	41	30,8	88	33,8
	kobieta	80	63,0	92	69,2	172	66,2
	Razem	127	100,0	133	100,0	260	100,0
2.	Miejsce zamieszkania						
	wieś	55	43,3	49	36,8	104	40,0
	małe miasto	8	6,3	19	14,3	27	10,4
	Sulechów	64	50,4	65	48,9	129	49,6
	Razem	127	100,0	133	100,0	260	100,0
3.	Profil klasy						
	humanistyczny	23	18,1	21	15,8	44	16,9
	biol.-chem.	23	18,1	26	19,5	49	18,8
	językowy	24	18,9	33	24,8	57	21,9
	matem.-inform.	28	22,0	28	21,0	56	21,6
	euuropejski	29	22,9	25	18,9	54	20,8
	Razem	127	100,0	133	100,0	260	100,0

92,3% i nie ma większej różnicy między grupą chłopców a dziewcząt. Większy procent poprawnych odpowiedzi na to pytanie uzyskano w roczniku 1987 (uczniów młodszych).

Wiedza o tym, że wirus HIV atakuje tylko niektóre limfocyty nie jest powszechna wśród uczniów. Poprawnie na to pytanie odpowiedziało tylko 41,5 % uczniów. Najwięcej poprawnych odpowiedzi uzyskano w grupie dziewcząt w starszym roczniku – 55%.

Czym jest AZT? – na to pytanie poprawnie odpowiedziało tylko 56,1% młodzieży. I w tym przypadku najwięcej poprawnych odpowiedzi udzieliły dziewczęta rocznika starszego – 70%.

Znajomość pojęć przedstawionych w tabeli nr 3 tylko w niewielkim stopniu zależy od miejsca zamieszkania uczniów. Najmniej poprawnych odpowiedzi na pytanie pierwsze uzyskano od respondentów mieszkających na wsi, na drugie – od uczniów mieszkających w Sulechowie, zaś na trzecie od zamieszkałych w małych miastach.

Analizując wyniki z tabeli nr 4, można stwierdzić, że większa liczba godzin biologii w cyklu kształcenia pozwoliła na udzielenie większej liczby poprawnych odpowiedzi na pytanie pierwsze i drugie, natomiast nie ma takiej zależności w stosunku do pytania trzeciego.

Tabela 2. Znajomość pojęć (dane w %).

Pojęcia	Rocznik 1986 M=47 K=80 N=127			Rocznik 1987 M=41 K=92 N=133			Razem M=88 K=172 N=260		
	dobrze odp.	złe odp.	brak odp.	dobrze odp.	złe odp.	brak odp.	dobrze odp.	złe odp.	brak odp.
AIDS jest to choroba wywołana przez pierwotne zakażenie wirusem									
a) mężczyźni	89,6	10,4	0	94,6	5,4	0	92,0	8,0	0
b) kobiety	89,9	10,1	0	94,8	5,2	0	92,6	7,4	0
Razem	89,8	10,2	0	94,7	5,3	0	92,3	7,7	0
Wirus HIV atakuje tylko niektóre limfocyty									
a) mężczyźni	38,3	61,7	0	24,4	75,6	0	31,8	68,2	0
b) kobiety	55,0	43,7	1,3	39,1	59,8	1,1	46,5	52,3	1,2
Razem	48,8	50,4	0,8	34,6	64,7	0,7	41,5	57,7	0,8
AZT to lek, który hamuje rozwój wirusa / odwrotną transkryptazę									
a) mężczyźni	42,6	55,3	2,2	63,4	36,6	0	52,3	46,6	1,1
b) kobiety	70,0	28,7	1,3	47,8	52,2	0	58,1	41,3	0,6
Razem	59,8	38,6	1,6	52,6	47,4	0	56,1	43,1	0,8

Na podstawie danych umieszczonych w tabeli nr 5 można stwierdzić, że istnieje zależność między liczbą godzin zajęć z wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia a liczbą poprawnych odpowiedzi udzielonych na powyższe pytania. Tę prawie liniową zależność burzy wynik poprawnych odpowiedzi na pytanie trzecie uzyskany w grupie uczniów mających 1,5 godz. wdz. Jednak wszyscy uczniowie, którzy mieli 1,5 godz. zajęć z wychowania do życia w rodzinie w ciągu cyklu kształcenia, prawidłowo odpowiedzieli na pytanie pierwsze.

Wiedza na temat zakażenia i jego aspektów klinicznych

Niemal wszyscy (99,2%) badani uczniowie poprawnie wskazali (tabela nr 6), że wirusem HIV można się zarazić poprzez stosunki płciowe, a 83,1% uczniów wie, że może do tego dojść również przez używanie wspólnych przyborów do wycinania skórek oraz golenia. Analiza poprawnych odpowiedzi na pytanie nr 6 wskazuje, że 66,5% uczniów wie również o trzeciej, wertykalnej drodze zakażenia wirusem HIV.

Według badań Zbigniewa Izdebskiego z 2001 r. odsetek osób, które poprawnie wskazały trzy, dwie, jedną lub nie wskazały żadnej drogi zakażenia

Tabela 3. Znajomość pojęć w zależności od miejsca zamieszkania (dane w %).

Pojęcia	Rocznik 1986 W=55 MM=8 S=64 N=127			Rocznik 1987 W=49 MM=19 S=65 N=133			Razem W=104 MM=27 S=129 N=260		
	dobre odp.	złe odp.	brak odp.	dobre odp.	złe odp.	brak odp.	dobre odp.	złe odp.	brak odp.
AIDS jest to choroba wywołana przez pierwotne zakażenie wirusem.									
a) wieś W	87,3	12,7	0	91,8	8,2	0	89,4	10,6	0
b) małe miasteczko MM	87,5	12,5	0	94,7	5,3	0	92,6	7,4	0
c) Sulechów S	92,2	7,8	0	96,9	3,1	0	94,6	5,4	0
Wirus HIV atakuje tylko niektóre limfocyty									
a) wieś W	54,5	45,5	0	30,6	67,4	2,0	43,3	55,8	0,9
b) małe miasteczko MM	50,0	37,5	12,5	42,1	57,9	0	44,4	51,9	3,7
c) Sulechów S	43,7	56,3	0	36,9	63,1	0	40,3	59,7	0
AZT jest to lek, który hamuje rozwój wirusa /odwrotną transkryptazę									
a) wieś W	58,2	40,0	1,8	61,2	38,8	0	59,6	39,4	0
b) małe miasteczko MM	25,0	62,5	12,5	36,8	63,2	0	33,4	62,9	3,7
c) Sulechów S	67,2	32,8	0	53,8	46,2	0	60,5	39,5	0

wirusem HIV dla wieku 17–19 lat wynosił odpowiednio: 51,2 %, 29,2%, 8,8%, 0,7% (Izdebski 2001, 20). Porównując procent poprawnych odpowiedzi na pytanie nr 2 (tabela nr 7), w którym uczeń jednocześnie wybrał dwie odpowiedzi (b,d), czyli dwie możliwe drogi zakażenia, z wynikami badań Izdebskiego (29,9%) – stwierdzam, że testowani przeze mnie uczniowie wypadli znacznie lepiej – 86% wskazało dwie właściwe drogi zakażenia wirusem HIV.

HIV/AIDS można się zakażać przez podanie ręki – tak odpowiedziało tylko 0,8% uczniów. W badaniach Izdebskiego z 2001 roku 5,7% badanych osób wskazało odpowiedź: *Można zakażać się HIV/AIDS dotykając osoby chorej na AIDS*. Według tego samego źródła 14,8% respondentów twierdziło, że ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą unikać ukąszeń komarów i podobnych owadów (Izdebski 2003, 17). Z kolei 83,5% uczniów naszej szkoły odpowiedziało, że nie stwierdzono, aby zwierzęta przenosiły

Tabela 4. Znajomość pojęć w zależności od liczby godzin biologii w cyklu nauczania (dane w %).

Pojęcia	4 godz. w cyklu kształcenia N=211			12 godz. w cyklu kształcenia N=49		
	dobrze odp.	złe odp.	brak odp.	złe odp.	złe odp.	brak odp.
AIDS jest to choroba wywołana przez pierwotne zakażenie wirusem.						
Razem	90,6	9,4	0	100	0	0
Wirus HIV atakuje tylko niektóre limfocyty.						
Razem	36,3	62,7	1,0	87,8	12,2	0
AZT jest to lek, który hamuje rozwój wirusa /odwrotną transkryptazę.						
Razem	56,6	42,5	0,9	48,9	51,1	0

HIV. Więcej odpowiedzi poprawnych na powyższe pytania (z wyjątkiem pytania nr 2) udzieliła grupa młodzieży rocznika starszego.

Analiza wyników umieszczonych w tabeli nr 7 wskazuje, że większa liczba godzin zajęć z wychowania do życia w rodzinie na ogół zwiększa liczbę poprawnych odpowiedzi. Dotyczy to zwłaszcza pytania nr 6 oraz – częściowo – nr 4. Podobnie większa liczba godzin biologii w cyklu kształcenia (tabela nr 8) zwiększa znajomość wśród uczniów pierwszych objawów procesu chorobowego AIDS.

Świadome wybory a możliwość zakażenia się wirusem HIV

Młodzieży zadano pytanie dotyczące stosowania prezerwatywy. Odpowiedzi przeanalizowano w zależności od miejsca zamieszkania (tabela nr 9) oraz liczby godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia (tabela nr 10). Ponad 90% naszych uczniów odpowiedziało poprawnie, że prezerwatywa jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia HIV. Najwięcej poprawnych odpowiedzi udzielili uczniowie zamieszkali na wsi – 94,6%, ale różnice między poziomem trafności odpowiedzi respondentów z różnych grup są niewielkie (tabela nr 9). Badania Daniluk-Kuli oraz Gładysza wykazały, że 86% badanych uczniów stosowanie prezerwatywy uważało za najlepszą metodę zapobiegania zakażeniu HIV w kontaktach seksualnych (Daniluk-Kula, Gładysz 1998, 45–46).

Tabela 5. Znajomość pojęć w zależności od liczby godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia (dane w %).

Pojęcia		N=260		
		dobrze odp.	złe odp.	brak odp.
AIDS jest to choroba wywołana przez pierwotne zakażenie wirusem HIV:				
Liczba godz. wdż:	0 N=28	85,7	14,3	0
	0,5 N=102	89,2	10,8	0
	1,0 N=81	93,8	6,2	0
	1,5 N=49	100,0	0	0
Wirus HIV atakuje tylko niektóre limfocyty.				
Liczba godz. wdż:	0 N=28	17,8	82,2	0
	0,5 N=102	24,5	74,6	0,9
	1,0 N=81	48,1	50,7	1,2
	1,5 N=49	87,8	12,2	0
AZT jest to lek, który hamuje rozwój wirusa/odwrotną transkryptazę.				
Liczba godz. Wdż :	0 N=28	46,4	53,6	0
	0,5 N=102	57,8	41,3	0,9
	1,0 N=81	59,3	39,5	1,2
	1,5 N=49	46,9	53,1	0

Analizując zależność między liczbą poprawnych odpowiedzi na pytanie nr 17 a liczbą godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia (tabela nr 10) można stwierdzić, że liczba poprawnych odpowiedzi na to pytanie wzrasta wraz z liczbą godzin wdż w cyklu kształcenia, chociaż obraz ten nieco zakłóca grupa trzecia (1 godz. wdż), w której liczba poprawnych odpowiedzi na pytanie 17 oraz 20 jest nieco mniejsza niż w grupie drugiej (0,5 godz. wdż).

W badaniach Izdebskiego z 2001 roku 33,1% ankietowanych odpowiedziało, że prezerwatywy znacznie zmniejszają ryzyko zakażenia HIV oraz innych infekcji przenoszonych drogą płciową (Izdebski 2003, 82–83). Porównując te dane z rezultatami moich badań można stwierdzić, że świadomość młodzieży sulechowskiego liceum (tabela nr 10) jest dużo większa, bo aż 92,7% badanych przeze mnie uczniów odpowiedziało, że prezerwatywa jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia HIV.

Tabela 6. Znajomość dróg zakażenia wirusem HIV (dane w %).

Nr pyt. testu	Drogi zakażenia	Rocznik		
		1986 N=127	1987 N=133	Razem N=260
2.	HIV//AIDS można się zarazić przez:			
	a) podanie ręki	1,6	0	0,8
	b) stosunki płciowe*	99,2	99,2	99,2
	c) ukłucie komara	4,7	11,3	8,1
	d) używanie wspólnych przyborów do wycinania skórek oraz golenia	77,2	88,7	83,1
4.	W jaki sposób nie można zakazić się wirusem HIV?			
	a) przez codzienne kontakty w domu, szkole	91,3	94,0	92,7
	b) przez używanie wspólnych sztućców, naczyń	88,2	84,2	86,2
	c) przez używanie wspólnych maszynek do golenia	7,9	9,0	8,5
	d) przez kąpiel w basenie	89,8	88,7	89,2
6.	Czy zakażona matka może zakazić swoje dziecko?			
	a) tak, w czasie ciąży przez łożysko	87,4	88,0	87,7
	b) ryzyko nie istnieje, bo łożysko zawsze zatrzyma wirusa	3,9	1,5	2,7
	c) również w czasie porodu może dojść do zakażenia	80,3	62,4	71,2
	d) w czasie karmienia piersią	74,8	58,6	66,5
22.	Które zwierzęta przenoszą wirusa HIV?			
	a) koty i psy	3,1	5,3	4,2
	b) tylko komary, bo odżywiają się krwią	6,3	14,3	10,4
	c) świnie i krowy, bo jemy ich mięso	1,6	1,5	1,5
	d) nie stwierdzono, żeby zwierzęta przenosiły HIV	84,2	81,2	83,5

* Odpowiedzi poprawne zaznaczono tłustym drukiem.

Tabela 7. Zależność między całkowicie poprawną odpowiedzią na pytania nr 2, 4, 6 testu a liczbą godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia (dane w %).

Pytanie testu	Liczba godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia				Razem N=260
	0 N=28	0,5 N=102	1,0 N=81	1,5 N=49	
2. Drogi zakażenia HIV/AIDS Odp. b,d	89,3	80,4	88,9	85,7	86,0
4. W jaki sposób nie można zakazić się HIV? Odp. a,b,d	32,1	87,3	82,7	89,8	76,5
6. Czy zakażona matka może zakazić swoje dziecko ? Odp. a,c,d	28,6	33,3	49,4	59,2	48,5

Tabela 8. Znajomość objawów klinicznych procesu chorobowego w AIDS w zależności od liczby godzin biologii w cyklu kształcenia (dane w %).

Nr pyt. Testu	Objawy kliniczne	Liczba godz. biologii w cyklu kształcenia		
		4 godz. N=211	12 godz. N=49	Razem N=260
7.	Jakie są pierwsze objawy procesu chorobowego w AIDS?			
	a) długotrwała gorączka	71,1	83,7	73,5
	b) przyrost masy ciała	0	0	0
	c) powiększone węzły chłonne	94,3	100,0	95,4
	d) wilczy apetyt	3,3	2,0	3,1

100% uczniów sulechowskiego liceum ogólnokształcącego, którzy mieli co roku przez jeden semestr zajęcia z wychowania do życia w rodzinie, odpowiedziało prawidłowo, że prezerwatywa jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia HIV. Również najwięcej poprawnych odpowiedzi na pytanie nr 20 udzieliła młodzież, która miała najwięcej godzin zajęć z wychowania do życia w rodzinie. Analizując wyniki zawarte w tabeli nr 10 można dostrzec prawie liniową zależność – im więcej godzin wdz, tym większy procent poprawnych odpowiedzi. Występuje tutaj jednak pewne zakłócenie w przypadku grupy trzeciej, która mając jedną godzinę wdz, udzieliła mniej poprawnych odpowiedzi niż grupy mające mniej godzin wdz w cyklu kształcenia.

Tabela 9. Opinie uczniów na temat prezerwatywy w zależności od ich miejsca zamieszkania (dane w %).

Nr pyt. Testu	Pytanie testu	Miejsce zamieszkania		
		wieś N=114	małe miasteczko N=29	Sulechów N=129
17.	Prezerwatywa:			
	a) jest środkiem w 100% chroniącym przed zakażeniem HIV	2,6	6,7	1,6
	b) w żadnym stopniu nie chroni przed zakażeniem HIV	U	0	3,9
	c) jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia HIV	94,6	93,1	93,7
	d) jest niezawodnym środkiem antykoncepcyjnym	0,9	0	0,8

* Można było wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Tabela 10. Zależność między całkowicie poprawną odpowiedzią na pytania nr 17 oraz nr 20 a liczbą godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia (dane w %).

Pytanie testu	Liczba godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia				Razem N=260
	0 N=28	0,5 N=102	1,0 N=81	1,5 N=49	
17. Prezerwatywa jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia	85,7	93,1	90,0	100,0	92,7
20. Wykonanie testu wykrywającego zakażenie HIV zalecane jest:					
b) osobom często zmieniającym partnerów seksualnych	53,6	53,9	53,1	65,3	55,8
d) osobom, które chociaż raz miały przypadkowy kontakt seksualny					

Postawy uczniów wobec osób i zakażonych HIV oraz chorych na AIDS

Poprawność odpowiedzi na pytania: dotyczące grupy ludzi, która jest narażona na zakażenie wirusem (pyt. 16), dotyczące wyglądu zewnętrznego osoby mającej AIDS (pyt. 19) oraz praw, które ma osoba zakażona (pyt. 18), przeanalizowano pod kątem profilu klasy, co również wiąże się z liczbą godzin biologii w cyklu kształcenia. Najwięcej poprawnych odpowiedzi na te pytania udzielono w klasach biologiczno-chemicznych; w klasach o innych profilach było różnie (tabela nr 11).

Tabela 11. Zależność między całkowitą poprawną odpowiedzią na pytania nr 16, 18 i 19 testu a profilem klasy (dane w %).

Pytanie testu	Profile klas				Razem N=260
	humanist. N=44	biol.-chem. N=49	językowa N=57	mat-inform. N=56	
16. Wirusem HIV mogą zakażać się: a) ludzie niezależnie od wieku, płci, rasy i orientacji seksualnej	93,2	100,0	87,7	96,4	94,6
18. Człowiek żyjący z wirusem ma takie same prawa jak inni: b) może uczestniczyć w życiu społecznym i kulturalnym d) może uczyć się i pracować	95,5	100,0	84,2	85,7	90,8
19. Czy po wyglądzie zewnętrznym można poznać, że ktoś jest zakażony? a) nie można	84,1	95,9	87,7	91,1	88,5

Wszyscy uczniowie klas biologiczno-chemicznych mają świadomość, że wirusem HIV mogą zakażać się ludzie niezależnie od wieku, płci, rasy i orientacji seksualnej oraz że człowiek żyjący z wirusem HIV ma takie same prawa jak inni ludzie, może uczestniczyć w życiu społecznym i kulturalnym, uczyć się i pracować. W tej samej grupie 95,9% młodzieży odpowiedziało, że po wyglądzie zewnętrznym (pyt. 19) nie można poznać, że ktoś jest zakażony wirusem HIV. Najmniej poprawnych odpowiedzi na to pytanie udzielono w klasach o profilu europejskim (83,3%) oraz humanistycznym (84,1%).

Wnioski i postulaty

Analiza wyników badań własnych skłania mnie do wyciągnięcia następujących wniosków:

- badana grupa licealistów wykazała się dużą wiedzą na temat zakażenia i zapobiegania HIV/AIDS;
- analiza wyników testów wykazała pewne różnice w poziomie wiedzy na temat zakażenia i zapobiegania HIV/AIDS między dziewczętami a chłopcami na korzyść dziewcząt (tab. nr 2); co prawda, w badanej grupie było prawie dwa razy więcej dziewcząt (172) niż chłopców (88);
- poziom wiedzy na temat zakażenia i zapobiegania HIV/AIDS między uczniami z roczników, które uwzględniono w analizie, był różny, chociaż ta różnica nie była zbyt duża. Trochę lepiej wypadli uczniowie rocznika 1986: w siedmiu przypadkach na jedenaście udzielili więcej poprawnych odpowiedzi niż uczniowie rocznika młodszego (tab. nr 2 oraz nr 6);
- większą znajomością pojęć z dziedziny problematyki HIV/AIDS wykazali się uczniowie zamieszkali w Sulechowie (tab. nr 3), natomiast nieco więcej uczniów zamieszkałych na wsi odpowiedziało, że prezerwatywa jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia się HIV (tab. nr 9);
- poziom wiedzy młodzieży na temat HIV/AIDS zależał od liczby godzin biologii w cyklu kształcenia. Uczniowie z klas o profilu biologiczno-chemicznym prawie na wszystkie pytania odpowiadali lepiej niż uczniowie z klas o innych profilach, a tym samym o mniejszej liczbie godzin biologii w cyklu kształcenia (tab. nr 4 oraz tab. nr 8);
- liczba poprawnych odpowiedzi zależała od liczby godzin wychowania do życia w rodzinie w cyklu kształcenia. Na sześć pytań spośród ośmiu analizowanych, uczniowie, którzy mieli przynajmniej przez jeden semestr w cyklu kształcenia zajęcia z wychowania do życia w rodzinie, udzielili najwięcej poprawnych odpowiedzi (tab. nr 5, 7, 10).

Wyniki badań oraz doświadczenia związane z pracą nauczyciela biologii oraz nauczyciela wychowania do życia w rodzinie skłaniają mnie do wysunięcia następujących postulatów:

- pożądane jest pozostawienie realizacji wychowania do życia w rodzinie jako odrębnych zajęć edukacyjnych prowadzonych przez odpowiednio przygotowanego nauczyciela, a nie jako ścieżki edukacyjnej, realizowanej na wszystkich przedmiotach przez wszystkich nauczycieli;
- dodatkowe działania nauczycieli biologii oraz wychowania do życia w rodzinie, takie jak organizacja konkursów wiedzy, konkursów plastycznych o tematyce HIV/AIDS, zachęcanie młodzieży do przygotowania tematycznych scenek rodzajowych, zwiększają skuteczność prowadzonej edukacji. Działania te prowadzone systematycznie powinny znaleźć swoje miejsce w kalendarzu imprez szkolnych, dzięki czemu obejmą wszystkich uczniów i to trzykrotnie w ciągu cyklu kształcenia;
- w realizacji działań związanych z problematyką HIV/AIDS wśród młodzieży bardzo ważna jest współpraca wszystkich nauczycieli, szczególnie pomocwychowawców poszczególnych klas, pedagoga szkolnego oraz zrozumienie dyrekcji szkoły.

Literatura

- DANILUK-KULA B., GŁADYSZ A. (1998), Ocena wiedzy i postaw młodzieży szkół podstawowych na temat zakażenia i zapobiegania HIV i AIDS, Poznań.
- IZDEBSKI Z. (2003), Kwestie społeczne i zachowania seksualne w Polsce w aspekcie problematyki HIV/AIDS, Warszawa.
- IZDEBSKI Z., JACZEWSKI A. (1999), Podręcznik dla gimnazjum. Kocha lubi szanuje. Wychowanie do życia w rodzinie, Warszawa.
- IZDEBSKI Z. (2004), Edukacja prozdrowotna i seksualna w polskiej szkole. Badanie nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych, Raport z badań zrealizowanych przez TNS OBOP.
- KRÓL T., RYŚ M. (2002), Wychowanie do życia w rodzinie, Program nauczania dla szkół ponadgimnazjalnych, Kraków.
- LEWIŃSKI W., SKIRMUNT G., PROKOP J. (2002), Biologia. Program nauczania dla liceum ogólnokształcącego (w zakresach podstawowym i rozszerzonym), liceum profilowanego i technikum (w zakresie podstawowym). Nr w zestawie DKOS-4015-5/02, WP OPERON, Rumia.

OMBACH M. (2000), Wychowanie do życia w rodzinie, Program nauczania dla aktualnie i działających liceów i szkół ponadpodstawowych, Kraków.

Podstawa programowa biologii Rozporządzenie MENiS z dnia 26 II 2002 (Dz.U.2002/51/458,2003/210/2041, 2005/19/165) załącznik 2 2003/210/2041.

Podstawa programowa wychowania do życia w rodzinie Rozporządzenie MENiS z dnia 26 XI 2002 (Dz.U.2002/51/458,2003/210/2041, 2005/19/165) załącznik, 2 2003/210/2041.

Przygotowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych (2002), T. Król, M. Ryś, (red.) Kraków.

Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych (2002), T. Król, M. Ryś, (red.) Kraków.

DEKLARACJA PRAW SEKSUALNYCH WHO – SIERPIEŃ 2002

Seksualność jest integralną częścią osobowości każdej istoty ludzkiej. Jej pełny rozwój zależy od zaspokojenia podstawowych ludzkich potrzeb, takich jak pragnienie obcowania, intymności, ekspresji uczuć, czułości i miłości. Seksualność wynika z interakcji zachodzących między jednostką a otaczającą ją strukturą społeczną. Pełen rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym.

Prawa seksualne należą do uniwersalnych praw człowieka, bazujących na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich. Ponieważ zdrowie jest fundamentalnym prawem człowieka, tak samo podstawowym prawem musi być jego zdrowie seksualne.

W celu zapewnienia zdrowego rozwoju seksualności jednostek ludzkich i społeczeństw wszystkie społeczeństwa muszą uznawać, promować, szanować poniższe prawa seksualne i bronić ich wszystkimi środkami. Zdrowie seksualne rozwija się w środowisku, które uznaje, respektuje i szanuje te prawa seksualne.

1.

Prawo do wolności seksualnej

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

2.

Prawo do odrębności seksualnej, integralności oraz bezpieczeństwa seksualnego ciała

Prawo to pozwala człowiekowi podejmować niezależne decyzje dotyczące własnego życia seksualnego, zgodne z własną moralnością i etyką społeczną. Obejmuje ono również możliwość sprawowania kontroli oraz zadowolenia z własnego ciała, z wykluczeniem tortur, okaleczeń i jakiegokolwiek przemocy.

3.

Prawo do prywatności seksualnej

Obejmuje możliwość podejmowania indywidualnych decyzji i zachowań w sferze intymnej w stopniu, w jakim nie naruszają one praw seksualnych innych osób.

4.

Prawo do równości seksualnej

Odwołuje się do wolności od wszystkich form dyskryminacji, niezależnie od płci, orientacji seksualnej, wieku, rasy, klasy społecznej, religii lub niesprawności fizycznej albo psychicznej.

5.

Prawo do przyjemności seksualnej

Przyjemność seksualna, włączając zachowania autoerotyczne, jest źródłem fizycznego, psychologicznego, intelektualnego i duchowego dobrostanu.

6.

Prawo do emocjonalnego wyrażania seksualności

Wyrażanie seksualności obejmuje więcej niż przyjemność erotyczną lub zachowanie seksualne. Ludzie mają prawo do wyrażania swojej seksualności poprzez komunikowanie się, dotyk, wyrażanie uczuć i miłości.

7.

Prawo do swobodnych kontaktów seksualnych

Oznacza możliwość zawarcia związku małżeńskiego lub nie zawierania go, przeprowadzenia rozwodu oraz ustanowienia innych opartych na odpowiedzialności form związków seksualnych.

8.

Prawo do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących posiadania potomstwa

Obejmuje możliwość podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu potomstwa, jego liczbie, różnicy wieku między potomstwem oraz prawo do pełnego dostępu do środków regulacji płodności.

9.

**Prawo do informacji seksualnej opartej
na badaniach naukowych**

Prawo to implikuje, że poszukiwanie informacji dotyczących seksualności będzie realizowane na drodze nieskrępowanych, lecz naukowo etycznych badań, a ich odpowiednie rozpowszechnianie będzie następować na wszystkich poziomach społecznych.

10.

Prawo do wyczerpującej edukacji seksualnej

Jest ona procesem trwającym od momentu narodzin, przez całe życie i powinny być w nią zaangażowane wszystkie instytucje społeczne.

11.

Prawo do seksualnej opieki zdrowotnej

Seksualna opieka zdrowotna powinna być dostępna w celu zapobiegania i leczenia wszelkich problemów, chorób i zaburzeń seksualnych.

Prawa seksualne stanowią fundamentalne i uniwersalne prawa człowieka.