

Specyfika funkcjonowania seksualnego kobiet utrzymujących kontakty seksualne z kobietami

The character of sexual function of women who have sex with women

Bartosz Grabski^{1,2}, Marta Dora^{2,3}, Grzegorz Iniewicz^{2,3}, Magdalena Mijas⁴,
Łukasz Müldner-Nieckowski^{1,2}

¹ Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii UJ CM

² O/K Klinik Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

³ Instytut Psychologii UJ

⁴ Zakład Zdrowia i Środowiska, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM

Summary

This paper will discuss the character of sexual relationships between women, considering their social and cultural context. The problem is still little known also to experts dealing with mental and sexual health. This may have serious consequences for the process of correct diagnosis of sexuality-related issues reported by those women. The article focuses on selected factors that have an impact on the character of this group's sexual function. Those factors include sex, heteronormativity and homophobia, as well as social messages related to female sexuality and sexual relationships established by women. The authors take up and subject to critical examination also the issue of "lesbian bed death" and fusion in same-sex relationships established by women. Towards the end, there is a holistic model by Heather L. Armstrong and Elke D. Reissing that describes sexual problems of women who have sexual contact with other women. The authors consider the issues brought up herein to be significant from the clinical point of view. Acknowledgement thereof by professionals dealing with mental and sexual health may contribute to extensive reflection over sexual and relationship problems of women who have sex with women, as well as to providing more efficient help to this group.

Słowa kluczowe: homoseksualność, kobiety utrzymujące kontakty seksualne z kobietami, dysfunkcje seksualne

Key words: homosexuality, women who have sex with women, sexual dysfunction

Wstęp

Według roboczej definicji zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia zdrowie seksualne to: „stan fizycznego, emocjonalnego, umysłowego i społecznego dobrostanu związanego z seksualnością [który] jest nie tylko brakiem choroby, dysfunkcji lub niemocy. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego oraz pełnego szacunku podejścia do seksualności i relacji seksualnych, jak również możliwości posiadania niosących przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy. W celu osiągnięcia i podtrzymania zdrowia seksualnego prawa seksualne wszystkich osób muszą być szanowane, chronione i przestrzegane” (tłumaczenie własne) [1].

Tak ujęte zdrowie seksualne jest swego rodzaju stanem optymalnym, na który ma wpływ wiele czynników wchodzących ze sobą w interakcje. Szczególnie ważne w wypadku osób należących do stygmatyzowanych społecznie mniejszościowych grup, w tym także kobiet utrzymujących kontakty seksualne z kobietami, jest pozytywne i pełne szacunku podejście do seksualności i relacji seksualnych, wolność od dyskryminacji i przestrzeganie praw seksualnych. Prawa te zostały sformułowane przez Światowe Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i opublikowane w zmodyfikowanej wersji w 2014 roku [2]. Dostęp do najlepszej możliwej opieki zdrowotnej, obejmującej także seksualność, stanowi jedno z nich.

Na specjalistów nakłada to szczególnie obowiązek ciągłego podnoszenia swoich kompetencji poprzez zdobywanie wiedzy o tym często zaniedbywanym aspekcie życia osób korzystających z opieki zdrowotnej oraz reflektowanie własnych, często nieuświadomianych uprzedzeń wynikających z kontekstu społeczno-kulturowego i/ lub braku adekwatnej wiedzy. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie polskiemu czytelnikowi problematyki funkcjonowania seksualnego kobiet, które utrzymują kontakty seksualne z innymi kobietami, oraz czynników kształtujących ich zdrowie seksualne.

Na wstępie rozważań krótkiego komentarza wymaga określenie „kobiety utrzymujące kontakty seksualne z kobietami”, którym będziemy się posługiwać w artykule. Mając na względzie nierzadkie wśród kobiet rozbieżności między sferą tożsamości seksualnej a sferą podejmowanych zachowań seksualnych [3–5], zdecydowaliśmy się wyodrębnić populację stanowiącą przedmiot rozważań w oparciu o kryterium behawioralne, w odróżnieniu od tożsamościowego. Wynika to z faktu, że wśród kobiet podejmujących kontakty seksualne z kobietami znajdują się zarówno te, które identyfikują się homo- lub biseksualnie, jak i takie, które określają się heteroseksualnie lub rezygnują z etykietowania swojej seksualności [4, 5]. Kobiety z każdej z wymienionych grup, bez względu na tożsamość seksualną, mogą doświadczać problemów seksualnych ujawniających się w kontekście aktywności seksualnej z innymi kobietami. Odwołania do wybranych tożsamości seksualnych będą się w tekście pojawiać jedynie wówczas, gdy będzie to miało uzasadnienie w relacjonowanych wynikach badań, prawidłowościach lub koncepcjach wyjaśniających.

Znaczenie płci żeńskiej i typowej socjalizacji w żeńskiej roli płciowej

W celu lepszego zrozumienia problemów seksualnych doświadczanych przez kobiety podejmujące kontakty seksualne z kobietami niezbędna jest znajomość tak specyfiki ich seksualności, jak i kontekstu, w którym jest ona realizowana. Mimo że pierwsze prace poświęcone tej tematyce powstały ponad 30 lat temu, jest ona wciąż zbyt mało znana zarówno badaczom ludzkiej seksualności, jak i klinicytom praktykom. Wśród wielu czynników kontekstualnych lub dotyczących specyfiki seksualności kobiet podejmujących kontakty seksualne z kobietami różni autorzy [6–11] wymieniają niekiedy nakładające się na siebie lub przenikające się elementy. Na szersze omówienie zasługują m.in.: 1) znaczenie płci żeńskiej i typowej socjalizacji do żeńskiej roli płciowej; 2) wpływ heteronormatywności oraz homofobii; 3) czynniki społeczno-kulturowe; 4) tzw. lesbijska śmierć łóżkowa (*lesbian bed death*) i problematyka fuzji.

Według McNally i Adams [6] specyfika relacji seksualnych między kobietami w pierwszym rzędzie podyktowana jest płcią, a nie tożsamością czy orientacją seksualną. Kobiety, bez względu na płeć partnera seksualnego, mają w większym stopniu koncentrować się na bliskości emocjonalnej niż dążeniu do przyjemności fizycznej, preferować relacje o charakterze monogamicznym oraz doświadczać generalnie niższych poziomów pożądania seksualnego [6].

Przywołane charakterystyki kobiecej seksualności wymagają jednak krytycznego komentarza, nie tylko ze względu na nierozstrzygnięty (i nierozstrzygalny) spór dotyczący kulturowo-społecznych lub konstytucjonalnych źródeł obserwowanych w badaniach różnic. Dominująca wśród badaczy i klinicystów tendencja do przeceniania różnic międzypłciowych w obszarze seksualności została poddana gruntownej krytyce także z uwagi na androcentryzm stosowanych pojęć, sposób ich operacjonalizacji oraz metody badania oparte na samoopisie i retrospekcji, a więc podatne na zniekształcenia pamięciowe odzwierciedlające społeczne normy dotyczące seksualności [12]. Fakt ten owocuje nie tylko przecenianiem faktycznych różnic między kobietami i mężczyznami w obszarze seksualności (np. w związku z tym, że kobiety zaniżają liczbę partnerów seksualnych, a mężczyźni mają skłonność do jej zawyżania [13]), ale także stwierdzeniem różnic w obszarach, w których mogą one nie występować.

Okazuje się na przykład, że w badaniach, w których pożądanie seksualne definiowano jako cechę polegającą na spontanicznym zainteresowaniu aktywnością seksualną, odnotowywano różnice międzypłciowe dotyczące częstości czy intensywności jego doświadczania, w odróżnieniu od badań definiujących pożądanie jako fenomen, pojawiający się w odpowiedzi na bodźce seksualne płynące z otoczenia, a więc mający charakter responsywny [14–16]. Przy tak zdefiniowanym pożądaniu różnic międzypłciowych nie stwierdzono. Co istotne, w przywoływanym badaniu kobiety i mężczyźni oceniali intensywność swojego pożądania seksualnego bezpośrednio po ekspozycji na bodziec, co zminimalizowało ryzyko wpływu zniekształceń pamięciowych, na które narażona jest ocena retrospektywna. Wskazywane we wcześniejszych badaniach dotyczących pożądania seksualnego różnice międzypłciowe mogą zatem stanowić artefakt wynikający przede wszystkim z określonych sposobów jego definiowania i pomiaru.

Rozumienie pożądania seksualnego w sposób dynamiczny, w odróżnieniu od definiowania go jako stabilnej i niezmiennej cechy, otwiera także możliwość uwzględnienia w opisach kobiecej seksualności zmienności związanej z rytmemi hormonalnymi, np. podczas cyklu menstruacyjnego czy w okresie ciąży [17, 18]. Dla przykładu kobiety ujawniają silniejsze pożądanie seksualne w okresie owulacji niż w fazie lutealnej cyklu menstruacyjnego [19]. Istotne dla uzyskiwanych wyników w badaniach dotyczących pożądania seksualnego jest zatem także to, w której fazie cyklu menstruacyjnego znajduje się w czasie badania kobieta.

Przywołane argumenty sprawiają, że trudno bezdyskusyjnie zgodzić się z postulatem McNally i Adams [6] o decydującym wpływie płci na kontakty seksualne kobiet z kobietami, bez wcześniejszego zrewidowania dominujących przekonań na temat kobiecej seksualności.

Wpływ homofobii oraz heteronormatywności

Zinternalizowanie negatywnych przekazów społecznych na temat relacji jednopłciowych, będące źródłem poczucia winy i lęku związanego z seksualnością, to kolejny czynnik, który może kształtować seksualność kobiet podejmujących kontakty seksualne z kobietami. Może on powstrzymywać je od realizacji seksualnej lub owocować stłumieniem odczuwanego pożądania. Społeczne wykluczenie osób nieheteroseksualnych niesie ze sobą również inne zagrożenia dla udanych związków seksualnych między kobietami, utrudniając dostęp do adekwatnej informacji, do modeli relacji, czy utrudniając ujawnianie trudności seksualnych, jeśli się one pojawią [6].

Ritter i Terndrup [7] zauważają, że heteronormatywność przenika zarówno profesjonalny dyskurs, jak i odbiór własnej aktywności seksualnej przez osoby o innych niż heteroseksualne identyfikacjach. Przywołując opinię Margaret Nichols [20], wspomniani autorzy piszą dalej, że heterocentryczne założenia wybrzmiewają podczas diagnostyki większości głównych „dysfunkcji” seksualnych kobiet utrzymujących kontakty seksualne z kobietami. Punktem odniesienia w diagnozie wielu zaburzeń jest np. to, czy stosunek z penetracją waginalną, zakończony orgazmem kobiety i ejakulacją mężczyzny jest możliwy do zrealizowania, a przecież taki punkt wyjścia nie ma zastosowania w relacjach między kobietami. Centralna pozycja penetracji waginalnej (czy penetracji w ogóle) może wywoływać u kobiet, które z różnych względów nie podejmują tego rodzaju kontaktów, przekonanie, że ich seksualność jest w jakiś sposób niepełna lub niekompletna.

Czynniki społeczno-kulturowe

Charakteryzując czynniki polityczne związane z seksualnymi relacjami kobiet, McNally i Adams wskazują, że odrzucenie heterocentrycznej i androcentrycznej wizji seksualności może doprowadzać do przekonania, że seks zawsze powinien być egalitarny, czuły, delikatny i pozbawiony elementów tradycyjnie kojarzonych z męskością [6]. Problematiczne wówczas stają się takie aspekty funkcjonowania seksualnego jak penetracja z użyciem wibratorów lub dildo, szczególnie tych wzorowanych na

anatomii członka i umieszczanych za pomocą pasków na biodrach jednej z partnerek (tzw. *strap-on*). Oglądanie i czerpanie przyjemności z materiałów pornograficznych kierowanych do heteroseksualnych mężczyzn, a więc często obrazujących przemoc i dominację, może powodować u kobiet nie tylko wstyd i poczucie winy, ale także zwątpienie w autentyczność swojej seksualności lub nieheteroseksualnej tożsamości. Ukrywanie przed partnerką nieakceptowanych preferencji i fantazji może prowadzić do pogorszenia komunikacji w związku, wzrostu frustracji i przekonania o niedopasowaniu seksualnym.

Ritter i Terndrup [7] podają za Brown [21], że ze względu na brak społecznych wzorców intymnych i seksualnych relacji osób tej samej płci kobiety niekiedy tworzą je albo w oparciu o wzorce heteroseksualne, albo treści szeroko pojętej popkultury, która prezentuje dość spolaryzowany obraz kontaktów między kobietami. Heteroseksistowskie przekazy kultury popularnej obrazujące relacje seksualne między kobietami na jednym biegunie prezentują je w kontekście przemocy i relacji władzy, np. w więzieniach lub innych sfeminizowanych instytucjach, bądź w związku z używaniem alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych. Na drugim krańcu znajduje się seks wyidealizowany i subtelny, nieodzwoiercedlający potrzeb i fantazji wielu kobiet, a co za tym idzie, wiążący się z ich obniżoną satysfakcją seksualną.

„Lesbijska śmierć łóżkowa” (*lesbian bed death*) i problematyka fuzji

Badania wykonane na początku lat 80. XX wieku, w tym powszechnie cytowane badanie Blumsteina i Schwartz z 1983 roku [22] wskazywały na szybszy – w porównaniu do par różnopłciowych lub gejowskich – spadek częstotliwości podejmowania kontaktów seksualnych w parach kobiet [7–9]. Jak podaje Nichols, lesbijki zaczęły być uważane za „prototyp kobiet zmysłowych raczej niż seksualnych”, a temat „lesbijskiej śmierci łóżkowej” stał się w latach 90. XX wieku przedmiotem żartów i debat [8]. Krytykując przywołane badania, teoretyczki wskazywały na niejasność zastosowanej w badaniu definicji kontaktu seksualnego oraz nieporównywalność kontaktów seksualnych podejmowanych przez pary różnopłciowe i pary kobiet, która pozbawia sensu próby ilościowych zestawień [23]. Marilyn Frye w swoim eseju pisze wprost: „to, co średnio robimy rzadziej, zajmuje nam znacznie więcej czasu niż 8 minut. Zajmuje nam przynajmniej 30 minut. Czasem nawet godzinę. [...] Pojawia się więc wątpliwość czy to, co 85% heteroseksualnych par małżeńskich robi częściej niż raz w miesiącu i to, co 47% par lesbijskich robi rzadziej niż raz w miesiącu jest w istocie tym samym” ([23], s. 306). Frye podkreśla, że sam konstrukt „uprawiania seksu” jest męskocentryczny i kulturowo definiowany poprzez cel w postaci ejakulacji mężczyzny. Zwraca uwagę, że próby ujmowania kontaktów seksualnych między kobietami za pomocą tak definiowanych kategorii będą nieuchronnie owocować portretowaniem kobiet, które utrzymują kontakty seksualne z kobietami, jako aseksualnych.

W literaturze przedmiotu zaproponowano dwa podstawowe wyjaśnienia fenomenu „lesbijskiej śmierci łóżkowej”. W pierwszym, osadzonym na stereotypowym rozumieniu różnic między płciami w obszarze seksualności, spadek częstotliwości podejmowania kontaktów seksualnych w parach kobiet wyjaśniano słabiej odczuwanym

pożądaniem, rzadszą aktywnością seksualną i mniejszą asertywnością seksualną w porównaniu z mężczyznami [8]. Drugie oparte jest na koncepcji fuzji [24, 25] – zlewania się i utraty indywidualności – która miała charakteryzować zorientowaną na intymność seksualność w parach kobiet [8]. Uważa się, że brak różnicy płci i duży nacisk na intymność mogą być źródłem tworzenia niezwykle bliskich związków emocjonalnych, utrudniających ekspresję różnic w zakresie myśli, przekonań czy uczuć i blokujących w konsekwencji pożądanie w związku. Powyższe uzasadnienie nie uwzględnia jednak specyfiki relacji między kobietami i nadmiernie patologizuje niejednokrotnie większą niż w parach różnopłciowych oraz parach mężczyzn bliskość. Dla przykładu badania Hill [26] nie potwierdziły, że fuzja i wynikające z niej problemy są charakterystyczne dla par lesbijskich. Oczywiście może być ona diagnozowana w tych parach, ale pogląd, że jest charakterystyczna dla par tworzonych przez kobiety, powstał według tej autorki na podstawie obserwacji par pozostających w terapii.

Cohen i Byers [9] koncepcję „lesbijskiej śmierci łóżkowej” poddały systematycznej krytyce, zwracając uwagę na następujące kwestie.

1. Badania, które miały potwierdzać istnienie tego fenomenu, zostały przeprowadzone tylko na kobietach identyfikujących się jako lesbijki, a kobiety w związkach jedнопłciowych mają różne identyfikacje.
2. Większość tych badań prowadzono ponad 20 lat temu, a idealny czy pożądany skrypt seksualny dla kobiet uległ w tym czasie zmianie; decyzywność i wpływ kobiet w sferze seksualnej są obecnie znacznie większe, szczególnie w odniesieniu do inicjacji seksu.
3. Operacjonalizacja aktywności seksualnej w badaniach, na których oparto koncepcję „lesbijskiej śmierci łóżkowej”, okazała się problematyczna; dokonywano jej najczęściej poprzez zadanie pytania: „Jak często uprawiasz seks?”. Jednak badania sugerują, że sformułowanie „uprawiać seks” jest bardzo fallocentryczne, tj. większość osób nie włącza w definicję tego sformułowania: dotykania genitaliów, aktywności oralno-genitalnej, nie wspominając o niegenitalnych aktywnościach, takich jak: obejmowanie się, głaskanie, całowanie, jak i kontakt całym ciałem. Możliwe więc, że kobiety o innych niż heteroseksualne identyfikacjach nie postrzegają niektórych ze swoich zachowań seksualnych jako „uprawiania seksu”, stąd umykają one uwadze badaczy, ograniczających jego definicję do kontaktu genitalnego. Jest to potencjalnym źródłem dużego niedoszacowania częstości aktywności seksualnej pomiędzy kobietami.
4. W badaniach tych naukowcy rzadko zwracali uwagę na aspekty uczuciowe i poznawcze. Dla przykładu kobiety bez względu na częstotliwość kontaktów seksualnych mogą doświadczać swojego życia seksualnego w pozytywny sposób – bez lęku i z satysfakcją. W cytowanych wcześniej badaniach Blumsteina i Schwartz [22] pary lesbijskie ujawniały najwyższą satysfakcję z życia seksualnego spośród wszystkich uwzględnionych w badaniu rodzajów związków (małżeńskie, partnerskie, pary mężczyzn, pary kobiet).

Na podobne aspekty zwraca uwagę w swoim komentarzu Nichols [8]. Powołując się na różnych autorów, przy omawianiu współczesnych wyzwania wobec paradyg-

matów seksualności kobiet podejmujących kontakty seksualne z kobietami zwraca uwagę na zbytne zorientowanie na patologię współczesnej terapii i teorii seksualnej, a przede wszystkim jej fallocentryczność i heteronormatywność. Wskazuje także na problematyczność samej definicji zdrowej seksualności, z obszaru której wykluczone są kontakty pozagenitalne. Autorka ta odnosi się także krytycznie do koncepcji fuzji, pisząc: „to co dla jednej osoby jest fuzją, dla innej będzie intymnością, a sądy o tym, co to znaczy «za dużo» lub «niewystarczająco» naznaczone są osobistą tendencyjnością” ([8], s. 365). Cytuje Hall [8, 27], która zastanawia się, czy „w naszych najszczerzych próbach opisanie lesbijskiej śmierci łóżkowej nie staliśmy się autorami nowego rodzaju lesbijskiej utraty pewności siebie” oraz określa ją jako „mit oparty o niewystarczającą ilość danych” ([8], s. 364). W opozycji do tej koncepcji Iasenza [28] wskazuje na inne wyznaczniki zdrowia seksualnego, takie jak czas spędzony razem, poświęcony na szeroko rozumiany kontakt seksualny, czy pobudliwość lub asertywność seksualną, które to nie potwierdzają poglądu o zaniku życia seksualnego między kobietami w przebiegu wieloletniego partnerstwa.

Holistyczny, ekologiczny model opisujący problemy seksualne kobiet uprawiających seks z kobietami

W 2013 roku Armstrong i Reissing [11] dokonały interesującego przeglądu piśmiennictwa na temat problemów seksualnych kobiet podejmujących kontakty seksualne z kobietami, który oparły na modelu ekologicznym Bronfenbrennera [29]. Zakłada on, że jednostki wchodzi w interakcję ze środowiskiem na różnych płaszczyznach, pozostających w różnej „odległości od jednostki”, tj. bardziej proksymalnych bądź dystalnych. Poniżej dokonano podsumowania najważniejszych wyników dokonanego przez autorki przeglądu wraz z opisem czynników zgrupowanych według założeń wyżej wymienionego modelu, począwszy od czynników ulokowanych „najbliżej” jednostki, po czynniki bardziej „odległe”.

Na płaszczyźnie tzw. mikrosystemu, obejmującego m.in. taką charakterystykę jednostki, jak jej przekonania, wartości i postawy, ocenie poddano znaczenie zmiennych demograficznych i psychologicznych. I tak:

- Nie wykazano związku pomiędzy wykształceniem, przynależnością etniczną, liczbą partnerów seksualnych, miejscem zamieszkania, rejonem geograficznym oraz zdrowiem i sprawnością fizyczną (z wyjątkiem diagnozy pęcherza neurogennego i historii porodu) a satysfakcją i funkcjonowaniem seksualnym.
- Związki między wiekiem, dochodem i wyznaniem a funkcjonowaniem seksualnym są niejasne, a rezultaty badań niespójne.
- Wykazano pozytywną zależność pomiędzy dobrostanem psychicznym a funkcjonowaniem seksualnym i satysfakcją seksualną; z kolei depresja, lęk i wrogość okazały się negatywnie związane z podnieceniem, lubrykacją, przeżywaniem orgazmu, satysfakcją i ogólnym funkcjonowaniem seksualnym (we wszystkich poza dwoma badaniami).

- Mimo stawianych przez większość autorów hipotez o negatywnej zależności między zinternalizowaną homofobią a satysfakcją seksualną analizowane badania zostały ocenione jako niekonkluzywne; pewne znaczenie przypisuje się zmieniającemu się kontekstowi społecznemu i kulturowemu.
- W analizowanych badaniach lepsze funkcjonowanie seksualne związane jest z większą satysfakcją seksualną.

Na płaszczyźnie tzw. mezosystemu, obejmującego najbliższe jednostce osoby, w tym partnerów, ocenie poddano znaczenie zmiennych dotyczących związku intymnego i czasu jego trwania oraz aktywności seksualnej. I tak:

- Kobiety żyjące w związkach z kobietami uzyskują wyższe wyniki na skalach satysfakcji seksualnej.
- Długość związku ma negatywny wpływ na ogólne funkcjonowanie seksualne.
- Zależność między satysfakcją ze związku i satysfakcją seksualną ma charakter pozytywny i wzajemnie zwrotny.
- Występuje pozytywna zależność pomiędzy intymnością emocjonalną i satysfakcją seksualną oraz funkcjonowaniem seksualnym.
- Rozbieżność stopnia ujawnienia swojej tożsamości i związku przed bliskimi może być źródłem trudności w związku oraz frustracji seksualnej i problemów seksualnych. Autorki sugerują konieczność dalszych badań nad tym aspektem relacji kobiet z kobietami.
- Równowaga władzy w związku związana jest z satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku.
- Mimo rozpowszechnienia mitu „lesbijskiej śmierci łożkowej” badania nad częstotliwością kontaktów seksualnych w jednopłciowych związkach tworzonych przez kobiety nie potwierdzają jej istnienia. Częstotliwość kontaktów seksualnych rzeczywiście maleje z czasem, ale nie ustaje całkowicie.
- Rozbieżność w zakresie odczuwanego przez partnerki pożądania wiąże się z obniżeniem satysfakcji seksualnej.

Na płaszczyźnie tzw. egzosystemu, obejmującego dalsze sieci społeczne, ocenie poddano znaczenie wsparcia społecznego. Oddziałuje ono korzystnie na satysfakcję z relacji, która z kolei wykazuje pozytywny związek z satysfakcją seksualną i funkcjonowaniem seksualnym.

Płaszczyzna tzw. makrosystemu, obejmująca kontekst prawny i kulturowy, jak np. widzialność relacji jednopłciowych w kulturze, nie była dotychczas przedmiotem badań.

Proponowane zależności zostały zobrazowane przez Armstrong i Reissing [11] w modelu koncepcyjnym (diagram 1)

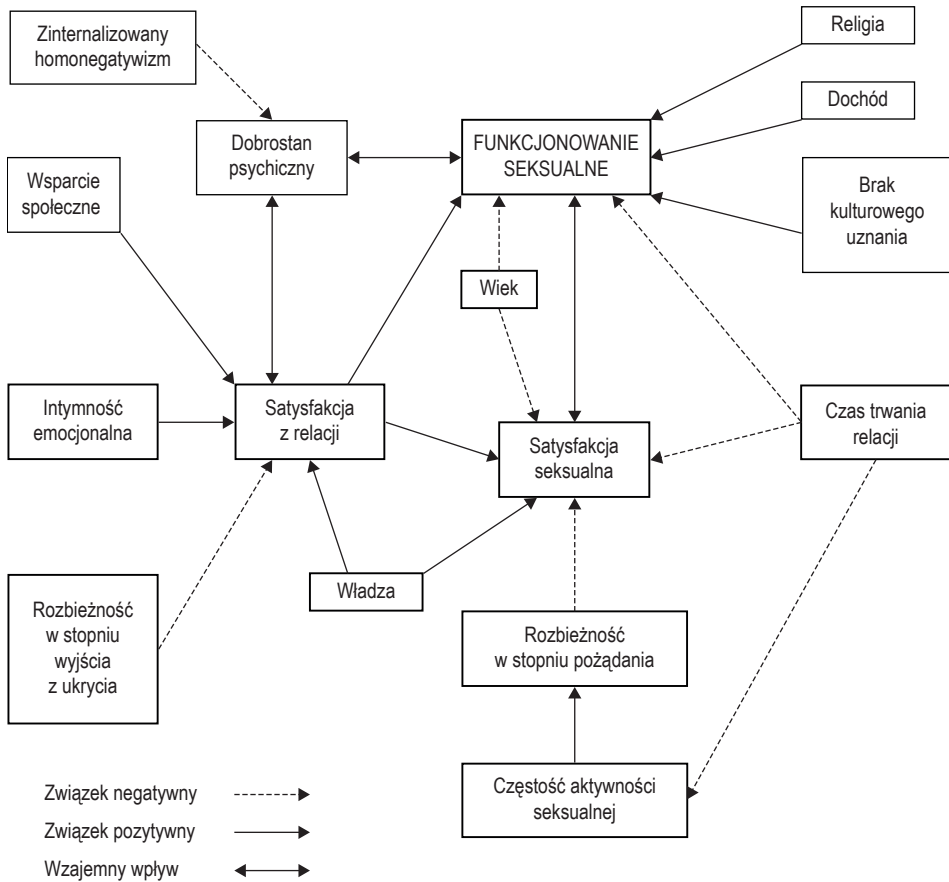


Diagram 1. Model koncepcyjny dysfunkcji seksualnych u kobiet utrzymujących kontakty seksualne z kobietami według Armstrong i Reissing [11]

Podsumowanie

W celu lepszego zrozumienia specyfiki funkcjonowania seksualnego kobiet utrzymujących kontakty seksualne z kobietami należy przyjrzeć się charakterystyce kobiecych relacji intymnych i emocjonalnych, potrzebom seksualnym tej grupy oraz czynnikom utrudniającym ich realizację. Wśród nich potencjalnie istotne znaczenie może mieć stres mniejszościowy [30–32]. Oprócz jego potencjalnie negatywnego wpływu na życie seksualne związana z nim niechęć do ujawniania płci partnera skutkować może trudnościami z dostępem do profesjonalnej, dostosowanej do potrzeb kobiet mających kontakty seksualne z kobietami pomocy. Dodatkowo jednak sytuacja taka może utwierdzać w specjalistach przekonanie o nieobecności tej grupy w gabinetach i nieistnieniu problemów seksualnych ją dotykających.

Piśmiennictwo

1. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (dostęp: 3.06.2016).
2. <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/> (dostęp: 3.06.2016).
3. Baumeister RF. *Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive*. Psychol. Bull. 2000; 126(3): 347–374.
4. Diamond LM. *Sexual identity, attractions, and behavior among young sexual-minority women over a 2-year period*. Dev. Psychol. 2000; 36: 241–250.
5. Diamond LM. *Was it a phase? Young women's relinquishment of lesbian/bisexual identities over a 5-year period*. J. Pers. Soc. Psychol. 2003; 84: 352–364.
6. McNally I, Adams N. *Psychosexual issues*. W: Neal C, Davies D red. *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2001; 83–102.
7. Ritter KY, Terndrup AI. *Sex therapy with gay and lesbians couples*. W: Ritter KY, Terndrup AL red. *Handbook of affirmative therapy with lesbians and gay men*. New York: The Guilford Press; 2002, s. 344–366.
8. Nichols M. *Lesbian sexuality/female sexuality: Rethinking 'lesbian bed death'*. Sex. Relationship Ther. 2004; 19: 363–371.
9. Cohen JN, Byers ES. *Beyond lesbian bed eath: Enhancing our understanding of the sexuality of sexual-minority women in relationship*. J. Sex. Res. 2014; 51(8): 893–903.
10. Cobin M, Angello M. *Sex therapy with lesbian couple*. W: Bigner JJ, Wetchler JL red. *Handbook of LGBT-affirmative couple and family therapy*. New York: Routledge; 2012, s. 99–112.
11. Armstrong HL, Reissing ED. *Women who have sex with women: A comprehensive review of the literature and conceptual model of sex function*. Sex. Relationsh. Ther. 2013; 28(4): 364–399.
12. Dawson SJ, Chivers ML. *Gender differences and similarities in sexual desire*. Current Sexual Health Reports 2014; 6: 211–219.
13. Alexander MG, Fisher TD. *Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine sex differences in self-reported sexuality*. J. Sex. Res. 2003; 40: 27–35.
14. Both S, Spiering M, Everaerd W, Laan E. *Sexual behavior and responsiveness to sexual stimuli following laboratory-induced sexual arousal*. J. Sex. Res. 2004; 41: 242–258.
15. Dawson SJ, Chivers ML. *Gender-specificity of solitary and dyadic sexual desire among gynephilic and androphilic women and men*. J. Sex. Med. 2014; 11: 980–994.
16. Goldey KL, Anders van SM. *Sexual arousal and desire: Interrelations and responses to three modalities of sexual stimuli*. J. Sex. Med. 2012; 9: 2315–2329.
17. Bullivant SB, Sellergren SA, Stern K, Spencer NA, Jacob S, Mennella JA i wsp. *Women's sexual experience during the menstrual cycle: Identification of the sexual phase by noninvasive measurement of luteinizing hormone*. J. Sex. Res. 2004; 41(1): 82–93.
18. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. *Sexuality during pregnancy*. J. Sex. Med. 2010; 7: 136–142.
19. Roney JR, Simmons ZL. *Within-cycle fluctuations in progesterone negatively predict changes in both in-pair and extra-pair desire among partnered women*. Horm. Behav. 2016; 45–52.
20. Nichols M. *Doing sex therapy with lesbians: Bending a heterosexual paradigm to fit a gay lifestyle*. W: Boston Lesbian Psychologies Colective. red. *Lesbian psychologies: Exploration and chalanges*. Urbana: University of Illinois Press; 1987, s. 242–260.

21. Brown LS. *Confronting internalized oppression in sex therapy with lesbians*. W: Kehoe M red. *Historical, literary, and erotic aspects of lesbianism*. New York: Harrington Park Press; 1986, s. 99–107.
22. Blumstein PW, Schwartz P. *American couples: Money, work and sex*. New York: William Morrow; 1983.
23. Frye M. *Lesbian "sex"*. W: Allen J. red. *Lesbian philosophies and cultures*. New York: State University of New York Press; 1990.
24. Bowen M. *The use of family theory in clinical practice*. Compr. Psychiat. 1966; 7: 345–374.
25. Bowen M. *Family therapy and family group therapy*. W: Kaplan H, Sadock B red. *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1971.
26. Hill ChA. *Fusion and conflict in lesbian relationships?* Fem. Psychol. 1999; 2: 179–185.
27. Hall M. *Not tonight, dear I'm deconstructing a headache-confessions of a lesbian sex therapist*. W: Kaschak E, Tiefer L. red. *A new view of womens's sexual problems*. New York: Haworth Press; 2001; s. 161–172.
28. Iasenza S. *Beyond 'lesbian bed death': The passion and play in lesbian relationships*. Journal of Lesbian Studies 2002; 6(1): 111–120.
29. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
30. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 2003; 5: 674–697.
31. Iniewicz G, Grabski B, Mijas M. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego*. Psychiatr. Pol. 2012; 4: 649–663.
32. Grabski B. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych*. W: Iniewicz G, Mijas M, Grabski B red. *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Continuo; 2012; s. 263–285.

Adres: Bartosz Grabski

Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii UJ CM

O/K Klinik Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
31-501 Kraków, ul. M. Kopernika 21A

Otrzymano: 18.12.2016

Zrecenzowano: 3.02.2017

Otrzymano po poprawie: 23.02.2017

Przyjęto do druku: 19.06.2017