

OD MASTURBACYJNEGO OBLĘDU DO ZDROWIA SEKSUALNEGO. ZMIANY W POSTRZEGANIU AUTOEROTYZMU W DISKURSIE MEDYCZNYM I TERAPII

FROM MASTURBATORY INSANITY TO SEXUAL HEALTH. CHANGES IN PERCEIVING AUTO-EROTICISM IN MEDICAL DISCOURSE AND THERAPY

¹niezależna badaczka

²doktorantka Instytutu Psychologii UJ

Dyrektor: prof. dr hab. n. hum. M. Kossowska

masturbation
masturbatory training
onanism
sexuality

W artykule przedstawione są zmiany w percepcji masturbacji w koncepcjach i praktyce medycznej i seksuologicznej. Omawiana literatura, obejmująca okres od XVIII wieku do współczesności, została dobrana ze względu na popularność głoszonych koncepcji. Opisane zostały wskazania i efekty treningów masturbacyjnych w leczeniu zaburzeń seksualnych.

Summary: The article describes the changes in perception of masturbation in medical and sexology thought from the eighteenth century to the contemporary approach. The authors begin their discussion with the analysis of the circumstances in which „masturbatory phobia” erupted in Europe. Furthermore they provide a reconstruction of the most important elements in the process of progressive medicalisation of masturbation, including also forms of treatment of „masturbatory insanity”. Then, the authors indicate the source of changes in the scientific perception of masturbation in the twentieth century, concluding the article with the presentation of possible applications of masturbatory trainings in the treatment of sexual dysfunctions. Current views on the relation between masturbation and sexual health are also considered.

Zachowania masturbacyjne są szeroko rozpowszechnione zarówno w świecie zwierząt, stanowiąc *powszechny element w obrębie podstawowych wzorów seksualnych zachowań wśród ssaków* [1 str. 63], jak i w obrębie ludzkich kultur i społeczności, dotycząc kobiet i mężczyzn, dzieci, adolescentów i osób dorosłych [2]. Tym bardziej zaskakujący wydaje się fakt, że od bliżej nieokreślonego punktu w historii ta aktywność zaczęła nieść ze sobą negatywne konsekwencje, których dotkliwość zależy od epoki i miejsca, w jakich żyje człowiek oraz religii, jaką wyznaje. Szczególnie interesująco przedstawiają się losy masturbacji w historii kultury Zachodu. Dotykane okolic intymnych w celach pozaprokreacyjnych oraz niesłużących utrzymaniu higieny było tu postrzegane kolejno jako grzech, opętanie, szaleństwo, choroba, wreszcie także nerwica. Obecnie masturbacja jest rozumiana nie tylko jako jedno z zachowań rozwojowych i akceptowanych, ale niejednokrotnie także zalecanych w ramach poznawczo-behawioralnych metod leczenia zaburzeń seksualnych, zachowań. Należy tu wskazać zwłaszcza na terapię anorgazmii wśród kobiet oraz przedwczesnej ejakulacji wśród mężczyzn.

Niniejszy tekst jest próbą rekonstrukcji najważniejszych przemian w obrębie szeroko rozumianych „naukowych” podejść do masturbacji, będącej do niedawna równie żarliwie potępianą co praktykowaną aktywnością seksualną. Cudzysłów ma tu funkcję klasyfikacyjną — za naukowe autorki przyjmować będą to, co na przestrzeni ostatnich trzech stuleci za takowe uchodziło, a mówiąc ściślej to, co wychodziło spod piór poważnych autorytetów (głównie w zakresie medycyny) — sygnalizuje także fakt, że przeważająca część z relacjonowanych poglądów status naukowości już utraciła i ma obecnie przede wszystkim znaczenie historyczne. Kolejnym przyjętym kryterium doboru literatury będzie popularność przywoływanych teorii oraz zakres ich praktycznych implikacji, których, gdy mowa o masturbacji, z pewnością nie brakuje.

Aby sięgnąć początków masturbacyjnej fobii, jaka ogarnęła nowoczesną Europę, należy cofnąć się do wczesnych lat XVIII wieku, kiedy nakładem londyńskiego wydawnictwa Seneca’s Head ukazała się broszura anonimowego autora, o pełnym tytule „Onania, albo haniebny czyn samosplamienia i jego wszystkie przerażające konsekwencje dla obu płci, z duchowymi i medycznymi poradami dla tych, którzy już się skrzywdzili tym wstrętnym zwyczajem”¹. Kontrowersje wokół *Onanii*... rozpoczynają się już od momentu jej publikacji. Badacze zajmujący się historią seksualności datują druk pierwszego wydania na okres pomiędzy 1706 a 1718 rokiem, w dużej mierze nie popierając tych danych solidnymi dowodami. Jednym z takich badaczy jest Michael Stolberg, który analizując publikowany wówczas regularnie przez księgarza Bernada Lintotta comiesięczny spis książek, broszur i pamfletów, za wiarygodny przyjmuje rok 1716 [3].

Obejmująca niespełna sześćdziesiąt stron broszura doczekała się do 1730 roku piętnastu wydań w pięćdziesięciu tysiącach kopii, stając się bezpośrednią przyczyną rozpowszechnienia przekonania o psychicznej, fizycznej i duchowej degradacji, jakiej winna była masturbacja [3–6]. Wyraźny akcent należy tu położyć na słowo „rozpowszechniła”, gdyż łatwo mylnie przypisać anonimowemu autorowi rolę pioniera masturbacyjnej krucjaty zapominając, że od stuleci tradycja judeochrześcijańska zakazywała pobudzanie, które nie miało służyć prokreacji, utratę spermy traktując jako grzech. Niewątpliwie jednak *Onania*... była pierwszym poradnikiem, quasi-medyczną i teologiczną hybrydą, w której znalazła się długa lista skutków drażnienia genitaliów oraz mniej już liczne propozycje tak prewencji, jak i leczenia.

Od autora dowiadujemy się między innymi, że dotykание genitaliów przez mężczyzn, w innym niż oddanie moczu celu, może powodować duszności, rzeżączkę, priapizm, stulejkę, zwiotczenie mięśni podbrzusza, wymioty i biegunkę. Masturbujące się kobiety zagrożone są między innymi bezpłodnością wynikającą z osłabienia mięśni pochwy, które uniemożliwia zatrzymanie nasienia. Stolberg zauważa, że wszystkie wymienione zaburzenia zostały przez autora broszury skopiowane z ówczesnego piśmiennictwa traktującego o chorobach wenerycznych. Tym, co czyniło *Onanię*... w pewnym sensie innowacyjną, było usiłowanie medykalizacji dotychczas przede wszystkim grzesznych konsekwencji masturbacji, znajdujące wyraz w związaniu jej z wieloma mniej lub bardziej poważnymi schorzeniami somatycznymi [3].

¹ “Onania, or the heinous sin of self-pollution, and all its frightful consequences in both sexes, considered. With spiritual and physical advice for those who have already injur’d themselves by this abominable practice”.

Niestety, autor w swojej broszurze koncentruje się przede wszystkim na wyliczeniu wielu dotkliwych konsekwencji masturbacji, poświęcając nieporównywalnie mniej uwagi zaleceniom dotyczącym zwalczania tego zgubnego nawyku.

Robert MacDonald [5] proponuje dzielić zalecenia autora *Onanii...* na duchowe, fizyczne oraz odnoszące się bezpośrednio do eliminowania wymienionych wcześniej schorzeń (quasi-farmakoterapia). Pierwsze z nich obejmują modlitwę, okazanie skruchy oraz wykształcenie przekonania o wyniszczającym charakterze genitalnych praktyk. W zakres drugich wchodzi wstrzemięźliwość, zimne kąpiele zmniejszające popęd, dieta mleczna wspomagająca regenerację utraconej spermy oraz małżeństwo niezwłocznie po osiągnięciu dojrzałości (to ostatnie w celu prewencji). Farmakoterapia natomiast pojawia się dopiero w późniejszych edycjach broszury, prawdopodobnie wskutek rosnącego nią zainteresowania oraz wiążącej się z tym sposobności dodatkowego zarobku. Wydawcy zatem, za niewielką opłatą, oferowali czytelnikom maści i balsamy poprawiające kondycję wyniszczonych genitaliów.

Przez niemal 40 lat *Onania...* anonimowego autorstwa wiodła prym pośród broszur traktujących o higienie psychicznej adolescentów, przede wszystkim mężczyzn. Kolejne edycje obejmowały dodatkowe strony listów od czytelników i odpowiedzi autora (lub autorów), próżno szukać jednak w nich przekonań ugruntowanych w badaniach bądź popartych opiniami lekarzy. Dopiero w 1760 roku we Francji opublikowano tekst, który położył kres niedostatkowi londyńskiej broszury. Samuel Tissot, lekarz i doradca Watykanu w zakresie medycyny, napisał rozprawę zatytułowaną „Onanizm albo dysertacja medyczna o chorobach wywoływanych przez masturbację”². Pozycja, jaką Tissot wówczas miał w środowisku lekarzy, sprawiła, że jego traktat zyskał błyskawiczny rozgłos w Europie. Mimo że treścią nie różnił się znacząco od broszury sprzed niemal półwiecza, siłą przebiecia zagwarantowało mu ugruntowanie poglądów autora w fizjologii i biologii [za: 5].

Tissot utrzymywał, że masturbacja powoduje szaleństwo, ponieważ jest odpowiedzialna za zwiększony napływ krwi do mózgu. Twierdził także, że utrata jednej uncji spermy jest dla mężczyzny porównywalna w skutkach do ubytku dwóch i pół funta krwi. Masturbacja w jego opinii przyczyniała się do dwóch trzecich wszystkich znanych medycynie chorób, z których wymienił: zaburzenia lękowe, choroby krwi, niestrawność, upośledzenie płodu w związku z obniżeniem jakości nasienia, tendencje sadystyczne, hipochondrię, impotencję, szaleństwo, uszkodzenie płuc, zaburzenia maniakalno-depresyjne, mdłości, choroby prącia i macicy, epilepsję, choroby serca, nimfomanię, zaburzenia wzroku i słuchu, zanik penisa, debilizm, bezsenność, trądzik, obgryzanie paznokci, skłonność do używania obelżywych słów, reumatyzm dziecięcy, wysypkę pochwy, żółtaczkę, skurcze i owrzodzenie żołądka, wypadnięcie macicy, histerię, homoseksualizm i zgon.

Analogicznie do poprzedniej rozprawy także i tutaj autor niewiele uwagi poświęcił zaprezentowaniu technik prewencyjnych i/lub mających zneutralizować skutki masturbacyjnych praktyk. MacDonald wymienia za Tissotem: doustne przyjmowanie chininy i wody żelazistej oraz witamin, częste zimne kąpiele, prowadzenie zdrowego trybu życia, dbałość o wystarczającą ilość snu, regularne ćwiczenia fizyczne oraz czystość myśli. Nie bez kozery wśród wymienionych dominują oddziaływania o charakterze fizycznym oraz

² „L’onanisme, ou dissertation physique sur les maladies produites par la masturbation”.

zalecenia quasi-farmakoterapeutyczne — jest to kolejny dowód na postępującą medykalizację masturbacji [5].

Pośród wymienionych wcześniej zaburzeń jedno zasługuje na szczególną uwagę. Mowa o szaleństwie. *Onanizm...* autorstwa Tissota zapoczątkował koncepcję „szaleństwa masturbacyjnego” (1758–1885), której orędownikami byli między innymi Benjamin Rush, Jean-Philippe Esquirol i Henry Maudsley [za: 6]. Medycyna tamtego okresu stanęła przed poważnym wyzwaniem, musiała mianowicie przekonująco wytłumaczyć rosnącą liczbę przyjęć do szpitali psychiatrycznych oraz placówek penitencjarnych, unikając tym samym obaw społeczeństwa dotyczących nieuchronności choroby psychicznej, braku kontroli nad nią i niemożliwości prewencji. Masturbacja była idealnym kozłem ofiarnym jako wolicjonalna, a więc i podległa behawioralnej kontroli, występująca już we wczesnym dzieciństwie, a co za tym idzie możliwa do zduszenia w zarodku. Koncepcja masturbacyjnej patogenezy szaleństwa przyjęła się błyskawicznie [7]. Jednak samo zidentyfikowanie przyczyny obłąkania było tylko połową sukcesu, odkrycie wymagało dodatkowych działań wiążących się ze znalezieniem odpowiednich i skutecznych środków zapobiegawczych. Lawina publikacji na ten temat rozpoczęła się mniej więcej w połowie XIX wieku i wydaje się, że żadnej innej „przypadłości” nie próbowano z taką zapalczywością leczyć.

John Harvey Kellogg (1852–1943), kojarzony obecnie głównie jako wynalazca ciężających się nieprzerwaną popularnością płatków kukurydzianych, był amerykańskim lekarzem specjalizującym się w medycynie holistycznej. Jego dbałość o dietę wegetariańską i regularne ćwiczenia fizyczne, które zalecał pacjentom, przyniosły mu prestiż i rozgłos. Zdecydowanie mniej niż o jego dokonaniach na polu promocji zdrowia mówi się o wieloletniej walce, jaką prowadził przeciwko masturbacji, będąc prawdopodobnie pierwszym lekarzem, który tak szeroko i systematycznie opisał metody profilaktyki samogwałtu (*self-abuse*) oraz skutecznych w tym obszarze interwencji. W 1879 roku, jako niespełna 25-latek, napisał obszerny poradnik dla lekarzy, rodziców i młodzieży, zatytułowany *Plain facts for old and young* [8], w którym cały rozdział („Treatment of self-abuse and its effects”) poświęca leczeniu masturbacji. Czytelnik książki mógł dowiedzieć się między innymi, że choć we wczesnym dzieciństwie zapobiec jej można jedynie poprzez kultywowanie czystości i informowanie kilkulatek o funkcjach genitaliów i śmiertelnych skutkach manipulowania przy nich, istnieją liczne sposoby pomocy, gdy — mimo starań rodziców — dojrzewający nastolatek ucieka się do haniebnych praktyk.

Kellogg w zapobieganiu masturbacji preferował działania skuteczne i bezkompromisowe. Zalecał wiązanie rąk, zakładanie metalowych klatek na łądźwie, kauteryzację (przypalanie) napletka, rażenie genitaliów prądem. Nie krył zachwyty nad tymi formami prewencji nazywając je „bezsprzecznie doskonałymi”. Sporo uwagi poświęcił także zalecom wegetariańskiej diety, racjonalnego odżywiania się i wysiłku fizycznego. Zalecenia te należy jednak traktować bardziej jako część kampanii społecznej Kellogga — który przy każdej nadarzającej się okazji apelował o higienę żywienia — niż jako sposoby leczenia masturbacji.

Radykalność proponowanych rozwiązań jest drugą zaraz po kuriozalnych fizjologicznych skutkach cechą, jaka narzuca się czytelnikowi podczas lektury dziewiętnastowiecznych, poświęconych masturbacji, tekstów. Lecz o ile ślepotą, trądzik i włosy na rękach wywołują współcześnie śmiech i funkcjonują jako ciekawostki, o tyle żarty się kończą, gdy

mowa o krępowaniu, wzbudzaniu awersji bólem czy wreszcie technikach obejmujących daleko bardziej inwazyjne formy ingerencji w targane namiętnościami ciało.

Michael Patton [9] pisze, że to *Onanizm...* autorstwa Tissota zapoczątkował „boom” na antymasturbacyjne urządzenia i praktyki, jednak dane urzędów patentowych wskazują raczej na przedział 1856–1932 jako okres lawinowego wzrostu autorskich pomysłów. Wymyślano gorsety o różnych systemach mocowania, składające się z metalowej tuby, do której wkładano członek i ścisano tak ciasno, że jakakolwiek erekcja powodowała ból. „Szelki Stephensona” z kolei (1876) unieruchamiały penis umocowany w skórzaney pochwie wzdłuż uda, uniemożliwiając tym samym erekcję. Urządzenie zmodyfikowano 21 lat później, zmieniając skórzany element na metalowy, w którym członek miał co prawda możliwość wzwodu, jednak kończyło się jego uszkodzeniem przez igły umieszczone wewnątrz komory. Inny wynalazek, nazwany „urządzeniem Bowena”, był mocowanym do żołądki kapturem, połączonym klipsami z owłosieniem łonowym. Wydłużenie się członka skutkowało wyrwaniem włosów i wiążącym się z tym bólem.

Kobietom zakładano pasy cnoty, klamry na wargi sromowe, kaftany bezpieczeństwa, żelazne rękawiczki. Cenione były te urządzenia, które skutecznie krępowały, ewentualnie zadawały ból odpowiednio silny, by z możliwie natychmiastowym skutkiem zniechęcić do samogwałtu. Gdy żadne z powyższych metod nie przynosiły pożądanych rezultatów, uciekano się do bardziej radykalnych środków, wśród nich klitoridektomii oraz obrzezania.

Wielu autorów [10, 11, 12] zauważa, że liczba przeprowadzonych w XIX wieku obrzezań mężczyzn i odpowiadających im klitoridektomii kobiet jest niemożliwa do oszacowania. Podobnie nie sposób wyliczyć, z hipotetycznej nawet liczby, jakiego odsetka tych zabiegów masturbacja była bezpośrednim powodem. Dokumentacja medyczna mogła być bowiem przekłamywana przez lekarzy, zmieniana na prośbę pacjentów, bądź ulegała zniszczeniu w trakcie pożarów czy relokacji szpitali, z których część zresztą już nie istnieje. Historycy, analizując kartoteki pacjentów, w których pojawia się odniesienie do masturbacji, zauważają, że jej przyczyn doszukiwano się nie tylko w degradacji moralnej, ale również w zmianach chorobowych zainfekowanych narządów. Podążając za patogeną zaburzenia określanego jako *reflex neurosis*, można przedstawić następujący opis: pacjentka (zaburzenie to diagnozowano wyłącznie u kobiet) doświadczając dyskomfortu okolic łechtaczki spowodowanego przykładowo brakiem należytej higieny, podrażnia organ kompulsywną stymulacją, doprowadzając do rozwoju stanu zapalnego, który skutkuje załamaniem nerwowym. Kobiety zapadające na *reflex neurosis* próbowano początkowo uzdrawiać częstymi zimnymi kąpielami oraz zabiegami usuwania nagromadzonej smegmy, przykładano im pijawki w okolice sromu oraz odbytu, stosowano wspomnianą już kauteryzację. Mimo podejmowanych środków, objawy często jednak powracały. Lekarstwem na ten problem miała być spopularyzowana w drugiej połowie XIX wieku przez angielskiego ginekologa i położnika Isaaca Baker Browna nowa, alternatywna dla dotychczasowych, forma leczenia kobiecego szaleństwa masturbacyjnego. Klitoridektomię, czyli częściowe lub całkowite chirurgiczne usunięcie łechtaczki, szybko uznano za doskonałe remedium na wiele kobiecych problemów. W związku z powszechnym postrzeganiem łechtaczki jako głównego źródła chorób, Baker Brown wierzył, że resekcja była metodą leczenia nie tylko nimfomanii i masturbacji, ale także epilepsji, katalepsji, bolesnych i obfitych miesiączek, hysterii, szaleństwa i demencji [4, 13]. Browna wprawdzie krytykowano w środowisku

medycznym i w efekcie wyrzucono ze stowarzyszenia położników, jednak głównie przez wzgląd na zaniechania, jakich dopuszczał się w kwestii informowania pacjentek o konsekwencji zabiegu oraz pozyskiwania nań zgody, a także przeprowadzanie zabiegów z powodu pozamedycznych wskazań. John Studd [4] opisuje przypadek kobiety, którą Baker Brown obrzezał na prośbę męża, gdy ta zażądała rozwodu. Zarzuty o nieodwracalne okaleczanie kobiet bez uzasadnionych medycznie przesłanek Brown odpierał mówiąc, że w obliczu epilepsji, hysterii, szaleństwa i śmierci, klitoridektomia stanowiła jedynie rutynową i nieszkodliwą procedurę [10, 13].

Robert Darby [12], niezależny australijski badacz historii seksualności mężczyzn, zauważa, że niesprawiedliwie tylko kobiety uważa się za ofiary przymusowych operacji. Dziewiętnastowieczni lekarze zalecali mianowicie obrzezywanie nowo narodzonych chłopców, aby w przyszłości zapobiec ich nieuchronnej degradacji moralnej. Utrzymywano, że ponieważ pozbawiony napletka członek stanie się mało wrażliwy na stymulację, zniechęci to przyszłego nastolatka do masturbacji. Zabiegi te, zdaniem Darby'ego, miały być przeprowadzane dużo wcześniej i na znacznie większą skalę niż klitoridektomia. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę liczbę powodów, dla których zalecano rutynowe obrzezywanie noworodków płci męskiej (od profilaktyki zaburzeń nerwicowych, syfilisu, nocnego moczenia się, trądziku, do zapobiegania zwyrodnieniom stawu biodrowego), procent, jaki pośród nich stanowiła wyłącznie masturbacyjna prewencja, jest trudny do oszacowania.

Rozważania, których przedmiotem jest historyczne podejście do masturbacji, nie mogą obejść się bez odniesienia do najczęściej diagnozowanej w dziejach medycyny kobiecej przypadłości, czyli hysterii. Będąca zbiorem licznych objawów, pośród których wymienić można omdlenia, obrzęki, ogólną nerwowość i emocjonalność, duszności czy też bezsenność, była uznawana za zaburzenie wynikające ze zbyt rzadko podejmowanego współżycia seksualnego, a co za tym idzie także braku seksualnego zaspokojenia. Hipokrates, Galen i lekarze kolejnych stuleci stopniowo formułowali zachodnią kliniczną definicję zaburzenia, które najlepiej dawało się wyleczyć masażem genitaliów wywołującym dreszcze o oczywistym charakterze [14]. Małżeństwo stanowiło lekarstwo idealne, jednak nierzadko trudno dostępne, więc w sukurs musiały pójść położne oraz lekarze. Masturbacja jeszcze długo miała pozostać zakazywana i leczona, więc autoterapia hysterii nie wchodziła w grę. Rynek usług medycznych stał otworem przed młodymi wdowami, starymi pannami oraz niezliczoną liczbą mężatek, którym androcentryczny model stosunku, zawężający się do penetracji członkiem i męskiego orgazmu oraz równoczesnej powściągliwej i biernej roli kobiety, dawał się we znaki. Cierpiące na histerię, blednicę i neurastenię (zaburzenia histoneurasteniczne) pacjentki oddawały się w ręce (nomen omen) pielęgniarek, położnych i lekarzy. Zwilżony olejkami eterycznymi srom masowano w sterylnych gabinetach aż do osiągnięcia paroksyzmu histerycznego — bólu, przyjemności i ulgi zarazem [14]. Terapia taka była jednak żmudna i wymagała szczególnych umiejętności. Lekarze więc z oporem podejmowali się tego zajęcia, uznając je za monotonne, trudne i czasochłonne [14]. Nic zatem dziwnego, że poszukiwano rozwiązań mających proces przyspieszyć. Początkowo dużą popularnością cieszyła się hydroterapia. Strumień wody kierowany na uda, miednicę, podbrzusze lub bezpośrednio na genitalia wywoływał leczące doznania. Jednak wraz z przybywaniem diagnoz hysterii, nasilał się problem związany z kosztami hydroterapii. Wysokie zużycie wody w połączeniu z koniecznością dojazdów do placówek dysponują-

cych potężnymi maszynierami, a także postępująca z końcem XIX wieku elektryfikacja, przyczyniły się do powstania pierwszych wibratorów³. Na potrzeby niniejszego tekstu niezwykle istotne jest zaakcentowanie przełomu, który nastąpił w związku z pojawieniem się wibratora w ostatniej dekadzie XIX stulecia. Udoskonalony, poręczny i zasilany baterią wibrator stał się jednym z podstawowych urządzeń gospodarstwa domowego. Od tej pory terapia problemów emocjonalnych wśród kobiet mogła być wykonywana taniej, częściej i znacznie skuteczniej. Choć wciąż zakamufłowane i nienazwane wywoływanie orgazmu stało się możliwe z pominięciem osób trzecich. Masturbacja jeszcze była zakazywana, masaże podbrzusza już dość powszechnie zalecane.

Pierwsze dwie dekady XX wieku były okresem świetności wibratora. Oferowany kobietom jako niezbędny element wyposażenia ich domów miał imponujący, poza oczywistym, wachlarz zastosowań. Sprzedawany z dodatkowymi końcówkami do ucierania, mieszania, ubijania, polerowania i wachlowania, zniknął nagle z reklam około 1920 roku i miał pojawić się ponownie 40 lat później już jako akcesorium stricte seksualne. Rachel Maines sugeruje, że przyczyną mogło być rosnące społeczne zrozumienie dla kobiecej seksualności, jednak wydaje się to zbyt daleko posunięty wniosek. Lata dwudzieste, trzydzieste i czterdzieste to nie tylko okres po-, przed- i wojenny, ale przede wszystkim czas rosnącej popularności psychoanalizy, w obrębie której marginalizowana jest pobudliwość lechtaczki, tak przecież kluczowego receptora w hydroterapiach przeciwhisterycznych. Same koncepcje etiologii hysterii przeszły już od tamtego okresu niejedną rewolucję. W 1896 roku Zygmunt Freud przedstawił uwiedzeniową teorię hysterii, w której determinującą rolę etiologiczną stanowiły wspomnienia rzeczywistych scen uwiedzenia seksualnego z dzieciństwa. Freud wprawdzie wycofał się z niej już siedemnaście miesięcy później w prywatnym liście do Wilhelma Fliessa, jednak do publicznej wiadomości podał swoją decyzję dopiero 9 lat później [15]. Na miejsce rzeczywistych scen uwiedzenia wprowadził sceny wyobrażeniowe, wykreowaną przez dziecko realność psychiczną, która stała się sceną kluczowych dla rozwoju psychoseksualnego fantazji. Fundamentem w psychoanalizie stał się więc kompleks Edypa, a miejsce historycznej rzeczywistości materialnej zajęła narracyjna rzeczywistość psychologiczna, której Freud przyznał decydującą rolę w etiologii psychonerwic [16].

Zgodnie z nowym paradygmatem histeria nie była spowodowana deprywacją seksualną, ale doświadczeniami z dzieciństwa i mogła się przejawiać skłonnościami do masturbacji i oziębłością w trakcie penetracji waginalnej [14], określanej jako jedyna dojrzała postać kobiecej seksualności. Zresztą jednym z dodatkowych zadań, z którymi musiały zmierzyć się kobiety w toku rozwoju psychoseksualnego, zdaniem Freuda, było właśnie oddalenie „pretensji” lechtaczki do bycia wiodącą strefą genitalną i uzyskanie wrażliwości erotycznej pochwy [17]. W tym ujęciu masturbacja lechtackowa u kobiet stanowiła dowód zatrzymania rozwoju, zachowanie regresyjne, objaw nieprawidłowości świadczący o zaprzeczeniu kastracji i wykształceniu kompleksu męskości, który mógł prowadzić w skrajnej postaci nawet do homoseksualnego wyboru obiektu [17]. W konsekwencji terapia masażem nabrała wątpliwego charakteru. Skoro nie dochodziło do penetracji, nie mogło dochodzić do leczenia. Interpretacje Freuda i jego zwolenników w połączeniu z popularyzacją filmów erotycznych, w których wibrator był niejednokrotnie głównym rekwizytem o zastosowaniu

³ Dokładną historię tych urządzeń opisuje Rachel Maines w książce *Technologia orgazmu. „Histeria”, wibrator i zaspokojenie seksualne kobiet*. Warszawa, 2011.

niemożliwym do pomylenia z terapią, sprawiły, że nie sposób było dłużej podtrzymywać iluzji, że kliniczny proces masażu jest czymś innym niż masturbacją do osiągnięcia orgazmu.

Lata trzydzieste i czterdzieste były okresem sprzecznych opinii o dotykaniu okolic genitalnych, bez względu na to, czy genitalia były własne czy partnera. Autorzy poradników seksualnych i małżeńskich tamtego okresu nieprzychylnie wypowiadali się o tego rodzaju aktywności [18]. Choć medycyna nabrała wody w usta i coraz rzadziej można było usłyszeć negatywne opinie o masturbacji, zjawisko to wciąż stanowiło kłopotliwy temat. Bardziej postępowi autorzy uwzględniali argumenty Freuda jakoby masturbacja w niemowlęctwie stanowiła naturalne zjawisko rozwojowe, jednak wciąż nie było przyzwolenia na analogiczne zachowania w wieku dorosłym [19]. Egoistycznej potrzeby zaspokojenia w samotności nie dało się podciągnąć pod składową dawno już przecież zakończonego rozwoju seksualnego.

Poglądowi temu wkrótce jednak zaprzeczył autor badań seksualności, które stworzyły podwaliny pod współczesną seksuologię. W latach 1948 oraz 1953, moralność Amerykanów została poważnie naruszona za sprawą Alfreda Kinseya, zoologa z Indiana University. *Sexual behavior in the human male* oraz *Sexual behavior in the human female*, identyfikowane przede wszystkim w opinii publicznej jako „raporty Kinseya” były podsumowaniem dwóch obszernych projektów badawczych dotyczących życia seksualnego ponad dziesięciu tysięcy kobiet i mężczyzn. Pomędzy informacjami, takimi jak wiek w momencie odbycia pierwszego stosunku, liczba partnerów seksualnych, historia przedmałżeńskiego seksu czy doświadczenia homoseksualne, znalazły się również dane dotyczące masturbacji. Zgłaszała ją 92% mężczyzn oraz 62% kobiet, z których 45% masturbowało się do osiągnięcia orgazmu, z preferencją stymulacji lechtaczkowej (84%). Masturbacja zapewniała 7–10% orgazmów kobietom w wieku 16–40 lat, stanowiła główne źródło gratyfikacji seksualnej dla kobiet samotnych oraz drugie najważniejsze dla mężatek [20]. Jednym z najważniejszych rezultatów publikacji tych raportów było przyjęcie za normalne masturbacji i osłabienie związanej z nią społecznej stygmatyzacji, niemożliwe bowiem było podtrzymanie argumentu o patologiczności zjawiska tak szeroko rozpowszechnionego w społeczeństwie. Kinsey nie był jednak jedynym badaczem, który przyczynił się do ściągnięcia z masturbacji piętna szaleństwa i moralnej degradacji. W miarę rozwoju psychologii i medycyny seksualnej w XX wieku coraz więcej autorytetów medycznych odrzuca poglądy o szkodliwości masturbacji, zwłaszcza w obszarze zdrowia somatycznego. Na przykład w 1969 roku w jednym z niemieckich badań poproszono mężczyzn o masturbowanie się co kilka godzin codziennie przez dwa lata i nie stwierdzono żadnych wynikających z tego emocjonalnych szkód [21].

Kolejny przełom w ujmowaniu masturbacji miał nadejść niewiele później. Poprzedzone dwiema dekadami ekstensywnych badań skutkujących depatologizacją masturbacji, lata siedemdziesiąte staną się okresem wdrażania jej do terapii zaburzeń seksualnych, początkowo wyłącznie par heteroseksualnych, lecz z biegiem lat również pacjentów bez partnerów oraz osób i par z populacji LGB. Pionierskie zastosowanie treningów masturbacyjnych dla kobiet z anorgazmią pierwotną oraz mężczyzn z przedwczesną ejakulacją zaproponowane przez Williama Mastersa i Virginię Johnson w 1970 roku [22], błyskawicznie przyjęło się w praktyce terapeutycznej seksuologów tamtego okresu i jest wykorzystywane do dziś.

Program masturbacji kierowanej, opracowany w 1972 roku przez LoPiccolo i Lobitz, został oceniony przez autorów jako wysoce skuteczny w leczeniu anorgazmii pierwotnej. Powołując się na Mastersa i Johnson swoje wyniki argumentują tym, że masturbacja okazuje się najbardziej prawdopodobną metodą na osiągnięcie orgazmu, zapewniając mu jednocześnie największą intensywność tą drogą stymulacji. Pełny program LoPiccolo i Lobitz, oparty na modelu uczenia się umiejętności seksualnych, składał się z trzech faz: edukacji, eksploracji własnego ciała oraz kierowanej masturbacji. Wyniki treningów przeprowadzonych wśród 150 kobiet wskazały na 95% powodzenie w obszarze osiągania orgazmu przez pacjentki za pomocą masturbacji. Ponadto, 85% badanych udało się także szczytować podczas stosunku z partnerem [23]. W toku analogicznie zaprojektowanej terapii, jednak już przez inny zespół i siedem lat później, 24 z 40 kobiet udało się osiągnąć swój pierwszy w życiu orgazm [24].

Podobny trening zalecano mężczyznom uskarżającym się na przedwczesny wytrysk oraz na słabe, trudne do podtrzymania erekcje. Pierwszej z wymienionych grup pacjentów zalecano masturbację aż do chwili, gdy poczują zbliżający się orgazm, i zaprzestanie jej w tym momencie. Ta technika miała z jednej strony pomóc w wypracowaniu poczucia kontroli, z drugiej natomiast zwiększyć wrażliwość na sygnały płynące z własnego ciała. Pacjenci cierpiący z powodu słabych erekcji instruowani byli podobnie, przy czym tutaj stymulacja miała być zaprzestana długo przed ustaniem erekcji, a każdy kolejny cykl masturbacji przynosił coraz dłużej utrzymujący się wzwód [25].

Doniesień z terapii, w których stosowano techniki masturbacyjne, było szczególnie wiele w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, co z dużym prawdopodobieństwem wynikało z potrzeby wdrożenia innowacyjnych zaleceń Mastersa i Johnson. Rozwiązania te miały jednak swoich przeciwników. Clark Christensen [26] krytykował popularyzację masturbacji kierowanej, widząc w tej metodzie zagrożenie dla zaufania i otwartości w związku. Alarmował również, że przed zastosowaniem jakichkolwiek behawioralnych metod w terapii seksualnej należy bezwzględnie umocnić więzi między partnerami oraz zidentyfikować wszelkie możliwe czynniki emocjonalne, które mogą zaburzać życie seksualne partnerów.

Nieco inny rodzaj ostrożności w odniesieniu do treningu masturbacyjnego wśród kobiet ujawnia Zbigniew Lew-Starowicz [27] wskazując na możliwość rozwinięcia się w trakcie takiej terapii zbyt sztywnych uwarunkowań dotyczących preferowanej stymulacji czy koniecznie towarzyszących jej wyobrażeń utrudniających później satysfakcjonujące współżycie z partnerem. Jednocześnie w swoim przeglądzie metod leczenia zaburzeń seksualnych podkreśla on, że metody treningowe (a wśród nich także trening masturbacyjny) zrewolucjonizowały leczenie najczęstszych zaburzeń seksualnych, takich jak przedwczesna i zbyt wczesna ejakulacja, anorgazmia, pochwica i impotencja, i ich wartość jest trudna do przecenienia [27].

Bez względu na to, czy zalecana w terapii seksualnej par, czy proponowana pacjentom indywidualnym jako jedna z metod redukcji napięć, masturbacja niewątpliwie niesie za sobą wiele korzyści. Podsumowując najważniejsze z nich Jon Knowles [28] wymienia między innymi: redukcję stresu, uwolnienie seksualnego napięcia, poprawę samooceny oraz ogólnego dobrostanu, redukcję napięcia przedmiesiączkowego, możliwość osiągnięcia gratyfikacji seksualnej dla osób bez partnerów oraz dla osób, które z różnych powodów

nie są gotowe do rozpoczęcia współżycia. Można tutaj także wskazać na profilaktykę chorób przenoszonych drogą płciową, bez wątpienia bowiem masturbacja stanowi pod tym względem najbezpieczniejsze zachowanie seksualne. Przede wszystkim jednak — o ile nie osiąga kompulsywnych rozmiarów — jest ona formą aktywności, która umożliwia poznanie własnego ciała oraz indywidualnych seksualnych preferencji przyczyniając się do satysfakcjonującego życia seksualnego z partnerem. Uzmysławiając nam nasze upodobania oraz ich granice, masturbacja może przyczynić się także do dokonywania bardziej odpowiedzialnych i wartościowych z punktu widzenia zdrowia seksualnego wyborów. Trudne zatem do przecenienia jest jej znaczenie rozwojowe. Nie ulega jednak wątpliwości, że mimo ewolucji w obrębie naukowych postaw wobec masturbacji, ich religijne odpowiedniki w znacznej mierze pozostały nienaruszone. Same zaś społeczne postawy wobec masturbacji w dalszym ciągu podszyte są niepokojem oraz poczuciem winy. Badania Laumanna i wsp. [29] przeprowadzone na reprezentatywnej dla populacji próbie w 1994 roku ujawniły, że ponad połowa masturbujących się dorosłych kobiet i mężczyzn czuje się z tego powodu winna. Inne badanie z 2000 roku ujawniło, że młodzi mężczyźni niezwykle często obawiają się w ogóle przyznać do masturbacji [30]. Podsumowując, mimo kilkudziesięciu lat badań nad masturbacją i ugruntowania przekonań o jej rozwojowym oraz adaptacyjnym znaczeniu, w dalszym ciągu znaczna liczba osób doświadcza na tym tle poczucia winy, budowanego w naszej kulturze od setek lat. W większym stopniu zatem problematyczny i wymagający pracy terapeutycznej może być stosunek pacjenta do podejmowanych przez niego zachowań autoerotycznych, a nie sam ich fakt. Wydaje się, że warunkiem wstępnym możliwości udzielenia pomocy w tym zakresie jest uświadomienie i przepracowanie własnych postaw wobec masturbacji przez terapeutę oraz znajomość kulturowych źródeł jej negatywnej percepcji. Lektura niniejszego artykułu może stanowić pierwszy krok w tym kierunku.

Piśmiennictwo

1. Beach FA. A cross-species survey of mammalian sexual behavior. W: Hoch PH, Zubin J, red. Psychosexual development in health and disease. New York: Grune & Stratton; 1949, s. 63.
2. Ford CS. A brief description of human sexual behavior in cross-cultural perspective. W: Hoch PH, Zubin J, red. Psychosexual development in health and disease. New York: Grune & Stratton; 1949.
3. Stolberg M. Self-pollution, moral reform, and the venereal trade: notes on the sources and historical context of „Onania” 1716. *J. History Sex.* 2000; 9: 37–61.
4. Studd J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. *Gynecol. Endocrin.* 2007; 23: 673–681.
5. MacDonald RH. The frightful consequences of onanism: Notes on the history of a delusion. *J. Hist. Ideas.* 1967; 28: 423–431.
6. Patton MS. Twentieth-century attitudes toward masturbation. *J. Rel. Health.* 1986; 25: 291–302.
7. Szasz T. Remembering masturbatory insanity. *Ideas on Liberty* 2000; 50: 35–36.
8. Kellogg JH. Plain facts for old and young. Burlington Iowa: Segner & Condit; 1881.
9. Patton MS. Masturbation from Judaism to Victorianism. *J. Rel. Health.* 1985; 24: 133–146.

10. Sheenan E. Victorian clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his harmless operative procedure. *Med. Anthropol. Newsletter* 1981; 12: 9–15.
11. Rodriguez SW. Rethinking the history of female circumcision and clitoridectomy: American medicine and female sexuality in the late nineteenth century. *J. Hist. Med. Allied Sciences* 2007; 63.
12. Darby R. The masturbation taboo and the rise of routine male circumcision: a review of the historiography. *J. Soc. Hist.* 2003; 27: 737–757.
13. Brown B. On the curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy and hysteria in females. London: Robert Hardwicke; 1866.
14. Maines RP. *Technologia orgazmu. „Histeria”, wibrator i zaspokojenie seksualne kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia; 2011.
15. Masson JM. *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess. 1887–1904*. Cambridge: Belknap Press; 1985.
16. Freud S. *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004/1916.
17. Freud S. *Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009/1933.
18. Cook H. *The long sexual revolution*. Oxford University Press; 2005.
19. Freud S. Contributions to a discussion on masturbation. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XII (1911–1913): The Case of Schreber. Papers on technique and other works, s. 239–254.
20. Kinsey Institute. Protokół dostępu: <http://www.kinseyinstitute.org/resources/ak-data.html#masturbation> [2012-06-15]
21. Phipps WE. Masturbation: Vice or virtue? *J. Rel. Health* 1977; 16: 183–195.
22. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company; 1970.
23. LoPiccolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1986; 54: 158–167.
24. McMullen S, Rosen RC. Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1979; 47: 912–918.
25. Albert HD, Olds DD, Davis DM, Hoffman JS. Sexual therapy for patients without partners. *Am. J. Psychother.* 1980; 34: 228–239.
26. Christensen C. Prescribed masturbation in sex therapy: A critique. *J. Sex Marit. Ther.* 1995; 21: 87–99.
27. Lew-Starowicz Z. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Warszawa: PZWL; 1997.
28. Knowles J. Masturbation — from stigma to sexual health (online). Protokół dostępu: <http://www.plannedparenthood.org/resources/research-papers/masturbation-stigma-sexual-health-26785.htm> [2012-06-15]
29. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: The University of Chicago Press. 1994.
30. Halpern CJ. i in. Adolescent males willingness to report masturbation. *J. Sex Res.* 2000; 37: 327–332.

Adresy: dora.marta@gmail.com
magda.mijas@gmail.com