

# *Kategorie kobiecości i męskości w odniesieniu do pojęcia widocznej niepełnosprawności ruchowej*

**Alicja Długolecka**

- ❖ **Zakład Psychosomatyki i Rehabilitacji Seksualnej, Wydział Rehabilitacji**
- ❖ **Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie**

# Badania 2007-2009

❖ Badania własne

Kierownik projektu- dr Alicja  
Długołęcka

Realizacja- dr Alicja Długołęcka i lek.med.  
Monika Łukasiewicz

**„Jakość życia seksualnego i  
partnerskiego kobiet  
niepełnosprawnych  
ruchowo”**

realizowany w Zakładzie Psychoterapii i  
Rehabilitacji Seksualnej- badania jakościowe

# *Badania 2008-2009*

## ❖ Grant

Kierownik projektu- prof. Zbigniew Izdebski

Realizacja- prof. Zbigniew Izdebski, dr Alicja Długołęcka, dr Dariusz Radomski

## **„Psychoseksualne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w relacjach z otoczeniem społecznym”**

- badania ilościowe i jakościowe

# *Warunki zdrowia seksualnego*

*wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych  
Światowej Organizacji Zdrowia IC 10*

1. Niezakłócony rozwój psychoseksualny;
2. Udane relacje partnerskie;
3. Satysfakcja z życia seksualnego.



# *Niezakończony rozwój psychoseksualny?*

- ❖ Niedostateczna wczesna interwencja
- ❖ Izolacja
- ❖ Nadopiekuńczość
- ❖ Brak wzorców

# *Opóźniona seksualność*

- ❖ Nadmierny związek z matką,
- ❖ Labilność emocjonalna, "lepkość", domaganie się miłości,
- ❖ Preferowanie zabiegów pielęgnacyjnych,
- ❖ Szczególne upodobanie do jedzenia,
- ❖ Niepełna identyfikacja płciowa,
- ❖ Rywalizacja o względy opiekunów,
- ❖ Odbieranie przejawów sympatii i zainteresowania za miłość,
- ❖ Niska samoocena, poczucie nieatrakcyjności,
- ❖ Naiwność wynikająca z braku doświadczeń i głodu emocjonalnego,
- ❖ Brak wizji przyszłości i wzorców,
- ❖ Niski poziom wiedzy.



# *Niewidzialni w procesie edukacji seksualnej*

Młodzież:

- ❖ Niepełnosprawna intelektualnie
- ❖ Niepełnosprawna ruchowo
- ❖ Homoseksualna

*Okres dojrzewania-krytyczna  
faza integracji*

Bezradność wobec  
stereotypów płciowych

Spadek pozycji w grupach  
jednopłciowych

Brak zainteresowania ze  
strony płci przeciwnej



# *Krytycyzm dotyczący fizyczności*

- ❖ Wobec różnych przejawów płciowości dorosłych, szukanie wzorców;
- ❖ Obsesyjne porównywanie się między rówieśnikami;
- ❖ 16% chłopców i 14% dziewcząt dojrzewa wcześniej, po 9% z opóźnieniem.



# *Obraz własnego ciała*

- ❖ Obraz własnego ciała, jest to zmysłowy obraz rozmiarów, kształtów i formy ciała oraz uczucia dotyczące ciała.
- ❖ To rysunek ciała w umyśle, który jest sposobem pojawiania się własnego ciała dla siebie samego. Obraz ciała jest częścią ogólnie pojętego obrazu siebie.



# *Dwa aspekty, charakteryzujące obraz ciała:*

- spostrzeganie ciała – wewnętrzny, wzrokowy obraz kształtu i rozmiaru ciała; może on być adekwatny lub nieadekwatny
- stosunek emocjonalny do ciała – postawa, czyli przekonania i uczucia względem własnego ciała, poziom satysfakcji z ciała, zadowolenie z jego wyglądu; może być pozytywny lub negatywny



# *Zaburzenia obrazu własnego ciała:*

- 1. spowodowane zaburzeniami neurologicznymi**
- 2. spowodowane nagłą utratą kończyn lub innych części ciała** - cechą charakterystyczną jest to, że ciało ulega gwałtownej zmianie, natomiast jego spostrzeganie się nie zmienia; fantomy kończyn i palców dotyczą 98% przypadków po amputacji, innych części ciała występują rzadziej; nie mają miejsca w przypadku wrodzonego braku kończyn, kiedy amputacja została dokonana we wczesnym dzieciństwie (do 5 r.ż.) albo jeśli utrata nie jest nagła

*c.d.*

**3. spowodowane fizyczną deformacją lub niesprawnością**  
– im wcześniejszy okres życia, na który przypada uszkodzenie, tym większy i bardziej zaburzający jest wpływ tego doświadczenia nie tylko na obraz własnego ciała, ale również na ogólny rozwój osobowości; do wspólnych cech osób z różnorodnymi fizycznymi nieprawidłowościami należą:

- ❖ kompleks Qasimodo (poczucie inności, mniejszej wartości),
- ❖ stosowanie zabiegów obronnych (np. kamuflaż czy ograniczenia w stylu życia),
- ❖ zaburzenia w relacjach społecznych i seksualnych; kiedy deformacja następuje po okresie dojrzewania, przystosowanie się do zmienionego wyglądu przypomina proces żałoby

*c.d.*

**4. spowodowany minimalnymi zniekształceniami ciała albo ich całkowitym brakiem :**

**związane z minimalnymi deformacjami ciała** – często uwrażliwienie na tym punkcie i dążenie do zwiększenia własnej atrakcyjności ma podłoże w wypartych konfliktach psychicznych;

**dysmorfofobia – czyli narzekanie na jakiś fizyczny defekt** w przekonaniu, że jest on znaczący dla innych, kiedy naprawdę mieści się w granicach normy

**związane z zaburzeniami psychiatrycznymi** – głównie neurotycznymi i psychotycznymi; przykładem są: zaburzenia konwersyjne, depresja, zaburzenia seksualne, schizofrenia, zaburzenia jedzenia

# *Kategorie kobiecości i męskości*

We wczesnych fazach rozwoju psychoseksualnego dochodzi do zakłóceń jednego z komponentu identyfikacji płciowej- społecznej roli płciowej.

*Podstawowy zakres problemów  
młodości związany z kategorią  
kobiecości i męskości.*



*\*zakłócenia i opóźnienia w  
przyjmowaniu identyfikacji płciowej  
(szczególnie roli płciowej);*



*\*rozbieżność pomiędzy zachowaniami seksualnymi a uczuciami i pragnieniami;*



*\*niemożność ograniczenia i sterowania  
relacjami z rodzicami i uzyskania  
autonomii wewnętrznej;*



*\*ograniczenie kontaktów społecznych,  
szczególnie z rówieśnikami płci  
odmiennej;  
trudności w znalezieniu partnerki/ra;*



*\*samotność, izolacja, obniżona  
samoocena, nonkonformizm,  
przyjmowanie roli obserwatora;*



*\*stresy związane z różnymi przejawami odrzucenia (ignorowanie lub manipulacja, wykorzystanie seksualne);*



*\* niewystarczająca ilość pozytywnych,  
zróżnicowanych wzorców dorosłych, szczęśliwych w  
zakresie życia seksualnego i partnerskiego osób z  
widoczną niepełnosprawnością ruchową.*



**WEWNĄTRZ-  
STEROWNOŚĆ I  
MOŻLIWOŚCI A NIE  
ODWROTNIE**

**„Wiele lat temu  
zdecydowałam się  
stworzyć sama siebie.**

**Rzecz oczywista,  
stworzona zostałam  
przez kogoś innego-  
przez całe  
społeczeństwo. Nie  
spodobał mi się ich  
pomysł.”**

*Maya Angelou*



# *Obraz siebie*



# *Obraz samej siebie*

Młode kobiety nie udzielały odpowiedzi lub postrzegały inne kobiety negatywnie, widoczne były kompleksy i samotność (projekcja lub kompensacja w postaci krytycznego nastawienia i deprecjonowania innych)

- ❖ Kobiety o sobie: smutne, biedne, nie dbają o siebie, mają za dużo kompleksów, takie same, mają fajne wartości, bardziej wrażliwe, mają swój świat i życie...

# *Obraz samego siebie*

Młodzi mężczyźni wybierali opcję koleżeńską, idealizowali ojca, wykazywali silne lęki homoseksualne, mechanizmy obronne (racjonalizacja i kompensacja).

- ❖ Mężczyźni o sobie: tacy samo, są w porzo, lepiej myślą i czują, nieszczęśliwi, dzielni, ambitni, bierni, zemsta bogów, pokrzywdzeni, myślą o jednym, są lepsi, nie są w pełni męscy, bardziej uczuciowi i emocjonalni...

# *Stosunek do płci przeciwnej*

- ❖ Mężczyźni idealizowali kobiety; kobiety oceniały mężczyzn realistycznie i negatywnie.
- ❖ Mężczyźni o kobietach: jak Anielice, bez nich nie da się żyć, laleczki, owoce, słodycze, ciastka, skarb, polne kwiaty, cud, czekoladki, narkotyki, boginie...
- ❖ Kobiety o mężczyznach: dzieci (!), egoiści, niedojrzali, kameleon, koty, kibel, meteoryty, dranie...

# *Stosunek do miłości i małżeństwa*

- ❖ Miłość jest wartością podstawową, ale neutralny stosunek do małżeństwa
- ❖ Marzenia o rodzinie
- ❖ Mężczyźni wykazują wyższy poziom mobilizacji i optymizmu, kobiety ujawniają postawy lękowe i pesymizm.

# *Problemy seksualne*

- ❖ Osłabienie lub wzrost napięcia
- ❖ Stany frustracji wynikające z niezaspokojonych potrzeb lub radykalnych zmian aktywności
- ❖ Ograniczenia anatomiczne
- ❖ Wzrost potrzeby afiliacji, bezpieczeństwa i wzmocnień w roli seksualnej
- ❖ Ambiwalencja wobec zachowań seksualnych: masturbacja, petting, homoseksualizm zastępczy, używanie „gadżetów”
- ❖ Liczne mechanizmy obronne
- ❖ ZALEŻNOŚĆ OD INNYCH

# *Problemy seksualne typowe dla kobiet*

- ❖ Ucieczka w sferę marzeń psychoseksualnych jako wyraz próby pogodzenia potrzeb seksualnych i samotności;
- ❖ Promiskuityzm lub godzenie się na poniżające formy współżycia;
- ❖ Problemy związane z kontrolą zwieraczy i brakiem lubrykacji;
- ❖ Opory związane ze stosowaniem wibratorów i kremów nawilżających;
- ❖ Brak lub częściowe czucie w pochwie.



# *Problemy seksualne typowe dla mężczyzn*

- ❖ Częściowe zaburzenia erekcji lub jej brak
- ❖ Zaburzenia ejakulacji
- ❖ Uzależnienie od pornografii i internetu
- ❖ Negatywny stosunek do autoerotyzmu
- ❖ Kompulsywna masturbacja
- ❖ Zastępcze zachowania seksualne i związane z tym silne lęki homoseksualne

# *Płodność*

- ❖ U kobiet brak zasadniczych przeciwwskazań!
- ❖ U mężczyzn z brakiem lub częściową ejakulacją konieczność stosowania metod wspomagających lub niepłodność.
- ❖ Żadna kobieta nie była zdiagnozowana seksuologicznie, uświadomiona w zakresie antykoncepcji, mniejszość, która była u ginekologa nie została zbadana!
- ❖ Żaden mężczyzna nie był zdiagnozowany seksuologicznie
- ❖ Żaden nie miał jakiegokolwiek formy rehabilitacji seksualnej
- ❖ Jakiegokolwiek formy leczenia nie są refundowane w naszym kraju!



# Rehabilitacja seksualna?

- ❖ W procesie rehabilitacji seksualnej należałoby więc uwzględnić w równym stopniu aspekty medyczne, jak psychologiczne:
- ❖ 1. rzetelną informację medyczną opartą na dokładnej diagnozie w okresie dojrzewania lub w krótkim czasie po wypadku, a nie dopiero w fazie tworzenia związku,
- ❖ 2. dobranie odpowiednich metod rehabilitacji nie budzących zastrzeżeń osoby zainteresowanej i partnera,
- ❖ 3. terapię indywidualną psychiczną i medyczną bezpośrednio po urazie lub pojawieniu się choroby
- ❖ 4. konsultacje, zajęcia terapeutyczne dla pary w ciągu przynajmniej roku po tym zdarzeniu.

*Kobiecość? Męskość?*

## Koncepcja siebie!

M. Ferguson-Gregory i wielu psychologów na co dzień pracujących z osobami niepełnosprawnymi uważa, że najważniejszymi obszarami w procesie rehabilitacji seksualnej są:

są:

przystosowanie, w tym seksualne,  
oraz koncepcja własnej osoby.

*Poczucie nieadekwatności do  
stereotypowych wzorców  
płciowych*

U kobiet w  
zakresie  
poczucia  
atrakcyjności  
seksualnej.



*Poczucie nieadekwatności do  
stereotypowych wzorców  
płciowych*

U mężczyzn w  
zakresie  
sprawności  
fizycznej, w  
tym- seksualnej.



# *Wyobrażenie śmierci*

- ❖ **Odczuwany ból przyczynia się do zrodzenia się myśli samobójczych, pesymizm**
- ❖ **Możliwe pojawienie się autodestrukcyjnych zachowań seksualnych, zwłaszcza u kobiet- zawieranie niebezpiecznych, przypadkowych znajomości, poszukiwanie relacji będących „źródłem cierpień”.**

# *Zaburzenia myślenia*

❖ **Brak poczucia stabilności, przykre myśli, pogłębiający się pesymizm, myślenie chaotycznie i nieuporządkowane**

❖ **Brak konsekwencji w tworzeniu relacji psychoseksualnych-uwodzenie i odpychanie, zrywanie związków i odczuwanie straty, niemożność zaangażowania się i zaufania drugiej osobie, manipulowanie osobami płci przeciwnej w celu uzyskania chwilowych „głasków”.**

# *Odczucia fantomowe*

## *Zaburzenia obrazu własnego ciała*

- ❖ **Dezorientacja, nierealność uszkodzenia ciała**

- ❖ **Odcinanie się od części ciała, których dotyczą zaburzenia funkcjonalne i czucia. Z jednej strony pojawia się zjawisko kompensacji, ale z drugiej wymazywanie z obrazu ciała ważnych jego części. Często występuje blokada na poziomie wyobraźni seksualnej.**

# *Lamentowanie*

- ❖ **Żal i smutek, uczucie straty, opłakiwanie straty (niekiedy ciche, nieujawnione przed otoczeniem)**
- ❖ **Uzależnianie emocjonalne innych osób- również seksualne lub całkowite odcięcie się od sfery seksualnej i uznanie tego obszaru za zamknięty ‘na zawsze’.**

# *Próba zrozumienia*

- ❖ **Nieracjonalne szukanie winnego (ja, ktoś inny, los) za to co się stało. Myślenia „teraz życie nie ma sensu”.**
- ❖ **Możliwe samoobwinianie się typu- „kara za grzechy” dotyczące sfery seksu, tendencja do wycofania z tej sfery i uzasadnień o charakterze religijnym.**

# *Przymus wyobrażania sobie własnego ciała*

- ❖ **Traktowanie części ciała dotkniętej urazem jako „obcego”, chęć usunięcia tej części ciała ze świadomości. Lęk przed postępem choroby.**
- ❖ **Koncentracja na zaburzonych funkcjach seksualnych, wyolbrzymianie problemów, zachowania lękowe, nienawiść do własnego ciała, wstyd i lęk przed upokorzeniem przez potencjalnych partnerów, odcięcie się od obszaru własnych narządów płciowych.**

# *Samotność*

- ❖ **Poczucie braku zrozumienia, odczuwanie obojętności ze strony otoczenia**
- ❖ **Lęk przed zostaniem samemu (także opuszczenie przez partnera seksualnego)**  
**Brak wiary w możliwość funkcjonowania w związku, prowokowanie zachowań odrzucających u partnera („samospelniająca się przepowiednia”), uzależnianie się emocjonalne lub pozostawanie w związku opiekuńczo-formalnym, skłonność do relacji seksualnych poza związkiem z osobami ze środowiska zw. z osobami z niepełnosprawnością.**

# *Utrata ról społecznych*

❖ **Niepewność co do dalszego funkcjonowania w swoich rolach społecznych, uczucie zbędności**

❖ **Obniżenie samooceny w roli partnera seksualnego, życiowego i rodzica.**

# *Lęk przed utratą niezależności finansowej, utratą pracy*

❖ **Ograniczenie zdolności zawodowej**

❖ **Obniżenie samooceny w roli psychoseksualnej, zwłaszcza u mężczyzn.**

# *Obrona neurotyczna w sferze seksualnej*

- ❖ Będzie się przejawiać potrzebą udowodnienia innym i sobie własnej sprawności/atrakcyjności seksualnej rozumianej w kategoriach osoby sprawnej fizycznie.
- ❖ Gawędziarstwo erotyczne, uwodzenie, „zaliczanie”, uzależnianie, promiskuityzm.
- ❖ Załamania, blokady i frustracje, agresja i autoagresja, nieumiarkowane eksperymentowanie i skłonność do zachowań ryzykownych, upokarzanie siebie lub innych, zrzucanie „winy” na partnera/partnerkę.

# *Indywidualne podejście?*

- ❖ 1. Faza przystosowania
- ❖ 2. Płeć osoby po urazie i „pomagacza”
- ❖ 3. Wiek i zakres doświadczeń, sytuacja osobista
- ❖ 4. Poglądy związane ze sferą seksualną,
  - ❖ przekonania dotyczące płci odmiennej,
  - ❖ cechy osobowościowe



# *Obrona zdrowa*

- ❖ Opiera się na realnej ocenie własnych możliwości. Istotne jest zdanie sobie sprawy z własnych ograniczeń i pogodzenia się z nimi. Nie zapominając przy tym o maksymalnym wykorzystaniu swoich możliwości.
- ❖ O przystosowaniu mówi się wówczas, jeśli „osoba niepełnosprawna zaczyna [...] traktować swój defekt fizyczny jako jedną z wielu charakteryzujących ją cech” (Kowalik, 2000).

# *Dobre przystosowanie psychoseksualne*

- ❖ NIEZALEŻNOŚĆ WEWNĘTRZNA I ZEWNĘTRZNA (OD RODZICÓW I FINANSOWA)
- ❖ WEWNĄTRZSTEROWNOŚĆ
- ❖ OTWARTOŚĆ NA INNYCH I DOŚWIADCZENIA

NA ZDJĘCIU:  
**Frida Kahlo**



# *Przystosowanie psychoseksualne*

- ❖ *Samoświadomość, zrozumienie własnych mechanizmów obronnych*
- ❖ *Oddanie seksowi należnego mu szacunku jest jedyną drogą do tego, by człowiek przeżywał seks świadomie. Bo tylko tym, co obdarzone szacunkiem i zrozumieniem, możemy się z szacunkiem i zrozumieniem posługiwać.*

# *Ważne...*

Dojrzała motywacja do związku wymaga uznania równości i jasności relacji, czyli możliwości równego wkładu obojga partnerów i uznaniu tych samych wartości.

Przekonanie, że mój partner daje mi przynajmniej tyle w życiu, co ja jemu, jest podstawą zdrowych wzajemnych stosunków...



# *Związek?*

**Osoba z widoczną  
niepełnosprawnością  
może dużo zyskiwać  
przy bliższym  
poznaniu...**

**Warto więc stwarzać  
wiele okazji by dać  
się poznać... ☺**

*Dziękuję za uwagę*

