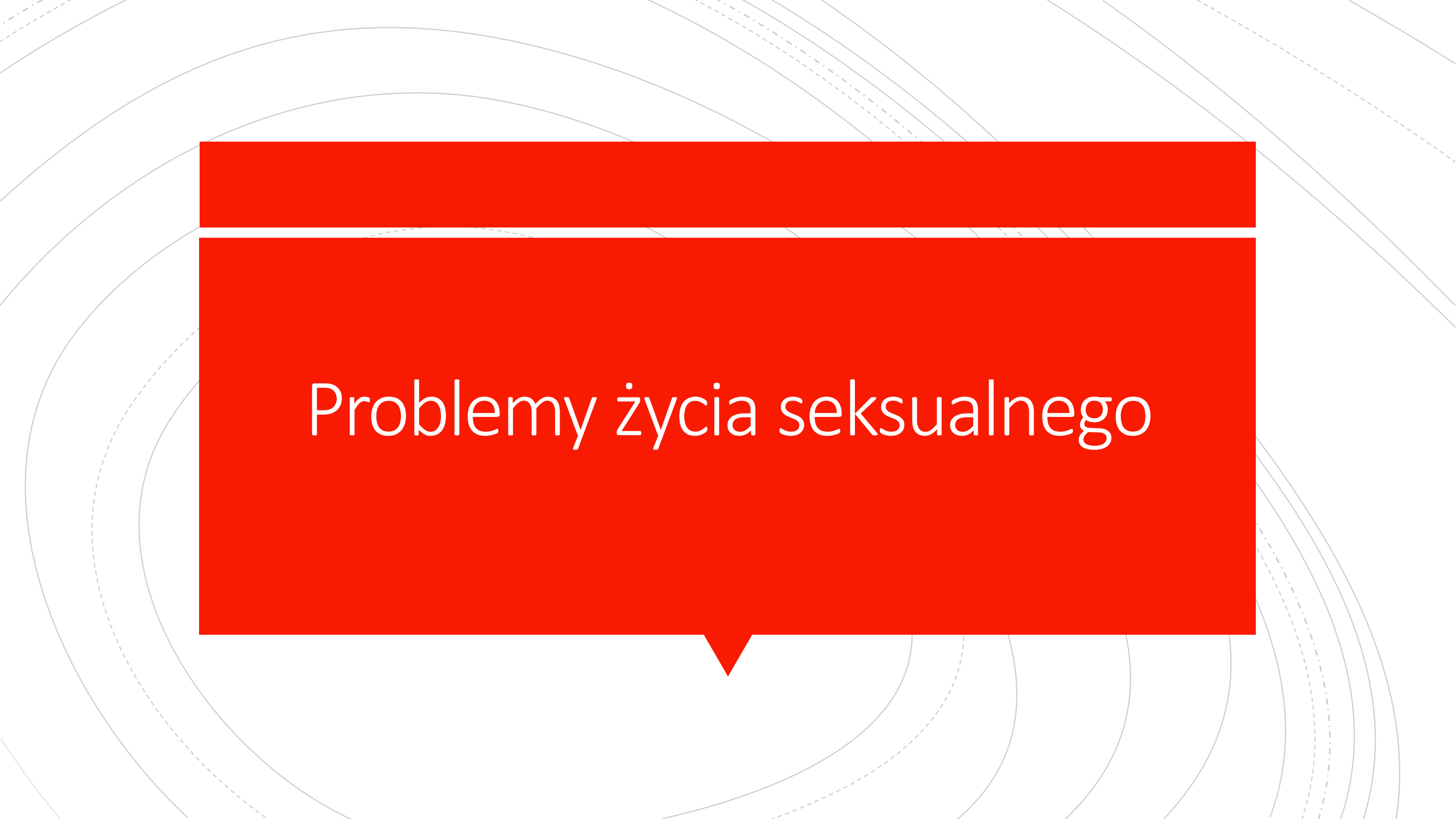


The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. A large, solid red speech bubble is centered on the page, pointing downwards.

Problemy życia seksualnego

Definicja

- Termin „seksualność” pojawił się w słownikach w końcu X X wieku.
- Najbardziej wszechstronna definicja seksualności została opublikowana w 2005 roku:
- **Seksualność** jest podstawowym elementem bycia człowiekiem przez całe życie, obejmującym seks, płciową identyfikację i rolę, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcję.
- **Seksualność** jest doświadczana i wyrażana w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach.
- **Seksualność** powstaje na skutek interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, etycznych, prawnych, historycznych, religijnych i duchowych”

Seksualność

- Seksualność jest wrodzonym atrybutem i wrodzoną funkcją każdego człowieka, podlegająca uwarunkowaniom natury wewnętrznej i zewnętrznej.
- Z jednej strony jest to cecha stała, niezbywalna, zmieniająca się jednak w cyklu życia człowieka i przyjmująca różne formy ekspresji w poszczególnych etapach życia (fizjologiczny proces starzenia się, zmiana typów więzi z partnerem, osiągnięcie dojrzałości, kontekst społeczny), z drugiej – element ludzkiej kondycji, oparty na prawach natury i od niej zależny

Rozwój seksualny

- Traktowany jest jako linia życiowa złożona z wielu etapów, z których każdy stanowi efekt przebiegu poprzedniego oraz przygotowanie do wejścia w etap następny
- W rozwoju tym dużą rolę odgrywają oddziaływania osób znaczących, które poprzez mechanizm modelowania i identyfikacji wpływają zarówno na kształtowanie się u dziecka cech osobowościowych, jak i jego ustosunkowanie się do świata.
- Oddziaływania te są w dużym stopniu wypadkową preferowanego w danym środowisku modelu wychowania seksualnego

Model wychowania seksualnego

- Jest to pewien ściśle określony sposób ujmowania i podejmowania zagadnień związanych z seksualnością.
- W literaturze przedmiotu wyróżnia się jego trzy postaci:
 - permissywny,
 - restrykcyjny
 - złotego środka.
- Modele te różnią się zasięgiem udzielanych informacji oraz sposobem przedstawiania i oceniania tych samych zjawisk

Model permissywny

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

Model restrykcyjny

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

Model złotego środka

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

Etapy rozwoju seksualnego

- Stąd w rozwoju seksualnym można wyróżnić trzy etapy, różne pod względem czasu trwania i zawartości:
- Dzieciństwo
- dorastanie
- dorosłość

Dzieciństwo

- Dzieciństwo, obejmujące pierwsze 10-12 lat życia człowieka, nie jest czasem jednolitym.
- W dzieciństwie biologiczne, psychologiczne i społeczne aspekty seksualności tworzą swoistą mieszankę wpływów, typową wyłącznie dla tego okresu życia.
- Najistotniejsza w dzieciństwie jest swoista cisza hormonalna, występująca po okresie formowania i różnicowania się płci w życiu płodowym,
- Zmiany biologiczne, mające w dzieciństwie charakter głównie ilościowy (następuje proces w zroście organizmu), stanowią jednolite tło dla procesów psychologicznych i społecznych, których wzrostowy charakter polega jednocześnie na zmianach ilościowych i jakościowych.

Dzieciństwo

- Najwcześniejszy odcinek, określany jako **preedypalny**, przypada na pierwsze trzy lata życia.
- Tworzą się wówczas zręby seksualności
- Kształtują się podstawy tożsamości płciowej i rodzajowej, a także orientacji seksualnej.
- Najważniejszą postacią i głównym źródłem wpływów jest matka - osoba, która tworząc niepowtarzalny związek z dzieckiem, stwarza specyficzną matrycę dla jego późniejszych związków z innymi znaczącymi postaciami, partnerem i własnymi dziećmi.
- Ten odcinek - **preedypalny** - jest fazą wielkiej fizycznej bliskości matki i dziecka.
- Postrzeganie cech płciowych dziecka oraz ich akceptacja w procesie pielęgnowania i karmienia przekazywane są dziecku przez bezpośredni kontakt fizyczny, głównie drogą zmysłową.

Dzieciństwo

- Dziecko opuszcza tę fazę w wieku około 3 lat.
- Potrafi wówczas nazwać swoją płeć,
- ma świadomość podziału świata na kobiety i mężczyzn,
- zna podstawowe różnice decydujące o tej przynależności.
- Demonstruje na zewnątrz (choć stosunkowo rzadko) zainteresowanie własnymi narządami płciowymi (oglądanie, dotykane, stymulowanie).
- Ekspresja seksualna nie jest intensywna.

Dzieciństwo

- To, co dzieje się w okresie następnym -**edypalnym**, czyli między 3. a 6., 7. rokiem życia, można opisać za pomocą triady:

inicjatywa-ekspresja-konflikt

- Rozwój seksualny dziecka dokonuje się w tym czasie pod wpływem systemu rodzinnego.
- Najważniejszymi postaciami stają się obydwaj rodzice, a więc osoby tej samej co dziecko i różnej płci.
- W pewnym stopniu na seksualność wpływają też rówieśnicy.

Dzieciństwo

- Głównym przedmiotem zainteresowań dziecka stają się inni ludzie (dorośli i dzieci) oraz ich zachowania, także seksualne
- Erikson (2002) wskazuje, że dziecko w wieku przedszkolnym ze względu na rozwój inicjatywy podejmuje wiele czynności, które są sprzeczne z celami i działaniami osób w rodzinie.
- Wchodzi wtedy w konflikt z innymi osobami, między innymi z powodu naruszania ich praw, granic czy wartości.
- Ta tendencja, wynikająca z prawidłowości rozwojowych, jest bardzo dobrze widoczna w sferze seksualnej.
- Ciekawość poznawcza dziecka i jego dojrzałość do nawiązywania kontaktów zwiększą liczbą osób (rówieśników i dorosłych) skutkuje zainteresowaniem ich cielesnością.
- Efektem tego jest bogata ekspresja seksualna obejmująca zachowania autoerotyczne, orientacyjne i interakcyjne.
- Odrębną formę ekspresji seksualnej stanowi twórczość dziecięca.

Dzieciństwo

- Kończąc fazę **edypalną**, dziecko ma ukształtowane podstawy tożsamości płciowej (tzw. tożsamość bazalną).
- Wykonało też już następny krok na drodze do kształtowania tożsamości rodzajowej (ma poczucie stabilności i stałości płci)
- Jest zdolne rozwinąć wiedzę o różnicach płciowych i ich funkcjach (budowa anatomiczna, prokreacja), a także przyswoić proste normy regulujące zachowania seksualne.
- Po dynamicznym, pełnym konfliktów okresie edypalnym nadchodzi faza u tajenia –**latentna**
- Obejmuje czas między 6, 7 a 10, 11. rokiem życia

Dzieciństwo

- W tym czasie seksualność dziecka dalej kształtuje się pod wpływem rodziców i grupy rówieśniczej
- Zaciekawienie seksualnością spada albo zostaje na jakiś czas wyparte.
- Dzieci akcentują swoją niechęć wobec seksualności (inaczej chłopcy i inaczej dziewczynki), co znajduje wyraz w asekualnym postrzeganiu świata, siebie, swoich najbliższych, a także skutkuje zmianami zachowań seksualnych.
- Znacznie zmniejsza się ich ilość i nie pojawiają się jakościowo nowe formy ekspresji.
- Pod koniec fazy **latentnej** dziecko dysponuje znaczną wiedzą o fizjologii rozwoju i rozrodu oraz dość złożoną wiedzą o normach regulujących zachowania seksualne.
- Poczucie kobiecości i męskości (tożsamość rodzajowa) ulega osłabieniu i stąd tendencja do podporządkowywania się stereotypom płciowym.

Dorastanie

- Rozwój seksualny w okresie dorastania przebiega pod wpływem bardzo intensywnych zmian biologicznych.
- Mechanizm i początek tych zmian zależy od rozpoczęcia prawidłowej czynności układu **podwzgórze-przysadka-gonady**
- Na skutek czynności gonad (jajników i jąder) następuje rozwój drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych.
- Zmiany te są widoczne na zewnątrz (skok pokwitaniowy, zmiana sylwetki, : przyrost tkanki tłuszczowej i mięśniowej, miesiączka, wzwód i wytrysk), stanowią źródło subiektywnych przeżyć (labilność emocjonalna, trudności w sprawnym funkcjonowaniu poznawczym) i źródło rozlicznych reakcji ze strony otoczenia.

Dorastanie

- Obok nacisków biologicznych najważniejszym czynnikiem kształtującym seksualność w tej fazie jest grupa rówieśnicza, której wpływy ściąrają się z wpływami rodziny i innych ważnych instytucji (szkoła, Internet, media, organizacje społeczne i religijne)
- To, co najważniejsze w dorastaniu, sprowadza się do
 - integracji różnych aspektów seksualności nastolatka w spójną całość,
 - rozwiązania konfliktu na linii rodzice-dzieci,
 - ustalenia pozycji w grupie
 - oraz wykształcenia dorosłej, genitalnej ekspresji seksualnej.

Dorastanie

- Wewnętrzny konflikt związany z procesem dorastania jedynie na poziomie bardzo ogólnym przebiega podobnie u obu płci.
- Odpowiada za to odmienny rytm wydzielania hormonów płciowych.
- **Chłopcy** – 10-16 r. ż przechodzą jeden z czterech kryzysów hormonalnych – gwałtowny wzrost stężenia testosteronu
- Za gwałtowną reakcją fizjologiczną (pokwitaniowy wzrost stężenia gonadotropin) nie nadąża rozwój emocjonalny
- Sytuacja ta powoduje odczuwanie przez chłopca rozbieżności między chęcią rozładowania napięcia seksualnego w kontakcie z dziewczyną a możliwością i potrzebą utworzenia z nią związku uczuciowego.

Dorastanie

- **Dziewczynki** - Zmiany hormonalne (podnoszenie się stężenia estrogenów, testosteronu i dehydroepiandrosteronu) nie następują ani tak gwałtownie jak u chłopców, ani w takiej samej proporcji, co powoduje, że napięcie seksualne jest niskie i subiektywnie słabo odczuwane.
- Mimo labilności uczuć rozwój emocjonalny wyprzedza w ten sposób zdolność do przeżywania podniecenia i pobudzenia seksualnego.

Dorastanie

- Konflikt z rodzicami, jak ciężko nie byłby przeżywany, **jest potrzebny**, gdyż ani w kontakcie z rodziną, ani w kontakcie z kochającym dorosłym nie mogą kształtować się zachowania seksualne.
- Rodzice są modelami i twórcami wartości i norm, wzorcami dla kształtowania się męskości i kobiecości, ale nie partnerami seksualnymi.
- Do tego **służy grupa**

Dorastanie

- Naturalną konsekwencją intrapsychicznych, emocjonalnych i społecznych czynników w rozwoju seksualnym jest dalsze rozbudowywanie i przekształcanie ekspresji seksualnej.
- Niedojrzałe, pregenitalne zachowania z okresu dzieciństwa zostają zastąpione najpierw przez **aktywność pozagenitalną** (masturbacja, podglądanie, dotykane, prezentowanie narządów płciowych, petting), by potem u schyłku okresu dorastania zmienić się w aktywność genitalną.

Dorosłość

- stanowi ostatni, i podobnie jak dzieciństwo, niejednolity okres w cyklu rozwoju seksualnego.
- Okres najdłuższy, bo trwający kilkadziesiąt lat.
- Jego początek określony jest przez gotowość do podjęcia aktywności genitalnej i prokreacyjnej, a koniec - przez śmierć.
- Pod względem biologicznym jest to czas wypełniony i okresami intensywnych zmian, i fazami względnej ciszy

Dorosłość

Levinson dzieli go na krótsze etapy:

- wczesna dorosłość - 17.-40. rok życia,
- średnia dorosłość - 40.-60. rok życia,
- późna dorosłość - powyżej 60. roku życia.

Dorosłość

- We wczesnej dorosłości (trwającej od końca dorastania do początku czwartej dekady życia) rozwój seksualny przebiega pod wpływem partnera seksualnego i grupy rówieśniczej, która stanowi pole poszukiwania partnera.
- Popęd seksualny u młodych kobiet i mężczyzn nie zmienia się równolegle.
- Pełna dojrzałość seksualna u kobiet przypada na czwartą dekadę życia, a u mężczyzn na trzecią
- Wiąże się to między innym i z różnymi funkcjami pełnionymi przez nich w akcie prokreacji.
- Wczesna dorosłość to także czas znacznego zróżnicowania form aktywności seksualnej (zmiana partnerów , kontakty z większą liczbą osób niż jeden partner, korzystanie z płatnych usług seksualnych) i akceptacji tego stanu rzeczy.

Dorosłość

- Okres średniej dorosłości, oddzielony od poprzedniej fazy kryzysem środka życia, jest czasem, w którym seksualność i prokreacja ulegają rozdzieleniu.
- Meno i andropauza, ze względu na towarzyszące im zmiany hormonalne i ich konsekwencje, zamykają (w przypadku mężczyzn niedosłownie) czas prokreacji.
- Kryzys środka życia z jego lękami i przed śmiercią mobilizuje niektórych dorosłych do podjęcia ryzyka rozpoczęcia nowego związku.
- Wyraźny spadek napięcia seksualnego oraz wymiana pokoleniowa powodują zmniejszenie aktywności seksualnej.
- W badaniach polskich w grupie mężczyzn w wieku 40-49 lat co dziesiąty przyznał, że w ciągu roku przed badaniem miał problemy z erekcją.

Dorosłość

- Ostatni okres - późnej dorosłości (starość) - podporządkowany jest znowu, w dużym stopniu wpływom czynników biologicznych
- Starzenie się organizmu powoduje znaczne zmiany w sekrecji hormonalnej, a umieranie rówieśników wiąże się z utratą partnera rzeczywistego i potencjalnego
- W tym okresie rozwój seksualny zagrożony jest wycofaniem się z aktywności seksualnej.
- Poważnym wyzwaniem jest dostosowanie seksualności zmieniającej się pod względem intensywności i formy do nowych warunków.
- Znajduje to wyraz w zmianie form aktywności (przejściu od form genitalnych do pozagenitalnych), spadku częstości współżycia i zmianie doświadczanej satysfakcji, która jednak nie musi mieć tendencji spadkowej.
- Rozwój seksualny w fazie starości przebiega w warunkach wzrastających ograniczeń i zmniejszającej się siły napięć seksualnych.

Seksualność

- Seksualność nie jest atrybutem statycznym, ewoluuje w czasie życia człowieka w procesie rozwoju psychoseksualnego, który trwa od narodzin aż do śmierci.
- W toku nabywania nowych doświadczeń seksualnych, dorastania, dojrzewania (w tym społecznego) oraz starzenia się następuje zastępowanie jednych, charakterystycznych dla danego etapu rozwoju (wieku), sprawności (funkcji) innymi
- To pociąga za sobą zmiany w reakcjach seksualnych, natężeniu pożądania i podniecenia seksualnego, formach kontaktu fizycznego czy dążenia do tworzenia więzi z partnerem

MODEL SELIGMANA ROZWOJU SEKSUALNOŚCI

Wartość tego modelu polega na uporządkowaniu różnych pojęć

Obejmuje on 5 kategorii

- **Tożsamość płciowa.**
- Polega na świadomości bycia kobietą, mężczyzną, a także na świadomości własnych narządów płciowych. Przykładem patologii tożsamości płciowej jest zespół dezaprobaty płci.
- **Orientacja seksualna.**
- Polega na wyborze obiektów budzących fantazje i reakcje seksualne. Patologia polega na braku akceptacji orientacji i chęci jej zmiany.
- **Preferencje i zainteresowania seksualne.**
- Patologią są zaburzenia preferencji seksualnych (parafilie, dewiacje, zboczenia).
- **Rola płciowa.**
- Oznacza publiczne wyrażanie tożsamości płciowej.
- **Funkcjonowanie seksualne.**
- Patologią są dysfunkcje seksualne.

ORIENTACJE SEKSUALNE

- Orientacja seksualna wiąże się z wyborem obiektów budzących fantazje i reakcje seksualne, jego trwałością w życiu danej osoby i akceptacją

Obecnie wyróżnia się trzy orientacje seksualne:

- **Heteroseksualna** (najbardziej rozpowszechnioną w populacji 75,2%, K 74,1% , M 76,4%),
- **Homoseksualną** K 4,9% M 3,6% (2004) 6,4% 3,2% (2012)
- **Biseksualną** 2,3% K 2,6% M 2%

ORIENTACJE SEKSUALNE

- Prawdopodobnie w przyszłości zostaną wyodrębnione dwie kolejne orientacje seksualne:
- **Aseksualna.** Obejmuje około 2,1% K 3,1% M1,1%.
- Polega na braku odczuwania pociągu seksualnego do partnera, niezależnie od płci.
- Nie są dotąd znane przyczyny jej powstania
- **Autoerotyczna.**
- Polega na osiąganiu satysfakcji i orgazmu w zachowaniach masturbacyjnych, dominujących lub wyłącznych w życiu seksualnym danej osoby.
- Nie wiadomo, jakiej części populacji dotyczy.
- Częściej spotykana jest u mężczyzn.

ROLE PŁCIOWE

- Istota męskości i kobiecości oraz specyfika ról płciowych były przedmiotem zainteresowania badaczy, i źródłem wielu teorii.
- Obecnie największym zainteresowaniem cieszą się: psychologia ewolucyjna i „gender study”

ROLE PŁCIOWE

Z badań nad różnicami między płciami wynika, że:

- Inna jest budowa mózgu kobiety i mężczyzny (zróżnicowanie ośrodków sterujących seksualnością, emocjami).
- Inna jest „chemia seksu i miłości”, np. u kobiet większe znaczenie mają estrogeny, a u mężczyzn testosteron.
- W rolach społecznych nadal dominuje stereotypizacja ról.
- Cechy atrakcyjności i wyboru partnera w dużym stopniu wiążą się z reprodukcją.
- Wiele zachowań ocenianych jako typowe dla danej płci wynika z innego traktowania dzieci przez rodziców w zależności od ich płci.
- W niektórych kulturach istnieje trzecia płeć, np. berdache, społecznie akceptowana.
- Zachowania „typowo” męskie czy kobiece często są świadomą strategią zachowania, odpowiedzią na zapotrzebowanie, wynikające z potrzeby akceptacji.

OBRAZ SEKSUALNOŚCI POLAKÓW

Obraz seksualności typowej Polki:

- Wstydzi się zachowań masturbacyjnych.
- Inicjuje życie seksualne w wieku 18 lat i później.
- Wiąż uczuciowa jest motywem inicjacji.
- Seks w jej życiu jest średnio istotny.
- Preferuje pozycję klasyczną w życiu seksualnym.
- Ceni monogamię, wierność.
- Ma chęć na seks kilka razy w tygodniu.
- Jest zadowolona z jakości życia seksualnego i związku, własnej atrakcyjności.
- Orgazm jest dla niej bardzo ważny.
- Nie jest aktywna w życiu seksualnym.
- U mężczyzn ceni troskliwość o kobietę, wygląd i osobowość.

OBRAZ SEKSUALNOŚCI POLAKÓW

Obraz seksualności typowego Polaka:

- Uświadomiony głównie przez rówieśników i media.
- Masturbuje się i akceptuje takie zachowania.
- Inicjuje życie seksualne przed 18. rokiem
- Seks jest w jego życiu bardzo ważny.
- Lubi kontakty oralne.
- Miał kilka partnerek seksualnych.
- Preferuje prezerwatywy jako metodę sterowania płodnością.
- Jest zadowolony z siebie w roli kochanka, w związku, z jakości życia seksualnego.
- U kobiet ceni urodę, gospodarność, wierność.
- Lubi różne pozycje seksualne.

PROBLEMY
ZWIĄZANE Z
ŻYCIEM
SEKSUALNYM

Zaburzenie	Mężczyźni	Kobiety
Zmniejszone potrzeby seksualne lub ich brak	17%	30%
Dyspareunia	5%	12%
Brak orgazmu	3%	8%
Zbyt wczesny orgazm	31%	7%
Awersja seksualna	1%	3%
Zaburzenia erekcji	10%	—
Pochwica	—	2%

Fizjologiczne aspekty seksualności

■ Seksualność człowieka:

„Obejmuje wszelkie związane z popędem seksualnym sposoby przeżywania i zachowania, które mają miejsce w życiu społecznym, określone są przez układ nerwowy, hormonalny, tradycje, kulturę, wychowanie a ponadto przez aktualne oddziaływanie środków masowej informacji, przez mody zachowania i samowychowanie, które modyfikują zachowania seksualne.”

Szewczyk 1978

Seksualność

- Czynniki biologiczne
- Czynniki psychospołeczne
- Czynniki kulturowe

Aspekt ewolucyjny

- Seksualność a rozrodczość
- *Seksualność pojawia się na etapie rozwoju organizmów żywych, na którym elementy nerwowe współpracują w procesie rozmnażania się i przyczyniają do spotkania się dwóch komórek płciowych, pochodzących z dwóch różnopłciowych organizmów.*

Rozmnażanie ≠ seksualność

Rozdział seksualności od procesów rozmnażania

- **Naturalny** (I faza pokwitania, ograniczenia zdolności rozrodczych w cyklu miesięcznym, okres poprzekwitaniowy)
- **Chorobowy** (schorzenia uszkadzające zdolności rozrodcze przy zachowanych zdol. do kontaktów płciowych lub odwrotnie)
- **Sztuczny** (antykoncepcja, sterylizacja)
- **Planowany**

Seksualność zwierząt i seksualność ludzi

- **Instynkt**
- filar seksualności zwierząt
- -podporządkowany procesom rozmnażania
- **Instynkt** wrodzona zdolność do wykonywania pewnych skomplikowanych, niewyuczonych czynności, swoistych dla danego gatunku i ważnych dla przetrwania w środowisku (osobnik, gatunek), np. instynkt głodu, życia, płciowy

Seksualność zwierząt i seksualność człowieka

Różnice:

- Redukcja instynktownych zachowań seksualnych
- Oderwania rozkoszy seksualnej od celu – utrzymania gatunku
- Erotyka – wytwór wyłącznie ludzki, obejmuje seksualność wraz ze sferą uczuć, intelektu i innymi sferami psychicznymi człowieka
- Najwyższym etapem ewolucyjnym rozwoju seksualności – *miłość erotyczna*

Psychofizjologia seksualna

Zmiany cielesne i psychiczne

- Reakcje w obrębie narządów płciowych i innych narządach i układach
- Odczucia pojawiające się w wyniku stymulacji seksualnej i podniecenia seksualnego

Narzędzia badawcze

- **Cielesne reakcje seksualne** -niespecyficzne seksualnie
- obserwacja (wyraz twarzy, rumieniec seksualny, perspiracja)
- pomiar RR i tętna
- napięcie mięśniowe
- EEG
- metoda fallopletyzmograficzna
- **Reakcje psychiczne** – specyficzne, nie możliwe do oceny

Psychofizjologia seksualna- podstawowe terminy

- **Potencja seksualna**
- **Pobudliwość seksualna**
- **Podniecenia seksualne**

Potencja seksualna

- Zdolność do reakcji seksualnych, częstotliwość zdolności w jednostce czasu (potencja tym większa, im częściej org. zdolny jest reakcji seksualnej)
- Zdolność do wykonania określonych funkcji (rozpoczęcia, utrzymywania i doprowadzania do końca satysfakcjonującego stosunku płciowego, zapłodnienia)

Pobudliwość seksualna

- Stopień podatności na reagowanie podnieceniem, gotowości i łatwości powstawania podniecenia seksualnego pod wpływem bodźców z zewnątrz (zależy od siły popędu i potencji seksualnej, siły i rodzaju hamulców psych. czasu abstynencji seksualnej)
- Szybkość przebiegu cyklu reakcji seksualnych (jeśli potencja duża to pobudliwość również duża,
- Znaczenie treningu – procesy uczenia się, doświadczenie

Podniecenie seksualne

- Funkcja pobudliwości seksualnej (jako gotowość do reakcji) oraz sytuacji zewnętrznej (podniety)
- Pożądanie seksualne (konkretny partner, ukierunkowane na partnera jako cel, upragniony do optymalnego przebiegu reakcji seksualnej)
- Sytuacja zewnętrzna (wyobrażenia twórcze-fantazje lub odtwórcze – wspomnienia)

Hormony a zachowanie seksualne kobiety

Zależność od cyklu miesięcznego

- **Estrogeny** - zwiększają seksualną atrakcyjność
- **Progesteron** - tłumi seksualną atrakcyjność
- **Androgeny** - zwiększają aktywność seksualną

Sprawność i atrakcyjność seksualna największa w okresie
owulacyjnym

Pozaseksualne motywy aktywności kobiet

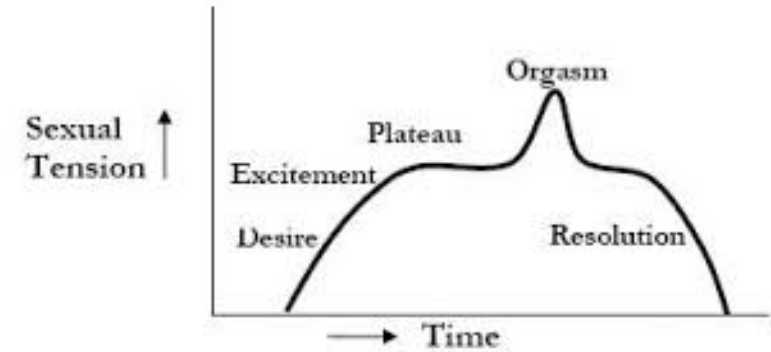
- Najczęściej, pozaseksualne motywy podejmowania aktywności seksualnej obejmują:
- potrzebę czułości i uznania dla partnera,
- potrzebę potwierdzenia kobiecości,
- własnej atrakcyjności oraz atrakcyjności w oczach partnera,
- chęć uniknięcia negatywnych następstw odmowy zbliżenia ze strony partnera,
- pragnienie wzmocnienia więzi partnerskiej,
- podniesienie poczucia dobrostanu psychicznego oraz redukcji poczucia winy i lęku z powodu zbyt rzadkich kontaktów seksualnych

Wiek a
zachowania
seksualne
mężczyzn



Cykl reakcji seksualnych

- Faza podniecenia
- Faza plateau
- Faza orgazmu
- Faza ustępowania podniecenia



Reakcje seksualne

- **Generowanie podniecenia**
- **pobudki wewnętrzne (narastający stan napięcia)**
 - wyobrażenia, bodźce zmysłowe
 - gotowość przemiany bodźców zmysłowych lub wyobrażeniowych w seksualne: ośr. w korze mózgowej i niższych piętrach mózgowia, w odc. L i S rdzenia kręgowego, przysadka mózgowa i prawidłowa regulacja hormonalna, nienaruszone drogi nerwowe, nienaruszone funkcje psychiczne, dobre ogólne samopoczucie
- **Pobudki zewnętrzne (bodziec erotyzujący)**

Tempo przebiegu podniecenia seksualnego

U mężczyzn :

- tempo szybsze
- bardziej stały charakter
- mniej uzależnione od akt. związków uczuciowych z partnerką

U kobiet :

- tempo wolniejsze (podczas masturbacji –jak u M)
- odmienności fizjologiczne
- hamulce psychiczne, uczucia
- słabiej rozbudowana wyobraźnia erotyczna
- ważna ciągłość i rytmiczność doznawanych bodźców dotykowych

Faza podniecenia

- **U mężczyzn** tylko 1 wzór (u wszystkich M podobny przebieg)
- **U kobiet** różnorodność przebiegu (rodzaj, intensywność i czas trwania bodźców)
- Powstaje w następstwie stymulacji psychogennej lub somatogennej
- Najdłuższa faza w cyklu
- Pobudzenie ukł. przywspółczulnego (erekcja prącia, erekcja łechtaczki, śluz w pochwie)

Psychofizjologia erekcji

- Erekcja prącia (wzwód)- czynnościowe usztywnienie i powiększenie objętości prącia, umożliwia odbycie stosunku płciowego
- Jako odruch prosty (zakończenie nerwowe żołądki → n. grzbietowy prącia → n. sromowy → ośr. S1-S2 → wł. przywspółczulne (nn. miedniczne) → zwoje miedn. → wł. pozazwojowe → cc. jamiste → zwiększony dopływ krwi tętniczej do c. jamistych, wzrost ciśnienia w t. zaopatrującej i równoczesne zmniejszenie odpływu krwi żyłnej
- Odruch z udziałem kory mózgowej: bodźce zmysł. → kora mózg. → ośr. seksualne w międzymózgowiu → rdzeń przedł. i kręgowy → ośr. Erekcji
- Erekcja bez pobudzeń z receptorów (wyobrażenia wytwórcze lub odtwórcze), jej siła nie jest proporcjonalna do st. podniecenia

Faza podniecenia cd.

Inne objawy:

Mężczyźni:

- napięcie i zgrubienie powłoki moszny,
- częściowe uniesienie jąder w kierunku krocza

Kobiety:

- poszerzenie pochwy,
- zmiana koloru na ciemnopurpurowy,
- częściowe uniesienie macicy,
- boczne uniesienie warg sromowych większych

Faza plateau

- Rozwija się w miarę adekwatnej dalszej stymulacji
- Wzrasta podniecenie seksualne
- Czas trwania zależy od efektywności stymulacji, indywidualnie

Faza plateau cd

- **Mężczyźni:**
 - wzrost obwodu członka przy krawędzi żołądki,
 - zmiana jej koloru,
 - powiększenie jąder o 50%,
 - dalsze uniesienie jąder,
 - wydalenie z gruczołów Cowpera 2-3 kropli płynu śluzowego (tu plemniki)
- **Kobiety:**
 - Łechtaczka przylega do przedniej ściany spojenia łonowego,
 - rozwój platformy orgazmowej (lokalne przekrwienie i napięcie mięśni w 1/3 zewn. cz. pochwy)
 - wargi mniejsze kolor ciemnego wina,
 - gruczoły Bartholina - wydzielają 1-2 krople wydzieliny śluzowej

Faza orgazmu

- Trwa sekundy
- Udział mięśni miednicy lub całego ciała
- Zawężenie pola świadomości (mimowolne okrzyki, gryzienie, itp.)
- Ustępuje napięcie mięśniowe powstałe w fazie podniecenia, uczucie rozkoszy, zaspokojenia, odprężenia
- U niektórych kobiet – stan orgastyczny

Faza orgazmu cd

Mężczyźni:

- Ejakulacja (wytrysk nasienia)
- Najczęściej objaw orgazmu M
- Udział kory mózgowej lub jako prosty odruch (dwa ośrodki: przywspółczulny S3-S4 i współczulny L1-L3)
- I faza : nasienie z narządów pł. dodatkowych (nasieniowody, pęcherzyki nasienne, gr. krokowy) → cewka moczowa (cz. sterczowa)
- II faza: skurcze wypierające nasienie co 0.8 s (ok. 6x) wytrysk nasienia przez całą dł. cewki (cz. błoniasta i gąbczasta, ujście zewn.)

Faza orgazmu cd

Kobiety:

- Skurcze platformy orgazmowej z 0.8 sek. przerwami, powracające 5-12 razy, skurcze trzonu macicy , u wieloródki –powiększenie macicy o 50%
- Orgazm osiągają łatwiej i szybciej podczas masturbacji
- Orgazm pochwowy ma taka sama wartość jak łechtaczkowy
- Kobieta uczy się orgazmu
- Ważny stopień emocjonalnego związania z partnerem

Faza orgazmu cd

- Z przeprowadzonych badań wynika, że :
- Rekord czasu potrzebnego do osiągnięcia orgazmu wynosi 15s
- Rekord liczby orgazmów w czasie godziny 134
- Kobieta przeżywająca wiele orgazmów potrzebuje krótszego czasu pobudzenia – 8 min
- a jeden orgazm dłuższego czasu – średnio 27 min

Faza ustępowania podniecenia

Ostatnia faza cyklu

- Obniżanie napięcia seksualnego w odwrotności narastania
- Rozluźnienie mięśni, krótki oddech
- Odprężenie, uczucie znużenia, potrzeba snu
- Szybki przebieg u M, wolniejszy u K (potencjalna możliwość powtórnej reakcji orgazmowej)

Faza ustępowania podniecenia cd

Mężczyźni:

- szybki zanik przekrwienia członka (zmniejszenie o 1-1.5 raza)
- powolna inwolucja do stanu normalnego (spadek napięcia moszny, obj. jąder, ich opuszczenie)

Kobiety:

- Łechtaczka w 5-10 s. wraca do normalnej pozycji,
- zmniejszenie przekrwienia powolne, zwiotczenie ścian pochwy,
- powrót normalnego koloru(5-10 min.),
- szerokie rozwarcie zewn. ujścia szyjki (20-30 min.)
- opadanie macicy

Reakcje poza narządami płciowymi

Kobiety:

- Erekcja brodawek sutkowych, powiększenie piersi,
- Plamkowo-grudkowy rumieniec (brzuch, kl. piersiowa)
- Wzrost tętna i RR
- Mimowolne skurcze grup mięśniowych,
- Hiperwentylacja

Mężczyźni:

- Wzrost napięcia mięśni, wzrost tętna i RR
- Plamisto -grudkowe zarumienienie na skórze (brzuch, kl. piersiowa, twarz)
- Hiperwentylacja
- Mimowolne skurcze mięśni (w tym zwieracza odbytu)
- Mimowolna reakcja pocenia się

Psychofizjologia zaspokożenia seksualnego

Poziom najniższy

- Kontakt seksualny - prosta redukcja własnej potrzeby seksualnej, bez uwzgl. potrzeb partnera i innych własnych potrzeb dominacji, uznania (brak satysfakcji lub dyssatisfakcja)

Poziom średni

- zaspokożenie seksualne, redukcja napięcia, ulga, pominięcie potrzeb partnera, brak satysfakcji, "niby wszystko OK."

Poziom wyższy

- zaspokożenie, satysfakcja, zaspokożenie innych potrzeb (w tym partnera), samorealizacja, sprawdzenie się, władza, uznanie, bezpieczeństwo, często u kobiet z potrzebami pozaseksualnymi

Psychofizjologia zaspokożenia seksualnego cd

Poziom wysoki

- satysfakcja, rozkosz, świadomość pogłębienia więzi z partnerem

Poziom najwyższy

- na podłożu miłości erotycznej, miłość do partnera, z odwzajemnieniem, poczucie wspólnoty, nadaje odmienny sens życiu, satysfakcja przekracza założenia pierwotnego celu-zaspokożenia potrzeby seksualnej, bo silniej przeżywana jest bliskość partnera

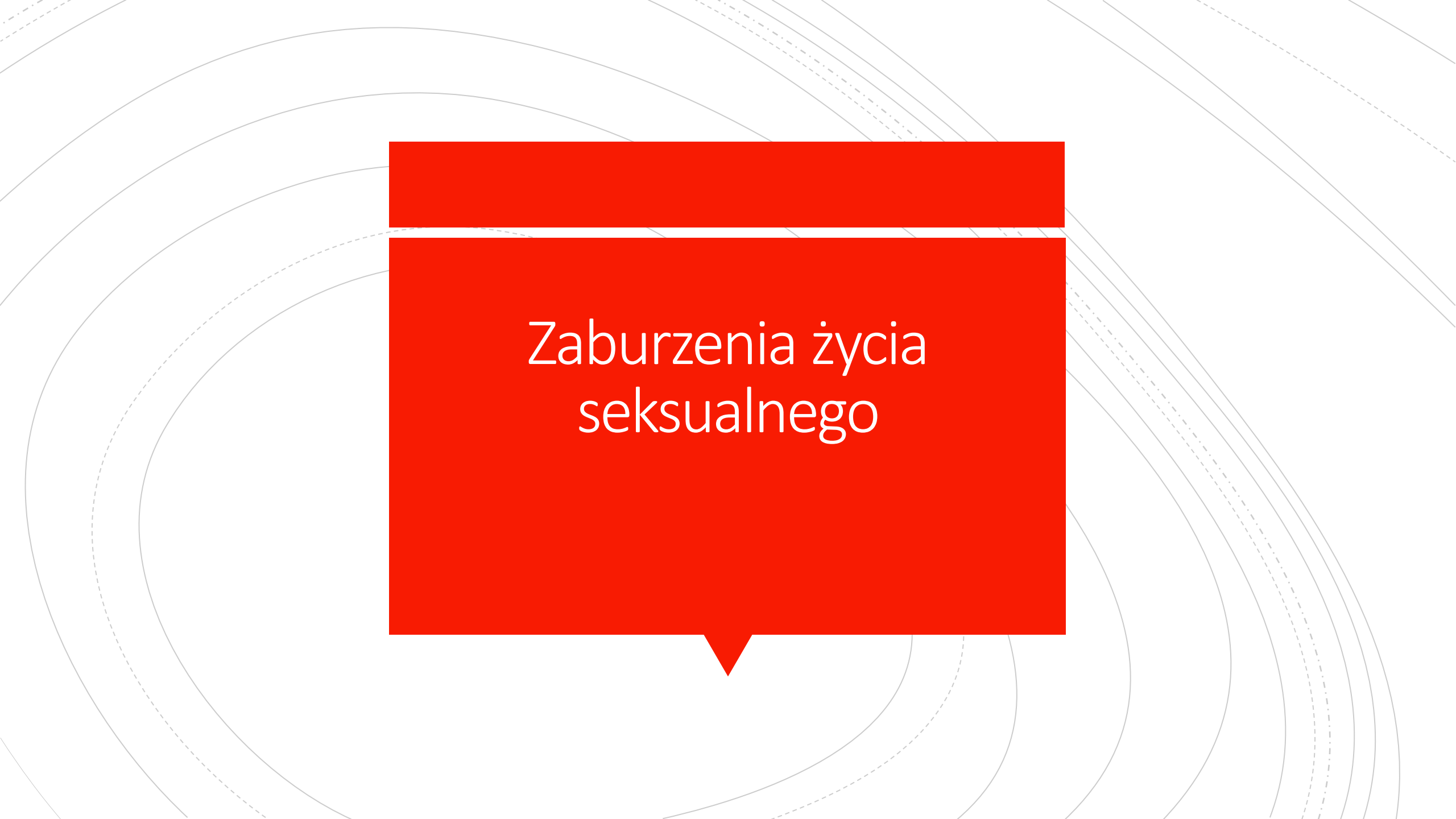
Klasyfikacje budowy genitalnej

- 0-2,5 cm – struna lutni
- 5 cm – pędy orzecha wodnego
- 7,5 cm – mały potok
- 10 cm – czarna perła
- 12,5 cm – dolina właściwa
- 15 cm – komnata wewnętrzna
- 20 cm – biegun północny

Wg taoizmu

Klasyfikacje budowy genitalnej

- Mały – dł. 14,1 cm, obwód 11,8 cm
- Przeciętny – dł. 16,1 cm, obwód 12,7 cm
- Duży – dł. 18,1 cm, obwód 13,8 cm

The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. In the center, there is a red speech bubble with a white outline. The text is written in white inside the bubble.

Zaburzenia życia seksualnego

Zaburzenia życia seksualnego

- Niski poziom satysfakcji i jakości życia seksualnego kobiety może być ściśle związany z osobą partnera.
- Seksualne dysfunkcje mogą pojawić się w odpowiedzi na przemoc w związku, w którym pozostaje kobieta.
- Wprawdzie jakość życia seksualnego kobiet obniża się z wiekiem, wraz z pojawieniem się menopauzy, jednakże w porównaniu do mężczyzn, kobiety mniejszą wagę przywiązują do swojej seksualności, nie odczuwają tak silnego stresu w związku ze spadkiem wydolności seksualnej.

Zaburzenia życia seksualnego

- Społeczno-kulturowe czynniki mogą również zmienić percepcję i rozumienie zaburzeń seksualnych.
- Poczucie bliskości jest ściśle związane z odpowiedzią seksualną na poziomie fizjologicznym i jakością satysfakcji, którą kobieta odczuwa.
- Uczucie wobec partnera wpływa na jakość związku; zarówno długość relacji, jak funkcjonowanie seksualne obydwójga partnerów

Zaburzenia życia seksualnego

- Problemy seksualne często występują łącznie z innymi trudnościami doświadczanymi aktualnie przez kobiety
- Współwystępowanie zaburzeń seksualnych i chorób somatycznych jest pierwszym krokiem w prawidłowej diagnostyce
- Do najczęściej wymienianych chorób towarzyszących zaburzeniom seksualnym należą choroby ginekologiczne, proktologiczne, metaboliczne, kardiologiczne i naczyniowe oraz układu nerwowego
- Choroby układu moczowego znacząco częściej sprzyjają rozwijaniu się zaburzeń podniecenia (cztery razy częściej) oraz zaburzeń bólowych (siedem razy częściej) w porównaniu do grupy kobiet zdrowych

Zaburzenia życia seksualnego

- Czynniki psychologiczne wpływające na rozwój zaburzeń seksualnych są w znacznym stopniu zależne od indywidualnych cech i doświadczeń, np. doznanej traumy seksualnej, zdiagnozowanych zaburzeń odżywiania lub zaburzeń osobowości.
- Niektóre badania wskazują na dość częste rozpoznanie osobowości histrionicznej wśród pacjentek zgłaszających problemy seksualne
- Ponad 70% pacjentek z rozpoznaniem depresji deklaruje spadek popędu seksualnego
- Równie częstymi rozpoznaniem w dysfunkcjach seksualnych są zaburzenia lękowe – 30% i depresja – 21%

KLASYFIKACJA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH KOBIET

- W ostatnich latach klasyfikacja ZSK (FSD-Female Sexual Disorders) przechodzi różne modyfikacje, których odzwierciedleniem jest kompleksowe rozumienie etiologii tych zaburzeń.
- Efektem zmian i istotności czynników psychologicznych i relacyjnych jest klasyfikacja zaproponowana przez Basson i współpracowników

Zaburzenia pożądania u kobiet

- Brak lub zmniejszone zainteresowanie seksem (lub pożądania). Brak myśli i fantazji o treści seksualnej.
- Brak pragnie nie wyklucza pobudzenia.
- Upośledzenie w zakresie utraty potrzeb seksualnych przypisuje się często zmianom w cyklu życia – menopauzalny okres oraz w związku z długotrwałą relacją z partnerem – osłabienie zainteresowania partnerem.

Awersja seksualna

Brak radosnego
przeżywania

- Silny lęk towarzyszący perspektywie kontaktu seksualnego.
- **Anhedonia**
- Zmniejszone do minimum (w terapii poznawczo-behawioralnej pacjentka określa na skali) lub brak adekwatnej przyjemności w przeżyciach pacjentki
- Zachowana jest lubrykacja oraz inne reakcje seksualne

Brak reakcji genitalnej

- Skargi pacjentek obejmują zwłaszcza:
 - minimalne ukrwienie w obrębie sromu,
 - suchość pochwy,
 - zmniejszona wrażliwość na pieszczoty genitaliów.
- Wybiórcze skargi wyłącznie na suchość pochwy są częstsze u kobiet w czasie menopauzy.
- Zachowane jest subiektywne odczucie podniecenia w trakcie pieszczot w okolicach innych niż genitalne.

Brak reakcji genitalnej wraz z zaburzeniem podniecenia

- Brak lub skrajnie niski poziom pobudzenia przy zachowanej odczuwanej przyjemności ze stymulacji seksualnej, ale jednoczesny brak seksualnej reakcji genitalnej (powiększenie sromu, lubrykacja).

Zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego

- Spontaniczne, natrętne i niechciane pobudzenie genitalne (mrowienie, wibracje, pulsowanie).
- Pobudzenie to jest niezwiązane z subiektywnym odczuciem seksualnego zainteresowania i pożądania, może się pojawiać samoistnie bądź być wywołane przez bodźce seksualne, jak i nieseksualne.
- Napięcie seksualne nie jest rozładowywane przeżywanymi orgazmem/orgazmami.
- Świadomość subiektywnego podniecenia jest typowa, ale nie zawsze nieprzyjemna i może utrzymywać się przez długi okres (godzinami, dniami, miesiącami).

Zaburzenia
orgazmu

Dyspareunia

- Pomimo subiektywnie odczuwanego silnego podniecenia/pobudzenia, orgazm albo nie występuje albo jego intensywność jest minimalna lub jest znacznie opóźniony.
- Ból w czasie stosunku lub próby penetracji pochwy. Obejmuje dyspareunię nieorganiczną. Może być spowodowana miejscowym stanem patologicznym lub czynnikami psychologicznymi (ważną rolę odgrywają czynniki emocjonalne).

Pochwica

- Skurcz mięśni otaczających pochwę powodujący zamknięcie wejścia do pochwy.
- Pojawia się często jako foniczna reakcja unikania i antycypacja lęku, bólu wraz z mimowolnym skurczem mięśni.
- Nieprawidłowości w budowie oraz inne fizyczne powinny zostać wykluczone jeśli bierze się pod uwagę to rozpoznanie.

Czynniki sprzyjające rozwojowi seksualnych dysfunkcji u kobiet

Biologiczne

- Zaburzenia endokrynne (hypoandrogenizm, hypoestrogenizm, hyperprolaktemia, zaburzona praca nadnerczy, choroby tarczycy, cukrzyca)
- Przewlekła kandydoza sromu i/lub zapalenie pęcherza moczowego
- Zapalenie dna miednicy: pierwotne lub nabyte
- Długotrwałe przyjmowanie hormonów płciowych, leków sterydowych lub innych farmaceutyków wpływających na poziomy neurotransmiterów
- Choroby przewlekłe (m. in. kardiologiczne, neurologiczne, psychiatryczne)
- Endometrioza sprzyjająca jatrogennej menopauzie i dyspareunia
- Pozostałe i uporczywie nawracające czynniki np. dyspareunia/przewlekły ból związany z endometriozą

Czynniki sprzyjające rozwojowi seksualnych dysfunkcji u kobiet

Psychoseksualne

- Nieadekwatny/opóźniony rozwój psychoseksualny •
- Zaburzenia osobowości typu borderline
- Negatywne doświadczenia seksualne: przemoc, wykorzystanie
- Negatywny obraz własnego ciała lub zbytne przywiązywanie wagi do wyglądu zewnętrznego
- Zaburzenia afektywne (dystymia, depresja, mania) i zaburzenia lękowe
- Nieefektywne strategie radzenia sobie z trudnościami
- Brak prawidłowej wiedzy/edukacji seksualnej

Czynniki sprzyjające rozwojowi seksualnych dysfunkcji u kobiet

Kontekstualne

- Etniczne/religijne/kulturowe przekonania, oczekiwania i ograniczenia dotyczące seksualności
- Ambiwalencja względem aktywności seksualnej gdy nie jest się w trwałym związku
- Negatywne przekonania odnośnie kobiecych metod antykoncepcji
- Niski status społeczno-ekonomiczny
- Słabszy dostęp do fachowej pomocy medycznej i psychologicznej
- Brak sieci wsparcia

Czynniki
bezpośrednie,
wywołujące rozwój
seksualnych
zaburzeń u kobiet

- **Biologiczne**
- Negatywne zdarzenia dotyczące płodności (niechciane ciążę, aborcja, traumatyczny porów z uszkodzeniem dna miednicy, problemy z opieką nad noworodkiem, bezpłodność)
- Depresja poporodowa
- Zapalenie sromu i pochwy/choroby weneryczne
- Seksualne zaburzenia związane z silnym bólem
- Menopauza przed ukończeniem 40 roku życia (POF: Premature Ovaria Failure)
- Przedwczesna menopauza między 40 a 45 rokiem życia •
- Menopauza w następstwie biologicznej lub chirurgicznej interwencji (spadek androgenów, inne towarzyszące zaburzenia i choroby)
- Poważne i przetrwałe symptomy menopauzy mające wpływ na ogólne samopoczucie
- Aktualne schorzenia
- Aktualnie przyjmowane leki
- Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (przeważnie od alkoholu)

Czynniki
bezpośrednie,
wywołujące rozwój
seksualnych
zaburzeń u kobiet

Psychoseksualne

- Utrata miłości ze strony partnera lub spadek uczuć wobec partnera
- Nieprzyjemne, poniżające doświadczenie seksualne • Zaburzenia afektywne i lękowe
- Spadek płodności i poczucia pełnowartościowości jako kobieta

Czynniki
bezpośrednie,
wywołujące rozwój
seksualnych
zaburzeń u kobiet

Kontekstualne

- Konfliktowy związek
- Stresory obecne w cyklu życia (np. choroby dzieci, rozwód, separacja, niewierność partnera itp.)
- Strata lub śmierć członka rodziny lub bliskiego przyjaciela
- Brak dostępu do opieki medycznej i pomocy psychologicznej
- Trudności finansowe

Czynniki podtrzymujące
i utrwalające zaburzenia
seksualne u kobiet
(mogące stanowić
utrudnienie w procesie
terapii)

Biologiczne

- Błędy diagnostyczne, w tym pominięcie istotnych czynników predyspozycji do powstania ZSK
- Nie leczone lub nieprawidłowo leczone zaburzenia współwystępujące:
 - Fizyczne: zmiany w obrębie dna miednicy
 - Urologiczne: nietrzymanie moczu, wielomocz, obniżenie pęcherza moczowego, szyjki macicy lub odbytnicy
 - Proktologiczne: zaparcia, pęknięcia, hemoroidy
 - Metaboliczne: cukrzyca
 - Psychiatryczne: depresja, zaburzenia lękowe (fobie, zespół lęku uogólnionego, napady paniki)
- Niewłaściwe leczenie farmakologiczne
- Uzależnienia
- Zmiany ogólnoustrojowe związane z chorobami przewlekłymi lub menopauzą: Hormonalne Naczyniowe Muskularne Neurologiczne Immunologiczne
- Przeciwwskazania do terapii hormonalnej (zwłaszcza w okresie menopauzy)

Czynniki podtrzymujące
i utrwalające zaburzenia
seksualne u kobiet
(mogące stanowić
utrudnienie w procesie
terapii)

Psychoseksualne

- Obniżona lub utrata pewności siebie jako atrakcyjnej seksualnie kobiety
- Lęk
- Stres (osobisty, emocjonalny, związany ze związkiem, seksualny)
- Obniżone zainteresowanie partnerem, jako obiektem pożądania
- Spadek zaangażowania w związek (spadek siły uczucia)
- Zaburzenia afektywne (depresja i/lub lęk)
- Negatywny stosunek do okresu przekwitania i związanych z nim zmian
- Niezadowolenie z siebie: negatywny obraz ciała np. kształtu ciała, wagi, zmarszczek, obniżenie sprawności fizycznej

Czynniki podtrzymujące
i utrwalające zaburzenia
seksualne u kobiet
(mogące stanowić
utrudnienie w procesie
terapii)

Kontekstualne

- Nieprawidłowa diagnostyka: omijanie tematu ZSK przez lekarzy i innych specjalistów w rozmowie z pacjentką
- Brak dostępu do opieki medycznej i psychologicznej
- Problemy zdrowotne partnera: ogólne, seksualne lub psychologiczne
- Trwający konflikt z partnerem lub innymi ważnymi członkami rodziny
- Czynniki środowiskowe (brak prywatności, brak czasu)

Rozmowa z
pacjentką o
kwestiach
związanych z życiem
seksualnym

- Bądź empatyczny, bez względu na to jak bardzo natarczywa/napastliwa/wzburzona jest pacjentka
- Używaj prostego języka, zrozumiałej terminologii
- Bądź uważny na moment w którym możesz zadać pytanie odnoszące się do tego, co wzbudza w pacjentce najsilniejsze emocje
- Bądź uważny na niewerbalne sygnały świadczące o dyskomforcie lub zawstydzeniu pacjentki
- Bądź uważny na słowa, które same w sobie wywołują silną reakcję emocjonalną np. gwałt, aborcja
- Jeśli nie masz pewności co do orientacji seksualnej pacjentki, staraj się używać słów, dając możliwość wyboru np. „Czy rozmawiała Pani ze swoim partnerem lub partnerką?”
- Wyjaśniaj i uzasadniaj swoje pytania
- W czasie badania lekarskiego ucz, pokazuj, dbaj o poczucie bezpieczeństwa
- Jasno wytłumacz w jaki sposób rozluźnić mięśnie dna miednicy przez badaniem: urologicznym, ginekologicznym, proktologicznym
- Staraj się pomóc na tyle na ile pozwalają ci twoje kwalifikacje i na ile czujesz się komfortowo: zasugeruj wizytę u specjalisty, jeśli uznasz to za konieczne