

**przeegląd**  
**SEKSUOLOGICZNY**  
SEXOLOGICAL REVIEW



NR **32**

ZABURZENIA SEKSUALNE U MĘŻCZYŹN  
– OBRAZ PROBLEMU WIDZIANY OCZAMI  
Kobiet I MĘŻCZYŹN  
– RAPORT ON BOARD PR

mgr Diana Sobolewska

mgr Anna Sarnacka

prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz

OWOC GRANATU – afrodyzjak czy lek?

stud. Ewelina Pachura

stud. Paulina Pachura

prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz

REAKTYWNOŚĆ SEKSUALNA KOBIEt A SAMOOCENA,  
OBRAZ CIAŁA I UMIEJSCOWIENIE POCZUCIA KONTROLI

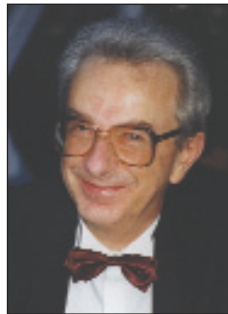
mgr psych. Klaudia Maria Mońska

mgr psych. Monika Szymańska,

prof. dr hab. Zbigniew Lew-Starowicz

Szanowni Czytelnicy,

Najnowszy numer *Przeglądu Seksuologicznego* ukazuje się w formie elektronicznej, którą wybiera coraz więcej periodyków specjalistycznych. Osobiście jestem przyzwyczajony do zapachu papieru i przyjemności wiążącej się z przewracaniem kartek. Zmiany są jednak nieuniknione i należy je akceptować.



Sądzę, że prezentowane prace zainteresują Czytelników. Pierwsza z nich może być przydatna dla terapeutów leczących zaburzenia seksualne i zajmujących się terapią par. Niewiele jest publikacji poświęconych reakcji na pojawienie się zaburzenia seksualnego u siebie i partnera. Na uwagę zasługuje rosnące znaczenie internetu jako źródła informacji o zaburzeniach seksualnych. W porównaniu z wynikami badania z 2005 roku (*Raport Seksualności Polaków 2005*) coraz więcej pacjentów deklaruje szukanie pomocy w rozwiązywaniu swoich problemów intymnych u lekarzy różnych specjalności a nie tylko seksuologów. To znacząca zmiana i prawdopodobnie wiąże się ze zbyt małą kadrą seksuologów.

Co pewien czas pojawia się moda na wzbogacanie diety składnikami mającymi mieć szczególne właściwości lecznicze. Obecnie obiektem zainteresowania, promowanym w mediach, stał się owoc granatu. Z pracy zespołu Autorów wynika, że właściwości lecznicze tego owocu są udokumentowane i mają zastosowanie w profilaktyce zaburzeń erekcji i innych chorób.

Trzecia praca przedstawia wyniki programu badawczego poświęconego reaktywności seksualnej kobiet. Najwięcej znaczących publikacji na ten temat pojawiło się w latach 1999–2012. Model reaktywności seksualnej kobiet R. Basson, który zastąpił dotychczasowy model Masters – Johnson, zwraca uwagę na złożoność seksualności kobiet, znaczenie różnych uwarunkowań psychicznych i społecznych. Omawiana praca jest częścią większego programu badawczego, którego wyniki będą publikowane w kolejnych numerach *PS*.

*Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego 2013 Roku w imieniu własnym oraz Redakcji składam, wszystkim Czytelnikom, sponsorom i sympatykom naszego przeglądu, życzenia spokojnych i radosnych Świąt, pomyślności i spełnienia życzeń.*

**prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz**

## SPIS TREŚCI

ZABURZENIA SEKSUALNE  
U MĘŻCZYŹN – OBRAZ PROBLEMU  
WIDZIANY OCZAMI KOBIET  
I MĘŻCZYŹN MAŁOWANY  
– RAPORT ON BOARD PR -----3  
mgr Diana Sobolewska  
mgr Anna Samacka  
prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz

OWOC GRANATU -----9  
– afrodyzjak czy lek?  
stud. Ewelina Pachura  
stud. Paulina Pachura  
prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz

REAKTYWNOŚĆ SEKSUALNA KOBIET  
A SAMOOCENA,  
OBRAZ CIAŁA I UMIEJSCOWIENIE  
POCZUCIA KONTROLI -----17  
mgr psych. Klaudia Maria Mońka  
mgr psych. Monika Szymańska,  
prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz

**przegląd**

SEXOLOGICAL REVIEW

**SEKSUOLOGICZNY**

KWARTALNIK ■ TOM VIII ■ ZESZYT 4 ■ NUMER 32

### Komitet redakcyjny:

redaktor naczelny

– prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz

sekretarz redakcji – dr n. hum. Alicja Długołęcka

### Patronat naukowy:

Zakład Seksuologii Medycznej  
i Psychoterapii CMKP w Warszawie

### Rada naukowa:

– prof. dr hab. med. Eli Coleman (Minneapolis)  
– prof. dr hab. med. Barbara Darewicz (Białystok)  
– prof. dr hab. med. Romuald Dębski (Warszawa)  
– prof. dr hab. med. Sławomir A. Dutkiewicz (Kielce)  
– prof. dr hab. Tadeusz Gałkowski (Warszawa)  
– prof. dr hab. med. Ryszard Gellert (Warszawa)  
– prof. dr hab. med. Louis Joseph Ignarro (Los Angeles)  
– prof. dr hab. med. Kazimierz Krajka (Gdańsk)  
– prof. dr hab. hum. Stanislav Kratochvíl (Brno)  
– prof. dr hab. med. Ryszard Piotrowicz (Warszawa)  
– prof. dr hab. med. Tomasz Pertyński (Łódź)  
– prof. dr hab. Aleksander Ronikier (Warszawa)  
– dr n. med. Ronny Shtarkshall (Jeruzalem)  
– prof. dr hab. med. Petr Weiss (Praha)  
– prof. dr hab. med. Beverly Whipple (Nev Jersey)  
– prof. dr hab. med. Kevan Wylie (Sheffield)  
– prof. dr hab. med. Jaroslav Zvěřina (Praha)

**Opracowanie graficzne:** M-art, Jolanta Merc

**Wydawca:**  WYDAWNICTWO  
**danamed**

### Adres korespondencyjny:

Przegląd Seksuologiczny  
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP

Polskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej  
ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa  
e-mail: danapress@wp.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części  
lub w całości bez uzyskania zezwolenia wydawcy  
jest zabronione.

# ZABURZENIA SEKSUALNE U MĘŻCZYŹN

– OBRAZ PROBLEMU WIDZIANY OCZAMI  
Kobiet I MĘŻCZYŹN  
– RAPORT ON BOARD PR

*mgr Diana Sobolewska, mgr Anna Sarnacka  
prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz*

## **Streszczenie**

*Praca przedstawia wyniki badania internetowego, przeprowadzonego na 1500 osobach (757 mężczyzn, 743 kobiet) w wieku 16-49 lat, na temat różnic międzyplciowych w formułowaniu definicji męskości, reakcji obu płci w przypadku pojawienia się zaburzeń seksualnych u mężczyzn, wpływu zaburzeń seksualnych na poczucie własnej wartości, oczekiwanych przez mężczyzn zachowań partnerki w przypadku pojawienia się u nich zaburzeń seksualnych. Jednocześnie badanie porusza kwestię wpływu szczerych zwierzeń partnerek, o ich udanej przeszłości seksualnej, na samopoczucie i zachowania mężczyzn.*

## **Słowa kluczowe:**

*zaburzenia seksualne, męskość, poczucie własnej wartości*

## **SEXUAL DYSFUNCTION IN MALES – FROM WOMEN’S AND MEN’S POINT OF VIEW – ON BOARD PR REPORT**

*The present Internet poll, conducted with 1500 people (757 male, 743 female), aged 16-49, provides gender-related definitions of masculinity and reactions to male sexual dysfunction, the impact those problems have on male self-esteem, and the expectations men have toward their partner should such disorder occur in them. The poll also uncovers the influence the partner's feedback on their fulfilling sex life has on men's mood and behaviour.*

## **Keywords:**

*sexual dysfunction, masculinity, self-esteem*

## **PRACA RECENZOWANA**

### **WPROWADZENIE**

Raport „Zaburzenia seksualne u mężczyzn – obraz problemu oczami kobiet i mężczyzn malowany” przygotowany przez On Board Public Relations pod patronatem merytorycznym Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego podejmował tematykę seksualności, a szczególnie zaburzeń seksualnych mężczyzn, różnic międzyplciowych w postrzeganiu męskości, wzajemnych

oczekiwaniach, reakcjach i podejmowanych przez mężczyzn i kobiety działaniach w przypadku pojawienia się zaburzeń seksualnych u mężczyzn. Jednocześnie w badaniu poruszona została kwestia wpływu szczerych zwierzeń kobiet odnośnie ich doświadczeń seksualnych na relacje seksualne z partnerem oraz reakcji, jakie wywołuje u mężczyzn wiedza o wcześniejszym udanym życiu seksualnym ich partnerek.

**mgr Diana Sobolewska**

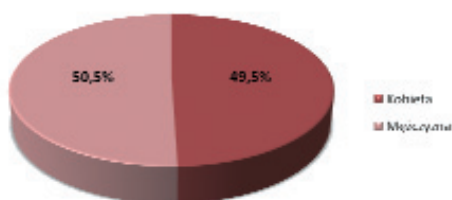
**mgr Anna Sarnacka**

**prof. dr hab. med.  
Zbigniew  
Lew-Starowicz**  
Zakład Seksuologii  
Medycznej  
i Psychoterapii CMKP  
w Warszawie

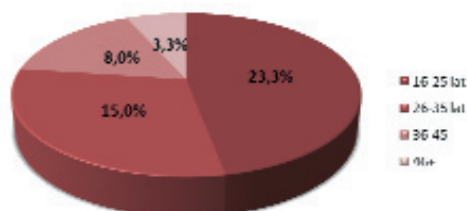
## METODOLOGIA BADANIA

Badanie przeprowadzono między 7 a 15 czerwca 2012 roku metodą internetowych standaryzowanych wywiadów kwestionariuszowych (CAWI), przez agencję SW Research na autorskim oprogramowaniu „3S” zintegrowanym z panelem internetowym StudentWatch.pl. Próba badawcza miała charakter losowy. Badaniem objęto łącznie 1500 internautów w wieku 16–49 lat, 757 mężczyzn i 743 kobiet (**ryc.1,2,3**). Próba badawcza była reprezentatywna dla populacji polskich internautów w wieku 16–49 lat pod względem łącznego rozkładu płci i kategorii wiekowych. Dopuszczalny błąd statystyczny w badaniu nie przekraczał 2,5 progu procentowego dla całej próby oraz 3,6 progu procentowego osobno dla populacji kobiet i mężczyzn. Kwestionariusz wywiadu składał się z 13 pytań badawczych, z czego 8 pytań zadano zarówno kobietom, jak i mężczyznom.

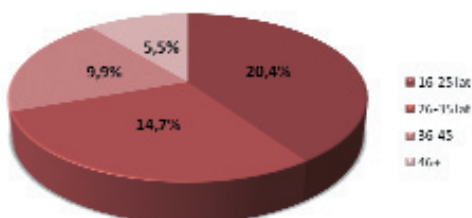
### Struktura demograficzna próby



Ryc. 1. Płeć.



Ryc. 2. Grupa wiekowa – kobiety.



Ryc. 3. Grupa wiekowa – mężczyźni.

## WYNIKI

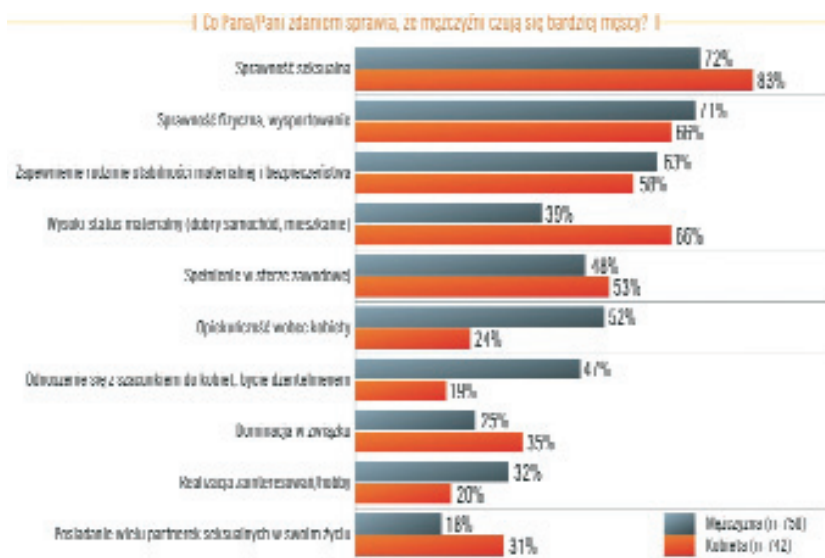
### Definicja męskości

Z przeprowadzonego badania wynika, że mężczyźni, prawie w równym stopniu, za atrybut męskości uważają sprawność seksualną

(72%) oraz sprawność fizyczną (71%). Wymieniają również zapewnienie rodzinie stabilności materialnej i bezpieczeństwa (63%). Na pytanie „Co Pani zdaniem sprawia, że mężczyźni czują się bardziej męscy?” 83% kobiet odpowiedziało – „Sprawność seksualna”, 66% wskazało na „sprawność fizyczną i taki sam odsetek na wysoki status materialny. Jak wynika z przeprowadzonego badania wysoki status materialny (np. dobry samochód, mieszkanie), to kwestia istotna w definiowaniu męskości tylko dla 39% mężczyzn. Znaczna część mężczyzn wskazywała na opiekuńczość wobec kobiet (52% mężczyzn i 24% kobiet) oraz odnoszenie się z szacunkiem do kobiet, bycie dżentelmenem (47% mężczyzn i 19% kobiet) (**ryc. 4**).

### Co według kobiet oznacza „męskość”?

Kobiety wskazywały na inne wypowiedzi w przypadku, gdy zadane pytanie dotyczyło tego, co mężczyźni uważają za męskie oraz kiedy zapytano je wprost, czym dla nich (kobiet) jest męskość. 76% pań za męskość uważało opiekuńczość wobec kobiety, 73% odnoszenie się z szacunkiem do kobiet, bycie dżentelmenem, a 71% zapewnienie rodzinie stabilności materialnej i bezpieczeństwa. Na sprawność seksualną wskazało 54% badanych (**ryc. 5**).



Ryc. 4. Co Pana/Pani zdaniem sprawia, że mężczyźni czują się bardziej męscy (pytanie wielokrotnego wyboru)?

### Zaburzenia seksualne a poczucie własnej wartości u mężczyzn

Wyniki badania pokazują, że prawie 90% mężczyzn uważa, iż pojawienie się zaburzeń seksualnych powoduje obniżenie ich poczucia własnej wartości. Tak samo uważa aż 95% kobiet (ryc. 6).

### Maskowanie zaburzeń seksualnych przez mężczyzn i podejmowane przez nich zachowania

Na pytanie „W jaki sposób Pana/Pani zdaniem mężczyzna z zaburzeniami seksualnymi najczęściej je maskuje” (ryc. 7) 37% mężczyzn i 36% kobiet odpowiedziało, że ucieka w pracę (np. pracuje dłużej, częściej wyjeżdża służbowo), 32% panów i 36% pań uważało, że mężczyzna w takiej sytuacji unika seksu tłumacząc się zmęczeniem. Największe różnice były widoczne przy odpowiedziach „odczuwa brak zainteresowania seksem” (8% kobiet i 17% mężczyzn) oraz „obwinia partnerkę za niechęć do seksu z nią” (6% kobiet i 14% mężczyzn).

Z przeprowadzonego badania wynika również, że w przypadku zauważenia u siebie problemów w sferze seksualnej ponad połowa mężczyzn (54%) szukałoby informacji w internecie (ryc. 8). Do specjalisty zgłosiłoby się z problemem 46% mężczyzn. Co piąty Polak (22%) wspominałby o tym podczas wizyty lekarskiej odbywanej z innego powodu niż konkretny problem seksualny. Osoby deklarujące zgłoszenie się do lekarza specjalisty w pierwszej kolejności udałyby się do urologa lub seksuologa (tab. 1). Dopiero na kolejnych miejscach znalazł się psychiatra, psycholog i lekarz rodzinny.

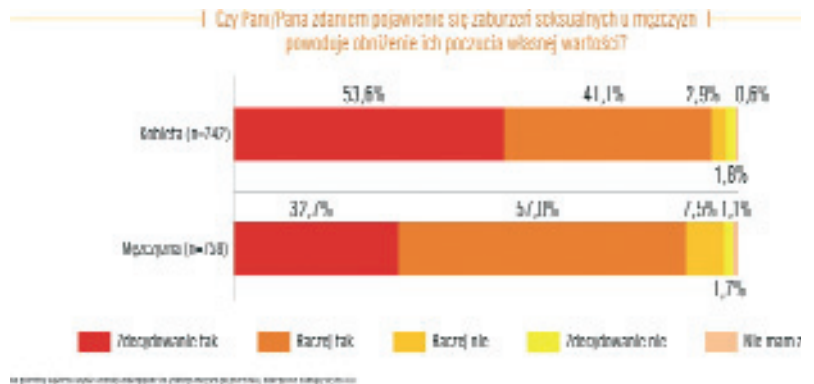
Tab. 1. Do jakiego specjalisty zgłosiłby się Pan w pierwszej kolejności (rangowanie półotwarte)?

Urolog	3,47
Seksuolog	3,50
Psycholog	3,57
Psychiatra	3,61
Lekarz Rodzinny	3,82
Inny specjalista	6,96



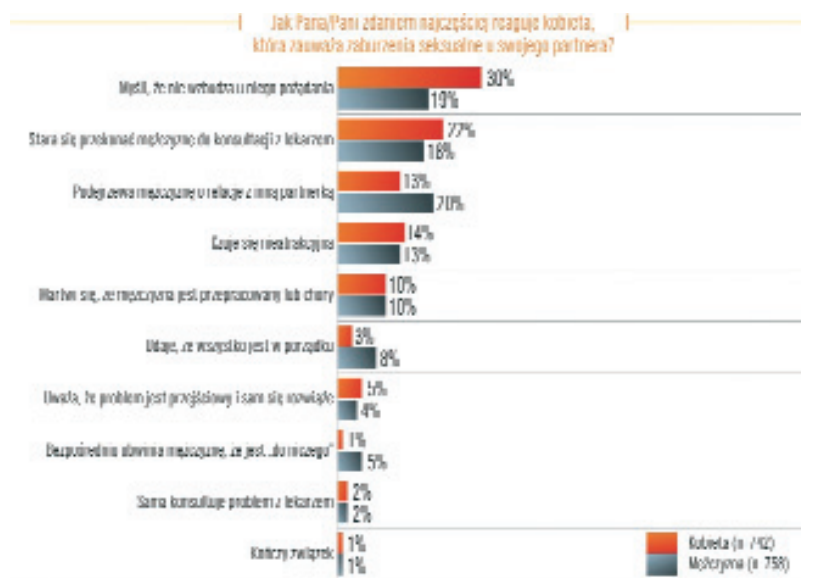
Rodziny: kobiety (n= 747) / mężczyźni (n= 738)

Ryc. 5. Co dla Pani oznacza męskość (pytanie wielokrotnego wyboru)?



Rodziny: kobiety (n= 747) / mężczyźni (n= 738)

Ryc. 6. Czy Pana/Pani zdaniem pojawienie się zaburzeń seksualnych u mężczyzn powoduje obniżenie ich poczucia własnej wartości?



Rodziny: kobiety (n= 742) / mężczyźni (n= 758)

Ryc. 7. W jaki sposób Pana/Pani zdaniem najczęściej reaguje kobieta, która zauważyła zaburzenia seksualne u swojego partnera?

## Reakcje kobiet na zaburzenia seksualne partnera

Prawie co trzecia Polka (30%), zapytana o to, jak reaguje kobieta, kiedy zauważa u swojego partnera zaburzenia seksualne odpowiadała: myślę, że nie wzbudzam u niego pożądania (ryc. 9). Podobnej odpowiedzi udzieliło 19% mężczyzn. Natomiast więcej panów (20%) niż pań (13%) uważała, że partnerka w przypadku zauważenia u nich zaburzeń seksualnych podejrzewała zdradę.

22% kobiet i 18% mężczyzn twierdziło, że w takiej sytuacji kobieta starałaby się przekonać mężczyznę do konsultacji z lekarzem.

Na pozostałe odpowiedzi wskazała już niewielka liczba osób badanych, z czego „Kończy związek” – tylko po 1% badanych obu płci.

## Zwierzania partnerki o jej bogatym doświadczeniu seksualnym i ich wpływ na samopoczucie i reakcje mężczyzny

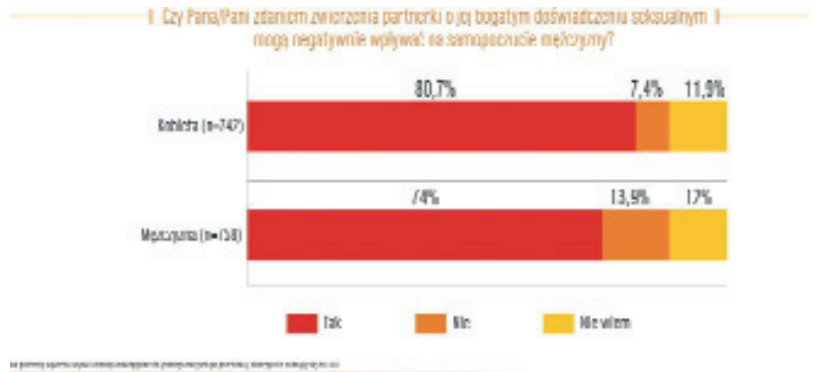
W ramach badania zapytano również o to, czy zwierzenia partnerki o jej bogatych doświadczeniach seksualnych mogą negatywnie wpływać na samopoczucie mężczyzny (ryc. 10). Prawie 81% kobiet i 74% mężczyzn odpowiedziało „tak”.

Wśród najczęściej wymienianych reakcji partnera na te zwierzenia był lęk przed rozczarowaniem partnerki (68% kobiet, 55% mężczyzn). 1/4 kobiet i 1/5 mężczyzn wskazało również odpowiedź „Demonstrowanie swojej gotowości do seksu, np. poprzez przejawianie zainteresowania innymi kobietami”. Na zerwanie związku wskazało aż 19% kobiet i 20% mężczyzn.

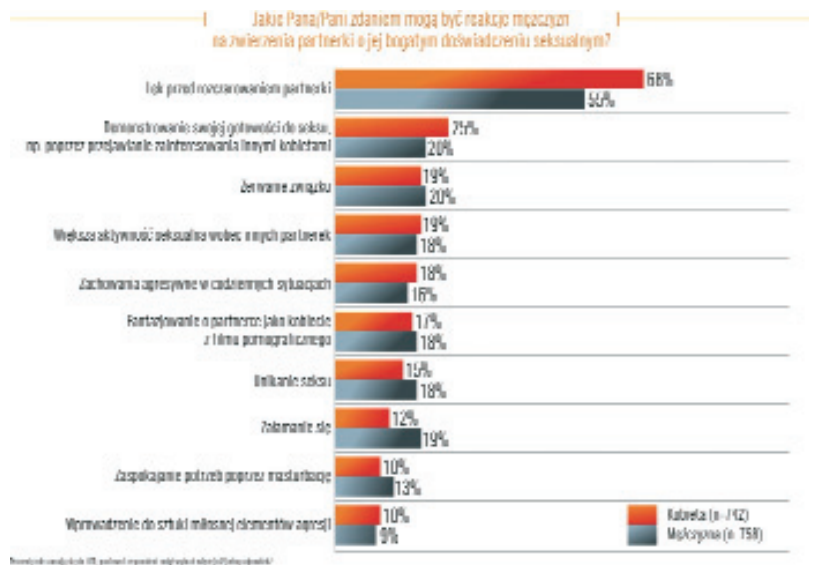
W dalszej kolejności znalazły się:

- większa aktywność seksualna wobec innych partnerek – 19% kobiet, 18% mężczyzn,
- zachowania agresywne w codziennych sytuacjach – 18% kobiet, 16% mężczyzn,
- fantazjowanie o partnerce jako kobiecie z filmu pornograficznego – 17% kobiet, 18% mężczyzn,
- unikanie seksu – 15% kobiet, 18% mężczyzn,
- załamanie się – 12% kobiet, 19% mężczyzn.

Pozostałe wyniki są widoczne na ryc. 11.



Ryc. 8. Co zrobił by Pan, gdyby zauważył u siebie problemy w sferze seksualnej (pytanie wielokrotnego wyboru)?



Ryc. 9. Jak Pana/Pani zdaniem najczęściej reaguje kobieta, która zauważa zaburzenia seksualne u swojego partnera (pytanie jednokrotnego wyboru)?



Ryc. 10. Czy Pana/Pani zdaniem zwierzenia partnerki o jej bogatych doświadczeniach seksualnym mogą negatywnie wpływać na samopoczucie mężczyzny?

### Oczekiwane przez mężczyzn zachowania kobiet w przypadku pojawienia się u nich zaburzeń seksualnych

Z przeprowadzonego badania wynika, że największa liczba mężczyzn, w przypadku pojawienia się u nich zaburzeń seksualnych, oczekuje od partnerki zachowań, które wiążą się z seksualną aktywnością i inicjatywą kobiety, tj. podejmowania większych starań, by wywołać u mężczyzny pożądanie seksualne (32% zdecydowanie oczekiwałaby, 43% raczej oczekiwałby), bezpośredniego pobudzenia seksualnego, np. pobudzenia członka (33% zdecydowanie oczekiwałby, 41% raczej oczekiwałby) oraz przejmowanie inicjatywy w życiu seksualnym (29% zdecydowanie oczekiwałby, 42% raczej oczekiwałby) (tab. II).

Z badania wynika również, że 72% kobiet (łącznie odpowiedzi zdecydowanie i raczej tak) uważa, że nie poruszanie tematu to dokładnie to, czego wymaga od nich partner (tab. III). Okazuje się, że pogląd ten podziela tylko 46% panów (łącznie odpowiedzi zdecydowanie tak i raczej tak).

**Tab. II. Odpowiedzi mężczyzna na pytanie, których z poniższych zachowań oczekiwałby mężczyzna od swojej partnerki w przypadku pojawienia się u niego zaburzeń seksualnych, a których by nie oczekiwał?**

	Zdecydowanie by oczekiwał	Raczej by oczekiwał	Raczej by nie oczekiwał	Zdecydowanie by nie oczekiwał	Nie mam zdania
Zostawienia w spokoju i nie poruszania tematu	16%	30%	29%	16%	9%
Potraktowania problemu jako tymczasowego	19%	43%	21%	7%	9%
Rozpoczęcia rozmowy na ten temat	16%	38%	28%	12%	6%
Umówienia wizyty u lekarza	13%	26%	30%	22%	8%
Podejmowania większych starań, by wywołać u mężczyzny pożądanie seksualne	32%	43%	12%	5%	9%
Bezpośredniego pobudzenia seksualnego (np. pobudzenie członka)	33%	41%	11%	6%	10%
Większej aktywności w życiu seksualnym (przejmowanie inicjatywy)	29%	42%	14%	5%	10%

Udzielania odpowiedzi po zaobserwowaniu problemów seksualnych



**Ryc. 11. Jakiego Pana/Pani zdaniem mogą być reakcje mężczyzn na zwierzenia partnerki o jej bogatym doświadczeniu seksualnym (pytanie wielokrotnego wyboru)?**

### WNIOSKI

- Istnieją różnice w określaniu cech świadczących o męskości wypowiedzianych przez kobiety i mężczyzn. Mężczyźni wymieniają przede wszystkim sprawność seksualną, sprawność fizyczną i wysoki status materialny. Kobiety natomiast podkreślają opie-

**Tab. III. Odpowiedzi kobiet na pytanie, których z poniższych zachowań oczekiwałby mężczyzna od swojej partnerki w przypadku pojawienia się u niego zaburzeń seksualnych, a których by nie oczekiwał?**

	Zdecydowanie by oczekiwał	Raczej by oczekiwał	Raczej by nie oczekiwał	Zdecydowanie by nie oczekiwał	Nie mam zdania
Zostawienia w spokoju i nie poruszania tematu	23%	49%	16%	7%	5%
Potraktowania problemu jako tymczasowego	29%	50%	12%	5%	5%
Rozpoczęcia rozmowy na ten temat	5%	20%	44%	27%	4%
Umówienia wizyty u lekarza	4%	15%	33%	43%	5%
Podejmowania większych starań, by wywołać u mężczyzny pożądanie seksualne	23%	49%	15%	5%	8%
Bezpośredniego pobudzania seksualnego (np. pobudzanie członka)	30%	43%	12%	4%	11%
Większej aktywności w życiu seksualnym (przejmowanie inicjatywy)	27%	46%	14%	3%	10%

kuńczość wobec kobiety, odnoszenie się do niej z szacunkiem, zapewnienie rodzinie stabilności materialnej i bezpieczeństwa.

- Według większości kobiet, jak i mężczyzn pojawienie się zaburzeń seksualnych u partnerów powoduje obniżenie ich poczucia własnej wartości.
- Wśród sposobów maskowania zaburzeń seksualnych najwięcej mężczyzn wymieniło ucieczkę w pracę, a także unikanie seksu tłumacząc się zmęczeniem.
- Najczęściej wymienianą przez Polki reakcją kobiety w przypadku zauważenia zaburzeń seksualnych u swojego partnera jest „myśli, że nie wzbudza u niego pożądania”. Natomiast największy odsetek mężczyzn uważa, że kobieta podejrzewa mężczyznę o relację z inną partnerką.

- Zdecydowana większość kobiet i mężczyzn uważa, że zwierzenia partnerki o jej bogatych doświadczeniach seksualnych może negatywnie wpływać na samopoczucie mężczyzny.
- Największy odsetek badanych mężczyzn, w przypadku pojawienia się u nich zaburzeń seksualnych szukałoby informacji w internecie. Drugą, najczęściej wymienianą odpowiedzią było „Zgłosiłbym się do specjalisty”.
- Największa liczba mężczyzn w przypadku pojawienia się u nich zaburzeń seksualnych oczekuje od partnerki zachowań, które wiążą się z seksualną aktywnością i inicjatywą kobiety, tj. podejmowanie większych starań, by wywołać u mężczyzny pożądanie seksualne, bezpośredniego pobudzania seksualnego, np. pobudzania członka, oraz podejmowanie inicjatywy w życiu seksualnym. ▶



# OWOC GRANATU – afrodyzjak czy lek?

*stud. Ewelina Pachura, stud. Paulina Pachura  
prof dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz*

## **Streszczenie**

**Zaburzenia erekcji to rozpowszechniona na całym świecie, związana z wiekiem, dolegliwość dotycząca niemal 52% mężczyzn od 40 roku życia, z tendencją wzrostową. Główną przyczyną impotencji są zaburzenia naczyniowe, skutkujące narażeniem tkanek prącia na niedokrwienie i hipoksję. Zatem to stres oksydacyjny w głównej mierze odpowiada za dysfunkcję seksualną. Od lat poszukuje się produktu, który – po dołączeniu do codziennej diety – przeciwdziałałby zaburzeniom erekcji. Ogromną popularność zyskał owoc granatu. Znany już od czasów starożytności, jednak przeżywający w ostatnich latach swój renesans, ze względu na dowiedzione właściwości antyoksydacyjne, które zawdzięcza bardzo wysokiemu stężeniu zawartych w nim flawonoidów! – wyższemu niż w zielonej herbacie czy czerwonym winie! W poniższej pracy przedstawiamy wyniki licznych badań klinicznych przeprowadzonych w celu udowodnienia skuteczności długoterminowego spożywania soku, z tego owocu, w leczeniu zaburzeń erekcji. Ich wyniki pozwalają wysunąć uzasadniony wniosek, że wzbogacenie codziennej diety w ekstrakt z tego owocu – może stać się doskonałą, skuteczną profilaktyką zaburzeń erekcji. Jednakże niezbędnym wydają się dalsze badania w celu określenia długofalowej efektywności takiej terapii.**

## **SŁOWA KLUCZOWE:**

**owoc granatu, zaburzenia erekcji, rak prostaty, antyoksydanty**

## **POMEGRANATE FRUIT – aphrodisiac or a remedy?**

**ED it is a widespread, age-related problem, which affects 52% of men between 40 and 70 years of age. And have a tendency for widespread increase. Arteriogenic ED, which is the main cause of sexual disability results from haemodynamic impairment and chronic exposure of erectile tissue to ischaemia, hypoxia and oxidative stress. Its years that we are searching the dietary product that could naturally prevent this phenomenon. In the last decade Pomegranate fruit (*Punica granatum*) has taken great attention for its health benefits. The studied presented in this article confirmed that its extract well-known from its anticancer, antiproliferative, apoptotic, cardioprotective, antihyperlipidemic properties shows also strong antioxidant activity thanks to its high levels of antioxidants – higher than most other fruit juices. The aim of our study was to refer the clinical studies about the influence of long-term PJ intake to improve sexual function. In the light of several works, antioxidant therapy with PJ may be a useful prophylactic tool for preserving erectile tissue function and preventing cavernous fibrosis in arteriogenic ED. Further controlled studies are necessary to establish the real costeffectiveness of such therapies and their impact on outcomes for patients.**

## **KEY WORDS:**

**pomegranate, erectile dysfunction, prostate cancer, antioxidants**

## **PRACA RECENZOWANA**

### **WSTĘP**

Zaburzenia erekcji to szeroko rozpowszechniona choroba dotycząca milionów mężczyzn na całym świecie. Definiuje się ją jako niezdolność do uzyskania lub podtrzy-

mania wzwodu niezbędnego do odbycia satysfakcjonującego stosunku seksualnego [1]. Przez lata dolegliwość tą traktowano jako, związaną z wiekiem, nieuchronną konsekwencję procesu starzenia się. Dziś wiado-

Ewelina Pachura  
Paulina Pachura  
studentki VI roku  
Wydziału Lekarskiego  
Uniwersytetu  
Medycznego  
we Wrocławiu

prof. zw. dr hab. med  
Zygmunt Zdrojewicz  
Katedra i Klinika  
Endokrynologii  
Diabetologii  
i Leczenia Izotopami  
Uniwersytetu  
Medycznego  
we Wrocławiu.

mo już, że dwie trzecie przyczyn zaburzeń erekcji to zmiany naczyniowe! Dochodzi do nich z udziałem takich czynników ryzyka jak nadciśnienie, dyslipidemia, cukrzyca, otyłość czy palenie papierosów. Powoli uszkadzają one śródbłonek naczyniowy, także ten wyścielający naczynia prącia. Efektem są zaburzenia hemodynamiczne doprowadzające do narażenia tkanek penisa na niedokrwienie, hipoksję, zaburzenia dopływu substancji odżywczych i usuwania produktów przemiany materii [2,3,4].

Pytaniem pozostaje, czy i jakie znaczenie w progresji zaburzeń erekcji może mieć regularna konsumpcja bogatego w antyoksydanty soku z owocu granatu? W jaki sposób zawarte w sfermentowanym soku substancje chronią tkanki odpowiedzialne za erekcję przed zaburzeniem ich funkcji? Czy mogą mieć działanie profilaktyczne raka prostaty? Postaramy się odpowiedzieć na te pytania.

Na zaburzenia erekcji uskarża się ok. 150 mln mężczyzn na świecie. W Polsce z przeprowadzonych dwóch badań epidemiologicznych wynika, że w roku 1998 kłopoty z erekcją miało 1,5 milionów Polaków, a w roku 2009 już 2,6 milionów. Ich liczba w rzeczywistości może być jeszcze większa, bo według Zbigniewa Lwa-Starowicza tylko 7% Polaków zgłasza się do lekarza z tą dolegliwością. Z całą pewnością problem ten, ze względu m.in. na starzenie się społeczeństw, siedzący tryb życia czy większe rozpowszechnianie się tzw. chorób cywilizacyjnych, będzie coraz powszechniejszy. Specjaliści szacują, że do 2025 r. liczba mężczyzn z zaburzeniami erekcji na świecie osiągnie 322 milionów [5]. Dlatego wszelkie prowadzone badania i odkrycia, które mogą przyczynić się do udoskonalenia terapii zaburzeń erekcji i pozwolić w ten sposób przywrócić wielu panom wiarę we własną męskość, są jak najbardziej obecnie potrzebne. Najwyższy czas obalić panujący wśród panów mit, że spadek funkcji seksualnych to nieuchronna konsekwencja procesu starzenia.

### **FIZJOLOGIA WZWODU**

Aby zrozumieć „zbawienny” wpływ owocu granatu trzeba nieco wgłębić się w fizjologię wzwodu. W momencie pojawienia się bodźca seksualnego dochodzi do zmniejszenia aktywności układu adrenergicznego na rzecz układu przywspółczulnego. W efek-

cie uwalniany jest m.in. tlenek azotu (NO), który powoduje rozszerzenie naczyń i wypełnienie ciał jamistych krwią i wystąpienie erekcji. Ciśnienie wewnątrz ciał jamistych doprowadza z kolei do zablokowania odpływu krwi z naczyń i do wystąpienia erekcji.

Niewydolność śródbłonka może mieć różną etiopatologię. Jednakże niezależnie od jej charakteru dochodzi zawsze do zaburzenia prawidłowej syntezy tlenku azotu (NO). Zwiększony odsetek i nasilenie zaburzeń erekcji, u pacjentów z najczęstszymi chorobami cywilizacyjnym oraz ich korelacja z obecnością stresu oksydacyjnego, wskazuje na bezpośredni wpływ reaktywnych form tlenu (powstających m.in. w nadciśnieniu, cukrzycy czy u palaczy papierosów) na zaburzenia erekcji.

### **MECHANIZM POWSTAWANIA ZABURZEŃ EREKCJI**

Nabłonek wyścielający naczynia, w tym te unaczyniające penisa jest bardzo wrażliwy na zmiany strukturalne i funkcjonalne [6]. Badania wykonane przez Ignarro w 2006 r. wykazały ewidentnie protekcyjne zdolności antyoksydantów pochodzących z ekstraktu owocu granatu – chronią one tlenek azotu przed oksydacyjną degradacją oraz wydłużają czas jego biologicznego działania [7]. Co więcej – wzmacniają działanie NO polegające na zahamowaniu proliferacji komórek mięśni gładkich.

### **WYSTĘPOWANIE, HISTORIA**

Owoc granatu został ochrzczony jako „owoc o niezwykłej mocy”. Cofając się do czasów biblijnych, drzewo granatu traktowano, jako posiadające niezwykle właściwości lecznicze, a ze względu na mnogość ziaren owoc był symbolem płodności i życia wiecznego [8,9]. Starożytni Chińczycy twierdzili, że spożywanie owoców granatowca gwarantuje długowieczność, natomiast starożytni Grecy nadawali owocowi i całej roślinie, cechy święte. W cesarstwie rzymskim granaty były owocami wyższych sfer, wykorzystywanymi także w medycynie. Podobno owoc rajskiej jabłoni nie był jabłkiem, tylko granatem... Człowiek od zawsze dążył do perfekcji, do utrzymania swojego ciała w zdrowiu i dobrej kondycji. Jak wiemy – symbolem dobrego samopoczucia i witalno-

ści jest sprawność seksualna – bardzo istotna dla każdego mężczyzny. Zaburzenia seksualne są powszechne wśród osób obu płci we wszystkich grupach wiekowych, etnicznych i kulturowych. Osłabienie aktywności seksualnej może mieć znaczący wpływ na osobiste, socjalne i biologiczne stosunki międzyludzkie. Dostępne środki farmakologiczne mają ograniczoną skuteczność, niezrządzo działania uboczne i przeciwwskazania [10]. Odkąd zauważono, że niektóre produkty spożywcze wzmagają popęd seksualny, sięgano po nie chętnie. Takie elementy diety nazywane są afrodyzjakami. Nazwa (łac. *aphrodisiacum*, gr. *aphrodisiakos* – miłosny) pochodzi od imienia greckiej bogini, symbolu płodności – Afrodyty. Afrodyzjaki były i są nadal stosowane we wszystkich kulturach świata jako składniki napojów i potraw, jako rośliny lub produkty spożywcze [10].

Owoc granatu – ochrzczony jest od dawna mianem afrodyzjaka. Pytaniem jest, czy oprócz tych, udowodnionych właściwości, można dowieść jego działania lecznicze na raka stercza czy impotencję? Czy możemy wpisać go w poczet leków?

Jadalne części owocu (stanowiące 80% wagi całkowitej) składają się w 80 procentach z soku i 20 procentach z nasion [11]. W owocu tym zidentyfikowano 124 różnych substancji cytochemicznych. Wśród nich największy udział w hamowaniu procesów oksydacji mają polifenole, a w szczególności podgrupa związków o nazwie elagotaniiny. Jedną z cech elagotaniin jest ich zdolność do hydrolizy w środowisku kwaśnym przewodu pokarmowego, czego efektem jest uwalnianie kwasu elagowego do krwi [12]. Wśród elagitanin najbardziej wyjątkowe działanie wykazuje punikalagina, która jest najcięższą molekułą wśród polifenoli, o masie przekraczającej 1,00. Wraz z pozostałymi taninami takimi jak pedunculagina, punikalina, kwas elagowy odpowiada za 92% właściwości antyoksydacyjnych całego owocu, a słynna grenadina jest niezbędnym wyposażeniem najlepszych barów, bo syrop ten dodaje się o do rozmaitych kombinacji wykwinnych drinków [13]. Jej najbogatszym źródłem jest skórka owocu, nie jak pierwotnie sądzono jego ziarna. Wyciskając owoc można uzyskać ją w ilości osiągającej 2 g na litr soku. Owoc granatu to

także bogate źródło innych polifenoli: antocyjanów (takich jak delfinidyna, cyjanidyna i pelargonidyna) nadające owocowi i sokowi czerwony kolor, czy flawonoidów. Udowodniono, że związki te hamują LDL cholesterolową oksydację oraz są zmiataczami wolnych rodników, powstających zarówno wewnątrz jak i pozakomórkowo [14]. Jasne jest, że całkowite stężenie polifenolowych antyoksydantów, jest znacznie wyższe, w porównaniu do pozostałych produktów znanych z obecnych w nich antyoksydantów [15].

### **OTRZYMYWANIE EKSTRAKTU Z OWOCU GRANATU**

Ekstrakt otrzymywany jest poprzez wyciskanie większości soku z całego owocu; pozostała jego część zawierająca skórkę i błony jest składana i poddawana procesowi usunięcia nasion przed produkcją puree. Puree jest poddawane obróbce enzymatycznej po to, by polifenole zawarte w nim skoncentrowane były w jak największym procencie [16,17]. Otrzymywany w ten sposób produkt jest filtrowany, koncentrowany poprzez przepływ przez ewaporator i pasteryzowany. Produkt finalny zawiera 130 mg/mL antyoksydantów.

Najbardziej zaskakującym zjawiskiem było wykazanie, że polifenole zawarte w sfermentowanym soku z granatu wykazują dwukrotnie większą zdolność proliferacyjną w porównaniu do tych zawartych w soku świeżym [18]. Wynika to z faktu, że niektóre, kluczowe dla działania przeciwutleniającego flawonoidy, w soku świeżym występują w postaci związanej z cząsteczką cukru takiego jak glukoza, galaktoza czy ramnoza. W soku sfermentowanym zaś występują już jako wolne cząsteczki, w następstwie zużycia aglikonu cukrowego w procesie fermentacji. Ponadto cały ekstrakt ulega znacznej koncentracji w wyniku procesu fermentacji.

### **BADANIA KLINICZNE NA MODELU ZWIĘRZĘCYM I LUDZKIM**

Istotne badania przeprowadził Ganz w 2005 r. Badał on wpływ spożywania naturalnych antyoksydantów na naczyniopochodne zaburzenia wzroku. Do tego celu użył kilku napojów zawierających w swoim składzie antyoksydanty. Były to: sok z owocu granatu, czerwone wino, sok z żurawiny,

sok z pomarańczy i zielona herbata. Sok z granatu wykazał najwyższe właściwości antyoksydacyjne. Z tego powodu przeprowadzono badanie kliniczne na modelu zwierzęcym, z użyciem ekstraktu z tego właśnie owocu [19]. Do badania użyto królików, u których wywołano arteriosklerozę w naczyniach biodrowych za pomocą balonowej endotelializacji. Doprowadziła ona, podobnie jak w przypadku naczyniopochodnych zaburzeń erekcji w przebiegu miażdżycy czy naczyniookluzji, do spadku przepływu krwi w ciałach jamistych i w konsekwencji do zaburzeń wzwodu. Następnie przez 8 tygodni badanym królikom podawano sok z granatu lub samą wodę jako placebo. Podawane stężenia zostały obliczone w oparciu o wagę ciała i dzienne spożycie wody przez zwierzęta – w rezultacie – po 30 mg, 60 mg i 120 mg polifenoli dziennie. Następnie w celu określenia efektywności erekcji mierzono:

- wielkość przepływu krwi w czasie erekcji z użyciem laserowego Dopplera skierowanego na ciała jamiste,
- zawartość produktów oksydacji określono za pomocą testu IA (*immunoassay*),
- poziom ekspresji genów stresu oksydacyjnego, zmierzoną metodą *real-time* PCR.

Badanie wykazało, że przyjmowanie antyoksydantów zawartych w ekstrakcie z granatu skutkowało zwiększonym przepływem przez naczynia jamiste, zwiększeniem relaksacji mięśni gładkich, zahamowaniem fibrozy w porównaniu z grupą kontrolną. W grupie spożywającej ekstrakt z granatu wykazano także obniżony poziom produktów oksydacji. Sugeruje to istnienie zmian nieodwracalnych w przebiegu procesu miażdżycowego, zachodzących w śródbłonku zarówno naczyniowym, jak i wyścielającym ciała jamiste. Jest on bardzo wrażliwy na niedokrwienie i hiperoksydację. Wynika to z faktu, że śródbłonek produkuje wiele lokalnych substancji o działaniu wazodylatacyjnym na mięśnie m.in. NO, ACE, kininy, PG czy histamina. Upośledzenie tejszej funkcji skutkuje klinicznie postępującym wydłużaniem czasu osiągnięcia wzwodu, zmniejszoną sztywnością prącia w czasie erekcji, a w dalszym przebiegu całkowitą impotencją. Rozpoczyna się akumulacja wolnych rodników w komórkach śródbłonka prowadzącą do postępującej fibrozy. Przyczyną tych zmian jest in-

terakcja wolnych rodników powstających w stresie oksydacyjnym z NO, co skutkuje zmniejszeniem jego biodostępności. Polifenole zawarte w granacie powodują neutralizację tych nadtlenuków, która pozwala tlenkowi azotu na działanie wystarczająco długie, by wywołać swój wazodylatacyjny efekt na naczynia i komórki mięśni gładkich penisa.

Aby udowodnić lecznicze korzyści owocu granatu na „męski problem” zostały wykonane także badania kliniczne z udziałem pacjentów. Forest, Padma-Nathan i Liker przeprowadzili w 2007 r. randomizowaną, podwójnie ślełą próbę kliniczną z zastosowaniem grupy kontrolnej otrzymującej placebo [20]. Celem badania było udowodnienie skuteczności i pozytywnego wpływu ekstraktu z owocu granatu na potencję. W badaniu klinicznym wzięło udział sześćdziesięciu mężczyzn w wieku od 21–70 lat, z występującymi obecnie bądź w przeszłości zaburzeniami erekcji, o czasie trwania co najmniej 3 miesięcy. Zakwalifikowani zostali pacjenci z łagodną lub umiarkowaną postacią zaburzenia, ocenianą na podstawie liczby punktów od 17–25 uzyskaną po wypełnieniu kwestionariusza Międzynarodowego Indeksu funkcji erekcyjnej (IIEF – *International Index of Erectile Function*) [21]. Kryterium włączenia chorego do badania było również zadeklarowanie bycia w stabilnym związku monogamicznym, ze zgadzającą się na badanie partnerką, oraz deklaracja odbywania w czasie trwania badania klinicznego stosunku płciowego z częstością minimum raz w tygodniu. Każdy z uczestników został poproszony na czas badań klinicznych o odstawienie leków, preparatów ziołowych, i używania urządzeń medycznych. W badaniu pacjentów podzielono na dwie 30-osobowe grupy. Zalecając picie napoju codziennie wieczorem przez okres 28 dni w dawce ośmiu uncji (czyli około 230 gramów). Grupie pierwszej podano ekstrakt z granatu o zawartości polifenoli rzędu 1,5 mmol. Grupie drugiej podano placebo. Po tym okresie oceniono efektywność substancji na podstawie GAQ (globalnego szacunkowego kwestionariusza) oraz IIEF (kwestionariusza Międzynarodowego Indeksu funkcji erekcyjnej). Po dwutygodniowej przerwie pacjentom z grupy pierwszej podawano placebo przez okres 28 dni, a grupie drugiej ekstrakt z granatu. Na zakończenie oceniono po-

nownie funkcje płciowe badanych używając tych samych kwestionariuszy. Z sześćdziesięciu pacjentów poddanych badaniu, 53 ukończyło je. Co najmniej 87% osób w każdej grupie zadeklarowało spożycie napoju przez minimum 21 z 28 dni badania. Średni wiek badanych w każdej grupie wynosił 46 lat, a średni wynik IIEF wynosił 21. Z 42 pacjentów którzy wykazali poprawę ocenioną na podstawie kwestionariusza GAQ, u 25 nastąpiło to po wypiciu ekstraktu z granatu. Zostało udowodnione, że bardziej prawdopodobna była poprawa zdolności płciowych po spożyciu soku z granatu niż placebo. Zaobserwowano też, że więcej pacjentów wykazało poprawę w grupie I (33 procent) w stosunku do grupy II (29 procent). Ograniczeniem tego pilotażowego badania klinicznego była wielkość grupy badanej, czas podawania napoju, kwestie zgodności. Prawdopodobnie, znacznie wyższe statystycznie wyniki poprawy funkcji płciowych, mogłyby być osiągnięte, gdyby poddać badaniu większą ilość osób lub wydłużyć czas badania klinicznego. Pomijając jednak powyższe ograniczenia, badanie kliniczne wykazało jednoznacznie korzystny wpływ soku z owocu granatu na funkcje płciowe, u pacjentów cierpiących na zaburzenia erekcji miernego i średniego stopnia, ocenione obiektywnie za pomocą międzynarodowych kwestionariuszy. Sok z owocu granatu ma ogromną potencję w leczeniu zaburzeń erekcji. Zawdzięcza to zawartym w nim antyoksydantom wzmacniającym wpływ tlenu azotu na funkcjonowanie komórek nabłonka endotelium. Wydaje się być godnym zainteresowania zastosowanie w terapii zaburzeń erekcji soku z owocu granatu razem z lekami wpływającymi na aktywność NO, takimi jak inhibitory 5 – fosfodiesterazy [21].

Przełomowe dla popularyzacji spożywania granatu mogą okazać się badania przeprowadzone przez Turka i in. w 2007 r. [22]. Udało się w nich udowodnić, na razie na modelu zwierzęcym, że spożywanie soku z granatu wpływa korzystnie na jakość spermy! Próba kliniczna została przeprowadzona na 28 dorosłych samcach szczurzych. Autor podzielił zwierzęta na cztery grupy i przez 7 tygodni podawał im odpowiednio: wodę destylowaną (próba kontrolna), 0,25 mL (druga grupa), 0,50 mL (grupa trzecia), 1 mL (grupa czwarta) soku z granatu. W grupach

badawczych w porównaniu z próbą kontrolną odnotowano zwiększenie stężenia plemników w najądrzu, ich ruchliwości i średnicy kanalików nasiennych. Zanotowano także spadek ilości osobników z nieprawidłowymi parametrami spermy o 43%. w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki tych badań są bardzo obiecujące, zwłaszcza w świetle utrzymującej się od kilkunastu lat tendencji do powolnego spadku jakości spermy. Potrzeba przeprowadzenia badań na modelu ludzkim wydaje się być pilna i jak najbardziej uzasadniona.

### **WPLYW NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO NA ZABURZENIA EREKCJI**

Prawdą jest, że nawet 70% mężczyzn z nadciśnieniem cierpi też na zaburzenia seksualne. Powszechność oraz dotkliwość tego problemu wśród chorych nasuwa oczywiste pytanie – czy jest związek pomiędzy tymi dwoma chorobami? Długo trwające nadciśnienie prowadzi do zaburzeń układu krążenia, będących najczęstszą przyczyną zaburzeń potencji! [23]. Dlatego też nie jest zaskoczeniem fakt iż obie choroby współwystępują u znacznego odsetka pacjentów [24]. Co więcej – skutkiem ubocznym wielu leków na nadciśnienie są zaburzenia wzrodu [25]. Ponieważ obie dolegliwości wynikają z zaburzeń naczyniowych, Burchard i in. przeprowadzili próbę kliniczną, której celem było określenie częstości oraz stopnia nasilenia zaburzeń potencji wśród chorych z nadciśnieniem. Zbadali oni również poziom pożądania, częstość orgazmu, satysfakcję z pożycia seksualnego pacjentów z impotencją i nadciśnieniem a populacją osób cierpiących tylko na zaburzenia seksualne. W celu obiektywnej oceny różnych aspektów funkcji seksualnych zastosowano obszerny kwestionariusz, składający się z kilku części. Pytano o przebieg nadciśnienia, inne choroby współistniejące, a także stosowaną terapię. Do oceny stopnia otyłości użyto BMI [26]. Funkcje seksualne oceniano za pomocą IIEF (międzynarodowego kwestionariusza funkcji erekcyjnej) który jest wiarygodną i obowiązującą miarą pięciu domen pożycia płciowego – zdolności do przeżycia orgazmu, pożądania seksualnego, satysfakcji z pożycia płciowego, ogólnej satysfakcji. Badaniu poddano 467 pacjentów, z czego na pytania odpowiedziało 104. Ze

wszystkich ankietowanych – 89 było aktywnych seksualnie, a 72 miało zaburzenia erekcji, z czego niemal połowa (45,2%) ciężkiego stopnia. Badanie to potwierdza jednoznacznie powszechność współwystępowania obu chorób. Jako że podłożem zaburzeń erekcji są zaburzenia w obrębie naczyń, a nadciśnienie jest ogromnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, częstość impotencji u tych pacjentów wynika z uszkodzenia naczyń [27,28]. Co ciekawe – pomimo tego, chorzy ci nie wykazują obniżenia stopnia pożądania czy zdolności do przeżywania orgazmu. Tym bardziej uzasadnia to celowość i ogromne znaczenie w prewencji tych dolegliwości poprzez zmianę sposobu odżywiania, który ma większy wpływ na zdrowie niż czynniki genetyczne. Innym znaczącym i niepokojącym wnioskiem z przeprowadzonego badania jest fakt, iż tylko 33% pacjentów – mimo regularnych i wieloletnich wizyt lekarskich, kontynuowania terapii przeciwdziałającej nadciśnieniu – udało się skutecznie rozwiązać problem impotencji. Wielu nie szukało i nie domagało się leczenia zaburzenia [29]. Dodatkowo – nie wykazano znaczącej różnicy w nasileniu zaburzeń seksualnych pomiędzy pacjentami przyjmującymi różne grupy leków przeciwnadciśnieniowych – to zaburzenia naczyniowe odpowiadają w większym stopniu za impotencję, niż działanie uboczne leków [30]. Dlatego też niezbędne jest zapewnienie, przez lekarzy rodzinnych, długotrwałej opieki w celu zniwelowania fizjologicznego i psychologicznego wpływu zaburzeń erekcji na jakość życia pacjentów. Owoc granatu w sposób naturalny poprawia stan naczyń, zwiększając – poprzez zawarte w nim w znacznym stężeniu polifenole – wydzielanie wazodylatora jakim jest NO. To preparat przeciwdziałający obu chorobom.

## **EREKCJA A CHOROBA WIEŃCOWA**

Komórkowe i molekularne markery stresu oksydacyjnego występujące u mężczyzn z zaburzeniami erekcji są zgodne z odnotowanymi u pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca. Badania kliniczne pokazują, że prawie 75% mężczyzn cierpiących na chorobę wieńcową ma też zaburzenia erekcji [31]. Dowodzi to, że zaburzenia erekcji mogą być wczesnym sygnałem za-

grożącej choroby wieńcowej. Co ciekawe – terapia antyoksydacyjna stosowana w celu ochrony układu naczyniowego wydaje się mieć podobne działanie na ciała jamiste prącia oraz poprawiać kondycję seksualną.

Warto zwrócić uwagę na raport, w którym opisano 3 przypadki kliniczne jednoczesnego podawania sildenafilu i soku z granatu, które skutkowały priapizmem [32]. Wynika to z faktu że sildenafil jest w 79% metabolizowany przez cytochrom p450, a sok z granatu hamuje kluczowe enzymy tego cytochromu. Raport ten sugeruje, zachowanie ostrożności pacjentom przyjmującym sildenafil, a chcącym jednocześnie spożywać sok granatu. Powinni być oni powiadomieni o możliwości potencjalnej interakcji i jej ewentualnych skutkach. Informacja ta powinna być także zawarta w ulotce leku.

## **RAK PROSTATY**

Jako że sok z owocu granatu ma udowodnione właściwości antyoksydacyjne, a antyoksydanty wykazują obiecujące działanie hamujące rozwój i przeciwdziałające rozwojowi nowotworów prostaty, powstaje sugestia czy otrzymywane w znacznym stężeniu, z owocu granatu, antyoksydanty mogą posiadać działanie prewencyjne i chemio-terapeutyczne w leczeniu raka prostaty? Nie można zapomnieć o tym, że konsekwencjami – poza obciążeniem psychicznym – są również zaburzone funkcje seksualne wynikające ze szkodliwego wpływu stosowanej w leczeniu radio i chemioterapii. Jednym ze sposobów przeciwdziałania rakowi prostaty, jest chemoprewencja, to znaczy administracja naturalnie występujących w przyrodzie środków, w celu zablokowania, odwrócenia lub opóźnienia procesu karcynogenezy. Udowodniona jest skuteczność antyoksydantów zawartych w zielonej herbacie i pomidorach w profilaktyce nowotworów, w tym raka prostaty [33]. Skoro owoc drzewa *punica granatum* – granat, rosnącego głównie w rejonie Morza Śródziemnego, posiada wiele korzystnych właściwości takich jak działanie antyoksydacyjne i przeciwzapalne, a zawartość antyoksydantów w jego soku znacznie przewyższa ilość występującą w zielonej herbacie czy czerwonym winie, powstało więc pytanie o wpływ prewencyjny soku z tego owocu na raka prostaty?

## MECHANIZM DZIAŁANIA PRZECIWNOWOTWOROWEGO

Wpływ owocu granatu na zahamowanie rozwoju raka prostaty był badany z zastosowaniem hodowli komórkowej, badań klinicznych na modelu zwierzęcym oraz poprzez badanie kliniczne II fazy na pacjentach. Były one testowane na ludzkich komórkach rakowych prostaty zarówno *in vitro* jak i *in vivo*. Każdy z produktów zahamował wzrost komórek rakowych prostaty, komórki prawidłowe natomiast uległy zahamowaniu w stopniu znacznie mniejszym [34]. W badaniach użyto różnorodnych postaci owocu – formę oleju z nasion, sfermentowanego soku z polifenolami oraz polifenoli otrzymanych ze skórki owocu. Co ciekawe – wszystkie zastosowane formy owocu spowodowały zahamowanie wzrostu komórek nowotworowych w badaniu *in vitro*, podane zaś jednocześnie, w tej samej dawce – wykazują supraaddycyjny efekt działania. Antyproliferacyjne i proapoptotyczne właściwości ekstraktu z owocu granatu w stosunku do ludzkich komórek nowotworowych raka prostaty zostało udowodnione przez autorów [35]. Zarówno poprzez hodowlę komórkową jak i doświadczenie z przeszczepieniem komórek rakowych myszom. Doświadczenie przeprowadzone przez Malika na modelu mysim polegało na implantacji myszom androgenno-zależnych komórek rakowych prostaty oraz podaniu 0,1% i 0,2 % polifenoli z granatu do picia razem z wodą, rozpoczynając od momentu implantacji komórek [35]. Doustne podanie myszom polifenoli zaskutkowało znaczącym zahamowaniem wzrostu guza. Zahamowaniu wzrostu guza towarzyszył spadek wartości markera PSA – jego poziomy były o 70–85% niższe w stosunku do myszy pojęnych samą wodą! *In vivo*, w fazie II próby klinicznej Pantuck i in. przebadana pacjentów z podniesionymi wartościami PSA, po przebyciu leczenia chirurgicznym albo po radioterapii [36]. U zakwalifikowanych do badania pacjentów poziom PSA wynosił więcej niż 0,2 ng/mL ale mniej niż 5ng/mL, podając im 8 uncji soku z granatu dziennie, przez okres miesiąca. Następnie pacjenci badani byli w odstępach trzymiesięcznych. Czas podwojenia warto-

ści PSA, w czasie leczenia sokiem z granatu, znacząco wzrósł z poziomu 15 miesięcy do 54 miesięcy, co wskazuje, że ekstrakt spowalnia postęp choroby. Ponadto u żadnego z pacjentów uczestniczących w badaniu nie zaobserwowano przerzutów raka prostaty. Co więcej – ponieważ mechanizm tworzenia się przerzutów jest podobny dla wielu rodzajów nowotworów – te składniki soku z owocu granatu mogą być równie skuteczne w leczeniu przerzutów innych nowotworów. Owoc granatu, znany od czasów starożytnych, jest w zasadzie symbolem medycyny naturalnej, a dokonane badania nad jego właściwościami są nadzwyczaj aktualne i – wobec pragnienia mężczyzn na znalezienie skutecznego medykamentu na ich „ból głowy”, chroniącego jednocześnie przed rozwojem raka prostaty – wydają się być zrobione w bardzo odpowiednim momencie.

## PODSUMOWANIE

Zaprezentowane powyżej wyniki przeprowadzonych badań dają ogromną nadzieję wielu mężczyznom. Regularne spożywanie soku z owocu granatu umożliwi nie tyle leczenie, co przede wszystkim zapobieganie „problemom łóżkowym”. Istnieje wobec tego znacząca potrzeba dalszych badań nad „cudowną” właściwością tej znanej od wieków rośliny. Jednakże wobec niepodważalności i wielokierunkowości korzystnego oddziaływania tego ekstraktu, a jednocześnie ewidentnego braku jakiegokolwiek toksyczności, w myśl zasady „lepiej zapobiegać niż leczyć” warto włączyć sok z granatu do codziennej diety, nawet tych mężczyzn, którzy cieszą się aktywnym i udanym życiem seksualnym. Może bowiem okazać się, że ta niepozorna roślinka stanie się „naturalną Viagrą” lekiem na męskie bóle głowy, a wizja pożycia partnerskiego jak w czasie miesiąca miodowego przestanie być dla wielu panów tylko utopią. Aktualnie jak pisze Magda Gessler – znana warszawska restauratorka i autorka wielu książek o tematyce kulinarnej – „następuje czas granatów” i to nie tylko w kuchni, ale także w seksuologii. ▶

## Piśmiennictwo

1. Krane R.J., Goldstein I., Saenz de Tejada I. (1989) Impotence. *N. Engl. J. Med.* 321, 1648-1659.
2. Grein U., Schubert G.E. (2002) Arteriosclerosis of penile arteries: histological findings and their significance in the treatment of erectile dysfunction. *Urol. Int.* 68, 261-264.
3. Siroky M.B., Azadzi K.M. (2003) Vasculogenic erectile dysfunction: newer therapeutic strategies. *J. Urol.* 170, 24-30.
4. Azadzi K.M., Schulman R., Michael A., Siroky M.B. (2005) Oxidative stress in arteriogenic erectile dysfunction: prophylactic role of antioxidants. *J. Urol.* 174, 386-393.
5. Gupta S., Hastak K., Ahmad N., Lewin J.S., Mukhtar H. (2005) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 98, 10350-10355.
6. Kaya C., Uslu Z., Karaman I. (2006) Is endothelial function impaired in erectile dysfunction patients. *Int. J. Impot. Res.* 18, 55-60.
7. Ignarro L.J., Byrns R.E., Sumi D., de Nigris F., Napoli C. (2006) Pomegranate juice protects nitric oxide against oxidative destruction and enhances the biological actions of nitric oxide. *Nitric Oxide.* 15, 93-102.
8. Longtin R. (2003) The pomegranate: nature's power fruit? *J. Natl. Cancer Inst.* 95, 346-348.
9. Parnes H.L., House M.G., Kagan J., Kausal D.J., Lieberman (2004) *R. J. Urol.* 171, 68-74.
10. Zdrojewicz Z., Matusiak M. (2006) Afrodyzjaki – rola w leczeniu zaburzeń seksualnych. *Przeg. Seksuol.* 4, 5-10.
11. Gil M.I., Tomas-Barberan F.A., Hess-Pierce B., Holcroft D.M., Kedar A. (2000) *A. J. Agric. Food Chem.* 10, 4581-4589.
12. Cerdá B., Espín J.C., Parra S., Martínez P., Tomás-Barberán F.A. (2004) The potent in vitro antioxidant ellagitannins from pomegranate juice are metabolised into bioavailable but poor antioxidant hydroxy-6H-dibenzopyran-6-one derivatives by the colonic microflora of healthy humans. *Eur. J. Nutr.* 43, 205-220.
13. Gil M.I., Tomas-Barberan F.A., Hess-Pierce B., Holcroft D.M., Kedar A. (2000) *J. Agric. Food Chem.* 10, 4581-4589.
14. Ratan H.L., Steward W.P., Gescher A.J., Mellon J.K. (2002) *Urol. Oncol.* 7, 223-227.
15. Narr B.C., Ayed N., Metche M.Z. (1996) *Lebensm. Unters. Forsch.* 203, 374-378.
16. Aviram M., Dorenfeld L., Rosenblat M., Volkova N., Kaplan M., Hayek T. i in. (2000) Pomegranate juice consumption reduces oxidative stress, low density lipoprotein modifications and platelet aggregation: studies in the atherosclerotic apolipoprotein E deficient mice and in humans. *Am. J. Clin. Nutr.* 71, 1062-1076.
17. Aviram M., Dornfeld L. (2001) Pomegranate juice consumption inhibits serum angiotensin converting enzyme activity and reduces systolic blood pressure. *Atherosclerosis.* 158, 195-198.
18. Mehta R., Lansky E.P. (2004) Breast cancer chemopreventive properties of pomegranate (*Punica granatum*) fruit extracts in a mouse mammary organ culture. *Eur. J. Cancer Prev.* 13, 345-348.
19. Ganz P. (2005) Erectile dysfunction: pathophysiologic mechanisms pointing to underlying cardiovascular disease. *Am. J. Cardiol.* 96 (Suppl). 8M-12M.
20. Forest C.P., Padma-Nathan H., Liker H.R. (2007) *Int. J. Impot. Res.* Nov. Dec. 19 (6), 564-567. Epub. Jun 14.
21. Cappelleri J.C., Rosen R.C., Smith M.D., Mishra A., Osterloh I.H. (1999) Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology.* 54, 346-351.
22. Agarwal A., Nandipati K.C., Sharma R.K., Zippe C.D., Raina R. (2006) Role of oxidative stress in the pathophysiological mechanism of erectile dysfunction. *Review. J. Androl.* 27, 335-347.
23. Türk G., Sönmez M., Aydın M., Yüce A., Gür S. (2008) Effects of pomegranate juice consumption on sperm quality, spermatogenic cell density, antioxidant activity and testosterone level in male rats *Clinical Nutrition* Volume. 27, Issue. 2, April, pp. 289-296.
24. Karadeniz T., Topsakal M., Aydogmus A. i in. (1996) Correlation of ultrastructural alterations in cavernous tissue with the clinical diagnosis vasculogenic impotence. *Urol. Int.* 57, 58.
25. Oaks W.W., Moyer J.H. (1972) Sex and hypertension. *Med. Aspects Hum. Sex.* 6, 128.
26. Weiss R.J. (1991) Effects of antihypertensive agents on sexual function. *Am. Fam. Physician.* 44, 2075.
27. Moss H.B., Procci W.R. (1982) Sexual dysfunction associated with oral antihypertensive medication: a critical survey of the literature. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 4, 121.
28. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. i in. (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.* 151, 54.
29. Grundy S.M. (1983) Atherosclerosis: pathology, pathogenesis, and role of risk factors. *Dis. Mon.* 29, 1.
30. Ansong K.S., Lewis C., Jenkins P. i in. (1998) Help-seeking decisions among men with impotence. *Urology.* 52, 834.
31. Solomon H., Man J.W., Jackson G. (2003) Erectile dysfunction and the cardiovascular patient. *Heart.* 89, 251-253.
32. Jones S.B., DePrimo S.E., Whitfield M.L., Brooks J.D. (2005) *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 14, 596-604.
33. Stavridi F., Karapanagiotou E.M., Syrigos K.N. (2010) Targeted therapeutic approaches for hormone-refractory prostate cancer. *Cancer Treat. Rev.* 36, 122-130.
34. Malik A., Mukhtar H. (2006) Prostate cancer prevention through pomegranate fruit. *Cell Cycle.* 5, 371-373.
35. Malik A., Afaq F., Sarfaraz S., Adhami V.M., Syed D.N. i in. (2005) Pomegranate fruit juice for chemoprevention and chemotherapy of prostate cancer. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 102, 14813-14818.
36. Pantuck A.J., Zomorodian N., Belldegrun A.S. (2006) Phase-II Study of pomegranate juice for men with prostate cancer and increasing PSA. *Curr. Urol. Rep.* 7, 7.



# REAKTYWNOŚĆ SEKSUALNA Kobiet A SAMOOCENA, OBRAZ CIAŁA I UMIEJSCOWIENIE POCZUCIA KONTROLI

stud. psych. Klaudia Maria Mońka, mgr psych. Monika Szymańska,  
prof. dr hab. Zbigniew Lew-Starowicz

## Streszczenie

Celem pracy jest ocena korelacji pomiędzy reaktywnością seksualną kobiet a ich samooceną, obrazem ciała i umiejscowieniem poczucia kontroli. Badaniem objęto grupę 41 kobiet w wieku 23-27 lat. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Mell-Krat autorstwa Lew-Starowicza, Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (MSEI) stworzonego przez E. J. O'Brien i S. Epstein, Rysunkowego Arkusza do Samooceny Wyglądu (RASW) stworzonego przez zespół pod kierunkiem K. Janowskiego, Marcina Staniewskiego oraz Kwestionariusza do Badania Poczucia Kontroli (KBPK) autorstwa Krasowicz i Kurzyp-Wojnarskiej. Wykazano istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy wynikami Skali Mell-Krat a dwoma podskalami kwestionariusza MSEI tj. Popularności ( $r$ -Pearsona = 0,34,  $p < 0,005$ ) i Zdolności Przywódcze ( $r$ -Pearsona = 0,36  $p < 0,005$ ) oraz istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami: kobiety (badane) z wysokim nasileniem reaktywności seksualnej uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w podskali Samoakceptacja Moralna (Test  $t$ -Studenta = 2,23,  $p < 0,005$ ) w porównaniu z badanymi o niskiej reaktywności seksualnej. Nie wykazano związków reaktywności seksualnej kobiet z obrazem ciała (ważnością i/lub zadowoleniem) oraz umiejscowieniem poczucia kontroli.

## Słowa kluczowe:

reaktywność seksualna kobiet, samoocena, obraz ciała, poczucie umiejscowienia kontroli

## THE LINK BETWEEN WOMEN'S SEXUAL REACTIVITY, SELF-ESTEEM, BODY IMAGE AND LOCUS OF CONTROL

Aim of this study is to evaluate the correlation between the reactivity of women and their sexual self-esteem, body image, and locus of control. The study involved a group of 41 women aged 23-27 years. The following research tools: scale Mell-Gratings, multidimensional self-assessment questionnaire (Msel) created by EJ O'Brien and S. Epstein, drawing sheet to Self Appearance (RASW) created by a team under the direction of K. Janowski, Martin Staniewski Questionnaire for Research and Sense of Control (KBPK) by Krasowicz and Kurzyp-Wojnarski. Showed statistically significant, a weak positive correlation between the results of Mell-Scale Gratings and two subscales of the questionnaire Msel ie Popularity ( $r$ -Pearson = 0.34,  $p < 0.005$ ) and leadership ( $r$ -Pearson = 0.36  $p < 0.005$ ) and a significant statistical differences between the compared groups to the extent that women (unaudited) with a high intensity of sexual reactivity uzyskiwały significantly higher scores in moral Self-acceptance subscale (Student's  $t$ -test = 2.23,  $p < 0.005$ ) compared with patients with low sexual reactivity. There was no evidence of sexual reactivity relationships of women with body image (the validity and / or welcome) and locus of control.

## Keywords:

women's sexual responsiveness, self-esteem, body image, locus of control

stud. psych. Klaudia  
Maria Mońka  
Wydział Psychologii  
Wyzsza Szkoła  
Finansów i Zarządzania  
w Warszawie

mgr psych. Monika  
Szymańska  
Zakład Seksuologii  
Medycznej  
i Psychoterapii CMKP  
w Warszawie

prof. dr hab. med.  
Zbigniew  
Lew-Starowicz  
Zakład Seksuologii  
Medycznej  
i Psychoterapii CMKP  
w Warszawie

PRACA RECENZOWANA

## UWARUNKOWANIA REAKTYWNOŚCI SEKSUALNEJ

Reaktywność seksualna jest uwarunkowana czynnikami zarówno biologicznymi, jak również psychologicznymi i społeczno-kulturowymi. Jak pisze Lew-Starowicz każdy człowiek jest niepowtarzalną „innością” w zakresie reakcji seksualnych, a reakcje te są wynikiem typu osobowości, wrażliwości zmysłowej, sytuacji, oddziaływania osoby partnera, stanu zdrowia itp. [1].

Nowosielski określa reakcje seksualne, jako procesy fizjologiczne i psychiczne wywołane przez działające na ciało jednostki bodźce seksualne w określonym kontekście i okolicznościach. Jak twierdzi, na kobiece reakcje seksualne wpływ mają m.in. zmiany anatomiczne i fizyczne (przekrwienie, skurcze), oczekiwana satysfakcja, kontekst społeczny i sytuacyjny, czynniki psychiczne oraz wczesne doświadczenia seksualne [2]. „Seksualność jest szczególnie intensywnym miejscem zbieżności relacji władzy: między mężczyznami a kobietami, młodymi a starymi, rodzicami a potomstwem, wychowawcami a uczniami, duchownymi a świeckimi, administracją a ludnością” (cyt. za Foucault 2010, s. 73). Stąd cała paleta czynników, które pośrednio wpływają na reakcje seksualne podczas stymulacji seksualnej.

Badania pokazują, że w Polsce płeć (szczególnie u osób młodych) i religijność mają wyjątkowy wpływ na kształtowanie się wzorców i zachowań seksualnych, co rzutuje również na reakcje seksualne człowieka [4]. Czynniki mogącymi wpływać na reaktywność seksualną człowieka są: poczucie bezpieczeństwa i otwarcia się na inną osobę, oczekiwania wobec kontaktu seksualnego, rozmowy o seksie, nieporozumienia i brak informacji, niesprzyjające okoliczności i brak czasu, obawy przed niechcianą ciążą i o choroby przenoszone drogą płciową, niskie poczucie własnej wartości i negatywny nastrój, problemy w związku, zaangażowanie w związek; negatywne postawy, przekonania i wartości (np. seks jest złem, jest odrażający; potrzeba samokontroli lub utrzymania kontaktu), wcześniejsze traumatyczne lub negatywne przeżycia seksualne, hamowanie seksualne. Na odpowiedź seksualną człowieka oraz jego zainteresowanie seksem wpływają również jego problemy zdrowotne, niektóre leki i co oczywiste, naturalny

proces starzenie się (Bancroft 2011). Reakcje fizjologiczne, jak twierdzi Machaj są warunkowane w dużej mierze poprzez relacje i emocje panujące w związku [3]. Mimo, że rozróżniamy szereg czynników wpływających na reakcje seksualne, część z nich może się wzajemnie uzupełniać, np. niektóre czynniki psychologiczne są konsekwencją społeczno-kulturowego wpływu oddziałującego na jednostkę w toku życia.

Imieliński natomiast wymienia następujące czynniki biologiczne wpływające na reaktywność seksualną kobiety: wiek i fazę cyklu miesięczkowego, niektóre choroby przewlekłe oraz przyjmowane w związku z tym leki, pewne rodzaje niepełnosprawności fizycznej (występujące w nich zaburzenia percepcji i przetwarzania bodźców erotycznych wpływają na reakcje seksualne), hormony, mięsień Kegla. Hormony, neuromodulatory i neurotransmitery (dwa ostatnie odpowiadają za zmiany w obrębie narządu rodnego, m.in. lubrykację) odgrywające znaczącą rolę to: serotonina, dopamina, progestageny, androgeny (testosteron), estrogeny, prolaktyna, kortyzon i ACTH oraz mediatory synaptyczne i enzymy (adrenalina, substancja P i galanina, fosfodiesteraza typ 5) [6]. Lew-Starowicz podkreśla szczególne znaczenie estrogenów (jakoby warunkuje biologię kobiecości) i testosteronu. Te pierwsze wpływają, m.in. na nawilżenie pochwy, zwiększenie wrażliwości i ukrwienia narządów rodnych oraz pobudzenie motywacji seksualnej, pożądanie, fantazje erotyczne. Testosteron natomiast przyczynia się do wzrostu częstości współżycia w połowie cyklu owulacyjnego, zwiększeniu libido i pobudliwości seksualnej [6]. Jak dotąd nie ma dowodów świadczących o wpływie hormonów na orgazm kobiety, jednak mają one niewątpliwie związek ze zdolnością do podniecenia seksualnego (Bancroft 2011, s. 100).

Samoocena, wcześniejsze doświadczenia seksualne, satysfakcja ze związku z partnerem, pozytywne doświadczenia seksualne z dzieciństwa, w tym model wychowania, poczucie bezpieczeństwa, zaufania i bliskości, obawa przed zajściem w ciążę lub zarażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową, poczucie wstydu czy zakłopotanie w trakcie kontaktu seksualnego, relacje partnerskie, obraz własnego ciała, postawy wobec mężczyzn, ciała, seksu oraz cechy oso-

bowości to część, z jakże licznych czynników psychologicznych, które wpływają na reaktywność seksualną kobiet w trakcie kontaktu seksualnego. Ostrowska także uważa, że atrakcyjność fizyczna i określona świadomość swojego ciała, mają znaczący wpływ na życie seksualne, postawy i zachowania [4].

Izdebski przeprowadził badania dotyczące istniejących obaw i lęków w relacjach seksualnych na grupie kobiet w wieku 18–49 lat będących po inicjacji seksualnej. Z powyższych badań wynika, że 13,8% kobiet obawiało się oceny własnego wyglądu. Wśród najczęstszych trudności i obaw związanych ze współżyciem seksualnym kobiety wymieniały: obawę zajścia w ciążę (18,1%), uczucie fizycznej dolegliwości, choroby (15,6%), ogólne zmęczenie i stres (14,7%), brak konkretnych przyczyn (8,4%), gdy nie są z partnerem sami w domu (7,4%). Autor przedstawił również badanym następujące stwierdzenie: „miłość jest warunkiem udanego życia seksualnego” – zgodziło się z nim 57,3% kobiet, co potwierdza dużą rolę uczuć i emocji w podejmowaniu kontaktów seksualnych przez kobiety i związanych z nimi odpowiedzi na bodźce seksualne [7].

## DEFINICJA SAMOOCENY

W dzisiejszych czasach często słyszy się słowo „samoocena” używane w różnych rozmowach i kontekstach, ale czym właściwie jest samoocena?

Zacznijmy od tego, że często jako synonimów samooceny używane są takie pojęcia, jak poczucie własnej wartości lub samoakceptacja. Nie we wszystkich teoriach terminy te mają identyczne znaczenia, jednak często stosowane są zamiennie. Samoakceptacja lub poczucie własnej wartości, to „ocena własnej osoby oraz związane z nią afektywne reakcje” (cyt. za Haith, Miller, Vasta, 2004, s. 509). „Samoakceptacja związana jest [...] przyzwoleniem na doświadczanie porażek bez zachwiania ogólnego stosunku do siebie samego. Przeciwną postawą jest samoodtrącenie, które bazuje na niedocenianiu własnych możliwości, wstydzie, samooskarżaniu, uzalaniu nad sobą itp. Postawa ta blokuje rozwój jednostki...” [13]. W mojej pracy używać będę zamiennie powyższych terminów. Można powiedzieć, że oznaczają one to samo – stosunek człowie-

ka do samego siebie, to czy postrzega on siebie jako osobę wartościową, przestrzegającą praw moralnych, cenioną oraz szanowaną przez innych, zdolną do zaspokojenia własnych potrzeb lub spełnienia wymagań otoczenia, itp. I właśnie od tego, jak człowiek siebie samego postrzega i ocenia, świadomie lub nieświadomie, zależy jego samoocena.

Jak pisze Fila-Jankowska, Reykowski samoocenę definiuje jako „ocenę samego siebie (własnej osoby) i swoich możliwości, która powstaje poprzez uogólnienie ocen siebie w różnych sferach” [12]. Weber i Ziolkowska piszą, że samoocena reguluje funkcjonowanie, wybory i decyzje, stosunek człowieka do innych ludzi i świata, teraźniejszości oraz przyszłości [13]. Bogdan Wojciszke zaś uważa samoocenę za afektywną (emocjonalną) reakcję człowieka na samego siebie, która może mieć charakter intensywnej emocji lub zintelektualizowanego sądu. Dodaje on, że „samoocenę można rozważać jako względnie stałą cechę (skrytalizowany są czy postawę wobec siebie samego), bądź też jako bieżący stan i motyw podmiotu” [14]. Zimbardo natomiast twierdzi, że „samoocena to uogólniona postawa wartościująca wobec samego siebie, która wpływa zarówno na nastrój, jak i na zachowanie, oraz wywiera przemożny wpływ na pewien zakres zachowań indywidualnych i społecznych” [15].

## Kształtowanie poczucia własnej wartości

Istnieją dwa główne źródła wiedzy o sobie: obserwacja własnego zachowania w różnych sytuacjach oraz informacje pochodzące z otoczenia, głównie informacje zwrotne (werbalne i niewerbalne) od innych osób.

Samoocena zaczyna kształtować się już we wczesnym dzieciństwie. W tym czasie na proces ten najbardziej wpływa rodzina, w szczególności relacje dziecka z rodzicami, postawy rodzicielskie oraz komunikacja między nimi [16]. Rodzice oczekują od dziecka pewnych zachowań i poprzez aprobatę pożądanых zachowań lub dezaprobatę niepożądanych, dziecko uczy się, które z jego cech są przez nich aprobowane, a które nie. W ten sposób dziecko nabywa obrazu siebie jako kogoś akceptowalnego lub kogoś

nieakceptowanego, udanego lub nieudanego, wartościowego, bezwartościowego, co przekłada się na jego postawę wobec rzeczywistości oraz wobec innych ludzi. Combs i Snigg uważają, że im dziecko pozytywniej siebie postrzega (mówimy o wyżej wymienionych cechach), tym bardziej akceptuje innych i rzeczywistości w której żyje [17]. Według Brandena do czynników wpływających na rozwój samooceny dziecka, które związane są z oddziaływaniem na niego bliskich należą: bezpieczeństwo, akceptacja, szacunek, widzialność, dotyk, opieka i troska, pochwała i krytyka, spełnianie oczekiwań, obdarzanie uczuciem, reagowanie na błędy oraz jasność i struktura ich reakcji [13].

Porównywanie się z innymi również odgrywa ogromną rolę w kształtowaniu samooceny człowieka. Nasza samoocena często rośnie, gdy wypadamy lepiej od innych, jednak gdy porównania te wypadają na naszą niekorzyść, odbija się to negatywnie na ocenie samego siebie.

Nie możemy zapomnieć o motywacji do samopoznania siebie, gdyż może ona wpływać na adekwatność obrazu siebie. Najczęściej wymieniane są dwa motywy kierujące ludźmi w trakcie przetwarzania informacji dotyczących Ja: autoweryfikacja, której celem jest utrzymanie zgodności między dotychczasową wiedzą o sobie a napływającymi informacjami oraz autowaloryzacja, czyli „dążenie do obrony, podtrzymania lub nasilenia pozytywnej oceny siebie”, co skłania człowieka do wylapywania takich informacji, które przyczynią się do podwyższenia poziomu samooceny, a w najgorszym razie ochronią ją przed obniżeniem [14]. Wynika z tego jednoznacznie, że człowiek nie zawsze dąży do obiektywnej prawdy czy rzeczywistego obrazu siebie. Z napływających informacji wybiera takie elementy, które z powodzeniem będzie mógł wkomponować do systemu samowiedzy, bez naruszenia pozytywnego obrazu siebie. Będzie, na przykład, asymilować tylko takie dane, które potwierdzają już istniejące schematy Ja, mimo że są one nieadekwatne (autoweryfikacja), lub też uniknąć informacji zagrażających samoocenie (autowaloryzacji) [16].

### **Rodzaje samooceny**

W ciągu całego życia, jak twierdzą Robins i Trześniewski samoocena może, i ule-

ga zmianom w toku życia. Trudno się z tym nie zgodzić. Pod wpływem sytuacji, mnogości doświadczeń, przeżyć czy też pełnionych ról, jest ona ciągle wzbogacana o nowe informacje i modyfikowana. W ten sposób tworzą się schematy. Nie dzieje się to, rzecz jasna, z miesiąca na miesiąc, a zmiany nie są gwałtowne [16].

Ogólnie rzecz biorąc, poczucie własnej wartości może być wysokie lub niskie, co wiąże się z charakterystycznymi cechami poszczególnych osób. Podążając za Wojciszke można jednak dodać, że ludzie z niską samooceną wcale nie widzą siebie jednoznacznie negatywnie [14]. Ich samoocena klaruje się na poziomie neutralnym, tzn. nie wiedzą czy są „dobre” czy „złe”, nie mają pewności co do przekonań na własny temat, a ich zachowanie i opinie są w dużej mierze warunkowane przez informacje zwrotne pochodzące z otoczenia.

Samoocena dotyczyć może różnych aspektów i zachowań człowieka (samoocena cząstkowa), które składają się na ogólną samoocenę, zwaną poczuciem własnej wartości lub globalnym samoowartościowaniem, które mówi nam jaki jest ogólny stosunek człowieka do samego siebie – pozytywny lub negatywny. Istotny wydaje się tu fakt, iż poszczególne aspekty funkcjonowania człowieka są dla niego w różnym stopniu ważne, co oznacza, że ich ocena będzie w różnym stopniu wpływała na ogólną samoocenę. Ocena samego siebie w obszarach ważnych dla jednostki będzie kształtować poziomu globalnej samooceny. Kernis zwraca uwagę, że proste zsumowanie samoocen szczegółowych nie jest tym samym, co globalna samoocena [16]. „Uogólniony stosunek człowieka wobec samego siebie, czyli globalna samoocena, jest prawdopodobnie czymś więcej niż tylko suma szczegółowych ewaluacji”.

Samoocena może być opisywana jako stała cecha lub jako bieżący stan lub motyw [14]. Samoocena jako cecha – to zbiór ogólnych przekonań na własny temat; sposób, w jaki jednostka zazwyczaj odbiera własną osobę; jest stabilna w czasie. Samoocena jako stan odzwierciedla to, w jaki sposób jednostka widzi siebie w danej chwili oraz co czuje [18].

Tendencyjne przetwarzanie informacji o sobie (m.in. efekt bycia lepszym niż przeciętnie) jest jednym z mechanizmów auto-

waloryzacji. Ponadto możemy powiedzieć jeszcze o stosowaniu porównań społecznych (model utrzymania samooceny), auto-prezentacji, autoafirmacji, redukowaniu dysonansu poznawczego oraz podtrzymywaniu tożsamości społecznej [14]. Nie przybliżam w niniejszej pracy opisu tych mechanizmów, gdyż nie są one istotne w moich badaniach. Chciałam tylko, aby czytelnik miał świadomość ich istnienia.

Również ciekawa wydaje się koncepcja samooceny w ujęciu Niebrzydowskiego, którą przytacza Siek. Ujmuje on samoocenę jako zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swojej osoby. Jak pisze Siek, „to co on rozumie przez przedmiot samooceny, jest dla nas treścią obrazu siebie” [17]. Niebrzydowski wyróżnia samooceny dotyczące cech społeczno-moralnych, intelektualnych wolicjonalnych (np. ambicja, obowiązkowość, odwaga), cech temperamentu (np. pobudliwy, wesoły, flegmatyczny) oraz wyglądu zewnętrznego. Jednak bez względu na to jakich cech ona dotyczy, możemy mówić o samoocenie stabilnej względnie niestabilnej, adekwatnej względnie nieadekwatnej zawyżonej lub zaniżonej. Według Reykowskiego, zaniżona samoocena to stan, w którym człowiek przypisuje sobie niższe możliwości niż w rzeczywistości posiada. Konsekwencją tego może być zmniejszenie aktywności i unikanie podejmowania się trudniejszych zadań z obawy przed porażką, co prowadzi do tego, że osoba osiąga mniej niż byłaby w stanie. Zawyżona samoocena cechuje się odwrotnymi właściwościami [17].

W literaturze można znaleźć jeszcze inne kategoryzacje samooceny, wyróżnia się między innymi samooceną: obronną i autentyczną (McFarlin i Blascovich), jawną i ukrytą (Greenwald i Farnham), zależną i niezależną (Croker i Park), stabilną i niestabilną (Kernis) [16]. Mówiąc o samoocenie jawnej i utajonej (funkcjonująca na poziomie nieświadomym), tzw. utajonej postawie względem samego siebie. Badania wykazały, że ludzie mogą doświadczać jej jako intuicji. Jednak Gailliot i Schmeichel opierając się na swoich badaniach uważają, że samoocena utajona nie może zostać uświadomiona. Samoocenę utajoną trudno jest badać, jednak z jawną postacią samooceny badacze również mają problem, ponieważ wpływa na nią szereg czynników zakłócających, ta-

kich jak: tendencja badanych do robienia dobrego wrażenia, potrzeba aprobaty społecznej, samooszukiwanie i samowzmacnianie oraz obawa przed oceną [12].

## UMIEJSCOWIENIE POCZUCIA SAMOKONTROLI

Kontrola – jakże ważne w życiu każdego człowieka jest poczucie sprawstwa, posiadanie wpływu na bieg wydarzeń i rozwój sytuacji.

Poczucie umiejscowienia kontroli (*locus of control* – LOC) – pojęcie to powstało w ramach teorii społecznego uczenia się J.B. Rottera i według niego jest to indywidualna właściwość człowieka, którą można traktować jako wymiar osobowości dający się przedstawić na kontinuum od poczucia kontroli zewnętrznej do poczucia kontroli wewnętrznej [19]. Zatem, za Rotterem możemy mówić o zewnątrzsterowności (zewnętrzne umiejscowienie kontroli – przekonanie, że wzmocnienie jest konsekwencją działań otoczenia, a nie własnych poczynań jednostki) i wewnątrzsterowności (wewnętrzne umiejscowienie kontroli – człowiek spostrzega wzmocnienie jako konsekwencję własnych działań) [20].

Skoro poczucie umiejscowienia kontroli wywodzi się z teorii o uczeniu się, przytoczę krótką definicję tego zagadnienia. Zimbaro uczeniem się nazywa proces, który „prowadzi do względnie trwałej zmiany realnego zachowania lub jego potencjału i który opiera się na doświadczeniu” [15]. I to właśnie jest podstawą kształtowania się u człowieka poczucia umiejscowienia kontroli, które dotyczy opartego na spostrzeganiu, wpływu człowieka na rezultaty jego działań.

Kościelak twierdzi, że poczucie umiejscowienia kontroli jest wymiarem osobowości, „który determinuje sposób odbierania i przetwarzania napływających informacji oraz zachowania się w różnych sytuacjach” [21].

### Zmienne wpływające na kształtowanie się poczucia umiejscowienia kontroli

„Czterema głównymi zmiennymi, które pozwalają przewidywać rezultaty społecznego uczenia się są: zachowanie, oczekiwanie, wzmocnienie i sytuacja psychologiczna” [19].

Drwal (1995 s. 199) pisze, że według Rottera „kontrola jest mechanizmem wyuczonym, zgodnym z zasadami warunkowania

instrumentalnego”. Każdy człowiek ma swoje potrzeby i zaspokaja je w różny sposób. Po każdym zachowaniu, mającym na celu zaspokojenie danej potrzeby, następuje wzmocnienie, które jest poniekąd informacją zwrotną na temat określonego działania i jego konsekwencji. Jak pisze Gasiul, „wzmocnienia, to wszystko to, co może mieć wpływ na zachowanie jednostkowe” [22]. Człowiek uczy się o przyjemnych i przykrych skutkach podejmowanych przezeń działań. Uzyskane wzmocnienie zwiększa oczekiwanie, co do uzyskania takiego samego wzmocnienia po takim zachowaniu w przyszłości (Drwal 1995).

W tym miejscu na scenę wchodzi trzecia z powyższych zmiennych, a mowa o oczekiwaniu. „Oczekiwanie to prawdopodobieństwo wystąpienia danego rodzaju wzmocnienia, które będzie efektem podejmowanego w danej sytuacji danego rodzaju zachowania” [22]. Możemy mówić o oczekiwaniach specyficznych (oczekiwania w określonej sytuacji) oraz zgeneralizowanych (ogół oczekiwań w różnych sytuacjach). Jak piszą Krasowicz i Kurzyp-Wojnarska, autorki podręcznika do Kwestionariusza do Badania Poczucia Kontroli, oczekiwania zgeneralizowane „dotyczą wszystkich sytuacji życiowych i tworzą się zależnie od przewagi sukcesów lub porażek w historii wzmocnień jednostki” [19]. To właśnie one wysuwają się na pierwszy plan w sytuacjach względnie nowych [21]. Oczekiwania zgeneralizowane stanowią system względnie trwałych przekonań, co zapewnia jednostce stabilność i zwartość osobowości. [22]. Według Gasiula, Rotter zalicza przekonanie o umiejscowieniu kontroli do jednego z najważniejszych oczekiwań zgeneralizowanych człowieka. Oczekiwania specyficzne mają największe znaczenie w przewidywaniu konsekwencji zachowań w sytuacjach, których jednostka w jakiś sposób doświadczyła oraz gdy sytuacja jest jasna i ustrukturyzowana [21]. Dzięki gromadzonym doświadczeniom oczekiwania kształtują się przez całe życie człowieka [19].

Uwzględniając wszystkie powyższe informacje stworzono dwa konstrukty, które mają związek z umiejscowieniem poczucia kontroli (LOC – *locus of control*), są to: dążenie do sukcesu (SS – *success striving*) i unikanie porażki (FA – *failure avoiding*). Pierwszy

konstrukty reprezentują osoby, które odznaczają się wysokimi oczekiwaniami sukcesu, w związku z czym reagują w większości tylko na wskazówki prowadzące do odniesienia go. Drugi zaś konstrukt (FA) dotyczy ludzi, którzy reagują głównie na bodźce redukujące prawdopodobieństwo porażki, gdyż ich oczekiwania sukcesu są na bardzo niskim poziomie [19].

### **Poczucie umiejscowienia kontroli a samoocena i obraz ciała**

Według Robbinsa osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli charakteryzuje wyższa samoocena i samoakceptacja, również chętniej przypisują one sobie odpowiedzialność za sukcesy [23]. Jak twierdzi Drwal (1995), osoby takie charakteryzują się również większą zgodnością między „ja realnym” i „ja idealnym”.

Badania Adame’a i Johnsona dowiodły, że kobiety z zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli są w większym stopniu, niż kobiety z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli, niezadowolone z własnego ciała i wyglądu. Ponadto Fouts i Vaughan uważają, że zewnętrzne LOC „może prowadzić do skupiania się wyłącznie na informacjach pochodzących z zewnątrz, dotyczących wizerunku ciała, porównywania go z obrazem akceptowanym społecznie i w konsekwencji do niezadowolenia z własnego wyglądu” [24].

Schindler, który jest autorem terminu „wizerunek ciała”, rozumiał go jako „obraz swojego ciała kształtowany w naszych umysłach, sposób, w jaki sami odbieramy wygląd naszego ciała, na co mają wpływ czynniki czasowe, interpersonalne i środowiskowe” [25]. Sikorska i in. przytaczają definicję obrazu ciała Bytek-Matery, która uważa, że jest to „umysłowa reprezentacja zawierająca w sobie percepcję wyglądu, uczucia i myśli związane z ciałem, poczucie, jak człowiek czuje się w swoim ciele oraz funkcje i możliwości ciała. Każda nowa informacja jest konsekwentnie włączana we własny wizerunek ciała. Jeżeli informacja ta jest przetwarzana, zmienia się obraz ciała” [26]. Böhme postrzegał wizerunek własnego ciała jako kompleksowe zjawisko poznawczo-emocjonalno-behawioralne [26]. Istnieją podejścia, które traktują Ja cielesne jako jeden z ważniejszych elementów struktury Ja [27].

Jak pisze Schier, obraz ciała obejmuje: świadomość ciała (reprezentację psychiczną własnego ciała), granice ciała (doświadczenie wyraźnego oddzielenie ciała od świata zewnętrznego) oraz stosunek do ciała (wszystkie postawy danej osoby do własnego ciała, szczególnie ważne jest tu zadowolenie-niezadowolenie z wyglądu). Chrostowska-Buzun uważa, że obraz ciała jest elementem tożsamości [28].

Sakson-Obada uważa, że cielesność można ujmować w następujących kategoriach: schematu własnego ciała, wizerunku własnego ciała, postawy wobec własnego wyglądu oraz nurtu badań zajmujących się świadomością doznań rodzących się w ciele [27].

Buss pisze o cielesnym centrum (*body fokus*), w obrębie którego wyróżnia: prywatne Ja cielesne, publiczne Ja cielesne oraz obraz ciała (jego umysłową reprezentację). „Prywatne Ja cielesne” odpowiada za odczuwanie doznań płynących z ciała, a także za poczucie granic własnego ciała. „Publiczne Ja cielesne” natomiast dotyczy wyglądu, gdyż to on odgrywa rolę w relacjach z innymi, „na zewnątrz” [29].

Jak twierdzi Slade i jego współpracownicy przypisują obrazowi ciała dwa elementy: percepcję ciała (*body percept*) oraz stosunek do niego (*body concept*). James, uważa, że z Ja cielesnym związane są: samoocena, uczucia, a także motyw poszukiwania samego siebie. Ciało, raz traktowane może być jako coś, co posiadamy, innym razem jako część własnej osoby, a czasem jako coś, z czym nie mamy nic wspólnego [29].

Głębocka i Kulbat piszą o trzech komponentach wizerunku ciała: poznawczy (przekonania o własnym wyglądzie, postrzeganie własnego ciała dotyczące jego rozmiarów, wielkości kształtów i proporcji), emocjonalny (rzutuje na zadowolenie względnie niezadowolenie z ciała, jak również z jego poszczególnych aspektów), behawioralny (zachowania jakie podejmuje jednostka aby zminimalizować negatywne odczucia w stosunku do własnego ciała, np. ćwiczenia, dieta, operacje plastyczne) [30]. Zatrzymajmy się chwilę przy kwestii zadowolenia-niezadowolenia z obrazu własnego ciała. Jak wskazuje Weber i Ziółkowska (2012) kobiety są częściej niezadowolone ze swojego wyglądu niż mężczyźni. Jak pisze Starzomska i Buławska: „według Silberstein i in. w cen-

trum niezadowolenia z ciała jest rozbieżność między „ja” postrzegany a „ja” idealnym, przy czym można mówić o „ideale wewnętrznym” jak i „ideale społecznym”, który jest definiowany przez „dyktat mediów, określających, czym jest perfekcyjne ciało” [31]. Według Coopera, „niezadowolenie z własnego ciała rozumiane jest jako odczuwanie negatywnych emocji w stosunku do własnego ciała takich, jak: wstyd, niepokój, zatroskanie, poczucie winy” [32]. Z badań Talik wynika, że dziewczęta bardziej niezadowolone z wizerunku własnego ciała cechują się słabszą siłą woli, przez co mogą mieć problem z wytrwaniem w podjętych działaniach, ale za to w sytuacjach stresowych bardziej nastawione są na rozwiązanie zadania, niż dziewczęta bardziej zadowolone z wizerunku własnego ciała oraz te z zaburzeniami odżywiania, których strategie radzenia sobie ze stresem koncentrują się głównie na emocjach [32]. Na niezadowolenie z własnego ciała i wagi, jak wykazali Fila i Terelak, znaczny wpływ ma również otyłość, jednak nadmierna szczupłość też pozostawia w tym aspekcie wiele do życzenia (Głębocka i Kulbata 2010).

Schier zwraca uwagę na fakt, iż wielu badaczy, m.in. Akerman, Cash i Pruzinsky, zauważyło, że stosunek emocjonalny do ciała może podlegać zmianą sytuacyjnym i czasowym. Również aktywności podejmowana w stosunku do własnego ciała, np. ćwiczenia, dieta mają wpływ na jego wizerunek w naszych oczach. Nie wspominając już o operacjach plastycznych, czy to tych subiektywnie upiększających, czy też tych związanych z realną deformacją ciała [28].

Sakson-Obada uważa, że stosunek emocjonalny do własnego ciała jest czynnikiem istotnie wpływającym na troskę i ochronę własnego ciała, nawyki żywieniowe, kontakty z osobami, a także na skłonność do podejmowania zachowań seksualnych. Twierdzi też, że pozytywny emocjonalny stosunek do własnego ciała „jest kluczowym elementem postawy wobec własnego ciała, gdyż warunkuje przekonania dotyczące wyglądu i funkcjonowania ciała oraz sposób zachowania” [27].

Można by jeszcze dodać aspekt społeczny (internalizowanie wzorców urody i informacji na temat atrakcyjnego wyglądu płynących z otoczenia).

## KSZTAŁTOWANIE SIĘ OBRAZU WŁASNEGO CIAŁA

Ja cielesne jest najwcześniej tworzącą się strukturą Ja, która potem przeobraża się w obraz własnego ciała. Jest ono ściśle związane z doświadczeniami dziecka, jakich zaznaje w kontakcie z otoczeniem, a szczególnie z opiekunami. Wykształcone w tym czasie Ja cielesne rzutuje na późniejsze uformowanie się obrazu własnego ciała [28]. Według Kruegera, jeżeli opiekun był niedostępny, tzn. nie dostarczał dziecku czułości i dotyku, konsekwencją tego może być problem z odczuwaniem zmysłowej przyjemności oraz ustaleniem granic własnego ciała. W przypadku, gdy dziecko wystawione jest na oddziaływanie opiekuna nadmiernie nim sterującego, kontrolującego i sprawdzającego, może to skutkować poczuciem słabości fizycznej i próbami kontrolowania własnego ciała, co doprowadzić może do zaburzeń odżywiania. Problem ze stworzeniem spójnego obrazu siebie mają również jednostki, których opiekunowie byli nieprzewidywalni w swoich reakcjach [28].

Grogan uważa, że „obraz ciała, jego wewnętrzna reprezentacja, konsoliduje się w toku prawidłowego rozwoju około 6. roku życia dziecka i obejmuje myślenie o ciele, uczucia do niego i zachowania z nim związane” [28]. Jak dodają Brytek-Matera i Rybicka-Klimczyk (2009) kształtowanie świadomości własnego ciała przebiega w trzech etapach. Pierwszy etap odnosi się do wczesnych psychicznych doświadczeń ciała, jakże dziecko zyskuje w kontakcie z opiekunem. W drugim etapie dziecko tworzy granice powierzchni własnego ciała. Podczas trzeciego etapu tworzy się samoświadomości człowieka na podstawie integracji Ja cielesnego i Ja psychologicznego.

Zdaniem Thomsona procesy fizjologiczne występujące w okresie dojrzewania oraz reakcje otoczenia na zmiany zachodzące w tym czasie w ciele nastolatka mają wpływ na kształtowanie się obrazu własnego ciała (Głębocka i Banach 2010).

Sikorska, za Plessnerem, uważa, że w kształtowaniu się Ja cielesnego znaczenie mają dwa aspekty: ciało doznawane (subiektywne) i ciało oglądane (obiektywne). W życiu każdej jednostki istnieją szczególnie ważne momenty, w których Ja cielesne, w obu aspektach, potrzebuje się jak gdyby

aktualizować, tzn. człowiek musi zinternalizować zachodzące w ciele zmiany i odnaleźć „spójność pomiędzy ciałem subiektywnym a ciałem obiektywnym” [33]. Są to: wczesne dzieciństwo, czas dojrzewania, wiek średni i starość. I tak, we wczesnym dzieciństwie (0–2 rok życia), dominuje z początku aspekt doznawania własnej cielesności, dopiero pod koniec rozwija się obiektywny aspekt własnej cielesności (informacje od innych na temat wyglądu i poruszania się). W czasie dojrzewania na plan pierwszy wysuwa się zewnętrzny aspekt oglądu ciała, natomiast aspekt doznania ma tutaj słabsze znaczenie. Dorosłość charakteryzuje się dążeniem do osiągania wyznaczonych sobie celów, poświęceniem dla pracy lub rodziny. To wszystko często sprawia, że jednostka przestaje zwracać uwagę, wręcz niekiedy ignoruje, swoje Ja subiektywne, gdy koliduje to z jej celami. Zaburzeniu ulega, np. dieta lub ilość snu, czego konsekwencją mogą być problemy z układem trawiennym, oddechowym lub z krążeniem. Ostatnim ważnym momentem w życiu człowieka, ściśle związanym z postrzeganiem własnego ciała jest starość, w którym to, jak pisze Sikorska, „następuje najściślej chyba występowanie i przenikanie się wymiarów cielesności w postaci ciała subiektywnego i ciała obiektywnego – człowiek stary często czuje się równie źle, jak wygląda” [33]. Nie oznacza to jednak pograżenia się w smutku i rozpacz, ponieważ dużo osób ostatecznie akceptuje ten etap i uzyskuje wewnętrzną spójność, co pozwala im na piękną jesień życia [33].

Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała stworzony przez Casha, na który składają się następujące elementy: przyswajanie treści kulturowych odnoszących się do obrazu idealnego ciała, informacje uzyskiwane z otoczenia na temat własnego ciała, kształt i rozmiar ciała, czynniki osobowościowe (np. pewność siebie, samoocena), a także zainteresowanie wyglądem i podejmowanie działań lub zmian mających na celu jego poprawę. Jak pisze Brytek-Matera, w świetle przytoczonego modelu komponenty te wpływają na inwestowanie w swoje ciało oraz jego ocenę [34].



## GRUPA BADAWCZA

Grupa badawcza składała się wyłącznie z kobiet o orientacji heteroseksualnej. Wszystkie kobiety pozostawały w okresie przeprowadzania badania w związku. W grupie badawczej 82,9% kobiet stanowiły panny a 17,1% mężatki. Cztery z nich posiadały dzieci, z czego jedna dwoje. Wiek dzieci rozciągał się od sześciu miesięcy do 8 lat. Średni wiek inicjacji seksualnej w grupie badawczej wyniósł 17,95 lat. Spośród 40 kobiet, które udzieliły odpowiedzi na temat posiadanego wykształcenia, 39% posiada wykształcenie niepełne wyższe, 31,7% średnie, 19,5% wyższe, 7,3% wyższe zawodowe. Mieszkankami dużych miast jest 39% badanych, i tyle samo procent badanych pochodzi z małej miejscowości/ wsi.

## WYNIKI

### Reaktywność seksualna kobiet a ich samoocena

W celu sprawdzenia czy istnieje związek pomiędzy reaktywnością seksualną kobiet a ich samooceną skorelowano wyniki uzyskane w skali Mell-Krat z wynikami uzyskanymi w 11 podskalach MSEI (Kompetencje, Witalność, Samoakceptacja Moralna, Atrakcyjność Fizyczna, Ogólna Samoocena, Bycie Kochanym, Obronne Wzmacnianie Samooceny, Popularność, Samokontrola, Integracja Tożsamości, Zdolności Przywódcze). Uzyskane wyniki zaprezentowano w **tabeli I**.

1. Wykazano istotną statystycznie, słabą dodatnią korelację pomiędzy wynikami Skali Mell-Krat a dwoma podskalami kwestionariusza MSEI tj. Popularność i Zdolności Przywódcze. Nie wykazano natomiast istotnych statystycznie korelacji pomiędzy reaktywnością seksualną (zmierzoną za pomocą skali MELL-KRAT) a pozostałymi 9 podskalami MSEI.

2. Charakterystyka grup kobiet o wysokiej i niskiej reaktywności seksualnej pod względem samooceny.

W celu sprawdzenia czy kobiety o różnej reaktywności seksualnej różnią się pod względem średnich wyników uzyskanych w 11 podskalach MSEI, przeprowadzono test T-studenta. Badane przydzielono do dwóch grup. Pierwszą grupę stanowiło 15 kobiet, które w skali Mell-Krat uzyskały wynik niższy niż 55 punktów (osoby o niskiej reaktywności seksualnej). Drugą grupę stanowiły 23 osoby badane, które w skali Mell-

Tab.I Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy reaktywnością seksualną kobiet a wynikami z poszczególnych podskal MSEI.

	Reaktywność seksualna (skala MELL-KRAT)	
	r	P
Kompetencje	0,28	0,09
Witalność	-0,14	0,39
Samoakceptacja Moralna	0,21	0,22
Atrakcyjność Fizyczna	0,11	0,51
Ogólna Samoocena	0,19	0,27
Bycie Kochanym	0,23	0,16
Obronne Wzmacnianie Samooceny	0,01	0,97
Popularność	0,34	0,04
Samokontrola	-0,13	0,45
Integracja Tożsamości	0,09	0,60
Zdolności Przywódcze	0,36	0,03

-Krat uzyskały więcej niż 55 punktów (osoby o wysokiej reaktywności seksualnej). Uzyskane rezultaty zaprezentowano w **tabeli II**.

Wykazano istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami w takim zakresie, że badane z wysokim nasileniem reaktywności seksualnej uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w podskali Samoakceptacja Moralna w porównaniu z badanymi o niskiej reaktywności seksualnej.

3. Reaktywność seksualna kobiet a zadowolenie z wyglądu ciała i poszczególnych jego części.

W celu sprawdzenia czy reaktywność seksualna kobiet zależy od zadowolenia z wyglądu ciała i poszczególnych jego części przeprowadzono korelacje r-Pearsona. Uzyskane wyniki zaprezentowano w **tabeli III**.

Wykazano brak istotnych statystycznie związków pomiędzy wynikami Skali Mell-Krat a zadowoleniem ciała i poszczególnych jego części.

4. Reaktywność seksualna kobiet a ważność przypisywana wyglądowi ciała i poszczególnym jego częściami.

W celu sprawdzenia czy reaktywność seksualna kobiet zależy od ważności przypisywanej wyglądowi ciała i poszczególnym jego częściami przeprowadzono korelacje r-Pearsona. Uzyskane wyniki zaprezentowano w **tabeli IV**.

Wykazano brak istotnych statystycznie związków pomiędzy wynikami Skali Mell-Krat a ważnością wyglądu ciała i poszczególnych jego części.

5. Reaktywność seksualna kobiet a umiejscowieniem poczucia kontroli.

W celu sprawdzenia czy reaktywność seksualna kobiet ma jakikolwiek związek

z umiejscowieniem poczucia kontroli przeprowadzono korelacje r-Pearsona. Uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli V.

Wykazano brak istotnych statystycznie związków pomiędzy wynikami Skali Mell-Krat a wynikami w skali S, skali P i wynikiem ogólnym w kwestionariuszu KBPK.

6. Reaktywność seksualna kobiet a wiek, wiek inicjacji seksualnej, ilości dotychczasowych partnerów seksualnych i długości trwania związku badanych kobiet.

W celu sprawdzenia czy reaktywność seksualna kobiet ma związek z wiekiem, wiekiem inicjacji seksualnej, ilością dotych-

**Tab. II. Istotności różnic w wynikach podskal MSEI w zależności od nasilenia reaktywności seksualnej.**

	Wynik ogólny uzyskany w Skali Mell-Krat					
	Niska reaktywność seksualna		Wysoka reaktywność seksualna		t	p
	M	SD	M	SD		
Samoakceptacja Moralna	33,93	5,54	38,22	5,94	2,23	0,03
Atrakcyjność Fizyczna	28,60	8,975	31,04	6,89	0,95	0,35
Ogólna Samoocena	28,33	5,499	30,48	5,95	1,12	0,27
Bycie Kochanym	32,33	5,56	35,35	7,487	1,34	0,19
Obronne Wzmacnianie Samooceny	45,73	9,42	45,70	6,19	-0,02	0,99
Popularność	32,40	4,67	34,96	5,21	1,54	0,13
Samokontrola	29,40	4,49	28,83	4,92	-0,36	0,72
Integracja Tożsamości	28,07	3,73	30,00	5,41	1,21	0,24
Zdolności Przywódcze	29,60	6,16	32,91	6,02	1,64	0,11
Kompetencje	32,47	4,76	35,04	5,47	1,49	0,15
Witalność	31,20	4,43	31,26	7,39	0,03	0,98

**Tab. III. Współczynnik korelacji r-Pearsona pomiędzy reaktywnością seksualną kobiet a wskaźnikiem zadowolenia z wyglądu ciała i poszczególnych jego części.**

Zadowolenie	Reaktywność seksualna (skala MELL-KRAT)	
	r	P
włosy	0,07	0,70
brwi	0,10	0,54
rzęsy	-0,01	0,97
oczy	0,08	0,56
nos	0,05	0,77
uszy	-0,13	0,46
usta	0,05	0,76
zęby	-0,23	0,17
szyja	0,004	0,98
dekolt	0,002	0,99
piersi	-0,16	0,33
ramiona	-0,20	0,23
pępek	-0,04	0,83
brzuch	-0,10	0,54
genitalia	0,13	0,45
dłonie	0,13	0,44
paznokcie	-0,09	0,61
nogi	-0,04	0,82
stopy	0,01	0,95
skóra/cera	-0,13	0,45
plecy	0,03	0,88
talia	0,02	0,89
pośladki	0,02	0,89
uda	-0,07	0,67
łydki	0,02	0,92
WO_RASW_Z	-0,04	0,81

**Tab. IV. Współczynnik korelacji r-Pearsona pomiędzy reaktywnością seksualną kobiet a ważnością przypisywaną wyglądowi ciała i poszczególnym jego częścią.**

Ważność	Reaktywność seksualna (skala MELL-KRAT)	
	r	P
włosy	0,16	0,32
brwi	0,12	0,48
rzęsy	0,06	0,74
oczy	0,12	0,46
nos	-0,25	0,12
uszy	-0,09	0,59
usta	0,14	0,40
zęby	-0,14	0,42
szyja	0,01	0,96
dekolt	-0,08	0,62
piersi	0,21	0,22
ramiona	-0,11	0,53
pępek	-0,78	0,65
brzuch	-0,02	0,90
genitalia	0,04	0,82
dłonie	-0,12	0,48
paznokcie	0,12	0,47
nogi	-0,03	0,86
stopy	0,12	0,47
skóra/cera	0,004	0,98
plecy	-0,04	0,80
talia	0,06	0,74
pośladki	-0,16	0,35
uda	-0,23	0,17
łydki	-0,14	0,41
WO_RASW_W	-0,03	0,84

**Tab. V Współczynnik korelacji r-Pearsona pomiędzy reaktywnością seksualną kobiet w umiejscowieniu poczucia kontroli**

	Reaktywność seksualna (skala MELL-KRAT)	
	r	P
KBPK Skala S	0,29	0,10
KBPK Skala P	0,29	0,09
KBPK S+P	0,33	0,06

**Tab. VI. Współczynnik korelacji r-Pearsona pomiędzy reaktywnością seksualną kobiet a wiekiem, wiekiem inicjacji seksualnej, ilością dotychczasowych partnerów seksualnych i długością związku.**

	Reaktywność seksualna (skala MELL-KRAT)	
	r	P
Wiek	0,17	0,32
Wiek inicjacji seksualnej	-0,11	0,52
Ilość dotychczasowych partnerów seksualnych	0,12	0,49
Długość związku	0,16	0,60

**Tab. VII. Istotność różnic w zadowoleniu z wyglądu ciała oraz zadowoleniu z wyglądu piersi, nóg i genitaliów w zależności od nasilenia reaktywności seksualnej.**

	Wynik ogólny uzyskany w Skali Mell-Krat					
	Niska reaktywność seksualna		Wysoka reaktywność seksualna		t	p
	M	SD	M	SD		
RASW Z piersi	7,60	2,72	6,83	2,41	-,92	0,36
RASW Z nogi	7,13	1,55	7,30	2,12	0,27	0,79
RASW Z genitalia	7,27	2,60	8,39	1,59	1,66	0,11
Wynik ogólny RASW Zadowolenie	7,16	1,31	7,37	1,30	0,50	0,62

**Tab. VIII. Istotność różnic w ważności przypisywanej wyglądowi ciała i ważności przypisywanej wyglądowi piersi, nóg i genitaliów, zadowoleniu w zależności od nasilenia reaktywności seksualnej.**

	Wynik ogólny uzyskany w Skali Mell-Krat					
	Niska reaktywność seksualna		Wysoka reaktywność seksualna		t	p
	M	SD	M	SD		
RASW W piersi	8,67	1,59	9,00	1,32	0,70	0,47
RASW W nogi	8,73	1,62	8,61	1,50	-,24	0,81
RASW W genitalia	7,87	2,53	7,65	2,53	-,26	0,80
Wynik ogólny RASW Zadowolenie	7,82	1,12	7,78	1,20	-,10	0,92

czasowych partnerów seksualnych i długością związku przeprowadzono korelacje r-Pearsona. Uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli VI.

Wykazano brak istotnych statystycznie związków pomiędzy wynikami Skali Mell-Krat a wiekiem, wiekiem inicjacji seksualnej, ilością dotychczasowych partnerów seksu-

alnych i długością związku.

7. Różnice w reaktywności seksualnej kobiet a różnice w zadowoleniu z wyglądu ciała oraz zadowoleniu z wyglądu piersi, nóg i genitaliów.

Za punkt podziału grup w Skali Mell-Krat uznano wynik 55 punktów. Odniesiono się do założeń narzędzia, według których kobiety uzyskujące wynik poniżej 55 pkt. mogą mieć zaburzenia reakcji seksualnych. Kobiet z wynikiem wyższym niż 55 pkt. było 23, a z niższym 15.

W celu sprawdzenia czy kobiety o różnej reaktywności seksualnej różnią się pod względem zadowolenia z wyglądu ciała oraz zadowolenia z wyglądu piersi, nóg i genitaliów przeprowadzono Test t-Studenta. Uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli VII.

Istotności różnic w wynikach podskal MSEI .

Wykazano, że kobiety o różnej reaktywności seksualnej nie różnią się pod względem zadowolenia z wyglądu ciała oraz zadowolenia z wyglądu piersi, nóg i genitaliów.

8. Różnice w reaktywności seksualnej kobiet a różnice w ważności przypisywanej wyglądowi ciała i ważności przypisywanej wyglądowi piersi, nóg i genitaliów

Podział grup pod względem różnic w reaktywności seksualnej jest analogiczny jak w powyższym opracowaniu wyników. W celu sprawdzenia czy kobiety o różnej reaktywności seksualnej różnią się pod względem ważności przypisywanej wyglądowi ciała oraz ważności przypisywanej wyglądowi piersi, nóg i genitaliów przeprowadzono Test

t-Studenta. Uzyskane wyniki zaprezentowano w **tabeli VIII**.

Wykazano, że kobiety o różnej reaktywności seksualnej nie różnią się pod względem ważności przypisywanej wyglądowi ciała oraz pod względem ważności przypisywanej wyglądowi piersi, nóg i genitaliów. ▸

#### Piśmiennictwo

1. **Lew-Starowicz Z.** (1989) *Vademecum sztuki miłosnej*. Warszawa, s. 62-63 Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
2. **Nowosielski K.** (2010). *Fizjologia reakcji seksualnej kobiet*. W: Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. (red). *Podstawy seksuologii* (s. 101-111). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
3. **Machaj A.** (2011) *Aktywność seksualna kobiet w okresie prokreacyjnym: prozdrowotne i ryzykowne zachowania seksualne kobiet*. Poznań, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa.
4. **Izdebski Z., Ostrowska A.** (2004) *Seks po polsku: zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków* (wyd. 2). Warszawa, MUZA.
5. **Imieliński K. (red).** (1977) *Seksuologia społeczna: zagadnienia psychospołeczne* (wyd. 2). Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe.
6. **Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. (red).** (2010) *Podstawy seksuologii*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
7. **Izdebski Z.** (2012) *Seksualność Polaków na początku XXI wieku: studium badawcze*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
8. **Janeczka S.** (2007) *Życie seksualne: encyklopedia zdrowia*. Warszawa, Dom Wydawniczy Bellona.
9. **Waszyńska K.** (2010) *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza.
10. **Szlendak T.** (2008) *Supermarketyzacja: religia i obyczaje seksualne młodzieży w kulturze konsumpcyjnej* (wyd. 2). Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
11. **Lew-Starowicz Z., Fijałkowska-Grabowiecka A.** (2004) *Seks kontrowersyjny*. Warszawa, Dom Wydawniczy Bellona.
12. **Fila-Jankowska A.** (2009) *Samoocena autentyczna: co ukrywamy sami przed sobą*. s.16
13. **Weber M., Ziolkowska B.** (2012) *Piękno w okresie dojrzewania: spostrzeżenie własnego ciała i prewencja zaburzeń łaknienia w środowisku szkolnym*. s. 51-54. Warszawa, Difin.
14. **Wojciszka B.** (2006) *Człowiek wśród ludzi: zarys psychologii społecznej* (wyd. 3). s. 147,149. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
15. **Zimbaro P., Gerrig R.** (2006) *Psychologia i życie*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. **Fecenek D.** (2008) *Podręcznik do MSEI – Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI*. s. 9. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
17. **Siek S.** (1982) *Higiena psychiczna i autopsychoterapia*. Akademia Teologii Katolickiej.
18. **Huflejt-Łukasik M.** (2010) *Ja i procesy samoregulacji: różnice między zdrowiem a zaburzeniami psychicznymi*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
19. **Krasowicz G., Kurzyp-Wojnarska A.** (1990) *Podręcznik do KBPK – Kwestionariusz do Badania Poczucia Kontroli*. s. 5-6. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
20. **Sęk H. (red).** (2007) *Psychologia kliniczna* (t. 1). s. 111. Warszawa, Wydawnictwo naukowe PWN.
21. **Kościelak R.** (2010) *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. s. 39. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
22. **Gasiul H.** (2006) *Psychologia osobowości: nurty, teorie, koncepcje*. s. 151. Warszawa, Wydawnictwo Difin.
23. **Robbins S.P.** (1998) *Zachowania w organizacji*. Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
24. **Brytek A.** (2007) *Poczucie umiejscowienia kontroli i ekspresja złości u kobiet z bulimią – badania pilotażowe*. *Psychoterapia* 1 (140), s. 51-59.
25. **Starzomska M., Ciotucha E.** (2010) *Czy płeć jest „kartą przebijającą” orientację seksualną? Wizerunek ciała u kobiet i mężczyzn hetero- i homoseksualnych*. W: Brytek-Matera A. *Ciało w dobie współczesności: wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s. 87-105). Warszawa, Difin.
26. **Sikorska I., Sawicka J., Smiatek B., Sulik K., Węglowska-Król K.** (2010) *Po co młodym ludziom modyfikacje ciała? W: Brytek-Matera A. Ciało w dobie współczesności: wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s. 149-173). Warszawa, Difin.
27. **Sakson-Obada O.** (2009) *Pamięć ciała: Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. s. 15,108. Warszawa, Difin.
28. **Schier K.** (2010a) *Piękne brzydactwo: psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń* (wyd. 2). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
29. **Krzemionka-Brózda D.** (2010) *Sekret ciała. Doświadczenie przez kobiety własnego ciała jako piękna jawnego (nadwaga) bądź ukrytego (zaburzenia odżywiania) a określanie własnej tożsamości*. W: Brytek-Matera A. *Ciało w dobie współczesności: wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s. 28-43). Warszawa, Difin.
30. **Głębicka A., Kulbat J. (red.).** (2005) *Wizerunek ciała: portret Polek*. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
31. **Starzomska M., Buławska Ż.** (2010) *Wpływ prezentacji kostiumów plażowych i bielizny na obraz siebie u kobiet i mężczyzn*. W: Brytek-Matera A. *Ciało w dobie współczesności: wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s. 195-225). Warszawa, Difin.
32. **Talik E.** (2010) *Nadzieja na sukces i strategie radzenia sobie ze stresem a niezadowolenie z własnego ciała u nastolatek*. W: Brytek-Matera, A. *Ciało w dobie współczesności: wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała* (s. 123-130). Warszawa, Difin.
33. **Sikorska I.** (2011) *Doznaję i poznaję, czyli ciało osobowe*. W: Brachowicz M., Tylikowska A. (red). *Ciało: zdrowie i choroba* (s. 61-72). Lublin, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Nowy Sącz, Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University.
34. **Brytek-Matera A.** (2008) *Obraz ciała-obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. s. 17. Warszawa, Centrum Doradztwa i Informacji Difin.
35. **Čabrić M., Pokrywka L.** (2010) *Piękno ciała*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.