



**Adam Buczkowski**

Instytut Filozofii i Socjologii Akademii Pedagogiki Specjalnej  
w Warszawie  
E-mail: buczkowski@aps.edu.pl

## Seksualność osób starych w dyskursie eksperckim

### Abstract

The article contains reflections on the phenomenon of sexuality in old age and socio-cultural perspective, an indication of the different valuation of old women and men, and analysis of the Polish sexologists discourse on sexuality seniors. Old age and sexuality is experienced by women differently from men. In women, the beginning of old age and problems with sexuality is linked to menopause. Women already starting to think about old age too, and withdraw from sexual activity, despite the fact that they live longer. The reason for the differences in experiencing the identity of the woman's age is strongly associated with body. Sexuality of the elderly in the discourse of the expert is therefore seen as a clinical disorder and its associated problems. There are also criteria for the norm of sexual behavior is full sexual intercourse, other sexual behaviors are the only associated activities. Accepted definition of old age is also not clear, old age is no concern menopausal women and men over 80 years old, although it is noted changes in the intensity of sexual behavior from 50 years of age.

**Key words:** Old age, gender, sexuality

Starość i seksualność, z punktu widzenia wiedzy potocznej, wydają się obszarami doświadczeń tak odmiennymi, że łączenie ich wydaje się sprzeczne. Jednakże bliższe przyjrzenie się społecznej konstrukcji obu tych fenomenów ujawnia głębszą, niedostrzegalną na pierwszy rzut oka rzeczywistość znaczeń i wartości ukrytych za zasłoną świata osób młodych. W dalszej części pracy będę chciał wykazać, że zarówno starość jak i seksualność, niezależnie od swych biologicznych wyznaczników, są na wskroś przesiąknięte wartościami kultury XIX wieku, które w znacznym stopniu wpływają na ich współczesne rozumienie i przeżywanie przez ludzi.

Starość jest procesem biologicznym dotyczącym przede wszystkim ciała, które powoli traci zdolność regeneracji i samoodnawiania się komórek oraz możliwości adaptacyjne. Szybkość starzenia się ciała jest zależna od wielu czynników genetycznych, środowiskowych oraz – co będzie mnie szczególnie interesowało – społeczno-kulturowych. Z tej perspektywy starość jest zjawiskiem rozumianym w nieco odmienny sposób w zależności od czasu i kultury.

Przez całe stulecia życie zdecydowanej większości ludzi powiązane było z wykonywaną pracą. Społeczne funkcjonowanie człowieka oraz uzyskanie pełni praw w danej społeczności rozpoczynało się z chwilą podjęcia użytecznej pracy, a starość rozpoczynała się w chwili, gdy zaczynało brakować sił na jej kontynuowanie. Takie rozumienie starości dominowało od czasów kultur pierwotnych w zasadzie aż do XIX wieku. Przynależność do grupy osób starych była więc warunkowana z jednej strony wykonywaną pracą, a z drugiej indywidualną sprawnością fizyczną i intelektualną.

Istotne zmiany w postrzeganiu starości pojawiły się z chwilą uruchomienia programów emerytalnych dekretem Bismarcka z roku 1881, w którym powoływał on instytucję ubezpieczeń społecznych. Nowością systemu Bismarcka było automatyczne uzyskanie uprawnień emerytalnych po osiągnięciu określonego wieku (pierwotnie 70 lat, później obniżonego do 65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet) oraz przepracowania minimum 30 lat. Chociaż powodem wprowadzenia ubezpieczeń społecznych była chęć osłabienia rosnących ówczesnie w siłę ruchów robotniczych, to efektem była zmiana, której konsekwencją jest instytucjonalne „wyprodukowanie” kategorii ludzi, często całkiem sprawnych, którzy otrzymali status emeryta. Od tego momentu starość zaczęto kojarzyć z wiekiem emerytalnym, a nie możliwością wykonywania pracy zawodowej.

Współcześnie, wraz z postępem medycyny i wydłużeniem średniego wieku przeżywalności, na emeryturę przechodzą często osoby w pełni sił życiowych, sprawne fizycznie i intelektualnie. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w 2013 roku przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło 73,1 lat, a dla kobiet – 81,1 lat. W porównaniu do początku lat 90. XX w. trwanie życia wydłużyło się o ponad 7 lat dla mężczyzn oraz o 6 lat dla kobiet (GUS 2015). Tendencję taką obserwuje się we wszystkich krajach rozwiniętych.

Współcześnie emeryci muszą się zmagać z piętnem osoby starej, pomimo że przyczyną przejścia na emeryturę nie jest utrata możliwości (a niekiedy i chęci) pracy, ale uzyskanie instytucjonalnie narzuconego wieku. Starość w tym przypadku to często proces zmagania się ze stereotypem osoby starej, a nie rzeczywisty brak sił. Jeśli natomiast zapytać o subiektywne obawy związane z wiekiem podeszłym, to Polacy najczęściej obawiają się chorób, niedołążności i utraty pamięci (73%) oraz utraty samodzielności i uzależnienia od innych (56%) (CBOS 2012). Można zatem zaryzykować tezę, że starość powinna być postrzegana właśnie jako brak samodzielności, zamiast osiągnięcia ustawowego wieku. Warto także wspomnieć, że w różnych obszarach nauki starość jest definiowana odmiennie, np. niektórzy seksuolodzy, o których wspomnę w dalszej części tekstu, sytuują początki starości dla kobiet w okolicach 40 roku życia, a dla mężczyzn w okolicach 50 roku życia.

Na kulturowy stereotyp starości składają się cechy oceniane jako pozytywne takie jak mądrość płynąca z doświadczenia, spokój wynikający z panowania na emocjami oraz czystość rozumiana jako wolność od pożądania, oraz negatywne, takie jak słabość, brak samodzielności oraz zaburzenia pamięci. Warto wyraźnie podkreślić, że stereotyp ten powiązany jest głównie ze starością doświadczaną przez

mężczyzn, starość kobiet oceniana jest zdecydowanie gorzej. Ponadto cechy pozytywne stereotypu tradycyjnie przypisywane starości obecnie utraciły swoją moc – współcześnie wiedza i doświadczenie osób w podeszłym wieku jest bezużyteczna, ponieważ pochodzi z innego kontekstu kulturowego. Również umiejętność panowania nad emocjami, wraz z przedłużeniem średniej życia i trudnym doświadczaniem chorób przewlekłych w niewydolnym środowisku opieki zdrowotnej, wcale nie bywa normą. Wreszcie wolność od seksualności, która najczęściej jest postulatem sformułowanym z perspektywy osób młodych, i od której osoby stare wcale nie są wolne, wskazuje, że społeczne wyobrażenia dotyczące starości niewiele mają wspólnego z rzeczywistością doświadczaną przez seniorów.

Starość jest doświadczeniem, które w przeszłości rozważano i analizowano najczęściej z punktu widzenia mężczyzny. W kulturach pierwotnych starość postrzegana była jako stan szczęścia i spełnienia, szczególnie gdy starcowi towarzyszyła liczna rodzina. Z kolei w świecie Starego i Nowego Testamentu starzec tracił pozycję, w czasach Mojżesza zachowywał jeszcze rolę mędrca, później natomiast wskazywano na słabość fizyczną i intelektualną osób w podeszłym wieku. W Nowym Testamencie do starców odnoszono się już z pogardą lub obojętnością, co wynikało prawdopodobnie z wpływów kultury greckiej (Minois 1995). Starość w kontekście seksualności jest przedstawiana w Starym Testamencie w dwóch wymiarach, jako czas niemocy seksualnej lub niemoralnej lubieżności, co obrazuje historia Abrahama i Sary oraz króla Dawida. Drugim wymiarem jest starość lubieżna, czego przykładem jest opowieść o starcach podglądających Zuzannę, by później fałszywie ją oskarżyć.

Świat antycznej Grecji i Rzymu cenił cielesność młodego ciała wraz z jej energią seksualną. Odczuwanie pożądania na starość było bezlitośnie wyśmiewane w komediach, a seksualność osób starych – podobnie jak w Biblii – rozpięta była pomiędzy pogardzaną lubieżnością i wyszydzaną impotencją (Minois 1995).

Średniowieczna i później renesansowa Europa zasadniczo nie podejmowała refleksji nad starością, a jeśli już się do niej odnoszono, to ocena była jednoznacznie negatywna, ponieważ pozbawiała człowieka wszystkich pożądanych cielesnych cnót, jak uroda, piękno i siła. Szczególnie podkreślana była niechęć do starych kobiet, zwłaszcza w kontekście odczuwanego pożądania, co dobitnie wyraził m.in. Erazm z Rotterdamu: „Ale jeszcze bardziej diabelnie podejrzana przyjemność to widzieć te babule, tak stare, że już prawie nieżywe, i tak strupieszale, że mogłoby się здаwać, wróciły z Podziemia, a jednak ciągle mamlące o tym, jakie to miłe życie pod słońce, ciągle pełne – jak to Grecy mówią – koźlej jurności i za gruby grosz sobie jakiegoś Faona wynajmujące policzki barwicznymi sobie malują, od zwierciadła nie odstępują, nadrabiają powaby najbardziej sekretnych swych wdzięków, wystawiają wyschłe i zmarniałe piersi, drżącym ze starości miauczeniem chcą podsycić wędną żądzę, popijają sobie ile wlezie, pchają się do tańca dziewcząt, bazgrzą miłosne wierszyki” (Erazm z Rotterdamu 1953:62).

Od XVII wieku starość zaczęto traktować jako problem społeczny. Wynikało to z wzrastającej liczby osób starych oraz ich biedą i niedołęstwem. Sposobem radze-

nia sobie z problemem starości było izolowanie osób w wieku podeszłym w przytułkach, domach starców i powstających szpitalach miejskich, będących najczęściej miejscami zamkniętymi. We wszystkich tych miejscach, warunki sanitarne były złe, co powodowało dużą ilość chorób i wysoką śmiertelność, i co wtórnie wspierało pogląd, że osoby stare są źródłem zagrożenia sanitarnego. Dopiero w XIX wieku nastąpiło zwiększone zainteresowanie badawcze zjawiskiem starości, a jedną z pierwszych prac naukowych na ten temat napisał Charcot w 1867 roku.

W kulturze zachodniej zjawisko starości przebiega odmiennie w zależności od płci. Starość jest doświadczana wcześniej i bardziej intensywnie przez kobiety. Pomimo że kobiety żyją dłużej, to badania CBOS z roku 2012 donoszą, że w kategorii wiekowej 35-44, aż 40% kobiet bardzo często i często myśli o starości, w porównaniu do 18% mężczyzn. Im starsze kobiety, tym odsetek myślących o starości zwiększa się, i w każdej kategorii wiekowej kobiety mają przewagę nad mężczyznami (CBOS 2012).

U kobiet za subiektywny początek starości uznaje się często okres menopauzy, zachodzący miejsce w okolicach 40-50 roku życia, co tłumaczy tak duży odsetek kobiet myślących o starości we wspomnianych badaniach CBOS. Klimakterium jest efektem znacznego zmniejszenia czynności wewnątrzwydzielniczej jajników. Dla kobiet doświadczanie symptomów klimakterium wiąże się z trwałym ustąpieniem menstruacji oraz objawami współistniejącymi takimi jak zmniejszona chęć życia i obniżenie poziomu energii życiowej, poczucie samotności i bezsenność, porytowanie i zmęczenie, uderzenia fal gorąca, czy wreszcie obniżenie samooceny (Leysen 1996). U mężczyzn także następuje zmniejszenie poziomu wytwarzania hormonów, który nosi nazwę andropauzy (Miluska 1996), jednak proces ten jest kulturowo niedostrzegalny, choć niekiedy mylony z kryzysem wieku średniego.

Wiele symptomów doświadczanych przez kobiety podczas menopauzy jest prawdopodobnie konsekwencją kulturowego modelu kobiecości, w myśl którego o wartości kobiety stanowi posiadanie zdolności prokreacyjnych. Sytuacja, w której kobieta uzmysławia sobie, że przestaje spełniać tę kulturową definicję kobiecości, może prowadzić do problemów tożsamościowych oraz różnego typu negatywnych objawów psychicznych i psychosomatycznych. Według badań seksuologów, w naszej kulturze na skutek menopauzy kobiety wcześniej rezygnują z aktywności seksualnej (Jodko, 2008), a brak równowagi hormonalnej podczas klimakterium odczuwają jako utratę atrakcyjności seksualnej (Lew-Starowicz, 1985). Najczęstsze skojarzenia starszych kobiet z menopauzą dotyczą huśtawki nastrojów, wyraźnych objawów starzenia się oraz utratą zainteresowania seksem (Izdebski 2012). Kobiece doświadczenie negatywnych objawów klimakterium może być w pewnym stopniu psychologiczną reakcją na sytuację utraty społecznej roli kobiety. W języku polskim przemiana znaczenia kobiety związana z menopauzą jest wzmocniana przez słowo „przekwitanie”, które metaforycznie obrazuje wartość kobiety w powiązaniu z kwitnieniem i wydawaniem nasion. „Przekwitająca” kobieta, tak jak kwiat, traci swą biologiczną i społeczną wartość.

Prawdopodobną przyczyną wczesnego początku starości u kobiety oraz powiązania tego z menopauzą jest odmienne funkcjonowanie tożsamości kobiecej i męskiej. Tożsamość kobiety, w porównaniu do tożsamości mężczyzny, według Kaschack jest silnie powiązana z cielesnością (Kaschack 1996). W przypadku mężczyzny tożsamość budowana jest wokół roli zawodowej. Zdaniem Kaschack odniesienie się kobiety do jej cielesności stanowi rdzeń jej tożsamości. Budowanie kobiecej tożsamości rozpoczyna się w okresie dojrzewania, podczas którego młoda dziewczyna uzmysławia sobie znaczenie cielesności dla swojej społecznej wartości. Późniejsze etapy życia wyznaczane są nie pełnionymi rolami społecznymi, ale w odniesieniu do zmian płynących z własnego ciała. Pierwsza menstruacja, poród, menopauza niosą ze sobą cielesne „zadania” wobec kobiecej tożsamości.

Tego typu cielesne wyzwania tożsamościowe w zasadzie nie pojawiają się w odniesieniu do mężczyzn. Starość dla mężczyzny nie wiąże się z obniżeniem poziomu testosteronu, spadkiem sprawności fizycznej czy seksualnej. Dla mężczyzny istotny kryzys tożsamości związany jest z zakończeniem aktywności zawodowej i przejściem na emeryturę. Wielu mężczyzn ten okres życia ocenia jako początek starości. Wcześniejsze problemy ze sprawnością seksualną likwiduje się przez środki farmakologiczne takie jak np. viagra.

Starość można zatem postrzegać jako formę kryzysu tożsamości, który wynika ze zmian biologicznych i społecznych. W naszej kulturze zmiany te silniej wpływają na ocenę kobiet niż mężczyzn, co niektórzy badacze nazywają wręcz „podwójnymi standardami starzenia się” (Sontag 1979).

Starzenie się – w sensie społecznym – w mniejszym stopniu dotyka mężczyzn, pozostawia im większe szanse na realizowanie się w roli zawodowej. Mężczyźni, nawet w zaawansowanym wieku, zajmują odpowiedzialne stanowiska powiązane z dużym zakresem władzy. Starsze kobiety znikają ze sfery publicznej. Niezależnie od posiadanych kompetencji i umiejętności, stają się społecznie niewidoczne. Ich wiedza i doświadczenie przestaje być cenione, a ich aktywność jest często kanalizowana w sferze prywatnej, w rolach opiekunki rodziców, partnera lub wnuków.

Inaczej społecznie oceniane są też relacje starszych mężczyzn i starszych kobiet z młodszymi partnerami. Związki starszych, zamożnych mężczyzn z młodszymi kobietami są akceptowane, a przynajmniej nie spotykają się z tak wyraźną krytyką, jaką wywołują związki starszych kobiet z młodszymi mężczyznami. Również późne macierzyństwo, w porównaniu do późnego ojcostwa, jest oceniane bardziej negatywnie.

Starość jest postrzegana przez kobiety przez pryzmat lęku przed zmianami zachodzącymi w ciele, które wpływają na obniżenie poziomu atrakcyjności fizycznej, a przez to wartości społecznej. Noami Wolf pisze, że przyczyną tego zjawiska może być funkcjonujący w kulturze zachodniej „mit urody”, który jest społecznym stereotypem, każdego dnia potwierdzanym w mass-mediach, w myśl którego o wartości kobiety decyduje w dużym stopniu jej uroda (Wolf 2014). Wielość praktyk higienicznych skierowanych w dyskursie konsumenckim w stronę kobiety, dotyczących stosowania kosmetyków, przestrzegania rygorystycznej diety, róż-

nego typu ćwiczeń fitness oraz ich marketingowa skuteczność udowadniają, że dla większości kobiet podtrzymanie urody stanowi jeden z istotnych wyznaczników wartości jako człowieka. Warto jednak wspomnieć o zakorzenionym w kulturze przeświadczeniu, którego źródła mogą mieć miejsce w tradycji chrześcijańskiej, przeciwstawiającej sztuczne piękno zewnętrzne (urodę), które bezpowrotnie przemija, naturalnemu pięknu wewnętrznemu, związanego z cnotami duchowymi człowieka. U kobiety, w przeciwieństwie do mężczyzny, naturalne piękno może znaleźć swój wyraz jedynie w pięknym i młodym ciele

Wolf wskazuje na znaczenie poczucia winy u kobiet, które nie spełniają społecznych wymagań odnośnie swojego ciała. Brak dbałości o ciało może być także symptomem problemów psychicznych lub niedostosowania społecznego, z kolei nadmierna dbałość może sugerować zaburzenia narcystyczne (Tseelon 1995). Dbłość o piękno i urodę ciała jest warunkiem uzyskania „zdrowej” tożsamości. Bez atrakcyjnego ciała kobiety czują się bezwartościowe i społecznie niewidoczne. Jeśli ciało kobiety nie spełnia kulturowych oczekiwań, to – w sensie społecznym – źródłem problemu jest sama osoba, jej niewystarczająca dbałość o ciało. Jest to tym bardziej odczuwalne, że ciało współczesnego człowieka postrzegane jest jako plastyczne, podatne na wpływy technologii, zindywidualizowane (Buczkowski 2012a). W zależności od zaangażowania i podejmowanych działań, czy to kosmetycznych, czy medycznych, ciało staje się materią, z której można utworzyć idealny wizerunek. Przemijające, w przypadku starszych kobiet, piękno i uroda powodują w konsekwencji utratę części tożsamości. Utrzymanie tożsamości u kobiety przyjmuje postać pracy nad własnym ciałem i zatrzymaniem upływającego czasu.

Jednym z argumentów potwierdzających duże znaczenie cielesnej tożsamości jest popularność chirurgii estetycznej. Większość osób poddających się zabiegom chirurgii estetycznej stanowią kobiety, choć również mężczyźni w świecie zindywidualizowanego ciała coraz częściej podejmują się tego typu zabiegów. U mężczyzn najczęstszy motyw poddawania się zabiegowi chirurga plastycznego powiązany jest z poprawą pozycji zawodowej, wykorzystanie młodszego, atrakcyjniejszego wyglądu, szczególnie jeśli praca jest związana z mass-mediami lub polityką. Z kolei kobiety najczęściej wskazują na inne przyczyny: poprawę samopoczucia psychicznego oraz spełnienie standardów kulturowych dotyczących kobiecego ciała, powiązanych nie z podniesieniem atrakcyjności, ale z likwidacją poczucia nieatrakcyjności. Tseelon zauważa, że klientkami chirurgów estetycznych są dwie grupy kobiet: adolescentki dążące do zapewnienia sobie odpowiedniego kapitału „cielesnego” oraz kobiety, które dzięki zabiegowi, chcą cofnąć lub zatrzymać zmiany związane ze starzeniem i utratą atrakcyjności społecznej, przy czym (Tseelon 1995). Starzenie się kobiet jest zatem powiązane z utratą możliwości prokreacyjnych oraz piękna, urody i młodości. Dlatego figura „starej kobiety” w naszym kręgu kulturowym spotka się z tak jednoznaczną, negatywną oceną kulturową. Ciało starej kobiety znajduje się poza systemem piękna i urody, dlatego musi pozostawać zakryte, w przeciwieństwie zarówno do ciała młodej kobiety, które wręcz powinno pozostawać odkryte na wzrok (męskich) obserwatorów, jak i starego męskiego ciała, którego pokazywanie nie niesie równie intensywnego, negatywnego wartościowania. Doświadczenie cielesnej tożsamości dla starszych kobiet w kontekście

ich aktywności seksualnej jest tym bardziej bolesne, że spotyka się z jednoznaczną negatywną oceną społeczną. Zatem sytuacja kobiet jest gorsza w porównaniu do starszych mężczyzn, których aktywność seksualna jest tolerowana, czego dowodem jest choćby widoczne społecznie przykłady późnego ojcostwa.

W tym miejscu warto się przyjrzeć bliżej społecznym wyobrażeniom i stereotypom dotyczącym aktywności seksualnej seniorów. Jak już wspomniałem, zachowania seksualne osób starych obserwowano od wieków i za każdym razem potępiano lub wyśmiewano. Wydaje się, że współcześnie, pomimo wielu zmian kulturowych, niewiele się w tej kwestii zmieniło. Woodward i Rollin podają szereg przekonań i mitów istniejących w świadomości społecznej dotyczących aktywności seksualnej seniorów. Jednym z wymiarów jej postrzegania jest dbałość o zdrowie, a mianowicie abstynencja seksualna po 60 roku życia ma sprzyjać utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, masturbacja w tym wieku jest niezdrowa, a osoby starsze i schorowane zdecydowanie nie powinny interesować się seksem. Ponadto akcentuje się wymiar patologii związanej z seksualnością (mężczyźni po 60 roku życia są impotentami, u kobiet pożądanie seksualne kończy się wraz z menopauzą oraz kobiety po 60 roku życia nie przeżywają już orgazmów) oraz oceny moralne (seniorzy myślący o seksie są infantylni, a sama aktywność jest niemoralna) (za Fabiś, Fabiś 2008).

Takie postrzeganie aktywności seksualnej osób starych ma prawdopodobnie swe źródła w XIX wiecznych przemianach postrzegania zachowań seksualnych oraz wytworzeniu swoistego dyskursu dotyczącego seksualności człowieka. Zachowania seksualne w kulturze zachodniej przez całe wieki były silnie naznaczone ocenami moralnymi. Jednak dopiero w XIX wieku w kręgu kultury zachodniej wytworzono pojęcie „seksualności” (Foucault 1995). Wcześniej w dyskursie dotyczącym relacji intymnych koncentrowano się na ocenie samych zachowań seksualnych oraz podkreślano „prawidłowe” zachowania seksualne w małżeństwie. Zachowania odmienne, które nie mieściły się w normie, oceniano negatywnie, ale postrzegano jako margines i nie analizowano ze szczególnym zainteresowaniem. XIX wiek – zdaniem Michaela Foucaulta - przyniósł zmianę wiążącą się przede wszystkim ze skonstruowaniem aparatu naukowego pozyskującego wiedzę o seksualności, którą zaczęto analizować nie w kontekście zachowań oraz pożądania i wiążących się z nim ocen moralnych, ale w kontekście prawdy i fałszu oraz tożsamości. Seksualna i cielesna strona funkcjonowania człowieka zostały wpisane w dwa rodzaje nowo powstającej nauki: w biologię zajmującą się przede wszystkim poznaniem ciała człowieka i jego możliwości reprodukcyjnych. Rezultatem prac biologów i medyków stało się „wytworzenie” płci biologicznej (Buczkowski 2012a). Po drugie seksuologią, traktowaną jako subdyscyplina medycyny, której celem w ramach której badano zachowania seksualne „innych” czyli takie, które nie były podejmowane w celu prokreacji

Specyfiką europejskiej nauki o seksualizmie było zdaniem Foucaulta wydobywanie i „wyznania” związanej z seksem prawdy o człowieku (Foucault 1995). Proces naukowego dochodzenia do prawdy związanej z seksualnością powodował, że sam akt seksualny tracił na znaczeniu, rzeczywistą wartość miało wyjawienie myśli,

wyobrażeń, odczuć i pragnień, które mu towarzyszyły. Otrzymane w ten sposób informacje na temat seksu wywoływały wrażenie, że seksualność jest siłą sprawczą praktycznie w każdej dziedzinie życia. Wydawało się, że praktycznie każda choroba miała swe przyczyny w niedoborze lub nadmiarze związanym z seksualnością. „Ówczesna medycyna uplotła szeroką sieć seksualnej przyczynowości obejmującej złe nawyki dzieci, suchoty dorosłych, apopleksje starców, choroby nerwowe, degenerację rasową” (Foucault 1995:64). Seks stał się zarówno przyczyną, jak i skutkiem zdrowia i choroby człowieka. Wszechobecność seksu powodowała ponadto przeświadczenie, że stanowi on mroczną, nieuchwytną i tajemniczą siłę kierującą człowiekiem. Dlatego do jej zrozumienia, okiełznania i rozwiązania problemów, które stwarzała potrzebny był specjalista – seksuolog.

Uzyskane w interakcji z seksuologiem informacje na temat seksu zostały oczywiście w myśl pozytywistycznych założeń o idealnej nauce wyłączone z ocen moralnych i kryteriów grzechu i winy. W zamian natomiast zyskały coś innego – zostały ujęte w systemie normy i patologii. Kierując się takimi założeniami seksuolodzy tworzyli dokładną klasyfikację wszystkich odmian zachowań seksualnych w powiązaniu z intymnymi myślami, pragnieniami i wyobrażeniami, uwzględniając różnorodne odchylenia, chwilowe dziwactwa i inne niedookreślone sytuacje.

Zdaniem Foucaulta, XIX wieczna seksuologia dostrzegała jako zagrażające cztery typy seksualności, które obecnie można określić jako „przeseksualizowane”. Pierwszą z nich była kobieta histeryczna, która była nieustannie zagrożona wystąpieniem niemożliwych do opanowania impulsów seksualnych kierującym jej zachowaniami i myślami. Tradycja takiego postrzegania kobiety jest bardzo długa, a dowodów na to dostarczają m.in. przemiany definiowania i rozumienia zjawiska „kobiecej hysterii” (Trillat 1993). Postrzeganie niebezpieczeństw płynących z seksualności narzucało konieczność prowadzenie analiz funkcjonowania kobiecego ciała z intencją poznania źródeł zagrożeń i zapobiegania im, m.in. poprzez uzasadnione umieszczenie kobiety w „bezpiecznej” przestrzeni prywatnej i naukowe wykazanie organicznego związku ciała kobiety z rolą macierzyńską. „Matka i jej negatyw – „kobieta nerwowa” stanowią najbardziej widoczną oznakę tej histeryzacji” (Foucault, 1995:93). Konsekwencje takiego postrzegania kobiety oraz kobiecego ciała ponosimy do dnia dzisiejszego, a przykłady dostarcza nam choćby medycyna (np. powstanie nauki specjalnie dedykowanej kobiecemu aparatowi prokreacyjnemu – ginekologii) (Buczkowski 2012b) oraz dyskurs związany z gwałtem (Kościańska 2014). Postrzeganie kobiecej seksualności w kontekście macierzyństwa jest i dzisiaj dostrzegalne w wielu pracach seksuologicznych, co wskażę w dalszej części tekstu.

Drugą figurę analiz stanowi homoseksualista i seks homoseksualny. Tutaj, nie wdając się w głębsze rozważania, społeczną konsekwencją dystrybucji wiedzy na temat zagrożeń homoseksualizmu powstanie pojęcia orientacji seksualnej oraz tożsamości seksualnej homoseksualisty (Buczkowski 2012b). Kolejnymi analizowanymi typami zagrożeń seksualnych w XIX wieku był seks dziecięcy i szeroko analizowana ówczesnie praktyka jakim była masturbacja (Laquer 2006) oraz zachowania homoseksualne.



Wreszcie punkt widzenia wszystkich analiz seksualności, a mianowicie seks prokreacyjny pary małżeńskiej. Wszystkie formy zachowań seksualnych nie nastawionych na prokreację uważane były za „jałowe” czy wręcz szkodliwe dla zdrowia indywidualnego jak i społecznego. Warto wspomnieć, że nie poddawano analizie tych grup ludzi, którzy z dzisiejszej perspektywy wydają się „niedoseksualizowane”, np. osób starszych czy niepełnosprawnych, ponieważ nie stanowili oni potencjału prokreacyjnego. Skutki tego można dostrzec również we współczesnym dyskursie seksuologicznym.

W kontekście, mającego swe korzenie w XIX wiecznej nauce, postrzegania i rozumienia seksualności jako patologii i zagrożenia chciałbym przywrócić się, w jaki sposób najważniejsi polscy seksuolodzy – Kazimierz Imieliński, Michalina Wisłocka oraz Zbigniew Lew-Starowicz - definiują i postrzegają aktywność seksualną seniorów. Te same pytania, poza dorobkiem wspomnianych autorów, zadam pracy Zbigniewa Izdebskiego pt. „Seksualność Polaków na początku XX wieku”.

Twórca polskiej szkoły seksuologicznej, Kazimierz Imieliński, w swoim klasycznym opracowaniu na temat seksuologii tzn. „Seksuologii biologicznej” (1980), „Seksuologii kulturowej”, (1980) i „Seksuologii społecznej” (1984), pomimo szerokiego zakresy zainteresowań, zupełnie nie podejmuje problemu seksualności osób starszych.

Michalina Wisłocka jest autorką najbardziej znanej i wielokrotnie wznawianej publikacji pt. „Sztuka kochania”. W ostatnim rozdziale „Sztuki kochania” pod tytułem „... a potem żyli długo i szczęśliwie” autorka na kilku dosłownie stronach odnosi się do problemu „starzejącego się samotnego małżeństwa” oraz osób samotnych i ich aktywności seksualnej. Starość nie jest wprost zdefiniowana w odniesieniu do kobiet, choć między słowami autorka wspomina o menopauzie jako początku tego procesu. Podkreśla, że kobieta rozwija swoją wrażliwość seksualną i szczyt możliwości seksualnych osiąga od 35 do 50 roku życia.

Co interesujące, w tym rozdziale autorka kieruje swój przekaz głównie do kobiet. Aktywność seksualną sytuuje jedynie w relacji małżeńskiej, pomimo dostrzeżenia, że wiele z nich w późniejszym wieku doświadcza samotności. Silnie akcentuje relację miłości i – co jest wewnętrznie sprzeczne - jednocześnie ostrzega kobiety przed skutkami braku aktywności seksualnej: „[...] narząd nie pracujący, bardzo szybko zostaje czynnościowo eliminowany i zanika. W swojej praktyce lekarskiej obserwuję z reguły zanikanie i kurczenie się pochwy u kobiet nawet niezbyt starych, czterdziesto-, pięćdziesięcioletnich, w kilka lat po owdowieniu lub u niezamężnych. Już po niewielu latach abstynencji narząd staje się nieużyteczny” (Wisłocka 1984:373-374). Dostrzega także pozytywne funkcje późnej aktywności seksualnej, takie jak brak lęku przed niepożądaną ciążą, związane z zachowaniem zdrowia: „[...] w przypadku większości schorzeń regularne życie płciowe nie tylko nie szkodzi, ale poprawia krążenie krwi, stabilizuje równowagę systemu nerwowego i podnosi ogólne samopoczucie” (Wisłocka 1984:374). Zamieszcza także kilka rad na temat formy aktywności seksualnej - kontaktu waginalnego – w kontekście problemów fizjologicznych podczas kontaktów seksualnych związanych z rozluź-

nieniem krocza i rozległymi rozdzarciami pozostałymi po przebytych porodach. W odniesieniu do mężczyzny, wspomina, że starość seksualna rozpoczyna się u niego w okolicach 80 roku życia.

W drugiej swojej pracy, pod znaczącym tytułem „Sztuka kochania 20 lat później” autorka omawia seksualność po 30 roku życia. W pierwszej części rozważa przyczyny oziębłości kobiet i onanizmu młodzieńczego. W drugiej części zatytułowanej „Miłość po trzydziestce” rozpoczyna od przedstawienia przyczyn niepłodności kobiet oraz mężczyzn. Kolejne rozdziały pod tytułem „Smuga cienia w życiu kobiety” oraz „Smuga cienia w życiu mężczyzny” prezentują wybrane problemy, nie tylko związane z życiem seksualnym, takie jak m.in.: „wygasanie hormonu matki”, „wydłużone klimakterium”, „polipy, mięśniaki i seks” – w odniesieniu do kobiet oraz „zaburzenia pourazowe”, „cukrzyca i przerost prostaty”, „kastrowanie psychiczne”, „męski klimaks” – w części dla mężczyzn. Czytelnik może zatem odnieść wrażenie, że aktywność seksualna po 30 roku życia powiązana jest w dużym stopniu z różnego typu zaburzeniami i chorobami. Wydaje się, że autorka „Sztuki kochania 20 lat później” nie ustrzegła się nieświadomego uprzedzenia ze strony seksuologów, którzy nieprokreacyjną aktywność seksualną omawiali w kontekście różnego typu zaburzeń. Ponadto uderzające jest wskazanie bardzo wczesnej granicy wiekowej 30-40 lat, która – biorąc pod uwagę ówczesne realia – wydaje się zbyt wczesna, nawet jeśli przyjąć, że czytelnikami byli adepci pierwszej części „Sztuki kochania”. Pomimo tytułów wskazujących na kontekst zaburzeń, w treści książki Wisłocka dostrzega i omawia, co należy oceniać jako ważne, zarówno w części dla kobiet, jak i dla mężczyzn, różne formy aktywności seksualnej, jak np. dotyk czy petting, choć ilość stron poświęconych tej – jak ocenia – „normalnej” formie aktywności seksualnej jest jednak zdecydowanie mniejsza od omówienia przebiegu klasycznego kontaktu waginalnego.

Zbigniew Lew-Starowicz, obok Michaliny Wisłockiej, jest najbardziej rozpoznawanym polskim seksuologiem, autorem niezliczonych pozycji książkowych, artykułów w czasopismach naukowych i popularnonaukowych, wciąż aktywnym zarówno naukowo, jak i publicystycznie. Tematyka starości poszukiwałem w książce „Seks w jesieni życia” z roku 2000.

Tytuł książki „Seks w jesieni życia” obiecuje zaawansowaną refleksję na temat seksualności osób starszych, pisaną dla osób w „jesieni życia”. Pierwsze części książki rzeczywiście przynoszą omówienie zmian biologicznych i psychicznych związanych z „jesienią życia”, którą autor definiuje następująco „jesień życia to wiek zaczynający się od ustania miesiączkowania u kobiet (menopauza) i zmniejszenia zdolności rozrodczych u mężczyzn (andropauza) i trwający do około 70-75 roku życia, po którym zaczyna się wiek starości. Obejmuje zatem 20-25 lat życia” (Lew-Starowicz 2000:9). W rozdziale pod tytułem „seksualność w jesieni życia” Lew-Starowicz omawia zjawiska menopauzy i andropauzy w kontekście aktywności seksualnej kobiet i mężczyzn, pisze o różnego typu bodźcach seksualnych oraz przytacza wyniki badań na temat przeżywania orgazmu, w tym orgazmu wielokrotnego. Wspomina także na kilku stronach o erotyzmie „jesieni życia” w sztuce

i literaturze. Pozostała część pracy poświęcona jest problemom seksualnym i partnerskim, zaburzeniom seksualnym oraz leczeniu zaburzeń seksualnych.

Wydaje się, że odbiorcami pracy nie są jednak osoby w „jesieni życia”, w książce dominuje styl naukowy, obojętny, będący referowaniem wyników badań, choć autor stara się odnosić rezultaty badań do seksualności osób po 50 roku życia. Znaczące wydaje się rozłożenie akcentów ważności poszczególnych części książki, poprzez poświęcenie liczby stron na omawiane zjawiska. Zatem „normalności” czyli zmianom biologicznym po 50 roku życia oraz seksualności tego etapu życia autor dedykuje 47 stron książki. Pozostałe 115 stron (ponad 2/3 pracy) poświęcone jest omawianiu problemów i zaburzeń związanych z seksualnością. Oczywiście nie sposób zaprzeczyć, że u wielu osób w „jesieni życia” – tak jak to definiuje Lew-Starowicz – występują problemy i zaburzenia seksualne, jednak takie rozłożenie akcentów, w którym to co „normalne” staje się mniejszością, obnaża prawdopodobnie kliniczną perspektywę postrzegania zjawiska aktywności seksualnej u seniorów. Wydaje się, że pozycja Lwa-Starowicza dokładnie wpisuje się w XIX wieczną praktykę postrzegania seksualności jako patologii i zagrożenia oraz w tendencję do katalogowania dewiacji związanych z tym zjawiskiem.

Ponadto nie sposób nie wspomnieć o rycinach, które oddzielają poszczególne części pracy. Przedstawione są na nich młode, atrakcyjne dziewczyny w erotycznych pozycjach, z często wyeksponowanymi piersiami. Ryciny są subtelne i łagodne, jednak zestawienie ich z seksualnością w „jesieni życia” budzi mimo wszystko zdziwienie i pytanie o ich rzeczywistą funkcję.

Najnowsze opracowanie dotyczące seksualności seniorów przygotował Zbigniew Izdebski przedstawiając, z założenia monumentalną pozycję, zawierającą omówienie pełnego zakresu seksualności, pod tytułem „Seksualność Polaków na początku XXI wieku” (Izdebski 2012). Izdebski nie definiuje wprost starości, wyróżnia jednak kategorię osób po 50 roku życia, wskazując ten wiek jako graniczny, zakładając, że „pojawia się wówczas świadomość przemijania życia” (Izdebski 2012: 287), chociaż podczas prezentacji wyników badań uwzględnia również opinie osób powyżej 70 roku życia. Świadomość zmian w życiu ma się wiązać z odejściem dzieci z domu rodzinnego i ich usamodzielnieniem (syndrom pustego gniazda) oraz przejściem na emeryturę. Mężczyzna po 50 roku życia ma być bardziej podatny na zaburzenia funkcji seksualnej (głównie erekcji), niż kobieta w tym samym wieku, której proces starzenia w niewielkim stopniu modyfikuje zdolność doświadczania przyjemności seksualnej. Izdebski słusznie jednak zauważa, że dla kobiety podstawowym problemem może być brak partnera. Sytuacja to, w zetknięciu ze społecznymi oczekiwaniami wobec aktywności seksualnej kobiet starych, może być dla nich podstawowym ograniczeniem przed podejmowaniem zachowań nakierowanych na realizację potrzeb seksualnych.

W opracowaniu można dostrzec pozytywne wartościowanie aktywności seksualnej osób w starszym wieku, autor wskazuje, że seksualność jest ważną składową satysfakcji z życia oraz ważnym elementem podtrzymania zdrowia.

Według badań – wbrew założeniom o częściej występujących dysfunkcjach seksualnych u mężczyzn – to mężczyźni są bardziej zadowoleni ze swojego życia seksualnego (64% mężczyzn w porównaniu do 43% kobiet), przy czym jeszcze ważniejsze wydaje się w tym przypadku odpowiedź „nie dotyczy” którą zaznaczyły głównie kobiety (34% kobiet, 11% mężczyzn). Również pytanie o rolę aktywności seksualnej w życiu przynosi zgoła odmienne wyniki dla płci, dla kobiet 56% seks jest nieistotny, a dla mężczyzn 28%. Ponadto 53% mężczyzn deklaruje aktywność seksualną w porównaniu do 26% kobiet.

Znaczącą w kontekście założeń badań jest zaprezentowanie odpowiedzi na pytanie o orientacyjny czas odbycia ostatniego stosunku seksualnego (46% mężczyzn w ciągu ostatniego miesiąca i 29% kobiet w tym samym czasie) oraz wskazanie przez 39% kobiet odpowiedzi „dawniej niż 12 miesięcy” w porównaniu do 16% mężczyzn.

Dopiero w kolejnej części autor prezentuje wyniki badań odnośnie form aktywności seksualnej, rozpoczynając od masturbacji, a dalej przedstawiając odpowiedzi na inne formy aktywności seksualnej towarzyszące stosunkom seksualnym (dla mężczyzn najczęściej wybierane odpowiedzi w katalogu form aktywności to pocałunek w usta - 46%, pieszczenie, całowanie, dotykание piersi partnerki - 34% oraz pieszczenie narządów płciowych partnerki ręką - 26%, a dla kobiet pocałunek w usta 36%, pieszczenie i całowanie piersi kobiety przez partnera - 27% oraz pieszczenie przez partnera narządów płciowych kobiety ręką - 20%). Zakładając istnienie problemów związanych z odbywaniem stosunków waginalnych, co bardzo często podkreślają seksuolodzy, a co nie znajduje swojego potwierdzenia w wynikach badań autora, odpowiedzi na to pytanie powinny być prezentowane w pierwszej kolejności (przy czym nie wiadomo, jaka była zachowana kolejność podczas przeprowadzania badania). Wydaje się zatem, że takie przedstawianie treści może być przejawem ukrytego założenia, w myśl którego to pełen stosunek seksualny jest rzeczywistym miernikiem aktywności seksualnej.

Seksualność osób starych w dyskursie eksperckim jest zatem postrzegana w sposób kliniczny, poprzez wykazanie katalogu zaburzeń i problemów jej towarzyszących. Pojawiają się także kryteria prawidłowości zachowań seksualnych, prawidłowy jest pełny stosunek seksualny, inne zachowania seksualne są jedynie aktywnościami towarzyszącymi. Przyjmowana definicja starości również nie jest jednoznaczna, starość ma dotyczyć kobiet w okresie menopauzy oraz mężczyzn po 80 roku życia, chociaż zauważa się zmiany w intensywności zachowań seksualnych od 50 roku życia.

Seksualność osób starszych jest zatem wciąż obszarem doświadczania indywidualnego, jak i tematem badawczym, w którym na wiele pytań nie znajduje się jeszcze odpowiedzi. Dyskurs ekspercki, do którego wiele osób odwołuje się poszukując odpowiedzi na osobiste pytania, dostarcza wiedzy, zgodnie z którą aktywność seksualna w wieku senioralnym obarczona jest znaczącym ryzykiem problemów. Jednocześnie wyniki badań dowodzą, że dla wielu osób ta forma aktywności pełni istotne znaczenie zarówno zdrowotne, jak i związane z poczuciem jakości życia

(Izdebski 2012). Zainteresowania badawcze prowadzone są w kontekście teorii, która postrzega aktywność seksualną z perspektywy osób młodych, w myśl której odbycie pełnego stosunku seksualnego jest miernikiem aktywności seksualnej, jak i indywidualnej satysfakcji.

## LITERATURA

1. Buczkowski A., Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna – Wydawnictwo Universitas, Kraków 2005
2. Buczkowski A., Socjologia ciała w: Krótkie wykłady z socjologii. Kategorie, problemy, subdyscypliny, tom II, red. A.Firkowska-Mankiewicz, T.Kanash, E.Tarkowska, Wydawnictwo APS, Warszawa 2013 Warszawa 2012a
3. Buczkowski A., Socjologia seksualności w: Krótkie wykłady z socjologii. Kategorie, problemy, subdyscypliny, tom II, red. A.Firkowska-Mankiewicz, T.Kanash, E.Tarkowska, Wydawnictwo APS, Warszawa 2013 Warszawa 2012b
4. Bois J.P., Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur. Wydawnictwo Marabut. Warszawa. 1996
5. CBOS. Komunikat z badań. 2012. Polacy wobec własnej starości. Warszawa.
6. GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku. Warszawa, 27.01.2015
7. Eraz z Rittterdamu, Pochwała głupoty, Wydawnictwo PAN Wrocław 1953.
8. Fabiś A., Fabiś A., Aktywność seksualna osób starszych, w: Jodko, A. red., Tabu seksuologii. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”. Warszawa. 2008
9. Foucault M., Historia seksualności, Czytelnik Warszawa 1995.
10. Imieliński K., Seksuologia kulturowa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe Warszawa 1980.
11. Imieliński K., Seksuologia biologiczna, Państwowe Wydawnictwo Naukowe Warszawa 1980.
12. Imieliński K., Seksuologia społeczna, Państwowe Wydawnictwo Naukowe Warszawa 1984.
13. Izdebski Z., Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2012.
14. Jodko, A. red., Tabu seksuologii. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”. Warszawa. 2008
15. Kaschack E., Nowa psychologia kobiety. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne: Gdańsk. 1996
16. Kościańska A., Płeć, przyjemność i przemoc. Kształtowanie wiedzy eksperckiej o seksualności w Polsce, WUW Warszawa 2014
17. Laquer T.W., Samotny seks. Kulturowa historia masturbacji, Wyd. Universitas Kraków 2006
18. Lew-Starowicz Z., Seks dojrzały. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985
19. Lew-Starowicz, Z. Seks w jesieni życia, Wydawnictwo Bellona Warszawa 2000
20. Leysen B., Medicalization of Menopause: From “Feminine Forever to “Healthy Forever”, w: Lykke, N., Braidotti, R., red. Between Monsters, Goddesses and Cyborgs. Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyber Space. Zed Books. London - New Jersey. 1996
21. Miluska J., Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia. Wydawnictwo Naukowe UAM: Poznań 1996.
22. Minois G., Historia starości. Od antyku do renesansu. Wydawnictwo Marabut. Warszawa 1995
23. Sontag S., The double standards of ageing [w:] Psychology of women, J.H.Williams (red.). Norton: New York. 1979
24. Trillat E., Historia historii, Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków 1993.

25. Tseelon E., *The Masque of Femininity. The Presentation of Woman in Everyday Life*. SAGE Publications: London 1995
26. Wisłocka M., *Sztuka kochania*, Wydawnictwo Iskry Warszawa 1984.
27. Wisłocka M., *Sztuka kochania: w dwadzieścia lat później*, Wydawnictwo Iskry Warszawa 1991
28. Wolf N., *Mit urody*. Wydawnictwo Czarna Owca: Warszawa 2014.