

08

Ciało a funkcjonowanie seksualne kobiety

Marta Szymańska-Pytlińska

**Ciało a funkcjonowanie
seksualne kobiety**

Marta Szymańska-Pytlińska

**Ciało a funkcjonowanie
seksualne kobiety**



Poznań 2021

WPiK Open Access 08

Copyright by:
Marta Szymańska-Pytlńska

Copyright by:
Wydawnictwo Rys

Redaktor naukowy WPiK Open Access:
dr hab. Aleksandra Piłarska, prof. UAM

Recenzja:
prof. dr hab. Katarzyna Schier

Koncepcja okładki:
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

Korekta i redakcja:
Sebastian Surendra

Wydanie I
Poznań 2021



ISBN 978-83-66666-95-5

DOI 10.48226/978-83-66666-95-5

Wydanie:



Wydawnictwo Rys
ul. Kolejowa 41
62-070 Dąbrówka
tel. 600 44 55 80

e-mail: tomasz.paluszynski@wydawnictworys.com
www.wydawnictworys.com

Spis treści

Od autorki	7
I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA.....	9
1. Seksualność kobiety w modelach teoretycznych.....	9
1.1. Rozwój seksualny kobiety w psychodynamicznym ujęciu Tysonów.....	10
1.2. Modele kobiecej odpowiedzi seksualnej w zarysie.....	17
1.3. Model zróżnicowania seksualności kobiet Bancrofta i Graham	22
2. Ciało i jego umysłowa reprezentacja.....	25
2.1. Umysłowa reprezentacja ciała w teoriach osobowościowych.....	25
2.1.1. Znaczenie płci dla kształtowania się Ja cielesnego jednostki	29
2.2. Umysłowa reprezentacja ciała w teoriach poznawczo- -behawioralnych	30
2.3. W kierunku integracji dwóch podejść – model Ja cielesnego Sakson-Obady.....	34
3. Ciało a seksualność kobiety	37
3.1. Biologiczny wymiar relacji ciała i seksualności kobiety.....	37
3.2. Psychologiczny wymiar relacji ciała i seksualności kobiety ...	40
II. CZĘŚĆ EMPIRYCZNA.....	53
4. Pomiar postaw wobec własnych narządów płciowych kobiet (badanie 1)	55
4.1. Charakterystyka badanej grupy	56
4.2. Narzędzia badawcze	57
4.3. Wyniki badań własnych.....	62
4.4. Dyskusja wyników	69
5. Percepcja własnych genitaliów a funkcjonowanie seksualne kobiet (badanie 2)	71
5.1. Charakterystyka badanej grupy	71
5.2. Narzędzia badawcze	72
5.3. Wyniki badań własnych.....	75
5.4. Dyskusja wyników	77

Zakończenie	81
Wnioski teoretyczne i aplikacyjne.....	81
Ograniczenia przeprowadzonych badań własnych.....	82
Bibliografia	83
Aneks	93

Od autorki

Oddawana w ręce Czytelnika praca składa się z dwóch części. W części pierwszej przywołano koncepcje teoretyczne i wyniki badań empirycznych, zestawiając je ze sobą w taki sposób, by z różnych perspektyw pokazać, jak liczne są powiązania ciała (rozumianego jako byt fizyczny i psychiczny) z funkcjonowaniem seksualnym kobiety. Odwołano się w tym celu do danych pochodzących z trzech dziedzin wiedzy – seksuologii (*Rozdział 1*), psychologii (*Rozdział 2*) i medycyny. Wątki biologiczne są *explicite* eksponowane w *Rozdziale 3*, choć sygnalizują ich obecność również we fragmentach wcześniejszych rozdziałów. Część teoretyczna stanowi z jednej strony tło, na bazie którego powstał pomysł autorki na badania własne, a z drugiej uzasadnia potrzebę ich prowadzenia oraz stawiane hipotezy badawcze. Zaprezentowane w części drugiej – empirycznej – wyniki pochodzą z dwóch badań własnych przeprowadzonych w różnych okresach: zimą 2015/16 oraz od czerwca 2016 do czerwca 2018 roku. Efektem pierwszego było stworzenie narzędzia – *Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych* (KPWNP), który służy badaniu obrazu własnych genitaliów kobiet, a także jego wstępna walidacja w odniesieniu do zmiennych związanych z obrazem ciała. Drugie badanie natomiast pozwoliło eksplorować powiązania oceny własnych narządów płciowych i seksualności kobiet. Seksualność, na potrzeby badań, zoperacjonalizowano jako funkcje i doświadczenia seksualne (zachowania przejawiane w ciągu życia). Nowo opracowane narzędzie przedstawiono w aneksie. Arkusz KPWNP jest również dostępny u autorki (e-mail: marta.szymanska-pytlinska@amu.edu.pl).

Praca ta nie powstałaby, gdyby nie bezpośrednio i pośrednio zaangażowanie różnych osób, którym chciałabym w tym miejscu podziękować. Dziękuję najpierw prof. dr hab. Marii Beisert, mojej Mistrzyni, oraz Monice Zielonej-Jenek, Oli Chodeckiej, Agnieszce Izdebskiej i Oldze Sakson-Obadzie, moim mentorkom i współpracowniczkom. Relacja z tymi pięcioma ważnymi dla mnie kobietami oraz ich pracą (naukową i kliniczną) od 10 już lat kształtuje moje patrzyenie na dyscyplinę, którą się zajmuję, inspiruje mnie i wywiera wpływ na mój rozwój nie tylko zawodowy, ale i osobisty. Dziękuję studentkom, które wspomagały

mnie w przeprowadzaniu badań referowanych w części empirycznej tego opracowania, za okazaną życzliwość i pomoc. Dziękuję też moim najbliższym za wspieranie i towarzyszenie mi przy tworzeniu tej pracy.

Marta Szymańska-Pytlińska

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

1. Seksualność kobiety w modelach teoretycznych

Współczesne teorie psychologiczno-seksuologiczne nie mają charakteru uniwersalnego, ale uwzględniają różnice płciowe w przebiegu rozwoju seksualnego i funkcjonowaniu seksualnym ludzi. Różnice te wynikają z uwarunkowań biologicznych i są konsekwencją przebiegu procesu różnicowania płciowego, który rozpoczyna się w okresie prenatalnym, a kończy wraz z osiągnięciem dojrzałości płciowej (Bajszczak, Szarras-Czapnik, Słowikowska-Hilczer, 2014), a więc obejmuje czas przed narodzinami dziecka i po nich. Proces ten determinuje nie tylko morfologię i czynność układu moczowo-płciowego, ale wobec zaangażowania sekrecji i recepcji hormonów steroidowych wpływa maskulinizująco vs. feminizująco na określone struktury mózgu i szlaki neuronalne. W efekcie wykazują one dymorfizm płciowy¹. Na zachowanie seksualne kobiety składa się wiele elementów (motywacja do poszukiwania partnerów, ocena bodźców, motoryczna realizacja zachowania seksualnego, towarzyszące mu procesy fizjologiczne wzmacniające zachowanie i powodujące jego utrwalanie/powtarzanie), które są kontrolowane przez różne obszary mózgu. Neurony w każdym z obszarów mózgu krytycznych dla wystąpienia zachowania seksualnego tworzą sieci, które są hormonalnie responsywne (Salonia i in., 2010). Zgodnie z organizacyjno-aktywacyjną hipotezą sformułowaną przez Phoenixa i in. (1959, za: Salonia i in., 2010; Schulz, Molenda-Figueira, Sisk, 2009) oddziaływanie hormonów steroidowych w okresie prenatalnym

¹ Jest to uproszczony opis, skrócony na potrzeby prowadzonego wywodu. Zaznaczyć należy, że aktualne wyniki badań wykorzystujących techniki neuroobrazowania przeczą istnieniu męskiego vs. żeńskiego mózgu. Zamiast tego wysuwa się hipotezę, że w mózgu jednej osoby występuje mozaika nakładających się i różnych stopni maskulinizacji i feminizacji, a także, że potencjalnie wszyscy mężczyźni i kobiety są bardzo podobni do siebie w niektórych elementach sieci neuronalnych, ale bardzo różni w innych. W ten sposób różnorodność działania hormonów steroidowych na mechanizmy komórkowe w rozwijającym się mózgu przyczynia się do występowania indywidualnej zmienności zachowań seksualnych dorosłych ludzi (Salonia i in., 2010).

i okołoudzeniowym organizuje architekturę sieci neuronalnych regulujących zachowania seksualne. W czasie dojrzewania hormony płciowe oddziałują na już wcześniej zróżnicowane płciowo obwody nerwowe, aktywując zachowania seksualne. Rewizja klasycznej wersji tej hipotezy dokonywana przez badaczy (por. Schulz i in., 2009) rozszerza to okno potencjalnej wrażliwości mózgu na oddziaływanie hormonów sterydowych i pokazuje, że okres dojrzewania jest nie tylko czasem aktywacji, ale i ponownej organizacji struktur mózgowych, sugerując, że hormony sterydowe wydzielane przez gonady (z przewagą androgenów u mężczyzn i estrogenów u kobiet) mogą w ten sposób zmieniać zachowania seksualne dorosłych ludzi.

Mając to na uwadze oraz fakt, że przedmiotem opracowania jest seksualność kobiet, w pierwszym rozdziale wybrano i scharakteryzowano te teorie seksuologiczne, które biorą pod uwagę różnice płciowe w przebiegu rozwoju seksualnego.

1.1. Rozwój seksualny kobiety w psychodynamicznym ujęciu Tysonów

Tysonowie (1990) opisują rozwój seksualny kobiety, śledząc zmiany, jakie zachodzą w jej tożsamości płciowej. Tożsamość płciowa jest za Stollerem (1968, 1976, za: Tyson, Tyson, 1990) rozumiana przez nich jako tożsamość osoby o określonej płci biologicznej². Jest szerokim pojęciem i ma swój udział w kształtowaniu poczucia kobiecości i utożsamiania się z kobietą rolą płciową oraz oddziałuje na przebieg konfliktów edypalnych i na orientację seksualną³. Motorem dla rozwoju

² W świetle aktualnych badań nad różnicowaniem płciowym przywoływanych w różnych momentach tej pracy konstrukt płci biologicznej jest trudny do utrzymania. Dotyczy on bowiem różnych elementów czy rodzajów płci: chromosomalnej, gonadalnej, fenotypowej etc. (por. Bajszczyk i in., 2014). Definicja Stollera współcześnie brzmiałaby inaczej i dotyczyła określonej płci metrykalnej, a więc nadanej przez lekarza ręką na bazie dokonanej oceny wyglądu zewnętrznych narządów płciowych noworodka. Określenie płęć biologiczna było używane w psychologii dla pokazania go w opozycji do terminu płci kulturowej czy społecznej albo rodzaju (por. Brannon, 2002).

³ Podobnie jak we wspomnianym wyżej przypadku *płci biologicznej*, tak i w odniesieniu do *orientacji seksualnej* obserwuje się zastępowanie jej w literaturze seksu-

tożsamości płciowej dziewczynki są różne czynniki: procesy biologiczne (np. sekrecja hormonów, anatomia i fizjologia zewnętrznych narządów płciowych), psychologiczne, społeczne, kulturowe. Tysonowie poświęcają szczególną uwagę zagadnieniu relacji z obiektem. W kontekście relacyjnym tworzy się tożsamość płciowa i inne podstawowe struktury intrapsychiczne dziecka, takie jak id, ego i superego. Kontekst relacyjny jest współtworzony przez niemowlę, ponieważ rodzi się ono z właściwym sobie neurofizjologicznym wzorcem odruchów, na które odpowiada (właściwie lub nie) jego środowisko. Początkowo dziewczynka funkcjonuje w relacji diadycznej, wyznaczonej m.in. przez afektywne interakcje matki z nią, identyfikacje z matką, a później w relacji triadycznej – uwzględniającej figurę ojca. Relacje z obiektami, najpierw rodzicielskimi, a potem w kontekście szerszych grup społecznych, zmieniają swój charakter w różnych stadiach rozwoju⁴.

Rdzeń tożsamości płciowej dziewczynki tworzy się już w życiu płodowym, pod wpływem hormonów płciowych. Poznanie płci dziecka już na etapie ciąży zmienia ustosunkowanie rodziców do niego. Fantazje i oczekiwania, które matki i ojcowie formułują w okresie ciąży, mają znaczenie dla ich sposobu odnoszenia się do noworodka. Bycie w ciąży powoduje również, że kobieta – przyszła matka – weryfikuje identyfikacje ze swoją matką. Po urodzeniu dziecka, w pierwszym roku życia dziewczynki, tożsamość płciowa istnieje w prymitywnej formie, wzmacnianej przez matkę, jej identyfikacje z ciałem córki i fantazje o byciu jednością. Rodzice i inne osoby w otoczeniu noworodka formułują wobec niego różnego rodzaju komunikaty – werbalne i niewerbalne – które niosą określone znaczenia nadawane męskości i kobiecości w tej rodzinie. Dziewczynka, identyfikując się z matką i jej ustosunkowaniem do niej jako niemowlęcia żeńskiej płci, buduje własne poczucie Ja cielesnego i pierwsze reprezentacje umysłowe własnego ciała oraz rdzenne poczucie własnej kobiecości. Obraz ciała

ologicznej terminem *tożsamość seksualna*. Nie są to jednak jedynie zmiany w nomenklaturze, ale dotyczą one również zakresów znaczeniowych wspomnianych pojęć. Podczas gdy pierwsze z nich sugeruje występowanie stałych, biologicznie uwarunkowanych tendencji, drugie uwzględnia zmienność, subiektywność i różnorodność ekspresji seksualnej ludzi (por. Bojarska, Kowalczyk, 2017).

⁴ Tysonowie (1990) wskazują na występowanie fazy oralnej, analnej, infantrylnej fazy genitalnej, latencji, preadolescencji i adolescencji w rozwoju człowieka.

tworzy się poprzez integrację oralnych, analnych, uretralnych i genitalnych doznań, których źródłem są: karmienie, przewijanie, kąpanie, zabawa i inne interakcje dziecka z matką lub innym podstawowym opiekunem. Matka, pielęgnując ciało dziewczynki, określa jego granice. Dziewczynka, dokonując eksploracji własnego ciała, lokalizuje i dotyka różnych jego części, także genitalnych. Dostarcza sobie w ten sposób doznań, które wzmacniają prymitywne poczucie bycia kobietą i buduje świadomość genitalną włączaną w obszar Ja cielesnego. Ze względu na specyfikę budowy anatomicznej kobiecych narządów płciowych dziewczynka zdobywa najpierw świadomość zewnętrznych części genitaliów. Świadomość waginalna ma zdaniem Tysonów na tym etapie charakter potencjalny, to znaczy w doświadczeniu dziewczynki pojawiają się prekursorzy konceptualizacji waginy jako otworu z przestrzenią w środku. Tę wczesną świadomość bycia kobietą autorzy opisują jako fragmentaryczną i nieciągłą, ale trwałą⁵. Na tyle stabilną, że naruszyć ją mogą wczesna trauma lub wczesne fizyczne zranienie ciała raczej niż lęki rozwojowe (Tyson, Tyson, 1990).

Kolejny etap rozwoju niesie ze sobą konflikty separacyjno-indywidualne. Kanwą dla nich są nabycie świadomości istnienia różnic anatomicznych i reakcja na nie, wpływ ojca na relację dziewczynki z matką oraz procesy związane z tworzeniem się superego. Autorzy dekonstruują znaczenie lęków kastracyjnych i zazdrości o penis, których występowania u dziewczynek dopatrywał się Freud (1940, za: Tyson, Tyson, 1990). To, co psychoanaliza uważała za kluczowe w normalnym rozwoju kobiety, Tysonowie uznają za niekonieczne, ale opcjonalne i możliwe. Odkrywając istnienie różnic w budowie swoich narządów płciowych i penisa chłopca, dziewczynka może przejawiać różne reakcje. Zależą one od relacji, jakie tworzy z rodzicami. Przede wszystkim od emocjonalnej dostępności ojca oraz poczucia własnej kobiecości matki. I tak dziewczynka, której matka jest „wystarczająco dobra” i dobrze czuje się ze swoją kobiecością, może reagować za-

⁵ Tysonowie (1990) posługują się zarówno pojęciem *body self*, jak i *body image*. Jaka jest różnica między nimi? Jak mają się one do pojęcia tożsamości płciowej? *Body self* autorzy definiują jako „early sense of self based on an emerging body image makes important contributions to core gender identity” (Tyson, Tyson, 1990, s. 253). Wydaje się, że *body self* rozumieją jako Ja cielesne, *element self*, a *body image* jako mentalną reprezentację ciała, obraz umysłowy, który tworzy *body self*.

skoczeniem, przejściową fascynacją penisem, ale jednocześnie będzie odczuwała dumę z bycia kobietą. Jeżeli w tym czasie ojciec dziewczynki jest libidinalnie dostępny, ta przejściowa fascynacja może prowadzić do identyfikacji z nim i przejawiać się np. w podejmowaniu prób oddawania moczu na stojąco. Ojciec odgrywa ważną rolę we wzmacnianiu poczucia kobiecości dziewczynki, ale też pomaga w separowaniu się dziewczynki od matki. Dziewczynka przeżywa wewnętrzny konflikt między pragnieniem pozostawania w zależności z matką a zdobywaniem autonomii, czemu mogą towarzyszyć wrogość i złość w stosunku do niej. Pozytywnym rozwiązaniem tego konfliktu jest separacja od matki przy jednoczesnej, selektywnej identyfikacji z nią. Tysonowie nie używają pojęcia lęku kastracyjnego, ale zastępują go konceptem lęku genitalnego. Jego nasilenie się w czasie trwania procesu separacji i indywiduacji dokonuje się w związku z lękiem przed utratą obiektu, jaki towarzyszy temu procesowi. Niemniej po raz pierwszy może on wystąpić już wcześniej, w związku z ciekawością własnych genitaliów i ich eksploracją. Jest to lęk przed zniszczeniem lub utratą genitaliów, który nie ma takiego samego charakteru przez całe życie kobiety, ale zmienia się. Ciekawość jest uzupełniana strachem przed zniszczeniem genitaliów w związku z masturbacją, później przez niejasne wyobrażenia co do tego, w jaki sposób rodzą się dzieci. W adolescencji przybiera formę obawy o zniszczenie genitaliów poprzez penetrację, a kiedy kobieta jest w ciąży – przed zniszczeniem poprzez poród (Tyson, Tyson, 1990).

Okolo 3. roku życia dziewczynka wchodzi w infanrylną fazę genitalną, w której jej poczucie kobiecości będzie się poszerzać. Ma przed sobą dwa zadania – przyjęcia kobiecej roli płciowej oraz skonsolidowania narcystycznie cenionego obrazu własnego ciała. W realizacji tego drugiego procesu pomagają jej zachowania ekshibicyonistyczne, voyeurystyczne, zaabsorbowanie ciałem, genitaliami oraz masturbacja dziecięca. Dziewczynka czerpie przyjemność z pochwał obojga rodziców, potwierdzających jej przynależność do żeńskiej płci. Zazdrość o penisa może przejawiać się w tej fazie rozwojowej w rywalizacji z chłopcami, a jej funkcją jest właśnie wzmacnianie narcystycznego obrazu ciała, wyrażające się w poczuciu dumy z bycia kobietą. Zazdrości o penis mogą towarzyszyć fascynacja i zazdrość o piersi matki. Zdaniem Tysonów, świadczy ona o idealizacji dojrzałego ciała kobiety i o przejawianiu

tendencji rywalizacyjnych wobec matki. Dla realizacji pierwszego zadania ważne jest z kolei imitowanie zachowań matki, upodabnianie się do niej. Utożsamianie się z żeńską rolą płciową manifestuje się także poprzez wyrażanie pragnienia opiekowania się dzieckiem (np. w zabawie lalkami). Nie ma ono edypalnego charakteru. Jest natomiast ekspresją pierwotnego poczucia kobiecości i efektem identyfikacji z matką, jej stylem wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi i z córką, które w tym wypadku opierają się na pielęgnacji i opiece. Te fantazje o byciu matką, o tworzeniu diady ze swoim własnym dzieckiem tworzą rdzeń żeńskiej roli płciowej dziewczynki i jej ideał ego. Konsolidacja kobiecej roli płciowej jest wymogiem dla wejścia w fazę edypalną rozwoju. By móc wyrażać pragnienie i fantazjować o zajęciu miejsca matki w relacji z ojcem, dziewczynka musi z jednej strony odczuwać dumę z bycia kobietą jak matka oraz identyfikować się ze sposobem, w jaki matka funkcjonuje w relacji z ojcem (Tyson, Tyson, 1990).

W okresie edypalnym u dziewczynki zmienia się przywiązanie do matki. W poprzedniej fazie rozwojowej osiągnęła ona libidinalną stałość obiektu matki, to znaczy czuje, że ma kochającą wewnętrzną matkę. Jej żeński ideał ego formułuje pragnienie poszerzenia jej żeńskiej roli płciowej i fantazjuje o tym, że została wybrana przez ojca. Nie odrzuca matki. Ma wewnętrzne przekonanie, że matka ją kocha. Pragnie jednak innej relacji z ojcem. W swoich fantazjach zajmuje miejsce matki, stając się obiektem jego miłości. Podejmuje rywalizację edypalną z matką, ale jednocześnie czuje, że ukierunkowanie libidinalnych pragnień na ojca zagraża więzi z matką. Zadaniem ojca jest podziwiać dziewczynkę, co wzmocni jej dumę i zachęci do identyfikacji z kobiecym ideałem ego. Porzucanie edypalnych pragnień i ich wyparcie następuje powoli i odbywa się w związku z odczuwanym przez dziewczynkę strachem przed narcystycznym upokorzeniem, przed utratą miłości matki i rosnącym poczuciem winy płynącym z superego (Tyson, Tyson, 1990). Wiąże się ono zatem z rywalizacją z matką, która jest przeżywana przez dziewczynkę ambiwalentnie – z miłością, ale i lękiem. Koncepcja Tysonów, podobnie jak inne konceptualizacje odwołujące się do relacji z obiektem (np. Kernberga, 1998, za: Beisert, 2004), pokazuje, w jaki sposób kolejne obiekty (osoby) nabierają znaczenia dla procesu kształtowania się tożsamości płciowej dziewczynki. Rozszerzanie się relacji poza diadę tworzoną z matką powoduje, że ojciec (lub inny mężczyzna „ob-

sadzony” w tej roli) zaczyna brać udział w kształtowaniu seksualności dziewczynki. Powstaje trójkątna, edypalna relacja, która ma rozwiązać się pozytywnie dzięki dostrzeżeniu przez ojca pragnień libidinalnych dziewczynki, ich zaakceptowaniu i sfrustrowaniu – przekierowaniu do grupy rówieśniczej, z której będzie pochodził przyszły partner dziecka (Beisert, 2004). Tak więc ważne z punktu widzenia rozwiązania konfliktu edypalnego są zarówno działania matki, jak i ojca⁶.

W okresie latencji tożsamość płciowa dziewczynki konsoliduje się, stabilizuje i poszerza. Wraz z rozrastaniem się kręgu rówieśniczego pojawiają się nowe obiekty do idealizacji i identyfikacji. Doznania genitalne czy podejmowanie zachowań masturbacyjnych nie znikają, choć bezpośrednie pobudzenie genitaliów może być rzadsze i może częściej przyjmować formy pośrednie. Dziewczynka intensywnie ćwiczy swoją rolę płciową i identyfikuje się również z innymi kobietami niż matka (Tyson, Tyson, 1990).

W okresie adolescencji aspekty męskości i kobiecości zawarte w poczuciu tożsamości płciowej przyjmują swój ostateczny kształt, konsoliduje się też rola płciowa dziewczynki oraz orientacja seksualna⁷. Tysonowie (podążając za sugestiami takich autorów, jak Blos, 1967; Hart, Sarnoff, 1971; Kestenberg, 1961; Ritvo, 1976, za: Tyson, Tyson, 1990) szczególną wagę przypisują menarche. Jej pojawienie się jest rozumiane jako kryzys rozwojowy, mogący facylitować lub zaburzać zdolność do doświadczania przyjemności płynącej z akceptacji swojego kobiecego ciała, z podejmowania aktywności seksualnej, czy zdolności do rodzenia dzieci. Wraz z pierwszą miesiączką pojawiają się inne zmiany w ciele. Ciało nastolatki nabiera cech dojrzałości płciowej i staje się ciałem młodej kobiety. Pociąga to za sobą zmiany w obrazie ciała, powoduje konieczność dostosowania się do nowego sposobu postrzegania siebie i własnego ciała. Dziewczyna spostrzega siebie jako jednocześnie podobną i różną od swojej matki, co przywołuje nierozwiązane konflikty dotyczące jej relacji z matką z wszystkich

⁶ Sposób ekspresji i zachowanie się dziewczynki może przypominać zachowania uwodzące dorosłych kobiet, ze względu na ich obserwację i działanie mechanizmu identyfikacji. Nawet jeżeli są to zachowania podobne (imitujące), to dla dziecka nie mają one seksualnych znaczeń.

⁷ Tysonowie pokazują, w jaki sposób rozwija się ona w kierunku heteroseksualnym.

poprzednich etapów rozwojowych. Menarche budzi ambiwalentne przeżycia. Z jednej strony dziewczynie mogą towarzyszyć uczucia dumy, pewności siebie i poczucie adekwatności w związku z pojawiającymi się zmianami rozwojowymi. Współistnieją one jednak z postawą skrytości, poczuciem mniejszej wartości, wstydu i niepewności. Menstruacja reaktywuje wewnętrzne konflikty związane z analnością. Krwawienie nie podlega wolicjonalnej kontroli zwieraczy tak jak wydalanie kału czy moczu. Stąd wywołuje uczucia bezradności, bierności, wstydu i lęk przed upokorzeniem. Dziewczynka może też odczuwać lęk przed zniszczeniem ciała, związany z tajemniczością wewnętrznych procesów, ale też niepokojem z powodu możliwości zajścia w ciążę czy wynikającym z używania tamponów (ich aplikacja konfrontuje z bezpośrednim doświadczaniem waginy). Miesiączkowanie pobudza świadomość waginalną dziewczyny (poprzez doznania waginalne), która może zostać zintegrowana w kobiecy obraz ciała i przyczynić się do wzrostu jego koherencji. Zdaniem Tysonów, doświadczanie menstruacji i rozwój biustu umacniają dumę dziewczynki z odczuwania kobiecej tożsamości. W okresie adolescencji rewizji ulega nie tylko obraz ciała dziewczynki, ale i finalizuje się utożsamienie się z rolą płciową. Sposób wchodzenia przez dziewczynkę w interakcje z mężczyznami (chłopcami-rówieśnikami, ojcem) może mieć charakter karykaturalny, bo podszyty lękiem i niepewnością co do własnej roli kobiecej. Świadomie wyraża niechęć do możliwości zajścia w ciążę, ale nieświadomie jej pragnie – jako wyrazu potwierdzenia swojej żeńskiej roli. Restrukturyzacji ulega też superego, więc wzmożone autoerotyczne i nowe diadyczne aktywności seksualne pojawiające się w związku ze zmianami biologicznymi nasilającymi popęd seksualny, początkowo wiążą się z poczuciem winy, wstydu i lękiem. W koncepcji Tysonów konflikty związane z wyborem obiektu są obecne już od okresu edypalnego. W dorastaniu, w procesie konsolidacji orientacji seksualnej, dziewczęce poczucie tożsamości płciowej zaczyna łączyć się z jej wyborami seksualnymi. Wewnętrzne konflikty w tym zakresie pomagają rozwiązywać ideał ego, który na tym etapie rozwoju zawiera zrewidowany wizerunek matki oraz identyfikacje z innymi ważnymi kobietami. Poprzez identyfikację z ideałem ego dziewczynka wybiera heteroseksualny obiekt (Tyson, Tyson, 1990).

Śledząc proces rozwoju seksualnego kobiety, Tysonowie poprzestają na opisie osiągnięć rozwojowych okresu adolescencji. Jednak współ-

cześnie wiadomo, że seksualność kobiety zmienia się również w okresie dorosłości. Z propozycji Tysonów wynika, że pierwotne poczucie kobiecości (rdzenna tożsamość płciowa) pochodzące z wczesnych okresów rozwojowych ma utrwalony i raczej niezmienny charakter. Natomiast szersze poczucie tożsamości płciowej może zmieniać się w toku całego życia w związku z różnymi znaczącymi doświadczeniami – związku, ciąży, macierzyństwa etc. Autorzy nie konkretyzują jednak kierunków tych zmian. Stąd, dla domknięcia opisu, w dalszej części rozdziału przedstawiam konceptualizację funkcjonowania seksualnego dorosłej kobiety.

1.2. Modele kobiecej odpowiedzi seksualnej w zarysie

Pierwsze modele seksuologiczne, powstałe w latach 60. i 70. XX wieku, próbowały opisać funkcjonowanie seksualne człowieka w sposób uniwersalny, nie uwzględniając różnic w zakresie płci. Linearny model stworzony przez Mastersa i Johnson (1966) pozwalał scharakteryzować przebieg reakcji seksualnej w sposób procesualny. Miała ona przebiegać w czterech fazach: podniecenia, plateau, orgazmu i wycofania. Stopniowy wzrost przeżywanego napięcia seksualnego miał prowadzić do przeżycia orgazmu, po którym jednostka osiąga stan zrelaksowania. Autorzy koncentrowali się głównie na wskazaniu zmian biologicznych, fizycznych zachodzących w narządach płciowych oraz w innych układach ciała (np. krwionośnym, mięśniowym etc.) u mężczyzny i kobiety uczestniczących w kontakcie seksualnym. Model ten, pomijając subiektywne, psychologiczne czy interpersonalne aspekty odpowiedzi seksualnej, nie wyjaśniał zróżnicowania między osobami tej samej płci czy zmienności przebiegu tych reakcji seksualnych w różnych epizodach seksualnych tych samych osób. Zawierał też ukryte założenie o tym, że kobieta zawsze pozostaje responsywna wobec interakcji seksualnej zainicjowanej przez mężczyznę i nie poruszał w żaden sposób kwestii pożądania seksualnego (por. Sand, Fisher, 2007; Tripodi, Silvaggi, Simonelli, 2012). Stanowił jednak ważny punkt odniesienia dla kolejnych autorów – teoretyków i praktyków. Bazując na swoich doświadczeniach klinicznych, Kaplan (1974) rozszerzyła model Mastersa i Johnson, dodając do niego fazę pożądania, poprze-

dzającą te wcześniej wymienione. To od wystąpienia spontanicznego pożądania zależeć miało jej zdaniem pojawienie się fazy podniecenia prowadzącej do orgazmu i rozładowania napięcia seksualnego. Krytyka tego rozwiązania skoncentrowała się wówczas na tym, że poszczególne etapy odpowiedzi seksualnej nie zawsze przebiegają w sposób sekwencyjny i mogą nakładać się na siebie. Oby tym modelom zarzucano, że lepiej nadają się do opisanego reakcji seksualnej mężczyzn niż kobiet (por. Sand, Fisher, 2007; Tripodi i in., 2012). Propozycja Kaplan została wykorzystana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne dla sformułowania kryteriów diagnozowania dysfunkcji seksualnych u mężczyzn i kobiet w DSM-III i DSM-IV, a w DSM-5 służyła opisaniu reaktywności seksualnej mężczyzn (Holka-Pokorska, 2017).

Pod koniec XX i na początku XXI wieku modele linearne zastąpiono propozycjami cyrkularnego opisu przebiegu reakcji seksualnej. Wycofano się również z idei uniwersalności na rzecz uwzględniania swoistości odpowiedzi seksualnej człowieka w związku z posiadaniem przez niego określonej płci.

Whipple i Brash-McGreer (1997) opisały cztery stadia odpowiedzi seksualnej: uwodzenia (odpowiadająca pożądaniu), doznań (odpowiadająca podnieceniu i przyjemności), poddania (orgazmu) i wycofania. Zdaniem autorek, satysfakcjonujące doświadczenia seksualne są nagradzające dla kobiety i zwiększają prawdopodobieństwa wystąpienia pożądania i ponownego rozpoczęcia cyklu reakcji seksualnej, a negatywne doświadczenia będą obniżały prawdopodobieństwo ponownego wystąpienia pożądania. Chociaż model ten uznawał cykliczność reakcji seksualnej, opisywał przechodzenie przez poszczególne fazy w sposób zbliżony do poprzednich modeli.

Basson (2000, 2001) zaproponowała alternatywne rozwiązanie. Konstruktem spontanicznego pożądania został przez nią (Basson, 2000, 2001) zastąpiony responsywnym pożądaniem. Punktem wyjścia stał się stan seksualnej neutralności kobiety, który może, ale nie musi przejść w stan pożądania. Doświadczając bliskości emocjonalnej w relacji z partnerem, kobieta może odpowiedzieć na odbierane przez nią bodźce seksualne pobudzeniem. Pobudzenie to może dalej rosnąć i prowadzić do orgazmu, który nie jest elementem kluczowym dla przeżycia satysfakcji seksualnej w tej koncepcji. Niezależnie od tego, czy pojawi się orgazm czy nie, kontakt seksualny, który jest przeżywany przez kobietę pozytywnie, tj.

jako wzmacniający uczucie bliskości emocjonalnej i intymności z partnerem, będzie sprzyjał angażowaniu się w kolejne kontakty. Tym, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnego cyklu odpowiedzi seksualnej, jest też pojawienie się potrzeby seksualnej (głodu seksualnego – *physical sexual neediness or hunger*). W modelu Basson (2000, 2001) pożądanie jest procesem, na który wpływają zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne. Propozycja teoretyczna tej autorki wpłynęła na zmiany kryteriów diagnostycznych dysfunkcji seksualnych u kobiet w 5 wydaniu amerykańskiej klasyfikacji DSM (Holka-Pokorska, 2017). Na przykład połączono w jedno rozpoznanie – zaburzeń zainteresowania/podniecenia u kobiet (*Female Sexual Interest/Arousal Disorder*) – nakładające się na siebie i trudne do rozróżnienia w obrazie klinicznym zaburzenia pożądania (w DSM-IV diagnozowane jako hipolibidemię – *Hypoactive Sexual Desire Disorder*) i reakcji genitalnej (występujące w DSM-IV pod postacią zaburzeń podniecenia seksualnego – *Female Sexual Arousal Disorder*; Brotto, 2010; Graham, 2010; Klasa, Sobański, Müldner-Nieckowski, Rutkowski, 2013).

Ograniczenia modelu Basson dotyczą przede wszystkim postrzegania pożądania pojawiającego się u kobiety jako receptywnego, a przez to mogącego wzmacniać stereotypowe postrzeganie kobiety jako strony pasywnej w kontakcie seksualnym. Dodatkowo, trudniej jest przy jego udziale wyjaśnić powstawanie pobudzenia i dążenie do stosunku u kobiet podejmujących aktywność seksualną poza kontekstem bliskiej emocjonalnie relacji (por. Tripodi i in., 2012).

Ten krótki przegląd pozwala zobrazować dwa kierunki, w jakich ewoluował punkt widzenia teoretyków, badaczy i praktyków zajmujących się seksualnością człowieka – początkowe niezróżnicowanie ustąpiło miejsca badaniu różnic międzypłciowych, a orientacja biologiczno-medyczna została wzbogacona o perspektywę psychologiczno-seksuologiczną.

Przez długi czas modele scharakteryzowane powyżej istniały i były wykorzystywane w pracy klinicznej, nie mając swojego potwierdzenia w badaniach empirycznych. Dopiero w ostatnich latach zaczęto weryfikować, na ile zdaniem osób badanych opisują one ich funkcjonowanie seksualne.

Pierwsze takie badanie zaprojektowali Sand i Fisher (2007) Przedstawili oni 133 amerykańskim pielęgniarkom opisy trzech modeli:

Mastersa i Johnson, Kaplan i Basson i pytali, który z nich najlepiej opisuje ich odpowiedź seksualną w relacji z aktualnym partnerem. Dodatkowo badacze dokonywali pomiaru ich funkcji seksualnych za pomocą skali FSFI (*Indeksu funkcji seksualnych kobiety*), która jest powszechnie wykorzystywana jako narzędzie przesiewowe do badania występowania dysfunkcji seksualnych. Odpowiedzi 111 kobiet, które w momencie badania pozostawały w związku, rozłożyły się mniej więcej równomiernie. 29,5% kobiet wskazało na model Mastersa i Johnson, 26,8% na model Kaplan i 28,6% na model Basson⁸. Przy czym kobiety wskazujące na model Basson jako najlepiej pasujący do ich doświadczeń jednocześnie osiągały istotnie niższe wyniki w zakresie wszystkich funkcji seksualnych mierzonych w FSFI i wyniku ogólnego w porównaniu z kobietami, które wskazywały na model Mastersa i Johnson lub Kaplan jako reprezentatywny dla ich funkcjonowania seksualnego. Większość (79,4%) kobiet informujących o braku zaburzeń w zakresie funkcji seksualnych (wynik FSFI > 26,55 punktów) wskazywała na podejmowanie diadycznej aktywności seksualnej z powodów seksualnych, to znaczy ze względu na fizyczne doświadczenia z nią związane i bliskość emocjonalną, jaka się z nią wiąże. Z kolei kobiety wykazujące dysfunkcje seksualne (wynik FSFI < 26,55 punktów) wskazywały częściej na pozaseksualne motywacje do podejmowania diadycznej aktywności seksualnej w swoim związku.

Podobne wyniki raportowano w duńskich badaniach (Giraldi, Kristensen, Sand, 2015) z udziałem 429 kobiet, aktywnych seksualnie i pozostających w związku. 34% badanych uznało, że model Kaplan trafnie opisuje ich funkcjonowanie, 28% wskazało na model Mastersa i Johnson, 25,6% na model Basson, a 12,5% deklaroowało, że żaden z nich. Przy czym kobiety, które osiągały w FSFI wynik sugerujący występowanie u nich dysfunkcji seksualnej (< 26,55), częściej uznawały model Basson jako odzwierciedlający ich seksualność lub deklarowały, że żaden z modeli nie opisuje trafnie ich funkcjonowania. Kobiety deklaruujące brak zaburzeń w zakresie funkcji seksualnych istotnie częściej wybierały model Mastersa i Johnson (Giraldi i in., 2015). Jak zauważają Nowosielski, Wróbel i Kowalczyk (2016), oba te badania prezentowały osobom badanym model Basson w sposób częściowy, a nie całościowo-

⁸ 14,3% (15 kobiet) uznało, że żaden z modeli nie jest reprezentatywny dla ich doświadczeń, 0,8% badanych (1 kobieta) nie odpowiedziało na to pytanie.

wy. To znaczy opisy tego modelu pomijały możliwość wystąpienia reakcji seksualnej zainicjowanej przez spontanicznie pojawiające się pożądanie. Dodatkowo posługiwano się w nich definicją dysfunkcji seksualnej zaczerpniętą z DSM-IV-TR, która (jak już wspomniano) została zbudowana w oparciu o linearne modele reakcji seksualnej. Nowosielski i współpracownicy (2016) raportują, że spośród 174 przebadanych przez nich Polek 28,7% uważa, że model linearny (połączenie modeli Mastersa i Johnson z modelem Kaplan) trafnie opisuje ich seksualność. 40,8% badanych wskazało na całościowy model Basson, a 19,5% na częściowy model Basson (opisany tak samo jak w badaniach Giraldi i in., 2015; Sand, Fisher, 2007) jako właściwe dla nich. 10,9% kobiet wskazało na inny model. Biorąc pod uwagę diagnozę dysfunkcji seksualnych stawianą w wywiadzie klinicznym według kryteriów DSM-5, kobiety bez dysfunkcji w podobnych proporcjach uznawały całościowy model Basson oraz model linearny za odzwierciedlający ich seksualność. Te z dysfunkcjami częściej wybierały częściowy model Basson, akcentujący responsywne wystąpienie reakcji seksualnej oraz inny model. Badania te doprowadziły ich autorów, ale też innych badaczy analizujących ich wyniki (Bancroft, Graham, 2011; Ronson, Wood, Milhausen, 2015) do wniosków o tym, że:

- (1) częściowy model Basson bardziej adekwatnie opisuje doświadczenia kobiet, które doświadczają dysfunkcji seksualnych (Giles, McCabe, 2009; Giraldi i in., 2015; Sand, Fisher, 2007);
- (2) zarówno całościowy model Basson (Nowosielski i in., 2016), jak i modele linearne (Mastersa i Johnson, Kaplan) pozwalają opisywać doświadczenia seksualne kobiet, których reakcja seksualna przebiega w sposób funkcjonalny (u których nie występują zakłócenia w zakresie funkcji seksualnych) (Giraldi i in., 2015; Sand, Fisher, 2007);
- (3) oraz o tym, że wciąż brakuje jednego modelu teoretycznego, który oddawałyby pełne zróżnicowanie doświadczeń seksualnych kobiet (część badanych wskazuje, że żaden z modeli nie jest reprezentatywny dla ich doświadczeń). Problem ten dotyczy przede wszystkim tych kobiet, których deklaracje sugerują występowanie dysfunkcji seksualnych (Nowosielski i in., 2016).

Bancroft i Graham (2011) podjęli próbę uzupełnienia tej luki zidentyfikowanej w przywoływanych wyżej badaniach.

1.3. Model zróżnicowania seksualności kobiet Bancrofta i Graham

Teoretyczny model zróżnicowania w zakresie kobiecej seksualności, stworzony przez Bancrofta i Graham (2011), koncentruje się na reprodukcji, czyli biologicznej funkcji podejmowania kontaktów seksualnych. Znajduje ona swoje odzwierciedlenie w podstawowym wzorcu (*basic pattern*), którego rolą i podstawową funkcją jest rozmnażanie się. Zgodnie z propozycją autorów każda kobieta ma pragnienie bycie pożądaną (*desire to be desired*) i czuje się dobrze, jeśli mężczyzna uważa ją za seksualnie atrakcyjną. Jeżeli będzie próbował zwrócić na siebie jej uwagę, to zostanie poddany procesowi oceny, mniej lub bardziej wyraźnemu, w oparciu o który kobieta zdecyduje, czy ten mężczyzna jest kimś, kogo ona powinna zachęcić do nawiązania kontaktu z nią. Czy ona uważa go za atrakcyjnego? Czy wydaje się odpowiedzialny? Czy jest to odpowiedni czas lub miejsce, aby ta interakcja zaczęła się rozwijać? Pod wieloma względami kobieta kontroluje ten proces decyzyjny i pod warunkiem, że czuje się w pozycji osoby, która sprawuje kontrolę, odkryje, że rozwijająca relacja jest dla niej coraz bardziej satysfakcjonująca emocjonalnie. Wtedy, kiedy dojdzie do fizycznego kontaktu między nimi, najpierw pieszczot, a potem penetracji, dzięki temu, że odpowiedź genitalna u kobiety występuje automatycznie w obecności bodźca seksualnego i towarzyszy jej lubrykacja, a także działają mechanizmy zmniejszające lub redukujące uczucie bólu w związku z penetracją pochwy, może ona doświadczyć przyjemności.

Cechą charakterystyczną w tej teorii jest to, że kobiecy podstawowy wzorec, w opozycji do wzorca męskiego⁹, zawiera poczucie bycia pożądaną, doświadczenie emocjonalnej satysfakcji oraz poczucie kontroli. Wzorec podstawowy jest uzupełniany przez komponenty dodatkowe (*super-added components*), to znaczy te aspekty doświadczenia seksualnego, które są nagradzające dla jednostki, ale nie służą reprodukcji. To ich obecność wyjaśnia, dlaczego kobieta odczuwa przyjemność seksualną i podejmuje takie zachowania jak np. masturbacja. Doświadczenie

⁹ Zdaniem Bancrofta i Graham, wzorec męski jest zdominowany przez pragnienie osiągnięcia przyjemności seksualnej wynikającej z ejakulacji wewnątrz kobiecej pochwy.

przyjemności seksualnej jest traktowane przez autorów jako element dodatkowy, bo chociaż orgazm może motywować ją do podejmowania kolejnych interakcji seksualnych, to nie wpływa np. bezpośrednio na jej płodność, która ma znaczenie dla reprodukcji¹⁰.

Ten podstawowy wzorzec nie jest stały, ale zmienia się w czasie. Zdaniem autorów, kobiety kontrolują większy zakres sytuacji w początkowych etapach nawiązywania interakcji (to one decydują, czy w ogóle się ona rozpocznie), ale to mężczyźni najczęściej inicjują kontakt seksualny, kiedy ta interakcja się już rozwija. Nagradzająca wartość poczucia bycia pożądaną przez mężczyznę zmienia się wraz z wiekiem kobiety i obniża wraz z postępującym procesem starzenia się jej ciała. W jaki sposób teoria, która koncentruje się na prokreacyjnym aspekcie seksualności człowieka, wyjaśnia te zmiany albo, idąc dalej, w ogóle funkcjonowanie seksualne kobiet w wieku pomenopauzalnym lub niepłodnych? Zdaniem Bancrofta i Graham (2011), część kobiet w tej sytuacji przeżywa swoją seksualność w taki sposób, że czerpie mniejszą satysfakcję z bycia seksualną, ale inna część rozwija i ugruntowuje komponenty dodatkowe i cieszy się z tych aspektów swojego życia seksualnego, które nie wiążą się z reprodukcją, a więc podkreśla funkcję rekreacyjną (doświadczenia przyjemności seksualnej, orgazmu) i społeczną (podtrzymania więzi) kontaktu seksualnego (por. Godlewski, 1987).

Przywołane w niniejszym rozdziale teorie odzwierciedlają swoistość rozwoju i funkcjonowania seksualnego kobiety. Koncepcja Tysonów wyjaśnia, jak w oparciu o doświadczenia cielesne pochodzące z wnętrza i zewnątrz ciała (szczególnie te, których źródłem jest więź i relacja z opiekunem), kształtuje się i rozwija tożsamość płciowa kobiety. Została odtworzona w niniejszej pracy, ponieważ jej autorzy wprost pokazują, że seksualność jest kształtowana przez wpływające na siebie nawzajem czynniki biologiczne i psychospołeczne. Tysonowie uwzględniają rolę narządów płciowych i doznań z nich płynących w kształtowaniu się Ja cielesnego kobiety i jej rozwoju seksualnym, a to wokół narządów

¹⁰ W przypadku mężczyzn do komponentów dodatkowych autorzy zaliczają radość z odczuwania emocjonalnej bliskości, poczucie bycia pożądanym przez kobietę czy postrzeganie kontaktu seksualnego jako mającego znaczenie dla kształtującej się relacji (Bancroft, Graham, 2011).

płciowych i ich percepcji koncentrować się będą badania własne przywoływane w drugiej części niniejszego opracowania.

Psychodynamiczno-rozwojowa teoria Tysonów (1990) zawiera opis zmian strukturalnych i została przywołana jako koncepcja etiologiczna – wyjaśniająca kształtowanie się seksualności kobiety. Wspomniane badania mają z kolei charakter porównawczy i dotyczą zachowań i funkcji seksualnych, a więc zajmują się ekspresją tej seksualności. Dlatego w drugiej części pierwszego rozdziału dokonano krótkiego opisu historycznych modeli reakcji seksualnej i współczesnego modelu zróżnicowania seksualności kobiet Bancrofta i Graham (2011). Modele te pozwalają uchwycić międzyosobnicze różnice funkcjonowania seksualnego. Nie odnoszą się jednocześnie do zmian strukturalnych, które doprowadziły do powstania tych różnic. Tym samym nie stoją w sprzeczności wobec koncepcji Tysonów, ale uzupełniają ją. Wszystkie one nie są jednak teoriami pozwalającymi wyjaśnić różnorodność ekspresji seksualnej całej populacji kobiet – przede wszystkim pomijają wątki rozwoju kobiet nieheteronormatywnych lub traktują je marginalnie.

2. Ciało i jego umysłowa reprezentacja

Zdaniem Sakson-Obady (2009a), na gruncie psychologii cielesność jest badana z dwóch punktów widzenia. Pierwszy zakłada, że ma ona znaczącą rolę w kształtowaniu się osobowości, drugi przyjmuje raczej perspektywę opisową niż etiologiczną.

Za przedstawicieli pierwszego nurtu można uznać przede wszystkim Kruegera, Jamesa i Allporta, ale także takich badaczy, jak Mahler, Erikson czy Freud. Sposób postrzegania ciała w kategoriach istotnych dla budowania struktury własnego Ja na gruncie polskim reprezentują Schier, Krzemionka-Brózda, Sakson-Obada i Mirucka (Allport, 1988; Erikson, 1997; James, 2002; Krueger, 2002; Krzemionka-Brózda, 2010; Mahler, McDevitt, 1982; Mirucka, Sakson-Obada, 2012; Sakson-Obada, 2009a, 2009b; Schier, 2010). Kluczowym konstruktem teoretycznym dla tego sposobu przedstawiania cielesności jest pojęcie Ja cielesnego (*self* cielesnego, *body self*).

Drugi nurt psychologicznych rozważań nad rolą ciała w funkcjonowaniu jednostki dotyczy takich zagadnień jak: obraz ciała, schemat ciała, postawa wobec ciała, świadomość doznań płynących z ciała, zaabsorbowanie ciałem, ocena ciała etc. Wiodącymi teoretykami i badaczami obrazu ciała w tym nurcie na świecie są Cash i Pruzinsky (2002). W Polsce elementy tego podejścia reprezentuje Brytek-Matera (2008) odwołująca się w swoich badaniach do poznawczo-behawioralnego modelu rozwoju obrazu ciała Casha (Cash, Pruzinsky, 2002) czy poznawczego modelu wizerunku ciała Williamsona i in. (Cash, Pruzinsky, 2002).

2.1. Umysłowa reprezentacja ciała w teoriach osobowościowych

Zdaniem Kruegera (2002), Ja cielesne (*body self*) jednostki kształtuje się w oparciu o interakcje przywiązaniowe i wzory emocjonalnej i behawioralnej odpowiedzi podstawowego opiekuna na potrzeby dziecka mające swe początki w ciele¹¹. Zinternalizowane wzory przywiązania

¹¹ System przywiązania jest wrodzonym systemem motywacyjnym, organizującym doświadczenia, emocje, procesy pamięciowe niemowlęcia w kategoriach przywiązania do i komunikacji z matką (Bowlby, Siegel, 1999, za: Krueger, 2002).

tworzą ukrytą, proceduralną pamięć self, jako stanu i self w relacji do innych. Krueger (2002) przedstawia trzy etapy rozwoju Ja cielesnego jednostki: (1) wczesnych psychicznych doświadczeń ciała, (2) kształtowania się granic ciała i definiowania wewnętrznych stanów oraz (3) integracji Ja cielesnego i Ja psychologicznego (Krueger, 2002).

W kilku pierwszych tygodniach i miesiącach życia doświadczenia dziecka koncentrują się wokół bodźców pochodzących z wnętrza ciała (propriocepcja) i z jego powierzchni (skóra). Na ich bazie konstytuuje się wczesne poczucie siebie, a schemat ciała wyodrębnia się z otoczenia (Mahler, Furer, Pine, 1968, za: Krueger, 2002). Dotyk matki nakreśla i definiuje granice powierzchni ciała dziecka. Jej zapach, smak, temperatura jej ciała stają się pierwszymi doświadczeniami Ja cielesnego jednostki. Słuch, wzrok i dotyk są głównymi kanałami przedwerbalnej komunikacji dziecka ze światem zewnętrznym. Pierwsze reprezentacje, jakie powstają w umyśle niemowlęcia są odzwierciedleniem trafności empatycznego dostrajania się matki do sygnałów wysyłanych przez dziecko i tworzą podwaliny dla jego poczucia sprawstwa i efektywności działania: dziecięcy afekt kreuje odpowiedź ze strony dorosłego (Winnicott, 1971, za: Krueger, 2002). W ten sposób tworzą się zaczątki połączeń między doświadczeniem cielesnym i psychicznym jednostki. Lichtenberg (1989, za: Krueger, 2002) sugeruje, że sposób regulacji psychologicznej wewnątrz diady matka – dziecko wskutek internalizacji staje się później relacyjnym wzorem samoregulacji.

W pierwszym i drugim roku życia dziecka postępuje wewnętrzna integracja Ja cielesnego, wylaniająca się z nowo odkrytych granic i wewnętrznych stanów ciała. Dziecko zaczyna rozróżniać między tym, co jest nim, a co nim nie jest, coraz lepiej identyfikuje granice Ja cielesnego i różnicuje między doświadczanymi przez siebie stanami fizycznymi i afektywnymi. Wiąże się to z jednej strony z empatycznymi i zróżnicowanymi reakcjami matki na wysyłane przez dziecko bodźce, które choć podobne w swojej formie są nośnikiem wielu potrzeb i znaczeń (np. płacz może wskazywać na odczuwanie głodu, ale także świadczyć o przeżywaniu bólu), a z drugiej z optymalnym doświadczeniem fru-

Kształtuje się przed 7. miesiącem życia dziecka (Main, 1995, za: Krueger, 2002). Wyróżnia się cztery style przywiązania: bezpieczny, unikający, ambiwalentny i zdeorganizowany – zdeorientowany (Main, Soloman, 1991, za: Krueger, 2002).

stracji i niezaspokojenia lub odroczonego zaspokojenia potrzeb dziecka (Krueger, 2002; Sakson-Obada, 2009a).

W okolicach piętnastego miesiąca życia dziecko osiąga nowy poziom samoświadomości. Odkrywając siebie w lustrze i werbalizując swoje „nie” otoczeniu zmierza w kierunku osiągnięcia autonomii (Spitz, 1957, za: Krueger, 2002). Konsolidacja stabilnej, zintegrowanej, spójnej reprezentacji psychicznej własnego ciała i zintegrowanie jej z Ja psychologicznym jest zdaniem Kruegera (2002) możliwe dzięki zwiększającej się świadomości własnej odrębności jednostki, eksploracji otoczenia, wyrażaniu sprzeciwu wobec opiekunów, które prowadzą do umocnienia poczucia własnych granic fizycznych. Doświadczenia rozwojowe, jakie są udziałem dziecka, zaczynają być reprezentowane na poziomie mentalnym jako obraz ciała. Sakson-Obada (2009a) zwraca uwagę, że nie samo doznawanie, ale myślenie o nim, reflektowanie nad nim pozwala osiągnąć integrację ciała i umysłu. W późniejszych etapach rozwoju jednostki mniejsze znaczenie odgrywają sensoryczne doświadczenia, a większe umysłowe obrazy tych doświadczeń, ich symbolizacja i werbalizacja stanów fizycznych i afektywnych. Zintegrowany psychologiczny i cielesny aspekt Ja jednostki tworzą podwaliny dla reprezentacji siebie (Krueger, 2002).

James (2002) z kolei wyróżnia w ramach Ja jednostki część poznaną, przedmiotową, empiryczną i poznającą, podmiotową. Ja będące przedmiotem poznania ma trzy elementy składowe: Ja fizyczne (zawiera Ja cielesne i pozacielesne Ja materialne), Ja społeczne i Ja duchowe¹². Ja będące podmiotem poznającym jest określane przez Jamesa (2002) jako stan przejściowy świadomości: „jest ono tym, czym w każdej chwili świadomość jest” (s. 143). Jest „*tym, co myśli*” (James, 2002, s. 143), tym, „które formułuje sąd” (James, 2002, s. 149). Będąc stanem świadomości, Ja podmiotowe nie ma tożsamości substancjalnej, ale tożsamość funkcjonalną. Tożsamość funkcjonalna zapewnia Ja jedność

¹² Ja fizyczne – materialne, obejmuje wszystko to, co człowiek posiada, a posiadając, włącza w obręb samego siebie: ciało, jego poszczególne części, ubranie, najbliższą rodzinę, dom. Ja społeczne człowieka jest rozpoznawaniem go i uznawaniem przez innych ludzi. Jednostka posiada tak wiele Ja społecznych, jak wiele jest grup, których opinia ma dla niej znaczenie. Przy czym różne Ja społeczne mogą pozostawać względem siebie wzajemnie sprzeczne. Ja duchowe obejmuje „zbiór stanów świadomości, władz psychicznych i dyspozycji rozumianych konkretnie” (James, 2002, s. 125).

osobową i ciągłość, ponieważ kolejne stany tego, co myśli, pozostają świadome tej samej przeszłości, tworząc nośnik dla rzeczywistych doświadczeń jednostki (James, 2002).

Ja przedmiotowe i Ja podmiotowe pozostają we wzajemnych związkach. Jeżeli Ja podmiotowe jest stanem świadomości, myślą, to Ja przedmiotowe może być obiektem tej świadomości, przedmiotem tej myśli. Ja podmiotowe rozpoznaje zmiany zachodzące w Ja przedmiotowym: zmiany pamięci i zmiany w aktualnym Ja cielesnym i duchowym. Ciało i płynące z niego doświadczenia będące podstawą dla poczucia siebie mają znaczenie zarówno dla Ja przedmiotowego, jak i Ja podmiotowego. Nawet jeżeli w danej chwili Ja nie obejmuje ciała strumieniem świadomości, to jest ono stale obecne i pozostaje tłem dla naszych myśli, niezbędnym dla poczucia własnego istnienia. Nie odczuwając własnego ciała, „nie możemy zdawać sobie sprawy ze swojego aktualnego ja” (James, 2002, s. 152). Jest ono rozpoznawane przez Ja podmiotowe jako własne, tj. „pełne ciepła i bliskości” (James, 2002, s. 152). Wrażenia zmysłowe pozostają częścią Ja jednostki do tego stopnia, że „wypaczenia wrażliwości cielesnej” (towarzyszące np. urojeniom psychotycznym czy opętaniu; James, 2002, s. 156) wywołują sprzeczność będącą przyczyną zaburzeń psychicznych – utraty poczucia własnego istnienia, własnej ciągłości i spójności. W ciele mają swoje źródła emocje, za pośrednictwem których określamy własny stosunek do innych osób i ich preferencje jako postaci znaczących (James, 1980, za: Sakson-Obada, 2009a).

W koncepcji Allporta (1988) poczucie własnego ciała jest jednym z aspektów osobowości, które współtworzą *proprium*¹³. Ja cielesne powstaje, zdaniem Allporta (1998), w oparciu o strumień doznań pochodzących z wnętrza organizmu – kinestezję. Mogą one podlegać świadomemu poznaniu, np. w trakcie podejmowania wysiłku fizycznego, doznawania bólu lub przyjemności lub nie. Poczucie siebie wyłania się z poczucia własnego ciała i jest „kotwicą naszej samoświadomości”

¹³ Koncepcja *proprium* wywodzi się z twierdzeń Jamesa (2002) i odwołuje się do odczucia, jakie ma jednostka, że różne stany umysłu są „szczególnie własne” (James, 2002, s. 38). Obok poczucia własnego ciała *proprium* obejmuje także takie aspekty osobowości, jak: poczucie tożsamości, miłość własna, rozszerzone Ja, nośnik racjonalności, obraz własnej osoby, dążenia osobiste i podmiot poznania (Allport, 1988).

(Allport, 1998, s. 39). Początkowo, w doświadczeniu niemowlęcia, doznania płynące z ciała nie mają charakteru zróżnicowanego, raczej składają się na niezlokalizowane doświadczenie przykrości lub przyjemności. Później dziecko identyfikuje doznania jako jego własne. Rozróżnienia między tym, co własne, a tym, co nie własne, dokonuje Allport (1988), tak jak James (2002), odwołując się w pierwszym przypadku do wrażenia ciepła i swojskości, w drugim zimna i obcości. Na Ja cielesne składają się „wrażenia organiczne, ich umiejscowienie i identyfikacja, stanowiące rdzeń, wokół którego kształtuje się osobowość” (Allport, 1998, s. 40).

Tym, co łączy omawiane koncepcje, jest sposób ujmowania ciała i płynących z niego doświadczeń jako bazy dla ukonstytuowania się Ja jednostki. Ma ono znaczenie dla zdobywania orientacji w sobie samym i świecie i jest środkiem dla wykształcenia się więzi z podstawowym obiektem przywiązania, która to więź jest istotna dla kształtowania się relacji seksualnej z partnerem w dorosłym życiu. Uważny czytelnik łatwo odnajdzie tu również punkty wspólne z teorią Tysonów (1990), scharakteryzowaną w rozdziale pierwszym.

2.1.1. Znaczenie płci dla kształtowania się Ja cielesnego jednostki

Ja cielesne rozwija się w ciele męskim lub żeńskim w czasie, gdy tworzą się i są definiowane cechy płci osoby. Najwcześniejsze ślady identyfikacji płciowej (a później seksualnej) tworzą się w oparciu o umysłowe reprezentacje anatomii czy fizjologii, dziecięce identyfikacje z płcią podstawowego opiekuna oraz w oparciu o intersubiektywne modelowanie (Krueger, 2002).

Tworzenie granic ciała i nadawanie znaczenia własnym doznaniom w procesie rozwoju Ja cielesnego obejmuje także narządy płciowe dziecka. Płynące z nich bodźce powstają nie tylko wskutek propriocepcji, w czasie oddawania moczu i defekacji, ale także podczas pielęgnacji sfery genitalnej przez opiekuna czy samodzielnej eksploracji dziecka, gdy poznając geografię swojego ciała, odkrywa narządy płciowe i manipuluje nimi, jeśli ma do nich dostęp.

Chociaż u podłoża tworzenia się Ja cielesnego leżą niespecyficzne płciowo potrzeby rozwojowe, to ich rodzicielska percepcja odbywa się

przez pryzmat kategorii płci, wpływając zarówno na same potrzeby, jak i sposób ich ekspresji przez dziecko. Podstawą kształtowania się self jednostki i bazą dla różnicowania między self a obiektem jest asymilacja doświadczeń cielesnych i ich mentalna reprezentacja. Zarówno proces separacji-indywiduacji, jak i nadzieja na czerpanie przyjemności z własnego ciała i siebie opiera się częściowo na doświadczeniu obserwowania, modelowania i internalizacji rodzica tej samej płci i jego zadowolenia i komfortu z posiadanego przez niego ciała (Krueger, 2002).

Z powyższych uwag wynika, że płeć ma znaczenie również dla kształtowania się reprezentacji Ja psychologicznego jednostki. Krueger (2002) uważa, że dorastanie jest zdominowane przez płeć. Rodzice odnoszą się do dziecka przez pryzmat posiadanej przez niego płci, od momentu urodzenia lub jeszcze wcześniej – poznania płci dziecka w okresie ciąży. Chłopcy i dziewczęta są traktowani przez rodzinę i kulturę w różny sposób, otrzymują informacje o tym, że różne ich zachowania będą nagradzane, różne karane (np. rodzicielska reakcja pocieszenia płaczącej dziewczynki, karanie tego samego zachowania u chłopca). Psychologiczne self jednostki jest kształtowane przez stereotypy dotyczące funkcjonowania w męskiej versus żeńskiej roli płciowej. Zawierają one zalecenia dotyczące nie tylko zachowań, kształtu i struktury ekspresji potrzeb rozwojowych, ale i sposobu, w jaki wewnętrznie postrzegamy, organizujemy i kierujemy działaniem, tego, z kim się identyfikujemy, jakie aspekty znaczących innych internalizujemy i na jakie aspekty społeczeństwa zwracamy uwagę.

Poczucie własnej płciowości ma znaczenie dla powstania reprezentacji Ja cielesnego i psychologicznego jednostki i również kształtuje się w interakcji ze znaczącymi innymi.

2.2. Umysłowa reprezentacja ciała w teoriach poznawczo-behawioralnych

Innym sposobem ujmowania roli ciała i jego umysłowego obrazu w funkcjonowaniu jednostki jest poznawczo-behawioralna propozycja Casha (2002). Zbudowany przez niego integrujący model rozwoju obrazu ciała i doświadczeń z nim związanych nie jest odzwierciedleniem

jednej konkretnej teorii psychologicznej. Powstał on wskutek zestawienia ze sobą wyników badań prowadzonych w tym obszarze w ramach koncepcji uwzględniających rolę procesów społecznego uczenia się i procesów poznawczych jako elementów pośredniczących w powstawaniu zachowań i emocji. Autor uważa, że na rozwój aktualnego obrazu ciała jednostki wpływają historyczne i proksymalne czynniki.

Przez czynniki historyczne rozumie on przeszłe wydarzenia, cechy (*attributes*) i doświadczenia, które wpływają na to, jak myślą, czują i zachowują się ludzie wobec własnego ciała. Wśród nich istotne są takie, jak: socjalizacja kulturowa, doświadczenia interpersonalne, cechy fizyczne i osobowościowe jednostek. Za pośrednictwem mechanizmu społecznego uczenia się czynniki te wpajają, zaszczepiają (*instill*) osobie fundamentalne schematy obrazu ciała i postawy, w tym dyspozycyjne (odnoszące się do cech) ewaluacje obrazu ciała (*dispositional body image evaluations*) i stopień inwestycji w obraz ciała (*body image investment*). Ewaluacja obrazu ciała odnosi się do satysfakcji, zadowolenia lub dyssatisfakcji, niezadowolenia z własnego ciała, włączając w to oceniające przekonania jednostki o ciele. Inwestycja w obraz ciała odnosi się do stopnia poznawczej, behawioralnej i emocjonalnej ważności ciała dla samooceny jednostki. Osoba nie jest pasywnym odbiorcą wpływów socjalizacyjnych. Obraz ciała tworzy się formacyjnie, jako efekt transakcji między jednostką a środowiskiem i istnieje w kontekście jej poznawczego, społecznego, emocjonalnego i fizycznego rozwoju (Cash, 2002).

Proksymalne czynniki mające znaczenie dla obrazu ciała odnoszą się do toku bieżących wydarzeń z życia jednostki, które wywołują i podtrzymują określony wpływ na doświadczany obraz ciała, w tym: dialogi wewnętrzne, emocje związane z obrazem ciała i działania samoregulujące (Cash, 2002).

Model Casha (2002) ma charakter heurystyczny i jego celem jest zorganizowanie sposobu myślenia o obrazie ciała i jego wielowymiarowości. Rozróżnienie między historycznymi a proksymalnymi czynnikami ma na celu odróżnienie wpływów wcześniejszego poznawczo-społecznego uczenia się od bezpośrednich doświadczeń związanych z obrazem ciała i reakcjami jednostki. Autor uznaje przy tym, że to, co jednostka przeżywa dzisiaj, może zostać dołączone do wcześniejszych doświadczeń i mieć znaczenie dla całościowej historii kształtowania

się obrazu ciała. Przyczynowość i kierunek wpływu nie są zatem jednoznacznie określone. Cash uważa, że na poziomie jednostkowym istnieją wzajemnie interaktywne pętle przyczynowe łączące zewnętrzne (środowiskowe) zdarzenia, wewnętrzne czynniki osobowe (procesy poznawcze, afektywne i fizyczne) i własne zachowania jednostki, które trzeba brać pod uwagę, analizując obraz ciała osoby.

W procesie socjalizacji kulturowej jednostka otrzymuje komunikaty o tym, jakie są wymagania, oczekiwania i standardy dotyczące wyglądu: które cechy fizyczne są cenione społecznie, a które nie, co oznacza ich brak, a co ich posiadanie. Komunikaty te dotyczą nie tylko kwestii atrakcyjności, ale także wyrażają oczekiwania związane z płcią i przypisywanie „męskości” i „kobiecości”. Wartości kulturowe, zinternalizowane przez jednostkę, sprzyjają nabywaniu podstawowych postaw wobec obrazu ciała, które predysponują ją do określonego sposobu interpretowania i reagowania na zdarzenia życiowe (Cash, 2002).

Innym źródłem kształtującym znaczenie obrazu ciała dla jednostki są oczekiwania, opinie, werbalne i niewerbalne komunikaty przekazywane w interakcjach z innymi osobami: członkami rodziny, znajomymi, rówieśnikami, a także obcymi. Dziecko porównuje się do tych standardów. Doświadczając częstego dokuczania i krytyki ze strony rodzeństwa czy rówieśników zarówno w okresie dzieciństwa, jak i adolescencji, rozwija poczucie dyssatisfakcji z własnego ciała (Cash, 2002).

Na rozwój obrazu ciała mają wpływ także aktualne fizyczne cechy osoby i to, na ile korespondują one ze społecznymi standardami atrakcyjności i piękna oraz na ile są dopasowane do uwewnętrznionych przez jednostkę standardów. Istniejący związek między fizycznymi cechami jednostki a jej samooceną jest zapośredniczony przez społeczny feedback, czyli reakcje innych ludzi na wygląd osoby. Cash (2002) wskazuje też na efemeryczną naturę ludzkiego ciała, które zmienia się nieustannie od narodzin do śmierci. Gwałtowne zmiany fizyczne pojawiają się w okresie adolescencji i mają związek z dojrzewaniem. Badania Levine'a i Smolak (2002, za: Cash, 2002) oraz Striegel-Moore i Franko (2002, za: Cash, 2002) potwierdzają ich znaczenie dla rozwoju obrazu ciała osoby. Ucieleśnienie pociąga za sobą konieczność ciągłego adaptowania się do fizycznej zmiany.

Cechy osobowości (*individual personality attributes*) są ostatnim czynnikiem historycznym przywoływanym przez Casha (2002) w tym

modelu. Autor wymienia tutaj: poczucie własnej wartości, perfekcjonizm, publiczną samoświadomość (*public self-consciousness*), potrzebę akceptacji społecznej, wzorzec przywiązania, zdeterminowane posiadaną płcią (*gender-based*) postawy i wartości. Pozytywna samoocena ma facylitować rozwój pozytywnych odniesień do własnego ciała i służyć jako bufor dla zdarzeń zagrażających obrazowi ciała. Negatywna może z kolei zwiększać wrażliwość jednostki w tym zakresie. Perfekcjonizm może prowadzić jednostki do zwiększania wysiłków na rzecz osiągnięcia wysokich i rygorystycznych ideałów fizycznego wyglądu własnego ciała. Publiczna samoświadomość jest predyspozycją do koncentrowania się na własnym wyglądzie i zachowaniach, odpowiedzialną za wzrost monitorowania i zorientowanie na przetwarzanie informacji odnoszących się do wyglądu osoby. Wysoka potrzeba akceptacji społecznej ma znaczenie dla zwiększania inwestycji w osiąganie społecznie cenionych standardów dotyczących wyglądu. Bezpieczny styl przywiązania może sprzyjać rozwijaniu bardziej korzystnego (*favorable*) obrazu ciała. Wyniki badań przeprowadzonych przez Casha (2002) sugerują, że kobiety, które aprobują postawy tradycyjne przypisane do posiadanej przez nie płci w swoich związkach z mężczyznami: (1) więcej inwestują w swój wygląd, (2) w pełni internalizują kulturowe standardy piękna i (3) utrzymują bardziej nieprzystosowawcze założenia o swoim wyglądzie.

Sposób ujmowania przez Casha (2002) schematów obrazu ciała jest pochodną założeń Markus (1977, za: Cash, 2002) dotyczących schematów Ja i poznawczej teorii Becka (Cash, 2002). Definicja schematów Ja, na którą powołuje się autor, zakłada, że są one poznawczymi generalizacjami odnoszonymi się do self, pochodzącymi z wcześniejszych doświadczeń, które organizują i ukierunkowują przetwarzanie informacji związanych z self, zawartych w doświadczeniach społecznych osoby. Jednostka, która zachowuje się schematycznie w stosunku do wyglądu swojego ciała, będzie przetwarzała informacje odnoszące się do tego wymiaru odmiennie od kogoś, kto nie jest schematyczny. Zgodnie z założeniami teorii Becka ukryte założenia, postawy, przekonania i zasady tworzą schematyczną zawartość i wpływają na treść myśli, emocje i zachowania. Schematy obrazu ciała stanowią rdzeń, w oparciu o który tworzą się jednostkowe założenia i przekonania na temat znaczenia i wpływu wyglądu na życie, włączając w to ważność wyglądu dla poczucia siebie, własnej tożsamości (*one's sense of self*).

Zgodnie z założeniami teorii poznawczo-behawioralnych specyficzne czynniki sytuacyjne lub zdarzenia kontekstualne aktywują ukierunkowane schematycznie przetwarzanie informacji oraz ewaluacje własnego wyglądu fizycznego. Takim wyzwalającym, spustowym zdarzeniem może być np. ekspozycja ciała, reakcja innej osoby, porównanie społeczne, założenie określonej odzieży, ważenie, ćwiczenia, stany nastroju czy zmiany w wyglądzie. Skutkują one wewnętrznym dialogiem obejmującym naładowane emocjonalnie myśli, interpretacje i wnioski o wyglądzie jednostki. U osób, które spostrzegają swoje ciało negatywnie, te wewnętrzne dialogi mogą być nawykowe, wadliwe i dysforyczne. Są obarczone różnymi błędami poznawczymi i zniekształceniami. Dla radzenia sobie z dystresem płynącym z takiej oceny swojego obrazu ciała (antycypowanej lub aktualnej) jednostki rozwijają szereg strategii poznawczych i behawioralnych pozwalających dostosować się do zdarzeń w swoim otoczeniu. Są to np.: zachowania unikające, ukrywanie własnego ciała, rytuały mające na celu poprawę wyglądu, poszukiwanie wsparcia społecznego i strategie kompensacyjne. Cash (2002) spytał 369 studentów (mężczyzn i kobiety) o to, jak radzą sobie w sytuacjach, które są wymagające albo zagrażające dla ich obrazu ciała. Przeprowadzona przez niego analiza czynnikowa wskazała na istnienie trzech strategii: (1) unikania, (2) „naprawiania” (zmiany) wyglądu, (3) racjonalizacji i pozytywnej akceptacji. Osoby mające dysfunkcyjny obraz siebie najczęściej wykorzystywały pierwszą i drugą strategię, najrzadziej sięgały po trzecią.

2.3. W kierunku integracji dwóch podejść – model Ja cielesnego Sakson-Obady

Sakson-Obada (2009a, 2009b, 2010; Sakson-Obada, Wycisk, Pawlaczyk, Gerke, Adamski, 2017) stworzyła model teoretyczny będący próbą całościowej konceptualizacji, łączącej dwa opisane wyżej podejścia istniejące na gruncie psychologii. Autorka opisuje w nim Ja cielesne jako strukturę ego, która dzięki swoim funkcjom (doznawania, interpretacji, regulacji) organizuje doświadczenia cielesne w reprezentacje umysłowe. Reprezentacje te z jednej strony zawierają informacje

o afektywno-poznawczym stosunku do własnego ciała, a z drugiej o poczuciu tożsamości cielesnej. Jest ono w tym modelu rozumiane jako przedświadomy stan dobrostanu związany z „czuciem się we własnym ciele jak u siebie w domu” (Sakson-Obada, 2009a, s. 98). Ja cielesne spełnia swoje funkcje w odniesieniu do takich potrzeb fizjologicznych i stanów fizycznych, jak głód, pragnienie, zmęczenie, ale również pobudzenie seksualne.

Funkcje Ja cielesnego kształtują się we wczesnym dzieciństwie w kontekście relacji z opiekunem (Sakson-Obada, 2008). Rozwojowo najwcześniejsza jest funkcja doznawania, które znajduje swoje odzwierciedlenie w postaci schematów sensomotorycznych. Wraz z wykształcaniem się mowy wyłania się funkcja interpretacji doznań cielesnych, a do schematu sensomotorycznego dołączone zostaje znaczenie. Na końcu, dzięki rozwojowi samoregulacji, reprezentacje umysłowe poszerzone zostają o wiedzę dotyczącą przyczyn własnych stanów emocjonalnych i fizjologicznych i działań je modulujących. Jakość powstałych reprezentacji i rozwój funkcji Ja cielesnego zależą od wrażliwości i sposobu reagowania opiekuna na doświadczenia dziecka. Nieprawidłowości i zaburzenia w relacji z opiekunem są czynnikiem ryzyka występowania zakłóceń w Ja cielesnym (Sakson-Obada, 2008). Ja cielesne zdaniem Sakson-Obady (2009a) może funkcjonować w sposób efektywny (silne Ja cielesne) lub dysfunkcjonalny (słabe Ja cielesne)¹⁴.

Efektywne funkcjonowanie Ja cielesnego (silne Ja cielesne) wyraża się w tym, że osoba: (1) odbiera bodźce interoceptywne i eksterceptywne adekwatnie do modalności pobudzanych receptorów i siły tego pobudzenia; (2) potrafi interpretować te doznania, nazywając doświadczane stany fizyczne lub emocje, a także nie doświadczając ich w kategoriach zaburzeń poczucia własnej tożsamości; (3) reguluje doświadczane stany i emocje – rozpoznaje ich przyczyny i wykorzystuje adaptacyjne strategie radzenia sobie z nimi; (4) obdarza pozytywnym afektem, akceptuje wygląd i sposób funkcjonowania własnego ciała,

¹⁴ Celem przeprowadzenia weryfikacji tezy swojej koncepcji Sakson-Obada (2009a) stworzyła narzędzie *Kwestionariusz Ja cielesnego* – do pomiaru wiedzy jednostki na temat funkcjonowania jej Ja fizycznego. Dla oszacowania siły funkcji Ja cielesnego bierze się tu pod uwagę odpowiedzi respondentek na temat sposobu doznawania bodźców, interpretacji tych doznań oraz regulacji stanów fizycznych i emocji.

co przejawia się regulacją zachowań w sferach: (a) dbania o wygląd i ciało, (b) ekspozycji i ukrywania ciała (np. przez odpowiedni sposób ubierania), a także (c) relacji z osobą płci przeciwnej i podejmowania zachowań seksualnych. Osoby, których Ja cielesne jest słabe (tzn. działa w sposób dysfunkcyjny), cechują: (1) zniesiona, obniżona lub nadmierna wrażliwość na doznania intero- i eksteroceptywne; (2) problemy z interpretacją doświadczanych stanów fizycznych i emocji i/lub określanie własnych przeżyć w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości; (3) nieznajomość lub błędne atrybucje przyczyn doświadczanych emocji lub stanów fizycznych, a także nieznajomość lub nieadaptacyjność strategii regulowania emocji i zaspokajania potrzeb. Słabe Ja cielesne sprzyja przejawianiu negatywnego ustosunkowania emocjonalnego wobec wyglądu własnego ciała lub sposobu jego funkcjonowania (Sakson-Obada, 2009a).

Dotychczas przywołane perspektywy teoretyczne pozwalają sformułować wniosek o intra- i interpersonalnym wymiarze cielesności człowieka. Ciało ma wymiar wewnętrzny, gdyż wiąże się z nim określone doznania fizyczne i procesy psychiczne (zachodzące na poziomie świadomym i nieświadomym), oraz wymiar zewnętrzny, ponieważ poprzez swoją cielesność człowiek uczestniczy w świecie. W sytuacjach społecznych ciało (własne i innych) jest zaangażowane w tworzenie relacji społecznych i staje się narzędziem służącym zaspokojeniu określonych potrzeb. W relacji seksualnej jest obejmowane szczególną uwagą i staje się przedmiotem głównego zainteresowania partnerów. Z jednej strony, ciało jest fundamentem, na bazie którego kształtuje się Ja cielesne jednostki, powiązane z wczesną relacją z opiekunem i w konsekwencji mające znaczenie dla funkcjonowania w diadzie. Z drugiej, ciało pozostaje obiektem oceny – indywidualnej i społecznej (por. Krzemionka-Brózda, 2010; Sakson-Obada, 2009a; Schier, 2010).

3. Ciało a seksualność kobiety

3.1. Biologiczny wymiar relacji ciała i seksualności kobiety

Na początku pozostaniemy tylko na biologicznym poziomie opisu tego, jak ciało kobiety i jego różne elementy są fizyczną przestrzenią dla ekspresji i realizacji jej seksualności. Pozwoli nam to zobaczyć bardzo wyraźnie, że sprawność funkcji seksualnych wiąże się bezpośrednio i łączy z jakością funkcjonowania całego organizmu. Zróznicowanie reakcji fizjologicznych powoduje, że odpowiedź seksualna jest wielopoziomowa i złożona, co z jednej strony stanowi ryzyko dla rozwoju możliwych trudności seksualnych, a z drugiej potencjalizuje osiąganie satysfakcji seksualnej przez realizację bardzo różnorodnych form aktywności seksualnej (np. ekstragenitalnych).

W doznaniu seksualnym uczestniczy całe ciało, dlatego kiedy u jednostki występują podniecenie i pobudzenie seksualne pojawiają się też fizjologiczne zmiany w różnych układach w ciele. Nie tylko w obrębie narządów płciowych, ale i np. w układzie sercowo-naczyniowym, nerwowym, hormonalnym etc. (Bancroft, 2002). Odpowiedź genitalna ma charakter swoisty i nią zajmujemy się najpierw. Pozostałe zmiany są niespecyficzne i mogą występować nie tylko w przebiegu cyklu reakcji seksualnej, ale i w innych, nieseksualnych kontekstach – np. przyspieszenie i spłycenie oddechu towarzyszy ludziom także podczas biegu, czy podejmowania innej aktywności fizycznej.

Anatomię żeńskich narządów płciowych w literaturze medycznej charakteryzuje się w podziale na struktury wewnętrzne i zewnętrzne. Do wewnętrznych zalicza się jajniki, jajowody, macicę (wraz z szyjką) i pochwę, a do zewnętrznych wżgórek łonowy oraz srom. Pojęciem srom określa się wargi sromowe większe, mniejsze, łechtaczkę i (w zależności od klasyfikacji) błonę dziewiczą (Kędzia, 2005; Pisarska-Krawczyk, 2002; Salonia i in., 2010). Genitalia powstają w procesie różnicowania płciowego, który ma charakter kaskadowy. Rozpoczyna się w życiu płodowym, a kończy w okresie dojrzewania. Około 6. tygodnia życia płodowego bipotencjalna gonada rozwija się w jajnik. Udział w jego

powstaniu ma gen DAX-1 znajdujący się w chromosomie X. Pozostałe żeńskie wewnętrzne narządy płciowe rozwijają się z przewodów przysródnerczowych Müllera między 6. a 10. tygodniem życia zarodka, bez udziału czynności hormonalnej jajników. Nieobecność AMH (białkowy hormon antymüllerowski) i androgenów pozwala przewodowi Müllera przekształcać się w kierunku żeńskim. Ich część proksymalna tworzy jajowód, środkową macicę, a dystalna górną część (2/3) pochwy. Dolna część pochwy i zewnętrzne narządy płciowe (łechtaczka, mniejsze i większe wargi sromowe) oraz cewka moczowa rozwijają się pod nieobecność DHT (dihydrotestosteron) między 11. a 15. tygodniem życia płodowego. W międzyczasie, pod nieobecność testosteronu, zanikają przewody Wolfa (gdyby różnicowanie płciowe nastąpiło w kierunku męskim, to z nich rozwinęłyby się męskie wewnętrzne narządy płciowe; Bajszcak i in., 2014; Jarząbek-Bielecka, 2012).

Żeńskie genitalia są bogato unaczynione i unerwione, zarówno przez nerwy autonomiczne, jak i somatyczne. Ich zakończenia mają wiele różnych neurotransmiterów/mediatorów i typów receptorów. W sytuacji braku występowania pobudzenia seksualnego pochwa stanowi pasaż dla wypływu miesiączki i tworzy kanał rodny. W stanie spoczynkowym jest lekko nawilżona i rozciągliwa. Ma długość od 6 do 12 cm (Salonia i in., 2010), średnio 9,5 cm (Lloyd, Crouch, Minto, Liao, Creighton, 2005), a w stanie pobudzenia seksualnego powiększa się o 2–3 cm (Walch i in., 2011, za: Kapczuk, Friebe, 2012). Pobudzenie seksualne może być wywołane zarówno przez stymulację sensoryczną, jak i aktywację ośrodkowego układu nerwowego, co powoduje zwiększenie przepływu krwi do narządów płciowych. Jego efektem jest szereg zdarzeń naczynioruchowych oraz nerwowo-mięśniowych prowadzących do zmian fizjologicznych (Salonia i in., 2010). Zdaniem Bancrofta i Graham (2011), u kobiet odpowiedź genitalna ma charakter automatyczny i jest uruchamiana w sytuacji wystąpienia bodźca o charakterze seksualnym, niezależnie od tego, czy jest on oceniany przez nią jako atrakcyjny (*appealing*), czy został świadomie zauważony i czy kobieta w swoim indywidualnym doświadczeniu czuje się seksualnie pobudzona¹⁵.

¹⁵ Na poparcie tezy o tym, że odpowiedź genitalna ma charakter automatyczny, Bancroft i Graham (2011) przytaczają wyniki badań wskazujące na niezgodność subiektywnych deklaracji nieprzeżywania w danym momencie pobudzenia seksualnego i obserwowanej fizjologicznej reakcji genitalnej (mierzonej obiektywnymi

Na tę odpowiedź genitalną składają się obrzmienie lechtaczki i warg sromowych, wzrost przepływu krwi w ścianach pochwy, który skutkuje przesączeniem się wydzieliny pochwowej (lubrykacją), wzrostem progu bólu oraz zmiany w macicy i dnie miednicy (Bancroft, 2002; Bancroft, Graham, 2011). Warunki biologiczne w pochwie w sytuacji wystąpienia pobudzenia seksualnego zmieniają się nie tylko w kontekście zwiększenia lubrykacji po to, żeby możliwa była bezbolesna penetracja, ale i powodują jej większe natlenienie i neutralizują jej kwasowość, tworząc korzystniejsze środowisko dla przetrwania plemników. Fizjologia kobiecego orgazmu obejmuje z kolei występowanie rytmicznych skurczy mięśni pochwy, którym mogą towarzyszyć skurcze mięśni miednicy, macicy i zwieracza odbytu (Salonia i in., 2010). Ich źródłem może być stymulacja pochwy, ale też innych elementów ciała (również pozagenitalnych – np. brodawek sutkowych czy innych, indywidualnie specyficznych sfer erogennych). Na orgazm składają się również subiektywne przeżycia pozafizjologiczne – rozładowania napięcia seksualnego, odprężenia i zadowolenia (por. Holka-Pokorska, 2017).

Anatomiczna kompletność i czynnościowa sprawność narządów płciowych są konieczne dla realizacji heteroseksualnych kontaktów intrawaginalnych przez kobietę (por. Lew-Starowicz, 2015). A więc wymagane dla dość wąsko rozumianej realizacji seksualnej, zarówno w odniesieniu do jej formy, jak i zróżnicowania tożsamości seksualnych ludzi. Nie są jednak niezbędne dla realizowania własnej seksualności w ogóle – kontakty ekstragenitalne (np. oralne czy analne) mogą być źródłem satysfakcji seksualnej dla kobiet, których narządy płciowe z różnych powodów, np. wskutek wystąpienia zakłóceń w przebiegu opisanego wyżej procesu różnicowania płciowego, są anatomicznie odmienne (por. Dear, Creighton, Conway, Williams, Liao, 2019).

Pobudzenie seksualne przejawia się nie tylko w odpowiedzi narządów płciowych, ale towarzyszą mu uogólnione, obwodowe przejawy podniecenia seksualnego. Obejmują one zmiany tętna i ciśnienia krwi, wzorca oddechowego, powiększenie piersi i erekcję brodawek sutkowych, pojawienie się tzw. rumieńca seksualnego (zaczerwienienie skóry w okolicach tułowia, twarzy, dłoni, stóp, aktywność układu mięśniowo-

wskaznikami takimi jak wzrost przepływu krwi w ścianach pochwy) w odpowiedzi na prezentowany bodziec lub występowania lubrykacji pochwy w sytuacji bycia ofiarą przemocy seksualnej (np. gwałtu).

-szkieletowego w związku z wykonywaniem ruchów w trakcie podejmowania aktywności seksualnej (Bancroft, 2011; Holka-Pokorska, 2017). Przeżycie seksualne jest związane również z aktywacją lub deaktywacją określonych obszarów w mózgu. Część z nich nie jest swoista dla reakcji seksualnej, ale związana np. z przetwarzaniem danych¹⁶. Dla realizacji seksualnej znaczenie mają zarówno mechanizmy neurobiologicznego pobudzania, jak i hamowania. Odpowiedź seksualna wiąże się też z działaniem układu hormonalnego. Na funkcjonowanie seksualne wpływają m.in. testosteron, dehydroepiandrosteron, prolaktyna, estrogeny, oksycytyna i inne hormony (Bancroft, 2011; Kowalczke, Krysiak, 2017).

Z tych uwag wprost wynika wniosek o wieloukładowym, dalece wykraczającym poza odpowiedź genitalną, zaangażowaniu ciała w realizację seksualną. Nasza konstrukcja biologiczna powoduje, że w pracy psychologiczno-seksuologicznej z pacjentkami/klientkami niezbędne jest holistyczne ujmowanie seksualności i współpraca interdyscyplinarna różnych specjalistów.

3.2. Psychologiczny wymiar relacji ciała i seksualności kobiety

Bogactwo zróżnicowania dostępnych jednostkom typów aktywności seksualnej (np. petting, necking, seks oralny, analny) i tożsamości seksualnych rozszerza naszą perspektywę analizy powiązań między ciałem i seksualnością kobiety w kierunku ujmowania czynników psychologiczno-seksuologicznych i ich znaczenia dla relacji tych dwóch konstruktów. Te czynniki były już wcześniej sygnalizowane w kontekście referowanych teorii Ja cielesnego, obrazu ciała i konceptualizacji seksualności kobiety. Teraz przeanalizujemy je z punktu widzenia istniejących wyników badań empirycznych.

Badania nad postrzeganiem własnej cielesności zgodnie z ujęciem Ja cielesnego prowadzono głównie w grupach osób okaleczających się (Kubiak, 2014; Kubiak, Sakson-Obada, 2016; Muehlenkamp, Brausch,

¹⁶ Procesy poznawcze, świadome i nieświadome, uczestniczą w formułowaniu odpowiedzi seksualnej organizmu np. poprzez spostrzeganie i interpretowanie bodźców jako mających charakter seksualny, rejestrowanie pojawiających się w ciele zmian narządowych i pozanarządowych (Bancroft, 2011).

2012; Wycisk, 2003), z zaburzeniami odżywiania (Mioduchowska-Zienkiewicz, 2015; Mirucka, 2005), pacjentek onkologicznych (Jabłoński, Mirucka, Streb, Słowik, Jach, 2018), pacjentów dermatologicznych (Sakson-Obada i in., 2017) i ofiar traum (Sakson-Obada, 2009a, 2009b, 2014; Talmon, Ginzburg, 2018). Można je wykorzystać do postawienia hipotez dotyczących związków Ja cielesnego i seksualności.

W badaniach dotyczących związków Ja cielesnego z samouszkodzeniami wykazano, że:

- a) wyższa częstość samookaleczeń jest związana z większą ilością negatywnych uczuć wobec ciała i niższym komfortem w zakresie podejmowania kontaktu fizycznego z innymi (Wycisk, 2003);
- b) Ja cielesne pośredniczy w związku negatywnego afektu i samouszkodzeń (Muehlenkamp, Brausch, 2012);
- c) Ja cielesne osób podejmujących samouszkodzenia wykazuje, w porównaniu z grupą kontrolną, więcej dysfunkcji. Identyfikacja zakłóconych wymiarów zależy od przyjętej metody pomiaru. W badaniach Kubiak (opartych na modelu Ja cielesnego zaproponowanym przez Sakson-Obadę; Kubiak, 2014; Kubiak, Sakson-Obada, 2016) różnice (na niekorzyść grupy klinicznej) dotyczyły wszystkich badanych aspektów Ja cielesnego¹⁷, a w badaniach Wycisk (2003; opartych na modelu Ja cielesnego Orbacha) osoby samouszkodzające się cechowała niższa zdolność ochrony ciała, a także podwyższenie progu bólu (Wycisk, 2003).

Mirucka (2005) przeprowadziła badania, które koncentrowały się wokół czterech treściowych wymiarów Ja cielesnego kobiet z zaburzeniami odżywiania: (1) przeżywania intymności z mężczyzną, (2) akceptacji cielesności, (3) stosunku do jedzenia i wagi oraz (4) eksponowania kobiecości. Porównanie 26 młodych kobiet (w wieku 15–25 lat) z zaburzeniami odżywiania (21 z bulimią i 5 z anoreksją) z grupą kontrolną (272 kobiet w wieku 15–23 lat) ujawniło różnice w zakresie wszystkich skal zastosowanego przez autorkę narzędzia. Wskazywały one, że kobiety wchodzące w skład grupy klinicznej (1) doświadczają więcej lęku i niepokoju w sytuacji intymnej bliskości z osobą płci

¹⁷ Mowa tu o takich aspektach Ja cielesnego, jak: podwyższony próg doznań, obniżony próg doznań, interpretacja emocji, interpretacja stanów fizycznych, interpretacja tożsamości fizycznej, kontrola emocji, kontrola stanów fizycznych, emocje do ciała, komfort w sytuacji bliskości fizycznej, ochrona ciała.

przeciwnej, wykazują większą skłonność unikania tego rodzaju bliskości, (2) przejawiają więcej negatywnych uczuć wobec własnego ciała i odrzucają swoją cielesność, (3) są nadmiernie skoncentrowane na jedzeniu i kontrolowaniu masy ciała, oraz (4) starają się ukrywać swoją kobiecość. Na słabość i dysfunkcjonalność Ja cielesnego kobiet z zaburzeniami odżywiania wskazują również wyniki badań Mioduchowskiej-Zienkiewicz (2015)¹⁸. Józefik (2014) z kolei podaje, że brak modyfikacji obrazu i poczucia ciała wraz ze spadkiem wagi w anoreksji psychicznej jest jednym z czynników podtrzymujących chorobę. Wątki związane z przeżywaniem własnego ciała i tożsamością cielesną są adresowane w pracy terapeutycznej z pacjentkami z zaburzeniami odżywiania, przede wszystkim prowadzonej w nurtach psychodynamicznym i psychoanalitycznym, ale nie tylko. Problematyka ciała w kontekście leczenia zaburzeń odżywiania pojawia się w różnych szkołach psychoterapii (por. Józefik, 2014¹⁹).

Badania prowadzone wśród pacjentek onkologicznych, które przeszły operację piersi z powodu nowotworu, wskazały, że w porównaniu z kobietami zdrowymi, intymny kontakt z partnerem przeżywają one negatywnie i mają tendencję do unikania tego rodzaju kontaktu, niezależnie od tego, czy pozostają aktualnie w związku czy nie oraz, że wykazują niższą akceptację własnego ciała. Co ciekawe, badane kobiety przejawiały wyższą skłonność do manifestowania swojej kobiecości niż ich rówieśniczki (Jabłoński i in., 2018).

W badaniach Sakson-Obady i in. (2017) pacjenci chorujący na łuszczycę ($n=109$, obu płci) różnili się od grupy kontrolnej ($n=104$, obu płci) w zakresie trzech (z ośmiu badanych) aspektów Ja cielesnego²⁰. Gorzej radzili sobie z regulowaniem własnych stanów emocjonalnych i zaspokajaniem potrzeb fizycznych takich jak np. podniecenie

¹⁸ Autorka zestawiała ze sobą wyniki 25 kobiet z zaburzeniami odżywiania (11 z anoreksją, 11 z bulimią i 3 z mieszanym zaburzeniem odżywiania się) z wynikami 30 kobiet tworzących grupę kontrolną.

¹⁹ Józefik (2014) dokonuje przeglądu i zestawia ze sobą historyczne i współczesne interpretacje niejedzenia i nadmiernego jedzenia oraz pokazuje wartość aplikacyjną narracyjnego modelu pracy z osobami z zaburzeniami odżywiania.

²⁰ W badaniu wykorzystano *Kwestionariusz Ja cielesnego* w wersji dla kobiet i w wersji dla mężczyzn, który zawierał takie skale, jak: podwyższony próg doznań, obniżony próg doznań, interpretacja emocji i potrzeb fizycznych, regulacja emocji i potrzeb fizycznych, poczucie tożsamości cielesnej, akceptacja wyglądu,

seksualne czy głód, przejawiali więcej zakłóceń w zakresie poczucia tożsamości cielesnej. Oznacza to, że częściej niż zdrowym kobietom i mężczyznom towarzyszyło im poczucie obcości ciała lub jego części i wyrażali mniej akceptacji wobec swojego wyglądu. Dalsze analizy, uwzględniające płeć respondentów, ujawniły, że w porównaniu z kobietami zdrowymi, kobiety z łuszczycą cechowała niższa siła funkcji Ja cielesnego (rozumiana jako zakłócenia w zakresie doznawania, interpretacji i regulacji emocji i potrzeb fizycznych) oraz większe poczucie obcości ciała (Sakson-Obada i in., 2017).

Sakson-Obada (2009a, 2009b) badała Ja cielesne również w kontekście doświadczeń traumatycznych, także o charakterze seksualnym. Uzyskane przez nią wyniki sugerują, że doświadczenie wykorzystania seksualnego współwystępuje z osiąganiem wyższych wyników we wszystkich aspektach deklaratywnego Ja cielesnego (co wskazuje na wyższe natężenie zaburzeń i mniejszą siłę Ja cielesnego oraz bardziej negatywny stosunek do własnego ciała). Doświadczenie traumy okazało się istotnym czynnikiem ryzyka powstania zakłóceń w obrębie Ja cielesnego, a dalsze Jej analizy wykazały, że siła Ja cielesnego pełni funkcję mediatora w relacji czterech typów traumy (przemoc emocjonalna, fizyczna, seksualna i zaniedbanie emocjonalne) i komfortu w bliskości fizycznej z innymi. Nie odnaleziono natomiast bezpośredniej zależności między doświadczoną traumą i bliskością fizyczną. Sakson-Obada wyjaśnia ten stan rzeczy na dwa sposoby. Z jednej strony wskazuje, że być może trauma wywiera wpływ na poczucie komfortu w relacji z innymi tylko wtedy, gdy zmienia poczucie własnej cielesności, a z drugiej, że Ja cielesne może pełnić funkcję buforową i zmieniać sposób oddziaływania traumy na doświadczenie bliskości fizycznej z drugą osobą (Sakson-Obada, 2014). Z kolei wyniki modelowania strukturalnego²¹ przeprowadzonego przez izraelskich badaczy (Talmon, Ginzburg, 2018) wskazały, że zarówno u dorosłych mężczyzn, jak i kobiet zaburzone poczucie granic ciała pośredniczy w relacji między doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie (*Child Sexual Abuse*, CSA) i doświadczaniem dyskomfortu w pozostawianiu

ocena sprawności fizycznej, akceptacja płci biologicznej (Sakson-Obada i in., 2017).

²¹ Analizy statystyczne wykonano na danych pochodzących od 843 osób, w tym 536 kobiet i 307 mężczyzn.

w bliskości z innymi, a także w relacji między CSA a wstydem związanym z ciałem (*body shame*).

Z przedstawionych badań wynika, że w Ja cielesnym określonych grup kobiet (podejmujących samouszkodzenia, z zaburzeniami odżywiania, pacjentek onkologicznych i dermatologicznych oraz z doświadczeniem traumy) pojawiają się zakłócenia w zakresie poczucia komfortu i przeżywania relacji fizycznej bliskości z drugą osobą. Nie dokumentują one związków między konstruktem Ja cielesnego i seksualnością w ogólnej populacji kobiet. Badania empiryczne nad doświadczaniem własnej cielesności w kontekście funkcjonowania seksualnego, które używają konstruktywów poznawczych, czyli posługują się takimi pojęciami, jak obraz czy schemat ciała, są zdecydowanie bardziej liczne niż te prowadzone w nurcie osobowościowym. Początkowo dotyczyły one bezpośrednich związków wizerunku ciała i seksualności, ale duża niespójność w zakresie uzyskiwanych wyników doprowadziła badaczy do poszukiwania mediatorów tej zależności. I takich badań – poszukujących coraz bardziej szczegółowych zmiennych pośredniczących – prowadzi się i raportuje aktualnie najwięcej.

Wiederman (2002, za: Cash, 2002) wskazuje, że rola, jaką odgrywa ciało i jego umysłowa reprezentacja w funkcjonowaniu seksualnym kobiety, ma charakter dwukierunkowy. To znaczy z jednej strony obraz ciała wpływa na funkcjonowanie seksualne osoby, a z drugiej, doświadczenia seksualne kształtują go i zmieniają. Zdobywanie interpersonalnych doświadczeń seksualnych wymaga zarówno zdolności przyciągnięcia, „zwabienia” partnera, jak i czucia się na tyle komfortowo ze swoim ciałem, żeby obnażyć je (lub przynajmniej pewne jego części) przed drugą osobą (Wiederman, 2002, za: Cash, 2002). Pozytywna autoewaluacja własnej fizycznej atrakcyjności jest pozytywnie skorelowana z większą ilością doświadczeń seksualnych. Ackard, Kearney-Cooke i Peterson (2000) przebadaly 3627 kobiet. Te z nich, które były bardziej usatysfakcjonowane swoim obrazem ciała, informowały o częstszym podejmowaniu aktywności seksualnej, przeżywaniu orgazmu i inicjowaniu współżycia, a także większym komforcie w trakcie rozbierania się w obecności partnera, aktywności seksualnej podejmowanej przy świetle, częstszym próbowaniu nowych zachowań seksualnych niż te, które charakteryzowała dyssatysfakcja związana z obrazem ciała. Pozytywny obraz ciała pozostawał negatywnie skorelowany z samoświadomością

(*self-consciousness*)²² i ważnością wyglądu fizycznego oraz pozytywnie skorelowany z relacjami z innymi i ogólną satysfakcją. Wiederman (2002, za: Cash, 2002) wskazuje, że tego typu korelacje mogą być wyjaśniane dwojako: (1) ocena siebie w kategoriach osoby atrakcyjnej seksualnie zwiększa pewność siebie w kontaktach z potencjalnymi partnerami i przez to prowadzi do gromadzenia większej liczby doświadczeń seksualnych lub (2) większe zainteresowanie seksualne ze strony potencjalnych i aktualnych partnerów prowadzi do tego, że osoba postrzega siebie jako fizycznie atrakcyjną.

Znaczenie obrazu ciała dla zbieranych doświadczeń seksualnych może być zależne od płci jednostki. Wiederman (2002, za: Cash, 2002) uważa, że jest większe w przypadku kobiet niż mężczyzn i wysuwa hipotezę o tym, że w zachodnich kulturach w parach heteroseksualnych kobieta pełni funkcję wzrokowego bodźca dla swojego męskiego partnera, dlatego znaczenie przypisywane atrakcyjności jej wyglądu rośnie. Mężczyźni są oceniani przez swoje partnerki częściej w oparciu o inne charakterystyki: osobowość, troskliwość i umiejętności seksualne. Wiederman (2002, za: Cash, 2002) przytacza też badania ujawniające związki między wiekiem dojrzewania u chłopców a ich postrzeganiem przez rówieśników. Jeżeli chłopiec dojrzewa jako jeden z pierwszych w swojej grupie, to jest przez nią oceniany jako bardziej atrakcyjny, ma bardziej pozytywny obraz ciała i gromadzi więcej doświadczeń seksualnych. Dojrzewanie pozostaje w związku ze zwiększonym poziomem testosteronu u chłopca i silniejszym popędem płciowym. U dziewczynek sytuacja wygląda inaczej, wcześniej dojrzewające stają się obiektem męskiego zainteresowania, przez co w żeńskim gronie dokuca im się, co prowadzi do zwiększonej samoświadomości własnego ciała (większej koncentracji na nim) i do rozwoju negatywnego obrazu ciała.

W badaniach Wiedermana i Hurst (1998), przeprowadzonych z udziałem 192 kobiet w wieku 18–21 lat, rozmiar ciała i atrakcyjność osoby oceniana przez eksperymentatora były związane z randkowaniem i zdobywaniem doświadczeń seksualnych. Respondentki szczupłe i ocenione przez eksperymentatora jako atrakcyjne były bardziej zaangażowane w randkowanie i doświadczyły wielu, różnorodnych

²² Samoświadomość (*self-consciousness*) Ackard i in. (2000) operacjonalizowali za pomocą pytania: „Jak bardzo jesteś świadomy swojego wyglądu?” („How self-conscious are you about your appearance?”).

aktywności seksualnych. Autoewaluacje fizycznej atrakcyjności, ogólna satysfakcja z obrazu ciała, unikanie sytuacji społecznych z powodu obaw dotyczących obrazu ciała i osobiste inwestycje w wygląd fizyczny były nieistotne dla wyjaśniania randkowania i doświadczeń seksualnych. Jedynym wyjątkiem było otrzymywanie seksu oralnego (cunnilingus). Pozytywna ocena atrakcyjności swojego ciała dokonywana przez kobiety korelowała z ekspozycją nagości ciała wobec partnera wykonującego seks oralny. Samoocena własnej atrakcyjności miała znaczenie dla schematu ciała oraz samooceny seksualnej osób badanych.

Na podstawie otrzymanych przez siebie wyników Wiederman (2002, za: Cash, 2002) wysunął hipotezę o tym, że większe znaczenie dla przewidywania doświadczeń seksualnych może mieć samoświadomość własnego obrazu ciała (*body-image self-consciousness*)²³ w trakcie intymnego kontaktu z partnerem niż samo posiadanie ogólnie pozytywnego lub negatywnego obrazu ciała. Może zdarzyć się tak, że mając generalnie negatywny obraz własnego ciała, w trakcie interakcji seksualnej osoba nie skupia się na nim i podejmując decyzje o zaangażowaniu się w kontakt seksualny, nie bierze go pod uwagę. I odwrotnie: osoba może mieć generalnie pozytywny obraz swojego ciała, ale w trakcie interakcji seksualnej zaczyna koncentrować się na wadach swojego wyglądu fizycznego. Przepuszczenia te potwierdziły się w prowadzonych przez Wiedermana (2000) badaniach: nawet po statystycznej kontroli zmiennych związanych z rozmiarem ciała, ogólną satysfakcją z obrazu własnego ciała, społecznym unikaniem ze względu na obawy związane z obrazem ciała, i tendencją do odczuwania lęku w sytuacji seksualnej, wyniki osób badanych w zakresie samoświadomości w czasie intymnego zbliżenia pozwalały przewidywać randkowanie i doświadczenia seksualne, a także samoocenę seksualną, unikanie seksualne, asertywność seksualną – każdy w oczekiwanym kierunku. Badania prowadzone przez innych badaczy potwierdzały te rezultaty. Wśród 384 studentek, które wzięły udział w badaniach Yamamiyai, Casha i Thompsona (2006), wysoka koncentracja na sobie w trakcie

²³ Wiederman nie precyzuje, co rozumie przez termin *body image self-consciousness*. Z kontekstu, w jakim używa tego pojęcia, wynika, że chodzi mu o obejmowanie uwagą własnego obrazu ciała lub zaabsorbowanie ciałem w trakcie fizycznej intymności, tj. przyjmując pozycję obserwatora w trakcie kontaktu seksualnego.

podejmowania współżycia (*self-focus* lub *appearance self-consciousness during sex*)²⁴ była związana z niższą pewnością siebie potrzebną do odmówienia podejmowania współżycia, gorszym funkcjonowaniem seksualnym i niższą asertywnością seksualną bardziej niż z ogólnym niezadowoleniem z własnego ciała. Kontekstualny obraz ciała (związany ze stosunkiem) był mediatorem dla efektu ogólnej dyssatisfakcji z ciała. Wcześniej, w 2004 r., na podstawie badań 263 studentów obu płci, Cash, Maikkula i Yamamiya raportowali o występowaniu słabego związku między dyspozycyjnym niezadowoleniem z ciała a funkcjonowaniem seksualnym. Te doniesienia spowodowały, że nowo powstające projekty badawcze zaczęły wprowadzać rozróżnienie między kontekstualnym a dyspozycyjnym obrazem ciała.

Hipoteza o udziale procesów samoświadomościowych w określaniu znaczenia obrazu ciała dla funkcjonowania seksualnego jednostek w trakcie kontaktu seksualnego ma swoje źródła w doniesieniach Mastersa i Johnson (1970) i ich badaniach nad zjawiskiem spektatoringu (*spectatoring*). W dosłownym tłumaczeniu oznacza ono, że jednostka w trakcie podejmowania aktywności seksualnej przyjmuje perspektywę trzeciej osoby, zamiast koncentrować się na swoich doznaniach i/lub partnerze seksualnym, co może wzmacniać obawy dotyczące wykonania i powodować szkodliwe efekty dla przebiegu kontaktu seksualnego. Propozycję Mastersa i Johnson (1970) w odniesieniu do terapii seksualnej rozwijała Kaplan (1974). Na podstawie dokonanych przez siebie obserwacji klinicznych wyodrębniła ona różne formy rozprasających myśli, które mogą zaburzać potencję seksualną. W jej propozycji terapeutycznej pacjent uczy się przekierowywać swoją uwagę z siebie na partnera. Pacjenci Mastersa i Johnson (1970) z kolei mieli nauczyć się koncentracji i zadowolenia z przyjemnych doznań. Barlow (1986) jako pierwszy podjął próbę sformułowania przyczynowego modelu uważności w trakcie funkcjonowania seksualnego. Jego zdaniem, przyczyną deficytów w zakresie funkcji seksualnych jest brak możli-

²⁴ Yamamiya, Cash i Thompson (2006) używają narzędzia *Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire* (BESAQ) do pomiaru samoświadomości wyglądu i unikania ekspozycji ciała w trakcie kontaktu seksualnego („assesses a person’s anxious self-focus on appearance and exposure avoidance during sex”, s. 422 i to „measure physical self-consciousness and exposure avoidance in sexual contexts”, s. 426).

wości prawidłowego dekodowania wskazówek, bodźców erotycznych uruchamiających pobudzenie. Efektem jest zahamowanie podniecenia, które powstaje w następujący sposób: (1) bodźce erotyczne aktywują lęk związany z możliwościami udziału osoby w kontakcie seksualnym (*performance anxiety*), powoduje to (2) przesunięcie uwagi z nagradzających aspektów pobudzenia seksualnego na prawdopodobieństwo i zagrażających konsekwencjach porażki seksualnej, co prowadzi do (3) obniżenia umiejętności seksualnych jednostki. Na bazie modelu Barlowa (1986), Faith i Schare (1993) sformułowali założenie o występowaniu związku między nadmierną koncentracją na wyglądzie własnego ciała a doświadczeniami seksualnymi. Mierzony przez nich globalnie (a nie odnoszący się do specyficznej sytuacji, jaką jest kontakt intymny) negatywny obraz ciała pozostawał skorelowany z niższym poziomem doświadczeń seksualnych, podczas gdy postawy seksualne (określane jako liberalizm-konserwatyzm), wiedza i ogólne psychologiczne zastosowanie nie były związane z obrazem ciała.

Status zjawiska spektatoringu jest wciąż weryfikowany w badaniach. Trapnell, Meston i Gorzalka (1997), powołując się na różne doniesienia badawcze (np. Beck i in., 1983; Fichen i in. 1988; Sakheim i in., 1984, za: Trapnell i in., 1997), sugerują, że to nie koncentracja na sobie jest znaczącym czynnikiem w relacji między obrazem ciała i doświadczeniem seksualnym, ale że sposób wartościowania percepcji własnego ciała wyjaśnia ten związek i wpływa na zachowania seksualne osoby (zbliżanie się lub unikanie). Nowość przeprowadzonych przez nich badań polegała na uwzględnieniu roli procesów afektywnych, a nie tylko poznawczych w odniesieniu do obrazu ciała jednostki w trakcie kontaktu seksualnego. Pozytywny afekt seksualny mierzyli oni z wykorzystaniem skonstruowanej przez siebie skali kokieteryjności (*flirtatiousness*). Zawierała ona trzy cechy, mające opisywać osobę: skłonna do flirtów, uwodzicielska i modna. Rezultaty ich badań generalnie potwierdziły doniesienia Faitha i Schare'a (1993), jednakże wyjaśnianie związku między obrazem ciała a doświadczeniami seksualnymi poprzez mechanizm spektatoringu zostało przez nich zanegowane z dwóch powodów. Po pierwsze, obraz ciała i doświadczenia seksualne pozostawały skorelowane z dyspozycyjnymi miarami koncentracji na sobie. Kobiety bardziej autorefleksyjne posiadały bardziej pozytywny obraz ciała. Wynik ten pozostaje spójny z badaniami pokazującymi pozytywne korelacje między prywatną

samoświadomością (*private self-consciousness*) a ocenami fizycznej atrakcyjności (dokonywanej przez jednostki i obserwatorów) (por. Cash i in., 1983; Lipson i in., 1983, za: Trapnell i in., 1997). Po drugie, wpływ obrazu ciała na doświadczenia seksualne był zapośredniczony przez kokieteryjność, która z kolei wiązała się z wyższą koncentracją na sobie. Obraz ciała pozostawał w związku z doświadczeniem seksualnym przy kontroli zmiennych: kokieteryjność, wiek, wiedza i postawy seksualne oraz psychologiczne przystosowanie. Kokieteryjność pozostawała istotnym predyktorem dla doświadczeń seksualnych przy kontroli wieku, konserwatyizmu seksualnego, wiedzy seksualnej i obrazu ciała. Autorzy sprawdzili, jak dużą część wpływu obrazu ciała na doświadczenie seksualne da się wytłumaczyć za pośrednictwem kokieteryjności. Mediacja pozwalała wyjaśnić 80,1% wariancji wyników w grupie mężczyzn i 79,0% wariancji wyników w grupie kobiet. Trapnell i in. (1997) wyprowadzają także wniosek o krzywoliniowej zależności między dokonywanymi autoewaluacjami i koncentracją na sobie. Osoby stronnicze w swoich ocenach (zarówno w kierunku pozytywnym, jak i negatywnym) wykazują wysoki poziom koncentracji na sobie (*self-focus*)²⁵. Osoby mniej skrajne w autoewaluacjach charakteryzuje niższy poziom koncentracji na sobie.

Zdaniem Trapnella i in. (1997), ich badania potwierdzają hipotezę o tym, że wpływ obrazu ciała na doświadczenia seksualne jest związany raczej z wartościowaniem siebie niż z koncentracją na sobie. Znaczącą wadą tych badań jest sposób operacjonalizacji kokieteryjności jako pozytywnego sposobu wartościowania siebie. Nie odnosi się ona wprost do seksualnej koncentracji na sobie i nie dotyczy seksualnej autoewaluacji. Wchodzące w jej skład przymiotniki mają charakter ogólny, powierzchowny, nie są specyficzne dla intymnego kontekstu, w jakim odbywa się kontakt seksualny między partnerami.

Dove i Wiederman (2000) przeprowadzili badania z udziałem 74 studentek w wieku 18–21 lat, które doświadczyły stosunku pochwowego.

²⁵ Trapnell, Meston i Gorzalka (1997) używają terminu *trait self-focus*, a więc interesuje ich koncentracja na sobie rozumiana jako cecha, a nie stan. Mierzą ją z wykorzystaniem narzędzi: *Private Self-Consciousness*, *Public Self-Consciousness* i *Social Anxiety Scales*, których autorami są Fenigstein, Scheir i Buss, a także za pomocą skali *Reflection and Rumination Scale* z kwestionariusza *Reflection-Rumination Questionnaire* autorstwa Trapnella.

Te, które deklarowały doświadczanie wyższego poziomu dystrakcji poznawczej w trakcie aktywności seksualnej z partnerem, raportowały również o niskiej samoocenie seksualnej, niskiej satysfakcji seksualnej, rzadszych orgazmach i częstszym ich udawaniu. W założeniu autorów na dystrakcję poznawczą miały składać się dwie skale: dystrakcja związana z wykonaniem i dystrakcja związana z wyglądem. Analiza czynnikowa nie potwierdziła tego założenia, co badacze tłumaczą ścisłym zespoleniem się pojęć wykonania i atrakcyjności seksualnej, jakie dokonuje się w procesie socjalizacji kobiet. Społeczny stereotyp bycia „sexy” dotyczy jednocześnie sprawnego udziału w kontakcie seksualnym, jak i atrakcyjności.

Formą dystrakcji poznawczej specyficznie związaną z przebiegiem kontaktu seksualnego jest percepcja własnych narządów płciowych. Reinholtz i Muehlenhard (1995) zbadały, jak satysfakcja dotycząca obrazu genitaliów jest związana z aktywnością seksualną w zakresie: cunnilingus i fellatio, stosunku intrawaginalnego oraz masturbacji. W badaniu wzięło udział 160 studentów i 160 studentek. Otrzymane przez nie rezultaty pokazały, że większe zaangażowanie i zadowolenie z aktywności seksualnej, szczególnie w zakresie zachowań oralno-genitalnych, miało związek z większą liczbą pozytywnych i mniejszą liczbą negatywnych ocen własnych narządów płciowych. Zgodnie ze stereotypem kulturowym, w porównaniu z kobietami, mężczyźni bardziej pozytywnie oceniali zarówno swoje genitalia, jak i genitalia swoich partnerek seksualnych. Generalnie pozytywna percepcja narządów płciowych wiązała się z większą liczbą doświadczeń seksualnych i większą satysfakcją seksualną.

Doniesienia Reinholtz i Muehlenhard (1995) zainicjowały serię badań koncentrujących się wokół znaczenia percepcji własnych narządów płciowych dla funkcjonowania seksualnego człowieka. Pierwotnie konstrukt ten definiowano jako postawę człowieka wobec własnych genitaliów, która wyrażała się w jego odczuciach (Reinholtz, Muehlenhard, 1995). Aktualnie używa się raczej terminu obraz własnych narządów płciowych (*genital self-image*), ale w podobnym rozumieniu, tzn. dla opisanego odczuć ludzi wobec ich genitaliów (Berman, Berman, Miles, Pollets, Powell, 2003; Herbenick, Reece, 2010) albo poziomu zadowolenia, satysfakcji z ich różnych aspektów, np. kształtu, rozmiaru, atrakcyjności etc. (Bramwell, Morland, 2009; Morrison, Bearden, Ellis,

Harriman, 2005). Schick, Calabrese, Rima, Zucker (2010), podążając ścieżką zaproponowaną przez Wiedermana (2000) i wspierając się założeniami teorii uprzedmiotowienia²⁶ (Fredrickson, Roberts, 1997), stworzyli konstrukt samoświadomości obrazu własnych genitaliów w trakcie kontaktu seksualnego z partnerem (*genital image self-consciousness*). Przeprowadzona przez nich analiza ścieżek wykazała, że większe niezadowolenie z wyglądu narządów płciowych wiązało się z większą samoświadomością obrazu narządów płciowych podczas aktywności seksualnej z partnerem, co z kolei wiązało się z niższą samooceną seksualną, satysfakcją seksualną i motywacją do unikania ryzykownych zachowań seksualnych.

Podsumowując, przytoczone powyżej wyniki badań wskazują na brak konsekwencji w zakresie występowania wzajemnych związków między obrazem ciała i funkcjonowaniem seksualnym. Część badaczy (np. Wiederman, 2000; Yamamiya, Cash, Thompson, 2006) przywoływanych w tym rozdziale rozpatruje samoświadomość obrazu ciała w kontekście kontaktu seksualnego z partnerem w roli zmiennej pośredniczącej w relacji między obrazem ciała i funkcjonowaniem seksualnym, a część (np. Trapnell i in., 1997) poszukuje innych mediatorów. Porównywanie badań między sobą utrudnia rozproszenie pojęciowe, używanie przez badaczy różnych określeń: *self-focus*, *self-consciousness*, *body image self-consciousness* na określenie podobnych lub tożsamyh zjawisk. Woertman i van den Brink (2012) w przeglądzie 57 badań z udziałem zdrowych kobiet konkludują, że obraz ciała wpływa na wszystkie aspekty funkcjonowania seksualnego, a percepcja ciała i samoświadomość wydają się być kluczowymi czynnikami dla zrozumienia tego wpływu.

²⁶ Teoria samouprzedmiotowienia zakłada, że dziewczęta i kobiety internalizują narzuconą im kulturowo perspektywę obserwatora swojego Ja fizycznego. Społeczeństwo spostrzega je jako obiekt, przez pryzmat ich ciała i jego atrakcyjności i one same zaczynają siebie tak spostrzegać. Ciało podlega seksualizacji. Świadomość podlegania ciągłej ocenie i obserwacji prowadzi do wykształcenia nawyku monitorowania własnego ciała (*habitual body monitoring*). Skutkuje ona zmniejszaniem się świadomości własnych wewnętrznych stanów cielesnych. Procesowi temu towarzyszy uwewnętrznianie kulturowych ideałów piękna propagowanych przez media. Jego efektem jest samouprzedmiotowienie (Fredrickson, Roberts, 1997).

II. CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

Przywoływane w *Rozdziale 3* badania wskazywały, że percepcja narządów płciowych wiąże się z różnymi aspektami doświadczeń seksualnych. Ogólnie rzecz biorąc, jak stwierdzili Reinholtz i Muehlenhard (1995), pozytywne postrzeganie własnych narządów płciowych wiąże się z większą ilością doświadczeń seksualnych i przyjemnością. Ten ogólny wniosek można uszczegółowić, wykorzystując późniejsze raporty badawcze. Według Kayi i in. (2019) kobiety, które podejmowały masturbację waginalną lub łechtaczkową przynajmniej raz w miesiącu poprzedzającym badanie, postrzegały swoje genitalia bardziej pozytywnie niż te, które jej nie podejmowały. Kobiety o bardziej pozytywnym nastawieniu do swoich genitaliów nie tylko częściej się masturbują (zależność tę potwierdzają także wyniki Herbenick i in., 2011), ale także doświadczają większego wzmocnienia seksualnego (*sexual empowerment*) poprzez jej wykonywanie (Bowman, 2014). W zakresie zachowań diadycznych z kolei doświadczenie inicjacji seksualnej wiązało się z postrzeganiem własnych genitaliów. To znaczy respondenci (mężczyźni i kobiety), którzy nigdy nie podjęli stosunku intrawaginalnego spostrzegali swoje genitalia mniej pozytywnie niż osoby mające doświadczenia genitalnej inicjacji seksualnej (Morrison, Bearden, Harriman, Morrison, Ellis, 2004). W badaniu przeprowadzonym przez Ålgars i in. (2011) zadowolenie z wyglądu własnej pochwy wykazało pozytywny związek z częstotliwością podejmowanych pocałunków oraz pettingu, seksu oralnego, waginalnego i analnego. Jednakże badania uwzględniające zarówno obraz własnych genitaliów, jak i oralne zachowania seksualne na ogół nie precyzują, czy respondenci byli pytani o dawanie czy otrzymywanie seksu oralnego (np. Ålgars i in., 2011; DeMaria, Hollub, Herbenick, 2012), lub koncentrowały się wyłącznie na otrzymywaniu cunnilingus, pomijając zapytania o wykonywanie fellatio na partnerze (np. Herbenick, Reece, 2010; Herbenick, Schick, Reece, Sanders, Fortenberry, 2010). Badacze, którzy rozróżniają między otrzymywaniem a wykonywaniem seksu oralnego, stwierdzili np., że uczestnicy uważają, że ich genitalia nieprzyjemnie smakują i pachną, i częściej martwią się o swoje genitalia podczas uprawiania seksu oralnego (w obie strony) niż podczas kontaktu penetracyjnego (Reinholtz, Muehlenhard, 1995). Niemniej jednak, ponieważ wspomniane badania

miały charakter korelacyjny, nadal nie wiemy, czy percepcja narządów płciowych kształtuje doświadczenia seksualne, czy też jest odwrotnie. Do tej pory obraz własnych narządów płciowych został w badaniach uznany za predyktor sprawności funkcji seksualnych (Cash, Maikkula, Yamamiya, 2004; Jawed-Wessel, Herbenick, Schick, 2017), samooceny seksualnej (Morrison i in., 2005), oraz podejmowania kontrolnych badań ginekologicznych (DeMaria i in., 2012; Pakpour, Zeidi, Ziaeiha, Burri, 2014). Percepcja własnych genitaliów może mieć zatem znaczenie również dla zdrowia seksualnego kobiet. Wydaje się więc ważne, żebyśmy i na gruncie polskim dysponowali narzędziem do jej pomiaru.

W części drugiej tego opracowania przedstawiono wyniki dwóch badań własnych. Pierwsze z nich, zaprezentowane w *Rozdziale 4*, przeprowadzono między listopadem 2015 a lutym 2016 roku. Drugie, przedstawione w *Rozdziale 5*, odbywało się w okresie od czerwca 2016 do czerwca 2018 roku.

Badanie pierwsze miało na celu konstrukcję narzędzia do pomiaru kobiecych postaw wobec własnych narządów płciowych i zweryfikowanie hipotezy o ich parcjalnym spostrzeganiu – zgodnym z biologicznym podziałem na ich wewnętrzne i zewnętrzne części. Analizy statystyczne przeprowadzono na danych pochodzących od 108 kobiet w wieku 18–27 lat ($M=21,07$; $SD=2,59$). Wyniki analizy czynnikowej ujawniły istnienie dwóch podskal – indywidualnej i kontekstualnej oceny własnych genitaliów kobiet. Narzędzie zamieszczono w Aneksie. Badane kobiety spostrzegały swoje narządy płciowe globalnie, jako całość, niezależnie od ich biologicznego podziału na struktury wewnętrzne i zewnętrzne. W badaniu tym weryfikowano także własności psychometryczne skonstruowanego narzędzia w odniesieniu do zmiennych związanych z obrazem ciała.

Drugie badanie eksplorowało zależności między obrazem własnych genitaliów a zmiennych związanych z seksualnością. Przeprowadzono je w grupie 88 kobiet w wieku 18–34 lat ($M=22,88$; $SD=4,14$). W obu badaniach potwierdzono trafność i rzetelność nowego narzędzia. Zidentyfikowano istotne statystycznie korelacje między obrazem własnych genitaliów a autoewaluacją atrakcyjności swoich genitaliów, satysfakcją z ciała, samooceną globalną i seksualną, samoświadomością obrazu ciała w trakcie kontaktu seksualnego z partnerem oraz funkcjami seksualnymi. Percepcja własnych narządów płciowych przewidywała 27,5% wariacji w wynikach samoświadomości ciała w trakcie kontaktu seksualnego z partnerem, niezależnie od wyników dotyczących funkcji seksualnych.

4. Pomiar postaw wobec własnych narządów płciowych kobiet (badanie 1)

Istnieją wyniki badań nad obrazem własnych genitaliów, a więc są metody do ich pomiaru. Po co zatem tworzyć nowe narzędzie zamiast wybrać i zaadaptować jedno z tych, które już są? Śledząc raporty referujące proces konstrukcji istniejących metod pomiaru obrazu narządów płciowych, wydaje się, że autorzy (Berman i in., 2003; Herbenick, Reece, 2010; Reinholtz, Muehlenhard, 1995) pomijają perspektywę biologiczną. Domyślnie zakładają oni, że percepcja narządów płciowych jest w pewnym sensie globalna i że kobiety nie rozróżniają między wewnętrznymi (jajniki, jajowody, macica, szyjka macicy, pochwa) i zewnętrznymi (srom) narządami płciowymi przy ich ocenie. Skutkuje to tworzeniem skal, które zawierają pozycje używające terminu *genitalia* i czasami (jak w przypadku Reinholtz, Muehlenhard, 1995) nie wiadomo, czy reprezentuje on genitalia wewnętrzne czy zewnętrzne, czy też jedno i drugie. Nawet jeśli istnieje instrukcja dołączona do skali (jak w FGSIS Herbenick i Reece'a, 2010) lub rysunek (jak w skali GIS – Berman i in., 2003), to nadal podział na wewnętrzne i zewnętrzne genitalia nie znajduje odzwierciedlenia w sformułowaniu itemów kwestionariusza. Wydaje się, że w tej sprawie wymagana jest większa staranność z dwóch powodów. Po pierwsze, istnieją rozwojowe wady anatomiczne, które dotyczą tylko części żeńskich narządów płciowych. Na przykład w przypadku kobiet z przerostem warg sromowych mniejszych (wada anatomiczna zewnętrznych narządów płciowych) lub z zaburzeniami różnicowania płciowego (wpływającymi na budowę anatomiczną wewnętrznych narządów płciowych) rozróżnienie anatomiczne w obrębie tego obszaru ciała może mieć znaczenie dla ich oceny. Po drugie, również w populacji ogólnej występuje duże zróżnicowanie kształtu i wyglądu wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych (Krissi i in., 2016; Lloyd i in., 2005). Biorąc pod uwagę, że żeńskie genitalia mają ukryte i odsłonięte części, nowo opracowana, autorska miara – *Kwestionariusz postaw wobec narządów płciowych* (KPWNP) – zawierała pozycje odnoszące się właśnie do wewnątrz-

nych lub zewnętrznych genitaliów (częściowa percepcja genitaliów) lub obu (globalna percepcja genitaliów). Obraz własnych narządów płciowych jest częściej rozważany w aktualnych badaniach i praktyce klinicznej w krajach zachodnich niż w Polsce. Zgodnie z najlepszą wiedzą autorki w polskim kontekście (badawczym i klinicznym) brakuje narzędzia do pomiaru percepcji narządów płciowych, które mogłoby pomóc identyfikować problematyczne obszary w odniesieniu do funkcjonowania seksualnego kobiet. Ponadto istnieje niewiele badań empirycznych pochodzących z Europy Wschodniej, dotyczących związku między obrazem własnych genitaliów a seksualnością. Pierwszym celem autorki było zatem opracowanie takiego narzędzia do pomiaru postaw kobiet wobec własnych genitaliów, które mogłoby zostać wykorzystane w polskich badaniach i który obejmowałoby perspektywę biologiczną w procesie generowania itemów. Drugi cel polegał na eksplorowaniu związku obrazu kobiecych genitaliów ze zmiennymi związanymi z obrazem ciała i seksualnością. Dobór tych zmiennych opierał się na założeniu (popartym przeglądem literatury), że obraz własnych narządów płciowych jako mentalna reprezentacja określonej części ciała powinien być powiązany z globalnym obrazem ciała, a jego ocena powinna być kontekstowa (np. Berman, Windecker, 2008; Berman i in., 2003; Bramwell, Morland, 2009; DeMaria i in., 2012; Schick i in., 2010). Cele te realizowano w dwóch badaniach.

4.1. Charakterystyka badanej grupy

W badaniu 1 wzięło udział 114 dorosłych kobiet. Zastosowano nielosową metodę doboru próby (tzw. *convenience sampling*), kierując się dostępnością osób badanych. Badanie zostało ogłoszone online (na stronie internetowej seksuologia.amu.edu.pl) i osobiście przez autorkę wśród potencjalnych badanych (kobiet w wieku 18 lat i starszych), podczas zajęć wprowadzających dla studentów I roku psychologii na UAM w Poznaniu oraz w dwóch liceach ogólnokształcących w Wielkopolsce. 50 ze 114 dorosłych kobiet, które wzięły udział w badaniu, było studentkami. 64 respondentki były uczennicami liceów. Uczestniczki nie były nagradzane za udział w badaniu. Spośród 114 odpowiedzi z analizy wykluczono dane sześciu kobiet – jednej, która urodziła dziecko (we-

dług Olsson, Lundqvist, Faxelid, Nissen, 2005, ciąży i poród zmieniają postrzeganie i ocenę obrazu własnego ciała i narządów płciowych) oraz pięciu, które nie odpowiedziały na co najmniej połowę pozycji tworzonego kwestionariusza. Analizę statystyczną przeprowadzono na danych 108 uczestniczek w wieku 18–27 lat ($M=21,07$; $SD=2,59$). Wszystkie badane kobiety były Polkami. W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę socjo-demograficzną uczestniczek badania.

Tabela 1

Charakterystyka socjo-demograficzna uczestniczek badania 1 (N=108)

Zmienna	<i>n</i>	%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	34	31,5
Miasto 10 000–100 000 mieszkańców	34	31,5
Miasto powyżej 100 000 mieszkańców	39	36,1
Brak danych	1	0,9
Wykształcenie		
Podstawowe	53	49,1
Zawodowe	1	0,9
Techniczne	0	0
Średnie	37	34,3
Wyższe	17	15,7
Związek		
Aktualnie nie jest w związku	28	25,9
Jest w związku z jednym partnerem	78	72,2
Jest w kilku związkach jednocześnie	2	1,9

4.2. Narzędzia badawcze

Uczestniczki badania wypełniały wydrukowane kwestionariusze w obecności osoby badającej. W badaniu 1 zastosowano wstępną wersję KPWNP, *Kwestionariusz osobowy* oraz narzędzia do pomiaru zmiennych związanych z obrazem ciała, wybrane do testowania trafności zbieżnej i różnicowej. Zostały one scharakteryzowane poniżej.

Kwestionariusz postaw wobec narządów płciowych (KPWNP).

Wstępna wersja KPWNP składała się z 55 pozycji przypisanych do pięciu skal. Opracowanie puli pozycji obejmowało analizę istniejących metod anglojęzycznych oraz przegląd literatury medycznej (pod kątem charakterystyki anatomii i funkcjonowania wewnętrznych i zewnętrznych żeńskich narządów płciowych). Wygenerowano 62 pozycje w formie twierdzeń. Ich poprawność językowa została oceniona przez dyplomowanego polonistę i skorygowana zgodnie z jego uwagami. Pozycje kwestionariusza przypisano do następujących skal: (a) ogólny wygląd (estetyka) narządów płciowych, (b) zadowolenie z morfologicznych i funkcjonalnych właściwości (b1) wewnętrznych i (b2) zewnętrznych narządów płciowych, (c) wpływ genitaliów na życie codzienne oraz (d) wpływ genitaliów na współżycie. Przykładowe pozycje przypisane do każdej kategorii to: (a) „Jestem zadowolona z wyglądu moich genitaliów”; „Martwię się wyglądem moich genitaliów”; (b1) „Obawiam się o to, że moja pochwa ma nieodpowiednią długość (jest zbyt krótka/zbyt długa)”; „Jestem zadowolona z funkcjonowania moich wewnętrznych narządów płciowych (pochwy, macicy)”; (b2) „Nie zmieniłabym nic w wyglądzie moich zewnętrznych narządów płciowych”; „Chciałabym, żeby moje wargi sromowe były mniejsze”; (c) „Na co dzień wygląd moich narządów płciowych nie absorbuje mojej uwagi”; „Niepokoi mnie myśl, że moje wargi sromowe mogłyby być widoczne, kiedy noszę strój kąpielowy”; (d) „Czuję, że zawstydzenie kwestią wyglądu moich narządów płciowych zmniejsza przyjemność, jaką czerpię / mogłabym czerpać ze współżycia”; „Uważam, że wygląd moich narządów płciowych w trakcie współżycia nie ma znaczenia”. KPWNP został zaprojektowany, aby mierzyć ogólne i kontekstowe nastawienie emocjonalne (zadowolenie lub niezadowolenie) oraz przekonania dotyczące wyglądu i funkcji kobiecych narządów płciowych. Jednym z powodów, dla których perspektywa biologiczna mogła zostać pominięta w procesie tworzenia istniejących narzędzi pomiaru, może być to, że wcześniejsze badania wykorzystywały badania populacji ogólnej kobiet do testowania ich trafności treściowej. W procesie tworzenia KPWNP przyjęto inne podejście. Trafność treściowa pozycji wchodzących w skład kwestionariusza została oceniona przez cztery sędziny (ponieważ skala przeznaczona jest dla kobiet), które są psychologami z dodatkowym wykształceniem seksuologicznym. Zada-

niem ekspertek była ocena: 1. czy dana pozycja jest trafna treściowo, 2. na ile dana pozycja jest reprezentatywna dla skali, do której została przypisana, 3. na ile treści, które zawiera dana pozycja są zagrażające dla osoby badanej. Pytanie 3 zadano z uwagi na fakt, że kwestionariusz porusza kwestie związane z funkcjonowaniem seksualnym człowieka, a więc intymną sferą życia jednostki. Itemy były wykluczane po tym, jak zostały ocenione przez co najmniej dwie sędziny jako w ogóle nietrafne (3 pozycje), w ogóle niereprezentatywne dla skali, do której zostały przypisane (3 pozycje) i zdecydowanie zagrażające dla respondentek (3 pozycje). Łącznie wykluczono siedem pozycji, ponieważ dwie pozycje oceniono jako niereprezentatywne ani dla konstruktów teoretycznych, ani dla skali. Spośród początkowych 62 pozycji 55 stanowiło kwestionariusz, który został wykorzystany w referowanym badaniu. Ostatecznie skala ogólnego wyglądu (estetyki) narządów płciowych obejmowała 11 pozycji; skala zadowolenie z morfologicznych i funkcjonalnych właściwości narządów płciowych wewnętrznych – 8, a zewnętrznych – 10 itemów; skala wpływ genitaliów na życie codzienne – 8 pozycji, a na współżycie – 18. Osoby badane zostały poproszone o wskazanie, w jakim stopniu zgadzają się lub nie zgadzają z każdym stwierdzeniem za pomocą pięciopunktowej skali Likerta o zasięgu od 1 (*całkowicie się nie zgadzam*) do 5 (*całkowicie się zgadzam*).

Kwestionariusz osobowy. Kwestionariusz osobisty skonstruowano dla pozyskania od osób badanych informacji socjo-demograficznych, które pozwoliły dokonać charakterystyki przebadanej próby. Zawierał on m.in. pytania dotyczące wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu związku. Uczestniczki poproszono również o potwierdzenie, że nie mają wady anatomicznej wewnętrznych lub zewnętrznych narządów płciowych. Wzrost i masa ciała, o które pytano w kwestionariuszu, posłużyły do oszacowania wskaźnika masy ciała (BMI) respondentki. BMI, który jest wskaźnikiem otyłości, obliczono, dzieląc masę ciała w kilogramach przez kwadrat wysokości ciała w metrach (Garrow, Webster, 1985). Według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (1998) BMI poniżej 18,5 uznawano za niedowagę, a powyżej 25 za nadwagę. Wartości w zakresie 18,5–24,9 zinterpretowano jako prawidłową wagę. Uczestniczki badania 1 zostały także poproszone o dokonanie autoewaluacji atrakcyjności swojego ciała, swoich narządów płciowych oraz siebie w roli partnerki seksualnej za pomocą pięciostopniowej skali

Likerta, gdzie możliwy był wybór odpowiedzi w zakresie od 1 (*znacznie poniżej przeciętnej*) do 5 (*znacznie powyżej przeciętnej*).

Kwestionariusze obrazu ciała 1 i 2 (KOC_1 i KOC_2; Zarek, 2009, 2014). *Kwestionariusze obrazu ciała* są parafrazą *Body Cathexis Scale* Secorda i Jourarda (1953). Są to dwie listy 54 części ciała i jego funkcji. W KOC_1 ogólne zadowolenie z ciała jest obliczane jako średnia ocen wszystkich 54 elementów ciała. Wyniki wahają się od 1 do 5, przy czym wyższe wyniki wskazują na większą satysfakcję. Dodatkowo oblicza się wyniki w dwóch podskalach odpowiadających ocenie aspektu obiektowego (wyglądu – KOC_1_obiekt) oraz procesualnego (funkcjonowania – KOC_1_proces) swojego ciała. Wyniki podskal mają taki sam zakres i sposób interpretacji jak wynik ogólny. Współczynnik spójności wewnętrznej w próbie z badania 1 wyniósł $\alpha=0,90$ dla KOC_1, $\alpha=0,88$ dla KOC_1_obiekt i $\alpha=0,73$ dla KOC_1_proces. W KOC_2 te same pozycje są oceniane pod kątem znaczenia (ważności) danej części ciała lub funkcji dla osoby badanej. Wynik dotyczący ogólnego subiektywnego znaczenia ciała jest obliczany przez uśrednienie wartości przypisanych do wszystkich 54 pozycji kwestionariusza. Podobnie jak w KOC_1, wyniki w KOC_2 i jego podskalach wahają się od 1 do 5. Im wyższy wynik, tym większe znaczenie przypisywane ciału. Podobnie jak KOC_1, KOC_2 posiada dwie podskale, KOC_2_obiekt i KOC_2_proces, które odpowiednio mierzą ważność wyglądu i funkcji poszczególnych części ciała. Współczynnik zgodności wewnętrznej w próbie z badania 1 wyniósł $\alpha=0,94$ dla KOC_2, $\alpha=0,95$ dla KOC_2_obiekt i $\alpha=0,69$ dla KOC_2_proces.

SES – Skala samooceny Rosenberga (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008). Powszechnie znana skala do pomiaru samooceny globalnej, przystosowana do polskich warunków kulturowych przez Dzwonkowską i in. (2008). Skala składa się z 10 pozycji, z których 5 jest punktowanych odwrotnie. Zakres możliwych wyników rozciąga się od 10 do 40, przy czym wyższe wyniki wskazują na wyższą samoocenę osoby badanej.

Inwentarz samooceny seksualnej (ISS; Zeanah, Schwartz, 1996). Samoocenę seksualną mierzono za pomocą skróconej wersji *Sexual Self-Esteem Inventory* przeznaczonej do badania kobiet w polskim tłumaczeniu językowym. Autorzy tego narzędzia definiują samoocenę seksualną jako reakcje afektywne towarzyszące ewaluacjom swo-

jej seksualności (*affective reactions to self-appraisals of sexuality*). Oprócz ogólnego wyniku w zakresie samooceny seksualnej inwentarz dostarcza informacji o samoocenie własnych: umiejętności i doświadczeń seksualnych, atrakcyjności, kontroli, oceny moralnej i zdolności adaptacyjnych. Wyniki (całkowity i w ramach podskali) są obliczane poprzez uśrednienie punktacji odpowiednich pozycji (zgodnie z kluczem odpowiedzi, przy uwzględnieniu odwróconej punktacji dla niektórych itemów) i mieszczą się w zakresie od 1 do 6. Wyższe wyniki odzwierciedlają wyższą samoocenę seksualną ogólną i cząstkową (dotyczącą danej podskali).

W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe wyników uzyskanych przez respondentki w zastosowanych kwestionariuszach.

Tabela 2

Statystyki opisowe dotyczące zmiennych w badaniu 1

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
KPWNP: indywidualna ocena	104	19,45	8,05
KPWNP: kontekstualna ocena	104	16,58	7,91
KPWNP: obraz własnych genitaliów	101	35,82	14,57
BMI (kg/m ²)	107	20,84	2,55
Autoewaluacja atrakcyjności ciała	108	3,29	0,76
Autoewaluacja atrakcyjności genitaliów	108	3,26	0,70
Samoocena globalna	108	29,93	4,77
ISS: umiejętności i doświadczenie	108	4,90	0,99
ISS: atrakcyjność	108	4,28	1,22
ISS: kontrola	108	5,03	0,85
ISS: adaptacyjność	108	4,92	0,87
ISS: moralność	108	4,91	0,81
ISS: wynik ogólny	108	4,80	0,72
KOC_1: zadowolenie z wyglądu ciała	108	3,79	0,48
KOC_1: zadowolenie z funkcjonowania ciała	108	3,83	0,51
KOC_1: ogólne zadowolenie z ciała	108	3,79	0,46
KOC_2: ważność wyglądu ciała	108	3,65	0,56
KOC_2: ważność funkcji ciała	108	4,24	0,42
KOC_2: ogólne znaczenie ciała	108	3,78	0,48

4.3. Wyniki badań własnych

Zebrane dane przeanalizowano, wykorzystując oprogramowanie IBM SPSS Statistics 25 i R. Struktura KPWNP została oceniona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej (EFA). Zgodnie z zaleceniami Sakaluka i Shorta (2017) zastosowano metodę *maximum likelihood extraction* (MLE) z rotacją ukośną promax. MLE pozwala odróżnić wspólną wariację wyodrębnionych czynników od unikalnej wariacji, a rotacja ukośna jest zalecana, gdy analizowane konstrukty teoretyczne mogą być wzajemnie skorelowane, co miało miejsce w tym badaniu. Decyzję o liczbie wyodrębnionych czynników podjęto, uwzględniając wyniki analizy równoległej, wartości wskaźników dopasowania modelu, istotność testu χ^2 (chi-kwadrat) oraz sensowność teoretyczną wyodrębnionych czynników (tabele 3–5). Spójność wewnętrzną nowo utworzonej skali i jej podskal oceniono za pomocą współczynnika alfa Cronbacha. Następnie oceniono zgodność z rozkładem normalnym zmiennych analizowanych w badaniu. Wyniki testu Shapiro-Wilka (z poprawką Lillieforsa) oraz wartości skośności i kurtozy doprowadziły do zastosowania współczynnika rho Spearmana do oceny korelacji między zmiennymi. Ze względu na dużą liczbę badań statystycznych, do wszystkich interesujących nas wartości p zastosowano poprawkę Bonferroniego.

Struktura *Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych*

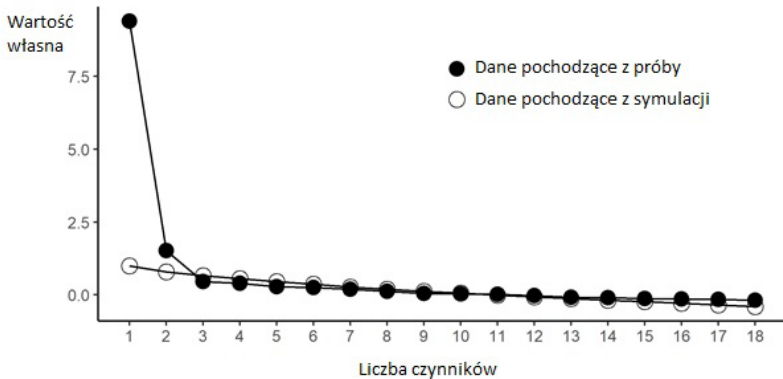
Zarówno test Kaisera–Mayera–Olkina ($KMO=0,91$), jak i test sferyczności Bartletta ($\chi^2=1383,43$; $df=153$; $p<0,001$) dały zadowalające wyniki i sugerowały, że można przeprowadzić eksploracyjną analizę czynnikową (EFA). Wyniki zaprezentowano w tabelach 3–5.

Tabela 3

Ładunki czynnikowe dla trójczynnikowej struktury KPWNP

Pozycja kwestionariusza	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3
Nie podoba mi się wygląd moich warg sromowych.	0,86	0,08	0,05
Nie jestem usatysfakcjonowana wyglądem moich zewnętrznych narządów płciowych.	0,83	0,05	-0,03
Nie lubię swoich narządów płciowych.	0,81	-0,07	0,05
Martwię się wyglądem moich genitaliów.	0,76	0,27	-0,26
Moje narządy płciowe są nieatrakcyjne.	0,75	0,03	0,06
Chciałabym zmienić wygląd swoich genitaliów.	0,71	0,07	0,02
Niepokoi mnie wielkość moich warg sromowych.	0,67	-0,03	0,06
Nie zmieniałabym nic w wyglądzie moich zewnętrznych narządów płciowych. (R)	0,67	0,17	-0,14
Podobają mi się moje narządy płciowe. (R)	0,61	0,03	0,15
Jestem zadowolona z wyglądu moich genitaliów. (R)	0,53	0,11	-0,04
Martwię się wyglądem swoich narządów płciowych, kiedy mój partner seksualny zbliża do nich swoją twarz.	-0,07	0,94	0,01
W trakcie doświadczania seksu oralnego przejmuję się wyglądem swoich genitaliów.	-0,07	0,93	-0,13
Odczuwam zażenowanie, kiedy w trakcie współżycia mój partner seksualny patrzy na moje narządy płciowe.	0,01	0,83	-0,01
Wolę współżyć przy zgaszonym świetle tak, żeby mój partner nie mógł zobaczyć moich narządów płciowych.	-0,01	0,66	0,11
W sytuacjach intymnych czuję/czułam się zaabsorbowana wyglądem moich genitaliów.	-0,01	0,62	0,15
Boję się, że moje narządy płciowe nie podobają/spodobają się mojemu partnerowi seksualnemu.	0,19	0,57	0,19
Obawiam się o to, jak wyglądają moje narządy płciowe w sytuacji intymnej.	0,18	0,46	0,25
Boję się o to, jak zareaguje/zareagowałby mój partner na widok moich narządów płciowych.	0,03	0,35	0,75

Adnotacja. Pogrubiono najwyższą wartość ładunku; (R) oznacza pozycje rekodowane.



Rysunek 1. Wyniki analizy równoległej – wykres liczby czynników w KPWNP.

Tabela 4
Wskaźniki dopasowania modelu

	RMSE	TLI	RM-SEA	Wyjaśniona wariancja	$\chi^2 (df)$	DIF
Model 2-czynnikowy	0,04	0,91	0,09	0,60	205,07 (118)	<0,001
Model 3-czynnikowy	0,04	0,93	0,08	0,63	163,80 (102)	

Analiza nie ujawniła pięciu czynników teoretycznych powstałych w procesie generowania pozycji. 18 z 55 pozycji dało rozwiązanie trójczynnikowe, ale trzeci czynnik został obciążony pojedynczą pozycją (tabela 3). Decyzja o przyjęciu rozwiązania dwuczynnikowego została podjęta na podstawie wyników analizy równoległej (rysunek 1), wskaźników dopasowania modelu (tabela 4) oraz analizy zawartości pozycji w odniesieniu do założeń wyjściowych. Jedynym aspektem, który przemawiałaby za wyborem modelu trójczynnikowego, jest istotność testu chi-kwadrat, ale to kryterium jest mniej istotne w świetle wcześniej opisanych wyników (np. analiza równoległa). Jeśli chodzi o wskaźniki

dopasowania modelu, model trójczynnikiowy odpowiada jedynie za 3% wariancji więcej niż prostsze rozwiązanie dwuczynnikiowe. Trzeci czynnik tworzy tylko jeden item. Z analizy treści tej pozycji wynika, że pod względem wstępnych założeń lepiej pasuje do drugiego czynnika. Wartości własne dla czynników wyniosły 5,02 (F1) i 5,79 (F2). Ładunki czynnikowe dla rozwiązania dwuczynnikiowego przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5

Ładunki czynnikowe przy dwuczynnikiowym rozwiązaniu dla KPWNP

Pozycja kwestionariusza	Czynnik 1	Czynnik 2	<i>r</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Nie podoba mi się wygląd moich warg sromowych.	0,97	-0,27	0,78	1,88	1,16
Nie jestem usatysfakcjonowana wyglądem moich zewnętrznych narządów płciowych.	0,82	0,05	0,85	2,07	1,09
Nie lubię swoich narządów płciowych.	0,81	-0,05	0,78	1,68	0,91
Moje narządy płciowe są nieatrakcyjne.	0,77	0,06	0,81	1,88	1,08
Chciałabym zmienić wygląd swoich genitaliów.	0,71	0,08	0,76	1,79	0,94
Niepokoї mnie wielkość moich warg sromowych.	0,69	0	0,70	1,75	1,00
Podobają mi się moje narządy płciowe*.	0,66	0,09	0,72	2,24	1,01
Martwię się wyglądem moich genitaliów.	0,66	0,17	0,78	1,70	0,89
Nie zmieniłabym nic w wyglądzie moich zewnętrznych narządów płciowych*.	0,63	0,12	0,71	2,39	1,23
Jestem zadowolona z wyglądu moich genitaliów*.	0,52	0,10	0,59	2,09	1,03
Martwię się wyglądem swoich narządów płciowych, kiedy mój partner seksualny zbliża do nich swoją twarz.	-0,10	0,96	0,89	2,22	1,24
W trakcie doświadczania seksu oralnego przejmuję się wyglądem swoich genitaliów.	-0,13	0,88	0,74	2,18	1,25

Odczuwam zażenowanie, kiedy w trakcie współżycia mój partner seksualny patrzy na moje narządy płciowe.	-0,03	0,86	0,84	2,06	1,15
Wolę współżyć przy zgaszonym świetle tak, żeby mój partner nie mógł zobaczyć moich narządów płciowych.	-0,01	0,74	0,73	2,07	1,27
W sytuacjach intymnych czuję/czułam się zaabsorbowana wyglądem moich genitaliów.	0	0,70	0,70	1,89	1,01
Boję się, że moje narządy płciowe nie podobają/spodobają się mojemu partnerowi seksualnemu.	0,22	0,66	0,81	2,08	1,22
Boję się o to, jak zareaguje/zareagowałby mój partner na widok moich narządów płciowych.	0,24	0,63	0,80	1,97	1,27
Obawiam się o to, jak wyglądają moje narządy płciowe w sytuacji intymnej.	0,23	0,58	0,74	2,13	1,18

Adnotacja. * – pozycje rekodowane; *r* – współczynnik korelacji *r* Pearsona pomiędzy wartością danej pozycji i całą skalą.

Ostateczna wersja *Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych* składa się z 18 pozycji, które tworzą dwie podskale, nazwane indywidualną i kontekstualną oceną kobiecych narządów płciowych. Czynniki indywidualnej percepcji genitaliów tworzyły pozycje pierwotnie przypisane do skali (a) ogólnego wyglądu genitaliów oraz (b2) zadowolenia z właściwości morfologicznych i funkcjonalnych zewnętrznych genitaliów. Żadna z pozycji odnoszących się do narządów płciowych wewnętrznych (b1) lub wpływu narządów płciowych na życie codzienne (c) nie została uwzględniona w ostatecznej wersji KPWNP. Wyniki w ramach podskal zlicza się poprzez sumowanie pozycji wchodzących w ich skład (trzy z nich wymagają rekodowania). Ich zakres wpada w przedział punktowy od 10 do 50 dla pierwszej podskali i od 8 do 40 dla drugiej. Wyższe wyniki w podskali indywidualnej oceny genitaliów wskazują na większe niezadowolenie z wyglądu własnych narządów płciowych. Z kolei im wyższy wynik w podskali

konstekstualnej oceny, tym bardziej negatywna ocena własnych genitaliów w sytuacjach intymnego kontaktu z drugą osobą. Całkowity wynik otrzymuje się przez zsumowanie wyniku obu podskal i waha się on od 18 do 90. Wyższe wyniki wskazują na bardziej negatywną ogólną percepcję swoich narządów płciowych przez respondentkę. Ostateczną wersję KPWNP zamieszczono w aneksie.

Rzetelność Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych

Wartości współczynników alfa Cronbacha wyniosły 0,93 dla obu podskal i 0,95 dla wyniku całkowitego i wskazują na wysoką spójność wewnętrzną narzędzia.

Trafność Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych w odniesieniu do zmiennych związanych z obrazem ciała

Zgodnie z oczekiwaniami wyniki KPWNP (zarówno ogólny, jak i częściowe) były umiarkowanie skorelowane z satysfakcją z ciała (-0,42 do -0,48), samooceną globalną (-0,47 do -0,53), autoewaluacją atrakcyjności narządów płciowych (-0,43 do -0,44), całkowitą samooceną seksualną (od -0,44 do -0,62) oraz jej podskalą umiejętności i doświadczeń seksualnych (od -0,42 do -0,53). Ani znaczenie części ciała lub ich funkcji, ani autoewaluacja atrakcyjności ciała nie były związane z obrazem własnych narządów płciowych, co świadczy o trafności dyskryminacyjnej KPWNP. Pełne wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6

Współczynnik korelacji rho Spearmana między wynikami KPWNP a zmiennymi związanymi z obrazem ciała z poprawką Bonferroniego

	KPWNP: obraz własnych genitaliów	KPWNP: indywidualna ocena	KPWNP: kontekstualna ocena
KOC_1: zadowolenie z wyglądu ciała	-0,46**	-0,43**	-0,45**
KOC_1: zadowolenie z funkcjonowania ciała	-0,44**	-0,42**	-0,44**
KOC_1: ogólne zadowolenie z ciała	-0,48**	-0,46**	-0,48**
KOC_2: ważność wyglądu ciała	0,07	-0,02	0,13
KOC_2: ważność funkcji ciała	0,09	0,08	0,07
KOC_2: ogólne znaczenie ciała	0,08	0,03	0,14
Autoewaluacja atrakcyjności ciała	-0,15	-0,14	-0,25
Autoewaluacja atrakcyjności genitaliów	-0,44**	-0,43**	-0,44**
BMI	-0,26	-0,26	-0,21
Samocena globalna	-0,52**	-0,47**	-0,53**
ISS: umiejętności i doświadczenie	-0,52**	-0,42**	-0,53**
ISS: atrakcyjność	-0,41**	-0,30	-0,47**
ISS: kontrola	-0,56**	-0,35*	-0,61**
ISS: adaptacyjność	-0,42**	-0,33*	-0,44**
ISS: moralność	-0,28	-0,25	-0,30
ISS: wynik ogólny	-0,57**	-0,44**	-0,62**

Adnotacja. N przyjmuje zakres od 101 do 108, ponieważ brakujące dane zostały pominięte parami.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

4.4. Dyskusja wyników

Otrzymane i przywołane powyżej wyniki badań własnych dostarczyły wstępnego potwierdzenia dla trafności i rzetelności *Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych*. Wbrew początkowym założeniom, ale zgodnie z istniejącą literaturą, obraz własnych genitaliów okazał się dwuwymiarowym konstruktym zawierającym indywidualną i kontekstualną ocenę ich wyglądu. Biologiczne rozróżnienie między wewnętrznymi a zewnętrznymi częściami narządów płciowych nie znalazło odzwierciedlenia w podskalach kwestionariusza wyodrębnionych na podstawie danych zebranych w badaniu. Wydaje się, że kobiety spostrzegają i oceniają własne narządy płciowe raczej globalnie niż parcjalnie, odnosząc się do ich zewnętrznych części (zwłaszcza do warg sromowych) lub całych genitaliów (traktowanych łącznie jako części wewnętrzne i odsłonięte).

Podobnie jak w pracach innych badaczy, tak i tu seksualny kontekst oceny genitaliów okazał się ważny dla ich percepcji, a sam konstrukt obrazu własnych genitaliów (w literaturze anglojęzycznej *genital self-image*) wielowymiarowy. Wcześniej Reinholtz i Muehlenhard (1995) opisali 12 czynników pogrupowanych w trzy grupy tematyczne: percepcja narządów płciowych, obawy osobiste i obawy związane z relacjami. GSIS-20, poprawiona wersja *Genital Self-Image Scale* opracowana przez Berman i in. (2003) mierzy obraz narządów płciowych składający się z czterech czynników (Zielinski, Kane-Low, Miller, Sampsel, 2012). *Genital Appearance Satisfaction Scale* Bramwella i Morland (2009) zawiera trzy podskale: wygląd narządów płciowych, wpływ na codzienne życie i wpływ na seks. Nawet niektóre dane zebrane za pomocą skali *Female Genital Self-Image Scale* (FGSIS) – narzędzia zaprojektowanego przez Herbenick i Reece'a (2010) jako jednowymiarowego – wskazują, że model dwuczynnikowy (rozdzielający między interpersonalnymi a intrapersonalnymi obawami dotyczącymi genitaliów) jest bardziej odpowiedni dla studentek (DeMaria i in., 2012; Pakpour i in., 2014). Wyniki obecnie referowanego badania są zgodne z tymi raportami.

W przeprowadzonym badaniu obraz własnych narządów płciowych kobiet korelował umiarkowanie z autoewaluacją atrakcyjności narządów płciowych, co świadczy o trafności zbieżnej narzędzia. Po-

twierdzono również trafność dyskryminacyjną kwestionariusza, gdyż obraz genitaliów nie był związany z subiektywną ważnością ciała ani z autoewaluacją atrakcyjności ciała (rozumianą globalnie). Jako że badany konstrukt dotyczy seksualnych, intymnych części ciała, to było bardziej prawdopodobne, że będzie korelował z autoewaluacją własnej atrakcyjności seksualnej, ale możliwe jest również, że związek między tymi zmiennymi jest bardziej złożony i zapośredniczony przez udział innych zmiennych. Na przykład, jak pokazują poprzednie badania, samoocena seksualna pośredniczy w relacji obrazu własnych genitaliów i postrzeganej atrakcyjności seksualnej (Amos, McCabe, 2016), więc może odgrywać rolę również w związku między ogólną atrakcyjnością ciała a percepcją narządów płciowych. Innymi prawdopodobnymi mediatorami są orientacja na wygląd fizyczny (Fredrickson, Roberts, 1997) lub oczekiwania co do atrakcyjności partnera (Legenbauer i in., 2009).

Zgodnie z wcześniejszymi badaniami bardziej negatywna ocena własnych narządów płciowych, mierzona za pomocą KPWNP, korelowała z niższą satysfakcją z ciała (Ålgars i in., 2011; DeMaria i in., 2012; Jawed-Wessel i in., 2017; Morrison i in., 2005), niższą samooceną globalną (Pakpour i in., 2014) oraz niższą samooceną seksualną (Morrison i in., 2005; Schick i in., 2010). W raportowanym badaniu związek między wskaźnikiem BMI a obrazem własnych genitaliów był nieistotny. Wcześniej Ålgars i in. (2011) stwierdzili, że BMI wiąże się z seksualnym obrazem ciała (*sexual body image*) definiowanym jako spostrzeganie własnych piersi u kobiet i zadowolenie z penisa u mężczyzn. W KPWNP obraz seksualnych części ciała jest rozumiany inaczej – dotyczy narządów płciowych i nie uwzględnia spostrzegania i oceny własnych piersi, stąd możliwa rozbieżność aktualnych i wcześniejszych wyników. Możliwe jest również, że na związek między BMI a percepcją narządów płciowych ma wpływ trzeci czynnik, który nie został uwzględniony w bieżących analizach, lub homogeniczny skład przebadanej próby.

5. Percepcja własnych genitaliów a funkcjonowanie seksualne kobiet (badanie 2)

Badanie 2 zostało zaprojektowane w celu dalszej weryfikacji trafności teoretycznej i predykcyjnej nowo opracowanego narzędzia. Postawiono hipotezę, że sposób spostrzegania własnych genitaliów może przewidywać poziom samoświadomości obrazu własnego ciała w trakcie podejmowania aktywności seksualnej z partnerem. Oczekiwano słabych do umiarkowanych korelacji między wynikami *Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych* a wskaźnikiem funkcji seksualnych kobiet (mierzonych za pomocą FSFI-PL), ponieważ, jak wykazali Kaya i in. (2019), te dwa konstrukty niekoniecznie są ze sobą powiązane. Ponadto w badaniu sprawdzano, czy wiek inicjacji różnych form aktywności seksualnej ma związek z oceną własnych genitaliów. Pytając kobiety o ich doświadczenia seksualne, dokonano rozróżnienia między wykonywaniem a otrzymywaniem seksu oralnego, aby uniknąć niejasności. Na podstawie ustaleń Herbenick i in. (2011) oraz Morrisona, Bearden, Ellis i Harriman (2005), wysunięto hipotezę, że kobiety pozostające w związku będą miały bardziej pozytywny obraz własnych narządów płciowych niż singielki.

5.1. Charakterystyka badanej grupy

W badaniu 2 wzięło udział 91 kobiet. Tak jak poprzednio zastosowano nielosową metodę doboru próby (tzw. *convenience sampling*), kierując się dostępnością osób badanych. O prowadzonym badaniu poinformowano dwie grupy studentów IV roku psychologii (35 osób), które uczestniczyły w seminariach magisterskich dotyczących ludzkiej seksualności. Studentów poproszono o rozpowszechnienie informacji o rekrutacji do badań wśród znajomych dorosłych kobiet i udostępnienie zaproszenia do udziału w mediach społecznościowych. Na tę prośbę odpowiedziały trzy osoby z 18 studentów z pierwszej grupy i siedem z 17 osób z drugiej. Dzięki pomocy tych 10 osób zrekrutowano do badań 91 kobiet, które wypełniły kwestionariusze. W podziękowaniu

za udział w badaniu ich uczestniczki otrzymywały voucher na bilet do kina²⁷. Analizie statystycznej poddano dane pochodzące od 88 kobiet w wieku 18–34 lata ($M=22,88$; $SD=4,14$). Odpowiedzi trzech kobiet zostały wyłączone z puli danych – dwie kobiety urodziły dziecko, a jedna z powodu znacznego braku danych. W tabeli 7 przedstawiono charakterystykę socjo-demograficzną uczestniczek badania.

Tabela 7

Charakterystyka socjo-demograficzna uczestniczek badania 2 (N=88)

Zmienna	<i>n</i>	%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	11	12,5
Miasto 10 000–100 000 mieszkańców	38	43,2
Miasto powyżej 100 000 mieszkańców	39	44,3
Brak danych	0	0
Wykształcenie		
Podstawowe	12	13,6
Zawodowe	2	2,3
Techniczne	12	13,6
Średnie	48	54,5
Wyższe	14	15,9
Związek		
Aktualnie nie jest w związku	25	28,4
Jest w związku z jednym partnerem	61	69,3
Jest w kilku związkach jednocześnie	2	2,3

5.2. Narzędzia badawcze

Osoby badane wypełniały *Kwestionariusz postaw wobec narzędzi płciowych* wraz z *Kwestionariuszem osobowym* (który zawierał 18 pozycji i który opisano w poprzednim rozdziale) oraz miarami zmiennych związanych z seksualnością wybranymi do testowania trafności teoretycznej i predykcyjnej.

²⁷ Vouchery zakupiono ze środków na badania własne Instytutu Psychologii UAM pozyskanych przez autorkę w ramach konkursu.

Skala samoświadomości obrazu ciała (BISC-PL; Szymańska-Pytlińska, 2019). Narzędzie to mierzy samoświadomość własnego obrazu ciała kobiety w trakcie podejmowania aktywności seksualnej z partnerem (Wiederman, 2000). Zarówno skala w wersji oryginalnej, jak i wersja polska są przeznaczone dla kobiet heteroseksualnych. BISC-PL zawiera 15 twierdzeń. Każde z nich oceniane jest na sześciopunktowej skali Likerta. Możliwe odpowiedzi wahają się od 0 (*nigdy*) do 5 (*zawsze*). Całkowity wynik (w zakresie 0–75) jest obliczany przez zsumowanie pozycji. Im wyższy wynik, tym większa samoświadomość obrazu ciała podczas intymnego kontaktu z partnerem. Wyniki BISC-PL w referowanym badaniu obliczono dla mniejszej próby, liczącej 76 kobiet. 12 kobiet uprawiających seks z kobietami zostało wykluczonych z analizy, ponieważ raporty z badań sugerują, że orientacja seksualna (tu definiowana behawioralnie, z punktu widzenia podejmowanych zachowań seksualnych) wpływa na wyniki obrazu ciała (Alvy, 2013; Siever, 1994). Według wyników metaanalizy przeprowadzonej przez Morrison, Morrisona i Sager (2004) homoseksualne kobiety zgłaszają większą satysfakcję z ciała niż kobiety heteroseksualne.

Indeks funkcji seksualnych kobiety (FSFI; Nowosielski, Wróbel, Sioma-Markowska, Poręba, 2013). Kwestionariusz ten ocenia sprawność seksualną kobiet w ciągu czterech tygodni poprzedzających badanie (Rosen i in., 2000). Narzędzie zawiera 19 itemów składających się na sześć podskal – domen: pożądanie, podniecenie, lubrykacja, orgazm, satysfakcja i ból. Wyniki uzyskiwane w podskalach przyjmują zakres od 0 do 6 (dla podniecenia, lubrykacji, orgazmu i bólu), zakres 1,2 do 6 dla domeny pożądania i 0,8 do 6 dla skali satysfakcji. Wyższe wyniki wskazują na lepsze funkcjonowanie w danej domenie. Wynik 0 oznacza, że osoba badana nie podejmowała żadnej aktywności seksualnej w ciągu ostatnich czterech tygodni. Wynik ogólny uzyskuje się poprzez zsumowanie wyników w podskalach, przyjmuje wartości od 2 do 36. FSFI jest narzędziem szeroko wykorzystywanym na świecie. Rekomenduje się używanie go jako narzędzia przesiewowego dla oceny występowania dysfunkcji seksualnych. W badaniach amerykańskich ich występowanie sugerują wyniki ogólne równe lub niższe 26,55 punktów (Wiegel, Meston, Rosen, 2005). Optymalnym punktem odcięcia w polskich badaniach adaptacyjnych okazał się próg 27,50 punktów (Nowosielski i in., 2013).

Kwestionariusz doświadczeń seksualnych. Został przygotowany przez badaczkę w oparciu o narzędzie *Biografia psychoseksualna* autorstwa prof. dr hab. Marii Beisert, za Jej zgodą. Dla rozpoznania doświadczeń seksualnych uczestniczki badania pytano: czy są obecnie w związku, czy kiedykolwiek doświadczyły określonych form aktywności seksualnej (petting, stosunek waginalny, cunnilingus, fellatio i stosunek analny) oraz kiedy (w jakim wieku) po raz pierwszy. Zapytano je także, ilu dotychczas miały partnerów seksualnych.

W tabeli 8 zaprezentowano statystyki opisowe dla badanych zmiennych.

Tabela 8

Statystyki opisowe dotyczące zmiennych w badaniu 2

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
KPWNP: indywidualna ocena	87	20,37	9,72
KPWNP: kontekstualna ocena	84	15,82	8,49
KPWNP: obraz własnych genitaliów	83	36,23	17,78
<i>Samoświadomość obrazu ciała</i> (BISC)	76	17,70	17,31
FSFI: pożądanie	88	3,86	1,13
FSFI: podniecenie	88	4,05	1,90
FSFI: lubrykacja	88	4,40	2,05
FSFI: orgazm	88	3,79	2,10
FSFI: satysfakcja	88	4,31	1,65
FSFI: ból	88	4,00	2,36
FSFI: wynik ogólny	88	24,40	8,90
Liczba partnerów seksualnych	88	4,47	4,79
Wiek inicjacji pettingu	77	17,09	1,82
Wiek inicjacji cunnilingus	79	18,27	2,04
Wiek inicjacji fellatio	73	18,26	2,28
Wiek inicjacji kontaktów waginalnych	77	18,27	1,95
Wiek inicjacji kontaktów analnych	29	19,69	2,57
Czas trwania związku (w miesiącach)	63	35,89	34,80

5.3. Wyniki badań własnych

Zebrane dane przeanalizowano, wykorzystując oprogramowanie IBM SPSS Statistics 25. Do ponownej oceny spójności wewnętrznej *Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych* i jego podskal wykorzystano współczynnik alfa Cronbacha. Wyniki testu Shapiro-Wilka (z poprawką Lillieforsa) oraz skośności i kurtozy wykazały, że większość badanych zmiennych nie miała rozkładu normalnego w próbie. W związku z tym w analizach wykorzystywano testy nieparametryczne. Do testowania korelacji wykorzystano współczynnik rang Spearmana, natomiast test *U* Manna-Whitneya posłużył do porównania obrazów narządów płciowych kobiet, które były i nie były w związku w trakcie badania. Ta ostatnia została zastosowana jako forma oceny trafności teoretycznej według metody known-group opisanej przez Goodwin i Goodwina (1991). Z kolei analiza regresji liniowej została zastosowana do obliczenia wielkości efektu założonych związków przyczynowych między zmiennymi. Ponownie, tak jak w badaniu 1, w celu kontrolowania współczynnika błędów wynikających z prowadzenia porównań wielokrotnych (tzw. *family-wise error rate* [FWER]), do wszystkich wartości *p* przedstawionych w niniejszym rozdziale zastosowano poprawkę Bonferroniego.

Rzetelność Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych

W badaniu 2 wartości współczynników alfa Cronbacha były nieco wyższe niż w badaniu 1 i wynosiły: 0,96 dla indywidualnej i kontekstowej percepcji narządów płciowych oraz 0,97 dla ogólnego obrazu własnych narządów płciowych. Wskazywały one na wysoką spójność wewnętrzną nowo opracowanego narzędzia.

Trafność Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych w odniesieniu do zmiennych związanych z seksualnością

Wyższa samoświadomość obrazu własnego ciała podczas fizycznej bliskości z partnerem była pozytywnie, umiarkowanie skorelowana

z ogólnym negatywnym obrazem własnych genitaliów ($\rho=0,44$; $p<0,001$). Model regresji z oceną własnych narządów płciowych jako predyktorem samoświadomości obrazu ciała był dobrze dopasowany do danych, $F(1, 69)=26,18$; $p<0,001$, a ogólna percepcja genitaliów stanowiła 27,5% ($R^2=0,275$) wariancji wyników BISC-PL ($\beta=0,52$; $t=5,12$; $p<0,001$). Związki obrazu własnych narządów płciowych kobiet i ich funkcji seksualnych uczestników były bardziej niejednoznaczne (tabela 9). Pożądanie nie było związane z żadnymi wynikami FATGQ.

Tabela 9

Współczynnik korelacji rho Spearmana między wynikami KPWNP a zmiennymi związanymi z funkcjami seksualnymi z poprawką Bonferroniego

	KPWNP: obraz własnych genitaliów	KPWNP: indywidualna ocena	KPWNP: kontekstualna ocena
FSFI: pożądanie	-0,07	-0,06	-0,08
FSFI: podniecenie	-0,36	-0,32	-0,38*
FSFI: lubrykacja	-0,31	-0,23	-0,38*
FSFI: orgazm	-0,42**	-0,34	-0,42**
FSFI: satysfakcja	-0,42**	-0,34	-0,45**
FSFI: ból	-0,37*	-0,29	-0,43**
FSFI: wynik ogólny	-0,51**	-0,41**	-0,54**

Adnotacja. N przyjmuje zakres od 83 do 87, ponieważ brakujące dane zostały pominięte parami.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Gdy ogólny wynik FSFI został dodany do opisanego wyżej modelu regresji, pozostał on istotny, $F(2, 68)=13,05$; $p<0,001$. Jednak tylko obraz własnych genitaliów był istotnym predyktorem ($\beta=0,51$; $t=4,63$; $p<0,001$) odpowiadającym za 25,6% (skorygowane $R^2=0,256$) wariancji wyników samoświadomości obrazu ciała.

Dalsza analiza korelacyjna została przeprowadzona tylko wśród kobiet będących aktualnie w związku, a nie w całej przebadanej pró-

bie. Zarówno wyniki ogólne, jak i podskal KPWNP nie były związane z inicjacją pettingu, stosunku waginalnego, cunnilingus, fellatio lub stosunku analnego. Liczba partnerów seksualnych (łącznie lub podzielonych na kategorie według formy aktywności seksualnej) również nie była związana z percepcją własnych narządów płciowych kobiet. Wśród badanych aktualnie pozostających w związku czas trwania związku był nieistotny statystycznie. To samo dotyczy modelu regresji z oceną własnych narządów płciowych jako zmienną zależną.

5.4. Dyskusja wyników

Przeprowadzone analizy korelacyjne wykazały, że bardziej negatywna ogólna ocena własnych genitaliów kobiet wiąże się z wyższą samoświadomością obrazu ciała podczas diadycznej aktywności seksualnej. Potwierdza to wyniki uzyskane wcześniej przez Morrisona i in. (2005), Jawed-Wessel i in. (2017), Schick i in. (2010). W próbie z badania 2 obraz własnych genitaliów tworzył unikalny związek ze samoświadomością obrazu ciała, co wykazano w analizie regresji. Ogólna percepcja narządów płciowych mierzona *Kwestionariuszem postaw wobec narządów płciowych* przewidywała 27,5% wariancji wyników BISC-PL. Gdy do modelu regresji dodano wynik całkowity FSFI, jedynie obraz własnych genitaliów pozostał istotnym predyktorem samoświadomości obrazu ciała.

Analizy przeprowadzone wśród uczestniczek badania 2 wskazują na ujemną korelację między ogólną negatywną oceną własnych narządów płciowych a orgazmem, bólem, satysfakcją i całkowitym wynikiem dotyczącym funkcji seksualnych. Nie zaobserwowano istotnego związku ogólnego wyniku KPWNP z domenami pobudzenia, pożądania lub lubrykacji. Co ciekawe, wyniki korelacji były bardziej spójne i jednoznaczne dla kontekstualnego postrzegania swoich genitaliów przez kobietę. Jedyne nieistotny statystycznie związek dotyczył domeny pożądania. Kaya i in. (2019) zasugerowali, że wyniki FSFI zależą raczej od zmiennych związanych z partnerem niż od obrazu siebie, stąd być może zaobserwowana większa spójność w obrębie związków podskali kontekstualnej oceny genitaliów. Dalsze porównanie otrzymanych wyników z istniejącą literaturą sugeruje, że wyniki mogą być specy-

ficzne dla przebadanej próby. U Berman i współpracowników (2003), którzy zastosowali *Genital Self-Image Scale* w grupie kobiet szukających pomocy z powodu dysfunkcji seksualnych ($N=31$), pozytywny obraz własnych genitaliów wiązał się z większym pożądaniami, ale nie z innymi domenami funkcji seksualnych lub całkowitym wynikiem. Jednakże, gdy zrekrutowano reprezentatywną dla kraju próbę kobiet, Berman i Windecker (2008) stwierdziły, że kobiety z bardziej pozytywnym obrazem własnych narządów płciowych wykazywały wyższą sprawność funkcji seksualnych we wszystkich aspektach. Podobne rezultaty uzyskali Herbenick i Reece (2010), badając próbę kobiet uczestniczących w domowych imprezach erotycznych (*in-home sex toy parties*). Ich wyniki FGSIS były pozytywnie powiązane z całkowitym wynikiem FSFI i jego domenami (pobudzenie, nawilżenie, orgazm, satysfakcja i ból), z wyjątkiem domeny pożądania. Ponownie jednak, gdy Herbenick wraz ze współpracownikami (2011) podjęła badania w ogólnokrajowej reprezentatywnej próbie amerykańskich kobiet, które odpowiedziały na zrewidowane stwierdzenia FGSIS-4, te dwie zmienne były konsekwentnie pozytywnie skorelowane ze wszystkimi domenami funkcji seksualnych. Również w badaniach irańskich (Pakpour i in., 2014), tureckich (Kaya i in., 2019) i arabskich (Mohammed, Hassan, 2014), kulturowo zaadaptowane wyniki FGSIS korelowały istotnie z wynikiem całkowitym FSFI i wszystkimi podskalami indeksu. Jednak wśród tych badań tylko Kaya i in. (2019) zrekrutowali reprezentatywną próbę uczestniczek. Zaobserwowane niespójności można też tłumaczyć różnicami kulturowymi.

Wyniki wcześniejszych badań sugerują, że percepcja narządów płciowych różni się w zależności od sytuacji związkowej uczestniczek (Herbenick i in., 2011 brali pod uwagę *marital status*, a Morrison i in., 2005 *sexual status* swoich respondentek). Wyniki otrzymane w badaniach własnych nie wykazały różnic w obrębie oceny własnych genitaliów na korzyść kobiet zaangażowanych w związek. Wynik ten wymaga weryfikacji w dalszych badaniach, ponieważ dwie porównywane grupy kobiet nie były jednakowo reprezentowane w zebranej próbie. Podgrupa kobiet niepozostających w związku była znacznie mniej liczna.

W badaniu 2 w podgrupie kobiet pozostających w związku ($n=63$) liczba partnerów seksualnych i wiek inicjacji różnych form aktywności seksualnej nie były związane z percepcją narządów płciowych. Podobne

wyniki dotyczące liczby partnerów seksualnych uzyskali Reinholtz i Muehlenhard (1995). Krótszy czas trwania związku nie był związany z indywidualną, kontekstową i ogólną oceną narządów płciowych w obecnej próbie. Był to pierwszy krok w badaniu roli zmiennych związanych z relacjami diadycznymi w percepcji narządów płciowych kobiet. W przyszłych badaniach warto byłoby sprawdzić, czy inne zmienne związane z relacją, takie jak satysfakcja, cechy partnera i czas między początkiem obecnego związku a inicjacją seksualną w nim, nie byłyby bardziej istotne dla oceny własnych narządów płciowych. Co więcej, interesujące może być sprawdzenie, w jaki sposób obraz własnych narządów płciowych kobiet zmienia się w czasie oraz czy i jak jest on powiązany z nastawieniem partnera do genitaliów badanej kobiety.

Zakończenie

Wyniki badań własnych raportowanych w niniejszym opracowaniu przedstawiają wartość teoretyczną i aplikacyjną, na które wskazano poniżej. Wnioski sformułowane w oparciu o nie należy jednak interpretować w odniesieniu do ich ograniczeń.

Wnioski teoretyczne i aplikacyjne

Przeprowadzenie badań przedstawionych w *Rozdziałach 4 i 5* dostarczyło nowego narzędzia do badania obrazu własnych genitaliów kobiet. *Kwestionariusz postaw wobec narządów płciowych (KPWNP)* został zwalidowany wśród młodych kobiet w wieku 18–34 lata, a jego stosowanie w starszych grupach wiekowych wymaga ostrożności i dodatkowych badań. Ogólnie rzecz biorąc, 77,2% uczestniczek badania 1 i 72,3% uczestniczek badania 2 wyrażało pozytywne postrzeżenie własnych narządów płciowych. Dla porównania ponad połowa uczestników fińskiego badania populacyjnego była zadowolona ze swoich genitaliów (Ålgars i in., 2011). KPWNP potwierdza, że kobiety postrzegają swoje genitalia raczej globalnie niż częściowo.

W obu przeprowadzonych badaniach narzędzie prezentowało zadowalające właściwości psychometryczne i może być rekomendowane do stosowania w Polsce w grupie młodych kobiet. Przedstawione w *Rozdziale 4 i 5* wyniki poszerzają istniejącą literaturę na temat obrazu narządów płciowych kobiet. Po pierwsze, potwierdzają wcześniejsze doniesienia sugerujące, że bardziej negatywne postrzeżenie genitaliów wiąże się z wyższą samoświadomością obrazu ciała, niższą satysfakcją z ciała, niższą samooceną i niższą samooceną seksualną. Po drugie, dostarczają nowych informacji na temat roli percepcji genitaliów w przewidywaniu samoświadomości obrazu ciała podczas diadycznych form aktywności seksualnej niezależnie od sprawności funkcji seksualnych badanych kobiet. Biorąc pod uwagę te wyniki, ważne wydaje się zachęcanie pracowników służby zdrowia do omawiania percepcji narządów płciowych z pacjentkami, którzy zgłaszają nad-

mierną samoświadomość podczas aktywności seksualnej utrudniająca im satysfakcjonujący udział w niej. Co ciekawe, w przeprowadzonych badaniach wiek inicjacji różnych form aktywności seksualnej nie był związany z percepcją narządów płciowych. Ten wątek nie był poruszany we wcześniejszych badaniach.

Ograniczenia przeprowadzonych badań własnych

Najpoważniejszą wadą obu badań jest zastosowana metoda doboru próby, która powoduje jej stronniczość i ogranicza generalizowalność wniosków. Wykorzystanie Internetu i mediów społecznościowych do rozpowszechniania informacji o badaniu oraz rekrutacji uczestników wpłynęło na skład badanych prób. Respondentki były jednorodne zwłaszcza pod względem wieku. Badanie 2 obejmowało stosunkowo niewielką liczbę uczestników, przede wszystkim pozostających w związku. Kwestionariusz KPWNP wymaga dalszej walidacji z bardziej zróżnicowanymi wewnątrznie populacjami kobiet. Przydatność nowo opracowanego narzędzia w kontekście klinicznym wymaga przeprowadzenia dodatkowych badań, np. wśród kobiet z zaburzeniami rozwoju płciowego, których narządy płciowe mają nietypową budowę (np. zespół Mayera-Rokitansky'ego-Küsterera-Hausera) lub kobiet poszukujących labioplastyki. Również stabilność czasowa nowo opracowanej miary jest nieznana, ponieważ nie zastosowano żadnej innej strategii oceny rzetelności niż współczynnik zgodności wewnętrznej. Ponadto, ze względu na korelacyjny charakter przedstawionych badań, nie można było wyciągnąć żadnych wniosków przyczynowo-skutkowych dotyczących powiązań oceny własnych genitaliów i obrazu ciała oraz seksualności.

Bibliografia

- Ackard, D.M., Kearney-Cooke, A., Peterson, C.B. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 422–429. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200012\)28:4%3C422::AID-EAT10%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200012)28:4%3C422::AID-EAT10%3E3.0.CO;2-1).
- Ålgars, M., Santtila, P., Jern, P., Johansson, A., Westerlund, M., Sandnabba, N.K. (2011). Sexual body image and its correlates: A population-based study of Finnish women and men. *International Journal of Sexual Health*, 23, 26–34. doi:10.1080/19317611.2010.509692.
- Allport, G. (1988). *Osobowość i religia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Alvy, L.M. (2013). Do lesbian women have a better body image? Comparisons with heterosexual women and model of lesbian-specific factors. *Body Image*, 10(4), 524–534. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.06.002>.
- Amos, N., McCabe, M. (2016). Positive perceptions of genital appearance and feeling sexually attractive: is it a matter of sexual esteem? *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1249–1258. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0680-4>.
- Bajszczak, K., Szarras-Czapnik, M., Słowikowska-Hilczler, J. (2014). Zaburzenia rozwoju płci – nowa nomenklatura oraz wytyczne w postępowaniu terapeutycznym. *Seksuologia Polska*, 12(2), 74–80.
- Bancroft, J. (2002). Biological factors in human sexuality. *Journal of Sex Research*, 39, 15–21. <https://doi.org/10.1080/00224490209552114>.
- Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Bancroft, J., Graham, C.A. (2011). The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior*, 59(5), 717–729. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.01.005>.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 140–148. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.54.2.140>.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>.
- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 33–43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>.
- Beisert, M. (2004). Eksperymenty seksualne okresu dzieciństwa. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 115–143). Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke.

- Berman, L., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., Powell, J.A. (2003). Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 11–21. <https://doi.org/10.1080/713847124>.
- Berman, L., Windecker, M.A. (2008). The relationship between women's genital self-image and female sexual function: A national survey. *Current Sexual Health Reports*, 5, 199–207. <https://doi.org/10.1007/s11930-008-0035-4>.
- Bojarska, K., Kowalczyk, R. (2017). Tożsamości seksualne. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 102–112). Warszawa: PZWL.
- Bowman, C.P. (2014). Women's masturbation: Experiences of sexual empowerment in a primarily sex-positive sample. *Psychology of Women Quarterly*, 38(3), 363–378. <https://doi.org/10.1177/0361684313514855>.
- Bramwell, R., Morland, C. (2009). Genital appearance satisfaction in women: The development of a questionnaire and exploration of correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 15–27. <https://doi.org/10.1080/02646830701759793>.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brotto, L.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 221–239. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9543-1>.
- Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Cash, T.F. (2002). Body image: Cognitive behavioral perspectives on body image. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 38–46). New York: Guilford Press.
- Cash, T., Maikkula, Ch., Yamamiya, Y. (2004). „Baring the body in the bedroom”: body image, sexual self-schemas, and sexual functioning among college women and men. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 7, 1–9. Retrieved from: <http://www.ejhs.org/volume7/bodyimage.html>.
- Cash, T. F., Pruzinsky, T. (red.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Dear, J., Creighton, S.M., Conway, G.S., Williams, L., Liao, L.M. (2019). Sexual experience before treatment for vaginal agenesis: a retrospective review of 137 women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(3), 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.jpjg.2018.12.005>
- DeMaria, A.L., Hollub, A.V., Herbenick, D. (2012). The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): validation among a sample of female college students. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 708–718. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02620.x>.

- Dove, N.L., Wiederman, M.W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 67–78. <https://doi.org/10.1080/009262300278650>.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar: SES: polska adaptacja skali SES M. Rosenberga: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Erikson, E.H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.
- Faith, M.S., Schare, M.L. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22(4), 345–356. <https://doi.org/10.1007/BF01542123>.
- Fredrickson, B.L., Roberts, T.A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>.
- Garrow, J.S., Webster, J. (1985). Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity*, 9, 147–153.
- Giles, K.R., McCabe, M.P. (2009). Women's sexual health: conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2761–2771. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01425.x>.
- Giraldi, A., Kristensen, E., Sand, M. (2015). Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: an online survey in a population sample of Danish adults ages 20–65 years. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 116–128. <https://doi.org/10.1111/jsm.12720>.
- Godlewski J. (1987). Wybrane zagadnienia seksuologii. W: S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński (red.), *Psychiatria* (t. 1, s. 287–309). Warszawa: PZWL.
- Goodwin, L.D., Goodwin, W.L. (1991). Focus on psychometrics. Estimating construct validity. *Research in Nursing & Health*, 14, 235–243. <https://doi.org/10.1002/nur.4770140311>.
- Graham, C.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 240–255. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9535-1>.
- Herbenick, D., Reece, M. (2010). Development and validation of the Female Genital Self-Image Scale. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1822–1830. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01728.x>.
- Herbenick, D., Schick, V., Reece, M., Sanders, S., Fortenberry, J.D. (2010). Pubic hair removal among women in the United States: Prevalence, methods, and characteristics. *Journal of Sexual Medicine*, 7(10), 3322–3330. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01935.x>.

- Herbenick, D., Schick, V., Reece, M., Sanders, S., Dodge, B., Fortenberry, J.D. (2011). The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a nationally representative probability sample of women in the United States. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 158–166. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02071.x>.
- Holka-Pokorska, J. (2017). Psychologia i fizjologia reaktywności seksualnej u kobiet. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 64–84). Warszawa: PZWL.
- Jabłoński, M.J., Mirucka, B., Streb, J., Słowik, A.J., Jach, R. (2018). Exploring the relationship between the body self and the sense of coherence in women after surgical treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28(1), 54–60. <https://doi.org/10.1002/pon.4909>.
- James, W. (2002). *Psychologia. Kurs skrócony*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarząbek-Bielecka, G. (2012). Znaczenie zaburzeń rozwoju płci gonadoforycznej w medycynie seksualnej. *Seksuologia Polska*, 10(2), 70–75.
- Jawed-Wessel, S., Herbenick, D., Schick, V. (2017). The relationship between body image, female genital self-image, and sexual function among first-time mothers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43, 618–632. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1212443>.
- Józefik, B. (2014). *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kapczuk, K., Friebe, Z. (2012). Morfologiczna, czynnościowa i seksuologiczna ocena efektu wytworzenia pochwy zmodyfikowaną metodą Whartona u pacjentek z zespołem Mayera-Rokitansky’ego- Küstera-Hausera. *Ginekologia Polska*, 83, 255–259.
- Kaplan, E.H. (1970). Congenital absence of the vagina. *The Psychoanalytic Quarterly*, 39(1), 52–70. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1972.tb11903.x>.
- Kaya, A.E., Yassa, M., Doğan, O., Başbuğ, A., Pulatoğlu, Ç., Çalışkan, E. (2019). The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) – Cross cultural adaptation and validation of psychometric properties within a Turkish population. *International Urogynecology Journal*, 30, 89–99. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3688-1>.
- Kędzia, H. (2005). Rozwój, budowa i fizjologia żeńskich narządów płciowych. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (t. 2, s. 549–570). Warszawa: PZWL.
- Klasa, K., Sobański, J., Müldner-Nieckowski, Ł., Rutkowski, K. (2013). Dyskusja nad klasyfikacją zaburzeń seksualnych w DSM-5 a trendy badawcze w obszarze seksuologii w Polsce. *Psychiatria Polska*, 47(6), 1133–1142.

- Kowalcze, K., Krysiak, R. (2017). Hormonalne uwarunkowania seksualności. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 54–64). Warszawa: PZWL.
- Krissi, H., Ben-Shitrit, G., Aviram, A., Weintraub, A.Y., From, A., Wiznitzer, A., Peled, Y. (2016). Anatomical diversity of the female external genitalia and its association to sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 196, 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.11.016>.
- Krueger, D. (2002). *Integrating body self and psychological self*. New York–London: Brunner-Routledge.
- Krzemionka-Brózda, D. (2010). Sekret ciała. Doświadczenie przez kobiety własnego ciała jako piętna jawnego (nadwaga) bądź ukrytego (zaburzenia odżywiania) a określanie własnej tożsamości. W: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s. 28–45). Warszawa: Difin.
- Kubiak, A. (2014). *Mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia* (Praca doktorska). Pobrane z: <https://repozytorium.amu.edu.pl/>.
- Kubiak, A., Sakson-Obada, O. (2016). Nawykowe samouszkodzenia a Ja cielesne. *Psychiatria Polska*, 50(1), 43–54.
- Legenbauer, T., Vocks, S., Schäfer, C., Schütt-Strömel, S., Hiller, W., Wagner, C., Vögele, C. (2009). Preference for attractiveness and thinness in a partner: Influence of internalization of the thin ideal and shape/weight dissatisfaction in heterosexual women, heterosexual men, lesbians, and gay men. *Body Image*, 6, 228–234. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.04.002>.
- Lew-Starowicz, Z. (2015). Zdrowie seksualne kobiet. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 122–132). Warszawa: PZWL.
- Lloyd, J., Crouch, N.S., Minto, C.L., Liao, L.M., Creighton, S.M. (2005). Female genital appearance: “Normality” unfolds. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(5), 643–646. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00517.x>.
- Mahler, M., McDevitt, J. (1982). Thoughts on the emergence of the sense of self, with particular emphasis on the body self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 827–848. <https://doi.org/10.1177/002F000306518203000401>.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Mioduchowska-Zienkiewicz, A. (2015). Zachowania autoagresywne a obraz własnego ciała u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*, 15(1), 45–62.

- Mirucka, B. (2005). Kwestionariusz Ja cielesnego (Skala J-C). *Przeegląd Psychologiczny*, 48(3), 313–329.
- Mirucka, B., Sakson-Obada, O. (2012). *Ja cielesne: od normy do zaburzeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mohammed, G.F.A.E., Hassan, H. (2014). Validity and reliability of the arabic version of the Female Genital Self-Image Scale. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 1193–1200. <https://doi.org/10.1111/jsm.12494>.
- Morrison, M.A., Morrison, T.G., Sager, C.L. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women?: A meta-analytic review. *Body Image*, 1, 127–138. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.002>.
- Morrison, T.G., Bearden, A., Ellis, S.R., Harriman R. (2005). Correlates of genital perception among Canadian post-secondary students. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 8, 1–22.
- Morrison, T.G., Bearden, A., Harriman, R., Morrison, M.A., Ellis, S.R. (2004). Correlates of exposure to sexually explicit material among Canadian post-secondary students. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 13, 143–156.
- Muehlenkamp, J.J., Brausch, A.M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.010>.
- Nowosielski, K., Wróbel, B., Kowalczyk, R. (2016). Women's endorsement of models of sexual response: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 45(2), 291–302.
- Nowosielski, K., Wróbel, B., Sioma-Markowska, U., Poręba, R. (2013). Development and Validation of the Polish Version of the Female Sexual Function Index in the Polish Population of Females. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 386–395.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 381–387. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x>.
- Pakpour, A.H., Zeidi, I.M., Ziaeiha, M., Burri, A. (2014). Cross-cultural adaptation of the Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) in Iranian female college students. *Journal of Sex Research*, 51, 646–653. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.821441>.
- Pisarska-Krawczyk, M. (2002). Narządy płciowe żeńskie. W: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów* (s. 20–32), Warszawa: PZWL.
- Reinholtz, R.K., Muehlenhard, C.L. (1995). Genital perceptions and sexual activity in a college population. *Journal of Sex Research*, 32, 155–165. <https://doi.org/10.1080/00224499509551785>.

- Ronson, A., Wood, J.R., Milhausen, R.R. (2015). Current research on sexual response and sexual functioning among lesbian women. *Current Sexual Health Reports*, 7(3), 191–197. <https://doi.org/10.1007/s11930-015-0056-8>.
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, D., D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>.
- Sakaluk, J.K., Short, S.D. (2017). A methodological review of exploratory factor analysis in sexuality research: Used practices, best practices, and data analysis resources. *The Journal of Sex Research*, 54, 1–9. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1137538>.
- Sakson-Obada, O. (2008). Rozwój Ja cielesnego w kontekście wczesnej relacji z opiekunem. *Roczniki Psychologiczne*, 11(2), 27–44.
- Sakson-Obada, O. (2009a). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin.
- Sakson-Obada, O. (2009b). Trauma jako czynnik ryzyka dla zaburzeń Ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 309–326.
- Sakson-Obada, O. (2010). Changes in sensing, the basic function of body ego, as a result of trauma. W: A. Widera-Wysoczańska, A. Kuczyńska (red.), *Interpersonal trauma and its consequences in adulthood* (s. 139–152). Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholar Pub.
- Sakson-Obada, O. (2014). Body ego and trauma as correlates of comfort in the physical proximity of others. *Polish Psychological Bulletin*, 45(1), 92–100. <https://doi.org/10.2478/ppb-2014-0013>.
- Sakson-Obada, O., Wycisk, J., Pawlaczyk, M., Gerke, K., Adamski, Z. (2017). Łuszczycza jako czynnik ryzyka dla zakłóceń w Ja cielesnym – moderująca rola płci. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(3), 459–477.
- Salonia, A., Giraldi, A., Chivers, M.L., Georgiadis, J.R., Levin, R., Maravilla, K.R., McCarthy, M.M. (2010). Physiology of women's sexual function: Basic knowledge and new findings. *Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2637–2660. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01810.x>.
- Sand, M., Fisher, W.A. (2007). Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(3), 708–719.
- Schick, V.R., Calabrese, S.K., Rima, B.N., Zucker, A.N. (2010). Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 394–404.
- Schier, K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

- Schulz, K.M., Molenda-Figueira, H.A., Sisk, C.L. (2009). Back to the future: the organizational – activational hypothesis adapted to puberty and adolescence. *Hormones and Behavior*, 55(5), 597–604. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.03.010>.
- Secord, P.F., Jourard, S.M. (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343–347. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0060689>.
- Siever, M.D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 252–260. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.62.2.252>.
- Szymańska-Pytlńska, M. (2019). Adaptacja Skali samoświadomości obrazu ciała (BISC-PL) wśród polskich kobiet. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1087–1101.
- Światowa Organizacja Zdrowia (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Talmon, A., Ginzburg, K. (2018). “Body self” in the shadow of childhood sexual abuse: The long-term implications of sexual abuse for male and female adult survivors. *Child Abuse and Neglect*, 76, 416–425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.004>.
- Trapnell, P.D., Meston, C.M., Gorzalka, B.B. (1997). Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience: self-focus or self-valence? *The Journal of Sex Research*, 34, 3, 267–278.
- Tripodi, F., Silvaggi, C., Simonelli, C. (2012). Psychology of sexual response. W: H. Porst, Y. Reisman (red.), *The ESSM Syllabus of sexual medicine* (s. 83–139). Amsterdam: Medix.
- Tyson, P., Tyson, R.L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. New Haven: Yale University Press.
- Whipple, B., Brash-McGreer, K. (1997). Management of female sexual dysfunction. W: M.L. Sipski, C.J. Alexander (red.), *Sexual function in people with disability and chronic illness. A Health Professional’s Guide* (s. 509–534). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc.
- Wiederman, M.W. (2000). Women’s body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37, 60–68. <https://doi.org/10.1080/00224490009552021>.
- Wiederman, M.W., Hurst, S.R. (1997). Physical attractiveness, body image, and women’s sexual self-schema. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 567–580.
- Wiegel, M., Meston, C., Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(1), 1–20.

- Woertman, L., Van Den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of Sex Research*, 49(2–3), 184–211. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>.
- Wycisk, J. (2003). Doświadczanie własnej cielesności u kobiet i mężczyzn w kontekście zachowań autodestruktywnych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8(1–2), 69–77.
- Yamamiya, Y., Cash, T.F., Thompson, J.K. (2006). Sexual experiences among college women: The differential effects of general versus contextual body images on sexuality. *Sex Roles*, 55(5–6), 421–427.
- Zarek, A. (2009). Body image as a process or object and body satisfaction. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 55, 100–106.
- Zarek, A. (2014). Factors influencing body image in individuals with selected dermatological diseases. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 60, 75–87.
- Zeanah, P.D., Schwarz, J.C. (1996). Reliability and validity of the Sexual Self-Esteem Inventory for Women. *Assessment*, 3, 1–15. <https://doi.org/10.1177%2F107319119600300101>.
- Zielinski, R.E., Kane-Low, L., Miller, J.M., Sampsel, C. (2012). Validity and reliability of a scale to measure genital body image. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(4), 309–324. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569639>.

Aneks

Kwestionariusz postaw wobec narządów płciowych

Szymańska-Pytlńska (2016)

Instrukcja:

Stwierdzenia zawarte w poniższym kwestionariuszu dotyczą Pani uczuć, postaw i opinii na temat własnych narządów płciowych. Zwroty „genitalia” i „narządy płciowe” są używane zamiennie i służą opisaniu wewnętrznych (macica, pochwa) i zewnętrznych narządów płciowych (wzgórek łonowy, wejście do pochwy i srom – wargi sromowe mniejsze i większe oraz łechtaczka).

Proszę ustosunkować się do wszystkich stwierdzeń, możliwie jak najrzadziej wybierając odpowiedź środkową („nie mam zdania/ nie wiem/nie dotyczy”). Proszę szczerze wskazać w jakim stopniu poszczególne stwierdzenia wyrażają Pani postawę. Nie ma tu odpowiedzi poprawnych albo niepoprawnych. Proszę zdać się na intuicję. Pierwsza odpowiedź jaka przychodzi do głowy zazwyczaj najtrafniej wyraża opinię.

Przy każdej z 18 pozycji należy przekreślić jedną z pięciu cyfr oznaczających stopień, w jakim zgadza się Pani z danym stwierdzeniem. Jeżeli nastąpi potrzeba zmiany odpowiedzi, proszę zakreślić niewłaściwą cyfrę, a następnie przekreślić odpowiedź właściwą. Proszę upewnić się, czy udzielona odpowiedź dotyczy właściwego stwierdzenia.

- 1 – całkowicie się nie zgadzam
 2 – nie zgadzam się
 3 – nie mam zdania /nie wiem/nie dotyczy
 4 – zgadzam się
 5 – całkowicie się zgadzam

1.	Podobają mi się moje narządy płciowe.	1	2	3	4	5
2.	Obawiam się o to, jak wyglądają/wyglądałyby moje narządy płciowe w sytuacji intymnej.	1	2	3	4	5
3.	Moje narządy płciowe są nieatrakcyjne.	1	2	3	4	5
4.	Boję się o to, jak zareaguje/zareagowałby mój partner na widok moich narządów płciowych.	1	2	3	4	5
5.	Chciałabym zmienić wygląd swoich genitaliów.	1	2	3	4	5
6.	Wolałabym współżyć przy zgaszonym świetle, tak żeby mój partner nie mógł zobaczyć moich narządów płciowych.	1	2	3	4	5
7.	Niepokoi mnie wielkość moich warg sromowych.	1	2	3	4	5
8.	Boję się, że moje narządy płciowe nie podobają/ spodobałyby się mojemu partnerowi seksualnemu.	1	2	3	4	5
9.	Jestem zadowolona z wyglądu moich genitaliów.	1	2	3	4	5
10.	Martwię się/martwiłabym się wyglądem swoich narządów płciowych, kiedy/gdyby mój partner seksualny zbliża/ył do nich swoją twarz.	1	2	3	4	5
11.	Nie podoba mi się wygląd moich warg sromowych.	1	2	3	4	5
12.	Odczuwam/odczuwałabym zażenowanie, kiedy/gdyby w trakcie współżycia mój partner seksualny patrzy/ł na moje narządy płciowe.	1	2	3	4	5
13.	Nie jestem usatysfakcjonowana wyglądem moich zewnętrznych narządów płciowych.	1	2	3	4	5
14.	W sytuacjach intymnych czuję/czułabym się zaabsorbowana wyglądem moich genitaliów.	1	2	3	4	5
15.	Nie lubię swoich narządów płciowych.	1	2	3	4	5
16.	W trakcie doświadczania seksu oralnego przejmuję się/przejmowałabym się wyglądem swoich genitaliów.	1	2	3	4	5
17.	Nie zmieniałabym nic w wyglądzie moich zewnętrznych narządów płciowych.	1	2	3	4	5
18.	Martwię się wyglądem moich genitaliów.	1	2	3	4	5



Dr Marta Szymańska-Pytlińska

Psycholożka, adiunktka w Zakładzie Seksuologii Społecznej i Klinicznej na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM w Poznaniu. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół seksualności kobiet i różnorodności płciowej. Wykłada i prowadzi warsztaty na Studiach Podyplomowych Seksuologia Kliniczna – Opiniowanie, Edukacja, Terapia. Pracuje diagnostycznie i psycho-terapeutycznie w Psychologiczno-Seksuologicznym Ośrodku Rozwoju i Terapii PORT w Poznaniu.

Książka zawiera unikatowe treści teoretyczne dotyczące funkcjonowania cielesnego i seksualnego kobiet oraz proponuje metody ich diagnozowania; może być zatem kierowana do szerokiego kręgu odbiorców: psychologów, seksuologów, psychiatrów, psychoterapeutów i studentów różnych kierunków humanistycznych.
(z recenzji prof. Katarzyny Schier)

Oddawana w ręce Czytelnika praca składa się z dwóch części. W części pierwszej przywołano koncepcje teoretyczne i wyniki badań empirycznych, zestawiając je ze sobą w taki sposób, by z różnych perspektyw pokazać, jak liczne są powiązania ciała (rozumianego jako byt fizyczny i psychiczny) z funkcjonowaniem seksualnym kobiety. W części drugiej, empirycznej, zaprezentowano dwa autorskie badania. Efektem pierwszego było stworzenie narzędzia – *Kwestionariusza postaw wobec narządów płciowych (KPWNP)*, który służy badaniu obrazu własnych genitaliów kobiet, a także jego wstępna walidacja w odniesieniu do zmiennych związanych z obrazem ciała. Drugie badanie natomiast pozwoliło eksplorować powiązania oceny własnych narządów płciowych i seksualności kobiet. Seksualność, na potrzeby badań, zoperacjonalizowano jako funkcje i doświadczenia seksualne (zachowania przejawiane w ciągu życia).

ISBN 978-83-66666-68-9

DOI 10.48226/978-83-66666-68-9