

JACEK KURPISZ, MONIKA MAK, KATARZYNA NITSCH

Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej Katedry Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny
w Szczecinie
Unit of Clinical Psychology Chair of Psychiatry Pomeranian Medical University in Szczecin

ERNEST TYBURSKI

Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii, Uniwersytet Szczeciński
Department of Clinical Psychology and Psychoprophilactics, Institute of Psychology, University of Szczecin
e-mail: ernest.tyburski@gmail.com

MICHAŁ KASTRAU

Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Faculty of Health Science, Pomeranian Medical University in Szczecin

Obraz ekspresji seksualnej w okresie późnej dorosłości. Stereotypy a fakty empiryczne

Late adulthood sexual expression representation.
Stereotypes and empirical factors

Abstract. Understanding of late adulthood period is associated with a number of misunderstandings and stereotypes. They affect the functioning in the sexual sphere, among others. Here, particularly emphasized is the myth of the “natural” and socially expected asexuality in the elderly. This article presents a positive outlook on sexual expression in late adulthood, as an integral part of the development in the life-span perspective. It presents the beliefs that function in society, and refers them to the results of research on the sexuality of older people, carried out in the last dozen years. The aim of the paper is to outline a realistic picture of the sexual expression of people after the age of 60–65. The article shows an outlook on sexuality in late adulthood from the perspective of both younger generations and older people themselves, describes the process of changing one’s attitudes towards one’s own sexuality as a result of aging, and points out the difficulties and ways of dealing with them undertaken by the elderly in the area of their sexual expression.

Key words: the elderly, sexuality, sexual dysfunctions, stereotyping

Słowa kluczowe: osoby w wieku podeszłym, seksualność, dysfunkcje seksualne, stereotypizacja

WSTĘP

Seksualność towarzyszy ludziom na każdym etapie życia. Jako niezbywalny atrybut każ-

dego człowieka wiąże z sobą to, co biologiczne, z tym, co osobiste, intymne, a także z tym, co publiczne i społeczne. Seksualności nie da się schować, odrzucić. Co więcej,

domaga się ona realizacji związanych z nią potrzeb. Po okresie dojrzewania i rozkwitu w czasie wczesnej i średniej dorosłości seksualność zaczyna ulegać coraz znacznijszym zmianom w okresie późnej dorosłości. Jakim? Czy w ogóle daje ona swój wyraz w ostatnim rozdziale rozwoju człowieka? Wokół odpowiedzi na te pytania narosło wiele przekonań, które po ściślejszej weryfikacji empirycznej okazują się w znaczącej części zbiorem bezkrytycznie powtarzanych stereotypów. Okres późnej dorosłości z perspektywy *life-span* jest wciąż czasem rozwoju, przestrzenią do potencjalnego osiągnięcia pozytywnych zmian. Okazuje się, że ekspresja seksualna może w nim również zająć ważne, należne sobie miejsce. Nie będzie to już seksualność poprzednich etapów rozwojowych. Będzie ich konsekwencją, przedłużeniem zakorzenionym w historii życia. Będzie również obszarem podatnym na wpływy otoczenia. Ulegnie charakterystycznym przekształceniom, podobnie jak poddawała się zmianom na wcześniejszych etapach rozwoju. Nie oznacza to jednak konieczności skazania seksualności na nieuniknioną degenerację i „naturalny” zanik. Ekspresja seksualna jest ważna także na ostatnim etapie życia.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja pozytywnego, a jednocześnie realistycznego spojrzenia na proces seksualnego starzenia się w świetle wyników badań. Autorzy chcieliby również zwrócić uwagę na trudności, jakich doświadczają osoby starsze w obszarze seksualności, oraz na zagrożenia płynące z podążania drogą stereotypu w myśleniu o ekspresji seksualności w późnym okresie życia.

Jako wiek późny, senioralny lub starość w niniejszym opracowaniu przyjmuje się okres po 60.–65. roku życia. W literaturze przedmiotu można jednak się spotkać z innymi podziałami, z czego niektóre obniżają granicę starości nawet do progu 50–55 lat (por. Grabowska, 2011). Prowadzi to do sytuacji, w której wyniki różnych badań nie zawsze będą możliwe do dokładnego porównywania.

SPOLECZNE PRZEKONANIA O EKSPRESJI SEKSUALNEJ W OKRESIE PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI, CZYLI SPOJRZENIE OCZAMI MŁODSZYCH POKOLEŃ

Osoby młodsze postrzegają starsze pokolenia w sposób silnie zniekształcony, co wynika z przyjmowania za prawdę powszechnie funkcjonujących stereotypów na temat starości. Można tu wymienić stereotypy nadmierne idealizujące, na przykład wzorowy dziadek/babcia, mędrzec, idealna głowa rodziny, oraz dewaluujące, przedstawiające seniorów jako słabych, nieaktywnych, niezaangażowanych społecznie, bezbronnych, osamotnionych, konserwatywnych, oschłych, wścibskich, nieszczęśliwych, skupionych na sobie i swoich hipochondrycznych dolegliwościach. W myśleniu o osobach starszych jako całej grupie ważnym czynnikiem okazuje się wyidealizowany schemat poznawczy własnych dziadków i rodziców pochodzący z dzieciństwa. Nie bez znaczenia pozostaje także sposób kreowania osób starszych przez media – jako schorowanych, infantylnych i aseksualnych (Kaiser, 2009; Grabowska, 2011).

Do lat 90. XX wieku panowało powszechne przekonanie o braku potrzeby realizacji seksualnej u osób powyżej 60. roku życia. Pochodziło ono od pionierów badań nad seksualnością, takich jak Alfred Kinsey czy William Masters i Virginia Johnson. Takie wnioski, wyciągnięte z badań na małych grupach osób starszych, były co najmniej nieuprawnione (za: Cichocka, 2004). Wciąż stanowią jednak podłoże do stereotypowego myślenia o seksualności osób starszych.

Fran Kaiser (2009) wymienia następujące spotykane współcześnie społeczne mity dotyczące seksualności osób starszych: przekonanie o naturalności zaniku potrzeb seksualnych w procesie starzenia się, przekonanie, że seksualność jest domeną młodości, oraz przekonanie, że osób starszych nie dotyczy problem chorób przenoszonych drogą płciową. Mimo że stopniowy spadek aktywności seksualnej wraz z wiekiem, począwszy już od okresu wczesnej dorosłości, został do-

brze potwierdzony empirycznie (por. Bancroft, 2009; Cichocka, 2004), nie obserwuje się jej bezwzględnego i nagłego zaniku po upływie 60.–65. roku życia. Niestety, powszechnie podzielane jest przekonanie, że na starość należy zaprzestać aktywności seksualnej, a jej kontynuowanie po przekroczeniu pewnej granicy wieku jest co najmniej niestosowne, a nawet lubieżne czy wręcz patologiczne (Cichocka, 2004; Grabowska, 2011).

Stereotypy z definicji nie wymagają dowodu naukowego, aby istnieć. Są łatwo dostępne, a ich niewątpliwą zaletą jest zyskiwanie przez osobę z nich korzystającą iluzji zrozumiałości świata, obniżenia poziomu lęku wynikającego z tolerowania niejednoznaczności. Stąd, mimo swojej szkodliwości dla grup objętych stereotypem, trudno z nich zrezygnować (por. Aronson, Wilson, Akert, 2012).

Osobom młodym całkowite wycofanie się z aktywności seksualnej w wieku późnym wydaje się niuniknione i dotyczy bezwzględnie każdego, kto przekroczy pewien symboliczny próg wiekowy „seksualnej emerytury”. Od osób starszych wręcz oczekuje się dostosowania do takiego przekonania, któremu nadaje się cechę „fizjologicznej normy”. Przeciwnie korzystanie z uroków cielesności i erotyzmu od starożytności było atrybutem młodości, mającym „naturalnie” spełniać swoją prokreacyjną rolę (Hyde i in. 2010). Inne cele ekspresji seksualnej wydają się w tym momencie mało istotne. Jak pokazują badania, osoby starsze często podporządkowują się takim wymaganiom z obawy przed ośmieszeniem i odrzuceniem, a wbrew odczuwanym potrzebom (Grabowska, 2011; Umidi i in. 2007). Co ciekawe, badacze seksualności przyznają, że obecnie właściwie nie wiemy dokładnie, jakich zmian powinniśmy oczekiwać w fizjologicznym, spełniającym kryteria normy, seksualnym starzeniu się (Hyde i in. 2010).

Okazuje się, że od stereotypów dotyczących seksualności osób starszych nie są wolne także osoby, które profesjonalnie zajmują się opieką nad nimi. Badając ten problem, Ann Frankowski i Leanne Clark (za: de Vries, 2009) doszły do wniosku, że opiekunowie osób starszych zbyt mało uwagi poświęca-

ją ich potrzebom związanym z seksualnością. Dotyczyło to zarówno rodzin, profesjonalnych opiekunów, jak i osób administrujących domami opieki oraz lekarzy.

Kaiser (2009) stwierdza, że poruszanie tematu zdrowia seksualnego ze starszymi pacjentami budzi u lekarzy niechęć, dyskomfort czy zakłopotanie, a nawet poczucie własnej niekompetencji. Nierzadko lekarze traktują problemy seksualne jako „zwykły” objaw innych problemów zdrowotnych lub konieczny skutek uboczny leczenia innych chorób. Sam problem natury seksualnej bywa bagatelizowany w sytuacjach, kiedy możliwe byłoby jego skuteczne leczenie. W badaniu Waltera Boumana i Jona Arcelusa (2001) okazało się, że w procesie diagnozy depresji psychiatrzy rzadziej zbierają wywiad na temat życia seksualnego u osób starszych w porównaniu z osobami młodszymi. Zaburzenia seksualne u starszych osób z depresją były gorzej rozpoznawane i leczone niż w młodszej grupie. Według badań prowadzonych przez zespół Stacy Lindau (Lindau i in. 2007) kwestie swojej seksualności po skończeniu 50. roku życia omawiało z lekarzem 38% mężczyzn i 22% kobiet. Pomijając wagę zdrowia seksualnego dla jakości życia, występowanie zaburzeń seksualnych u osób starszych może być objawem chorób układu krążenia, metabolicznych, urologicznych czy nowotworów (Bitzer i in. 2008). Przytoczeni autorzy wskazują na potrzebę zwrócenia większej uwagi lekarzy na kwestię zdrowia seksualnego seniorów. Sami pacjenci mogą czuć wstyd przed ujawnieniem zaburzenia lub wręcz nie łączyć go z innymi problemami zdrowotnymi.

Zdominowane przez stereotypy nastawienie młodszych pokoleń wobec seniorów, jak się wydaje, ma korzenie w niewiedzy. W swoim badaniu Katherine Allen i Karen Roberto (2009) poprosiły 277 studentów biorących udział w kursie na temat ludzkiej seksualności, aby obejrżeli film edukacyjny poruszający zagadnienie seksualności starszych kobiet. Uczestnicy zajęć przyznali po projekcji, że byli bardzo poruszeni filmem, a przy tym zaskoczeni, iż jego bohaterki wciąż czują się istotami seksualnymi, mają śmiały stosunek

do swojej ekspresji seksualnej, i co więcej – że czują się uprawnione do jej wyrażania. Większość studentów stwierdziła, że po projekcji stali się świadomi różnorodności i złożoności seksualności osób starszych, a także że znacznie łatwiej jest im teraz rozmawiać z innymi o seksualności starszych kobiet. Badani studenci przyznali również, iż lepiej rozumieją negatywny wpływ ageizmu i seksizmu na życie starszych kobiet. Okazuje się, że edukowanie młodych ludzi na temat okresu późnej dorosłości (i jego seksualności) przynosi pozytywne rezultaty.

SPOJRZENIE OCZAMI OSÓB STARSZYCH: POSTAWY WOBEC ZMIAN ZACHODZĄCYCH W SFERZE SEKSUALNOŚCI

Po zarysowaniu postaw młodszych pokoleń wobec seksualności osób w wieku późnej dorosłości nasuwa się pytanie, jak postrzegają ją same osoby starsze?

Z upływem czasu i pojawiającymi się w okresie późnej dorosłości obciążeniami somatycznymi, zmianami w wyglądzie ciała, zmieniającymi się oczekiwaniami społecznymi wobec osób starzejących się, a także ewolucji relacji miłosnej (Wojciszke, 1994) i możliwości seksualnych partnera osoba starsza dochodzi do momentu, w którym konieczne jest podjęcie decyzji co do przyszłości swojej aktywności w sferze seksualności. Każda droga niesie jednak za sobą określone konsekwencje (Cichocka, 2004; Lew-Starowicz, 1985).

Zbigniew Lew-Starowicz (1985) wymienia trzy rodzaje postaw, jakie osoby starsze mogą wykształcić wobec zmian w sferze życia seksualnego: obronną, destrukcyjną i optymistyczną. Postawa obronna wiąże się z nieprzyznawaniem się do częstszych niepowodzeń odnoszonych w pożyciu intymnym (a wynikających przecież z naturalnych zmian), a przy tym z poczuciem osobistej porażki. Osoby takie mogą próbować ratować się przed emocjonalnymi konsekwencjami zmian przez ucieczkę w uzależnienia, nadmierną pracę

czy związki pozamałżeńskie. Jest to forma zaprzeczenia nieuniknionym zmianom. Postawa destrukcyjna polega na całkowitej rezygnacji z aktywności seksualnej. Jest to forma zablokowania naturalnej potrzeby, która i tak objawi się, ale w inny sposób. Konsekwencją takiej decyzji może być pojawienie się zachowań hipochondrycznych, izolowania się, a nawet depresji. Istnieje tu także ryzyko wystąpienia objawów psychosomatycznych oraz patologicznej zazdrości wobec partnera. Postawa optymistyczna zakłada podjęcie przez osobę starszą starań o utrzymanie satysfakcji ze związku, mimo zachodzących zmian. Cechami charakterystycznymi będą tutaj starania o zachowanie ważności życia seksualnego oraz zadaniowe nastawienie na radzenie sobie z pojawiającymi się problemami dotykającymi sfery seksualności.

Marta Cichocka (2004) wymienia cztery kierunki, jakimi może podążyć osoba starsza, podejmując decyzję o przyszłości swojej ekspresji seksualnej. Według autorki może ona kontynuować swoje dotychczasowe życie seksualne w niezmienionej formie, co jest wyrazem zaprzeczenia naturalnemu procesowi starzenia się i wynikających z niego ograniczeń (choć, jak zaznaczono wcześniej – częściowych, niekoniecznie oznaczających całkowity zanik potrzeb seksualnych). Osoby takie będą miały zbyt wysokie wymagania wobec swojej sprawności seksualnej, przy coraz bardziej ograniczonej możliwości ich realizacji. Może to prowadzić do sytuacji załamania i wtórnego obrania innej drogi – znacznego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania realizacji seksualnej. Te dwie możliwości także niosą z sobą poważne konsekwencje. Chociaż są rodzajem ucieczki przed trudem zmierzania się z zachodzącymi zmianami, to jednocześnie powodują narastanie frustracji wynikającej z seksualnego niezaspokojenia oraz mogą się przyczyniać do narastania emocjonalnego napięcia w relacji partnerskiej. Ryzykiem jest tu także popadnięcie w błędne koło obniżania się samooceny i izolacji społecznej. Odrzucenie aktywności seksualnej może mieć również związek z odrzuceniem własnej cielesności, a w konsekwencji spadkiem dbałości o własne cia-

ło (jego kondycję, higienę etc.). Najbardziej adaptacyjnym wyborem okazuje się zmiana dotychczasowych form aktywności seksualnej na takie, które kompensowałyby zmiany fizyczne obojga partnerów, bez drastycznych ograniczeń ekspresji potrzeb seksualnych. Wybór takiej drogi nie jest jednak łatwy, gdyż zależy od jakości relacji w kontekście całej jej (często długoletniej) historii, wypracowanych dotychczas form komunikacji w związku oraz postaw partnerów wobec aktywności seksualnej, a także zmian, jakie niesie z sobą późny okres życia. Nie bez znaczenia będą tu również, przesycone stereotypami, oczekiwania społeczne wobec seksualności osób starszych. Istotne w tej sytuacji jest wypracowanie form aktywności, które będą akceptowane zarówno przez seniora, jak i partnera oraz ich otoczenie społeczne.

Obserwacje kliniczne pokazują, że osoby starsze coraz chętniej szukają pomocy w sytuacjach pojawienia się problemów seksualnych. Fakt ten daje możliwość bliższego przyjrzenia się sposobom radzenia sobie starszych par nie tylko z dotykającymi ich zmianami, ale i wynikającymi z nich trudnościami. Johannes Bitzer wraz ze współpracownikami (2008) opisują cztery grupy starszych par pacjentów, którzy zgłaszają się po profesjonalną pomoc w celu leczenia zaburzeń seksualnych. Do pierwszej grupy należą pary, które chcą zupełnie wycofać się z aktywności seksualnej. Jest to dość powszechne w sytuacji, gdy aktywność seksualna nigdy nie była najważniejszą sferą w ich związku. Do drugiej grupy autorzy zaliczają pary, w których z aktywności seksualnej wycofuje się jedna osoba, a druga chce ją kontynuować. Taka sytuacja powoduje narastanie napięcia w związku, a wycofujący się partner pierwszy pojawia się u terapeuty jako pacjent. Osoba taka zwykle przychodzi na leczenie nie tyle z powodu własnej potrzeby zmiany swojego poziomu pożądania, ile z obawy przed rozpadem związku. W przypadku takich par problemem mogą być również relacje pozamałżeńskie aktywnych seksualnie partnerów. Trzecią grupę pacjentów stanowią osoby, które szukają pomocy w poradzeniu sobie z własnymi zaburzeniami sek-

sualnymi, podczas gdy ich partnerzy nie mają w tym obszarze żadnych trudności. Postrzeganie ważności i jakości stosunków seksualnych przez obu partnerów może się w takich parach bardzo różnić (na przykład jeden partner może być bardzo niezadowolony z zaistniałego problemu seksualnego, a drugiemu wcale ten problem nie przeszkadza i nie ma motywacji do zmian w układzie partnerskim). Ostatnią grupę stanowią pary, w których oboje partnerzy mają problemy seksualne, ale niekoniecznie potrafią o nich rozmawiać. Mogą one na własną rękę szukać zadowalających rozwiązań sytuacji, bez potrzeby skorzystania ze specjalistycznej pomocy.

Innym ważnym wyzwaniem w okresie późnej dorosłości jest często poradzenie sobie ze śmiercią życiowego partnera. Problem ten dotyczy głównie kobiet, ze względu na statystyczną nadumieralność mężczyzn. Ciekawym badaniem na temat przystosowywania się do zmian związanych ze stanem wdowim jest praca Marii Talbott (1998). Autorka zbadała 64 wdowy z Portland, do 5 lat po owdowieniu, w wieku od 61 do 85 lat. 66% z nich było zainteresowanych kontaktami z mężczyznami (pozytywna odpowiedź na pytanie: „Czy pociągają cię lub interesują osoby przeciwnej płci?”), ale tylko 15% – ewentualnym ponownym małżeństwem. Zaobserwowano, że badane wdowy podawały bardzo różne powody, wyjaśniając udzielone przez siebie odpowiedzi. Niestety autorka przytacza jedynie fragmenty narracji badanych, nie podając przy tym procentowego rozpowszechnienia danego wyjaśnienia w badanej próbie. Niektóre badane nie były zainteresowane ponownym małżeństwem ani związkiem niesformalizowanym. Część badanych kobiet wskazywała na poczucie braku wspólnych aktywności z mężczyznami, takich jak taniec czy pójście do kina. Niektóre z nich wciąż czuły konieczność zachowania lojalności wobec zmarłego męża, inne natomiast podkreślały wagę poczucia własnej wolności w stanie wdowim. Wymieniane były także obawy związane z antycypacją śmierci kolejnego męża, konieczności opieki nad nim, nadmiaru związanych z tym obowiązków. Pojawiały się także opinie

o braku chęci do podejmowania wysiłku dopasowywania się do kogoś w zakresie sposobu myślenia i codziennego funkcjonowania. Inne wdowy wyrażały z kolei obawy przed niedopasowaniem, ewentualnym rozwodem czy też negatywną reakcją swojej rodziny na potencjalny ślub. Co ciekawe, wśród badanych pojawiały się opinie, że tak naprawdę każda wdowa myśli o mężczyznach i skrycie chciałaby związku. Niektóre wdowy interesowały się mężczyznami i miały zadowolające życie seksualne po śmierci męża, ale w chwili badania nie czuły już potrzeby bycia w związku. Część badanych powoływała się na zasady religijne, tłumacząc, że w życiu ma się tylko jednego męża. Starsze wdowy wymykają się w tym badaniu prostej kategoryzacji. Wskazuje to na wysoki poziom indywidualizmu w przeżywaniu stanu wdowieństwa i radzenia sobie z nim.

BADANIA NAD EKSPRESJĄ SEKSUALNĄ W OKRESIE PÓZNEJ DOROSŁOŚCI

Seksualność osób starszych jest obszarem, który od niedawna stanowi przedmiot badań naukowych. Wynika to z tak zwanego podwójnego tabu, które zakłada, że na starość potrzeby seksualne powinny w naturalny sposób zaniknąć, oraz że jest to obszar zbyt intymny (a może i niestosowny) dla naukowych dociekań (Cichocka, 2004; de Vries, 2009). Poniżej zaprezentowane zostały wyniki kilku współczesnych badań, które obalają stereotypowy obraz seksualności w okresie późnej dorosłości. Okazuje się, że aktywność seksualna może pozostawać w sferze zainteresowań nawet w bardzo późnej starości. Co więcej, niektórzy seniorzy chcieliby być bardziej aktywni, niż jest to dla nich możliwe w obecnych okolicznościach. Dla przykładu, w badaniu Zoë Hyde i współpracowników (2010) 40% badanych starszych mężczyzn deklarowało, że chciałoby częściej odbywać kontakty seksualne, niż ma obecnie możliwość.

W badaniach prowadzonych we Włoszech (Umidi i in. 2007) przebadano 230 mężczyzn

i kobiet w wieku ponad 65 lat bez objawów deficytów poznawczych i depresji. Badanych podzielono na grupy w zależności o miejsca zamieszkania: duże miasto vs małe miasteczko. Na pytanie, czy badani czują pragnienie fizycznego kontaktu z partnerem, twierdząco odpowiedziało 86,2% mężczyzn i 38,9% kobiet z dużego miasta i będących w stałych związkach (z czego dla 79,3% mężczyzn i 25% kobiet miałyby to być pełen genitalny kontakt seksualny). Dla porównania, twierdząco na zadane pytanie odpowiedziało 54,8% mężczyzn i 27,5% kobiet z małego miasta i będących w stałych związkach, (przy czym dla 32,2% mężczyzn i 5,8% kobiet miałyby to być pełen genitalny kontakt seksualny). Wyraźnie niższe wyniki uzyskano w grupie wdów i wdowców.

Nasuwa się tutaj pytanie o motywację zachowań seksualnych, gdzie cel hedonistyczny być może nie jest najistotniejszy w porównaniu z innymi (na przykład więziotwórczymi, bezpieczeństwa, rozładowania emocjonalnego napięcia, potwierdzenia swojego poczucia kobiecości/męskości). Według autorów w badaniu ujawnia się także wpływ czynników społecznych na regulację ekspresji seksualnej osób starszych – bardziej ją ograniczający w mniejszej miejscowości w porównaniu z miastem (na przykład opinia rodziny, przekonania społeczne o funkcjonowaniu seksualnym osób starszych).

Badania przeprowadzone w Hiszpanii (Fernández-Hernández i in. 2006) pokazały, że 21% badanych kobiet w wieku powyżej 65 lat przyznaje się do odbywania stosunków seksualnych, a 23,9% odczuwa pożądanie seksualne. Według wyników badań innego hiszpańskiego zespołu (Palacios-Ceña i in. 2012) w roku poprzedzającym badanie aktywnych seksualnie było 62,3% badanych mężczyzn (n = 821) i 37,4% kobiet (n = 1118) w wieku powyżej 65 lat. Czynnikiem istotnym dla utrzymywania aktywności seksualnej było posiadanie partnera. Mężczyźni z wyższym wykształceniem częściej odbywali stosunki seksualne niż ci z niższym. Grupa badanych kobiet i mężczyzn powyżej 75 lat znacząco rzadziej podejmowała kontakty sek-

sualne w porównaniu z grupą w wieku 65–74 lat. Niemniej 55,2% mężczyzn i 33,3% kobiet z grupy 75+ zgłaszało odbywanie stosunków seksualnych przynajmniej dwa razy w miesiącu. Prawdopodobieństwo zaprzestania aktywności seksualnej dla obu płci było związane z gorszą oceną swojego zdrowia somatycznego, seksualnego (dla mężczyzn), występowaniem dwóch lub więcej chorób, przyjmowaniem dwóch lub więcej leków. Nie jest jasne, czy to lepsze postrzeganie swojego zdrowia wpływało na większą aktywność seksualną, czy też odwrotnie.

W podłużnym badaniu kohortowym grupy 3274 mężczyzn w wieku od 75 do 95 lat z Australii (Hyde i in. 2010; 2012) w poprzedzających badanie ostatnich 12 miesiącach aktywnych seksualnie było 39,6% badanych mężczyzn w wieku 75–79 lat w porównaniu z 11% w wieku 90–95 lat. Spadek aktywności z wiekiem był istotny statystycznie. Odbywanie stosunków seksualnych było określane jako ważny aspekt życia przez 59% badanych mężczyzn w wieku 75–79 lat w porównaniu z 20,9% w wieku 90–95 lat. Wskazywanymi przez badanych przyczynami braku podejmowania aktywności seksualnej w całej grupie badanej były: ograniczenia i własna niesprawność fizyczna (48,4%), brak zainteresowania aktywnością seksualną (40,5%), brak zainteresowania sferą seksualną związku ze strony partnerki (39,5%), niesprawność fizyczna partnerki (22,9%). Znacznie rzadziej podawanymi powodami były: przeżywanie żaloby, obawa przed reakcją rodziny (głównie dzieci) na zainteresowanie aktywnością seksualną seniora, celibat, skutki leczenia oraz kwestie religijne.

Stacy Lindau wraz ze współpracownikami (2007) przebadala 1455 mężczyzn i 1550 kobiet w wieku 57–85 lat ze Stanów Zjednoczonych. W ostatnich 12 miesiącach roku poprzedzającego badanie aktywnych seksualnie było 67% mężczyzn i 38,5% kobiet w grupie 65–74 lata, w porównaniu z 38,5% mężczyzn i 16,7% kobiet w grupie 75–85 lat. Połowa z aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn zgłaszała występowanie przynajmniej jednego, uciążliwego problemu seksualnego. Do najczęstszych problemów kobiet zalicza-

ły się brak zainteresowania kontaktami seksualnymi, problemy z lubrykacją, anorgazmia i brak uczucia przyjemności z kontaktu. Mężczyźni najczęściej wymieniali takie trudności, jak problemy z erekcją, brak zainteresowania kontaktami seksualnymi (choć prawie dwa razy rzadziej niż grupa kobiet), wytrysk przedwczesny. Od 22 do 34% badanych mężczyzn i kobiet unikało podejmowania kontaktów seksualnych z powodu występowania zaburzeń w tej sferze życia. Podejmowanie kontaktów seksualnych jako nieistotne w swoim życiu określiło 35% kobiet i 13% mężczyzn.

Te osoby, które gorzej oceniały swój ogólny stan zdrowia, były mniej aktywne seksualnie oraz częściej zgłaszały występowanie problemów seksualnych. Istotne znaczenie autopercepcji swojego stanu zdrowia (niezależnie od jego realnego stanu) dla ekspresji seksualnej u osób starszych potwierdzają również inne badania (por. Bancroft, 2009; Umidi i in. 2007). Im jest ona korzystniejsza, tym częściej podejmowana jest aktywność seksualna.

W badaniu Zbigniewa Izdebskiego (2012) dotyczącym seksualności Polaków po 50. roku życia (grupa 295 mężczyzn i 562 kobiet) głównymi przyczynami braku aktywności seksualnej okazały się: brak partnera (23% mężczyzn i 33% kobiet), brak potrzeby współżycia (18% mężczyzn i 28% kobiet), niechęć do seksu (0% mężczyzn i 18% kobiet) oraz problemy zdrowotne (27% mężczyzn i 17% kobiet). Inne powody, takie jak obawa przed wyglądem swojego ciała, nieprzyjemne wspomnienia, obawy przed zakażeniem chorobą przenoszoną drogą płciową, niesprawdzeniem się w seksie, antycypacją problemów seksualnych czy poczuciem winy, osiągnęły znacząco niższe wartości (4% i mniej). Niestety, wysoki był także procent nieudzielonych odpowiedzi (32,5% dla ogółu badanych). W badaniu zadano także pytanie, czy w opinii badanych istnieje granica wieku, po której spada zainteresowanie seksem wśród kobiet oraz mężczyzn. Około połowy badanych mężczyzn odpowiedziało twierdząco dla obu płci, podobnie 1/3 badanych kobiet wobec grupy mężczyzn, a połowa z nich wobec grupy kobiet. Średnia wieku będąca według badanych granicą takie-

go nagłego spadku była podobna w obu grupach i wynosiła około 62 lat dla mężczyzny i około 55 lat dla kobiety.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż badana przez Izdebskiego grupa składała się z osób po 50. roku życia, przez co pochodzące od niej wyniki nie są pełnym obrazem seksualności osób, które przekroczyły próg późnej dorosłości. Według różnych autorów takim punktem jest wiek około 60–65 lat (Bee, 2004). W badaniu Izdebskiego (2012) zastosowano granicę podziału między dwoma okresami dorosłości według górnej granicy tak zwanego wieku prokreacyjnego, zgodnie z wytycznymi WHO. Taka decyzja jest wyrazem pewnego trendu, zauważanego obecnie w badaniach nad seksualnością osób dorosłych, a polegającego na skupianiu coraz większej uwagi badaczy na okresie okołomenopauzalnym i andropauzalnym (Izdebski, 2012).

Badania wskazują na powtarzającą się tendencję, zgodnie z którą dla starszych mężczyzn aktywność seksualna pełni ważniejszą rolę niż dla kobiet. Mężczyźni okazują się również bardziej aktywni seksualnie niż kobiety w podobnym wieku (Izdebski, 2012; Lindau i in. 2007).

W jaki sposób osoby starsze zaspokajają swoje potrzeby seksualne?

Według badań Dominga Palacios-Ceña i współpracowników (2012) najczęściej stosowaną formą zaspokajania potrzeb seksualnych jest całowanie i przytulanie, następnie stosunek waginalny, rzadziej masturbacja czy stosunek oralny. Porównywalne wyniki uzyskał zespół Lindau (Lindau i in. 2007), choć w tym wypadku badani częściej przyznawali się do uprawiania stosunków oralnych i zachowań masturbacyjnych. W obu badaniach zachowania seksualne przejawiały tendencję spadkową wraz z wiekiem, jednak nigdy nieosiągającą zera w badanych populacjach.

Izdebski (2012) w badaniu seksualności Polaków po 50. roku życia zadał badanym pytanie o ulubione i zazwyczaj podejmowane formy aktywności seksualnej (grupa 895 mężczyzn i 886 kobiet). Do najczęściej podejmowanych form aktywności seksualnej należały: pocałunek w usta (46% mężczyzn

i 36% kobiet), pieszczoty piersi (34,2% mężczyzn i 14,4% kobiet), pieszczonienie narządów płciowych partnera/partnerki ręką (25,6% mężczyzn i 15% kobiet), bycie pieszczonym po narządach płciowych (24,6% mężczyzn i 19,6% kobiet), bycie całowanym po piersiach (22,1% mężczyzn i 26,7% kobiet), pieszczoty innych części ciała (20,4% mężczyzn i 11% kobiet), zmiany pozycji w trakcie stosunku (19,6% mężczyzn i 13,8% kobiet), bycie całowanym w inne części ciała (18,5% mężczyzn i 13,6% kobiet), pieszczonienie narządów płciowych ustami (12,6% mężczyzn i 6,5% kobiet) oraz bycie pieszczonym ustami po narządach płciowych przez partnera/partnerkę (12,2% mężczyzn i 8,7% kobiet). Inne formy aktywności osiągały wyniki poniżej 9%. Na to pytanie nie odpowiedziało ¼ badanych obu płci. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety w zdecydowanej większości podkreślali istotność gry wstępnej oraz uczucia miłości dla udanego życia seksualnego. Do stosowania masturbacji obecnie przyznawało się 7,6% mężczyzn oraz 3,6% kobiet, a 46,8% mężczyzn i 12,1% kobiet masturbowało się w przeszłości.

Na formę ekspresji seksualnej u osób starszych ważny wpływ ma ogólny stan zdrowia. Kobiety przyznające się do gorszego stanu zdrowia rzadziej angażują się w kontakty genitalne i oralne. Te, które postrzegają siebie jako zdrowsze, być może mają więcej okazji i większą łatwość do angażowania się w aktywność seksualną. Większa liczba chorób i stosowanych leków u obu płci obniża znacząco funkcjonowanie seksualne. W przebiegu chorób spadek aktywności może wynikać nie tylko ze spadku zainteresowania samą aktywnością seksualną, ale także z nieporozumień dotyczących możliwości współżycia w chorobie, bezpieczeństwa współżycia czy negatywnych zmian w obrazie ciała (Palacios-Ceña i in., 2012).

Badania pokazują, że podejmowane sposoby realizacji seksualnej są przede wszystkim nastawione na uzyskanie emocjonalnej bliskości. Dla przykładu, w badaniach zespołu Julii Heiman i współpracowników (Heiman i in. 2011) najlepszym predyktorem poczucia

szczęścia w związku u starszych mężczyzn okazało się przytulanie i całowanie.

Jakie problemy związane z ekspresją seksualną spotykają osoby w okresie późnej dorosłości?

Kew-Kim Chew wraz ze współpracownikami (Chew i in. 2008) podają, że w przeprowadzonym przez nich badaniu Australijczyków do zaprzestania aktywności seksualnej przyznawało się 20,2% mężczyzn z wieku 60–69 lat ($n = 252$), 58,5% w wieku 70–79 lat ($n = 265$) i 79,9% w wieku ponad 80 lat ($n = 217$). Nasilenie zaburzeń erekcji było wyraźnie zauważalne po 50. roku życia, a wraz z wiekiem rosła liczba cięższych postaci zaburzeń erekcji w porównaniu z jej lżejszymi formami.

W badaniu Izdebskiego (2012) na grupie 900 mężczyzn do problemów z erekcją przyznawało się 13,2% badanych w wieku 50–59 lat, 34,9% w wieku 60–69 lat oraz 55,3% w wieku 70 lat i więcej. W opinii większości badanych problemy z erekcją w starszym wieku są nieuniknione, naturalne i mogą się przytrafić mężczyznom. Wśród innych problemów seksualnych zgłaszanych przez mężczyzn znalazły się: zbyt małe potrzeby seksualne (7,9%), za duża chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnerki (3,9%), zbyt duże potrzeby seksualne (3,8%), brak wytrysku lub trudności z nim związane (3,4%), wytrysk przedwczesny (3%). Inne problemy uzyskały wyniki poniżej 2% (wytrysk przed stosunkiem, dyspareunia, zbyt mała chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnerki).

Do najczęściej zgłaszanych zaburzeń seksualnych u Polek wieku 50+ ($n = 883$; Izdebski, 2012) można zaliczyć skargi za zbyt małe potrzeby seksualne (11,7% badanych), zbyt małą chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera (6,7%), problemy z osiągnięciem orgazmu (6,2%), ból narządów płciowych podczas stosunku (3,3%), zbyt duże potrzeby seksualne (1%). Brak problemów w życiu seksualnym deklarowało 43,1% badanych kobiet.

Jokannes Bitzer i współpracownicy (2008) przedstawili podsumowanie dotychczasowych wyników badań poruszających problem

zmian w obszarze seksualności zachodzących z wiekiem u kobiet. Po pierwsze, zauważalny jest spadek częstości aktywności seksualnej, który zaczyna się już na przełomie trzeciej i czwartej dekady życia (dotyczy spadku pożądania oraz zainteresowania aktywnością seksualną). Po drugie, wraz z wiekiem spada u kobiet częstość orgazmów, choć obserwowana jest tu duża zmienność wyników. Wyniki dotyczące zdolności do osiągania podniecenia są niejednoznaczne. U niektórych kobiet może się ona obniżać, a u innych zwiększać lub pozostać na stałym poziomie. Zgłaszane na wcześniejszych etapach życia problemy seksualne kobiet nie mają ogólnej tendencji do nasilania się z wiekiem. Wyjątkiem są zaburzenia związane z odczuwaniem bólu, które z czasem mogą łagodnieć.

Mimo obserwowanego spadku ilościowego aktywności seksualnej, pojawiania się kolejnych trudności somatycznych i psychospołecznych dotyczących ekspresji seksualnej, osoby starsze były, są i najprawdopodobniej będą aktywne seksualnie (lub przynajmniej część z nich).

SPOJRZENIE KRYTYCZNYM OKIEM

Przeglądając literaturę oraz badania poruszające zagadnienie ekspresji seksualnej osób starszych, można się także spotkać z bardziej krytycznymi opiniami na temat prowadzenia i interpretacji badań w tej sferze. Przykładem jest spojrzenie Stephena Katza i Barbary Marshall (2003). Autorzy ci stwierdzają, że okres starości jest obecnie nadmiernie koloryzowany. Biorąc pod uwagę zauważaną przez socjologów współczesną obsesję dążenia do ciągłego „usprawniania siebie”, Katz i Marshall wskazują, iż dotknęła ona również okresu późnej dorosłości. W konsekwencji prowadzi do zaprzeczenia naturalnym ograniczeniom spotykającym ludzi w tym okresie życia. W odniesieniu do sfery seksualnej, według autorów, nazywa się patologią to, co jest i zawsze było rozwojową normą. Koloryzujące starość podejście ma korzenie w postmodernistycznym poczuciu beczasowości

i zacieraniu granic między różnymi etapami rozwojowymi człowieka. Prowadzi to ostatecznie do odbierania osobom starszym prawa do „zwykłego” starzenia się. Promowana jest natomiast wizja „postludzkiego” ciała, technicznie usprawnionego we wszelkich sferach funkcjonowania, niezależnie od wieku (na przykład w obszarze zdrowia, możliwości, reprodukcji), w tym również jego możliwości ekspresji seksualnej. Celem tych działań ma być budowanie rynku pod zaspokajanie potrzeb populacji zaprzeczającej procesowi starzenia się. Dzięki temu kultura, gospodarka i instytucje zdrowia mogą odnosić własne korzyści, oferując środki ratunkowe pozwalające na zachowanie atrybutów młodości. Wcześniejsze zaprzeczenie możliwości seksualnym osobom starszym jest teraz po prostu niemodne, co jest wyrazem, lub wręcz produktem, obecnych czasów i kultury. Katz i Marshall wyrażają pogląd, iż przejawem owej mody jest również aktualne zainteresowanie gerontologów, seksuologów, psychologów czy urologów badaniami nad seksualnością osób starszych.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że wcześniejsza obojętność wobec badania seksualności osób starszych musiała z czasem ulec zmianom. Wynika to z kilku faktów (Bitzer i in., 2008). Przede wszystkim osoby starsze mają obecnie mniej bardzo poważnych problemów zdrowotnych niż kiedyś, co w konsekwencji mniej ogranicza ich ekspresję seksualną. Po drugie, metody leczenia zaburzeń seksualnych u osób starszych gwałtownie się rozwijają i przynoszą dobre efekty. Zwiększa się także świadomość osób starszych w zakresie dbania o swoje zdrowie seksualne oraz możliwości postępowania terapeutycznego. W końcu zauważalna jest postępująca przemiana w myśleniu o funkcjach realizacji seksualnej osób starszych, nie tylko o ewolucyjnej perspektywy skupiającej się na prokreacji, ale także jako ważnego składnika wpływającego pozytywnie na zachowanie zdrowia psychicznego (obniżanie napięcia emocjonalnego, budowania emocjonalnej bliskości, rekreacja zamiast prokreacji, przeżywania przyjemności i tak dalej).

Można się pokusić o stwierdzenie, że prawda leży gdzieś pośrodku. Specjaliści zajmujący się zagadnieniami opieki zdrowotnej w sferze seksualności powinni konstruktywnie, ale też krytycznie podejść do wyzwania, jakim jest adekwatna pomoc osobom starszym. Obecnie zaczyna ona być coraz skuteczniejsza i bardziej dostępna (por. Leiblum, Seagraves, 2000; Bitzer i in. 2008; Kaiser, 2009).

PODSUMOWANIE

Przekonanie o aseksualności osób starszych jest mitem. Zanik aktywności seksualnej w późnym okresie życia nie jest typową ani oczekiwaną konsekwencją naturalnego procesu starzenia się (Kaiser, 2009). Starzenie się samo w sobie nie musi zmniejszać możliwości i zainteresowania aktywnością seksualną (Taylor, Gosney, 2011). Gdy taka sytuacja zachodzi, to jest ona najczęściej wynikiem nawarstwiającej się patologii zdrowia somatycznego oraz uboczną konsekwencją procesu leczenia (za: Grabowska, 2011). Co ciekawe, dobre zdrowie seksualne w późnej dorosłości okazuje się ważnym predyktorem dobrego ogólnego stanu zdrowia i poczucia jakości życia (Palacios-Ceña i in. 2012). Niestety podejmowanie aktywności seksualnej w późnym okresie życia wiąże się również z zagrożeniem zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową (por. Cichocka, 2004).

Osoby starsze okazują się również nie tak bierne i niezainteresowane swoją seksualnością, jak przedstawiają to społeczne stereotypy. Jak dowodzą niektóre z przytoczonych badań (np. Talbott, 1998; Umidi i in. 2007), same osoby starsze chcą mówić o swojej seksualności i uznają poznawanie obszaru własnej seksualności za ważne. Rozwijanie takiej wiedzy, według badanych osób starszych, urealnia obraz okresu starości, polepsza komunikację z innymi grupami społecznymi, w tym ze specjalistami z zakresu opieki zdrowotnej. Badani wyrażają również chęć poszerzenia własnej wiedzy o swojej seksualności i związanych z nią problemach, a także aktywnego szukania sposobów radzenia sobie z nimi.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że potrzeby seksualne i ich realizacja są ważne dla funkcjonowania jednostki na ostatnim etapie życia (por. Grabowska, 2011; Lew-Starowicz, 1985). Co prawda, patrząc na wyniki badań, trudno je zaliczyć do obszaru normy statystycznej czy też społeczno-obyczajowej (por. Lew-Starowicz, Przyłuska-Fischer, Stusiński, 2015). Należy jednak zaznaczyć, że nie są to jedyne i najdoskonalsze kryteria określające „normalność” w seksuologii. Co istotne, do zestawu norm społeczno-obyczajowych

można zaliczyć wiele z przytoczonych wcześniej stereotypów. W definicjach zdrowia seksualnego według WHO oraz ONZ podkreślane jest znaczenie pozytywnego rozwoju, samorealizacji, odpowiedzialności, realizacji celów hedonistycznych i więziotwórczych poprzez seksualność. Pod tym względem ekspresja seksualna w okresie późnej dorosłości wydaje się czymś jak najbardziej oczekiwanym. Spełnia również kryterium dla seksuologicznej normy klinicznej, partnerskiej oraz indywidualnej.

BIBLIOGRAFIA

- Allen K.R., Roberto K.A. (2009). From sexism to sexy: challenging young adults' ageism about older women's sexuality. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*, 6 (4), 13–24.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (2012). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Wydanie 7. Poznań: Zysk i s-ka.
- Bancroft J. (2009). *Seksualność człowieka*. Wydanie 3. Wrocław: Elsevier Urban and Partner.
- Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i Sk-a.
- Bitzer J., Platano G., Tschudin S., Alder J. (2008). Sexual counselling in elderly couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2027–2043.
- Bouman W.P., Arcelus J. (2001). Are psychiatrists guilty of 'ageism' when it comes to taking a sexual history? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 27–31.
- Cichocka M. (2004). Biopsychosocjalne uwarunkowania seksualności ludzi starych [w:] M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chew K.K., Stuckey B., Bremner A., Earle C., Jamrozik K. (2008). Male erectile dysfunction: Its prevalence in Western Australia and associated sociodemographic factors. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 60–69.
- de Vries B. (2009). Introduction to Special Issue Sexuality and Aging: A Late-Blooming Relationship. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*, 6 (4), 1–4.
- Fernández-Hernández M., Gaviria-Cano M.N., Muñoz-González F., Miguel-Calvo I., Coll-Torres E., Fuentes-Ferrer M.E. (2006). Sexualidad en las mujeres mayores [Sexuality in older women]. *Atención Primaria*, 37, 504–509.
- Grabowska M. (2011). *Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania*. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Heiman J.R., Long J.S., Smith S.N., Fisher W.A., Sand M.S., Rosen R.C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 741–753.
- Hyde Z., Flicker L., Hankey G.J., Almeida O.P., McCaul K.A., Chubb P., Yeap B.B. (2010). Prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years. A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 153, 693–702.
- Hyde Z., Flicker L., Hankey G.J., Almeida O.P., McCaul K.A., Chubb P., Yeap B.B. (2012). Prevalence and predictors of sexual problems in men aged 75–95 years: A population-based study. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 442–453.
- Izdebski Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku*. Wydanie 1. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kaiser F.E. (2009). Funkcje seksualne u osób w podeszłym wieku [w:] T. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams (red.), *Geriatrics*. Wydanie 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

- Katz S., Marshall B. (2003), New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17, 3–16.
- Leiblum S.R., Seagraves R.T. (2005), Terapia seksualna osób w podeszłym wieku [w:] S.R. Leiblum, R.C. Rosen (red.), *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: GWP.
- Lew-Starowicz Z. (1985), *Seks dojrzały*. Warszawa: PZWL.
- Lew-Starowicz Z., Przyłuska-Fischer A., Stusiński J. (2015), *Normy i kontrowersje etyczne w seksuologii*. Sopot: GWP.
- Lindau S.T., Schumm L.P., Laumann E.O., Levinson W., O’Muircheartaigh C.A., Waite L.J. (2007), A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 23, 762–74.
- Palacios-Ceña D., Carrasco-Garrido P., Hernández-Barrera V., Alonso-Blanco C., Jiménez-García R., Fernández-de-las-Peñas C. (2012), Sexual Behaviors among Older Adults in Spain: Results from a Population-Based National Sexual Health Survey. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 121–129.
- Talbott M.M. (1998), Older widows’ attitudes towards men and remarriage. *Journal of Aging Studies*, 12, 4, 429–449.
- Taylor A., Gosney M.A. (2011), Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40, 538–543.
- Umidi S., Pini M., Ferretti M., Vergani C., Annoni G. (2007), Affectivity and sexuality in the elderly: often neglected aspects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Suppl. 1, 413–417.
- Wojciszke B. (1994), *Psychologia miłości*. Gdańsk: GWP.