

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR
PSZICHOLÓGIAI DOKTORI ISKOLA
SZEMÉLYISÉG- ÉS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI PROGRAM

Hevesi Krisztina

A SZEXUÁLIS MŰKÖDÉS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIÁJA

A SZEXUÁLIS EGÉSZSÉG MÉRÉSÉNEK MÓDSZERTANA
ÉS LEGFONTOSABB PREDIKTORAI
A BIOPSZICHOSZOCIÁLIS PARADIGMA KERETÉBEN

Ph.D. disszertáció

Témavezető: Prof. Dr. Oláh Attila

ELTE PPK
BUDAPEST, 2015.

Pszichológiai Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Oláh Attila egyetemi tanár
Tudományos Bizottság elnöke: Prof. Dr. Hunyady György egyetemi tanár,
az MTA r. tagja
*Személyiség- és egészségpszichológiai
program vezetője:* Prof. Dr. Oláh Attila egyetemi tanár

A Tudományos Bizottság, figyelemmel a doktori iskola tanácsának javaslatára, a PhD (doktori) disszertáció nyilvános vitában való megvédésére az alábbi bizottságot jelölte ki:

Elnök: Dr. Bányai Éva, egyetemi tanár, ELTE PPK
Belső bíráló: Dr. Nagy János, egyetemi docens, ELTE PPK
Külső bíráló: Dr. Kiss Enikő, egyetemi tanár, PTE
Titkár: Dr. Schmelowszky Ágoston, habil. egyetemi docens, ELTE PPK
Tagok: Dr. Buda Béla, egyetemi tanár, PhD
Dr. Varga Katalin, habil. egyetemi docens, ELTE PPK
Dr. Bajory Zoltán, adjunktus, SZTE
Póttag: Dr. Mérő László, egyetemi tanár, ELTE PPK

TARTALOM

ELŐSZÓ.....	8
ELMÉLETI BEVEZETŐ	10
A SZEXUÁLIS EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÁSA.....	10
A szexuális egészség definíciói, dimenziói	10
A szexuális élet szerepe az egyén és a kapcsolat szintjén.....	10
A szexualitást meghatározó tényezők.....	12
<i>A humán fejlődés pszichoszexuális faktorai.....</i>	<i>12</i>
<i>A szexuális fejlődés folyamata és funkciói</i>	<i>13</i>
<i>A szexuális fejlődést befolyásoló tényezők.....</i>	<i>14</i>
<i>A családi klíma hatása a gyerek szexuális fejlődésére.....</i>	<i>15</i>
<i>Az azonos nemű szülővel való azonosulás</i>	<i>16</i>
<i>Szeretetéhség és fantáziakötelék, a családi szeretet misztériuma</i>	<i>16</i>
<i>A szülő érzelmi kizsákmányoló magatartása a gyermekkel szemben.....</i>	<i>17</i>
<i>A gyermek szexuális abúzusának hatása felnőttkori kapcsolataira</i>	<i>18</i>
<i>Az intergenerációs spirál szerepe a szexuális kapcsolatok kialakításában</i>	<i>19</i>
A SZEXUÁLIS EGÉSZSÉG MEGŐRZÉSE.....	19
Szexuális prevenció és szexedukáció	19
<i>Rizikócsoportok és a fontosabb fókuszok a prevenció területén</i>	<i>19</i>
<i>A serdülőkorúak magas fertőzöttségének okai.....</i>	<i>20</i>
<i>A különböző szexedukációs programok hatékonysága.....</i>	<i>21</i>
<i>A szexedukáció további lényeges kérdései</i>	<i>23</i>
A KULTÚRA SZEREPE AZ EGYÉN SZEXUALITÁSHOZ VALÓ VISZONYÁBAN.....	26
Ezerarcú kultúra.....	26
Mai modern sztereotípiák és a média.....	27
A pornográfia hatása és az internetes szexuális addikció.....	30
SZEXUALITÁS ÉS SZEMÉLYISÉG.....	33
A személyiség klasszikus elméleteinek predikciói a szexuális viselkedésre.....	33
A személyiség kognitív modelljei és a szexuális működés kapcsolata.....	35
Kötődéseméleti perspektíva: a kötődési stílus szerepe a szexuális viselkedésben	37
SZEX A SZERELEMBEN – INTIMITÁS A DIÁDIKUS KAPCSOLATOKBAN.....	40
Virágzó kapcsolat: kötődés, szerelem.....	40
AZ EVOLÚCIÓS ÖRÖKSÉG: DISZTÁLIS HATÁSOK ÉS A „PÁRVÁLASZTÓ AGY”	44
Szexuális szelekció és a szexuális stratégiák elmélete	44
Spermaverseny és hűtlenség.....	45
Újabb kutatások az evolúciós paradigma keretében	46
A SZEXUÁLIS REAGÁLÁS ÉS A FUNKCIÓZAVAROK	48
Kondicionálás és a szexuális viselkedés.....	48
A humán agy, ahol a dolgok „valóban történnek”:	
a szexuális érdeklődés, az izgalom és a viselkedés központja.....	49
A humán szexuális válasz és zavarai	51
A szexuális funkciózavarok felosztása.....	52
<i>A szexuális vágy zavarai</i>	<i>52</i>
<i>A szexuális készenlét zavarai</i>	<i>55</i>
<i>A szexuális orgazmus zavarai</i>	<i>60</i>
<i>Dyspareunia.....</i>	<i>64</i>
<i>Vaginismus.....</i>	<i>66</i>
ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK	67

EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK.....	68
Rövid áttekintés és célkitűzések.....	68
1. VIZSGÁLAT: EGY TÍZ ÉVVEL KORÁBBI, SZEXUÁLIS ÉLETRE VONATKOZÓ FELMÉRÉS	
MEGISMÉTLÉSE FIATAL NŐI MINTÁN (NEMI ÉS ÉLETKORI ILLESZTÉSSEL)	70
Hipotézisek	70
Módszertan	71
Vizsgálati személyek	71
Mérőeszközök.....	71
Eljárás.....	71
Eredmények.....	72
Diszkusszió.....	77
Korlátok és kitekintés.....	82
Összegzés	82
2. VIZSGÁLAT: SZEXUÁLPSZICHOLÓGIAI MÉRŐESZKÖZÖK ADAPTÁCIÓJA.....	
Női Szexuális Funkció Index	83
Nemzetközi Erektilis Funkció Index	88
Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak	92
Szexuális Izgalom és Vágy Leltár	95
Női Szexuális Énséma Skála.....	100
Férfi Szexuális Énséma Skála	101
Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív.....	104
Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív	106
Korlátok.....	109
Összegzés	109
3. VIZSGÁLAT: A KORAI HATÁSOK ÉS A SZEMÉLYISÉG SZEREPÉNEK	
VIZSGÁLATA A SZEXUÁLIS MŰKÖDÉSBEN.....	110
Hipotézisek	111
Módszertan.....	111
Vizsgálati személyek és eljárás	111
Mérőeszközök.....	111
Eredmények.....	112
Diszkusszió.....	114
Korlátok és kitekintés.....	115
Összegzés	115
4. VIZSGÁLAT: A SZEXUÁLIS EGÉSZSÉG ÉS A JÓLLÉT	
MUTATÓINAK KAPCSOLATVIZSGÁLATA	115
Hipotézisek	116
Módszertan.....	116
Vizsgálati személyek és eljárás	116
Mérőeszközök.....	116
Eredmények.....	118
Diszkusszió.....	122
Korlátok és kitekintés.....	124
Összegzés	124
5. VIZSGÁLAT: MEDIÁCIÓS ELEMZÉSEK: A SZORONGÓ KÖTŐDÉSNEK ÉS	
AZ EXTROVERZIÓNAK A NŐI ÉS FÉRFI SZEXUÁLIS MŰKÖDÉSEN KERESZTÜL	
ÉRVÉNYESÜLŐ HATÁSA A JÓLLÉTRE	124
Hipotézisek	125
Módszertan.....	125
Vizsgálati személyek és eljárás	125
Mérőeszközök.....	125
Eredmények.....	125
Diszkusszió.....	126

6. VIZSGÁLAT: A SZERELEM KÉT TÍPUSÁNAK KAPCSOLATVIZSGÁLATA	
A SZEXUÁLIS FUNKCIÓKKAL NŐK ÉS FÉRFIAK MINTÁJÁN	127
Hipotézisek	127
Módszertan	127
Vizsgálati személyek és eljárás	127
Mérőeszközök.....	127
Eredmények.....	128
Diszkusszió.....	130
Korlátok és kitekintés.....	131
Összegzés	131
 7. VIZSGÁLAT: A PORNÓFILM NÉZÉS GYAKORISÁGÁNAK KAPCSOLATA	
A SZEXUÁLIS FUNKCIÓKKAL, VALAMINT A SZEMÉLYISÉG MÁS	
ASPEKTUSAIVAL FIATAL EGYETEMISTÁK MINTÁJÁN.....	131
Hipotézisek	131
Módszertan	132
Vizsgálati személyek és eljárás	132
Mérőeszközök.....	132
Eredmények.....	132
Diszkusszió.....	135
Korlátok és kitekintés.....	136
Összegzés	137
 8. VIZSGÁLAT: A SZEMÉLYKÖZPONTÚ MEGKÖZELÍTÉS ALKALMAZÁSA	
A SZEXUÁLPSZICHOLOGIÁBAN	137
Hipotézisek	138
Módszertan	138
Vizsgálati személyek és eljárás	138
Mérőeszközök.....	138
Eredmények.....	138
Diszkusszió.....	144
Korlátok és kitekintés.....	145
Összegzés	145
 ÁLTALÁNOS DISZKUSSZIÓ	146
 Felhasznált irodalom	150
 Mellékletek	179

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Prof. Dr. Oláh Attilának, aki a sokadik témaváltásomat is ugyanolyan támogatóan és biztatóan fogadta – így kiemelten neki lehetek hálás azért, hogy végül abból születhetett meg e tanulmány, ami letisztultan a szakterületemmé is vált.

Köszönöm az ELTE Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet intézetvezetőjének, Dr. Bárdos Györgynek, és a munkatársaknak, hogy ilyen türelemmel viseltetett irántam, s az elhúzódó fokozatszerzésemhez.

A ESSM-nek (*European Society for Sexual Medicine*), hogy ösztöndíjuk révén lehetővé tették számomra a külföldi tanulmányokat, s ezáltal egy szélesebb perspektívát és új szemléletmódot kaphattam. De még inkább Dr. Fekete Ferenc elnöknek és a Magyar Szexuális Medicina Társaságnak a konferenciák révén a folyamatos szakmai tapasztalatokat, az együttműködést, s kiemelten azt, hogy hazánkban e területen megvalósulhatott az interdiszciplinalitás.

Dr. Urbán Róbertnek a Marián Bélával közösen végzett kutatásuk még feldolgozatlan adataiért, a hatalmas és értékes adatbázisért mondhatok köszönetet a permanensen biztosított szakmai tanácsok és szakirodalmi források mellett.

Dr. Kövi Zsuzsanna barátnőmnek a lelki és szakmai – kiemelten a statisztikai – támogatásért vagyok meghálálhatatlan mértékben hálás.

Nagyon köszönöm a Magyar Pszichológia Társaságnak, hogy a Nagygyűlés révén évről évre hiteles közeget biztosítanak ahhoz, hogy aktuális kutatásainkról szakmai visszhangot, visszacsatolást – kérdéseket, kritikákat és válaszokat – kaphassunk. Örülök, hogy élhettem vele, s folyamatosan tesztelhettem a vizsgálat-sorozat újabb és újabb téziseit.

Köszönöm minden kollegámnak, aki akár csak egy, a folyósón sietve küldött biztató mosollyal is bátorítást adott – köszönöm azt, hogy ilyen légkört kaphattam!

Markó Krisztinánál nehéz körülhatárolni azt a rengeteg, sok kis segítséget, ami végül egy óriási dolgot jelent összességében: azt, hogy bármely problémám esetén minden esetben és folyamatosan számíthatok rá.

Köszönöm a hallgatóknak, hogy a kurzusok, műhelymunkák, szakdolgozatok választásával, munkájukkal jelentős mértékben hozzájárultak a vizsgálat-sorozat megvalósulásához!

„Míg a buja kéjencek idegeit csiklandozó szexuál-pszichopatológiák vígan burjánoznak, és tizedik, huszadik kiadásban oktatják ki a világot minden lehetséges és lehetetlen perverzítésra, addig a lélektanok és a lélekkórtanok a normális szerelem élet- és kórtani hatásáról egy-egy sovány kis fejezetben szoktak megemlékezni; (...) Ilyen körülmények között a szerelem lélektanának még ma is egyetlen forrása a költészet és regényirodalom.“

/Ferenczi Sándor/

ELŐSZÓ

„We *MUST* understand love; we must be able to teach it, to create it, to predict it, or else the world is lost to hostility and suspicion.”

/Abraham Maslow/

Ferenczi Sándor (1901) szavai a pozitív pszichológia paradigmájával és a salutogenikus szemléletmóddal tökéletes összhangban állnak: a parafiliák/perverziók és más patológiás állapotok túlhangsúlyozása helyett – amint azt a korszakában abszolút iránytűnek tekintett, először 1886-ben publikált Krafft-Ebing mű, a *Psychopathia sexualis* is például tette – helyett a pozitív élményekre és érzésekre való fókuszváltásra hívta fel a pszichológusok figyelmét. Maslow (1954/1971) még egy lépéssel tovább ment, s negatív vízióját fogalmazta meg arról, hogy amennyiben a szeretet és a szerelem nem nyer nagyobb teret világunkban, egy kiüresedett, ellenséges és elidegenedett helyé válik csupán. Ez a jóslat napjainkban ijesztően valósághűnek tűnhet, amennyiben például a mesterséges intelligencia előretörését vesszük időráfordításunk, kapcsolataink, vagy akár épp szexualitásunk (az internetes pornófogyasztás exponenciális növekedése) szintjén.

Sokak szerint nagy szerepe van az emberi kötelékek fellazulásában annak, hogy a számítógép elsődleges szocializációs entitássá lépett elő – felváltva egyben a televíziót is babysitter funkciójából. Az alkalmi szex-kapcsolatok egyre inkább előtérbe kerültek – amit az angol egyfajta „*Sexual Hookup Culture*”-ként nevesít. A rövid és elköteleződéstől mentes szexuális együttlétek számának növekedése a nyugati világban tetten érhető a serdülők szociokulturális miliőjében, s egyre gyakoribbá válik a felnőtteknél úgyszintén: a férfiak és a nők körében egyaránt. Az elmúlt évtizedekben az udvarlás tradicionális formái jelentős mértékben átalakultak, illetve eltűntek, emellett az elkötelezett romantikus kapcsolatok preferenciája és száma, valamint az arra való törekvés is rohamosan csökkent (Bogle, 2008). Továbbá, mindkét nem képviselői sokkal nyíltabban beszélnek alkalmi viszonyaikról, s osztják meg élményeiket, illetve tanácsaikat is az e téren szerzett tapasztalataikról (Garcia és mtsai, 2012).

A párkapcsolat egy erősen szignifikáns faktor a személy jólléte, fizikai és mentális egészsége szempontjából, továbbá az intimitás szintje fontos puffer tényező a mindennapi stresszorokkal szembeni megküzdésben (Narciso, 2001 idézi: Ferreira, Narciso és Novo, 2012). Egy párkapcsolatban a szexuális vágy fenntartása központi tényező mind a párkapcsolattal való elégedettség, mind pedig a kapcsolat élettartamának vonatkozásában (Impett és mtsai, 2008; McCarthy és mtsai, 2006).

Ahhoz, hogy adekvát módon tudjuk segíteni a kapcsolatokat fejlődésük valamennyi stádiumában, a gyakorlati munkához elméleti keretekre van szükség – emellett azonban meg kell haladni a humán szexualitás magyarázatában uralkodó eszencialista versus szociális konstrukcionista egyoldalúan elköteleződő, fekete-fehér dichotómiát (DeLamater és Hyde, 1998). Árnyaltabb értelmezésre és reziliens gondolkodásra van szükség – így mind az evolúciós mechanizmusok, mind pedig a szociális folyamatok jelenségeit szükséges ismerni és integrálni egy-egy jelenség magyarázatában. Átfogó és szinergikus biopszichoszociális szemléletmód segítheti megfelelően a mind újabb jelenségek és az általuk generált, illetve felmerülő problémák értelmezését is (Garcia és mtsai, 2012).

Ennek megfelelően az elméleti bevezető igyekszik minél átfogóbban a kurrens elméleteket bemutatni – sajnos a széles merítés törvényszerűen a mélység rovására megy –, ezért inkább azokat a főbb csomópontokat megragadva és kiemelve, amelyek az eredmények értelmezésénél is egyfajta magyarázó keretet nyújtanak majd.

A szexuális ingereknek csupán egy szűk köre tekinthető elsődlegesen és inherensen szexuálisnak, így a legtöbb kulcsinger az élet során szerzett tapasztalatok mentén válik aroused kiváltó, illetve fokozó hatásúvá (Hoffmann, Peterson és Garner, 2012). E tapasztalatszerzés történhet pusztán az ingernek való kitettség folytán (ez ember esetében például a média hatása), vagy társas tanulás révén, de akár verbálisan is. Ebből kifolyólag a szexuális funkciók és zavarainak megértése multifaktoriális szemléletet igényel – miközben egy-egy tényezővel a talált összefüggés a többszörös meghatározottság folytán rendszerint igen alacsony. Mindezt tovább színezi, hogy a humán szexualitás vizsgálata más problémákba is ütközik (nem elvitatva a többi terület hasonló nehézségeit): etikai elvek, szociális megfelelési igény, szégyen, elfojtás, az összehasonlító tanulmányok limitációi, multikauzalitás, stb.

A szexualitás terén jelentkező egyéni különbségek vizsgálata három kutatási tradícióra tagolható 1. *Szexuális kulcsingerekre adott érzelmi és értékelő (attitűd) reakciók* vizsgálata, így a szélsőségesen pozitív és negatív válaszreakciók alapján kategorizálták például az erotofíliát és az erotofóbiát (Fisher és mtsai, 1988); 2. *Szexuális viselkedésminták (pattern)* beazonosítása révén a múlt viselkedéséből a jövőre való következtetés. Ez az irányzat jellemzően ateoretikus, s inkább a mérést helyezi középpontba, tipikus példája az elkötelezettségek nélküli, rövidtávú szexuális kapcsolatok preferenciájának, azaz a szocioszexuális orientációnak a vizsgálata; 3. *A szexuális viselkedés fiziológiai komponenseire* helyezve a hangsúlyt pedig leggyakrabban a szexuális arousalt vizsgálták – a fiziológiai vizsgálatot azonban praktikusán egyre inkább papír-ceruza tesztekre cserélve.

A kognitív faktorok mérésére korábban kisebb hangsúlyt fektettek – ezt a hiányt pótolják például Andersen és munkatársainak (1994, 1999) vagy Nobre és munkatársainak (2000ab) a tesztjei.

Az empirikus rész tehát három fő fókusz köré épül: megfelelő mérőeszközök keresése a kutatás és a gyakorlat számára, az idői trendek szenzitív követése és értelmezése, valamint a szexuális egészségben szerepet játszó legfontosabb tényezők beazonosítása.

ELMÉLETI BEVEZETŐ

A SZEXUÁLIS EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÁSA

A szexuális egészség definíciói, dimenziói

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization*, WHO) már 1975-ös deklarációjában felhívta a figyelmet a *szexuális egészség* jelentőségére: úgy definiálva, mint a szexuális jóllét testi, érzelmi, intellektuális és szociális aspektusainak összességét, amely pozitívan gazdagítja a személyiséget, a kommunikációt és a párkapcsolatot (WHO, 1975).

Az egészséges szexuális élet központi szerepet tölt be az egyén jóllétében, emellett öröm, boldogság és beteljesülés-érzés lehetséges és fontos forrása is. Az egészséges szexualitás a szerelem, szexuális kapcsolat és az igaz barátság egy olyan speciális kombinációja, amelyet *intim kapcsolatainkban* élhetünk meg, s a mentális és fizikai egészségünkhöz jelentős mértékben hozzájárul. Emellett igen magasan értékelt cél a legtöbb ember számára. A szenvedély élménye, az erotika és a szexuális intimitás, valamint az érzelmek kölcsönösségének öröme emberi létünk fundamentális aspektusa (Firestone, Firestone és Catlett, 2006a).

Az élvezeti dimenzió a szexualitás kulcsfontosságú eleme. A pozitív élmények mellett azonban alapvető jelentőségű azoknak a *negatív következményeknek* is az elkerülése, amelyek hosszútávon, akár egész életre kihatóan meghatározhatják a személy jóllétét, egészségét. Ilyenek kiemelten a szexuális úton terjedő betegségek, a nem kívánt terhesség és az abortusz, illetve a szexuális erőszak. Ezért lényeges a szexuális egészség megóvása, a felelősségteljes viselkedés, valamint a környezet támogatása is – hogy az egyén megőrizze éppúgy a saját, mint mások egészségét (Slater és Aholou, 2009).

A szexuális élet szerepe az egyén és a kapcsolat szintjén

A szexuális élet örömteli volta, illetve örömtelensége jelentős kihatással van a személy általános életminőségére (Wylie és Mimoun, 2009).

Aline P. Zoldbrod (1998) a *Sex Smart: How Your Childhood Shaped Your Sexual Life and What to Do About It* című népszerű könyvében úgy definiálja a szexualitást, mint ami nem csupán a személy erotikus válaszainak összességét, hanem személyiségének egy dimenzióját is jelenti (Zoldbrod, 1998, idézi: Firestone, Firestone és Catlett, 2006b). A szexualitásban jelentkező zavaroknak komoly következményei vannak a személy életének és a személyiség működésének minden aspektusára – beleértve azokat az erőfeszítéseket és kompenzációkat is, amelyeket ennek ellensúlyozása érdekében folytat. Emellett egy szexuális kapcsolat veszélyes érzelmi befektetést is jelenthet, mivel distressz, veszteség és fájdalom forrása is lehet. Az emberi lelki szenvedések nagy részében jelentős szerepet játszanak és játszottak az intim viszonyok (Firestone, Firestone és Catlett, 2006b) – mint látható ez a különböző művészeti ágakban a művészeknek a múzsáikhoz való viszonyában. Nem véletlenül jelent meg a párkapcsolati viszonyokat érintő *intimitástól való félelem* (*fear of intimacy*), mint szignifikáns pszichológiai konstruktum napjainkban, amely definíció szerint „csökkent képesség személyesen fontos gondolatok és érzések megosztására egy másik személlyel, akit az egyén nagyra becsül” (Doi és Thelen, 1993, p. 377).

Az élet kiemelten nagy, s jelentős sérülékenységet hordozó területe a magánélet, ahogy jelzi ezt a poszttraumás stressz zavar (*Posttraumatic Stress Disorder*; PTSD) mintájára Dennis Ortman által elnevezett, az intim partner szexuális hűtlenségét követően megjelenő stressz zavar (*Post-Infidelity Stress Disorder*; PISD) fogalma is (Ortman, 2005). De ezen túlmenően is egy szerelmi kapcsolat megszakadása olyan megrázkódtatást jelenthet az egyén számára, amely elsősorban hangulati zavarokra, kiemelten depresszió megjelenésére hajlamosíthatja (Mearns, 1991).

A *párkapcsolati stressz* hatását – aminek a szexuális élet érzékeny terepe – vizsgálták Berry és Worthington (2001) egy, a kísérleti személyek saját intim kapcsolatát jellemző tipikus jelenet elképzeltetése által. A harminckilenc fő (19 férfi és 20 nő) esetében az 5 perces képzeleti kép előtt és után mért nyál kortizolszint alapján azt találták, hogy nagyobb kortizol reaktivitás jellemzi a rossz párkapcsolatban élő személyeket, ami a kapcsolat minőségének, érzelmi klímájának szerepét jelzi az egyén testi működésére. A további kérdőíves vizsgálatok és vérvétel alapján kapott eredmények pedig azt mutatták, hogy míg a fizikai egészség legjobb mutatói a személyiségvonások (diszpozicionális düh, megbocsátás) voltak, addig a mentális egészséget mind a személyiségvonások, mind pedig a párkapcsolati jellemzők (szerelem, elégedettség/boldogság) egyaránt meghatározták (Berry és Worthington, 2001).

A kívülről jövő stresszor – munkanélküliség – hatását nézték az intimitásra és a párkapcsolatokra Morokoff és Gilliland (1993) 21 és 84 év közötti férfiak és nők esetében, 165 fő bevonásával. Eredményeik szerint a férfi munkanélkülisége és az erekció elérésének nehézsége összefüggést mutatott (s a munkanélküli férfiakat párjuk is gyengébb erekcióval jellemezte) – emellett a házassággal való elégedetlenség mediálta, egyben szoros kapcsolatot jelzett a férfi szexuális funkciózavarával. A női résztvevők munkanélkülisége viszont semmilyen szexuális funkciózavarral nem állt összefüggésben, s az együttlétek iránti csökkent vágyban sem jelentkezett. A szerzők szerint meglepő eredmény, hogy a viták inkább pozitív viszonyban voltak a szexuális vágygal mind a két nem esetében (Morokoff és Gilliland, 1993).

A szexuális elégedettség a legtöbb pár számára fontos. Sandra Beyers arra hívta fel a figyelmet, hogy a *szexuális elégedettség* nem egyenlő azzal, hogy a személy nem elégedetlen, hisz egy szexuális funkciózavar kezelése, megoldása sem feltétlenül eredményez még kielégítő és boldog szexuális életet. A *szexuális kapcsolat minőségét* az egyén a saját és a másik szexuális elégedettsége alapján határozza meg (Beyers, 1999).

A párkapcsolati boldogságban lényeges szerepet játszik a kielégítő szexuális élet – s e kijelentés nem csupán a nyugati kultúra esetében igaz. Renaud és munkatársai (1997) kínai házas férfiakat (193 fő) és nőket (231 fő) kérdőíves kutatással vizsgáltak, s egyik konklúziójuk, hogy a nagyobb szexuális elégedettség több érzelelkifejező és szexuális viselkedéssel, kevesebb szexuális aggodalommal és problémával, valamint magasabb párkapcsolati elégedettséggel jár (Renaud, Byers és Pan, 1997).

Hasonlóképp kapcsolatot talált az alacsony *házastársi elégedettség* és a szexuális aktivitás alacsonyabb szintje között egy 6029 fővel végzett interjú vizsgálat alapján Donnelly (1993) is, aki azonban a házasság minőségének a szexuális aktivitásra való hatására fókuszált: egy rosszul működő kapcsolatban nagyobb az esély a szexuális élet felfüggesztésére is. Így azt emelte ki, hogy a szexuális inaktivitás egyfajta indikátora, fokmérője is lehet annak, hogy a házaspár kapcsolata megromlott. A szexmentes házastársi viszony leginkább az életkor előrehaladtával, kisgyermek jelenlétével, rossz egészségi állapottal, illetve férfiak esetében a házasság időtartamával függött össze. Donnelly

(1993) diszkussziójában úgy fogalmazott, hogy a szexuálisan inaktív párok jellemzően nem boldog házaspárok (Donnelly, 1993).

*Szexmentes kapcsolat*ként határozható meg az évi tíz szexuális aktusnál kevesebb együttlétet, amely becslések szerint a házasságok közel 20%-át, valamint a nem házasságok 40%-át érinti egy legalább két éves időtartamban. Mentális egészségproblémák forrásaként nevesítik, mivel a szexualitás elfojtása, a saját vágyak megtagadása öndestrukatív folyamat. A szexualitás elnyomása egyben a szexuális vágy és érdeklődés, beleértve a fizikai érzések, érintés és vonzalom, s az egészséges szexualitás más aspektusainak a megtagadását is jelenti. A szexuális örömeinek elutasítása egybeesik azzal, amit számos klinikus „szexuális anorexiaként” definiál Carnes 1997-es elnevezése után (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c; Carnes, 1997).

A szexuális élet tehát számos ponton összefüggést mutat a párkapcsolat működésével, minőségével, azonban a kielégítő szexualitás az egyén szintjén is megjelenik. Nőknél a gyakori szexuális együttlét (koitusz) jobb pszichológiai működéssel és magasabb párkapcsolati elégedettséggel társul, míg a nem kielégítő szexuális élet az általános jóllét alacsonyabb szintjével jár (Krueger, 2011).

Férfiaknál a szexuális funkciózavarok alacsonyabb önértékelést és önbizalmat eredményeznek, pszichés instabilitást, depresszív hangulatot, továbbá rosszabb teljesítményt az élet számos területén (kiemelten a munkahelyen). Emellett a párkapcsolatban és más emberi viszonyokban is az agresszió magasabb szintjéhez, az intimitás kerüléséhez, s általánosságban alacsonyabb életminőséghez és örömképességhez vezetnek (Porst, 2011).

A rendszeres szexuális életnek az egyén egészsége szempontjából a jelentősége 1.) fenntartó („use it or lose it”, azaz hormonális és neurális hatások közvetítése révén a funkció csökkenése, sőt elvesztése is bekövetkezhet); 2.) preventív (pl. a prosztaták esetében szignifikáns egészségmegőrző hatása kimutatott, illetve későbbi menopauzát és enyhébb tüneti lefolyást eredményez); és 3.) pszichológiai funkciója (pl. jóllét, önértékelés, boldogság) is van (Krueger, 2011).

Egy 918 férfit felölelő dél-walesi longitudinális vizsgálatban, amely 45-59 éves férfiak 10 éves után követését jelentette, az aktív szexuális életet élők esetében 50%-al alacsonyabb mortalitást találtak – kiváltképp kardiovaszkuláris megbetegedések következtében –, mint kevésbé aktív, illetve inaktív kortársaiknál (Smith, Frankel és Yarnell, 1997). A húszéves után követés eredményei úgyszintén megerősítették a gyakoribb szexuális együttlét és a kisebb eséllyel bekövetkező szívroham kapcsolatát (Ebrahim és Muntai, 2002).

A harmonikus szexuális élet tehát a párkapcsolatok fontos része, emellett a partnertől kapott társas támogatás az egyén egyik legfontosabb egészségvédő faktora. A szociális izoláció és a magány megnöveli a morbiditást és a mortalitás kockázatát (Kiecolt-Glaser, Malarkey, Cacioppo és Glaser, 1994), ahogy Kulcsár Zsuzsanna megfogalmazta, a szociális kirekesztés fáj. A magány céltalansághoz és motiválatlansághoz vezet, míg az összetartozás élmény a boldogság mutatóival magasan korrelál (Kulcsár, 2005).

A szexualitást meghatározó tényezők

A humán fejlődés pszichoszexuális faktora

A szexualitás és a teljes személyiség olyan mértékben összefonódik a fejlődés során, hogy nem is lehet szeparálva, független entitásként beszélni róluk. A pszichoszexuális

jelző emiatt alkalmas éppúgy a személyiségfejlődés, mint a szexualitás leírására – ami több mint a szexualitáshoz kapcsolódó érzelmek vagy viselkedés, és nem is szűkíthető le a libidó stációjára, ahogy a freudi elmélet megfogalmazta. A szexualitás e komplex befolyása életünkre tetten érhető például azokban a jelenségekben, amikor a szexuális viselkedés útján eléggülnek ki olyan nem szexuális szükségleteink, mint amilyen a függőség iránti vágy, az agresszió levezetése, a hatalom vagy a dominancia érzése (Sadock, 2005). A négy egymással szoros kapcsolatban álló pszichoszexuális faktor: a szexuális identitás, a társadalmi nemi (gender) identitás, a szexuális orientáció és a szexuális viselkedés.

A *szexuális identitás* a személy biológiailag meghatározott szexuális jellemzője: a kromoszómák, a külső és belső genitáliák, hormonális tényezők, a gonádok és a másodlagos nemi jellegek tartoznak ide. Normális fejlődés esetén ezek egy egységes mintázatot mutatnak, így a személynek nincs kétsége a neme felől.

A *társadalmi nemi identitás* az egyén férfiasságának vagy nőiességének érzése, mely 2-3 éves korra a gyerek szilárd meggyőződésekként jelentkezik, úgymint „fiú vagyok”, illetve „lány vagyok”. Ez számtalan forrásból ered a családtagok, kortárskapcsolatok, felnőttek és nevelők, valamint a kultúra szinte átláthatatlan mértékű, szövevényes hatásai révén.

A *szexuális orientáció* a személyből szexuális impulzust kiváltó egyén neme alapján kategorizál, megkülönböztetve homo-, hetero- és biszexualitást.

A *szexuális viselkedés* pedig magába foglalja a vágyat, fantáziát, autoerotikát, partnerkeresést és minden olyan cselekvést, amely kifejezi és kielégíti az egyén szexuális szükségleteit. Pszichológiai és fiziológiai válaszok egy ötvözete, amely a belső és külső ingerekre válaszol (Sadock, 2005).

A szexuális fejlődés folyamata és funkciói

Szexuális fejlődésünk a prenatális kortól kezdődően három szálon fut: a szexuális válasz-készség, a nemi identitás és a közeli, diádikus kapcsolatok kialakításának képessége szintjén. Gyerekkorban viszonylag különálló utakat járnak, a serdülőkor során kezdenek olyan formában összekapcsolódni, amely már a felnőtt szexualitást is jellemzi. Amennyiben a szexuális fejlődést a maga komplexitásában akarjuk látni, nem hagyható figyelmen kívül a szexualitás funkcióinak tárgyalása sem. John Bancroft (2011), a Kinsey Intézet korábbi igazgatója, a szexuális orvoslás egyik legismertebb kutatója a következőket emelte ki:

1. a férfiasság, nőiesség kifejezése;
2. az önértékelés fenntartása vagy növelése;
3. hatalom és dominancia érvényre juttatása;
4. párkapcsolati kötelék illetve intimitás növelése;
5. élvezet és öröm;
6. feszültség levezetés;
7. ellenségesség kifejezése;
8. kockázatvállalás izgalmak;
9. anyagi előnyök (Bancroft, 2011).

Richard A. Posner 1992-ben megjelent *Sex and Reason* című könyvében pedig a szexualitás által elérhető célokat három nagy kategóriába sorolta:

1. nemzési cél – szexuális együttlét a gyermekáldás céljából;

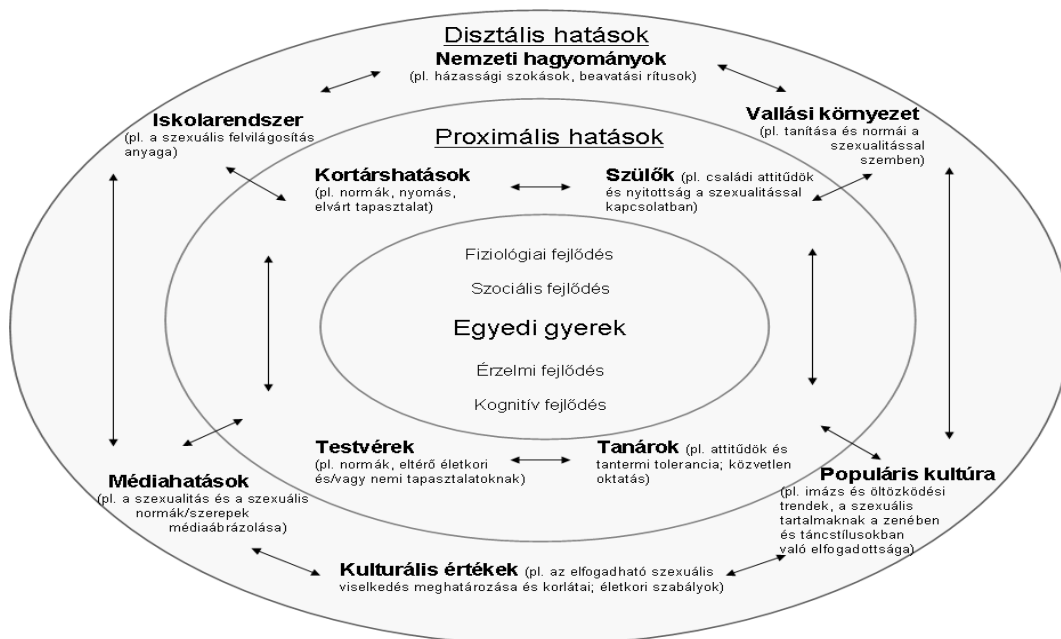
2. hedonisztikus célok:
 - a) a szexuális vágy kiélése;
 - b) ars erotika, azaz a szexuális örömszerzés tudatos művelése.
3. társas célok – a kapcsolat erősítését szolgálja, mint utal rá például a „házastársi kötelesség” elnevezés is (Posner, 1992).

A szexuális fejlődést befolyásoló tényezők

A szexuális drive velünk született és eltérő intenzitású az egyes személyek esetében, azonban a legtöbb szexuális viselkedés tanult. A korai tapasztalatoknak, leginkább a pubertás és a korai serdülőkor idején szeretteknek van mélyen bevésődő hatása a felnőtt szexualitásra (Sadock, 2005).

Pszichológiai és szociokulturális erők komplex kölcsönhatása alakítja a gyerek szexuális fejlődését, ezért intraindividuális (pl. biológiai növekedés, kognitív fejlődés) tényezőket éppúgy számításba kell venni, mint a környezeti változókat (pl. a szexualitás megnyilvánulásának kulturális sztenderdjei).

Az ökológiai modellek tipikus ábrázolása koncentrikus körök sorozatát jelenti, ahol az egyes szintek a gyereket érő hatások egy-egy kategóriáját képviselik. Általánosságban a proximális befolyások (azok a faktorok, amelyek leginkább direkt módon meghatározzák a gyerek fejlődését) kerülnek a modell belső körébe, míg a disztális hatások (azok a körülmények, melyek a gyerek fejlődésére a tágabb környezet által hatnak) külső gyűrűt alkotnak (Kilmer és Shahinfar, 2006). A magot mind a közeli (pl. a család érzelmi miliője, kortárscsoportok, iskolai szereplők), mind a távoli hatások (pl. kulturális értékek és hiedelmek, a közösség jellemzői, szomszédok), valamint ezek interakciója és interrelációja többszörösen éri, tehát a gyerek szexuális fejlődését körülvevő kontextuális világ befolyása folyamatosan formálja, alakítja. A kultúra, a közösség és a család a tágabb környezet számos változója révén viszonyul és reagál a gyerek szexuális viselkedésére, meztelenségére és szexuális megnyilvánulásaira, gondolataira, érzelmikifejezésére és impulzusaira (Bronfenbrenner, 1977). E multiplikatív hatásokat a gyerek fejlődő szexuális szelfjére összegzi vázlatosan az 1. ábra (Kilmer és Shahinfar, 2006).



1. ábra. Példák a gyerekkori szexuális fejlődést befolyásoló környezeti hatásokra
(Kilmer és Shahinfar nyomán)

A családi klíma hatása a gyerek szexuális fejlődésére¹

A felnőtt szexualitást meghatározó gyermekkori élmények tárgyalását – megtörve a szigorúan empirikus eredményekre hivatkozó tanulmányok sorát – az analitikus irodalom fejlődési sarokpontjainak ismertetésével folytatom, a szexuálszichológiában elvitathatatlan terápiás relevanciájuk folytán.

Általánosságban, a szex és a szerelem együttes elérése nehéz cél sok ember számára, mivel feléleszti a fájdalmas gyermekkori emlékeket és érzéseket, éppúgy, mint az eltemetett érzelmi visszautasítások emléknymait. Ráadásul, egy intim szexuális kapcsolatban, ahol a szerelmes idealisztikus megvilágításba helyezi a másikat, az intruzív negatív fantáziaképek fenyegetést jelentenek a szelf számára, megbontva a pszichológiai egyensúlyt (Firestone és Catlett, 1999). Számtalan olyan gyermekkori élmény létezhet, mely megakadályozza a személyt abban, hogy kialakítson, fenntartsa, vagy egyáltalán, hogy elviseljen egy intim, érzelmeken alapuló szexuális kapcsolatot.

Annak ellenére, hogy a szülőkben általában erős drive él a gyermekeik gondozására, mégis mind pozitív, mind *negatív attitűdökkel rendelkeznek gyermekeik iránt* (Chen és Kaplan, 2001). A szülők emocionális válaszainak inkonzisztenciája nyomán az érzelmi sérülés anticipációja fennmarad felnőttkorban is, befolyásolva az egyén szoros kapcsolataiban adott érzelmi megnyilvánulásait. A szülők részéről megtapasztalt visszautasítás, közömbösség és ellenségesség a gyermekben kiváltja a *szeretetre való méltatlanság* érzését.

A nyers, szigorú attitűd a gyermek teste és fejlődő szexualitása iránt szintén maradandó nyomokat éget a fejlődő pszichébe. A *pelenkázással és a szobatisztaságra szoktatással* kapcsolatos korai tapasztalatok jelentős szerepet játszanak a gyerek testével kapcsolatos vélekedéseinek kialakulásában (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c). A szülők által kifejezett negatív attitűdök, esetleg undor hozzájárul ahhoz, hogy kialakuljon egy szégyenérzés, mely felnőttkorban is megmarad (Lewis, 1992). Azok a szülői attitűdök melyek a meztelenség, maszturbáció és a gyermekek közötti szexuális játékok irányában fejeződnek ki, erősen hatnak a gyermeki fejlődésre.

Gyakorlatilag mindannyian bizonyos szinten kifejlesztünk magunkban egyfajta *negatív hozzáállást, viszonyulást a szexualitáshoz* és a testiséghez. Sok családban a szülők nem fejeznek ki soha fizikai vonzalmat egymás iránt, nincs arra jel, hogy intim kapcsolatban lennének egymással. Máshol az ellenkezője igaz, a szülők túlhangsúlyozzák saját szexualitásukat. Mindkét szélsőséges viselkedés káros a gyermek számára.

Amikor egy szülő nem kedveli magát, nem fogadja el a saját testét, szégyelli testének produktumait, ezeket a negatív vélekedéseket akaratlanul is átadja gyermekének. Ennek eredményeként rengeteg felnőtt él úgy, hogy kétségei vannak a saját szexualitása felől, és folyamatosan kritizálja a testét, szégyelli meztelenségét egy intim viszonyban. Ez az önbizalomhiány aztán kifejeződik szexuális viselkedésében is (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c). Egy 9532 férfit és nőt felölelő finn tanulmány a szexuális testkép – amely a genitáliákkal, és nők esetében a mellükkel való elégedettséget mérte – hatását vizsgálta a szexuális életre. Az eredmények szerint a résztvevők több mint fele elégedett csupán a nemi szerveivel, a férfiak inkább, mint a nők, valamint a nők fele van csak

¹ A következő öt alfejezetben jelentős mértékben támaszkodom Firestone és Catlett (1986) *The fantasy bond: Structure of psychological defenses*, valamint Firestone, Firestone és Catlett (2006) *Sex and love in intimate relationships* c. könyvfejezeteire, gondolatmenetére (egyes szakirodalmak követésében is), lévén a későbbiekben kifejtésre kerülő fogalmakat és vizsgált konstrukciókat – kötődés, intimitás, szexuális diszfunkciók, kulturális elvárások és hiedelmek, korai traumák stb. – kiemelkedő rendszerezettségben és összefüggéseiben mutatják be.

kibékülve a melleivel. Nőknél a szülés illetve a saját gyerek rosszabb szexuális testképpel függött össze. A konklúzió szerint a szexuális testképpel való elégedetlenség általános probléma a felnőtt populációban, amely egyben rosszabb szexuális funkcionálással is jár, míg a nemi szervekkel való elégedettség jobb szexuális életet eredményez (Álgars és mtsai, 2011).

Az azonos nemű szülővel való azonosulás

Firestone és munkatársai gondolatmenetét folytatva, az anyák és lányaik közötti kapcsolat egy nagyon erős és intenzív identifikációs folyamaton alapul. Ez számos pozitív, ám erős negatív következményekkel is járhat egy nő életében, különösen később a férfiakkal való kapcsolatára vonatkozóan. Paradox, de minél fájdalmasabb és frusztrálóbb egy visszautasító anyával való kapcsolat, annál inkább hajlamos a lány magába építeni az anya destruktív viselkedését és attitűdjeit. Az anya-lánya kapcsolatban meglévő romboló elemek később negatív kihatással vannak a nő férfiakkal való kapcsolatára, sőt a gyermekeivel való viszonyára is.

Azok a fiúgyerekek, akiknek apja ellenséges és bántalmazó az anyjukkal szemben, gyakran félnek attól, hogy ugyanolyanná válnak. Felnőttként ezért lekorlátozhatják saját természetes asszertivitásukat annak érdekében, hogy visszatartsák az indulataikat. Rendszerint azonban az ellenkezője valósul meg, s felnőttként ugyanolyan durván és agresszíven viselkednek a partnerükkel, mint ahogy anno apjuk bánt az anyjukkal. Ennek dinamikája mögött – a szülő negatív jellemvonásainak és viselkedésének inkorporációja hátterében – az a jelenség áll, amit a pszichoanalitikus szerzők az azonosulás az agresszorral terminológiában írtak le (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c; Ferenczi, 1933/1955; A. Freud, 1966).

Versengés és ödipális problémák: Freud részletesen kifejtette a gyermek által megélt ödipális konfliktust, azonban a szülők hasonló érzései, a gyermekkel való rivalizálás kevésbé feltárt és dokumentált. Ezeket a negatív érzéseket a legtöbb szülő megkísérli elnyomni, de az elfojtott agressziót érzékeli a gyermek, így erősen destruktív hatással van rá. Felnőttkorában, ha versengő helyzetbe kerül, irracionálisan erős félelmet érezhet, vagy esetleg önmaga ellen fordulhat. Ezért sokan visszahúzódnak versenyhelyzetben, kiváltképp a szexuális rivalizálás szituációiban.

Különösen igaz ez az anya-lánya kapcsolatra. Általában a gyermek nagyobb függősége az anyától okozza, hogy egy féltékeny, bosszúálló anya visszautasító vagy indulatos viselkedése nagyon félelmetes és fenyegető a gyermek számára. Amikor a kislány felnőtt, a többi nő viselkedésével kapcsolatosan kiépíthet egy szorongó, negatív elvárást, mivel ők az anya szimbolikus helyettesítői. A fiúgyermeknél hasonló helyzet állhat elő, ha az apa versenytársként kezeli őt. A férfiak jellemzően akkor féltékenyek a fiúgyermekre, ha bizonytalanok saját férfiasságuk felől. Hajlamosak ekkor a gyereket kifigurázni, kinevetni és kritizálni – ami saját pszichés éretlenségüket és belső pszichés konfliktusait jelzi. A fiúgyermek is felnőve gyakran kivetíti az apától való félelmét a többi férfira (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c).

Szeretetéhség és fantáziakötelék, a családi szeretet misztériuma

Firestone és Catlett (1986) a következő kulcsszavak mentén definiálta a családon belüli patológias viszonyokat:

A *szeretethetség* nem szeretet, hanem egy primitív formája a fájdalomnak, amely a belső üresség érzés betöltésére irányul. Sok szülő akkor ad szeretetet, amikor saját magának szüksége van rá. A „szeretlek” szót sem feltétlenül akkor használják, amikor szeretet adni szeretnének, hanem amikor biztosítékot akarnak arról, hogy ők maguk szerethetőek.

A *feltétlen családi szeretet misztériuma* a valósággal és a félelmekkel való szembenézőstől véd. A kötelezettség, hogy a szülőnek szeretnie kell a gyermekét, pszichés nyomást jelent az éretlen szülőnek, amely nem megfelelő és még kevésbé őszinte kommunikációt eredményez. A szeretet művelete ezzel szemben: igazi érzelmi kapcsolat a másikkal, így normális szemkontaktus, fizikai érintés, és a másik társaságának élvezete.

A *fantáziakötél* egy érzelmi illúzió, mely segít kielégíteni a szülőnek azt a vágyát, hogy sosem fog meghalni – tovább élhet a saját gyerekeiben. Ez segít feloldani a halál ténye által érzett szorongást. Viszont egy szabad és független gyermek nem kívánatos, ezért a szülő gátolja a gyerek érzelmi fejlődését. A szülői túlfeltetés két forrásból származhat: egyik, hogy saját ellenséges impulzusaitól félti a gyereket, illetve saját rossz gyerekkori tapasztalataiból eredően is érzékenyítve lehet az élet negatív oldalára. Ekkor a szülő túlkompenzálja a védettség jelentőségét, képtelen értékelné az igazi érését, s a gyerek képességeit, mivel fent akarja tartani a fantáziaképet tehetetlenségéről.

A gyerek nem tulajdona a szülőnek. Elismerné, hogy a szeretet nem kötelezettség, terápiában meg lehet tudni törni e szenvedést okozó ördögi köröket, ami a feltétlen családi szeretet nevében történik (Firestone és Catlett, 1986).

A szülő érzelmi kizsákmányoló magatartása a gyermekkel szemben

Abban az esetben is, ha nem történik valódi szexuális abúzus, a szülő „csábító” magatartása, vagy túlzott fókusz a gyermekre azt eredményezheti, hogy a gyerek elégedetlen lesz önmagával, vagy attól fél, hogy élete során gyakran ki fogják használni. Az érzelmileg kielégítetlen és éretlen szülők *gyermeküktől várják függőségi szükségleteik kielégítését*. A gyermek a saját érzelmi életének sérülése árán biztosítja a szülő igényét. Egyik legsúlyosabb felnőttkori következménye a szülő részéről megtapasztalt érzelmi kizsákmányolásnak a fizikai és érzelmi közelség visszautasítása, mivel a gyermek később mindig csapdában fogja érezni magát, ha intim viszonyba kerül valakivel. Bezártság és béklyó érzése büntudattal keveredve tipikusan az olyan gyermek érzelmei, akit a szülő arra kényszerít, hogy az ő bizalmasa, a „legjobb barátja” legyen.

Az érzelmi incesztus szorosan kapcsolódik az ézeleméhséghez (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c). Az ilyen kapcsolat alapvetően egy szexualizált viszony még akkor is, ha tényleges szexuális aktus nem történik. Az érzelmi incesztus megjelenési formája lehet a flört, a szexualizált szeretgetés, a gyermek testének, ruháinak szexuális tartamú érintése, a gyermek kisajátítása, a többi családtag felé érzett féltékenység a gyermekre vonatkozóan, valamint a szexuális izgalom kimutatása a gyermek jelenlétében. *A szülő a gyermeket olyan szükségletei kielégítésére használja, melyet egy másik felnőtt kellene, hogy kielégítsen*, miközben a gyermek igényeit ignorálja (Love, 1990). Ennek következményei a gyermek felnőttkorára lehetnek: az érett szexuális kapcsolat kialakításának képessége sérül, illetve az nem válik igazán kielégítővé a személy számára; elfojthatja a szexuális válaszait; vagy, ahogy növekszik egy kapcsolat intimitási szintje és érzelmi közelsége, úgy csökken a személy szexuális vágya a partner iránt és nő az averziója a szexuális aktussal szemben (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c). A férfinek súlyos

potenciazavarai alakulhatnak ki vagy érdektelen lehet a szex iránt, míg a nő félhet a szexuális aktustól, vagy nehézsége lehet az orgazmus elérésében (Love, 1990).

A gyermek szexuális abúzusának hatása felnőttkori kapcsolataira

Abban az esetben, ha az elkövető egy olyan személy, akihez a gyermek erősen kötődik, például a szülő vagy a gondozó, jellemző az amnézia a gyermek esetében. Visszaél a kiskorú bizalmával, elárulva azt (Freyd, 1996). A kisfiúkkal szembeni szexuális zaklatások ritkán kerülnek felfedezésre. Ennek egyik oka, hogy a fiúk kevésbé hajlandóak elmondani, ha abúzus érte őket. Emellett őket arra szocializálja a társadalom, hogy azt higgyék, *egy férfinak mindig örülnie kell, ha szexuális aktusban lehet része*. Gartner (1999) szerint a fiúk szexuális molesztálása, ha férfi az elkövető, valószínűleg aláássa a fiú nemi orientációját és nemi identitását, attól függetlenül, hogy alapvetően hetero- vagy homoszexuális. Azonban legalább ilyen problémás lehet, ha a fiút női elkövető, kiváltképp az anyja molesztálja. A szülő általi abúzus gyakran a gondoskodás leple alatt történik, az *anya gondozásnak álcázva* például szükségtelen beöntéseket ad a gyermeknek, vagy túl sokáig mossa a genitáliáit (Gartner, 1999).

Szignifikáns korreláció mutatható ki a gyermek szexuális abúzusa és a felnőttkori depressziós, szorongásos szimptomák, a disszociációs jelenségek, a kábítószerrel való visszaélés, az evészavarok, a poszttraumás stressz szindróma, a bipoláris zavar és az öngyilkosság között. Lányok esetében számos kutatás igazolta, hogy korábban kezdenek menstruálni, elfordulnak a kortárs lánybarátságoktól, inkább a fiúk felé orientálódnak, akikkel szexuális köteléket igyekeznek kialakítani. Serdülőkorban az átlagnál aktívabb szexuális élet jellemző az ezzel járó problémákkal, így kiemelten a tinédzserkori terhesség. Ugyanakkor felnőttként már a szexualitás iránt érzett averzió dominál, a csökkent szexuális vágy, az alacsony önbizalom, a gátolt orgazmus- és vágykészség, a vaginizmus és az általánosan negatív attitűdök a szexualitás és az intim kapcsolatok iránt. Az incestus ténye gátolja a gyermek képességét a biztos kötődés kialakítására akár az elkövetővel, akár a másik szülővel, ami megakadályozza a felnőttkori intim kapcsolatok sikeres kialakulását (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c).

Rumstein-McKean és Hunsley (2001) a gyerekkori szexuális abúzusnak a szakirodalomban általánosan leírt következményeit vizsgálta, s azt találták, hogy a női áldozatokra felnőttként inkább jellemzőek a párkapcsolati problémák: szegényesebbnek ítélik meg viszonyaikat, inadekvát szociális készségekről és izoláció érzéséről számolnak be, valamint a férfiakkal való kapcsolat kialakítás nehézségéről. Bizonytalan felnőttkori kötődés jellemzi őket, kisebb eséllyel házasodnak meg, azonban ha mégis, akkor elégedetlenebbek a házasságukkal és nagyobb valószínűséggel válnak el és házasodnak újra. Emellett a partner is nehézségekről számol be, másodlagos traumatizációt² élhet át, de általánosan is több konfliktus jellemző a kapcsolataikra az abúzus eredményeként. A

² A másodlagos traumatizáció jelenségét elsőként Reuben Hill (1949) családszociológus írta le a II. világháború idején (később vietnámi és iraki veteránok esetében is megfigyelték), hogy a katonák „hazaviszik a háborút” családjuk körébe (Figley, 2005). Figley (1998) trauma transzmissziós modellje a másodlagos traumatikus stressz zavart a társ azon erőfeszítéséből eredezteti, hogy megértse a traumát átélő szeretett személy érzéseit. A mély empátia és azonosulás folytán nem csak szimptomáik válnak azonosossá, de ugyanazon stimulusok (pl. helikopter hangja) váltanak ki a társnál is pánikhoz vezető élménybetöréseket, s álomtartalmaik is hasonlóvá válnak (Figley, 1998). (A témáról bővebben: Hevesi K. (2007). A szociális kapcsolatok különböző aspektusai: a negatív társas támogatás, mint a poszt-traumás növekedés és jelentéskeresés potenciális akadálya. In: Oláh A. (szerk.) *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig. Tanulmánykötet Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére*. Budapest, Trefort Kiadó.)

szakirodalom a szexuális zavarokat tekinti a leginkább evidens következményként, azonban az áldozatok nem kizárólag alulmotiváltakká, hanem hiperszexuálisakká is válhatnak. Szülőként gyermekeiknek nagyobb autonómiát biztosítanak, emellett gyermeküket kevésbé fogadják el – e mechanizmusok a nagyobb távolság megtartását segítik elő. A szexuális abúzuson átesett anyák szegényesebben működnek szülői szerepükben: jóllehet, kifejezik a vágyukat arra, hogy melegen és igazságosan neveljék fel a gyermeket, azonban gyakran durvák és kíméletlenek velük. A generációkon átívelő abúzus veszélye is fenyegető: a szexuális abúzust átélő szülők gyerekei nyolcszor akkora eséllyel lesznek maguk is áldozatok, mint akik szülei nem szenvedtek el ilyen traumát (Rumstein-McKean és Hunsley, 2001).

Az intergenerációs spirál szerepe a szexuális kapcsolatok kialakításában

Ha a gyermeket már egy korai életszakaszban bántalmazások érik, megtanulja kiépíteni a védőbástyáit a jövőbeni fájdalmas érzések ellen. Azonban azok a védőbástyák, amelyek megvédnek a fájdalmas érzésektől, távol tartják a többi érzélem megtapasztalásától is.

Kultúránkban számos olyan elem van, amely a szexuális viselkedés zavaraira predesztinál. A szülők gyermekük szocializációja során gyakran korlátozó, negatív nézőpontokat tanítanak gyerekeiknek a szexualitásról, mert úgy gondolják, a kultúra ezt várja el tőlük. E negatív attitűdök aztán a felnőttkor során is megmaradnak és tudattalanul akadályozzák a szexuálisan és érzelmi is kielégítő kapcsolatok kialakítását. Számos probléma a felnőtt intimitás szintjén a korai szülő-gyermek kapcsolat alapvető zavarára vezethető vissza, ahogy a szülő átörököltette a gyermekre saját érzelmi problémáit, kapcsolat kialakítási zavarait (Firestone, Firestone és Catlett, 2006c).

A SZEXUÁLIS EGÉSZSÉG MEGŐRZÉSE

Szexuális prevenció és szexedukáció

Rizikócsoporthoz és a fontosabb fókuszok a prevenció területén

A *National Commission on Adolescent Sexual Health* (Nemzetközi Bizottság a Serdülők Szexuális Egészségéért) 1995-ben úgy határozta meg a szexuális egészséget, mint képesség (a) tartalmas interperszonális kapcsolatok kialakítására és fenntartására; (b) a saját test megbecsülésére; (c) mindkét nemmel egymás kölcsönös tiszteletén alapuló és megfelelő interakcióra; valamint (d) a szeretet, szerelem és intimitás kifejezésére a saját értékekkel konzisztens módon (Tolman, Striepe és Harmon, 2003).

Satcher (2001) emellett kiemeli a szexuális abúzustól és a diszkriminációtól való mentességet, valamint kiegészíti a kockázatok megértésének és súlyozásának képességével, és szükség esetén az absztinencia gyakorlásával.

A serdülőkor az intim kapcsolatok kezdetének ideje, azonban a fiatalnak tisztában kell lennie azzal, hogy a szexuális aktivitás „veszélyes” is egyben, így akár pszichés problémák, erőszak, nem kívánt terhesség vagy szexuális úton terjedő betegségek (SZTB; *Sexually Transmitted Diseases, STD*) forrása lehet (Rapsey és Murachver, 2006). Ennek tükrében hangzatos címmel jelent meg egy házasság előtti szexuális tanácsadást tárgyaló cikk: *Amiről nem tudsz, megölhet (What You Don't Know May Kill You)*. A tanulmány az *U.S. Department of Health and Human Services* 2001-es adatait idézi,

miszerint közel 12 millió ember fertőződik meg szexuális úton terjedő betegség által évente, 5 éven belül több mint 1 millió abortuszt hajtottak végre az Amerikai Egyesült Államokban, az amerikai nők hozzávetőleg egynegyede élt át szexuális erőszakot, valamint az amerikai állampolgárok egyharmada nincs tisztában a saját HIV-státuszával (Slater és Aholou, 2009).

Az adatok azt sugallják, hogy a 15-24 év közötti fiatalok közel fele fertőződött már meg SZTB-vel, valamint hogy a 15-19 évesek a 20-24 évesekkel összehasonlítva sokkal magasabb rizikójú csoport biológiai, viselkedésbeli és kulturális okok kombinációja folytán (CDC Centers for Disease Control and Prevention, 2011). 2000-es adatok szerint az USA-ban a három magas gyakoriságú SZTB (humán papillomavírus, trichomoniázis és a klamídia) esetében az újonnan megfertőződöttek 88%-a a 15-24 éves korosztályból került ki (Weinstock, Berman és Cates, 2004), míg angliai adatok szerint a tinédzser lányok 30%-a fertőzött a magas rizikójú csoportokban (Tripp és Viner, 2005). Az elmúlt 17 év során a humán papillomavírus (HPV) 73 típusát azonosították, amelyek egy részének rosszindulatú daganatok kialakulásában van szerepe. Így a méhnyak rákkal, a genitáliák daganatos elváltozásaival, a száj és az orrüreg daganataival, sőt, a körömágy rákos megbetegedésével is specifikus típusai kapcsolatba hozhatóak (zur Hausen és De Villiers, 1994). A klamídia nőknél a medencegyulladás és krónikus medence fájdalmak mellett a meddőség egyik elsőszámú oka, azonban újabban férfiak esetében is kimutattak ilyen összefüggést. Férfiaknál a kezeletlenül hagyott betegség húgyúti, here- és mellékhere bántalmakat is okozhat (Idahl és mtsai, 2004).

Komoly problémát jelent a *tinédzserkori terhesség* is, mivel emiatt a fiatalok kevésbé fejezik be a tanulmányaikat és nem találnak munkát, legtöbbször segélyből élnek, így számos nyugati országban komoly népegészségügyi problémát jelent (Lawlor és Shaw, 2002). Az UNICEF jelentése szerint azon országokban a legnagyobb a serdülőkorú terhesség aránya, ahol a legnagyobb társadalmi és jövedelembeli különbségek vannak (UNICEF, 2001).

A fiatalok ellentétes üzeneteket kapnak a szexuális élettel kapcsolatban: egyrészt a kultúra a szexualitás magas szintjét sugallja, másrészt azonban elzárkózik a róla való beszédétől (Creighton és Miller, 2003). A legtöbb fiatal arról számol be, hogy szülei lehetnének az elsődleges forrásai a szexuális élettel kapcsolatos felvilágosításban, információban. Így megfogalmazódott, hogy jóllehet, a szülőket kellene jobban támogatni és segíteni, hogy megtanuljanak kommunikálni e kényesnek érzett témában. Ott a legalacsonyabb Európában a serdülőkorú terhesség aránya, ahol legnyíltabb a kommunikáció, így például Hollandiában, míg Angliában a legmagasabb, kétszerese a német, háromszorosa a francia arálynak, s hatszoros mértékű Hollandiához viszonyítva (Weyman, 2003).

A magyar helyzetre vonatkoztatva Czeizel Endre 1998-ban elhangzott szavai szerint: „Ha minden középiskolában bevezetnék a családi életre felkészítő tananyagot, az abortuszok száma 90%-kal csökkenthető lenne” (Fábián és Simich, 2006. 8.o.).

A serdülőkorúak magas fertőzöttségének okai

Más életkori korcsoporttal összehasonlítva a serdülők alkotják kiemelten a leginkább veszélyeztetett populációt a szexuális úton terjedő betegségek terén: jóllehet, a 15-24 éves korosztálynak csupán az egynegyede él szexuálisan aktív élet, azonban így is ők teszik ki az évenként diagnosztizált összes SZTB fertőzött felét (Hurd és mtsai, 2010).

Serdülőkorban a legmagasabb a partnerváltások száma, a későbbiekben ennek aránya csökken. Ha egy fő megfertőződik egy magas rizikójú csoportban, általában több személyt is megfertőz. Ráadásul a szülők és a tanárok negatív attitűdje a fiatalok korai szexuális kapcsolatával szemben késői felvilágosítást eredményez, ami főképp a 16 éves aluliakat érinti (Weyman, 2003). Egy 2002-es Hollandiában végzett széleskörű lakossági felmérés szerint a 15-35 éves korosztály 22%-a volt tisztában a szexuális úton terjedő betegségek kockázatával (Bakker és Vanwesenbeeck, 2002, idézi: Gebhardt és mtsai, 2006). Szintén problémát jelent, hogy a felvilágosítás szinte kizárólag a vaginális együttlét veszélyeit hangsúlyozza (Hans, Gillen és Akande, 2010), míg jöllehet, az orális szex útján történő megfertőződés ritkább, azonban így is gyakori átadási módja számos bakteriális és vírusos SZTB-nek (pl. gonorrhea, herpesz és klamídia) (Prinstein, Meade és Cohen, 2003). Figyelemfelkeltő eredményt hozott az a 2007-es felmérés, amely szerint az egyetemista fiatalok mindössze 20%-a sorolja a szexuális együttlét kategóriájába az orális szexet (a 90-es években ez a szám 40-44% körüli értékeket mutatott), szemben a 98%-os vaginális és a 78%-os anális szexet annak értékelő válaszaránnyal (Hans, Gillen és Akande, 2010).

A serdülőkor a nagy bizonytalanságok, impulzivitás és a rizikókereső viselkedések hosszú távú következményeinek időszaka, amely a szexuális vágy közvetlen megerősítő jellegével szemben gyakran alulmarad. A tinédzserek egynegyede nehézségről számol be az óvszerhasználattal kapcsolatban, s az SZTB tüneteinek észlelését követően az átlag legalább két hét késlekedéssel keresi fel a szakrendelést (Weyman, 2003). A fiatalok ráadásul gyakran nem tudják a megfelelő védekezést kivitelezni, még ha a szándékuk eredetileg az volt, hogy vigyázzanak magukra. Sok esetben nem tudják az akarataikat érvényesíteni, vagy nemet mondani az aktusra – ez főképp a lányokat érinti (Weyman, 2003; Tolman, Striepe és Harmon, 2003). A kulturális normák is azt sugallják, hogy a védekezés nélküli szexuális aktus az általános, elfogadott (Weyman, 2003).

A Fiatalok Rizikóviselkedésének Felügyelete (Youth Risk Behavior Surveillance) jelentése szerint az USA-ban a szexuálisan aktív tanulók átlag 58%-a védekezett kondommal a legutóbbi közösülés alkalmával: a fiúk 66%-a, a lányok 51%-a vallotta ezt. A szexuális rizikóviselkedés szoros kapcsolatot jelez az iskolai teljesítménnyel, ami pedig egyéni, családi és környezeti faktorokkal függ össze, úgymint az akceleráció mértékével, lakóhellyel (város/falu), a szocio-ökonómiai státusszal (SES), tesztoszteron-szinttel, a társadalmi nemi szerepekkel (pl. macsó-norma), a családi struktúrával (csonka család), a szülő-serdülő kommunikációval, a szülői figyelem-monitorozás mértékével és a kötődéssel (Talashek, Norr és Dancy, 2003).

A különböző szexedukációs programok hatékonysága

A legtöbb program jelentős részben tartalmaz anatómiai és fiziológiai ismereteket, a biztonságos szexre vonatkozó gyakorlati útmutatásokat, és a fogamzásgátlással kapcsolatos tanácsokat – az információátadás előadás vagy videók formájában történik.

A kognitív-viselkedéses módszerek gyakran célul tűzik ki a problémamegoldó és döntéshozó képességek fejlesztését, az asszertivitást és a kommunikációs készségek javítását, továbbá a tárgyalási készség és a személyes felelősségérzés növelését, az érzelmek megértését, a kortársnyomásnak való ellenállást. Ezek az intervenciók közvetlenül célozzák az énhatékonyság növelését és az óvszerhasználatra vonatkozó szándékot (Talashek, Norr és Dancy, 2003).

Tizenhét év (1985-től 2003-ig) 354 HIV-prevenációs programját tekinti át Albarracín és munkatársainak (2005) tanulmánya, különböző célcsoportok esetében. A különböző elméleti keretet alkalmazó intervenciós stratégiák más és más közvetítő hatásokat (mediátor mechanizmusokat) feltételeznek a viselkedésváltoztatás (óvszerhasználat) céljának elérésében, s ennek megfelelő beavatkozásokat végeznek. A leghatékonyabb intervenciók tartalmaznak attitűdváltoztatást célzó részeket, szexedukációt, a viselkedéses készségek fejlesztést is – míg a legkevésbé a félelemkeltés technikai eredményesek. Az intervenciós stratégiák általános elemei: az óvszerhasználattal kapcsolatos attitűdök és normák feltérképezése, illetve megváltoztatása, a személyes kontroll észlelése, a használatára vonatkozó szándék növelése, a HIV fertőzéssel kapcsolatos ismeretek bővítése, a saját veszélyeztetettség megértése, valamint a helyes kondomhasználat. Megkülönböztetnek úgynevezett passzív és aktív stratégiákat, előbbiek csak kommunikációs elemeket tartalmaznak (a releváns tudás növelését, valamint az észlelt fenyegetésre vonatkozó, emellett attitűdöket és normákat célzó üzenetek), míg az aktív stratégiák általában magukban foglalják a passzív stratégiák elemeit is. Azonban központi vonásuk, hogy tartalmaznak személyre szabott tanácsadást, HIV-státusz felmérést, a viselkedéses készségek fejlesztését és szerepjáték elemeket is a tipikus konfliktushelyzetek begyakorlására (Albarracín és mtsai, 2005).

Vannak különböző populáció-specifikus intervenciók is, ilyen például az *AIDS-rizikó redukció modellje* (Catania és mtsai, 1990, 1994) vagy a *transzteoretikus modell* (Prochaska, DiClemente és Norcross, 1992; Prochaska és mtsai, 1994), amelyek az egyes stádiumokat is leírják a viselkedésváltoztatási szándék kialakulásától a kívánt viselkedés fenntartásáig. A célpopulációra szabott program jelentőségét támasztják alá azok az eredmények is, melyek szerint a nőknél például az észlelt viselkedéses kontroll növelését célzó beavatkozások hatékonyabbak, mint a férfiak esetében, míg a serdülőknel pedig a kortárshatásokra kell kiemelt figyelmet fordítani (Kerr és mtsai, 2002).

A populáció-specifikus intervenciókra példa a Dominikai Köztársaságban és Mexikóban a prostituáltak körében az a sikeres óvszerhasználat ismérveit vizsgáló tanulmány, amely címében az egyik szexiparban dolgozó nő mondatát idézi: „Parti sapka nélkül nincs parti” („*No Party Hat, No Party*”). Mindkét országban külön fókuszcsoportot hoztak létre a prostituáltak és a férfi vendégek köréből, s míg előbbiek legfontosabb szempontként a kondomhasználat biztonságát emelték ki, addig utóbbiak pedig családjuk védelmét hangsúlyozták. A cikk következtetése, hogy a sikeres óvszerhasználat két legfontosabb pillére a konzisztens védekezés, valamint hogy mindkét fél pozitívan viszonyuljon az alkalmazásához. Emellett, amit mind a szolgáltató, mind pedig a szolgálatot igénybevevő fél aláhúzott a sikeres óvszerkampánnyal kapcsolatosan, hogy a korábbi üzenetek negatív hangsúlyával szemben a pozitív aspektusok és a kondomhasználat előnyeinek kiemelése vezethet sokkal inkább eredményre (Garcia, Yam és Firestone, 2006).

Azonban a fiatalokat célzó intervenciók megvalósításának szempontjai is sokrétűek, mint a következő eset is jelzi. A London legszegényebb negyedének számító Newhamben, mely etnikailag nagyon sokszínű, s ahol a HIV-vírus prevalenciája közel háromszorosa az angliai átlagnak, emellett a nem kívánt terhességek és az SZTB-k szintje is jóval magasabb, az AIDS Nemzetközi Világnapjának (*World AIDS Day*, WAD) aktualizását kihasználva december 1-ével indítottak egy hathetes színpadi előadásra épülő HIV-prevenációs kampányt a 13-16 éves helyi fiatalok számára. Célja a kondom használat hatékonyságának megismertetése és megtanítása volt egy, a fiatalok közt népszerű módszer – a kamasz színház – által. A szereplő serdülők esetében az aktív részvétel fokozta a bevonódást, míg a hasonló korú nézők esetében a modellkövetésre épült a

tanulási folyamat. E módszer által lehetett hatékonyabb a serdülők számára, mint más technikák, mivel a fontos üzenetek tolmácsolása általuk hitelesnek tartott személyek (kortársak) által történt, s ez eredményesebb, mint egy idősebb, az egészségvédelemben dolgozó nő vagy férfi személye. Az adott esemény szlogenje a *'My body: my voice'* (Az én testem: az én hangom) is igyekezett már megfogalmazásában is a kamaszokhoz szólni, az ő érdeklődésüket felkelteni. A fiatalok által hasonlóképpen kedvelt technikák még: a tánc, a dráma, a fotókiállítás vagy a workshopok felvilágosító programjai is (Campbell és mtsai, 2009).

Galbraith és munkatársai (2009) továbbá arra hívják fel a figyelmet, hogy az sem lényegtelen, hogy a megvalósítás szintjén milyen pontossággal hajtják végre az egyes intervenciós stratégiákat. Vannak ugyanis változtatható, opcionális elemek, amelyek az adott helyzet, anyagi lehetőségek és más szempontok figyelembevételével módosíthatóak, azonban vannak olyan úgynevezett magaelemek (*core elements*) is, amelyek központi jelentőségűek a hatékonyság érdekében, így nem mellőzhetek.

Ilyenek például a FOC (*Focus on Kids*) program HIV-prevenációs példáján szemlélítve a következők (a zárójelben szereplő adatok a százalékos megvalósulási arányt jelzik): saját közösségében közvetíteni az intervenciót a fiatal felé (41%); elősegíteni a fiatalok összefogását (71%); a baráti kör által a kortárs támogatottság erősítése (6%); kulturálisan hatékony interakciós módok alkalmazása (pl. szerepjátékok) (59%); családfa felrajzolásával az üzenet személyessé tétele (79%); döntési modellek (pl. SODA: Stop, Lehetőségek, Döntés, Akció) alkalmazása a gyakorlatban (77%); asszertív kommunikáció és speciális készségek fejlesztése a biztonságos szex vagy az absztinencia elősegítése végett (61%); megtanítani a fiatalot a kondom használatára (41%) (Galbraith és mtsai, 2009).

Végül egy, a fiatalok által gyakran használt és kedvelt kommunikációs mód a telefonon történő szöveges üzenetküldés, az SMS információközlő hatékonyságát használta ki egy ausztrál program, amely a melbourne-i zenei fesztiválon résztvevő 16-29 évesek (1771 fő) számára négy hónapon keresztül küldött rövid üzeneteket a szexuális úton terjedő betegségek és más szexuális egészséget érintő kérdésekben. Az eredmények szerint a fiatalok szórakoztatónak (80%) és informatívnak (68%) találták, s 73%-uk másnak is megmutatta a kapott SMS-t. Összességében a szexedukáció e módja megvalósítható, népszerű és hatékony lehetőség, mely szignifikáns javulást hozott a fiatalok szexuális egészséggel kapcsolatos ismereteiben mindkét nem esetében (Gold és mtsai, 2010).

A szexedukáció további lényeges kérdései³

Egy angliai felmérés szerint a genitális (húgy-ivarszervi) orvoslást oktató tanárok mindössze egyharmada érzi úgy, hogy a diákok többsége (több mint 80%-a) képes lenne egy szexuális anamnézis vagy genitális vizsgálat elvégzésére az orvostanhallgatók közül (Cowan és Adler, 1994).

Márpedig a szexualitás kérdéseinek megjelenését az egészségügyben és az ápolói gyakorlatban sokan hangsúlyozzák (pl. Irwin, 1997; Zmijewski, 2002; Garcia, 2005). A szexualitás a betegek életének fontos területe – kortól, nemtől, szexuális orientációtól függetlenül (Zmijewski, 2002). Ennek dacára *az egészségügyi intézmények falai között él az a felfogás, hogy a szexuális élet kérdéseinek feltérképezése és megválaszolása sokkalta kevésbé fontos, mint az egyéb mérések, felvételek* (Garcia, 2005).

³ A szexedukáció hazai helyzetéről bővebben: Hevesi K. (2014) *SZEXTREM. Perverziók, szexfüggőség és ártalmatlan különcségeink*. Kulcslyuk Kiadó, Budapest.

Márpedig az orvos feladata elmondani a betegnek, hogy az adott beavatkozás milyen kihatással, változtatásokkal jár későbbi szexuális életére. Ennek közlése érzelmileg nagyon nehéz pillanat lehet a beteg, illetve a pár számára (nem elfelejtve, hogy a pár lehet férfi-nő, férfi-férfi és nő-nő egyaránt). Egy képesség, tulajdonság elvesztését, megszüntetését meg kell gyászolni (pl. stoma), így fontos a beteg tudtára adni, hogy érzései jogosak (gyász, szorongás, félelem, depresszió), amely a normál megküzdés része, s válasz a megváltozott testképre (Zmijewski, 2002).

Kubicek és munkatársai (2010) tanulmányukban arra fókuszáltak, hogy mi minden marad ki a fiataloknak szánt felvilágosító ismeretanyagokból. Véleményük szerint a szexuális edukáció egy nagyon sokoldalúan definiált – ám általában igen egysíkúan megvalósuló – fenomen. Míg a széles definíció szerint az információátadás nem korlátozódik kizárólag a szexualitás témájára, az absztinenciára, az SZTB-kre, a HIV/AIDS fertőzésre vagy a fogamzásgátlásra és a biztonságos szexuális élet kérdéskörére, hanem magában foglalja az egészséges szexuális kapcsolatok megőrzésének területét éppúgy, mint a nagyobb felelősségvállalást a döntések meghozatalában – ehhez képest maga a kimenet gyakran szinte kizárólagosan az absztinenciára összpontosít. A szexuális egészség tárgyalásából ráadásul nagyrészt kimaradnak a leszbikusokat, homoszexuálisokat, biszexuálisokat és transz-szexuálisokat (LGTB, *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender*) érintő témák, ami pedig legalább három ok miatt kiváltképp kritikus: 1. épp ők kapnak otthon, szüleiktől a legkevesebb információt a biztonságos és teljes szexuális életre vonatkozóan; 2. hasonlóképp kevesebb kortárustámogatásra számíthatnak „technikai kérdésekben”; 3. miközben a fiatal homoszexuális fiúk a kisebb lehetőségek folytán az idősebb férfiak által, valamint információ hiányában az HIV/AIDS fertőzésre kiváltképp veszélyeztetettek. Ezért számukra felvilágosítás híján az alternatív elérhető források válnak kiemelten fontos információvá: a pornográfia, az Internet és a személyes „próba-hiba” tapasztalat (Kubicek és mtsai, 2010).

A legtöbb testképpel és szexuális egészséggel foglalkozó tanulmány a nőkre fókuszál, elsősorban a saját test tárgyiasítására, ami miatt a nők hajlamosabbak folyamatosan ellenőrizni és alakítani a megjelenésükön, hogy növeljék a fizikai vonzerejüket és maximalizálják mások pozitív megítélését (Schooler és mtsai, 2008). Quinn és munkatársai (2006) egy ötletes vizsgálatban demonstrálták az én-tárgyiasítás hatását a nők teljesítményére: fürdőruhás helyzetben a nőknek romlott a matematikai feladatokban nyújtott eredményessége, míg a férfiakat nem befolyásolta a testükre irányított figyelem (Quinn, 2006). Ez a fajta tárgyiasítás emellett fokozott sérülékenységet is jelent a negatív érzések megélésére, így kiváltképp a szégyenre és szorongásra, valamint csökkent önértékelésre – ami pedig aláaknázza a nők szexuális egészségét, mivel kevésbé képesek ezáltal fesztelenül viselkedni szexuális szituációban.

Azok a serdülő lányok és nők, akik inkább hajlamosak a *testük tárgyiasítására*, kevésbé vannak kibékülve és szeretik a testüket, emellett kevésbé konzisztens óvszerhasználat jellemzi őket, mivel nem érzik magukat, a testüket értékesnek. A testtel való elégedetlenség a saját test negatív megítélése felé viszi el a hangsúlyt – szorongás, félelem és szégyen – ami interferál az egészségvédő döntések kerestülvitelével (Schooler és mtsai, 2008).

Wingood és munkatársai (2002) 14-18 éves afroamerikai nők testképének kapcsolatát vizsgálták a szexuális egészséggel. Eredményeik szerint a rosszabb testkép (*Ben-Tovin Walker Body Attitudes Questionnaire*) kockázatosabb szexuális attitűdökkel, tévhitekkel és viselkedéssel jár, így nagyobb rizikót jelent a nem kívánt terhesség, a szexuális úton terjedő betegségek és a HIV-fertőződés tekintetében. A regresszió-analízis eredményei

alapján, akik kevésbé elégedettek a testükkel, alacsonyabbra értékelik az általuk elérhető partnerek számát, kisebb kontrollt éreznek szexuális kapcsolataik felett, valamint jobban félnek annak következményeitől, hogyha ragaszkodnak a kondomhasználatához – így értelemszerűen kevésbé is forszírozzák azt (Wingood és mtsai, 2002).

Jóllehet, a saját testtel való elégedetlenség valamelyest kevésbé jellemzi a serdülő fiúkat, mint a lányokat, azonban fiúk esetében is a pozitív testkép nagyobb asszertivitással társul erotikus helyzetekben a szexuális egészségük védelmében (Schooler és mtsai, 2008). Schooler és munkatársai (2008) serdülő fiúk esetében vizsgálták a testkép és a szexuális egészségmegelőzés kapcsolatát. Ez az életkor mind a testkép, mind a szexuális tapasztalatok gyors változásának ideje. Paxton és munkatársai (2006) 2500 serdülővel végzett longitudinális vizsgálatának eredménye szerint ugyan a lányok minden életkorban kevésbé elégedettek a testükkel, mint a fiúk, azonban mindkét nem elégedettsége csökken korai és közép serdülőkorukban, valamint a fiúk esetében ez fiatal felnőttkorukig fenn is marad (Paxton, Eisenberg és Neumark-Sztainer, 2006). Emellett a fiúk testképéről jóval kevesebb szó esik, mintha ez csak „női probléma” lenne. Jóllehet, a lányoknak több mint a fele, míg a fiúknak kevesebb, mint harmada szeretne a testsúlyából leadni, azonban a fiúk számára is fontos az ideális testképhez való közelítés. Ők viszont általában inkább gyarapodni szeretnének néhány kilóval, így ők is sérülékenyek például a káros testsúlykontroll technikákra – főképp a szteroidok használatára, étrend kiegészítő készítmények alkalmazására, valamint a túlzásba vitt testedzésre.

Schooler és munkatársai (2008) kvalitatív eredményei szerint a testképükkel elégedettebb serdülő fiúk jobban tisztában vannak azzal, hogy mire vágnak szexuálisan és könnyebben is kommunikálják ezt a barátnőik felé, emellett az úgymond „könnyű lányok” csábításainak is inkább ellenálltak. A kvantitatív mérések szerint pedig a testképpel való nagyobb elégedettség magasabb szexuális önértékeléssel és tisztább körvonalazott szexuális értékekkel is jár. A vizsgálat korlátjaként említhető azonban, hogy az adott eredmények alapján nem eldönthető, hogy a nagyobb testi elégedettség vezetett jobb szexuális egészséghez, vagy a magasabb szexuális jóllét a testképpel való elégedettség magasabb szintjéhez (Schooler és mtsai, 2008).

Teitelman (2004) különböző etnikumú (afroamerikai, európai amerikai és többetnikumú) családokban vizsgálta 14-18 éves lányok (22 fő) felkészültségét és viszonyulását a serdülőkor testi változásaihoz velük készített interjúk alapján, tartalomelemzéssel. *A lányok számos dolgot tanulnak a családjuktól az első menstruációjuk kapcsán*, egyfajta rálatást adva saját magukról, mint szexuális ágensről, és mint szexuálisan aktív személyről egyaránt: testükhöz való viszonyulást, a testükkel kapcsolatos döntések meghozatalát és rendszerint gyakorlati tanácsokat is kapnak a szexualitásról. Akiket jobban felkészítenek e testi változásra, tudják alkalmazni meglévő tudásukat és jobban elfogadják, pozitívabban is élik meg az első vérzést; míg, akiket kevésbé, őket inkább éri váratlanul, s éreznek félelmet, szégyent, és élik meg betegségnek, vagy magukat áldozatként.

A serdülőkor a kihívást és erőpróbát jelentő átalakulások ideje, ami érinti: az önértékelést, a szexualitást, a nemi szerepelvárásokat, a szexuális identitást, emellett – kiváltképp a lányok számára – a szexuális zaklatás, tárgyiasítás illetve „használás” potenciális terepe is.

A gyerekek egész fiatal korukban elkezdnek a családjukban a szexualitásról implicit is tanulni: a családban lévő szexuális attitűdök elsajátítását nyílt kommunikáció általi információátadás útján éppúgy, mint rejtett üzenetek formájában. A családi forgatókönyvek a kultúra értékeinek lefordítása a szexualitásról és a lányok testéről – mint szexuális szubjektum és ágens. A testképükre vonatkozó üzenetek a szexuális önmegértésüket, a

menstruációhoz való viszonyukat és rizikóviselkedésüket is befolyásolja, így a családi interakciók által nyert forráskönyveik szexuális egészségüket érintve egész életükre kihatnak (Teitelman, 2004).

A kulturális sajátosságok jelentőségét hangsúlyozzák Li és munkatársai (2009), akik a kínai fiatalok felé tolmácsoló szexedukációs üzeneteket és főbb fókuszpontokat áttekintve úgy fogalmaztak, hogy a szexuális felvilágosítás célja *ideális szexuális állampolgárok* megteremtése az adott ország ideológiai irányelveibe – társadalmi és politikai kontextusába – illesztve (Li, King és Winter, 2009).

Ettől merőben eltérő aspektusból hangsúlyozzák a kulturális hatások szerepét a szexedukációs üzenetek megfogalmazásában Goodwin és munkatársai (2002), akik a Közép- és Kelet-Európai térség fiataljainak szexuális viselkedését vizsgálták. Ők az *egyén számára fontos értékek* szemszögéből emelték ki a kulturális különbségeket, így ennek megfelelően az erre érzékeny intervenciók kidolgozásának jelentőségét (Goodwin és mtsai, 2002).

A KULTÚRA SZEREPE AZ EGYÉN SZEXUALITÁSHOZ VALÓ VISZONYÁBAN

Ezerarcú kultúra

Szexuális szocializációnk egy adott kultúra kontextusában zajlik, így elválaszthatatlanul összefonódik vele – ahogy ezt Kilmer és Shahinfar (2006) modelljében is láthattuk. Carol és Melvin Ember (2003) *Encyclopedia of Sex and Gender, Men and Women in the World's Cultures* című több mint ezer oldalas kötetükben 82 kultúra szexualitáshoz való viszonyát mutatják be a nemi szerepek, attitűdök, sztereotípiák, szocializáció, férfi-női viszonyok, homoszexualitás és hasonló főbb szempontok mentén. A magyar szexuális kultúrát például az északkelet Arizona területén élő hopi és a Pápua új-guineai iatmul kolónia között tárgyalva az abc-rendben. „A szexualitásról nyíltan beszélni a legtöbb magyar ember számára nehéz, számos történelmi faktornak megfelelően: a konzervatív kulturális tradícióknak, a katolicizmusnak és a szociális morálnak” (Ember és Ember, 2003. 482. o.). Kiemelik az elmúlt két-három évtized gyors változásait a szexuális szokásokban, azonban azt is, hogy a homoszexualitás társadalmi és politikai megítélése a mai Magyarországon az egyik leginkább inkongruensen kezelt terület. Emellett az olyan nyelvi frázisokat, mint a házasságra alkalmazott *elvesz feleségül* – ami a pénzért történő vásárlásra asszociálható –, illetve „A pénz számolva, az asszony verve jó” mondást idézik (Ember és Ember, 2003).

A kultúrában uralkodó normák hatását vizsgálta a szexuális funkciókra kaukázusi és kelet-ázsiai egyetemi hallgatóknak mintáján Woo és munkatársai (2011), miszerint az ázsiai nők több tanulmányban is kimutatott alacsonyabb szexuális vágyáért a szexuális konzervativizmus mellett az adott társadalmi közegben a szexualitás bűnként való reprezentálódásának lehet jelentős szerepe (Woo, Brotto és Gorzalka, 2011).

A kulturális hatások az interkulturális különbségek mellett azonban történelmi kronológia alapján is jól nyomon követhetőek, így tárgyalja például Stephen Garton (2004) *Histories of Sexuality* című könyvében. A leggyakrabban érintett kérdések a vallás szerepe, a homoszexualitás megítélése és a maszturbációhoz való viszonyulás (pl. Garton, 2004; Posner, 1992), s a főbb történelmi mérföldkövek az ókori társadalmak, kiemelten a Római Birodalom erotikája, a nyugati világ és a kereszténység szexuális erkölcsisége,

a viktoriánus prűdéria, a feminizmus vívmányai, a szexuális forradalom, illetve modernkori jelenünk gyorsan változó szexuális trendjei (Garton, 2004).

Posner (1992) szerint a szexuális attitűdbeli különbségek erős magyarázó változója a vallásosság azokban a társadalmakban, ahol a domináns vallás ellenségesen viszonyul a szexualitáshoz (Posner, 1992). Az antik Görögországban és a Római Birodalom idején az ünnepségek szerves részét képezte a tánc és az ének mellett a szexualitás nyílt kifejezése is. Patriarchális társadalom volt jellemző, ahol a szexualitás a dominancia illetve a behódolás kifejezésének módja, a férfiszerelem elfogadott, relatív nagy a szexuális szabadság, azonban mégis hierarchikus, kemény határvonalakkal rendelkező társadalmi rend uralkodott – e sok ambivalencia tette az ókori szexualitást annyira érdekessé a későbbi elemzők számára. A vallás nem korlátozta az emberek szexuális életét, míg 400 évvel később a kereszténység radikális változást hozott a szexualitás megítélésében: a bujaság erkölcsileg elítélendővé vált, azonban a testi örömekről való lemondás, az aszketizmus és az önsanyargatás üdvözítő cselekedetnek számított. A nyugati egyházalapító atyái, közülük is kiemelkedően Szent Ágoston doktrínájában a szexualitást az eredendő bűnnel kapcsolta össze, ami az ember vesztét és bukását okozta. Következő lépcsőfok a nő hibáztatása lett a férfi bűnbeeséséért, így a zárdába vonulás új lehetőséget kínált a nők számára az „ördög kapuja” szerep után a „Krisztus menyasszonyává” válás által. A 16. századi reformáció aztán átmeneti fellélegzést kínált, a „libidó szabadjára engedését” és a romantikus szerelem idejét hozta el, amely a házasságon belüli együttlétet kimondottan támogatta és a harmonikus házasság kulcsának tekintette (Garton, 2004).

A viktoriánus kor (Viktória brit királynő uralkodásának ideje, 1819-től 1901-ig) azonban olyan problémának tekintette a szexualitást, amely a betegségek forrásával és a prostitúció szociális gonoszságával azonos és egyenértékű. Emellett viszont a tiltott, obszcén szexualitás időszaka is volt, ahol a prostitúció talán soha nem látott szerephez jutott. A szüfrazsett mozgalom ekkor a nők egyenjogúságáért – a női választójog kivívásáért, egyenlő oktatásért, munkavállalási jogaik kiterjesztéséért – indult harcba, s a házasság intézményét a nők rabszolgatartásának nevezte. A viktoriánus kori feminizmus néhány képviselője elsősorban azt emelte ki, hogy a nők joga van megtagadni a közösülést, szembeszállva a női elnyomással, míg a „szexuális modernnek” a nők szexuális örömeit és a passzív szerepből való kilépést hangsúlyozták.

A szex gyakran az erőszak és a hatalom megtestesítője is: Európában a szexualitás a dominancia eszköze volt az osztályok és rasszok hierarchiájának elfogadásában, utóbbit a gyarmatosítás és a kereskedelem fellendülése segítette (Garton, 2004). A szexuál-rasszista sztereotípiák kiszolgálói voltak e szexualizált kulturális kereteknek, amelyek az ázsiai nőket alázatós szeretőknek, az afrikaiakat vadnak, míg a latin amerikaiakat könnyűvérűnek titulálta (Garton, 2004; Månsson, 2006).

Mai modern sztereotípiák és a média

A nőkről és a férfiakról élő sztereotípiák és szexista attitűdök elsajátításának elsődleges terepe a család: a szülőkhöz élő tudattalan és magától értetődő hiedelmek a gyerekekbe beépülnek, s további megerősítést nyernek a modern társadalmak sztereotipikus látásmódjának megfelelően. E téves információk rögzülnek, s meghatározzák, jobb esetben csak befolyásolják a serdülő lányok-fiúk szexualitáshoz való viszonyát (Firestone, Firestone és Catlett, 2006d).

A nőket sújtó sztereotípiákról sok szó esik, azonban a 60-as évek végének „férfi mozgalmi” arra hívták fel a figyelmet, hogy az előítéletes gondolkodásmód nem csupán a férfiakat sajátja. Young (1999) azt emeli ki, hogy az új feminizmus, mely a 80-as évek végén indult, úgy mond a „gonoszra összpontosít”, hogy a férfiak miket követnek el a nők ellen (Young, 1999). Ennek megfelelő született az a kép, mely a férfiakat hatalommal bíró, agresszív, érzéketlen, kommunikációra képtelen nőgyűlölő embereknek láttatja, akiket csak a szex érdekel, s közömbösek az intim és közeli kapcsolatok iránt (Firestone, Firestone és Catlett, 2006d).

Napjainkban a „*kultúra szexualizálódásának*” elsődleges orgánuma a média, a nyílt szexuális utalások elterjedésével (Gill, 2009). A mai fogyasztói társadalom a testet az önkifejezés eszközének tekinti, az individuális viselkedést preferálja a szociokulturális hatásokkal és korlátokkal szemben (Coy, 2009; Featherstone, 1982). A vizuális kultúrában megjelenő explicit ábrázolások védelmében felhozott érvek ezt a „vágy demokratizálódásának” nevezik, míg mások a pornószféra beszivárgását látják benne a mindennapi életünkbe. A reklámok karakterei: a kocka hasú macsók, a szexi fruskák és a tüzes lesbikusok – e szexualizált szerepekben mind a férfi, mind a női test tárgyiasítása zajlik. A testrészek szabad ábrázolása emellett szinte gerontofóbnak nevezhető, a megjelenítések torzítását véve pedig a „leszbikus” alakja tipikusan úgy jelenik meg, ahogyan az a heteroszexuális férfiak számára szexuálisan vonzó. A médiában mára megengedett a meztlenség nyílt bemutatása, egyfajta „voyerizmus” és a szexuális exhibicionizmus (Gill, 2009). Emellett a szadomazochizmus is megszűnt utolsó tabunak lenni, egyre inkább megjelenik a mainstream kultúrában, tévéműsorokban, reklámokban, videó klipekben és filmekben is visszaköszön, kellékei közismertek – mindeközben azonban pusztán sztereotipizált arcát ábrázolják (Wilkinson, 2009).

A *szexuális sugalmazásokra* példa, ahogyan a populáris média felkarolta a Viagrát, legtipikusabb megjelenési módja: i.) viccé tétel, amely a soha nem lankadó férfiasság képével a kultúra falloszközpontúságát szolgálja ki, emellett azonban elbagatellizálja a problémák valódi felismerését; ii.) hiteles orvosság és szerelemdrog, a monogámia erkölcsiségének és a „helyénvaló szexnek” az üzenetével: a „gyógyszer kettőnknek” kommunikáció mellett a heteronormativitást erősíti meg; iii.) fiataloknak szánt (és illegálisan használt) parti droként a szexuális élmények és élvezetek fokozója, ami a természetes szexuális működést leminősíti, és mint bizonytalan és esetleges funkciót mutatja be – amire azonban a gyógyszer mindig védőhálót kínál (Vares és Braun, 2006).

A *nemi sztereotípiák hatása* az egyén viselkedésére számos formában megjelenik, így például az a nézet, hogy a nők romantikusabbak és szerelmesebbek, jelentheti azt a férfi számára, hogy amennyiben kifejezi érzelmeit, az inkompatibilis és ütközik saját maszkulinitásával (Coleman és Ganong, 1985; Balwick és Peek, 1971). Allen (2003) a fiatalok ellenállását tárgyalja a kultúra e domináns szexuális diskurzusai vonatkozásában, kiemelve például a 'girl power' jelenségét, amely lehetőséget jelent a fiatal nőknek, hogy magukra, mint szexuálisan aktív és vágyakkal rendelkező ágensként tekintsenek (Allen, 2003).

Rudman és Heppen (2003) a nők romantikus fantáziáinak szerepét mutatta ki az *üvegplafon-hatás* kialakulásban, amely láthatatlanul megakadályozza a nők foglalkozásbeli előrehajtását, fizetésbeli elvárásaikat, tanulmányi céljaikat, magasabb státuszú állások és vezető beosztású munkakör iránti érdeklődésüket, emellett akadályát képezi a személyes hatalom érzésének. E romantikus képek a kislányokban már gyerekkorban kialakulnak a mesék narratívái nyomán, ahogy a királylányok passzívan várják a lovagot, aki

majd feleségül veszi őket és vele onnantól boldogan élhetnek (Rudman és Heppen, 2003).

Jonason és Marks (2009) a szexualitásban meglévő *kettős mércét* vizsgálta egyetemi hallgatóknál szokványos (monogám kapcsolat) és kevésbé megszokott szexuális aktivitás (hármass együttlét) esetén, s megállapításuk szerint a nők negatívabb értékelést kaptak a férfiakénál a hármass együttlétben való részvételnél, mint a monogám viszonyban. Továbbá, míg a férfiak megítélése akkor volt jobb, ha két nővel vettek részt az aktusban, ezzel szemben a nőké, viszont ha egy férfivel és egy nővel – a szerzők magyarázata szerint ez a társadalom pozitívabb viszonyulása miatt lehet a nők lesbizikus irányultsága iránt, szemben a férfi homoszexualitással szembeni intoleranciával (Jonason és Marks, 2009). Ennek gyökere pedig a Herek (1990) által heteroszexizmusként definiált szociálisan kreált ideológiai rendszerből fakad, amely „a nem heteroszexuális viselkedés, identitás, kapcsolatok vagy közösségek minden formájának tagadása, becsmérése és stigmatizációja” (Herek, 1990. 316-317.o.) – egyben diszkrimináció, bántalmazás és erőszak forrásául szolgál (Tucker és Potocky-Tripodi, 2006). Az *internalizált heteroszexizmus* (IH) folytán a fejlődés során elsajátított szexista attitűdök és maszkulin szerepszocializáció nemi szerepkonfliktust eredményez a nem heteroszexuális egyénben, aminek következtében a homoszexuális férfiak között magasabb arányban fordul elő depresszió, szorongás, érzelmi distressz, magány, harag, életvezetési problémák, szerhasználat, valamint családi és interperszonális konfliktusok. E hatások a férfiak esetében erősebben érvényesülnek, mint a nőknél így a folyamatos pszichoszociális distressz és annak tompítási, kezelési kísérletei kumuláltan jelennek meg pszichés és szomatikus egészségüket károsítva (Szymanski és Carr, 2008).

A kamaszkori szexualitást befolyásoló tényezők közül a tömegműdiumok szerepét az utóbbi időben egyre több átfogó kutatás vizsgálta. Ennek egyik legfontosabb oka, hogy a kamaszok szabad idejük jórészt a szexuális tartalmakat is jelentős mértékben sugárzó, tömegeknek szóló műdiumok előtt töltik (Robinson, Chen és Killen, 1998), valamint, hogy a 16-17 évesek körében a tömegműdia a szexuális információ harmadik legfontosabb forrása (Sutton és mtsai, 2002).

A 2000-es évek első feléből származó televíziós tartalomelemzések szerint a kamaszok körében népszerű programok nagyobb valószínűséggel tartalmaznak szexuális viselkedésformákat, illetve verbális utalásokat a szexre, mint más átlagos tévéműsor. Emellett a *heteroszexualitás szexista és sztereotipikus ábrázolása* jellemzi. A férfiak szexuális hódításai állnak rendszerint a cselekmény középpontjában, valamint általánosnak mondható, hogy a fiúk elsősorban a külső megjelenésük alapján ítélik meg a lányokat. A nők sokszor készségesen részt vesznek saját szexuális tárgyiasításukban és inkább passzív szexuális stratégiákat alkalmaznak, míg a férfiak aktívakat. Emellett egyfajta normatív hűtlenséget sugall: házasságon vagy párkapcsolaton kívüli szexuális aktusok jellemzően és szenvedélyesen jelennek meg a történetekben, míg a házastársi szex unalmasnak ítéltetik a műdia számára (Wright, 2009).

A szexualitás az elsősorban a fiataloknak szóló videoklipek állandó kelléke. A szexet általában ártalmatlan és izgalmas szabadidős tevékenységként ábrázolják, ami csak ritkán jár intimittással, illetve a partner iránti elkötelezettséggel és felelősséggel. A szex sok örömet okozó rekreációs aktivitás, ahol a nők egyoldalúan és szexista módon lefestett, díszítő funkcióval felruházott szexuális tárgyakként jelennek meg, miközben alig takaró ruhákban kihívó táncot lejtene (Wright, 2009).

A pornográfia hatása és az internetes szexuális addikció

Az Egyesült Államokban évente 10-14 milliárd dollárt költenek különféle pornográf termékekre (videofilmek, internetes oldalak, szexuális segédeszközök, magazinok) (Weinberg és mtsai, 2010), míg a pornóipar éves bevétele világszerte 100 milliárd dollár (Carroll és mtsai, 2008). A pornó nagyobb üzlet, mint a futball, a baseball és a kosárlabda együttvéve.

Annak ellenére, hogy a szabadidő eltöltés és a szórakozás egyik legkedveltebb módja a pornófogyasztás, számos vitát generál (Weinberg és mtsai, 2010). Az ellenzők szerint a pornó személytelen, tárgyiasító és szexista módon ábrázolja a nőket, s növeli a velük szembeni erőszakot. A másik oldal pedig a szexuális felszabadulás szimbólumaként üdvözlí, s a pozitív lehetőséget látja benne, úgymint a szexuális horizont kibővítését, valamint hogy új szexuális forgatókönyveket és sémákat kínál (Weinberg és mtsai, 2010; Beggan és Allison, 2003).

Negatív következményeit véve például kimutatták, hogy a férfiak pornófilm nézést követően: a.) inkább látják úgy, hogy a női áldozatok is felelősek az ellenük elkövetett szexuális erőszakért; b.) jobban egyetértenek a szexista attitűdökkel; c.) kevésbé érzik magukat szerelmesnek a partnerükbe; és d.) kevésbé is találják őt vonzónak (Bridges és Bergner, 2009). Továbbá, akik gyakran néznek pornófilmet, kevésbé is elégedettek a szexuális életükkel (Bridges, 2010).

A *szexuális aktus közbeni agresszió* elfogadottá tétele szintén gyakran hangsúlyozott aspektus a pornófilmekkel szemben. Az első 50 legnépszerűbb pornófilm tartalomelemzése során azt találták, hogy a megvizsgált 304 jelenet közel fele tartalmazott verbális, 88%-a pedig fizikai agressziót. Az agresszív cselekedetet az esetek 70%-ában a férfi követte el, 87%-ában nők ellen irányult, amire a nők semlegesén reagáltak, illetve élvezetet mutattak. Az agresszióra az esetek csupán 5%-ában érkezett negatív reakció. E filmekben látott jelenetek messze eltérnek a nők számára élvezhető együttlétek "forgatókönyvétől" (Wosnitzer és Bridges, 2007).

Gyakran kimutatták, hogy a nők és a férfiak szexuális preferenciája a vizuális ingerek esetén eltérő: míg a nők inkább az erotikus jeleneteket preferálják és a pornográfiát nem, addig a férfiak mindkettőt vonzónak ítélik. Emellett, míg a férfiak elsősorban a kielégülés keresése végett keresik fel a pornó oldalakat, addig a nők gyakran tanulási szándékkal, így a partnerrel folytatott szexuális életre számukra még pozitív hatással is lehet (pl. Weinberg és mtsai, 2010; Bridges és Bergner, 2009; Beggan és Allison, 2003). Épp ezért újabban készítenek kifejezetten nőknek szánt, gyakran *feminista pornófilmnek* nevezett erotikus tartalmakat is. Jóllehet, a feminizmus radikális irányzata elutasítja a pornográfia minden formáját, azonban a liberális szárny a lehetőséget is látja benne pozitív szexuális szerepmodellek alkalmazásával (Beggan és Allison, 2003).

Az interneten könnyedén elérhető pornográf tartalmak népszerűsége rohamosan megnőtt a korábban beszerezhető videofilmekhez képest (Internet Pornography Statistics). Egyes adatok szerint az Egyesült Államokban 40 millió rendszeres látogatója van az úgynevezett „felnőtt oldalaknak”. Carroll és munkatársai (2008) fiatal felnőtt egyetemisták esetében (500 nő és 313 férfi) azt az eredményt kapták, hogy a férfiak inkább egyetértettek a pornográf tartalmak használatával (66,5%), mint a nők (48,7%), valamint a férfiak 87%-a, míg a nők 31%-a vallotta azt, hogy rendszeresen is néz ilyen filmeket (Carroll és mtsai, 2008).

Az internet nem csak a pornófilmek, hanem a chat szobák és a web kamerák révén is erotikus tartalomhoz segít, ami a fiatalok esetében igen kedvelt. Emellett azonban meg-

könnyíti a bűnözést, így az *illegális szexuális tartalmak terjesztését* (Innala, 2007), illetve a gyerekmolesztálást is. Az *interneten kezdeményezett szexuális bűncselekmények a gyerekeket érintő szexuális abúzus új típusát jelentik*, és komoly társadalmi problémának nevezhetőek. Az elkövetők internetes kommunikációs eszközöket vesznek igénybe, hogy egyre szorosabb kapcsolatot alakíthassanak ki az áldozattal. Mindamellett az a feltételezés, hogy a felnőtt megteveszti a serdülőt, tévesnek bizonyult: a 2001 és 2002 között bejelentett zaklatások elemzéséből az derül ki, hogy mindössze 5%-ban állította azt magáról a molesztáló, hogy tinédzser, tehát az áldozatok tisztában voltak a zaklató életkorával. Vélhetően a szexuális érdeklődés és kíváncsiság mellé társuló tapasztalatlanság és impulzivitás teszi a fiatalokat potenciális áldozattá az internetes elkövetők számára, emellett a korábban átélt szexuális és érzelmi bántalmazás is megemeli a fenyegetettség kockázatát (Wolak, Finkelhor és Mitchell, 2009, 2010).

Az interneten elérhető felnőtt tartalmak hatásával a serdülőkre szintén egyre több tanulmány foglalkozik, így például azzal, hogy *a pornográfia nem kapcsolja össze az érzelmeket a szexualitással*, ezáltal olyan kapcsolatokat hirdet, amelyek az érzelmi involválódást mellőzik, valamint a fiúk nőkkel szembeni szemléletmódjába is drasztikusan beleavatkozik (Flood, 2007). Egy 998 fő serdülővel végzett izraeli kutatás azt találta, hogy a pornófogyasztó kamaszok számos szociális jegyben, társas vonatkozásban különböznek azoktól a kortársaiktól, akik az internetet csupán információforrásként, kommunikációra és egyéb szórakoztatási célnak megfelelően használják (Mesch, 2009).

Cooper és munkatársai (1999) osztályozása szerint az internetes szexnek három tipikus módja van: 1. *rekreációs használat*, amelyet a kíváncsiság, szórakozás, újdonságkeresés motivál; 2. a *szexuálisan kényszeres*, kompulzív szexuális viselkedés; illetve a 3. *rizikós felhasználók*: a depresszív, félénk, alacsony önértékelésű, szorongó személyek, akik a kapcsolat kialakítást helyettesítik vele, illetve a stressz reaktív személyek, akik pedig a magas stressz tompítása végett fordulnak az internetes szexhez, az érzelemszabályozás eszközeként. Ez utóbbi két pontba tartozók tekinthetők problémás felhasználónak (Cooper, Putnam, Planchon és Boies, 1999, idézi: Kun és Demetrovics, 2010).

Az internetes pornográfia egyfajta „*kapudrog*” a *szexuális addikciók tekintetében*, ráadásul elterjedése rohamos mértékeket öltött, így az USA-ban minden hatodik alkalmazott már problémás internetes szex felhasználónak minősül, ráadásul az internetes pornóforgalom 70%-a 9-17 óráig, azaz munkaidőben zajlik (Carnes, 2005). Az internet pornográfiára vonatkozó adatok szerint minden 4. internetes keresés pornográf tartalomra irányul, az internethasználók 42,7%-a néz pornót, legnagyobb fogyasztója a 35-49 éves korosztály, s a nemi megoszlás tekintetében: 72% a férfi és 28% a női felhasználó. Továbbá, a 8-16 évesek 90%-a látott már online pornót (a legtöbbször a házi feladat készítése közben bukkannak rá), s a fiatalok átlag 11 éves korukban találkoznak először internetes pornográfiával (Internet Pornography Statistics).

Az *internetfüggő személy általában sokkal kevesebb időt tölt hús-vér kapcsolataival* (Young, 2008), tipikusak a párkapcsolati zavarok e „kettős élet” folytán. Gyakran ráadásul szexuális averzióval társul: a rendszeres internetszex mellett szexmentes kapcsolatok jellemzik (Carnes, 2005). Az internetes szexfüggőség egyik mutatója, hogy a célja a stimulálás, vágykeltésként (*arousal*), vagy a kielégülés eszközeként (*orgazmus*) használatos online erotika (Young, 2008).

Young és munkatársai (2000) úgynevezett ACE modelljükben írták le az online pornográfia vonzerejének, népszerűségének okait: Anonimitás (*Anonymity*) – ami által lehetővé válik olyan szexuális vágyak és fantáziák kifejezése is, ami a való életben nem lehetséges, s tehető mindez a nevetségessé válás kockázata nélkül; Kényelem

(*Convenience*) – nagy kínálat, széles választék, könnyen elérhető módon; Kitorés (*Escape*) – kiszabadulás a hétköznapi problémák és nehézségek hálójából (Young, 2008). A cybersex-et ezért is nevezik a „szexaddikciók kokain adagjaként” (Carnes, 2005)

A függővé válás folyamatában lényegesek az *emocionális problémák*, az érzelmi ürességtől való átmeneti kiszakadás lehetősége, így öngyógyító tendenciák is megjelenhetnek: a distressz, depresszió, magány vagy a szorongás oldása, illetve a kiégés előli menekülés. Míg offline a személy frusztrációt, aggodást, félelmet, szorongást, haragot és depressziót él át, ezzel szemben, amit az online erotika kínál: izgalom, a tilalmak hiánya, gátlásnélküliség, felszabadultság, attraktivitás, támogatás, kíváncsiság és vágyteljesítés. Az érzelmi feszültségek gyors levezetése, pszichés kitörés a hétköznapi monotonitásából, egyfajta megküzdés a nehézségekkel, fájdalmas érzésekkel szemben (Young, 2008).

A másik jellemző háttér az *interszónális problémák* megléte, így az alacsony önértékelés, a magány és a visszavonulás az internetes pornófüggés szintén jellemző prediktora. Itt a fiatal, szociálisan gátlásos, félszeg, érzelmileg sérült személyek könnyen találnak internetes „kapcsolatokat” a szemtől szembeni visszautasítás kockázata nélkül. Ahogy a függővé vált személy egyre inkább elmerül ebben az árnyékvilágban, egyre valóságosabbnak éli meg virtuális „barátait” vagy „partnereit” – sokkal inkább, mint valódi interszónális kötelekeit, viszonyait. Emellett az anonimitás sokkal nyíltabb kommunikációt tesz lehetővé, ami növeli a komfortérzetet (Young, 2008).

A valós partner, amikor felfedezi az internet szexfüggést, gyakran megbántottságot, visszautasítottságot, féltékenységet és önbizalomvesztést él át; feldúlt, elárultnak és leértékeltnek érzi magát. Negatív összehasonlítást élhet meg az online nőkkel/férfiakkal és a pornográf fantáziákkal kapcsolatban; rendszerint reménytelennek érzi, hogy ezekkel együtt tudjon élni (Young, 2008).

Az addikció folyamatához tartozik, hogy a keresett tartalmak idővel egyre gyakoribbá vagy extrémebbé válnak, illetve mindkettő jellemző lehet. Az első lépés a *felfedezés*, majd ezt követi a *kísérletezés*. Ekkor még nem érzékelik a veszélyt, úgy élik meg, mint egy utazást, mintha idegen területekre kalandoznának, s tehetik mindezt kényelmes, otthoni környezetben. Az anonimitás fátyla alatt minden letagadható. Harmadik lépcsőfok az *eszkálicáció, kiterjesztés*: ahogy az alkoholistának egyre több itatra vagy a drogosnak nagyobb dózisra van szüksége ahhoz, hogy elérje a kívánt hatást, úgy az internetes szexfüggőt is untatni kezdik a rutin szex-fantáziák, újabb és újabb kalandokra vágyik. A negyedik lépés már a *kényszer*, a megszállottság szakasza. Ebben a fázisban a függőt már leginkább a feszültség és agitáció fájdalmas állapotának csökkentése hajtja, élete kezelhetetlenné válik. Az online epizód a szorongás és a fájdalom oldását célozza, s megerősítése a sikeres megkönnyebbülés. Észleli viselkedése destruktív következményeit. Ötödik lépcsőfok a *reménytelenség*, amikor a függő teljesen tudatára ébred, mennyire kisiklott az élete. Törli az internetes előfizetéseit, lecsatlakozik a hálózatról vagy szűrő software-eket tölt le, megkísérli feladni kényszeressé vált viselkedését. Elszánt küzdelmet folytat, hogy tisztává váljon, úgy érzi, képes az életét visszahozni a megfelelő vágányra. Korábbi viselkedése, függősége miatt bűnösnek és szégyenletesnek érzi magát, önmegvetést él át – megfogadja, hogy soha többé. Azonban 6. szakaszként gyakran hozzáadható a *visszaesés* fázisa. Amint komolyabb feszültség, probléma adódik, a kielégülés jó érzése jelenik meg előtte, ami legyőzheti az akaratot – s mivel az csak egy egér-klikkelésnyire van tőle, az ördögi kör újra indul (Young, 2008).

„Habzsoló és purgáló” epizódok váltakozása jellemző, akárcsak az evészavarok esetében (Carnes, 2005).

A kényszeres cselekvés jelenléte miatt gyakran vitatott differenciáldiagnosztikai kérdés, hogy addikciónak vagy kényszernek számít inkább a túlzott mértékű online pornóhasználat. Azonban ami inkább az addikció melletti érvnek látszik: az élvezeti dimenzió jelenléte (ezt jelzi az agy boldogság központjának aktivitása), etiológiája és a komorbid addiktív zavarok, melyek nem pusztán együtt járást jelentenek, hanem megerősítik és fel is erősítik egymás hatását, valamint, hogy az addikciós modell kerete sikeres intervenciók stratégiák kidolgozását segíti. Továbbá az addikciók három központi jellemzőjével rendelkezik: 1. a kontroll elvesztése (állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására); 2. folytatás a káros következmények (belátásának) ellenére is; valamint 3. kényszeresség (jelentős aktivitás és idő irányul a megszerzésére, használatára vagy a hatásaitól való megszabadulásra). Megvonási tünetei a kokain addikcióhoz hasonlóak: extrém irritabilitás, álmatlanság és intenzív szorongás 3 hetes periódusa követi a feladást, azt követően enyhül (Carnes, 2005).

Vallerand (2008) ennek megfelelően a szenvedély kettős modelljét (*Dualistic Model of Passion*) ajánlja, úgy definiálva, mint egy erős indíttatás, ami valamilyen cselekvésre irányul, amit a személy szeret és fontosnak tart, s hajlandó időt és energiát fordítani rá.

Harmonikus szenvedélynek nevezi (*harmonious passion*), ha integrálódik a személyiségbe, s nem ütközik más tevékenységekkel, pozitívan hat a viselkedésre, a kognitív és affektív tulajdonságokra. Összességében kiegészíti és gazdagítja a személy életét. A rá irányuló aktivitás végzése közben csak és kizárólag rá tud koncentrálni, minden egyéb zavaró tényezőt kizárva. Saját akarata és választása húzódik meg az adott tevékenység gyakorlása mögött, így fejlődését, kielégülését szolgálja. Ugyanakkor képes fontossági sorrendet állítani, ezért ha valami sürgetőbbé válik, le tud mondani az aktivitásáról, míg később ugyanolyan lelkesedéssel és odafigyeléssel folytatja azt. A rögeszmés/kényszeres szenvedély (*obsessive passion*) ennek ellentéte. Az egyén elveszíti kontrollját az adott aktivitás és saját akarata felett is. A tevékenység nem tud integrálódni a személyiségbe, az egyén életvitelébe, így számos problémát idézhet elő. Rigid fenntartása konfliktusok forrása az egyén és környezete között, míg meghíúsulása frusztrációt és ruminációt, ellenállást vált ki belőle. Folyamatos kettősséget hoz a mindennapi életbe, mely gyakran okoz a későbbiekben stresszt, zavart és levertséget – de súlyosabb problémát, (szenvedély)betegséget is eredményezhet (Vallerand, 2008).

SZEXUALITÁS ÉS SZEMÉLYISÉG

A személyiség klasszikus elméleteinek predikciói a szexuális viselkedésre

Freud a szexualitás szerepét mind a személyiségfejlődés, mind pedig a személyiség működése szempontjából központi jelentőségűnek tekintette, a „normál” szexuális funkcionálást pedig az ödipális komplexus sikeres megoldásától tette függővé. A szexuális zavarokat – például erekciós zavart – a szexuális vágy és a szerelem integrálásának képtelenségéből eredeztette, s e pácienseit úgy jellemezte, hogy ahol szeretnek, nem érznek szexuális vágyat, s ahol vágyuk van, képtelenek a szerelemre (Firestone, Firestone és Catlett, 2006e). Freud (1905) *Három értekezés a szexualitás elméletéről* című munkájától számítva a pszichoanalitikus teóriák szexualitásról szóló elméletei sokat változtak, emellett veszítettek is népszerűségükből a tárgykapcsolati, kötődési, kognitív-behaviorista, családrendszerű vagy biomedikális modellekhez képest. Kernberg (1980)

klinikai tapasztalatokra épülő pszichoanalitikus elmélete például egy kontinuumot állít fel, amely egyik végpontját a nárcisztikus személyiség alkotja, aki szociálisan izolált és szexuális ösztöneit csak egy polimorf perverz szexualitású maszturbációs fantázia révén képes kielégíteni, míg a másik végponton a normál személyiség helyezkedik el, aki integrálni tudja a nemiséget a gyengédséggel és egy stabil, érett tárgykapcsolattal. Az éretlen szexualitás tehát az önszeretet (elsődleges nárcizmus) tárgyszeretetté válásának kudarcát jelenti ebben az értelmezésben (Kernberg, 1980).

A tárgykapcsolati szerző, Fairbairn (1954) a szexuális zavarokat internális rossz tárgykapcsolatokból származtatja, melyek lehetnek vágyott és elutasító objektetek. Fairbairn szerint a gyerek hajlamos internalizálni az elutasító tárgyat (anyát) és elfojtani az elutasítás fájdalmas élményét. A libidinális ego így kötődést jelent a büntudathoz és a félelemhez, amelyet az antilibidinális ego rak rá, amelyik a szülő által megvádolt vagy megijesztett énrészt reprezentálja (Fairbairn, 1954, idézi: Firestone, Firestone, Catlett, 2006).

A *Sex and love in intimate relationships* című könyv szerzőinek, Firestone, Firestone és Catlett (2006) álláspontja szerint az egyén szexualitása a pusztán a fantáziavilágában megélt, súlyosan sérült vagy pszichotikus páciensből az egészséges függés és a másik szükségleteivel való találkozásig egy kontinuumot alkothat az orális fázistól az érett genitális szexualitásig. A humán működés két közvetlen testnedv cseréje az anyatej és az ejakulátum, melyek egyben kölcsönösen egymást szimbolizálhatják, amiképp a mellpénisz, vagina-száj analógia is megjelenhet – egyúttal a szexuális zavarok tudattalan szimbólumpárjait alkothatják. Továbbá a nyugati társadalmakban tapasztalt magas prevalenciája az elhízásnak és az addikcióknak éppúgy a szexualitás elutasítását is leképezik, mivel a kényszeres evő, a droghasználó vagy az alkoholista tagadja saját függőség iránti vágyát és természetes affiliációs szükségletét. Véleményük szerint összességében, amiképp az emberek intim kapcsolataikban megnyilvánulnak, sokat elárul pszichológiai fejlődésükről, érettségükről.

A *vonásméleti teoretikusokra* térve, szexualitás és személyiség kapcsolatának gyakran idézett, korai kutatása természetesen Eysenck (1971, 1972) nevéhez fűződik, aki a PEN (pszichoticizmus, extraverzió és neuroticizmus) modell keretében vizsgálta az összefüggést. Eredményei szerint a neuroticizmus skálán magas pontszámot elérő nők (akiket a szorongás, a büntudat és az éntudatosság magasabb szintje jellemez) kevesebb szexuális tapasztalatról számoltak be, míg azok a személyek – kiváltképp férfiak – akik az extraverzió skálán értek el magas pontszámot (s akikre magasabb önbizalom, szociabilitás és élménykeresés jellemző) szexuálisan tapasztaltabbak voltak (Andersen, Cyranski és Espindle, 1999).

Barnes, Malamuth és Check (1984) az Eysenck-i modellt tesztelték, s eredményeikben nagyrészt megerősítették azt. Az extraverzió a szexualitás hedonisztikusabb szemléletével és a változatosabb szexuális aktivitásokban való intenzív részvétellel függött össze, míg a pszichoticizmus vonás az erőszak és a szexualitás nem konvencionális formáihoz való pozitívabb hozzáállással és ezek magasabb élvezetével járt. Az ő vizsgálataik alapján azonban a neuroticizmus skála nem hozott szignifikáns eredményt a szexuális attitűdök és viselkedés vonatkozásában (Barnes, Malamuth és Check, 1984). Meston és munkatársai (1993) tanulmánya szerint pedig épp a neuroticizmus volt a szexuális működés legerősebb prediktora, míg a nyitottság dimenziója a szexuális attitűdöknek és ismereteknek (Meston, Trapnell és Gorzalka, 1993).

Costa és munkatársai (1992) a *Derogatis-féle Szexuális Funkcionálás Index* (DSFI; Derogatis és Melisaratos, 1979) és Costa és McCrae (1985) NEO-PI (*NEO Personal*

Inventory) személyiségleltárával vizsgálták egy szexuális funkciózavarokat kezelő klinika 458 páciensét. A neuroticizmus több depresszív tünettel, negatívabb testképpel és alacsonyabb elégedettséggel, az extraverzió magasabb drive-val, több szexuális tapasztalattal, jobb testképpel és több pozitív érzellemmel társult. A nyitottság (*openess*) pozitív kapcsolatot mutatott az informáltsággal, a szexuális tapasztalatokkal, a szex iránti liberálisabb attitűdökkel, a szexuális hajtóerővel és fantáziával, valamint széleskörű hatást jelzett a szexuális funkcionálásra. A női páciensek esetében a neuroticizmus a szexuális informáltság alacsonyabb szintjével és gyengébb testképpel járt, az extraverzió gyakoribb szexuális fantáziákkal, míg a nyitottság bizonyult a sexualitás szempontjából a legfontosabb vonásnak, amely magasabb szintű szexuális ismeretekkel, nagyobb szexuális aktivitással és jobb testképpel járt együtt. Férfi pácienseknél a neuroticizmus kevesebb szexuális információval és tapasztalatokkal, negatív testképpel és alacsonyabb szexuális elégedettséggel mutatott összefüggést. Az extraverzió ezzel szemben pozitív viszonyban állt a szexuális tapasztaltsággal, drive-val, testképpel és elégedettséggel. A nyitottság vonás itt is a szexuális információk magasabb szintjével korrelált (Costa és mtsai, 1992).

Zuckerman és Kuhlman (2000) tanulmánya a személyiség és a kockázatkereső viselkedések kapcsolatát elemezte a ZKPQ (*Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*; Zuckerman és Kuhlman, 1993) mérőeszköz segítségével, s eredményeik szerint az általuk vizsgált kockázatkereső viselkedések (dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat, felelőtlen szexuális viselkedés, vakmerő vezetés és a szerencsejáték) egymással is szorosán korreláltak (kiváltképp az első négy), emellett az összesített rizikókeresés pontszámmal is valamennyi. A magas kockázatkeresés az impulzív nem szocializált élménykeresés (ImpSS), az agresszivitás-ellenségeség (Agg-Host) és a szociabilitás (Sy) faktorokon elért magas pontszámmal függött össze – mindamellett a rizikós szexuális viselkedés csak az előbbi kettővel jelzett szignifikáns kapcsolatot (Zuckerman és Kuhlman, 2000).

A nárcisztikus személyiségvonás szerepét a szexuális kapcsolatokban Bushman és munkatársai (2003) három vizsgálatban tekintették át az erőszak vonatkozásában. A nárcizmus-vonás pozitívan korrelált: 1. a szexuális erőszak igazolásával („erőszak mítoszok”) és alacsony empátiával az áldozat iránt; 2. a filmben látott szexuális erőszak elfogadhatóbb, élvezetesebb, szórakoztatóbb és izgatóbb minősítésével; valamint 3. szexuális visszautasítás esetén az agresszív megtorlásra való nagyobb hajlammal. A nárcisztikus személyt önimádat, felsőbbrendűség, fokozott jogosultság érzése jellemzi – sőt, egyfajta függőség: úgymond ön maga csodálata a narkotikuma. Az önértékelését érő fenyegetettség (mint amilyen egy szexuális visszautasítás) erős agressziót válthat ki belőle, ami inkább hajlamosítja a megtorlásra. Ezzel párhuzamosan motivált pozitív énképe fenntartására, ezért rendszerint racionalizálja szexuálisan kényszerítő tettét, így például az áldozat félreérthető viselkedésével vagy feltűnő ruházatával magyarázva, őt okolva reakciójáért (Bushman és mtsai, 2003).

Meloy (2000) szerint a szexuális gyilkosságok elkövetőinek többsége nem pszichotikus, illetve nincs diagnosztizált pszichotikus zavaruk – azonban véleménye szerint mindannyian rendelkeznek nárcisztikus és pszichotikus személyiségvonásokkal. A fantázia központi szerepet játszik náluk, kiváltképp a sorozatgyilkosságok esetén (Meloy, 2000).

A személyiség kognitív modelljei és a szexuális működés kapcsolata

A kognitív élméletek kutatásai nyomán az énkép nem csupán, mint passzív lenyomat jelenik meg a viselkedés következményeként, hanem értelmezi és szervezi az

énreleváns cselekvéseket és tapasztalatokat, motivációs és érzelmi konzekvenciái vannak és szabályozza az interperszonális folyamatokat (Markus és Wurf, 1987). Az én sokrétű (*multifaceted*), azonban néhány aspektusa centrális lehet. Ilyen a *szexuális énséma* is, amely nem csupán a kifejezetten szexuális intraperszonális területeken játszik szerepet, hanem az interperszonális kapcsolatokban is. A szexuális énséma a szelf szexuális aspektusainak kognitív általánosítása, amely a múlt tapasztalataiból ered, a jelen élményeiben manifesztálódik, befolyásolja a szexuálisan releváns szociális információk feldolgozását, és a szexuális viselkedésmintákat vezérli (Andersen és Cyranowski, 1994) – ami aztán meghatározza a választott viselkedésmintát, a kivitelezés módját, s ezáltal azok eredményességét is. A szexuális énséma tehát a szelf szexuális aspektusainak egy kognitív általánosítása, a személy önmagáról, mint szexuális ágensről alkotott képe (Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999).

Nobre és Pinto-Gouveia tanulmányaikban a kognitív sémák, a *szexuális hiedelmek*, az automatikus gondolatok és érzelmek szerepét helyezik a középpontba a szexuális diszfunkciók megértésénél, terápiájánál (Nobre, 2010). Az érzelmek szerepének a szexuális reagálásban egyre nagyobb az irodalma (Nobre és Pinto-Gouveia, 2006). A hiedelmek magunkról, másokról és a világról való elméleteink, amelyek az események értelmezését vezérlik, meghatározzák érzelmeinket és viselkedésünket. A kognitív elméletek szerint két különböző szintje van a hiedelmeknek: egy központi és feltétlenül megnyilvánuló, valamint egy közbülső és feltételes, amit gyakran attitűdnek is neveznek. Az alapvető hitek vagy maghitek általában a szelffel kapcsolatos hiedelmek (énsémák), amelyek automatikus és rejtett módon működnek, nem könnyen hozzáférhetőek a tudat számára. Az attitűdök (feltételes hiedelmek) kevésbé centrálisak, könnyebben hozzáférhetőek a tudat számára és leggyakrabban „ha-akkor” szabályként jelennek meg (Nobre, Pinto-Gouveia és Gomes, 2003). A szexuális kontextusban aktiválódó kognitív sémák jelentőségét a szexuális diszfunkciók kialakulásában a klinikai mintán nyert eredmények igazolják (Nobre és Pinto-Gouveia, 2009).

Nobre és munkatársai (2008) a női szexuális diszfunkciók hátterében aktiválódó inkompetencia sémák jelentőségét emelik ki, emellett az erotikus gondolatok hiányát, a kudarcra való fokozott figyelmi fókusz, valamint a szituációba való bevonódást gátló, elterelő gondolatokat az aktus alatt, amelyek kutatásaik alapján a klinikai mintát jellemzik (Nobre és Pinto-Gouveia, 2008a). Eredményeik szerint azonban nők és férfiak esetében is a szexuális diszfunkcióban szereplő személyek jóval több negatív gondolatról számolnak be az aktus alatt, mint a szexuálisan egészséges populáció. A kudarcra vonatkozó és elterelő gondolatok magas száma, nők esetében az erotikus gondolatok hiánya, míg férfiaknál az erekciót érintő gondolatok a jellemzőek – összességében a kognitív kiszakadás az erotikus kulcsingerekből szorosan összefügg a szexuális diszfunkciókkal (Nobre és Pinto-Gouveia, 2008b).

Emellett az egyes diszfunkciókhoz specifikus kognitív és érzelmi faktorok asszociálódnak a női mintán. Így a konzervatív szexuális hiedelmek szorosan összefüggnek a hipoaktív vágy zavarával és a szexuális izgalom kialakulásának nehézségeivel, míg a testképre vonatkozó meggyőződések inkább az orgazmus zavarokkal mutatnak erős kapcsolatot. Az érzelmeket véve pedig a félelem a vaginizmus legfontosabb prediktora, míg a szomorúság, a kiábrándultság, a bűntudat, valamint az élvezet és kielégülés hiánya a hipoaktív vágy zavarával erősen korrelál⁴ (Nobre és Pinto-Gouveia, 2008a).

Nobre (2010) férfi szexuális diszfunkciókra vonatkozó modelljét is elsődlegesen a kognitív elméletekre alapozta, így az énsémák aktivációját helyezte fókuszba a szexuálisan

⁴ A szexuális funkciózavarok részletesebb kifejtésére, felosztására később kerül sor.

sikertelen szituációkban. Az *énsémák* irányítják az adott helyzet értelmezését és jelentéssel való felcímkézését, mobilizálják a hozzá kapcsolódó automatikus gondolatokat és érzelmi válaszokat, meghatározva a viselkedéses reakciót. A *szexuális hiedelmek* alkotják a modell második komponensét, melyeket az egyén korai tanulási tapasztalatai során elsajátított, s amely szabályok központi szerepet játszanak a kognitív sémák aktivációjában. E két komponens mellett harmadikként a modell feltételez egy *kognitív és érzelmi választ*, amely az adott sémák aktivációjából ered. Az automatikus gondolatok és a negatív érzelmi reakciók mindamellett egymásra kölcsönösen hatva is befolyásolják a szexuális funkcionálást. Továbbá, a visszacsatolási hurok révén az aktuális szexuális funkcionálás szintén meghatározza a későbbi kognitív sémák aktivációját, így a rossz működés a negatív sémák megjelenésére predesztinál (Nobre, 2010).

Kötődéelméleti perspektíva: a kötődési stílus szerepe a szexuális viselkedésben

John Bowlby szemlélete a csecsemő-gondozó kapcsolat jelentőségéről egy egész élet-hosszig kihatással lévő fejlődési modellt vázolt, kiindulva abból, ahogy a *korai érzelmi tapasztalatok* meghatározzák az érzelmi és fizikai jóllétet nem csupán gyermekkorban, de a felnőttkor folyamán is (Sable, 2008). A gondozóval kialakított kötődési kapcsolat mediálja a diádikus érzelemszabályozást, melyben az anya a csecsemővel együtt szabályozza annak posztnatálisan fejlődő központi (CNS – *Central Nervous System*) és autonóm (ANS – *Autonomic Nervous System*) idegrendszerét. Minél érzékenyebb az anya, annál jobban összehangolódik interakciójuk, amit az úgynevezett érzelmi szinkronicitás jelensége nevesít. A korai kötődési tapasztalatok bevéssznek egy belső munkamodellbe (a jobb agyféltekébe), ami meghatározza a későbbi érzelemszabályozás stratégiáit is. Schore és Schore (2007) értelmezésében a kötődés egy alapvető igény egy olyan jobb félteke létrehozására, ami szabályozni képes az egyén saját belső állapotát és külső kapcsolatait, s ennek kialakítására eszközként az interszubjektivitás szolgál (Schore és Schore, 2007).

A kötődési stílus összefügg számos *kapcsolatspecifikus viselkedéssel* és kimenettel, így például a társas támogatás keresésével, a párkapcsolati konfliktusokkal, a kapcsolattal való elégedettséggel és annak hosszával, az elköteleződés mértékével éppúgy, mint az általános alkalmazkodással, illetve adaptív funkcionálással: a szorongással, depresszióval, a magánnyal, evészavarokkal, alkoholproblémákkal vagy fizikai tünetekkel (Cozzarelli, Hoekstra, és Bylsma, 2000).

Schachner és Shaver (2004) a *szexuális viselkedés vonatkozásában* a következőképpen írta le a biztonságos kötődőket: nyitottak az újdonságok iránt és a szexuális aktivitás számos módját élvezik, beleértve az együttlét kölcsönös kezdeményezését és a fizikai érintkezést, általában egy hosszú távú kapcsolat keretei között. Ezzel szemben a szorongó/ambivalens személyek nagyobb preferenciát mutatnak az együttlét intim és szeretetteljes formái iránt, szemben a genitális érintkezéssel (vaginális vagy anális együttlét); épp fordítva, mint az elkerülők, akik kevésbé hajlamosak a szerelemre, sokkal inkább játszmának tekintik a kapcsolatokat, s idegenkedésüket fejezik ki a szexualitás iránt, kiváltképp az érzelmkifejező módokkal szemben (Schachner és Shaver, 2004).

A gondoskodás, a kötődés és a szexuális kapcsolat három különböző viselkedési rendszer, s utóbbi kettő is eltérő célok elérésére alakult ki. A kötődési rendszer biológiai funkciója annak biztosítása, hogy az egyén számára legyen valaki, aki közel áll hozzá, veszélyektől védi, gondját viseli, míg a szexuális rendszer fő feladata a gének átörökítése. Egymástól függetlenül is megjelenhetnek (pl. szexuális kapcsolatok affektív kötődés

nélkül), azonban felnőttkorban jellemzően a kötődés „tárgya” a szexuális partner is egyben, s mindkét rendszer gördülékeny működése kulcsfontosságú a kielégítő párkapcsolathoz (Birnbaum, 2007).

A korai tapasztalat a következőképpen írható le, s ívódik bele a későbbi interperszonális viszonyokba: amennyiben a kötődési figura elérhető és válaszkész, a biztonságos kötődés talaján pozitív kapcsolati kogníció alakul ki. Ezzel szemben a kötődési figura érzelmi vagy fizikai elérhetetlensége esetén két másik domináns kötődési stratégia jelenhet meg: *hiperaktiváció* („fight” válasz, mely a szorongó kötődést jellemzi, s célja a vágyott közelség elérése); vagy *deaktiváció* („flight” válasz, elkerülés, s célja a távolságtartás és kontroll).

A biztonságosan kötődő személyek általánosságban nagyobb szexuális aktivitásról számolnak be szerelmi kapcsolataikban. Kamaszként a szexuális együttlétet leginkább szerelmük kifejezésének tekintik, s több pozitív, szenvedélyes érzelmet élnek meg a szexualitásban, így *erotofília* jellemzi őket. A biztonságosan kötődő felnőttek pozitívabb szexuális énsémával rendelkeznek, jobban élvezik a szexuális együttléteket, magasabb a szexuális önértékelésük és komfortosabban érzik magukat az intim helyzetekben, ami hozzájárul a kapcsolatuk sikerességéhez, valamint a hosszabb távú kötelékek fenntartásához.

Az elkerülő kötődés a kötődési rendszer deaktivációja, így kevésbé stabil kapcsolatok jellemzőek: fizikai és érzelmi távolság megtartására törekszenek a partnerrel. A szexuális kapcsolatokban az intimitás kerülése, és nagyrészt érzelemmentes szex jellemzi őket. Az elkerülő kamaszokra *erotofóbia* jellemző, alacsonyabb szexdrive, emellett a szexuális együttlétek alacsonyabb szintű élvezetéről számolnak be. Felnőttként a manipulálás és a kontroll a szexualitás motívuma, a partner negatív érzéseinek tompítása, stressz csökkentés és presztízs. Kevésbé élvezik az érzelemkifejező viselkedéseket (pl. csók, ölelés, összebújás), több negatív érzelmről számolnak be a szexualitással kapcsolatban, emellett a szexuális együttléteket lehetőség szerint kerülik. Paradox módon számukra a szexualitás az érzelmi közelség elkerülésének és a kontroll maximalizálásának eszköze.

A szorongó kötődés a kötődési rendszer krónikus aktivációja. A magasan szorongó személy megszállottan kapaszkodó, érzelmileg túlfüggő, tolakodó és kontrolláló viselkedést mutat párja irányába. Számára a szexuális aktivitás egyfajta kísérlet minden kapcsolódási szükséglet kielégítésére, a tökéletes biztonság és szerelem elérésére. Kamaszként a magány elkerülésére használják a szexualitást, így több nem kívánt szexuális kapcsolatba is keverednek, emiatt kevésbé is válik lehetővé számukra a szenvedélyes érzelmek átélése. Felnőttként *erotofília* jellemző, a szexualitást az érzelmi intimitás elérésének eszközének tekintik, a szexuális elégedettséget egyfajta kapcsolati „barométerként” kezelik. Paradox mód a túlzott kapcsolati elvárások és a nem megfelelő viszonyulás a szexualitáshoz a partner reakciói miatti túlzott aggodalmakkal párosulva inkább csálódottságot és sikertelen szexuális együttléteket eredményez, amely egyben a szerelmi kapcsolatot is tönkretelheti (Birnbaum, 2007).

Birnbaum (2007) 92 fő női (egyetemista) mintán végzett vizsgálatának konklúziója szerint jöllehet mindkét kötődési stratégia negatív hatással van a szexualitásra, azonban a szorongó érzelmi és kognitív tartalmaknak még károsabb, destruktívabb következményei vannak a párkapcsolatra nézve, mint az elkerülőnek (Birnbaum, 2007).

A szexualitás, mint a közelségkereső viselkedés egy útja azonban a fantáziában is megjelenhet, segíthet kiszakadni a megromlott kapcsolat valóságából. A szexuális fantázia egy alternatív realitást teremthet, amelyben az ott megélt saját vonzerő megélése meg-

küzdést kínálhat a stressz oldásában és a szorongás csökkentésében is, így elsősorban a szorongó kötődésű személyek fegyvere lehet (Birnbaum, Svitelman, Bar-Shalom és Porat, 2008).

A kötődési stílus továbbá a párkapcsolati szakításra adott reakciókat is befolyásolja, így ez alapján három fő stratégia különböztethető meg: (a) nyílt, empatikus kommunikáció, az egyének szükségleteinek és vágyainak megbeszélése (biztonságos stratégia), (b) a kötődéssel kapcsolatos distressz elfojtása önállósággal párosulva (elkerülő stratégia), valamint (c) a kényszerítő stílus, amely a dühödt követelkezés, szidalmazás és kétségbeesés vagy flörtölési kísérletek váltakozását jelenti, hogy elérje a partnertől, amit akar (szorongó stratégia). Mindegyik stratégia múltbeli, a szülőkkel vagy más gondozókkal, valamint a szerelmi partnerekkel átélt korábbi tapasztalatokból ered. *Biztonságos stratégia*: korábbi kapcsolataiban szerzett tapasztalatait a szükségletek kinyilvánítása, szeretet és támogatás jellemzi, így párkapcsolata felbomlásakor is az érzések nyílt kifejezése, valamint a barátok és család támogatásának keresése lesz a domináns reakció. *Elkerülő stratégia*: az tanulta, hogy mások nem tudják kielégíteni az igényeit és a nyílt kitárulkozás büntetendő, elutasítással vagy figyelmen kívül hagyással járhat. A szakítás során ezért kevesebb érzelmikifejezést tanúsít és nagyobb érzelmi elkerülést, távolságtartást mutat, inkább önmagára támaszkodik, nem társas típusú megküzdő stratégiákat használva (pl. alkohol, drog-használat). *Szorongó stratégia*: megtanulta, hogy a követelkezés a hatékony módszer, hogy felhívja magára a gondozó figyelmét. A kényszerítő stratégia az agresszív-fenyegető és a flörtölős-lefegyverző viselkedés ötvözete. Ezért a szorongó kötődésű felnőttek, akiknek a párkapcsolata tönkremegy mind az agresszív, mind a flörtölő-csábító viselkedést bevetetik a viszony helyreállítása érdekében (Davis, Shaver és Vernon, 2003).

A felnőttkori kötődési minta feltárásának fontosságát mutatja, hogy egyre növekszik az olyan tanulmányok száma, amik egyértelmű kapcsolatot jeleznek a bizonytalan kötődési minták, a pszichológiai problémák és a pszichopatológiák között (Daniel, 2006), ahogy például Bowlby is az agorafóbiát a szeparációs szorongás egyik fajtájának tekintette, ami a szorongó kötődésből alakul ki (Goodwin, 2003).

Leggyakrabban azonban a borderline vagy a nárcisztikus diagnózissal hozzák kapcsolatba a kötődési stílust (Sable, 1983), utóbbival, mint egy mátrix elemeinek véve a nárcizmust és a kötődést, amely mind kapcsolati mind intrapszichés vetületet magában hordoz (Bennett, 2006).

Sokszor a *szexuális bűncselekmények* vonatkozásában is vizsgálták a kötődési stratégiákat, kiindulva abból, hogy a gyerek azáltal, hogy nem alakít ki az elsődleges gondozóval biztos köteléket, számos olyan képességet sem tanul meg, mely a későbbi felnőtt intimitás eléréséhez szükséges, ezért később csak inadekvát módon érheti el (Marshall, 1989). A szexuális molesztálóknak erre a későbbi intimitásdeficitjére valamint téves kapcsolati percepciójára mutatott rá Ward és munkatársai (1996) sokat idézett vizsgálata, amelyet szexuális erőszaktevők, pedofilok és erőszakos, de nem szexuális bűnelkövetőket összehasonlítva végzett, s valamennyi csoport esetében bizonytalan kötődési stílust talált (Ward, Hudson és Marshall, 1996).

A későbbi intim kapcsolatok zavaraihoz vezethet továbbá, ha a szülő nem jelöli ki élesen a határokat a két nagy rendszer, a gondozói és a szexuális viselkedés között – amelyek megnyilvánulási formái igen hasonlóak: simogatás, puszilgatás, a nemi szervek érintése – így a gyerek később nem tud különbséget tenni ezen viselkedési formák árnyalatai között.

Smallbone és Dadds (2000) eredményei szerint azonban az idegenekkel szembeni erőszaktevők esetében az apával való kapcsolat jobb előrejelzője a szexuális bűnelkövetésnek, mint az anyai kötődés, emellett az agresszív, antiszociális, tolazkodó szexuális viselkedésben szintén inkább az apához való viszony tűnt jobb prediktornak, így elképzelhető, hogy a gyerek átveszi az elutasító apa nőkhöz való negatív hozzáállását, kiváltképp, ha az anyával való kapcsolat is megzavart. Az incestust elkövetőknek viszont inkább az anyai kötődésükben jelent meg több szorongás és elkerülés, míg az idegenekkel szembeni erőszaktevőknél bizonyult kritikusnak és problematikusnak az apával való kapcsolat (Smallbone és Dadds, 2000).

Stirpe és munkatársai (2006) 61 fő szexuális bántalmazót (incestus elkövetőt, pedofilt és felnőtt nőekkel szembeni erőszakos nemi közösülőt) összehasonlítva 40 fő nem szexuális (agresszív illetve nem erőszakos) bűnelkövetővel azt találták a Felnőtt Kötődési Interjú (AAI, *Adult Attachment Inventory*; George, Kaplan és Main, 1996) terminológiát alkalmazva, hogy a gyerekmoleesztálókra az elárasztott (*preoccupied*), az intesztus elkövetőkre az elkerülő (*dismissing*), míg a nem erőszakos nem szexuális bűnelkövetőkre pedig a biztonságos, autonóm kötődési stílus volt inkább jellemző a többi csoporthoz képest. Következtetéseiket úgy összegzik, hogy *a bizonytalan kötődés intimitástól való félelemhez és a kapcsolatok leértékeléséhez vezethet, illetve a szükségletek maladaptív kielégítéséhez*. Az idegen gyerekeket moleesztálóknál talált elárasztó stílus – amelyre jellemző, hogy vágnak az intimitásra, de nehezen tudják elérni, emellett úgy érzik, méltatlanok a szeretetre – összhangban van Marshall (1989) pedofilekről szóló leírásával, amely szerint másokat feláldozva, kétségbeesetten és hiába keresik az intimitást a szexben. Emellett a szociális-szexuális inkompetencia a pedofília fontos összetevője, ezért is fordulnak a gyerekek felé, akivel szemben kognitív torzulásaik révén a kapcsolatot rendszerint kölcsönösnek tekintik, illetve „szerelmesek” a kiskorúba (Marshall, 1989).

SZEX A SZERELEMBEN – INTIMITÁS A DIÁDIKUS KAPCSOLATOKBAN

Virágzó kapcsolat: kötődés, szerelem⁵

Snyder és Lopez (2007) *Positive Psychology* című könyvükben úgy definiálták a *virágzó kapcsolatot*, mint egy olyan jó viszony, amely folyamatosan fejlődik és válik egyre jobbá a mindkét partner részéről tett közös erőfeszítések nyomán. Amint megfogalmazták, a kötődés és a szerelem szükséges, azonban nem elégséges feltétele egy ilyen kapcsolat fenntartásának, *céltudatosan pozitív párkapcsolati viselkedésnek* kell kísérnie (Snyder és Lopez, 2007).

Mindannyian a szeretet/szerelem képességével születünk, de mint minden adottságunk kifejlődése, ez is megfelelő stimulálást és gyakorlást igényel. Azok a személyek válnak képessé a szeretet és a szerelem megélésére, akik korai éveikben elegendő szeretetet kaptak. A szeretni és szeretve lenni szüksége egyetlen módon tanulható és fejlődhet ki: a szeretet élménye által (Montagu, 1970) – ami egyben összecseng a kötődési elméletben foglaltakkal. Az érzelmi kötelék megannyi hasonló gesztust eredményez a szerelmesek közt, mint ami a szülő-gyerek kapcsolat esetén megszokott: puszilgatás, ölelések, érintések, „baba-beszéd”, kézfogás és még számos párhuzam a viselkedésben megfigyelhető (Firestone, Firestone és Catlett, 2006f).

⁵ A párkapcsolatok dinamikájáról részletesebben: Hevesi K. (2012). Az elveszített és újra megtalált szenvedély. In: Gutman B. (szerk.) *Párkapcsolat Klinika*. Kulcslyuk Kiadó, Budapest.

Rubin (1973) hangsúlyozta emellett a különbséget is: a szerelem több az erős szeretetnél – szinte mindenki életében vannak olyan emberek, akiket nagyon szeret, de nem szerelmes beléjük, ám a szenvedélyes szerelemnek sem feltétele a mély szeretet megélése (Rubin, 1973).

Szex és szerelem viszonyát tekintve Lewis (1960/1971) *The Four Loves* című művében úgy fogalmazta meg, hogy szerelem nélkül a szexuális vágy csak egoista ösztön kielégülés, mely öncélúan önmagunkról szól. Az egyik legfontosabb dolog, amit a szenvedélyes szerelem tesz, hogy elmossa a különbséget az adók és a kapók között. A szerelem megélése enyhíti az egyén szeparációját – vallja a hegei filozófia – a különálló én tudata eltűnik, és minden határ feloldódik a pár tagjai között. Ez az eggyé válás valódi transzcendens élményt jelenthet, a szex pedig ennek természetesen megnyilvánuló, extatikus módja: az én elvesztésének legintenzívebb fizikai útja (Lindholm, 1998).

Szerelem és szexualitás kapcsolatára a különböző nézetek másképp tekintenek, eltérnek abban, hogy melyiket veszik elsődlegesként. A biológiai és freudiánus elméletek szerint a szerelem a szex indirekt, másodlagos kifejeződése, míg Platon és a vallásos teóriák épp fordítva látják: a szerelmet tekintik alapvetőnek, s a szexualitást, mint az intimitás megélésének legmélyebb szintjét definiálják. Aron és Aron (1997) elmélete szerint a kettő közel azonos jelentőségű, s egyetlen közös motivációs rendszer vezérli – az énkiterjesztés – mivel az emberek motiváltak arra, hogy kiterjesszék az énjüket. Az énkiterjesztés egy fontos területe és lehetősége a társas kapcsolat, amely egyszerre jelent két különböző, ám összetartozó folyamatot: az én kiterjesztését (például újdonság és izgalmas élmények átélése a romantikus partnerrel), és a másik belefoglalását az énképbe, mely az identitás szintjén is megjelenik. A romantikus szerelem és az intim együttlét által ennek magas szintje válik lehetővé (Hendrick és Hendrick, 2003; Aron és Aron, 1997; Aron és Westbay, 1996; Lewandowski és mtsai, 2006). Aron és Aron (1995) két prospektív kutatásban vizsgálták az énkép és a szerelem kapcsolatát, s azt találták, hogy a „szerelembe esés” a spontán énkép tartalmában és területeinek változosságában is eredményezett változást, emellett megjelent egy nem szignifikáns tendencia az önjellemzésben több pozitív kifejezés használatára; valamint a szerelem élménye az észlelt énhatékonyság érzés és az önértékelés növekedéséhez is vezetett (Aron és Aron, 1995).

A szerelemnek számos elmélete és típusainak változatos elnevezése született, olyan megfogalmazások, mint például: valódi, érzéki, plátói, szentimentális, igaz, baráti, önzetlen, üres, infantilis, birtokló, romantikus, fatális, mániákus – azonban a legáltalánosabb felosztásnak a szenvedélyes és társszerelem tekinthető. A *szenvedélysszerelem* egy erőteljes, „forró” érzelmi állapot, melyben a gyengeség és szexuális érzések, feldobottság és fájdalom, alturizmus és féltékenység együtt létezik az érzések kuszaságában, emellett magában foglal egy intenzív vágyat a másikkal való egyesülésre. Ezzel szemben a *társszerelem* „meleg” érzelm, gyengeség és ragaszkodás az iránt, akivel életünk szorosan összefonódott (Berscheid és Walster, 1978, idézi: Hatfield és Rapson, 1993). Legnagyobb irodalma a szenvedélyes szerelemnek van, melyet eleinte egyedi jellemzői mentén írtak le: gyors és váratlan kezdet, viszonylag rövid élettartam, a másik idealizálása, mentális belefeledkezés, testi jelekkel kísért fiziológiai arousal, szexuális vágy és sóvárgás, kizárólagosság (exkluzív fókusz a kitüntetettre). A szenvedélyes szerelem központi vonása az erőteljesen szexualizált jelleg – mivel a szexualitás az elsődleges mód, ahogy a partnerek szerelmüket kifejezni tudják egymás iránt. A társszerelem viszont nagyrészt rezisztens az időben, s hasonlóképp pozitív érzelmekkel írják le átélőit: hit és bizalom, tolerancia, nyugalom, kölcsönös tisztelet, őszinteség, nyitott kommunikáció (Regan, 2006).

A korai megközelítések elsősorban az irodalomból, a filozófiából, a teológiából és a tudományos diskurzusokból születtek, s eleinte a szerelemre, mint globális érzelmre tekintettek. A modern felosztásokban azonban már sokarcú, multidimenzionális konstruktumként jelenik meg – egyben a két legismertebb elméletben is így szerepel (Regan, 2006; Hendrick és Hendrick, 1986). Sternberg (1986) a *szerelm háromszög modelljében* az alakzat három csúcsán elhelyezett komponensek – *szenvedély, elkötelezettség, intimitás* – megléte és aránya szerint nyolcféle szerelemtípust azonosít a nem-szerelemtől a tökéletes szerelemig (előbbit mindhárom hiánya, míg utóbbit valamennyi megléte jellemzi). Hasonlóan ehhez Lee (1973) is három kulcskomponenst nevesít, melyben az egyes típusokat a *szerelm színeiként* definiálja: az *érosz* (szenvedélyes), a *ludusz* (játékos) és a *storge* (baráti) az elsődleges, úgymond alapszínek, míg a *pragma* (számító), a *mánia* (megszállott) és az *agapé* (önfeláldozó) pedig a másodlagos, keverékszín a szerelmi palettán.

A *szerelemnek, mint érzelmnek* számtalan megnyilvánulási formája, manifesztációja létezik. Többek szerint (pl. Shaver, Morgan és Wu, 1996) elsődleges érzelmnek kellene tekinteni, mivel sok más, összetett emóció alapjául szolgál, s arckifejezésének jól megkülönböztethető, univerzális szignáljai vannak (Hendrick és Hendrick, 2003). Shaver és munkatársai (1996) továbbá hozzátesszik, hogy a szerelem emellett egyfajta „diszpozicionális” és állapot jelleggel is bír, így utóbbira példák azok az intenzív pillanatok, amikor különösképpen erős szerelmet érzünk valaki iránt.

Ezzel szemben Aron és munkatársai (pl. Aron, Paris és Aron, 1995; Agnew és mtsai, 2004; Fisher, Aron és Brown, 2005) álláspontja szerint a *szerelm egy primer motivációs rendszer*, amely a humán párválasztást vezérli, s ezt bizonyítják azon drive-ra utaló vonásai is, mint: kitartó, célra irányuló, jutalomvezérelt, emellett nem köthető egyetlen specifikus arckifejezéshez sem. Evolúciós párhuzamait véve az emlősök és madarak esetében három egymással szoros kölcsönhatásban álló, ámde független agyterület azonosítható, melyhez konkrét funkciók tartoznak: a szexdrive motiválja a párzást, a vonzalom az udvarlást, a kötődés pedig a párválasztást. Így Aronék elmélete szerint a romantikus szerelem az elsődleges motivációs rendszer, ezért a szerelem erősebb a szexdrivenál, s ennek bizonyítékeként említik, hogy egy szexuális visszautasítás után az emberek nem szoktak öngyilkosságot elkövetni, míg a szerelmi bánat gyakran szedi áldozatait. Jutalomvezérelt voltát pedig szubkortikális dopamin pályák fMRI-ben mérhető aktivitása nyomán tekintik bizonyítottnak, melyben ingeranyagként a szerelmes fényképe, illetve egy nem-szexuális ámde eufórikus élmény felidézése szolgált. Az aktivitást mutató agyterületek: a *jobboldali ventrális tagmentális area*, amely az agy jutalomközpontjának tekinthető, és az élvezet, általános arousal, fókuszált figyelem, valamint a cél elérésére és megszerzésére irányuló motivációval függ össze; és a *nukleusz kaudátusz*, mely a jutalom észlelésében, az elvárásban, a célállításban és a szenzoros inputok integrálásában vesz részt az akcióra való felkészülésben – egyben mindkét agyi terület emlősök esetében a jutalom és motiváció funkcióiban is érintett (Fisher, Aron és Brown, 2005, 2006).

Esch és Stefano (2005) a szerelem adaptív neurobiológiai természetét emeli ki. Meghatározásuk szerint egy komplex idegéletteni jelenség, amely olyan érzéseket foglal magába, mint a bizalom, felelősség, élvezet, öröm – s nagyrészt az agy jutalmazó központjának aktivitásához köthető, így például a limbikus rendszerhez. Ezek a folyamatok elválaszthatatlanok az oxitocin, vazopresszin, dopamin és szerotonerg rendszerektől, valamint az endorfintól – azok visszaszabályozásával egyetemben. A természetes megerősítők és az élvezetet jelentő aktivitások szükségesek a túléléshez és az appetitív motíváltsághoz, s általában biológiai fontos viselkedést vezérelnek, úgymint az evést, a

szexualitást és a reprodukciót. Esch és Stefano (2005) szerint ezért a szerelem, az élvezet és a sóvárgás stressz csökkentő és egészségmegőrző potenciállal bír, mivel fenntartja és facilitálja a szervezet számára biológiailag hasznos motivációt és viselkedést.

A szerelem biokémiai hátterét idézve azonban kitüntetett szerep jut az oxitocinnak, amely nagyrészt megválaszolja azt a kérdést, hogy miért érezzük magunkat szerelmesebbnak és a másikat érzelmileg közelebb magunkhoz egy szexuális együttlét után (Fisher, 2000): az oxitocin, amely a tejelválasztásért felelős, egyúttal az orgazmushoz is hozzájárul, s megerősíti az élvezetes aktivitást. A hipotalamusz által irányított oxitocin szekréció serkenti a tej kiválasztást és méh kontrakcióját, valamint növeli a szexuális aktivitást is. A vér oxitocin koncentrációja férfiak és nők esetén is orgazmus alatt megemelkedik (Sadock, 2005). Az oxitocin és a vazopresszin hormonok egyaránt szerepet játszanak mind a szexuális válaszok szintjén, mind a bensőséges kapcsolatok kialakításában (Fisher, 2004). A szexualitáshoz és a szüléshez kapcsolódó hormonok számos érzelmi, motivációs és tudatállapot-módosító hatással is vannak a folyamatban résztvevőkre (Varga, 2009). Helen Kaplan (1995) szerint az oxitocin tölti be azt a „ragasztószerepet” amely a csecsemőket az anyjukhoz, s a szerelmeseket egymáshoz köti.

Kevésbé romantikus elképzelést takar az a nézet, amely a *szerelmet, mint kényszeres kórképet* tárgyalja, mivel tüneteiben nagy hasonlóságot mutat az obszesszív-kompulzív zavarral: intruzív (betörő) gondolatokkal, repetitív viselkedéssel és az agy megváltozott szerotonin metabolizmusával írható le. Goldmeier és Richardson (2005) nézete szerint számos párhuzam áll fenn a kényszer és a szerelem állapota között: visszatérő, ismétlődő gondolatok, a mindennapi feladatokra való koncentrálás képtelensége, alvászavar (az alvás mennyiségének csökkenése), kényszeres viselkedés, hogy a másik közelébe kerüljön a szerelmes, levelek, gyakori telefonbeszélgetések, a másik tökéletesként észlelése. Végezetül pedig mindkettő egy stresszes állapot, melyet a szerotonin metabolizmus zavara és emelkedett kortizolszint jellemez (Goldmeier és Richardson, 2005)

Gonzaga és munkatársai (2006) kiemelik, hogy a romantikus szerelem és a szexuális vágy eltérő verbális tartalommal, nonverbális kommunikációs jelekkel, fiziológiai markerekkel és kapcsolati kimenetellel jár. Spontán rövid interakciókat vizsgálva figyelték meg párok viszonyát, s ennek alapján a szerelem jegyeiként azonosították, amikor a boldogság érzelmi jelei dominálják a nonverbális kommunikációt, így: a megerősítő, egyetértést jelző fejbólintások, Duchenne (természetes) mosoly, pozitív óvó-védő kézmozdulatok, a törzzsel a partner irányába való dőlés. Ettől jól megkülönböztethetőek a szexuális jegyek, amikor a szexuális vágy tartja fenn a figyelmet és az arousalt, ekkor jellemzően az ajkak megharapása, megnedvesítése, szívása, csücsörítése, kézzel történő megérintése, a nyelv előrehozatala (láthatóvá tétele) figyelhető meg inkább (Gonzaga és mtsai, 2006).

Baumeister és Bratslavsky (1999) olyannyira fontosnak tartja az ember esetében az intimitás fokozását a romantikus kapcsolatokban, hogy véleményük szerint a szemtől szembeni szexuális pozíciók is emiatt alakultak ki. Míg a legtöbb majomfajnál igaz, hogy – jóllehet, csontvázuk alkalmassá tenné őket erre a párzási testhelyzetre – mégis megmaradtak a hátulról való közösülésnél. Bingham (1928) az emberi agy növekedésével és intelligenciájának fejlődésével magyarázta – ami az *Australopithecus* esetében végbement, s formájában a *Homo ergaster*-nél jelenhetett meg –, hogy el tudott szakadni a sztereotip kopulációs sémáktól. Másrésztől azonban a nőtény majmoknál több faj esetében is megfigyelhető, hogy megkísérelnek hátrafordulva a hímre nézni dorzoventrális közösülés közben – amiképp számos antropoidnál (emberszabású) a

kopulációt megelőzően a szemkontaktusnak nagy szerepe van. Minden valószínűség szerint e facilitáló kommunikációt segít fenntartani a szemtől szembeni aktus (Dixon, 2009; Dixon, 2012).

A párkapcsolati hűtlenségnek is egyik legfontosabb következménye – amely gyakran az elkötelezett kapcsolat megszakadásához is vezet –, hogy csökken a partnerrel való intimitás a külső viszonyból kifolyólag. Jóllehet, igen széles skálán mozog, hogy mit is tekintenek a felek valóban megcsalásnak, így a flörtölést, randevúaszt, csókolózást, érzelmi hűtlenséget, az orális szexet vagy kizárólag a szexuális aktust; az egyéjszakás kalandot illetve a párhuzamosan folytatott viszonyt, vagy akár az internetes pornónézést is. Nemi különbség tapasztalható emellett abban, hogy mi váltja ki a hűtlen fél igényét a külső kapcsolat iránt: férfiak esetében inkább az unalmasnak ítélt szexuális élet, míg nőknél a kapcsolattal való általános elégedetlenség a fő mozgatórugó (Traeen és Thuen, 2013).

Vizsgálatok szerint a szexuális fellángolás élettartama átlagosan három év. Ám annak megértésére, hogy miért szelektálódott ki a szerelem érzése evolúciós őseinknél, figyelembe kell venni azokat a viselkedéseket, amelyeket generál – jóllehet hátránya is akad, amint az például a regényekben is olvasható. Legfontosabb vívmánya a párválasztás, mely nem csupán szexuális értelemben jelentős, hanem az elköteleződés, a közös otthon megteremtése, öröm az utódokban és azok felnevelésében. Továbbá a szerelem a fiatalokat segíti elszakadni a szülői „fészektől” – amelynek azonban nagy a jelentősége a partnerpreferenciák terén is, így nem véletlen, hogy a szerelmet gyakran a madarak imprintingjével vonják párhuzamban (Tennov, 1998).

AZ EVOLÚCIÓS ÖRÖKSÉG: DISZTÁLIS HATÁSOK ÉS A „PÁRVÁLASZTÓ AGY”

Szexuális szelekció és a szexuális stratégiák elmélete

Charles Darwin *A fajok eredete* (1859/2000) című művével útjára indított egy olyan erős tudományos magyarázóerőt, amely az emberi viselkedés és gondolkodás szinte teljes spektrumát érinti az evolúciós fejlődés értelmezései által. Korszakalkotó elméletében nem csak a természetes szelekciónak, hanem a *szexuális szelekciónak* is fontos szerepet tulajdonított: ahol az egyedek közötti versengés a potenciális szexuális partner megszerzéséért zajlik (Buss, 1998; Barber, 1995). A férfiak és a nők azonban különböző adaptív problémákkal és eltérő korlátokkal találták szembe magukat az ember evolúciós fejlődéstörténetében. A férfi evolúciós érdeke minél több elérhető és fogamzó képes nő megtermékenyítése, míg a nő számára pedig egy olyan férfitpartner megtalálása, aki képes és hajlandó az erőforrásait rájuk és a születendő utódokra fordítani. E célok elérése végett mind a nők, mind a férfiak fejlesztettek ki rövid és hosszú távú párválasztási stratégiákat, s a konfliktusokat főképp az okozza, amikor ezek az eltérő érdekek szembeállnak (Buss, 1993). A nők és a férfiak különböznek a kötelező szülői ráfordítás terén, ezért a férfiak gyakrabban alkalmaznak rövidtávú stratégiákat. Ennek ellenére a nők is használnak rövidtávú stratégiákat (Buss, 1998), jóllehet, jóval gyengébb érdeklődést mutatnak a személytelen kapcsolatok iránt, valamint kisebb motiváltságot a szexuális változatosságra – esetükben inkább a „spermadonor szelekció” dominál: a legjobb gének biztosítása a születendő utód számára. A nők ugyanakkor egyáltalán nem passzívak a párválasztásban, s az evolúció inkább a nőknek kedvezett azon a téren, hogy sokkalta jobban képesek a nonverbális jelek értelmezésére és küldésére (Barber, 1995).

A *szexuális stratégiák elmélete* szerint az olyan pszichológiai mechanizmusok, mint a párválasztás a szelekciós nyomásra adott válaszként fejlődtek ki, amelyet az adaptív problémák ütközése hívott életre az adott környezetben (Buss és Schmitt, 1993). Ráadásul az ember szaporodási képessége jelentősen különbözik az emlősállatokétól abból a szempontból, hogy a nő folyamatosan fogékony a szexuális közeledésre, és a rejtett ovuláció evolúciója által a férfi nem tudhatja biztosan, hogy a megtermékenyítés szempontjából mikor a legeredményesebb a közeledése (Barber, 1995).

A szexuális szelekció két párhuzamos mechanizmuson keresztül érvényesül: az egyik az *intraszexuális szelekció*, vagyis a nemen belüli versengés, a másik pedig az *interszexuális szelekció*, a párválasztás – így, egyfajta „hölgyválasz” érvényesül, s nem belüli konszenzus arra vonatkozóan, hogy melyek az ellenkező nem preferált tulajdonságai (Buss, 1998). Geoffrey Miller (2006) nagysikerű könyvében, a *Mating Mind*-ban (A párválasztó agy) ráadásul még az olyan humán specifikumokat, mint az intellektuális képességeket, a művészi hajlamot, az esztétikai érzéket vagy a moralitást is bevonja a párválasztási folyamatokba: e képességek úgy funkcionálnak, mint a pávakakas tollazata – az udvarlás, a tetszeni akarás hívta életre, s tulajdonosa fittségét, rátermettségét, kíváncsiságát hivatott reprezentálni.

A vonzónak ítélt tulajdonságok azonban nagyrészt attól is függnék, hogy rövid vagy hosszú távú viszonyra keresünk partnert. Így egy nő kifejezetten attraktívnek számít olyan szexuális aktusra könnyedén kapható jelek alapján, mint például a nyílt flörtölés, kihívó öltözködés, a férfi provokatív érintése vagy a direkt felhívás a szexre alkalmi viszony esetében – míg ugyanez a viselkedés a hosszú távra tervezett párkapcsolat kialakítását nem szolgálja (Schmitt és Buss, 1996). A férfiak kíváncsiságnak ítélik a könnyű szexuális hozzáférhetőség jeleit mutató nőket rövidtávon, míg a nőknél ilyen preferencia nem jelenik meg – azonban a hosszú távra való tervezés esetén mindkét nem a kizárólagosságra (monogámiára) utaló jeleket ítéli vonzóbbnak (Schmitt, Couden és Baker, 2001).

Spermaverseny és hűtlenség

A férfi számára evolúciós értelemben a partner szexuális hűtlensége jelenti a legnagyobb veszélyt, mivel így előfordulhat, hogy konkurens génekbe, azaz másik férfi által fogant utódba investálja erőforrásait. Ezzel szemben a nő számára az érzelmi hűtlenség jelent nagyobb fenyegetés, mert ez annak rizikóját hordozza, hogy csökken a férfi elköteleződése irányába, és a továbbiakban erőforrásait a rivális nőre illetve annak utódjaira fordítja (Buss és mtsai, 1992). Ezen alapvető evolúciós premisszáinak köszönhető a hímek részéről tapasztalt *spermaverseny* fogalma is, amely eredendően azt a jelenséget takarja, amikor két különböző hím spermája találkozik a nőtény reprodukív traktusában. Ennek elkerülése végett a hímek általában a párörzést alkalmazzák, vagy amennyiben ez nem valósítható meg, akkor a gyakori kopulációt, illetve nagy mennyiségű sperma kibocsátását (Birkhead, 1998). A férfi pénisz morfológiai szempontból kifejezetten e spermakompetíció szabályainak megfelelően alakult (Gallup és mtsai, 2003), amint egy genitális modellezés nyomán kísérletileg is kimutatták: a férfi nemi szerve konkrétan a legtokéletesebb spermaelhelyező szerkezet.

További kérdés aztán, hogy miért van szükség ember esetében ilyen magas kopulációs rátára, ha csupán egyetlen aktus is elegendő lenne a megtermékenyítéshez. Ez a kooperáció terminusaiban is értelmezhető, amely a férfi számára az apaságot biztosítja, a nő-

nek pedig a férfi hozzájárulását az utódgondozáshoz. A férfi motivációja emellett érzékeny az olyan „hangos” szexuális szignálokra, mint a női orgazmus, amely egyben a nő szexuális nyitottságát, fogadóképességét is jelzi a férfi felé (Klusmann, 2004, 2006; lásd még: Klusmann és Berner, 2010).

Shackelford és munkatársai (2004) a spermaversennyel (pontosabban így annak elmaradásával) magyarázták, hogy a férfiak a.) a házasság, b.) az alkalmi szexuális kapcsolatokat fenntartó, illetve c.) az alkalmi viszonyokat sem folytató nők közül utóbbiakat ítélték a leginkább kíváncsi rövidtávú partnereknek is. Más evolúciós célok által vezérelve, ám a nők is az ilyen partnert preferálják, evolúciós szempontból értelmezve a hosszú távú párkapcsolatba való átfordulás esélye miatt.

A spermaverseny realitásánál maradva napjainkban Baker és Bellis (1993) angol női mintán végzett vizsgálata alapján a megkérdezettek 30%-a vallotta azt, hogy fordult elő már vele élete során, hogy egy 24 órás periódusban két különböző férfi is teherbe ejthetne volna.

McKibbins és munkatársai (2010) részben a férfi kapcsolati elégedettségével, másrészt azonban a spermakompetíció veszélyével is magyarázták a férfiak nagyobb figyelmességét és törekvését egy tartós párkapcsolaton belül a női partner orgazmushoz juttatásában.

Az evolúciós nézőpontot véve érdekes eredményre jutott azonban Wade és munkatársai (2008) vizsgálata, cáfolva azt az alapvető feltételezést, hogy a férfi számára a partner szexuális, míg a nőnek inkább a férfi érzelmi elérhetősége fontosabb egy kapcsolatban. Eredményeik szerint az egyetemista(korú) fiatalok mindkét nemből inkább tekintik az érzelmi kötődés hiányát egy szakítási döntés okának – szemben a partner szexuális hajlandóságával –, tehát mind a férfiak, mind a nők számára a legfontosabb a szeretet/szerelem megléte egy párkapcsolatban (Wade és mtsai, 2008).

A hűtlenség szintén gyakran vezet szakításhoz, a házasságok felbomlásában jelentős szerepet játszik. Buss és Shackelford (1997) azt vizsgálták, hogy mely tényezők teszik hajlamossá az egyént a házastársi hűtlenségre. Százhet házaspár eredményei alapján az olyan személyiségvonások predesztinálnak a megcsalásra, mint a magas narcizmus és pszichotizmus, és az alacsony lelkiismeretesség; míg a párkapcsolat jellemzői közül mindkét nem esetén elsősorban a szexuális elégedetlenség. Emellett olyan specifikus konfliktusforrások is hozzájárulnak a hűtlenséghez, mint a partner szexuálisan kihívó viselkedése mások felé, a túlzott féltékenységi, a másik birtokolni akarása, a szexualitás visszautasítása és a társ alkoholfüggősége. A házassággal és a házastársi intimitással való elégedetlenség, a szerelem és az érzelmek hiánya a kapcsolatban belül, valamint a hűtlenség anticipációja szintén a megcsalás irányába mutat mindkét nem esetén (Buss és Shackelford, 1997).

Újabb kutatások az evolúciós paradigma keretében

Hughes és munkatársai (2007) a csókot adaptív párválasztási/párkapcsolati rituáléként értelmezve vizsgálták a két nem szempontjából. A három aspektus, amelyre hipotéziseik irányultak: 1.) Az utódgondozásba többlet investáló nőnél nagyobb jelentőséggel bír a genetikai szelekció és a kompatibilitás ellenőrzése, a rejtett egészségproblémák, így a nők nagyobb kemoszenzoros érzékenységre támaszkodva a csókot „előszűrőként” alkalmazzák a megfelelő partner kiválasztására, ezért számukra nagyobb jelentőséggel bír. 2.) Mivel a csók biokémiai ember esetében az oxitocin szint emelkedését okozza, ami a partnerek elköteleződését serkenti, emellett mindkét nem a partnerek közötti leg-

romantikusabb aktusként értékeli, ezért a nő az alkalmi kapcsolatokban is törekszik e magas intimitásszintű gesztus elérésére. Ezzel szemben a férfi rövid távú kapcsolataiban inkább kerülni igyekszik a csókot, ami számára így az érzelmi távolságtartás technikáját jelenti. 3.) A csók szexuális izgalomfokozó és aktushoz vezető jellege folytán mindkét nem esetében a hosszú távú kapcsolatban fontos, s ugyanezen tulajdonságai miatt erős feltékenységhez is vezet, amennyiben a partner mással csókolózik. Férfiak a csókot alkalmi kapcsolatban szándékosan, sőt gyakran erőszakkal alkalmazzák a nő szexuális aktusba való bevonása végett, míg a nő pedig, ha nem akar közösülni a férfivel, épp elkerülni igyekszik. Nagyméretű egyetemista mintán (1041 fő) kapott eredményeik szerint a férfiak kisebb jelentőséget tulajdonítanak a csóknak, kiváltképp a rövidtávú kapcsolatokban, valamint inkább használják a szexuális aktus elérése végett. A nők ezzel szemben partnerszelekciós döntéséhez sokkal nagyobb mértékben alkalmazzák, úgymint a kapcsolat elkezdésénél, fenntartásánál, valamint a kapcsolat aktuális státuszának folyamatos monitorozása végett a hosszú távú viszonyokban (Hughes és mtsai, 2007).

A szülői ráfordítás mértékéből kiindulva a vérfertőzés rizikójának elkerülését vizsgálták nők mobiltelefonos híváslistája alapján Lieberman és munkatársai (2010). Eredményeik szerint – amint az az állatvilágban is gyakori – a nők csökkentenek mindenféle interakciót férfi rokonaikkal, kiváltképp édesapjukkal a termékenységi ciklusuk csúcán (Lieberman, Pillsworth és Haselton, 2010).

Jonason és Cason (2009) a hosszú távú viszonyt női, a rövid távút pedig férfi párkapcsolati stratégiának tekintve a két nem közötti kompromisszumként értelmezték az úgynevezett *booty call*-t (szó szerinti fordítása nehézkes: prédahívás). Ez hasonló, ám némiképp negatívabb konnotációval bír, mint a magyarul szexbarátságnak vagy „barátság extrákkal”-nak nevezett *friends with benefits* – ahol rendszerint a baráti viszonyból alakul ki e szexuális kapcsolati forma, amikor a felek egyedülállóak. A *booty call* jellemzője, hogy a felek kommunikációja általában telefonon történik, fontos szerepet játszik benne a fizikai attraktivitás, a férfiak sokkal nyitottabbak rá, a nők több ajánlatot kapnak, s rendszerint a férfiak miatt nem alakul át hosszú távú kapcsolattá (Jonason és Cason, 2009).

Gillath és munkatársai (2008) egy ötlépéses vizsgálatsorozatban nézték a szexuális előfeszítés (*sexual priming*) hatását a kapcsolati szándéokra. Végző konklúziójuk, hogy szexuális kulcsingerekkel motiválni lehet az embereket egy közeli kapcsolat kialakítására és fenntartására mindkét nem esetében – a küszöb alatti (szubliminális) ingerek által jobban, mint a tudatosakkal (szupraliminális). A szexuális ingerek nyomán a személyek hajlamosabbá váltak az önfeltárássra, nagyobb áldozatvállalásra egy partnerért vagy kapcsolatért, jobban hozzáférhetővé váltak intimitással kapcsolatos gondolataik, valamint inkább preferálták a pozitív, mintsem a negatív konfliktusmegoldó stratégiákat (Gillath és mtsai, 2008).

Lenton és munkatársai (2007) a szociális projekció (pl. feltételezett hasonlóság) szerepét vizsgálták mások szexuális szándékának értelmezésében. Eredményeik szerint azok a férfiak és nők, akik motiváltabbak voltak az alkalmi szexre, inkább tulajdonítottak szexuális szándékot a célszemély kétértelmű viselkedésének, mint a hosszú távú kapcsolatra vágyók – ami a férfiak esetében adaptívnak tekinthető, amennyiben e téves szándéktulajdonítással is csökkentik egy szaporodási lehetőség elszalasztásának esélyét.

Van Straaten és munkatársai (2010) az ellentétes nemű személyek szemrevételezésének idejét mérték a két nem esetében, s a párválasztási stratégiák elméletéből kiindulva azt feltételezték, hogy míg a férfiaknál szignifikáns különbség várható a nézésidő tekintetében a kiemelkedően vonzónak ítélt beszélgetőpartner esetében, addig a nőknél ez a kü-

lönbség nem jelenik meg. Eredményeik igazolódását egyrészt a vonzóbb partner preferálásával, másrészt az udvarlás alatt alkalmazott eltérő kommunikációs stratégiákkal magyarázták. Számtalan további érdekes tanulmány született még az evolúciós paradigma keretében, mint például, hogy a férfi hangjának különböző jellemzői miképp játszanak szerepet a párválasztás sikerességében (pl. Hodges-Simeon, Gaulin és Puts, 2010; Cartei, Bond és Reby, 2014); a piros szín fokozza a nők szexuális vonzerejét a férfiak szemében (Elliot és Niesta, 2008); illetve a pletyka és „párási hírnév” jelentőségéről a humán udvarlásnál és a párválasztás tekintetében (De Backer és mtsai, 2007).

A SZEXUÁLIS REAGÁLÁS ÉS A FUNKCIÓZAVAROK

Kondicionálás és a szexuális viselkedés

Az evolúciós perspektíva folytatásaként az állatvilágban érvényesülő szexuális kondicionálás szabályai: a szexuális viselkedést a szteroid hormonok működésének egy bonyolult kölcsönhatása irányítja az agyban, amely felkelti a szexuális arousabilitást és a szexuális megerősíték korábbi tapasztalatait, ami pedig a megfelelő szexuális aktivitás elvárását, a szexuális vágyat, izgalmat és a teljesítményt emeli meg. A szexuális tapasztalatok lehetővé teszik az egyed számára, hogy externális és internális ingerek és a viselkedés *instrumentális tanulása* révén különböző szexuális megerősítésekben részesüljön. Továbbá, a külső és belső stimulusok között létrejövő *pavlovi kondicionálás* arra is képessé teszi az állatot, hogy megjósolja a kimenetet. Erre a kétféle tanulásra épülő ösztönös mechanizmus hozza létre a szexuális reagálás jól megkülönböztethető és automatikusnak tűnő patternjait. A korábbi szexuális tapasztalatok így a kopuláció időtartamát is befolyásolni tudják (Pfaus és mtsai, 2001), de ugyanígy az ondó mennyiségét és a spermák számát is, ahogy ezt Domjan és munkatársai (1998) a szexuális kontextus kondicionálásra révén japán fürjek esetében bizonyították. Taziaux és munkatársai (2008) e tanulási mechanizmus hatását a párási sikerre vizsgálták szintén japán fürjek agyi aktivitásának elemzésével, s azt találták, hogy a feltételes szexuális inger (*conditioned stimulus*, CS) exponálása a szexuális viselkedésben szerepet játszó két agyi terület – a mediális preoptikus área és a BNST (*bed nucleus of the stria terminalis*) középső résznek – aktivitását is eredményezte. Konklúziójuk, hogy a szexuális stimulusok számának növelésével megemelt neurális válasz a hím egyedben egyben a megtermékenyítés valószínűségét is növelni tudja (Taziaux és mtsai, 2008).

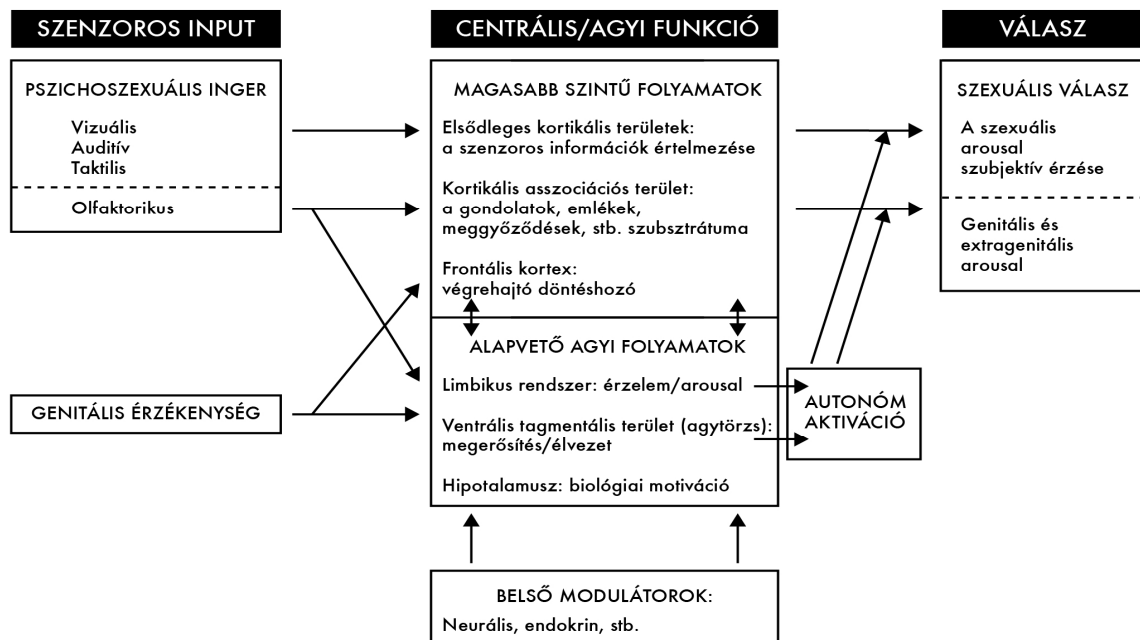
Az asszociációs tanulás szerepét a hímek szexuális partnerválasztására Pfaus és munkatársai (2001) patkányokon demonstrálták (Kippin és Pfaus, 2001a, 2001b; Kippin és mtsai, 2001), s a jelenséget *kondicionált ejakulációs preferenciának* (CEP, *conditioned ejaculatory preference*) nevezték el. E fenomén poligám és monogám állatfajok esetében egyaránt kimutatható, s neurobiológiailag az oxitocin és a vazopresszin hipofízis hormonokhoz köthető. A nőstény pedig ugyanezen tanulási folyamatok mentén szintén preferenciákat sajátít el, ami a női szexuális viselkedés mentén a szexuális receptivitásban (pl. lordosis reflex) nyilvánul meg (Pfaus és mtsai, 2001; Pfaus, 2007).

A tanulás szerepe ember esetében annyiban színezi az evolúciós örökséget, hogy az egyén nem csupán receptív versus nem receptív fajbélit választ, hanem a szexuálisan fogadó kész potenciális partnerek közül azt preferálja, akinek jellemzői a saját szexuális imprintingjének és tanulási történetének megfelel. Egy analógiával élve: az ösztönök és a hormonok felállítják a pályát („*set the stage*”), azonban a tanulási tapasztalatok írják rá a szabályokat („*write the play*”) a szexuális visszajelzések által (Pfaus és mtsai, 2001).

A humán agy, ahol a dolgok „valóban történnek”: a szexuális érdeklődés, az izgalom és a viselkedés központja

A szexualitást rendszerint, mint potenciális problémaforrást határozzuk meg. A szexualitás regulációja, a normalitás és abnormalitás közti különbségtétel nehézsége régi múltra nyúlik vissza, amelyben a pszichológia mindig is mélyen involvált volt (Ussher és Baker, 1993/2002).

A humán szexualitást azonban nem érthetjük meg az agyban lejátszódó folyamatok nélkül (Janssen, 2007). Ám még a legegyszerűbb állatkísérleti modellek (pl. patkány) is azt mutatják, hogy a szexuális viselkedés esetében számtalan struktúra integrált és összehangolt működése szükséges ahhoz, hogy egy sikeres aktus létrejöhessen. Így a szexuális válasz szenzoros, információ-feldolgozó, motivációs és motoros elemei – nem beszélve azon agyi struktúrák aktivitásáról, amelyeket számos további internális és externális hatás modulál. A 2. ábra ennek sémáját szemlélteti (Rowland, 2006).



2. ábra. A szexuális izgalom és válasz pszichobiológiai komponensei
(Rowland, 2006 nyomán)

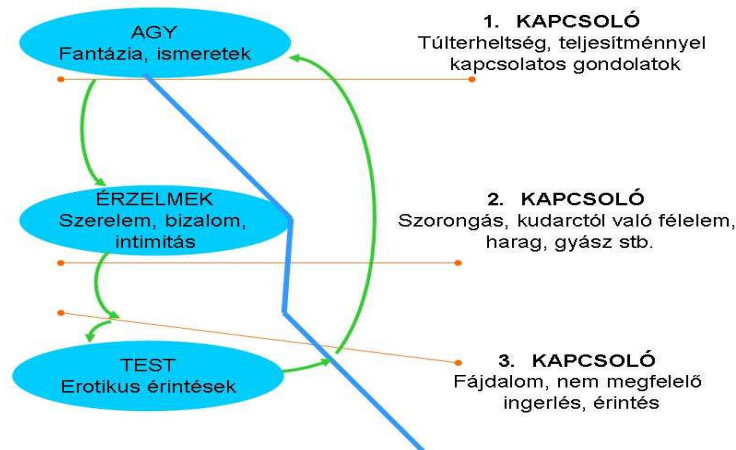
A Kinsey Intézet könyvsorozatában megjelent *The Psychophysiology of Sex* című kiadvány 552 oldalon keresztül tárgyalja a szexuális viselkedés különböző komponensei és zavarai mögött meghúzódó neurális rendszerek szerepét (Janssen, 2007). A lehető legegyszerűbben a következőképpen foglалható össze: ember esetében a *szubkortikális struktúrák* (kiemelten a hipotalamusz-hipofízis szerepével), a *jobb agyfélteke* kérgi területei, illetve a magasabb kortikális áréak – amelyek a szexualitás kognitív aspektusát adják: szexuális gondolatok, memória, fantázia, képek – mellett szocializációnk fontos aspektusát jelentik a szexuális viselkedés kontrollálásáért vagy elnyomásáért felelős *frontális lebeny* funkciók. E kontroll az, amely a szociálisan kíváncsú/megfelelő szexuális viselkedést létrehozza (Demakis, 2006). Klusmann (2004) példájával élve: egy férfi véletlenül rossz hotelszobába nyit be, ahol az ajtó mögött egy meztelen nő áll. Ha a szex drive szabadon működhetne, akkor valószínűleg a hirtelen támadt szexuális izgalom

hatására megpróbálna szexuális aktusba bocsátkozni a nővel. Ehelyett azonban legátolja motivációját, s a szociális forgatókönyvek szabályai szerint inkább csak zavarba jön és gyorsan becsukja az ajtót.

Így izgalmi és gátló funkciók illetve hatások egymáshoz viszonyított aránya határozza meg a megjelenő szexuális viselkedést (ahogyan ezt több, a későbbiekben bemutatásra kerülő modell is központi gondolatává is tette). A *kortex* szerepe a szexuális impulzusok kontrollja mellett a szexuális aktivitáshoz vezető ingerek feldolgozása is. Elsősorban az *orbitofrontális kéreg*, a bal oldali *anterior cingulum*, valamint a jobb *nukleusz caudatus* érintett benne. Minden emlős esetében a *limbikus rendszer* az ön- és fajfenntartásért felelős viselkedésekben érintett, így például a pénisz erekciója a *szeptum*, a *mediális preoptikus áréával* összefüggő részek, a *fimbria hippocampi* és az elülső *talamikus magvak* elektromos agyi ingerlése által kiváltható. A *hippocampus* a genitális tumescenciát és a gonadotrop hormonok termelését befolyásolja, míg az *amygdala* stimulációja orális (rágás, szájcuppantás/csettintés) és genitális válaszokat (erekció) is eredményez. Az agytörzs gátló és serkentő kontrollt gyakorol a gerincvelői szexuális reflexek felett. A *nukleusz paragigantocelluláris*nak serkentő szerepe van a férfi orgazmushoz tartozó válaszokban, s nagy valószínűséggel a női fiziológiai működésre is; ez a nukleusz direkt projekciókat küld a lumbosacralis (ágyéki-keresztcsonti) gerincvelői köteg efferens neuronjaihoz, amely szerotonin kiválasztást eredményezve pedig gátló hatással van az orgazmusra. A lumbosacralis köteg egyben projekciókat kap az agytörzs más szerotonerg magvaitól is: a *Ralphe-magvaktól*, az extrapiramidális (pl. *globus pallidus*) és piramidális régiókból (Sadock, 2005).

A szexuális működésben és válaszreakciókban anatómiai, neurobiológiai és pszichológiai mechanizmusok egyaránt szerepet játszanak – amiképp az a biopszichoszociális paradigmában megfogalmazódott (Salonia és mtsai, 2010). A *British Medical Journal*-ban Ramage (1998) egy nagyon egyszerű modellt ajánl az orvosok számára (ami hármas tagolásában részben rímel az előbbi – *kortex*, *limbikus rendszer* és az agytörzs serkentő/gátló funkciói – felosztásra), hogy miképp magyarázható el a pácienseknek, hogy a szexuális válaszkészség zavarai nem korlátozódnak a genitáliákra, hanem pszichés eredetű faktorok is oki tényezőként megjelenhetnek. Így például kapcsolati problémák, korai szexuális tapasztalatok, traumák és aktuális életstresszorok, illetve ezek interakciója játszhat szerepet egy funkciózavar kialakulásában.

Leegyszerűsítve a szexuális izgalom (arousal) a gerincvelői reflex reakciója, amelyet a test – leggyakrabban a nemi szerek, de nem feltétlenül – megfelelő ingerlése okoz. Ezt a trigger azonban az agy értékeli, és az érzelmek moderálják – erőteljes hatást gyakorolva a szimpla reflexre. A szexuális izgalom ekképp egy elektromos áramkörként írható le, amely bármely ponton kiváltható, „felkapcsolható” – a gondolat, a test és az érzelmek szintjén – azonban ezek töréspontot, zárlatot is jelenthetnek egyben. *Testi* szinten a nem megfelelő fizikai ingerlés (erős/gyenge vagy időben kevés/sok stb.), illetve a fájdalom az, amely automatikusan minden pozitív reagálást megszüntet. Az *érzelmek* esetében a kudarcból való félelem, a szorongás, a teljesítménykényszer, valamint a harag, a megoldatlan konfliktusok és a gyász tehetik tönkre az erotikus ingerlés értékét – egyben rendszerint a legerőteljesebben hatnak. A harmadig töréspont a *kogníció*, a gondolatok szintjén következhet be, amikor az agy túlterhelt a lazításhoz – vagy például a férfi „megfigyelőként” monitorozza a saját teljesítményét, ezzel kizárva szinte minden más potenciálisan pozitív inger hatását. Másrésztől azonban oda nem illő gondolatok is megzavarhatják, elterelhetik a figyelmét, kiszakítva a jelen helyzetből. Ilyenek például a munkahelyi aggodalmak vagy negatív élmények felidéződése, a kudarc anticipációja és a bizonytalanság. Mindezek szerepét foglalja össze a 3. ábra (Ramage, 1998).



3. ábra. A szexuális izgalom (áram)köre: egy sematikus reprezentációja azon faktoroknak, amelyek pozitív vagy negatív hatással lehetnek a szexuális válaszra a test, a gondolatok és az érzelmek szintjén (Ramage, 1998 nyomán)
(Az ábra eredeti formájában kerül bemutatásra, jóllehet az agy – brain – helyett a gondolat vagy a kogníció kifejezés inkább lenne helyénvaló)

A humán szexuális válasz és zavarai

Masters és Johnson (1966) úttörő munkájukban a női és férfi szexuális zavarok megértése és kezelése céljából a szexuális viselkedés megfigyelését és fiziológiai mérések mentén történő dokumentálását végezték. „Egy tömörebb képet kaphatunk a szexuális ingerre adott fiziológiai reakcióról a humán férfi és női válaszciklus négy különálló fázisra való felosztásával” (Masters és Johnson, 1966. 4.o.).

Az általuk definiált négy szakasz a következő: (1) izgalom; (2) plató; (3) orgazmus; és (4) oldódás. A nagy egyéni különbségek hangsúlyozása mellett a férfi reagálásra egy, míg a nő működésre háromféle pattern-t írtak le (eltérések például a nő többszörös orgazmus készsége, illetve a kiterjedt, hosszan tartó orgasztikus fázis mentén jelentkeznek), melyek intenzitásukban és idői viszonyaikban eltérőek. Ugyanezt tekintették egyben érvényesnek a két nemre vonatkozóan is, hangsúlyozva, hogy a humán szexuális válasz a férfi és a nő esetében anatómiailag és fiziológiailag jobban hasonlít egymásra, mintsem különbözne: ami eltérés van, az inkább csak a már említett intenzitás és időtartamban nyilvánul meg. A szexuális reagálásnak e négy részre történő felosztása egy újfajta munkamodellt kínált a szexuális zavarok leírására és a problémák beazonosítására (Masters és Johnson, 1966).

Masters és Johnson viselkedés-lélektani és tanulásteoretikus alapokon nyugvó modellje azonban nem tartalmazta sem a szexuális vágyat a szakaszok esetében, sem pedig ennek zavarait – inkább csak a genitális funkcionálásra helyezte a hangsúlyt. Helen Kaplan (1995) biopszichoszociális szemléletű modelljében beemelte a fázisok közé, s elméletében központi szerepet tulajdonított neki. Kiemelte, hogy a szexuális válaszciklus későbbi fázisának zavarai (izgalom, orgazmus) enyhébb problémát rejtenek, míg a vágy esetében komolyabb és intenzívebb szexuális félelmek, pszichopatológia és házassági krízisek húzódnak meg. Röviden: minél korábbi fázisban jelentkezik a szexuális diszfunkció, annál súlyosabb a zavar és nehezebb a feloldása (Kaplan, 1995).

Nagyrészt e két modell integrációjának eredménye a szexuális funkciózavaroknak a következő felosztása – a DSM-IV-R sokat bírált nomenklatúráját követve.

A szexuális funkciózavarok felosztása

A szexuális vágy zavarai

„A szubjektív tapasztalatok szintjén a szexuális vágy vagy sóvárgás egy késztetés, amely arra ösztönzi az férfit és a nőt, hogy keressen, kezdeményezzen és/vagy válaszoljon a szexuális stimulációra” (Kaplan, 1995. 15.o.).

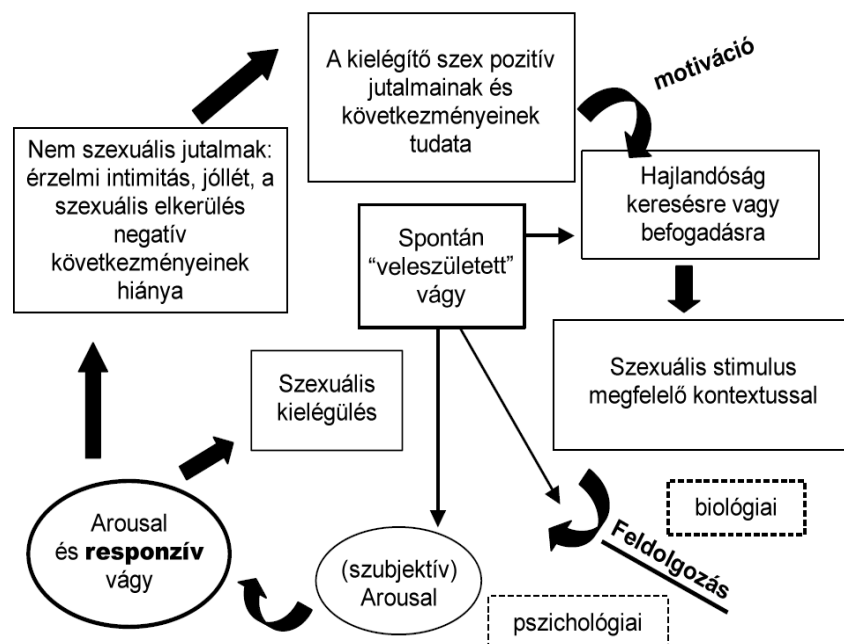
Kaplan (1995) több szempontból is párhuzamba állítja az evést és a szexualitást, az éhségközpont mintájára (laterális hipotalamikus magvak) „szexközpontként” az anterior mediális hipotalamikus magvakat nevezi meg az állatkutatók nyomán. Kupfermann 1991-es kijelentését idézi, miszerint minden fiziológiai motiváció kivétel nélkül kettős kontroll alatt áll: izgalmi és gátlási hatások együttes funkcionálása szabályozza a rendszert. A humán szexuális motiváció pszichoszomatikus modelljében (Kaplan, 1995) a *kettős kontroll elemei* a következők: a hipotalamikus és limbikus szexregulációs központok hatnak a sóvárgás szubjektív tapasztalatára, amelyet szexuális ösztönzők és gátlások befolyásolnak – így jön létre a szexuális vágy vagy elkerülés. A szexuálisan serkentő fiziológiai hatások: a tesztoszteron, az afrodiziákum szerek és a fizikai/genitális ingerlés; míg a pszichológiai faktorok: a vonzó partner, erotikus stimuláció, fantázia, szerelem és párkapcsolat. Gátló fiziológiai tényezők: a hormonális zavarok, a gyógyszerek szexuális életre gyakorolt mellékhatásai és a depresszió; pszichológiai elemek pedig a nem vonzó partner, a negatív gondolatok, a szexualitással ellentétes fantázia, a negatív érzelmek, a stressz és a harag. A szexuális motivációt és vágyat a gázpedál és a fék mintájára szabályozza e kettős rendszer. A normál szexuális vágy ezek megfelelő egyensúlyán alapul, míg a hipoaktív vagy hiperaktív vágy a *szexregulációs mechanizmus* nem megfelelő működése folytán alakul ki. Az evészavarok esetében az elhízást/bulimiát mint a *kontroll hiányát*, illetve az anorexiát a túlkontrollálás példjaként idézi – hozzátéve, hogy érdekes mód prevalenciájuk éppen fordított: míg az evés esetében az alulkontrolláltság, addig a szexualitás terén a *túlkontrolláltság* a gyakoribb a populációban (Kaplan, 1995).

A DSM-IV-R a szexuális vágy zavarai közt kettőt említ: a *szexuális averziós zavart* és a *hipoaktív szexuális vágy zavarát*, utóbbit a következőképp definiálva: „A szexuális aktivitásra való vágy és a szexuális fantáziák tartós vagy ismétlődő deficitje vagy hiánya. A zavar észrevehető szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz.” E meghatározást azonban számos kritika érte, és sorra születtek az alternatív megfogalmazások, mint például Basson és munkatársaié (2003): a szexuális érdeklődés vagy vágy hiánya, illetve csökkent érzése; a szexuális gondolatok vagy fantáziák és a reszponzív vágy elmaradása. A motiváció (itt úgy definiálva, mint okok/incentívek), hogy megkíséreljen szexuális izgalomba jönni, ijesztő a személy számára illetve hiányzik. Az érdeklődés hiánya mögött mérlegelendő az életciklussal járó normatív csökkenés és a párkapcsolat időtartama (Basson és mtsai, 2003).

Brotto (2010) a készülő DSM-V-ben a női és a férfi szexuális vágy zavara esetében is szükségesnek tartja e diszfunkciók újrakonceptualizálását, egyben a szexuális vágy kifejezés helyett a *szexuális érdeklődés (sexual interest)* elnevezést ajánlja a szexuális válasz ciklus e szakaszára. Módosítási javaslatai a DSM-V számára: (1) a szexuális fantáziák hiányának, mint kritériumnak az alkalmazása; (2) a „reszponzív vágy” hozzáadása a kritériumokhoz; (3) a kapcsolati hatások és következményeinek beemelése; (4) a szexuális vágy és szexuális izgalom/izgathatóság közti átfedés miatt ezek összevonása; valamint (5) a hozzákapcsolódó distress jelenléte vagy hiánya, mint diagnosztikai kritérium szerepeljen (Brotto, 2010a).

Brotto (2010b) férfiak esetében is a *szexuális érdeklődés/izgalom zavara* elnevezést ajánlja a DSM-V-ben, azonban az erekciós zavar, mint külön diagnosztikai kategória megőrzése mellett. Férfiaknál a hipoaktív vágy zavara mögött leggyakrabban hipogonádizmus áll, ahol azonban az alacsony androgénszint tesztoszteronpótlással jól kezelhető, orvosolható (pl. O’Carroll és Bancroft, 1984). Brotto (2010b) emellett kiemeli, hogy az alacsony izgalmi vagy élvezeti szint férfiak esetében is gyakran indikátora a csökkent szexuális vágnak – nőknél azonban általánosnak nevezhető, amiképp az Basson (2001) alternatív szexuális válasz ciklus elképzeléséből következik.

Basson (2001) sokat idézett modellje egy incentiv-motivációs koncepcióját nyújtja a szexuális vágnak: a korábbi szemléletben nagyobb hangsúlyt kapott úgy mond „spontán” (nem kiváltott/triggerelt) vágygal szemben. A teória alap gondolata, hogy a szexuális vágy egy szexuális szituációban jelenik meg leginkább, s csak viszonylag ritka esetben jelentkezik spontán. Emellett szakít a korábbi lineáris szemlélettel, amelyben a vágy „szigorúan” megelőzi a szexuális arousalt (4. ábra).



4. ábra. Basson a szexuális válasz ciklus két változatát publikálta 2001-ben: a második, összevont modell tartalmazza a „spontán” vágyat is, azonban hangsúlyozta, hogy ennek hiányában is számos motívum szexuális tartalmat nyerhet és szexuális választ válthat ki, amely a pozitív fizikai és érzelmi tapasztalat nyomán megerősítést kap, így újra motiválódva válik

(Basson, 2001, idézi: Basson, 2005a.
Basson azonban még számos modifikált változatát közölte saját modelljének, pl. Basson, 2005b)

Basson (2005a) szerint tehát a kiváltott, reszponzív vágy az általános, ami egy kezdeti, viszonylag neutrális, de pozitívan motivált szexualitásból indul, majd végigkíséri a teljes szexuális válasz ciklust. Ami a nőt arra készíti, hogy részt vegyen egy aktusban – vagy legalább is ne utasítsa vissza – az az érzelmek kifejezésének vágya, a fizikai öröm megosztása, az érzelmi közelség iránti vágy, a partner öröme és saját jóllétének emelése. Ez ösztönzi aztán arra, hogy érezni akarja és tudatosan is a szexuális ingerre koncentráljon. Ezek az ingerek a gondolatok szintjén hatnak, biológiai és pszichológiai fak-

torok által befolyásoltan – eredménye pedig a szubjektív arousal állapota. A folyamatos stimulálás vezet szexuális izgalomhoz és örömhöz azáltal, hogy intenzívebbé válik, kiváltva a vágyat immáron a szexre önmagáért: a szexuális vágy ekkor már szándékos akarat nélkül is jelen van. A szexuális kielégülés/megnyugvás orgazmussal vagy anélkül akkor következik be, ha a stimuláció meglehetősen hosszú időn keresztül fennáll, és a nő fókuszált marad, élvezzi a szexuális izgalom élményét és mentes a negatív következményektől, mint amilyen például a fájdalom (Basson, 2005a).

A nemi különbségek meglétét a szexuális vágyhoz való viszonyban sokan kimutatták, így Regan és Berscheid (1999) fiatal felnőtteket kérdezett arról, hogy miképp definiálnák a szexuális vágyat. Eredményeik szerint, míg a férfiak elsősorban a fizikai élvezet és a szexuális együttlét oldaláról közelítették meg a meghatározást, addig a nők inkább az érzelmi és a kapcsolati dimenzióit hangsúlyozták (Regan és Berscheid, 1999 idézi: Impett és mtsai, 2008).

Brotto és munkatársai (2010b) a szexuális vágy és izgalom zavarának etiológiai faktoraikat egy háromszor hármass mátrix mentén összegezték: a hajlamosító, a kiváltó és a fenntartó faktorokat biológiai, pszichoszociális és környezeti hatásokra bontva. Az általuk leírt *biológiai prediszponáló tényezők*: endokrin faktorok, a menstruációs ciklus zavarai, műtéti és betegségtörténet, olyan gyógyszeres kezelések, amelyek a hormonális vagy menstruációs ciklusra kihatással lehetnek és jóindulatú daganatok. *Biológiai kiváltó okok*: a menopausa következményeként a hormonális státusz megváltozása, rák, gyógyszeres vagy orvosi kezelések, aktuális egészségi státusz; *fenntartó biológiai faktorok*: gyógyszeres kezelések, anyagcserezavar/rosszindulatú tumoros megbetegedések, más krónikus medikális körülmények, hormonterápiák. *Pszichoszociális prediszponáló tényezők*: szexuális anamnézis (pozitív és negatív történések), nemkívánatos szexuális tapasztalatok, szexuális erőszak, abúzus, kényszer, testképpel kapcsolatos aggodalmak/problémák, személyiségvonások és temperamentum (pl. extrovertált vs. introvertált), korai és felnőtt kötődés, megküzdési kapacitás, szociális/professzionális szerepek és kötelezettségek. *Kiváltó pszichoszexuális faktorok*: kurrens kapcsolati státusz, hangulatzavarok (szorongás, depresszió), a szerelem érzésének elmúlása a partner irányába egy rejtett viszony felfedezése folytán, megcsalás, stb. *Fenntartó pszichoszexuális körülmények*: szorongás, feszültség, kommunikációs problémák. *Prediszponáló kontextuális tényezők*: etikai/vallási/kulturális üzenetek, elvárások, kényszerek, szocioökonómiai státusz/orvosi kezelésekhöz és az információkhoz való hozzáférés nehézsége, a társas támogatás minősége/mértéke. *Kontextuális kiváltó faktorok*: kapcsolati viszályok, életstresszorok (válás, szeparáció), közeli barát vagy családtag elvesztése/halála, medikális/pszichoszociális kezelés elérhetetlensége, anyagi nehézségek, aggodalmak; végül *fenntartó kontextuális körülmények*: a kulturális mítoszok (Brotto, 2010b).

A szexuális vágy zavaraihoz sorolja a DSM-IV-R a már említett *szexuális averziós zavart* is, úgy definiálva, mint tartós vagy ismétlődő extrém averzió és elkerülő magatartás a szexuális partnerrel történő minden (vagy majdnem minden) genitális érintkezéstől. Gyakran nehéz diagnosztikailag megkülönböztetni a két zavart, mivel a kimenet – a ritka együttlét – mindkettőnél fennáll. A legfontosabb az averzió esetében azonban az undor illetve idegenkedés, egyfajta „fóbia” a szexuális együttléttel szemben. Kiváltó okai lehetnek: traumatikus szexuális tapasztalat, gyerekkori abúzus, többszörösen ismétlődő fájdalmas koitusz – a freudi terminusokban pedig fallikus fixáció, az ödipális konfliktus megoldatlan volta, férfiak esetében tudattalan kasztrációs szorongás a vagina fogazatától, illetve a teljes elnyeletéstől (Sadock, 2005).

A szexuális készenlét zavarai

A humán szexuális választ számtalan tényező befolyásolja, így interperszonális, vallási, szociális, pszichológiai és biológiai tényezők bonyolult egymásra hatása (pl. Basson, 2005b). A szexuális izgalom DSM-IV-R szerinti meghatározása szinte kizárólag a genitális válaszra – a női lubrikációra és a férfi erekcióra – összpontosít, megfelelkezve a szexuális izgalom szubjektív élményéről, amely (mint majd látjuk) elsősorban a nők esetében kritikus.

A *szexuális izgalom* (arousal) egy megemelkedett autonóm aktivációs állapot, amely felkészíti a szervezetet a szexuális aktivitásra, egyben csökkenti a szükséges erotikus ingerlés mennyiségét is az orgazmus eléréséhez. A paraszimpatikus aktiváció a vér genitális területekre áramlásához szükséges, a szimpatikus pedig a csíkos és sima izmok vérellátáshoz, amelyek a szexuális válasz különböző szintjein vannak jelen (Toledano és Pfaus, 2006). A szexuális izgalom egy centrális komponenst is tartalmaz, amely megemeli a neurális „tónust”, illetve felkészül a szexuális incentívra való reagálásra.

Összességében a szexuális arousal három nagy rendszert foglal magába:

1. *Centrális arousal* – amely minden neurobiológiai eseményben érintett a központi idegrendszer által;
2. *Perifériás nem-genitális arousal* – minden szomatikus (testi) nem-genitális választ magába foglal, ami az izgalom élményével függ össze (pl. nyáleválasztás, a bőr kipirosodása és melegségérzés, a mellbimbók megkeményedése, a szívritmus és a vérnyomás emelkedése), emellett megnöveli az izmok általános feszültségi állapotát;
3. *Genitális arousal* – férfiaknál erekcióhoz, nők esetében vaginális lubrikációhoz, klitorális és vulváris vérbőséghez vezet. (A vérbőség érinti a medence érrendszerének véráramlását: a vagina vérbőségét, a külső genitáliák megduzzadását és a klitorisz erekcióját eredményezi) (Levin, 2002 idézi: Graziottin, 2004).

Ezek tudatosságának szintje a *szubjektív szexuális arousal*, amely papír-ceruza tesztekkel jól mérhető. A szexuális vágy és izgalom szubjektív értékelése függ a fiziológiai állapotváltozás tudatosságától, ezen változások kognitív értékelésétől és az érzelmi jelentéstől – tehát fiziológiai, kognitív és érzelmi komponenst egyaránt magába foglal (Toledano és Pfaus, 2006).

A szexuális arousal aktiválja a kognitív és fiziológiai folyamatokat, amely koordinálja a szexuális funkciókat mindkét nemnél. Míg férfiaknál a szexuális arousal zavarát az erekciós diszfunkció jelenti, addig nőknél ennél szofisztikáltabb a kép, és megkülönböztünk szubjektív, genitális, kevert vagy kombinált és perzisztens szexuális izgalmi zavart (Graziottin, 2004).

A *szubjektív szexuális izgalom zavara*: egyértelmű testi jelek (pl. hüvelyi lubrikáció vagy más, fizikai izgalmi állapotra utaló reakció) dacára az izgalom és öröm szubjektív érzésének hiánya, illetve minimális szintje;

A *genitális szexuális izgalom zavara*: a szubjektíven megélt izgalmi állapot mellett a testi jelek – nedvesedés, a nemi szervek vérrel való telítődésének – elmaradása;

A *kombinált szexuális izgalmi zavar*: a szexuális ingerlés minden formája esetén mind a genitális, mind a szubjektív izgalmi állapot hiánya jellemzi;

Perzisztens (folyamatosan fennálló) szexuális izgalmi szindróma: szexuális érdeklődés és vágy hiányában spontán jelentkező, akaratlan genitális izgalom, amely orgazmust követően sem oldódik, s a nap folyamán több órán keresztül fennáll (Basson és mtsai, 2003).

A szexuális izgalom kiváltásában a férfiak esetében a vizuális ingerek sokkalta inkább hatásosak, míg nőknél a taktilis ingerlés (csók, simogatás, kényeztetés) és a verbális csatorna eredményesebb. Azonban mindkét nemnél nagyobb érzelmi és fizikai intenzitás megélését eredményezi a szexualitásban a szenvedélyes szerelem élménye – erősebb szenzoros érzékszervi és emocionális bevonódást nyújtva (Graziottin, 2004).

A szexuális arousal állapotát neurális (szenzoros és kognitív), hormonális és genetikai faktorok együttesen határozzák meg, ám ember esetében jelentős szerepet játszik a kultúra és az aktuális kontextus. A szexuális arousal neuropszichológiája egy kettős irányítás (aktiválás és gátlás) alatt álló rendszer minden gerinces esetében (Schober és Pfaff, 2007). A szexuális izgalom által kiváltott pszichoneuroendokrin választ vizsgálták Exton és munkatársai (2000), kiindulva abból, hogy a maszturbációval elért orgazmus stimulálja a kardiovaszkuláris aktivitást, ami megnövelik a vér katekolamin és prolaktin szintjét mindkét nemnél. Az orgazmus hatásának kiszűrése végett az erotikus film által kiváltott szexuális izgalom alatt folyamatosan mérték a prolaktin, adrenalin, noradrenalin és kortizol koncentrációt, valamint a szisztolés/diasztolés vérnyomást kilenc egészséges felnőtt nő és férfi esetében. A szubjektív szexuális arousal és a vérnyomás mindkét nemnél megemelkedett a film hatására, de a plazma noradrenalin szintje csak a nőknél. Meglepő eredmény, hogy az adrenalin, kortizol és prolaktin szintre nem volt hatással a kiváltott szexuális izgalom – ami véleményük szerint újraértelmezi, pontosabban mérsékli a szimpatikus aktiváció szerepét a szexuális izgalmi folyamatokban. Továbbá a plazma prolaktin koncentrációja a szexuális stimuláció alatt orgazmusfüggő, ami pedig azt sugallja, hogy a prolaktin regulálhatja a szexuális kielégülés folyamatát egy negatív feedback mechanizmus révén: csökkentve a szexuális arousal állapotát a refrakter (nyugalmi) periódushoz járulhat hozzá. Emellett ezáltal értelmezhetővé válik, hogy a magas prolaktin szint (*hiperprolaktinémia*) miképp vezet a szexuális izgalom alacsonyabb szintjéhez (Exton és mtsai, 2000).

A szexuális ingerlésre adott női genitális válasz (a tumescencia és a lubrikáció) egy komplex neurovaszkuláris folyamat, amelyet neurotranszmitterek, növekedési faktorok és anabolikus szteroidok modulálnak (Traish és mtsai, 2004) – így a hormonpótló terápiák megfelelő alkalmazása segíthet például a genitális szenzitivitás elvesztése vagy a vaginális elaszticitás csökkenése esetén, illetve a lubrikáció növelésében (Basson, 2007).

A humán szexuális arousal mentális és fizikai állapotot egyaránt jelent: normál esetben mindkettő szimultán bekövetkezik. Azonban előfordul, hogy mentálisan kialakul az izgalom, azonban a genitális válasz elmarad (nők esetében a vaginális/klitorális vérbőség és a lubrikáció, míg férfiaknál a pénisz tumescencia/erekció). Viszont ennek ellentéte is elképzelhető (genitális válasz mentális izgalom nélkül), amennyiben például a kiváltó inger irányába a személy undort érez, vagy a megjelenő izgalmát helytelennek ítéli adott kontextusban, illetve a fennálló szociális tilalmak (incesztus tabu, szexuális erőszak stb.) mentén (Levin és Berlo, 2004).

Heves vitát generált Sachs (2007) szemlélete: nézete szerint a szexuális arousal nem a szexuális motiváció része, s férfi esetében csak akkor beszélhetünk szexuális izgalomról, ha egy szexuális szituációban jelentkezik az erekció. Szexuális kontextusként pedig az olyan helyzetet definiálja, amely a férfiak többsége számára további szexuális stimu-

láció igényét provokálja, úgymint maszturbációt vagy kopulációt. Amennyiben az erekció ezen helyzeteken kívül jelenik meg – például REM-fázisú alvás idején vagy péniszbe adott injekció révén – úgy nem tulajdonítható az arousal következményének (Sachs, 2007). Sachs szexuális kontextus definíciójával szemben felhozható érv, hogy szinte bármely semleges környezet szexuális kontextussá válhat kondicionálás révén, amint azt az állatkísérletek párzásra kijelölt kalitkái vagy a kopulációs tesztzsoba bizonyítja. Ågmo (2007) továbbá a genitális izgalomból (erekció és klitorális tumescencia/vaginális lubrikáció) származó proprioceptív stimuláció szerepét hangsúlyozza a centrális motivációs állapotra, amely tovább fokozhatja a nemi szervek vérbőséget. A *férfi erekciónak a női nemi szervek izgalmához képest erőteljesebb szenzoros feedback-je* járulhat hozzá véleménye szerint ahhoz a gyakran kapott eredményhez is, hogy a szubjektív szexuális arousal férfiak esetében jobban korrelál a genitális izgalommal (Ågmo, 2007). A szexuális izgalom motivációt keltő hatását Sachs (2007) is elismeri, pontosabban azt hangsúlyozza, hogy jóllehet a kettő viszonylag független egymástól – a szexuális arousal és a motiváció –, azonban erős pozitív feedback van köztük. Szellemesen úgy fogalmaz, hogy „a szexuális arousal az az állapot, amit magunkon könnyedén észlelünk, a partnerünkön nehézséget jelenthet a beazonosítása, azonban sokszor nehezen vagy tévesen azonosítjuk kísérleti személyeink esetében, kiváltképp, ha ők állatok” (Sachs, 2007. 570.o.). Sachs 2000-es tanulmányában a fiziológiai válaszok differenciált voltát és kontextusfüggő jellegét patkánykísérletek példájával szemlélteti: így a mediális amygdalának fontos szerepe van a nem-kontakt erekció kialakításában egy fogamzó képes nőstény patkány jelenlétében, azonban nincs a kopuláció közbeni erekció fenntartásában; ugyanígy az androgének szükségesek az érintésre kialakuló és a kontaktus nélküli erekciónál is, de a koitusz erekciójánál nem. E tagoltság jellemzi a szexuális viselkedést is: egy hím patkány szexuálisan motivált lehet, hogy a nőstény közelébe férközzék, de nem feltétlenül van a szexuális arousal állapotában – hasonlóképp humán esetben is a férfi motivációját (és nem a szexuális izgalmát) jelzi, ha meghív egy hölgyet itatra, beszélget vele, s igyekszik megnyerő lenni a számára (Sachs, 2000).

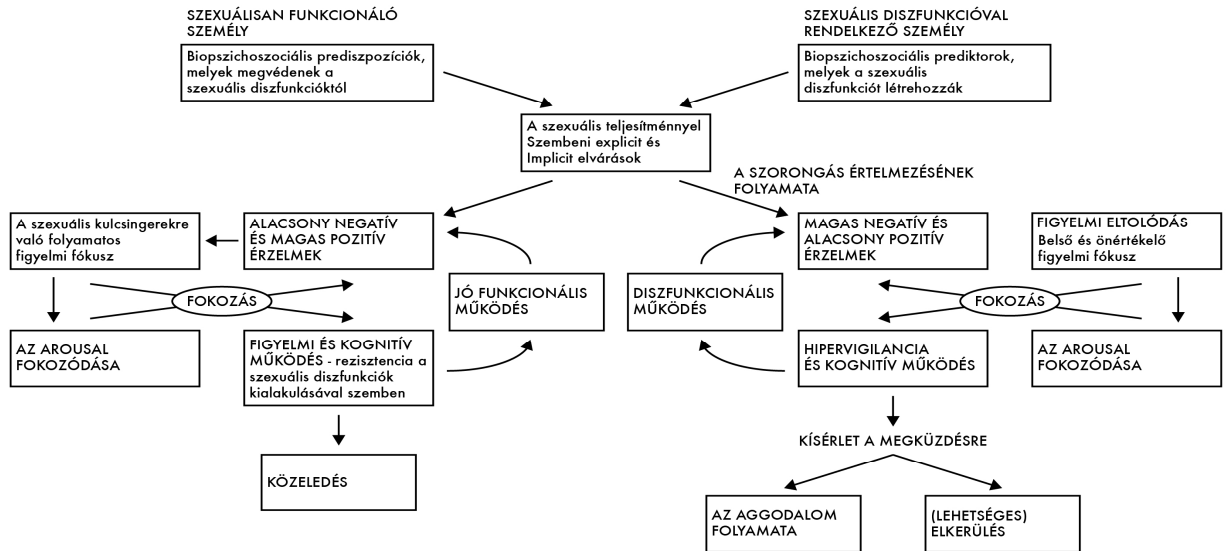
A szexuális funkciók irányítása gerincvelői mechanizmusokon alapul, amelyek autonóm és szomatikus beidegzéssel vannak ellátva. A szexuális arousalt is jelentős mértékben a gerincvelői reflex határozza meg, amelyre izgalmi és gátló kontrollal bír az agytörzs, valamint a hipotalamusz egyes területei (McKenna, 2002). A szexuális válasz *kettős kontroll modelljének* alapvető posztulátuma, hogy a szexuális arousalt és a hozzá kapcsolódó viselkedést is a szexuális izgalmi és gátló folyamatok közötti egyensúly határozza meg. E modell állapot és vonás jelleggel is magyarázó keretet kínál a humán szexualitásra, jóllehet a legtöbb kutatás főképp a személyiségvonás dimenzióra vonatkozó predikcióit emeli ki (Janssen és Bancroft, 2007).

A komplex rendszert Bancroft és Janssen (2000) két szinten írja le: (1) a *centrális arousal rendszer*, amely szerepe, hogy létrehozzon kifejezetten szexuális (vagy azt legátló) izgalmat; és (2) a *gátló útvonal*, amely az agytörzsből indul ki (pl. nukleus paragigantocelluláris vagy locus coeruleus), majd e lefelé futó gátló mechanizmusoknak a perifériális genitális manifesztációi. A centrális arousal rendszer a szexuális szándékot eredendően noradrenerg mediáción keresztül valósítja meg, továbbá dopaminerg és tesztoszteron-függő mechanizmusok mentén. A centrális szexuális arousal gátlásában emellett neuropeptidek is részt vesznek, úgymint szerotonerg folyamatokat. A perifériás gátlás főképp szerotonin és norepinefrin mechanizmusok útján zajlik (Bancroft és Janssen, 2000).

A szimpatikus idegrendszeri aktiváció serkentésének és gátlásának hatását a szexuális arousal korai stádiumára demonstrálta Meston (2000) szexuálisan egészséges és diszfunkcióval (vágy illetve orgazmus zavar) rendelkező nők esetében 20 perces intenzív szobabiciklizést vagy szimpatikus idegrendszeri aktivációt gátló anyag (clonidine) beadását követően. Eredményeik négy pontban összefoglalva: (1) a közepes szintű szimpatikus idegrendszeri aktiváció serkenti a fiziológiai szexuális arousalt (a vaginális vérnyomást és a vaginális pulzus amplitúdót) szexuálisan jól funkcionáló és a vágy zavarával diagnosztizált nők esetében; (2) vélhetően van egy optimális szintje a szimpatikus aktivációnak, ami serkenti a szexuális arousalt a női szexuális működésben; (3) egy magasabb arousal állapotában a szimpatikus idegrendszeri aktivitás csökkentése gátolja a szubjektív és a fiziológiai szexuális izgalmat; végül (4) a szimpatikus idegrendszeri aktiváció másképp hat az egészséges és az orgazmus elérésének nehézségével diagnosztizált nőknél (Meston, 2000).

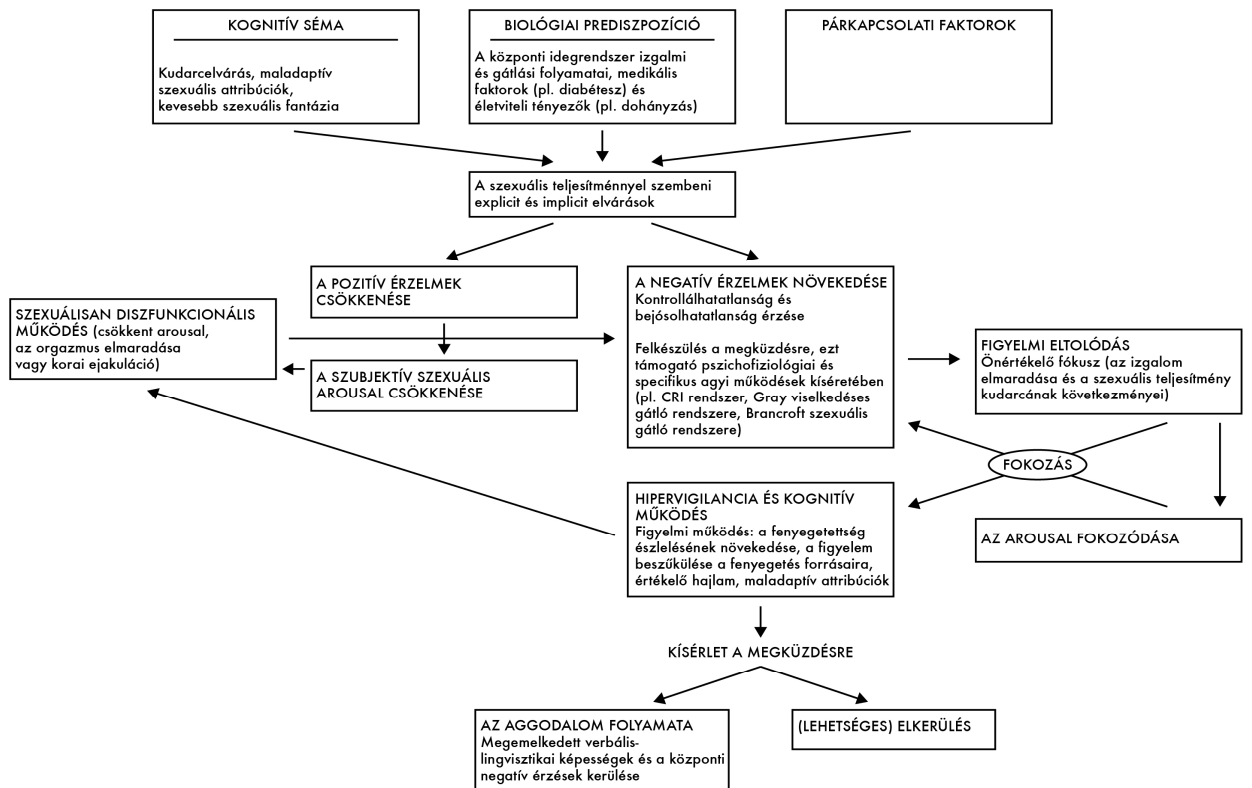
Férfiak esetében olyan helyzetek, amikor a szexuális válasz legátlása adaptív lehet: (i) ha a szexuális aktivitás fenyegetést vagy veszélyt jelenthet (pl. egy dominánsabb hímmel való konfliktust vagy szexuális úton terjedő betegség kockázatát); (ii) amikor egy nem szexuális fenyegetés van jelen, amelynek elkerülése magas figyelmi fókusz igényel; (iii) amennyiben a szexuális örömebe való bevonódás eltérítene más fontos adaptív funkcióktól; (iv) amikor a „túlzott” szexuális aktivitás (beleértve az ejakulációt) következménye redukálná egy sikeres megtermékenyítés lehetőségét; s végül (v) szociális illetve környezeti nyomás hatására, amely csökkenteni kívánja a reprodukív viselkedést és a populáció sűrűségét (Bancroft, 1999).

A központi idegrendszeri gátló folyamatok ezekben a helyzetekben tehát hasznosnak bizonyulnak, más esetben azonban szexuális funkciózavarokhoz vezethetnek. A szexuális válasz növelhető és csökkenthető felülről lefelé ható (top-down) figyelemi folyamatokkal (Both, Laan és Everaerd, 2011). A negatív hatást Masters és Johnson (1970) „megfigyelő” (*spectator*) szerepként említette, mivel elvonja a figyelmet a szexuális ingerekről. Barlow modelljében (1986) pedig e kettős hatás úgy jelenik meg, hogy a szexuális ingerekre irányuló figyelem a szexuális válaszra pozitív és serkentő, míg a belső, kritikus és önértékelő fókusz negatív hatással van és csökkenti a szexuális arousalt. A férfi szexuális diszfunkció valójában „szexuálisan diszfunkcionális mentalitást” jelent a kognitív sémák koncepciójában, amely a szexuális arousal feletti kontrollvesztés érzését, a szexuális kudarc elvárását, maladaptív kauzális attribúciókat és mindezekre való kognitív hajlamot (hipervigilancia) tartalmaz (Wiegel, Scepkowski és Barlow, 2007). Barlow 1986-os modellje is már tartalmazta azt a fontos kitétel, hogy a szexuális funkciózavarral rendelkező személyek a szexuális ingerekre erősebb negatív érzelmekkel reagálnak. Barlow 2007-es, átdolgozott modellje a kognitív és érzelmi folyamatok három nagy területét érinti, amelyben a szexuálisan egészséges egyének a szexuális diszfunkcióval rendelkezőktől eltérnek: (i) kognitív sémák és érzelmi asszociációk, amelyekkel egy szexuális helyzetbe belépnek; (ii) különböznek a szexuális ingerre adott kognitív folyamatokban, beleértve a saját arousalt; (iii) a szexuális teljesítményükre adott kognitív, affektív és viselkedéses válaszaikban és a szexuális arousal megélésében. Az új modell megőrizte a kognitív sémák, a negatív és pozitív érzelmek, az önmagára irányuló figyelem és az aggodalom szerepét, azonban nagyobb hangsúlyt fektet a szorongáskutatás újabb eredményeire (5. ábra).



5. ábra. A szexuális funkcionálás kognitív-affektív szexuális folyamatának modellje (Wiegel, Scepkowski és Barlow, 2007)

A feedback mechanizmusok szerepét még részletesebben veszi a másik új modell (6. ábra), amely egyben egy biopszichoszociális perspektívát is hozzáad, hogy jobban áttekinthetővé váljanak azok a faktorok, amelyek szexuális funkciózavarok kialakulására hajlamosítják az egyént (Wiegel, Scepkowski és Barlow, 2007).



6. ábra. A szexuális diszfunkciók részletes modellje (Wiegel, Scepkowski és Barlow, 2007)

Barlow koncepciójából kiindulva tehát, míg a férfiak többsége él át élete során alkalmilag merevedési problémát, azonban attól függően, hogy milyen okot tulajdonít a pillanatnyi elakadásnak, kihathat általános szexuális működésére, krónikus erekciós zavart indukálva – lévén a legtöbb pszichogén erekciós zavar úgy kezdődik, hogy a férfinak egy alkalommal merevedési nehézsége adódik (Weisberg és mtsai, 2001).

A figyelem szerepére visszatérve, ez adhat egyfajta „forró bevonódást” illetve „hűvös kívüállást” is az adott szituációba (Metcalfé és Mischel 1999-es felosztására utalva: a forró és gyors megközelítés/elkerülés reflexív válasza versus a kognitív folyamatok által mediált gondolatokra reflektáló hűvös rendszer). Koukounas és Over (1997) az erotikus filmbe való bevonódás, abszorpció mértékét mérték férfiak és nők esetében, s azt találták, hogy mindkét nem pozitívabban értékelte a szexuális izgalmát, ha résztvevőként képzeltek el magukat a filmben. Férfiaknál pedig a szubjektív szexuális arousal mellett a pénisz tumescencia is erőteljesebb volt, ha nem megfigyelő-orientált beállítódást, hanem résztvevő-orientált figyelmi fókusz alkalmaztak filmnézés közben (Koukounas és Over, 1997).

A női és a férfi szexualitás közti különbséget Bancroft (2002) három fő pont mentén foglalta össze: 1. a női szexuális viselkedésben kisebb szerepe van a reprodukív hormonoknak; 2. nőknél a szexuális élvezet és orgazmus kevésbé kapcsolódik a konvencionális vaginális közösüléshez, ezért érzékeny a férfiak által diktált szociális korlátokra; 3. a nők jobb pszichofiziológiai kapacitással bírnak a szexuális válaszaik legátálásában, ami azonban növeli a szociális környezet represszív hatását.

A szexuális orgazmus zavarai

A DSM-IV az orgazmus zavarokhoz a női, a férfi zavart, valamint a férfi korai ejakulációt (ejaculatio) sorolja. A női diszfunkció definíciója: az orgazmus tartós vagy ismétlődően előforduló késése vagy elmaradása megtartott szexuális excitációt követően (DSM-IV-R).

A szexuális funkciózavarok általánosságban is jelentősen gyakoribban a nők (43%), mint a férfiak (31%) körében (Jha és Thakar, 2010), s ennek legerősebb prediktora Bancroft és munkatársai szerint (2003) a nő általános emocionális jólléte és a partner iránti érzelmei mellett kettejük szexuális együttlét közbeni kapcsolata.

Graham és munkatársai (2004) a nők szexuális izgalomra ható izgalmi és gátló tényezőket vizsgálták fókusz csoport technikával 18-84 éves korú nőket kérdezve, s a következő legfontosabb faktorokat azonosították: a saját testhez fűződő viszony (érzelmek), a jó/rossz hírnévvel kapcsolatos elképzelések, nem kívánt terhesség/fogamzásgátlás, a partner által vágyottság kontra testi (ki)használtság érzése, az elfogadottság megélése, a közeledés/kezdemenyezés formája és a negatív hangulat.

A *genitális szexuális arousal* az objektív és szubjektív jelek egy kombinációja: olyan testi reakciók, mint a vulva vérbősége, vaginális nedvesedés, nehezedő légzés és a genitáliák nagyobb fokú érzékenysége annak szubjektív megtapasztalásával, hogy a személy kellemes érzést és izgalmat él át (Basson és mtsai, 2004). Basson (2002) szerint a nők esetében – szemben a férfiakkal – az orgazmust a szexuális izgalom egy elemének kellene tekinteni (a fokozódó arousal folytán), s a diszfunkciót együtt az orgazmus és az izgalom zavaraként definiálni, kiváltképp, hogy gyakran nem egy egyszeri csúcspontot megelőző esemény.

Hagyományosabb definíció szerint az orgazmus egy változó és mulékony átélése az intenzív öröm érzésének, amely egy alterált, módosult tudatállapotot idéz elő, és jellemzően a medence vagina körüli harántcsíkolt izmainak akaratlan, ritmikus összehúzódása kíséri a méh és az anusz kontrakcióival együtt, emellett az izomtónus oldódásával a szexuálisan kiváltott (néha csak részleges) vérbőség, és amit általában a jóllét és kielégülés élménye követ (Meston és mtsai, 2004).

A női orgazmus számos módon kiváltható, ennek megfelelően az átélt élmény is igen változatos lehet. A klitorisz stimulálása a szenzoros inputok elsődleges forrása, amely révén a női orgazmus bekövetkezhet. Emellett a vagina egyes különösen érzékeny területein (így az úgynevezett Grafenberg vagy G-pont, amelyről mindmáig parázs vita jellemzi a tudományos életet, lásd pl. Jannini és mtsai, 2010; Korda, Goldstein és Sommer, 2010) kívül a mell/mellbimbó ingerlésével, a test különböző pontjainak érintésével/triggerelésével (pl. fül, ajkak), sőt pusztán a fantázia által, mentális képek útján vagy alvás közben, mindennemű fizikai érintés nélkül is (pl. Masters és Johnson, 1966; Bianchi-Demicheli és Ortigue, 2007; Komisaruk, Beyer-Flores és Whipple, 2006). A *The Science of Orgasm* (2006) című vaskos kiadvány egy teljes fejezetet szán az úgynevezett atipikus, szokatlanul bekövetkező orgazmusoknak, olyan fogalmak mentén, mint a gerincsérülést követően főképp alvás közben létrejövő „fantom” orgazmus vagy az epilepsziában ismert „orgazmus aura”, az agy elektromos vagy kémiai stimulációja nyomán kialakuló intenzív erotikus élmény, a nemátalakító műtétek utáni orgazmusok, vagy éppen a marihuána használat mellett az orr és a térd elektromos vibrátorral történő stimulálása nyomán megtapasztalt kielégülés (Komisaruk, Beyer-Flores és Whipple, 2006).

Jóllehet, számos szerző megemlíti továbbá (pl. Masters és Johnson, 1966) a nők többszörös orgazmus képességét (*multiple orgasm*) – amely lényege, hogy az izgalmi szint az egyes orgazmusok után a plató fázisra tér vissza, s az oldódás csupán az utolsót követően alakul ki – azonban a nők többségének nem ez a „problémája”. Jelzi ezt a női orgazmus „gépesítésének” történelmét végigvonultató *The Technology of Orgasm* című több mint 200 oldalas kiadvány is, mely egyben a hisztéria és az orgazmus kapcsolatának is tekintélyes részt szentel: hol a hisztéria okának, hol pedig egy típusának tekintették az orgazmust, illetve annak hiányát a különböző évszázadokban (Maines, 1999). Emellett a nők „meg is tanulhatják a frigiditást”: ahogy Kolischer 1905-ben az *American Journal of Obstetrics*-ben írt cikkében kiemeli, hogy ahol a szexuális izgalmat rendszeresen nem követi kielégülés, hanem a feszült állapot fennmarad, ott a nők inkább kerülni fogják a szexet (Kolischer, 1905 idézi Maines, 1999).

Ennek részben ellentéte a női korai orgazmus (FPO, *female premature orgasm*), melyet Carvalho és munkatársai (2011) szerint a férfi korai ejakuláció mintájára a következő kritériumok mentén lehet meghatározni és mérni: a.) az orgazmus idő előtti bekövetkezése és gyakorisága; b.) az orgazmus feletti kontroll elvesztésének érzése; c.) nehézségeket okoz a párkapcsolatban; és d.) distresszt jelent a személy számára. Egy 18-45 éves szexuálisan aktív nők 510 fős mintájának elemzése alapján a FPO prevalenciája akár 3,3% is lehet (Carvalho és mtsai, 2011).

A női orgazmus neurális alapjait kutatva Komisaruk és munkatársai (2006) két olyan tanulmány adatait összesítette, ahol a maszturbációval előidézett orgazmus alatt a résztvevőket fMRI-vel vizsgálták. Ennek alapján az érintett agyi területek a következők: cinguláris cortex, szeptum, insula, a hipotalamusz paraventrikuláris magja és az amygdala (Komisaruk és mtsai, 2006). Georgiadis és munkatársai (2009) a taktilis genitális stimuláció alatt mért agyi aktivitást vizsgálva pedig azt találták, hogy nőknél a

bal oldali frontoparietális régiók, pontosabban a poszterior parietális kortex valamint a szupplementer motoros area erősebben involvált, mint a férfiak esetében – ami egyben azt is jelezheti, hogy nőknél a másik személy mentális reprezentációja az aktus alatt lényegesebb. Továbbá, hogy a férfiak és a nők részben eltérő agyterületeket és stratégiákat alkalmaznak az orgazmus eléréséhez (Salonia és mtsai, 2010).

Mindez a szubjektív élmények szintjén is leírható, s megnyilvánul az orgazmus időtartamában is: míg a férfi beteljesülés hirtelen következik be és kitörő-kirobbanó jellegű, addig a női hosszán tartó és kevésbé heves (Meston és mtsai, 2005).

Férfiaknál az orgazmus és az ejakuláció jöllehet nagyrészt szimultán következik be, ennek dacára két különálló fenomén: az ejakuláció a genitáliák működéséhez kötődő esemény, míg az orgazmus élménye a nemi szervekhez kapcsolódóan inkább cerebrális teljesítmény, amelyben az egész test érintett. Az ejakuláció és az orgazmus egymástól elkülönülve néhány klinikai szindróma esetében megjelenik. A DSM-IV e tiszta különbségtételt elmulasztva a kurrens neurobiológiai eredményekkel nem tart lépést, s e két jelenséget, mint szinonim fogalmakat használja (Waldinger, 2005a). A férfi zavarok egy részletesebb felosztását tartalmazza a 7. ábra.

A KLINIKAI TÜNET TÍPUSA	EJAKULÁCIÓ ÉS ORGAZMUS ZAVAROK		
Az ejakuláció idői viszonyaihoz kapcsolódó zavarok	- Korai ejakuláció - Késői ejakuláció		
Az ondó alacsony mennyisége vagy hiánya	Csökkent ondómennyiség		
	Ejakuláció van	Van orgazmus	- Retrográd ejakuláció - Nincs ejakuláció
		Nincs orgazmus	„Valódi hiányzó ejakuláció” (Orgazmus hiánya)
Az ejakuláció élményéhez kapcsolódó zavarok	- Fájdalmas ejakuláció - Érzéknélküli ejakuláció - Gyenge ejakuláció		
Orgazmus zavar	- Késői orgazmus - Gyenge vagy csökkent örömelemény az orgazmus alatt (gátolt orgazmus) - Orgazmus hiánya		

7. ábra. Az ejakulációs zavarok klasszifikációja (Cruz, N. ESSM Educational Program, 2011. European School of Sexual Medicine at the 14th ESSM Congress, Milan)

A *korai ejakuláció* (más terminológiában: gyors vagy időelőtti ejakuláció, illetve ejakuláció praecox) az egyik legnagyobb prevalenciájú férfi szexuális zavar, a szexuálisan aktív férfiak 30-40%-át érinti életkortól függően – kiemelten a szexuálisan tapasztalatlan serdülő és fiatal felnőtt korosztályt (Waldinger, 2005a; Jannini, Simonelli és Lenzi, 2002). Azonban, hogy mi számít „korainak”, számos definíciós nehézségbe ütközik, hisz például Kinsey és munkatársai immáron történelemivé minősült tanulmányukban arról számoltak be, hogy a férfiak 75%-a a behatolást követő 2 percen belül ejakulál (Kinsey és mtsai, 1948 idézi: Jannini, Simonelli és Lenzi, 2002). Aktuálisan a stopperórával mért kutatások az *intravaginális ejakulációs latencia* ideje (*intravaginal ejaculation latency time*, IELT) szerint a kevesebb, mint 1 percet világosan („definite”) korai ejakulációnak minősítik, míg az 1 és másfél perc közötti időtartamot „feltételezhetően” („probable”) annak. Az egész életen át tartó korai ejakulációt pedig a következő kritériumok alapján határozzák meg: jelen van már az első szexuális együttlétkor; az esetek legalább 90%-ában közösüléskor bekövetkezik; minden szexuális partnerrel; legtöbbször 1 percen belül, de gyakran már 30-40 másodperc alatt is; s az életkor előrehaladtával fennmarad, sőt akár romolhat is. A pszichológiai elméletek közül legnagyobb múltja a pszichoanalitikus koncepciónak van, amely a neurózis egy tünetének

tekinti, s nőkkel szembeni tudattalan, elfojtott konfliktust feltételez a háttérben (Waldinger, 2005b), illetve szadisztikus vagy nárcisztikus viselkedésként kezeli (Ellis, 1936). Napjainkban azonban inkább olyan pszichés faktorok kerültek előtérbe, mint a hiányzó készségek, az irracionális meggyőződések, kulturális és vallási hatások, szexuális orientáció, intrapszichés konfliktusok, házassági elégedetlenség, szexuális absztinencia és rendszerint a teljesítményszorongás (Strassberg és mtsai, 1987).

A *késői ejakulációra* sokan úgy tekintenek, mint ami igazából nem jelenthet problémát a pár számára, hisz úgy gondolják, hogy a férfinak ez kellő időt biztosít ahhoz, hogy a nőt egy, sőt, akár többszörös orgazmusban is részesíthesse. A valóságban azonban a kórkép számos nehézséget okoz, gyakori frusztrációt keltve. Kezdve ott, hogy a partner nem érzi magát kellőképpen vonzónak és attraktívnak, így saját kudarcént tekinthet a jelenségre. Emellett úgy gondolhatja, hogy egy másik szexuális partnerrel biztos jobban érezné magát a férfi, illetve a nagyon elnyújtott szeretkezések folytán a közösülés rendszerint fájdalmassá is válhat. Ennek súlyát jelzik a kategóriahatárok egybemosását, valamint fogalmi és definíciós eklektikát úgyszintén sugalló alternatív és korábbi elnevezések, úgymint gátolt, nehézkes, retardált, késleltetett/késő ejakuláció, sőt: az ejakuláció sikertelensége/kudarca, ejakulációs inkompetencia vagy deficit, nulla ejakuláció, képtelenség az ejakulációra, az ejakuláció hiánya, anejakuláció, ejakulációs impotencia és hiányzó ejakuláció (Waldinger, 2005a). Prevalenciáját tekintve viszonylag ritka diszfunkciónak számít (< 3%), az érintettek esetében azonban gyakran distressz, szorongás és a szexuális önbecsülés zavara társul hozzá. A kezelés szempontjából fontos beazonosítani azon patofiziológiai – anatómiai, neuropátiás, endokrin és iatrogén – okokat, amelyek korábbi betegség, műtét, trauma, gyógykezelés következményei, és szerepük lehet a diszfunkció kialakulásában. Emellett azonban számos pszichoszociális magyarázat is felmerül, úgymint tudattalan agresszió, kimondatlan harag vagy a teherbejuttatástól való félelem. Továbbá viselkedéses, pszichológiai és kapcsolati faktorok is megjelenhetnek, többek közt a maszturbáció által nyújtott nagyobb izgalom és örömezés. Ez a fajta „autoerotikus” orientáció jellemzően sajátos (idioszinkretikus) és erőteljes maszturbációs stílust takar, általában magas gyakorisággal, emellett olyan képanyaggal vagy fantáziával társulva, amely távol áll a partnerrel való együttlét realitásától. Amiképp a „szexuális teljesítményszorongás” eltereli a férfi figyelmét az arousal fenntartásához/növeléséhez szükséges erotikus ingerekről, úgy az „ejakulációs teljesítményszorongás” pedig – jóllehet az erekcióhoz elegendő –, azonban interferálhat a genitáliák stimulálásából eredő erotikus szenzációkkal, ezáltal kevés lehet a csúcspont eléréséhez (Perelman és Rowland, 2006). Súlyossága szerint négy kategória különböztethető meg: (1) enyhébb esetben az ejakuláció kizárólag nagyobb erőfeszítés árán és hosszabb együttlét (például közösülés, orális szex) eredményeként következik be; (2) közepes mértékűnek nevezhető a probléma, ha a férfi az együttlét alatt a partner jelenlétében képes az ejakulációra, viszont csak autoerotikával, erős manuális stimuláció révén; (3) súlyos a zavar, ha a férfi csakis maszturbációval tud eljutni az ejakulációig, s kizárólag akkor, ha nincs jelen a partner; (4) a legsúlyosabb esetben az ejakuláció semmilyen körülmények között nem következik be (anejakuláció) (Corona és mtsai, 2006).

A *retrográd ejakuláció* (szikkadt ejakuláció, száraz orgazmus) annak következménye, hogy a húgyhólyag belső záróizmának deficitje folytán az ondó a húgycső hátulsó részéből a hólyagba ürül ahelyett, hogy a húgycsővön keresztül kifelé távozna a testből. Ez esetben tehát a két jelenség disszociál, és az orgazmus szubjektív élménye mellett explicit ejakuláció nem tapasztalható. Elsősorban orvosi okok húzódnak meg a háttérben, így kiemelten prosztataműtét, sérülés, születési rendellenesség, neurogén és gyógyszer által kiváltott hatások, következmények (Waldinger, 2005a).

Az *érzéketlen ejakuláció* (ejakulációs anhedónia, anesztéziás ejakuláció) tünete, hogy sem maszturbáció, sem pedig közösülés közben az ejakuláció normális megjelenése dacára a személy élvezetet és az orgazmus élményét nem él át. A diszfunkció nagyon ritka (pár esetről számol be csupán a klinikai irodalom), ám terápiája igen nehéz, és elsősorban pszichés – és talán neurobiológiai – okok állhatnak a hátterében (Waldinger, 2005a).

A *részleges ejakulációs inkompetencia* elnevezés azt a jelenséget definiálja, amikor az ondó az erőteljes kilövellés helyett csak úgymond kifolyik vagy kiszivárog a húgycsóból, és ez általában az orgazmus gyengébb megélésével vagy hiányával is társul. Pszichoterápiás és gyógyszeres kezelése ajánlott.

A *fájdalmas ejakuláció* a húgycsőben jelentkező erős csípő vagy égető fájdalom, amely kísérheti, illetve röviddel rá követheti is az ejakulációt; valamint a fájdalom más, környező szervekben (ondóhólyag, prosztatata, húgyhólyag) is jelentkezhet. Okai közt elsősorban gonococcus infekció és az antidepresszáns gyógyszerek mellékhatásai állnak.

Az *orgazmust követő betegség szindróma* közvetlenül, illetve az ejakulációt/orgazmust követő 20-30 percen belül jelentkezik, s extrém mértékű fáradtság, illetve megfázás jellegű tünetek – úgymint nátha, tüsszögés, izomfájdalmak, a szemek könnyezése – formájában írható le. Gyakran irritábilis vagy depresszív hangulat kíséri, s akár 3-7 napig is eltarthat, majd azt követően fokozatosan enyhül. Ezért ebben a diszfunkcióban szenvedő betegek az együttléteiket előre, és nagyon szisztematikusan tervezik meg a munkahelyi kötelezettségeikhez illesztve (Waldinger, 2005a).

Utóbbi zavar részben hasonlóságot mutat a Sadock (2005) által leírt *posztkoitális diszfóriával*, amely a kielégítő, sikeres szexuális aktust követő nyugalom fázisában jelentkezik. Ekkor normális esetben egyfajta általános jóllét és a fizikai relaxáltság állapota jellemző – ezzel szemben a személy depresszívvé, szorongóvá, feszültté és ingerültté válik, emellett pszichomotoros nyugtalanságságot mutat. A szexuális aktust követően a partnerétől mielőbb szabadulni igyekszik (illetve otthagyni), sőt verbálisan vagy fizikailag bántalmazhatja is. A zavar nőknél is megjelenhet, azonban férfiaknál gyakoribb. Etiológiáját illetően a szexualitással vagy a partnerrel szembeni negatív attitűddel, az intimitástól való félelemmel, a szexuális aktushoz kötődő büntudattal, esetleg a szexuális úton terjedő betegségektől való szorongással hozzák leggyakrabban összefüggésbe (Sadock, 2005).

Dyspareunia

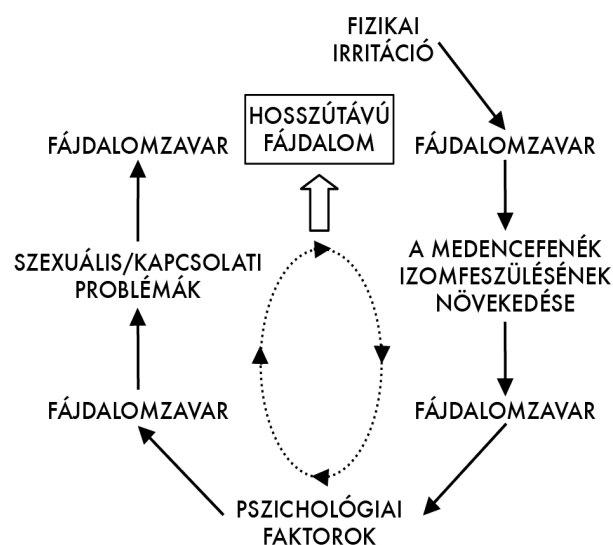
A dyspareunia (diszpareunia, fájdalomzavar) jelenségét először Barnes írta le 1874-ben, megtartva a görög terminológiát: „nehéz vagy fájdalmas közösülés” (Barnes, 1874 idézi: Pukall, 2005). Talán ez is hozzájárulhatott ahhoz a fogalmi pontatlansághoz, ami napjainkban is él: a diszpareuniát, a vaginizmust és a krónikus medencefájdalmat gyakran szinonimaként kezelik (Pukall, 2005).

A dyspareunia DSM-IV-TR szerinti meghatározása: „Ismételt vagy tartós genitális fájdalom coitus során akár nőben, akár férfiban. A zavar észrevehető szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz” (DSM-IV-R, 202.o.).

A női szexuális genitális fájdalmak három típusa különböztethető meg: (1) behatoláshoz kapcsolódó: vulva, hüvely, szűzhártya, medenceizmok; (2) mélyebb: a reproduktív szerveket (pl. méhnyak) és a mélyebb medenceizmokat érintő; és (3) kombinált (Damsted Petersen, 2010 idézi: Fugl-Meyer és mtsai, 2011).

Pszichogén és organikus eredetű is köthető a fájdalomzavar kialakulása, így a nem kellő mértékű nedvesedésből éppúgy kiindulhat, mint olyan természetes életkori folyamatokból, mint a menopauza után jelentkező vulvovaginális atrófia következményeként. Épp ezért tovább specifikálva a felosztást, három fő típusba sorolható a fájdalom, idői viszonyai szerint: 1. *Vulváris vestibulitis szindróma* (a hüvelybemenet fájdalma): a leggyakoribb oka a menopauza előtt álló nők szexuális együttlét közben átélt fájdalmának (12%), amely a közösülés kezdetétől jelen lehet, s azt követően is bizonyos ideig (pl. 30 perc) fennmaradhat; 2. *Vulvodynia*: diffúz progresszív fájdalom, amely nem köthető egyértelműen az együttlétnek. Az egész vulvát érintheti, s jelentkezése egyre gyakoribbá válhat (végül akár a nap 24 órájában is jelen lehet). Emellett intenzifikáció jellemzi – a beteg életminőségét (pl. alvás, szexuális érdeklődés) jelentős mértékben le-rontja; és 3. *Posztmenopauzális dyspareunia*: az életkorral járó testi átalakulás (beleértve például a hormonális és citológiai változásokat) következménye (Pukall, 2005).

A fájdalom általában, mint a cirkuláris okság egy eleme jelenik meg, amely önmagát tartja fenn. A 8. ábra ezt az ördögi kört mutatja be: az egyszer megtapasztalt fájdalom (az ábrán a fizikai irritációtól indulva) fennmarad, és megfelelő kezelés hiányában folyamatosan jelen van – beleértve számos különböző faktort: fizikai, muszkuláris, pszichológiai, szexuális és kapcsolati problémákat is. Az újabb tényezők belépése általában növeli a megtapasztalt fájdalom és distressz mértékét, ami ahhoz vezethet, hogy a személy a fizikai fájdalom jelenléte nélkül is már fájdalom élményt éljen át, és – mint a dyspareunia legtöbb esetében – ez újra fájdalmat indukál. Az ábra azt jelzi, hogy a kezdeti tünet egy egész komplex ciklust indíthat el, s elméletileg a kör bármely ponton elkezdődhet, sőt akár szimultán több helyen is (Pukall, 2005).



8. ábra. A fájdalom „ördögi” köre (Pukall, 2005)

Ám a vulvovaginális fájdalmak széles körének kialakulásában vezető okként egy akut genitális infekció áll, amely azonban múlandó. További fizikai körülmények, amelyek még genitális fájdalmat okozhatnak például az endometriózis, a kismedence gyulladás, az ösztrogénhiány, a méh prolapszusa és inkontinencia, ciszták, a női nemi szerv csonkolása (tradicionális), nőgyógyászati daganatos megbetegedések és terápiájuk, deformációk, elfertőződés, méhnyak rák, irritábilis bélszindróma (IBS)(Fugl-Meyer és mtsai, 2013). A Vulvovaginális Betegségek Tanulmányozásának Nemzetközi Szövetsége (*The*

International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) 2012-es klasszifikációja alapján a vulváris fájdalmak felosztása: 1.) A vulváris fájdalom specifikus zavarhoz köthető: infekció (pl. candida, HPV), gyulladás (pl. bőrbetegségek), daganatok (pl. Paget szindróma) vagy neurológiai okok (pl. herpesz-vírus okozta neuralgiás fájdalom); illetve a 2.) vulvodynia lehet lokális és generalizált, s mindkettő megjelenhet provokált, provokáció nélküli és kevert formában (Moyal-Barracco és Lynch, 2003).

A lokalizált kiváltott vulvodynia (LPV, *localized provoked vulvodynia*) esetében a fájdalom percepciója (perifériás/centrális érzékenység, allodyniás fájdalom,⁶ gyulladásos válasz) pszichológiai és szexológiai faktorok (szorongás, depresszió, stresszválasz, szomatizáció, pszichés/szexuális trauma és szexuális problémák), valamint szomatikus faktorok (fertőzés, fizikai trauma, medenceizom, gyulladásos válasz, hormonális státusz és genetikai faktorok) interakciójaként jön létre (Zolnoun és mtsai, 2006).

Vaginismus

A DSM-IV-R definíciója szerint a vaginismus (vaginizmus) „a vagina külső harmadának akaratlan izomkontrakciója, amely a coitust ismételten vagy tartósan lehetetlenné teszi”. Egy másik definíció szerint: Perzisztens vagy ismétlődő nehézség a nő számára, hogy a vaginális behatolás létrejöhessen a pénisz, egy ujj, és/vagy más tárgy által, dacára annak, hogy a nő szeretné, hogy ez bekövetkezzen. Gyakran jelen van (fóbiás) elkerülés vagy antcipáció/félelem a fájdalomtól (Lu és mtsai, 2004).

Prevalenciája 1-6% közöttre becsült (Lu és mtsai, 2004). Három jellemző, amely a differenciáldiagnózist a fájdalomzavartól elkülönítendően segíti (jóllehet, ettől a két zavar még együttesen is jelen lehet): 1. Izomfeszülés (akaratlagos, akaratlan, érintheti kizárólag a vaginális záróizmot, azonban kiterjedhet a medencefenék izomzatára, a hátra, az állkapocsra, sőt akár az egész testre is); 2. Félelem a fájdalomtól (ez vonatkozhat specifikusan a genitális érintkezésre/közösülésre, vagy általánosságban a fájdalomra, illetve a szexualitástól való félelemre; és 3. hajlamosíthatja az egyént a viselkedés szintjén a megközelítésre vagy az elkerülésre (Schultz és Wiel, 2005). Az elkerülés/félelem komponens miatt olykor „vaginális behatolás fóbiaként” is értelmezik, s elsősorban pszichoterápiás, illetve gyógyszeres kezelés az ajánlott (Plaut és RachBeisel, 1997).

Számos pszichológiai elmélet született – például pszichoanalitikus, behaviorista, interakcionista, szociokulturális, fájdalomteória, szomatikus megközelítés (bővebben pl. Schultz és Wiel, 2005) – ebből a multidimenzionális nézet hat fontos terület figyelembevételét emeli ki: nedvesedés, medencefenék, a megtapasztalt fájdalom, szex- és párterápia, emocionális profil és a genitáliák csonkítása/szexuális abúzus.

Kezelés szempontjából elsősorban a behaviorista és kognitív alapú terápiák bizonyulnak eredményesnek (Schultz és Wiel, 2005).

A pszichoszociális mérések szükséges komponensei a női genitális szexuális fájdalom szindróma és a vaginizmus sikeres orvoslásának a testi kezelése mellett, emellett a szexuális tanácsadás vagy pszichoterápia rendszerint szintén a gyógyítás integrált része (Fugl-Meyer és mtsai, 2013).⁷

⁶ Nagyon enyhe ingerek (pl. érintés) által kiváltott, rendszerint égető érzésként jelentkezik

⁷ A szexuális diszfunkciókról bővebben: Hevesi K. (2013). *SZEX. A psziché labirintusában*. Kulcslyuk Kiadó, Budapest.

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Az egészséges szexualitás jelentősége elvitathatatlan, vizsgálni azonban nehéz. Komplexitása folytán számos tényezőt kell számításba venni, proximális és disztális hatások egyvelegét. Kezelése esetén a megfelelő terápiás terv kidolgozásához már a gyerekkorból hozott alapoknál fontos figyelembe venni a felvilágosítás színvonalát, a szülők attitűdjeit, az első szexuális élményeket, a média sugalmazásait, a vallási környezetet, a populáris kultúra hatását, az iskolázottságot, a nemzeti hagyományokat, a kulturális értékeket és trendeket, személyiségfaktorokat, a kommunikáció színvonalát, és így tovább.

Számos elmélet született a humán szexualitás problémáinak magyarázatára, amely a psziché szerepét elemzi a szexuális működésben – ami abból a szempontból is lényeges, mivel egyre nagyobb a más tudományágak felől érkező és megfogalmazott igény a szexuálpszichológia intenzívebb részvételére a szexuális zavarok megértésében és kezelésében: az úgymond gyakorlatban is megvalósuló interdiszciplinaritás felé.

Empirikus vizsgálatok

Rövid áttekintés és célkitűzések

A vizsgálatssorozat célja a magyar lakosság – kiemelten a fiatalok – egészségviselkedésének és szexuális problémáinak feltárása, megfelelő mérőeszközök adaptálása, valamint a zavart okozó tényezők mellett főképp a preventív és protektív faktorokra való fókuszálás a tartós és kielégítő szexuális funkcionálás érdekében. Ennek keretében egy több lépésből álló kutatássorozat kerül bemutatásra, mely a következő részeket tartalmazza:

1. vizsgálat

Az első empirikus rész a magyar fiatalok szexuális viselkedésének, ismereteinek és attitűdjeinek változását nézi egy 10 éves idői periódust követően ezer fő feletti mintán, a női válaszadók adatainak elemzése alapján. Az adatfelvétel 2002-ben és 2011-2013-ban történt ugyanazon papír-ceruza kérdőívvel, a szexualitást érintő, szenzitív kérdések mentén (*ELTE Szexuális Viselkedés Kérdőív*; Marián és Urbán, 2002).

2. vizsgálat

Mind a további kutatásokhoz, mind pedig a szexuálterápiában szükség van diszkrét, rövid és megbízható mérőeszközökre, melyek a fiziológiai méréseket megfelelően helyettesíteni tudják. A disszertáció keretében a 2011-2013-as tanévek során, egyetemista mintán adaptáltak a következők:

- ✍ Női Szexuális Funkció Index (FFSI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000);
- ✍ Nemzetközi Erektilis Funkció Index (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997);
- ✍ Szexuális Izgalom és Gátlás Leltár (SESII-W/M, *Sexual Exitacion and Inhibition Index*; Milhausen és mtsai, 2009);
- ✍ Szexuális Izgalom és Vágy Leltár (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*; Toledano és Pfaus, 2006);
- ✍ Női Szexuális Énséma Skála (WSSSS, *Women's Sexual Self-Schema Scale*; Andersen és Cyranowski, 1994);
- ✍ Férfi Szexuális Énséma Skála (MSSSS, *Men's Sexual Self-Schema Scale*; Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999);
- ✍ Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív Női változat (QCSASC, *Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context*; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000);
- ✍ Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív Férfi változat (QCSASC, *Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context*; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000);
- ✍ Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív Női változat (SDBQ, *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire*; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000);
- ✍ Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív Férfi változat (SDBQ, *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire*; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000);
- ✍ Szenvedélyes/Társszerelem Item (Regan, 2006).

3. vizsgálat

Személyiség és szexualitás kutatása viszonylag nagy múltra tekinthet vissza, a Big Five Leltárra (BFI; John és Srivastava, 1999) többek között a Nyitottság skála miatt is esett a választás (amely a szexualitásban szintén fontos abszorpciók képességével is kapcsolatot mutat), míg a Zuckerman-Kuhlman Személyiség Kérdőív pedig az agresszió, az aktivitási szint és a szenzoros élménykeresés folytán hozhat be újabb dimenziókat. A korai hatások vizsgálata a Felnőtt Kötődési Stílus Kérdőívvel (RAAS; Collins, 1996) történt, emellett az újabban a szexualitás viszonyában (igaz, főképp a bűnesetek és az erőszak kapcsán) gyakran előtérbe kerülő nárcizmus pedig a Patológias Nárcizmus Leltárral (PNI; Pincus és mtsai, 2009) lett mérve.

4. vizsgálat

A potenciálisan protektív tényezők mind okként, mind következményként is megjelenhetnek az egészséges szexualitással összefüggésben, így a szexuális működéssel való kapcsolatot egyrészt egy összevont ún. jóllét mutatóval néztem, másrészt külön-külön a jóllét érzelmi (PANAS, Pozitív és Negatív Affektivitás Skála - Vonás; Watson és mtsai, 1988) és értékelő (SWLS, Élettel Való Elégedettség Skála; Diener és mtsai, 1985) aspektusával, a koherencia érzékkel (SOC, Koherencia Érzék Skála; Antonovsky, 1993), valamint a tudatos jelenléttel (MAAS, Tudatos Jelenlét Skála; Brown és Ryan, 2003).

5. vizsgálat

Az előbbi vizsgálatokban kapott eredmények folytatása ez a rész, lévén férfiak esetében az extravertió, nőknél a szorongó kötődés bizonyult az egészséges szexuális funkcionálás szempontjából a legerősebb prediktornak (pozitív, illetve negatív előjellel), emellett a szexuális működés a jóllét mutatóival is szignifikáns összefüggést mutat. Mediációs elemzéssel arra a kérdésre kerestem a választ, hogy az extravertióknak, illetve a kötődési stílusnak a szexuális funkciókon keresztül érvényesül-e a hatása a személy jóllétére.

6. vizsgálat

Szexualitás és szerelem kapcsolatát számos elmélet leírta már – s mind a definíciók alapján, mind pedig intuitíve („laikus” elméletek) is a szenvedélyes szerelem esetében a szexus magasabb szintjét feltételezzük. Ennek tesztelése a szexuális funkciók különböző aspektusának (pl. vágy, szubjektív élmény, élvezeti dimenzió) mérésével történik, a szenvedélyes és a társszerelem viszonylatában.

7. vizsgálat

A mai egyetemista korosztály már az a nemzedék, akik a pornófilmet jelentős mértékben használhatták serdülő korukban úgymond informális szexedukációs eszközként. Ezért fontos, hogy milyen irányban és mértékben hat a szexualitásuk különböző területeire a rendszeres, gyakori használat, valamint megjelennek-e a sokszor hangsúlyozott nemi különbségek e téren. További kérdés, hogy a gyakori pornóhasználat esetén érezhető-e már a húszas éveik elején a szakirodalomban rendszerint leírt averzív hatás – főképp a férfiaknál – a szexfunkciókra, illetve milyen lenyomatot hagy a kognitív képekben és sémákban. Az internetes szexuális addikciók kialakulása szempontjából pedig azon személyiségdimenziók feltárása fontos a prevenció céljából (vulnerabilitás), amelyek a függővé válásra hajlamosítanak.

8. vizsgálat

A személyközpontú megközelítés napjainkban vált – ismét – népszerűvé (jóllehet, erősen rímél Allport 1950-ben publikált személyiségvonás felfogására), amely lényege,

hogy az egyes vonások egy adott konstellációban és egymással való kölcsönviszonyban hozzák létre, és juttatják kifejezésre az adott személy viselkedéses megnyilvánulásait. Az utolsó vizsgálati blokkban alkalmazott klaszteranalízis a modern statisztikai eljárások lehetőségeit használja ki a személyiség és a humán szexualitás működésének jobb megismerése és megértése céljából.

1. VIZSGÁLAT

Egy tíz évvel korábbi, szexuális életre vonatkozó felmérés megismétlése fiatal női mintán (nemi és életkori illesztéssel)

Az első empirikus rész célja a fiatal magyar nők szexuális viselkedésének, ismereteinek és attitűdváltozásának mérése egy tíz éves idői periódust követően. A világszerte tapasztalható felsorolhatatlanul sok kulturális trend, változás és inger (így az *alkalmi szex egyre nagyobb elfogadottsága*: pl. Garcia és mtsai, 2012; *a feminista diskurzusok felerősödése*: pl. Hayfield és Clarke, 2012; *az internetes pornográfia elterjedése és hatásai*: pl. Attwood és Smith, 2014; Bridges, 2010; hasonlóképp a *médiában látható szexuális tartalmak explicit ábrázolása*: pl. Attwood, 2005; *a szexualitással foglalkozó sikerkönyvek és filmek előtérbe kerülése*: pl. Tambling, 2002; *a kultúra szexualizálódása, s vele a BDSM népszerűsége*: pl. Weinberg és mtsai, 2010; *a női test minden korábbinál erőteljesebb hangsúlyozása és tárgyiasulása*: pl. Maguire és Stanway, 2008; *új kapcsolati formák megjelenése*, mint amilyen a szex-barátság: pl. Furman és Shaffer, 2011; Wentland és Reissing, 2011; Jonason és Richardson, 2011; stb.) a globalizáció folytán mára már szinte késedelem nélkül jut el hozzánk. E hatások pro és kontra irányban segíthetik, illetve hátráltathatják az egészséges női szexualitás kibontakozását, így feltételezéseim alapján a viselkedés és az attitűdök liberalizálódását, azonban a párkapcsolatok erejének gyengülését és számuk csökkenését várom.

Hipotézisek:

1. A női *szexuális fantázia és viselkedés* felszabadultabbá válik, emellett egyes jegyeiben (pl. alkalmi kapcsolatok magasabb száma, pornófilm iránti nagyobb érdeklődés) kissé „férfiasabb” (tradicionálisan a férfiaktól megszokott) irányba tolódik el;
2. A *fogamzásgátlást* kevésbé tekintik kizárólagosan „női problémának”;
3. Az *attitűdök nyitottabbá és elfogadóbbá* váltak, a partnerek közti kommunikáció javul (pl. szexuális problémák megbeszélése, külső segítség keresése, azonos nemű partner felvállalása, s kevésbé érzik károsnak a feltett kérdéseket);
4. A *nemek nagyobb egyenlősége* a szexualitás terén (pl. kezdeményezés, a nem kívánt együttlét visszautasítása);
5. A *félelmek átrendeződése* (pl. inkább a külső megfelelés és a partner elvesztése miatti aggodalmak kerülnek előtérbe szemben az egészségügyi kockázatokkal);
6. A *szexuális ismeretek bővülése* (pl. a merevedési zavar okait illetően);
7. Az ismeretek bővülése, a szexualitás terén érzett nagyobb egyenlőség és a jobb kommunikáció a *szexuális funkciózavarok csökkenést* (pl. a partnerrel átélt orgazmus nagyobb gyakoriságát) eredményezi; végül
8. Mindezek dacára a *szexuális élettel való elégedettség csökkenését és a párkapcsolatok alacsonyabb számát* várom.

Módszertan

Vizsgálati személyek

A 2002-es évi adatfelvétel 2000 fővel készült, amelyből 12 személy adatainak kiesése után 1988 fő maradt. A női minta (783 fő) életkori eloszlása azonban a populációra való reprezentativitása miatt vegyes – szemben a másik, egyetemista mintával – így az összehasonlíthatóság érdekében mindkét mintából csupán a 18-29 éves korosztály adatai kerültek be az elemzésbe: 203 és 1164 fő. Ezt mutatja az 1. táblázat.

Életkor szerinti bontás (év)		Felvétel éve	
		2002	2011-13
		(fő)	(fő)
Korcsoport	18-29	203	1164
	30-39	144	64
	40-49	169	15
	50-59	110	1
	60-69	119	0
	70-	38	0

1. táblázat. A két női minta életkori eloszlása: a 2002-ben, valamint a 2011 és 2013 között felvett adatgyűjtésben

Mérőeszközök

ELTE Szexuális Viselkedés Kérdőív (Marián és Urbán, 2002)

A Marián és Urbán által 2002-ben kidolgozott kérdőív egy nagyobb kutatás keretén belül készült. Eredetileg egy kérdezőbiztos által feltett kevésbé kényes kérdések megválaszolását követte a zárt borítékban átnyújtott kérdéssor. A 38 kérdés (K1-K38-ig) ordinális, nominális változókat és intervallumskálákat egyaránt tartalmaz (1. melléklet). Főbb kérdéskörei érintik a párkapcsolatokat, a nemi élet gyakoriságát, minőségét, az elégedettséget, a kezdeményezést-visszautasítást és a kommunikációt, a szexuális zavarokat és a fogamzásgátlást, a segítségkérési hajlandóságot, a szexualitással kapcsolatos félelmeket, valamint a merevedési zavaroknak tulajdonított okokat, az erre vonatkozó ismereteket (Marián és Urbán, 2002).

Eljárás

A 2002-es adatfelvétel

Egy nagy nemzetközi gyógyszerceg által megrendelt reprezentatív, országos felmérés ez idáig még feldolgozásra nem kerülő (női) adatainak elemzése adja a 2002-es mintát. Az adatfelvétel véletlen sétás eljárással, 136 előre kijelölt mintavételi körzetben, kvótaszempontok alapján kiválasztva történt. A személyek megkérdezése a saját háztartásban zajlott: előbb interjú módszerrel, majd borítékos tesztek formájában került sor a szenzitív kérdések megválaszolásra. Ebből a 2002-es évi vizsgálatból jelen tanulmányban felhasználásra kerültek a kijelölt életkori korosztály (18-29 év) szexualitást érintő kérdései.

A 2011 és 2013 közötti adatfelvétel

A leírás megegyezik a későbbiekben bemutatásra kerülő, többi vizsgálat adatfelvételi eljárásával, így már csak utalás lesz rá; valamint nagyrészt (némi lerövidítve) az etikai engedélyben foglaltakkal.

Az adatfelvétel minden félévben a Szexuálpszichológia 1. és 2. szabadon választható kurzus keretében történt az ELTE PPK Izabella utcai épületében (Pszichológiai Intézet), amelyre más szakokról is folyamatosan érkeznek hallgatók. A félév teljesítésének feltétele egyrészt egy év végi rövid (10-20 perces) zh, amely a szerzett tárgyi tudást ellenőrzi, továbbá egy saját érdeklődésnek megfelelő gyakorlati feladat választása. Utóbbi három formában történhet: a.) három oldalas összefoglaló tanulmány bármely, a hallgató számára érdekesnek ítélt, szexuálpszichológiai területéről (pl. felvilágosítás, szexuális diszfunkciók, parafiliák); vagy b.) egy kb. 5-8 oldalas angol nyelvű szöveg 3 oldalban való összefoglalása; vagy c.) egy (hangsúlyozottan hosszú) anonim tesztbatteria kitöltése. Utóbbinál elhangzik az anonimitás biztosításának módja, valamint az, hogy a szexualitást érintő kérdéseket is tartalmaz. Emellett pedig a tesztfelvétel célja, továbbá, hogy ezek a kutatásban és a terápiában (exploráció) is használatos tesztek, így betekintést nyerhetnek általa a szexuálpszichológia módszertanába.

A tesztfelvételre általában a félév második felében kerül sor, a hallgatók kitöltésre elviszik haza, majd két-három megadott időpontban visszahozhatják. Minden esetben hangsúlyos, hogy kizárólag személyesen adhatóak le a kitöltött tesztek, csak akkor kerülnek elfogadásra. A tesztkitöltést megelőzi a *Tájékoztató és Beleegyezési nyilatkozatok* elolvasása és kitöltése, amelyet a felvett tesztekkel elkülönítve, egy másik dobozba dobhatnak be a résztvevők. A tesztleadásnál pár hallgató (műhelymunkázó) segíti az egyes alkalmak gördülékeny lebonyolítását, általában 4-5 fő. A leadás nagyjából a parlamenti választások mintájára zajlik, csak nem személyigazolvány felmutatása, hanem a név és EHA-kód segítségével történik az azonosítás, hogy a hallgató leadta a tesztet. Először tehát a neve mellett egy előre kinyomtatott névsorban megjelenik a teljesítés ténye, pipával jelezve. Ezt követően a hallgató bedobja egy nagyméretű dobozba a tesztjét. Amikor a leadások befejeződtek, az urnának kinevezett dobozból 2-3 műhelymunkázó összegyűjti és beszámozza a tesztek, amelyek ennek megfelelően kerülnek az Excel keretfájlba bevitelre.

Eredmények

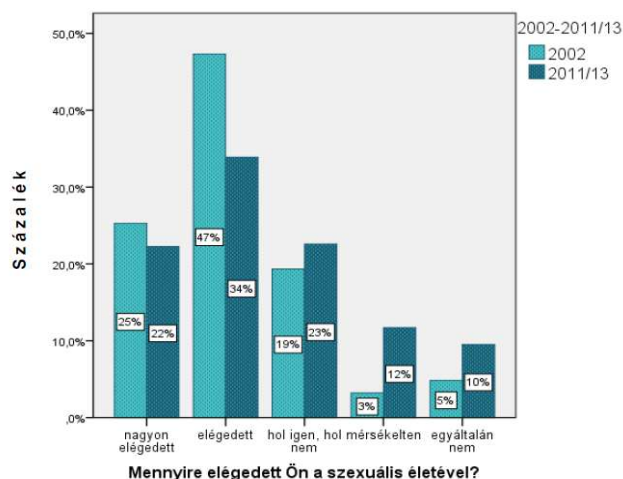
Az adatok feldolgozása valamennyi vizsgálatban az SPSS, illetve az AMOS statisztikai szoftverek segítségével történt. Először a két minta összehasonlítását végeztem, a statisztikai próbákat az adatok típusához igazítva, így az ordinális változók esetében Mann-Whitney próbák kerültek alkalmazásra. Az eredményeket Bonferroni módszerrel igazítottam, s a 2. *melléklet*ben közölt táblázatban azon eredmények lettek színnel kiemelve, ahol a Bonferroni korrekció után is szignifikáns maradt a különbség.

Az intervallum skálaváltozók összehasonlítása kétmintás t-próbákkal történt. A Bonferroni korrekció után is szignifikáns különbségek itt is színnel vannak jelölve a 3. *melléklet*ben.

A nominális változók esetében z-próbákkal lettek az egyes válaszok %-os értékei összehasonlítva. A 4. *melléklet* táblázatában a Bonferroni korrekció után is szignifikáns különbségek vannak feltüntetve. Ahol „A” szerepel (zöld színnel jelölve), ott a %-os arány növekedett a 2002-es adatokhoz képest, ahol „B” szerepel (piros), ott a %-os arány csökkent.

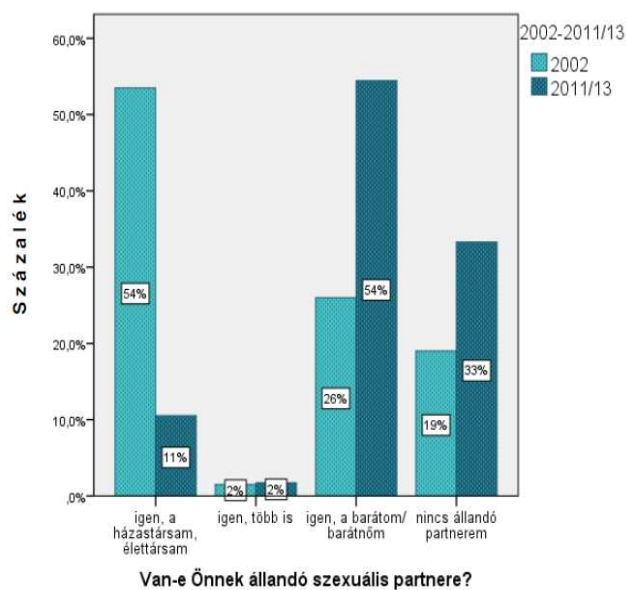
A különbség szignifikanciáján túl a változás irányát és mértékét ábrákon az 5. melléklet tartalmazza, azonban pár fontosabb – statisztikailag és a gyakorlatban is szignifikáns eredmény – az alábbiakban is bemutatásra kerül.

A szexuális élettel való elégedettség erőteljes csökkenése a tíz éves időintervallum alatt: a *nagyon elégedett* és *elégedett* választ adók tábora együttesen 72%-ról 55%-ra esett vissza, míg az *egyáltalán nem elégedett* válaszadók száma megduplázódott: 5-ről 10%-ra emelkedett (9. ábra).



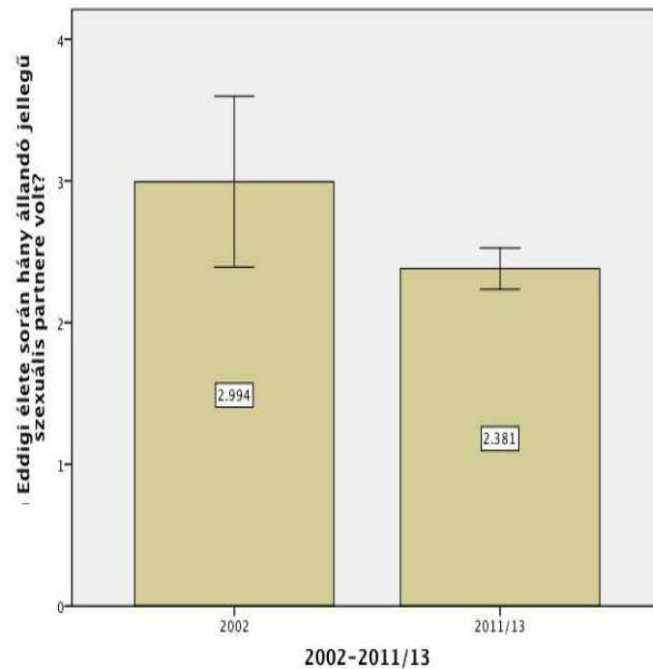
9. ábra. A szexuális élettel való elégedettség változása a tíz éves periódust követően

Érdekes továbbá a párkapcsolati formák változása is: míg 2002-ben a válaszadók 54%-a élt házastársi, illetve élettársi kapcsolatban, addig tíz évvel később ugyanez a szám a barátom/barátnőm kapcsolat százalékos mutatója. A házastársi/élettársi viszonyban élők száma közel 1/5-ére csökkent, a barát-barátnői viszony azonban megduplázódott, míg az állandó partner nélküliek száma is erős növekedést mutatott: 19-ről 33%-ra ugrott (10. ábra).



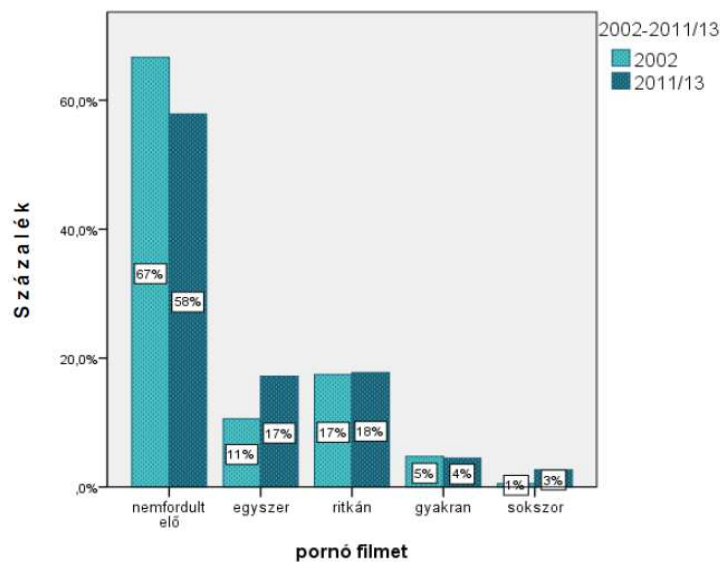
10. ábra. Az állandó szexuális partnerrel rendelkezők számának változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

Ez utóbbi adat kiváltképp annak tükrében érdekes, hogy míg az állandó partnerek számának átlagos értéke szignifikánsan csökkent ($p < 0.0045$; $2.99 \rightarrow 2.38$), azonban a szexuális partnerek száma nem változott szignifikánsan ($4.44 \rightarrow 4.52$) (11. ábra).



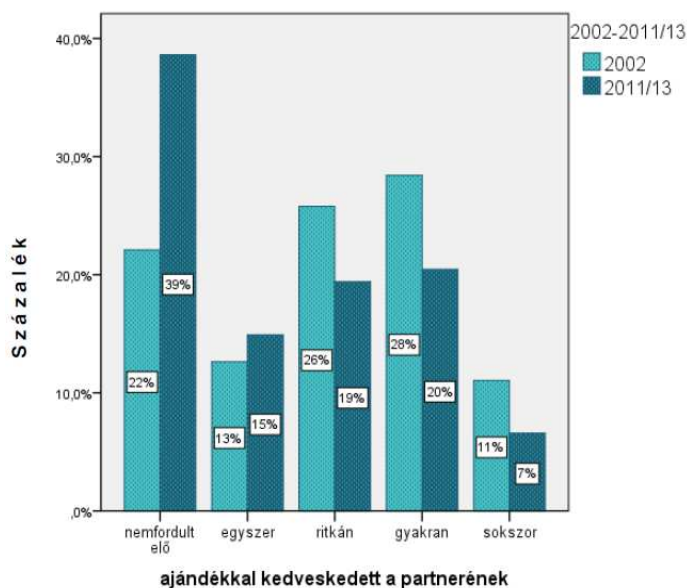
11. ábra. Az állandó szexuális partnerek számának változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

Szignifikáns, de nem jelentős mértékben növekedett a fiatal nők pornófilm nézése is – egyedül talán a sokszor választ adók 1-ről 3%-ra emelkedése (így megháromszorozódása) tekinthető szakmailag fontos eredménynek, illetve kérdésnek (12. ábra).



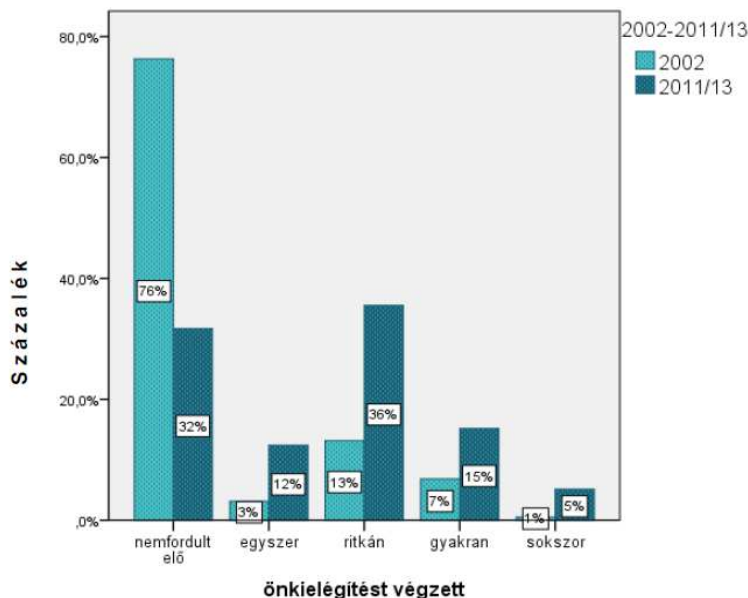
12. ábra. A fiatal nők pornófilm nézésének változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

Az ajándékkal kedveskedés a partnernek kisebb arányánál figyelhető meg a 2011-2013-as mintán: a *nem fordult elő* választ adók száma 22-ről 39%-ra ugrott, míg a *sokszor* és *gyakran* válaszok együttes aránya 39-ről 27%-ra csökkent (13. ábra).



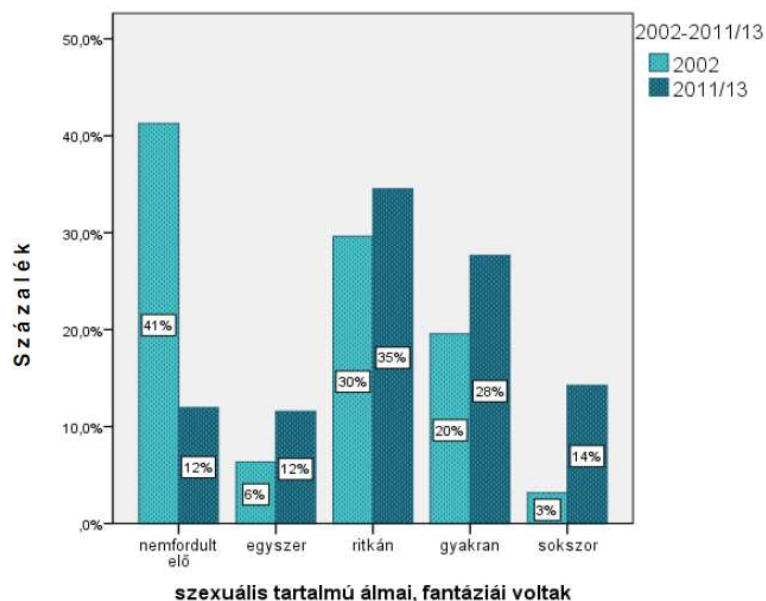
13. ábra. A partner megajándékozásának változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

Az önkielégítés mértéke a fiatal lányok mintáján a tesztfelvételt megelőző egy hónapos időszakban jelentős mértékű és szignifikáns növekedést mutatott a két időpont között: az egyáltalán *nem fordult elő* 2002-es 76%-ához képest 2011-2013-ban ez a szám 32%-ra csökkent, míg a skála másik végpontján elhelyezkedő *sokszor* választ 5-ször annyian adták, azaz 1%-ról 5%-ra emelkedett (14. ábra).



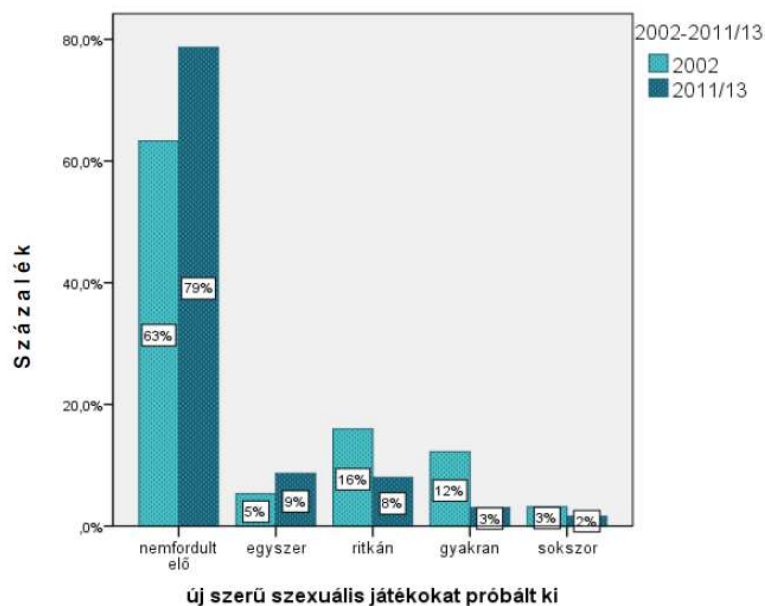
14. ábra. Az önkielégítés mértékének változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

A szexuális tartalmú álmok, fantáziák megjelenésére a *nem fordult elő* válaszok aránya 41-ről 12%-ra csökkent, míg a *gyakran* és *sokszor* választ együttesen a fiatal lányok 42%-a adta 2012/13-ban a tíz évvel korábbi 23%-hoz képest (15. ábra).



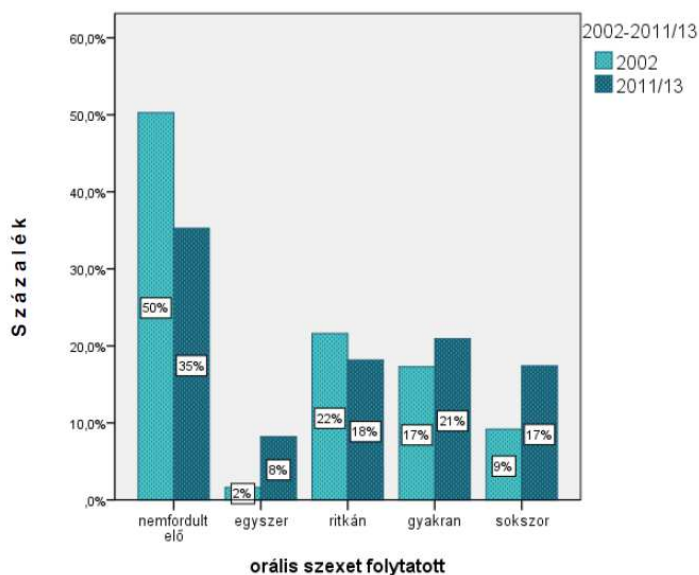
15. ábra. A szexuális tartalmú álmok, fantáziák megjelenésének változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

A fantázia mindamellett nem jelent meg a viselkedésben is, a vágyak kiélésének formájában – sőt, a szexuális fantáziák megvalósulásában inkább mintha konzervatívabb irányba történt volna elmozdulás: az egyetemista minta 79%-a egyáltalán nem próbált ki újszerű szexuális játékot az elmúlt egy hónapos időszakban, míg a tíz évvel korábbi adatfelvételben ez a szám 63%-ot tett ki. A *gyakran* és *sokszor* válaszok is megharmincsolódtak: 15%-ról 5%-ra esett vissza együttes arányuk (16. ábra).



16. ábra. Újszerű szexuális játékok kipróbálásának változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

Az orális szex (felláció, utalva az aktív szerepre) a szakirodalomban leírtaknak megfelelően szignifikáns növekedést mutatott: a *nem fordult elő* 50%-a 35%-ra csökkent, míg a *gyakran* és *sokszor* együttes aránya 26-ról 38%-ra ugrott (17. ábra).



17. ábra. Az orális szex gyakoriságának változása 2011-2013-ra a 2002-es adatokhoz képest

Az itt kiemelt eredményeken kívül számos erősen szignifikáns ($p < 0.000$) eltérés jelent meg még a fiatal nők szexuális magatartásában a két vizsgálati időpont között szinte minden megkérdezett területen. Így a fogamzásgátló módszerek, a szexualitással kapcsolatos félelmek és szorongás, az aktus közben megtapasztalt kellemetlenségek (fájdalom, vérzés vagy irritáció), az orgazmus gyakoriságára vonatkozó kérdések, a férfi diszfunkciókkal kapcsolatos attribúciók, a párkapcsolatok, a szexuális együttlét jellemzői (pl. kezdeményezés, időtartama) mellett a segítségkérési hajlandóság terén is. A szignifikáns eredményeket a 2-4. melléklet, a változásokat pedig az 5. melléklet ábrái mutatják.

Diszkusszió

A fiatal nők (18-29 év) válaszaiban a szexuális élettel kapcsolatosan 2002 és 2011-2013-ban felvett szenzitív kérdésekre (*ELTE Szexuális Viselkedés Kérdőív*; Marián és Urbán, 2002) minden érintett főbb kérdéskör esetében az egyes területeken jelentek meg szignifikáns változások. A következőkben a hipotéziseknek megfelelően a nagyobb témakörök mentén kapott szignifikáns eredményeket tárgyalom.

Az 1. hipotézis a női szexuális fantázia és viselkedés felszabadultabb voltát, emellett liberalizálódását feltételezte: az úgymond tradicionálisan a férfiaktól megszokott irányba való eltolódást (pl. alkalmi kapcsolatok magasabb száma, pornófilm iránti nagyobb érdeklődés). E kérdéskörhöz tartozó válaszok esetében a fiatal nők pornófilm nézési szokásaiban mutatkozott némi változás – a teljes elutasítás (egyszer sem fordult elő) 67-ről 58%-ra csökkent, valamint a rendszeresen fogyasztók százalékos aránya 1-ről 3%-ra ugrott. Ez mindenképp az erotikához való viszony terén egy nyitottabb viselkedést jelez – kiváltképp, hogy a nők pornófilm nézése általánosságban inkább információszerezésre irányul, s kevésbé ártalmas a párkapcsolatra nézve, azonban szintén növekedést mutat. Hasonló mintázatot mutatott az önkielégítés gyakorisága is (valószínűleg a felnőtt fil-

mek iránti nagyobb érdeklődéssel összefüggésben), azonban itt a teljesen elzárkózók száma jelentős mértékben, több mint felére csökkent (76-ról 32%-ra), míg a *gyakran* választ adók száma megduplázódott (7-ről 15%-ra nőtt), a *sokszor* rubrikát megjelölőké pedig ötszörösére emelkedett (1-ről 5%-ra). Az eltérés részben – és értelemszerűen – a kapcsolati státuszukkal is magyarázható, emellett azonban e nagyarányú növekedés a maszturbációhoz való pozitívabb viszonyulást, a szexuális attitűdök liberalizálódását, jobb felvilágosítást és a saját test megismerésének igényét is nagy valószínűséggel magában foglalja. Emellett a pornófilmek szexuálisan felszabadító, vágykioldó hatása, illetve a kultúra szexualizálódása (mindenhol jelen lévő erotika) is indokolhatja ezt az emelkedést – amely a szexuális élet vonatkozásában azonban általában pozitív (pl. Kaplan, Sadock). A női szexuális funkciózavarokat gyakran hozzák összefüggésbe azal, hogy a nők szegénylősek saját testük megismerésében, ezért számos terápia tűzi ki feladatául ennek elsajátítását (pl. LoPiccolo és Lobitz, 1972; Hernandez-Serrano, 2000). A *szexuális tartalmú álmok és fantáziák megjelenése* szintén jelentős átalakuláson ment át: 3-ről 14%-ra ugrott a *sokszor* választ adók száma, míg a soha *nem fordult elő* kijelentést vallóké 41-ről 12%-ra csökkent. Ez azonban még mindig alacsonyabb arány annál, mint amit Leitenberg és Henning 1995-ös tanulmányukban írtak, hogy mind a nők, mind a férfiak körében gyakoriak a napközben megjelenő szexuális fantáziák, a maszturbáció során alkalmazottak és a szexuális aktus alattiak: mindkét nem közel 95%-a vallotta akkor, hogy legalább az egyik kontextusban fantáziál (Leitenberg és Henning, 1995). A két magyar minta összehasonlításában mindenesetre a szexuális fantáziák liberalizálódása nem járt együtt a viselkedésbeli nyitottsággal. Az *újszerű szexuális játékok kipróbálásától való elzárkózás* emelkedett (vagy a partner nem volt nyitott rá): 63-ről 79%-ra nőtt azok száma, akik azt vallották, hogy még sosem fordult elő velük. Az orális szex iránti nyitottság a fiatalok körében azonban a szakirodalmi adatokkal (Remez, 2000; Prinstein, Meade és Cohen, 2003) egybehangzóan emelkedett. Míg a tíz évvel korábbi adatok szerint a fiatal nők fele még soha életében nem próbálta ki, addig ennek aránya mostanra 35%-ra csökkent, ezzel szemben a *gyakran* és *sokszor* cselekvők aránya 26-ről 38%-ra ugrott. Az *állandó partnerek száma viszont szignifikánsan csökkent* (2.99-ről 2.38-ra), sőt, az elmúlt tíz napban megélt szexuális partnerek átlagos száma is, így ez a válasz alapján az alkalmi szexuális kapcsolatok inkább csökkentek, semmint növekedést mutattak volna. Ez ellentmond például Bradshaw és munkatársai (2010) vizsgálatának, akik épp egyetemista fiatalok mintáján (150 nő, 71 férfi) találták azt, hogy mindkét nem esetében az alkalmi kapcsolatok száma közel duplája volt az első randevükénak (Bradshaw, Kahn és Saville, 2010). Emellett, a *Van-e Önnek jelenleg alkalmi szexuális partnere?* illetve az *Előfordult-e az elmúlt hónapban Önnek, hogy új alkalmi szexuális partnerrel szeretkezett?* kérdések sem hoztak szignifikáns eredményt.

A 2. hipotézis arra vonatkozott, hogy a 2002-es adatokhoz képest csökkent azok száma, akik a fogamzásgátlást kizárólagosan „női problémának” tekintik, s ennek megfelelően a „férfias” védekezési módok (óvszerhasználat, megszakított közösülés) kerülnek inkább előtérbe. A hipotézisnek megfelelően mind a hozzáállás terén (a *Kinek a felelőssége a fogamzásgátlás?* kérdésre) szignifikánsan csökkent azon válaszadók száma, akik kizárólag a nő feladatának tekintik a védekezést, s nőtt a mindkét partner felelősségét hangsúlyozók aránya. Ez az attitűd a választott módszerekben is megjelenik: szignifikáns eredményt a méhen belüli eszközök (pl. spirál, pesszárium) használóinak száma, valamint a naptár módszer népszerűségének csökkenése adott, míg a *férfiak óvszerhasználatára nőtt* (bár a megszakított közösülés terén nem kaptunk szignifikáns növekedést). Jóllehet, ezen adatok a SZTB-kel szembeni megfelelőbb védekezésnek, azaz a *jobb egészségviselkedésnek és informáltságnak*, valamint a fiatalok kapcsolati státuszának (tartós viszonyban élők versus egyedülállók) egyaránt a következménye lehet.

A 3. hipotézis szerint az attitűdök nyitottabbá és elfogadóbbá válnak, emellett a partnerek kommunikációs készsége a szenzitív témák esetében javul (pl. szexuális problémák esetén külső segítség keresése, azonos nemű partner felvállalása, kevésbé érzik kínosnak a feltett kérdéseket). E hipotézis esetében is az eredmények csak részben felelnek meg az elvárásoknak, illetve némiképp ellentmondásosak is: így a *Meg szokta Ön beszélni a partnerével a szeretkezés élményeit?* és a *Szokott-e Ön beszélgetni a partnerével az esetleges szexuális kudarcokról?* válaszokban nem tapasztalható szignifikáns változás. Az *Ajánlana-e gyógyszert a partnerének a merevedési zavarára?* kérdésre nyitottabb válaszadók száma szignifikánsan megnőtt – ami ugyanakkor a szexuális problémákról való nyíltabb beszédet jelentheti –, emellett a kitöltő feltételezése szerint a férfi-partner is inkább fordulna hozzá segítségért ilyen esetekben (szintén szignifikáns növekedés volt tapasztalható e válaszarányban, a *soha* kérdések kevesebb mint felére csökkentek – 24-ről 11%-ra, míg a *gyakran* választ adók száma 37-ről 54%-ra emelkedett). Azonban a partnert házi orvoshoz, urológushoz vagy természetgyógyászhoz küldők aránya nem változott szignifikánsan – sem a szakkönyvek, kiadványok ajánlása sem –, viszont a pszichológus iránti fogékonyság (véltetően az egyetemi óra jellege folytán is) megemelkedett, s ezzel párhuzamosan a vele szembeni elutasítás csökkent. Ez jelentheti azt, hogy az inkább e tudományterület iránt nyitottabbak választották a kurzust a más szakokról érkezők közül, fakadhat a pszichológus-hallgatók magas számából – de akár a szexuálszichológia nagyobb népszerűségéből, vagy egyfajta önigazolásból/kognitív disszonanciából is (Aronson, 1984). A hipotézis igazolódott azon kérdésekben, mint az *azonos nemű partnerrel való kapcsolat felvállalása*, illetve a *szenzitív kérdésekhez való pozitívabb viszony* – jóllehet, utóbbi erősen fakadhat az óra jellegéből adódó választorzításból, illetve előfeszítő hatásból is. (Emellett természetesen a kérdésekre adott választ is befolyásolhatja mindkét irányba: fennállhat egyfajta szociális megfelelési igény, az oktató kedvébe járás éppúgy, mint az őszinteség irányába való eltolódás – bár utóbbi esetben nem jelent meg szignifikáns változás a *Mennyire voltak őszinték a válaszai?* kérdésre adott értékelésben.)

A 4. hipotézis esetében a válaszok inkább ellentmondanak az elvárásoknak, amely a nemek nagyobb egyenlőségét feltételezte a szexualitás terén. Jóllehet, a kezdeményezésben a nők a korábbiánál minimálisan nagyobb aktivitásról (1%-os növekedés) számolnak be, azonban a partnerek részéről az egyforma gyakorisággal való kezdeményezés aránya csökkent, emellett a szex visszautasítása terén nincs szignifikáns változás. Ez persze önmagában még nem informatív, hisz jelentheti a szex élvezetét, s ezért a nagyobb kedvet hozzá éppúgy, mint a pornófilmből átvett szerepeket: a mindig szexuálisan aktív nő ideálját, akinél nem fordulhat elő egy nem kívánt együttlét visszautasítása. (Ez utóbbi feltételezés kiváltképp az 1. és 5. hipotézis esetében találatokkal cseng egybe, úgymint a nők nagyobb felnőttfilm nézési gyakorisága, emellett megnövekedett féltelme a partner nélkül maradástól.) Csökkent továbbá a partner megajándékozása is – amely mind a tradicionális női szerepek irányába való elmozdulással, mind pedig az evolúciós gyökerekkel, úgymint a nőtény számára vitt ajándék – inkább egybevág, s kevésbé mutat az egyenlőség irányába. (Jóllehet, a partner sem feltétlenül él „hagyományos” szerepével, valamint ez ismét az egyetemisták kevésbé stabil kapcsolati státuszából is fakadhat.) Tehát az ajándékkal kedveskedés a partnernek kisebb aránya a 2011-2013-as mintán több tényező hatása is lehet. Nem feltétlenül csak a kulturális trend változása vagy a figyelmesség csökkenésének számlájára írható, hanem összefügghet a párkapcsolati státusz másfajta formájával, az állandó partnerek alacsonyabb számával e mintában, illetve az egyetemi képzésben résztvevők gyengébb anyagi helyzetével is.

Az 5. hipotézis a félelmek átrendeződését célozta (pl. inkább a külső megfelelés és a partner elvesztése miatti aggodalmak kerülnek előtérbe szemben az egészségügyi kockázatokkal). E feltételezés jelentős mértékben igazolódott: míg az olyan „reális” félelmek, mint a megerőszakolástól, AIDS-től, nemi betegségektől való félelem nem mutatnak szignifikáns növekedést, addig a *partner nélkül marad, elveszti a szexuális vonzerőjét*, illetve az *akarata ellenére teherbe esik* válaszok jelentős mértékben megemelkedtek. Attól, hogy partner nélkül marad 2002-ben a megkérdezettek közel fele (46%) egyáltalán nem félt, 2011-2013-ra ez az arány 32%-ra csökkent, ezzel szemben a közepesen és nagyon tart a partnernélküliségtől válaszok 27-ről 39%-ra emelkedtek. A szexuális vonzerő elvesztésétől 2002-ben a nők 38%-a egyáltalán nem tartott, tíz évvel később viszont már csak a 23% vélekedett így, a közepesen és nagyon fél a szexepil elvesztésétől válaszok pedig majdnem megduplázódtak: 26-ről 47%-ra emelkedtek. A teherbeeséstől nagyon félők válaszaránya pont megkétszereződött (16-ről 32%-ra nőtt), az egyáltalán nem tart tőle választ adók száma pedig kevesebb, mint felére esett vissza, 41-ről 19%-ra. Míg utóbbi eredmény önmagában magyarázható lenne a mintából adódó választorzítással (egyetemisták), azonban a másik két válaszon már egyértelműen a kulturális trendek hatása érvényesül – így az állandó partnerkapcsolatok számának csökkenése és a női külső minden korábbinál erőteljesebb reflektorba állítása. Mindezek mögött pedig a pornográfia előtérbe kerülése is állhat, ahogy Lambert és munkatársai (2012) vizsgálata szerint a magasabb pornóhasználat alacsonyabb párkapcsolati elköteleződéssel és a hűtlenség magasabb arányával jár együtt; továbbá a pornóhasználat és hűtlenség kapcsolatát is az elköteleződés mediálja.

A 6. hipotézis általánosságban a szexuális ismeretek bővülését feltételezte (pl. a merevedési zavar okait illetően), amiben azért az egyetemista minta sajátosságai (az információkhoz való kötelezően nagyobb hozzájutás) jelentős mértékben torzíthatták az eredményt. Az erekciós zavar 13 megkérdezett okát illetően csupán a gyógyszereknek és az elhízásnak tulajdonított jelentőség nem különbözött szignifikánsan a két csoport esetében, s egyedül a dohányzással kapcsolatosan mondható el, hogy szignifikánsan kevesebben voltak tisztában annak káros hatásával: míg a korábbi minta 42%-ban tulajdonított kiemelt szerepet neki a szexuális zavarok kialakulásában, addig mára ez az arány 13%-ra esett vissza. Ez a változás viszont sajnálatos, mivel fontos az olyan rizikófaktoroknak az ismerete, mint amilyen a magas vérnyomás és koleszterinszint, a cukorbetegség, kardiovaszkuláris megbetegedések, s minden olyan tényező, amely az érrendszert támadja – így következetesen káros a dohányzás is (Billups és mtsai, 2005). A prevenció jelentőségét jelzi az a számadat, hogy míg 1995-ben az erekciós zavar világszerte 152 000 000 férfit érintett, 2025-re a becsült prevalenciája már 322 000 000 fő (Aytac, McKinlay és Krane, 1999). Az *Ön szerint a következő tényezők mekkora szerepet játszanak a férfiak merevedési zavarának kialakulásában, előfordulásában?* kérdésre egy másik addiktív faktor, az alkohol esetében már jelentős mértékben megfordultak az arányok: a korábbi 36%-ról 4%-ra esett a *semekkorát* választ adók aránya, míg majdnem háromszorosára nőtt a nagy jelentőséget tulajdonítóké (13%→38%). A szomatikus okoknak – betegségeknek és szervi elváltozásoknak tulajdonított okok százalékos aránya meglepően szétartott: míg a betegségeknek nagy szerepet tartók aránya 30-ról 18%-ra esett vissza, addig a szervi elváltozások esetében jelentőset növekedés tapasztalható, 20% helyett 35% tartja fontos faktornak, emellett utóbbi esetében a *semekkorá* jelentőséget nem tulajdonítók százaléka 25-ről 4%-ra csökkent. A lelki tényezőknek tulajdonított szerep – vélhetően a pszichológiai tárgyfelvétel okán is – magas a 2011-2013-as mintán: a kudarcból való félelem nagy súlyát a válaszadóknak a korábbi 8% helyett a 81%-a jelölte meg (míg a *semekkorát* 40%-ról 1%-ra csökkent). Hasonlóképp a munkahelyi stressz nagy jelentőségét megjelölők százaléka 7-ről 57%-ra nőtt (míg a

semekkorát 22-ről 1%-ra esett). A családi gondok jelentőségének felismerése is karakteres változáson ment át: nagyon fontosnak tartja a válaszadók 42%-a a korábbi 10% helyett, míg nem tulajdonít neki jelentőséget 2% a 2002-es 17%-os válaszaránnyal szemben. A fáradtság szerepét is sokkal több válaszadó – 9% helyett 31% – fogadta el, s a *semekkor*a választ a kitöltők 1/6-a jelölte meg (4%) a korábbi 24%-al szemben. Végül a párkapcsolati elemeket véve: a kedvezőtlen korábbi tapasztalatokra maximális pontszámot adott az egyetemista válaszadók 53%-a (a korábbi 18%-al szemben, míg *semekkor*a jelentőséget csak 3% tulajdonított neki a 2002-es 15% helyett). A partner vonzerejének a *semekkor*a és *kicsi* szerepet tartók aránya 56%-ról 32%-ra csökkent, míg a *közepes* és *nagyot* választ a korábbi 45% helyett 67-en adták. Legvégül a veszekedés, elhídegülés szerepét a női hallgatók a korábbi mintával szemben a férfi potenciára igen káros tényezőnek tekintették: míg a korábbi válaszadók 37%-a *semekkor*a szerepet nem tulajdonított neki, a mostani válaszokból ez az arány mindössze 4%, ellenben a legmagasabb pontszámot adók százalékos aránya 9%-ról 39%-ra ugrott.

A 7. *hipotézis* szerint az ismeretek bővülése, a szexualitás terén érzett nagyobb egyenlőség és a jobb kommunikáció a *szexuális funkciózavarok csökkenését* (pl. a partnerrel átélt orgazmus nagyobb gyakoriságát) eredményezi. A szexuális élet változása két területen hozott szignifikáns eredményt: a szorongás a szexuális aktustól kérdésre az *igen* választ adók aránya 5-ről 19%-ra nőtt, a vérzés vagy irritáció behatoláskor 3-ről 12%-os gyakoriságúra emelkedett, valamint a fizikai fájdalom szeretkezés közben 9-ről 23%-ra nőtt. A másik szignifikáns blokk az orgazmusra vonatkozó kérdések esetében született: *A Milyen gyakran van Önnek a szexuális érintkezésekben orgazmusa?* kérdésre a *mindig* válaszok száma a 2002-es adatokhoz képest 39-ről 23%-ra csökkent, míg a *ritkán* és a *soha* válaszok együtt 14-ről 27%-ra emelkedtek. *A Milyen gyakran volt orgazmusa a partnerével az elmúlt fél évben?* kérdés esetében is romlott a helyzet, mindegyik nagyobb gyakoriságú kérdés esetében (naponta, hetente többször, heti, havonta többször) csökkenés tapasztalható a 2002-es adatokhoz képest. Ennek magyarázata azonban igen nagy valószínűséggel két másik szignifikáns eredményben is keresendő: *Mennyi ideig tart Önnél egy átlagos szeretkezés az előjátéktól a beteljesülésig?* (kérdés persze, hogy kinek a beteljesülése, mert úgy tűnik, inkább a partneré) időtartama 37 percről 23 percre rövidült; *És ebből mennyi az előjáték?* átlagos hossza 17 percről 10 percre csökkent – ami pedig a fájdalomzavarok magasabb arányát, s így a gyakoribb félelmet az együttléttől – is magyarázhatja az egyetemista minta esetében. A rövidebb előjáték miatt a lányok készenléti válaszának elmaradása (a lubrikáció és a méh megemelkedése) eredményezheti egyben a fájdalomzavarok magasabb arányát, ami mögött nagy valószínűséggel a fiúk pornófilmekből szerzett ismeretei állhatnak: ahol a nők rendszerint előjáték nélkül is folyamatosan készen állnak a szexuális aktusra.

A Milyen gyakran volt orgazmusa önkielégítéssel az elmúlt fél évben? válaszarány azonban szinte épp fordítottan alakul: a minimum egyszer egy hónapban 19-ről 57%-ra emelkedett (ebből a hetente többször választ adók aránya 8-ről 26%-ra ugrott, összességében pedig a legalább heti gyakoriságot vallók száma 12-ről 39%-ra nőtt). Értelemszerűen a partnerrel átélt orgazmus arányának csökkenését váltotta fel az önkielégítés, azonban érdekes módon a 2011-2013-as adatoknál a 2002-es 0%-hoz képest az egyetemisták 15%-a egyáltalán nem is élt e viselkedésmódozattal.

Így viszont a 8. *hipotézis*, a szexuális élettel való elégedettség csökkenése más értelmet nyer: a *nagyon elégedett* és *elégedett* válaszadók százalékos aránya 72%-ról 56%-ra csökkent, ezzel együtt pedig az *egyáltalán nem elégedettek* száma megduplázódott (5-ről 10%-ra emelkedett). Az állandó partnerek száma is arányaiban alacsonyabb az egyetemista mintán: a 19%-hoz képest esetükben 30%-nak aktuálisan nincs romantikus kap-

csolata. (Itt azonban fontos azt is figyelembe venni, hogy az ő anyagi helyzetük, karrierterveik is indokolhatják a családalapítás, elköteleződés későbbre tolódását – már ami a kapcsolati státusz – házastárs/élettárs versus barát/barátnői – viszonyt illeti.) Ez persze számos korábbi kérdést magyarázhatna, viszont arányaiban nem akkora az eltérés, hogy minden feltárt probléma és hiányosság csupán a párkapcsolat pillanatnyi hiányával indokolható lenne.

Korlátok és kitekintés

A kutatás legerősebb korlátja a reprezentatív mintavételhez képest a „homogén” egyetemista minta. Jóllehet, iskolázottság tekintetében viszonylag hasonló alapokkal rendelkeznek, így a „középfokú végzettséggel rendelkezők” kérdés más esetben sem szűrné ki e torzító hatást – ami egyben figyelmeztet is a standard SES kérdésektől való elrugaszkodásra.

A jelenségek okaira, s az összefüggésekre vonatkozóan itt számos további kérdés merült fel, amit a későbbi vizsgálatokban igyekszem – immáron csak az egyetemista minta adatai alapján – feltárni.

Összegzés

Egyfajta erózió a párkapcsolatok vonatkozásában, a hétköznapi életben a tapasztalatok szintjén is tetten érhető – mégis ilyen mértékű problémát, kiváltképp az úgynevezett „legegészségesebb” populáció esetében (fiatal egyetemista mintán, akiknek az átlagnépességhez képest jobb jövőképük, általában stabilabb családi háttérük, az átlagnál magasabb intelligenciájuk és az információkhoz való jobb hozzáférésük, stb. van) nem vártam, dacára annak, hogy a szakirodalmi adatok ezt deklarálják. Hiába a többlettudás, amennyiben ezt nem tudják gyakorlatba fordítani, emellett persze a trendekkel szembe menni is nehéz. A nyitás és nyitottság összességében nem javított az együttlétek minőségén (pl. rövidebbek lettek az aktusok, s az előjáték ideje is kevesebb), gyakoriságában, illetve a kapcsolatok intimitási szintjén (pl. ajándékozás, tartós romantikus párkapcsolat).

Mindemellett meg kell jegyezni, hogy az *ELTE Szexuális Viselkedés Kérdőív* (Marián és Urbán, 2002) több mint tíz év távlatában is alapos, precíz és érzékeny mérőeszközben bizonyult, amely kellő mélységű információval szolgál a – sajnos – ma is aktuális problémák feltárásához.

2. VIZSGÁLAT

Szexuálpszichológiai mérőeszközök adaptációja

A második empirikus rész célja több olyan nemzetközileg elismert, a kutatásokhoz rendszerint használt és a szakirodalomban gyakran idézett angol nyelvű teszt magyar adaptációja, amely által lehetővé válik a.) több hazai kutatás számára a szexuális élet területének diszkrét és megbízható mérése; b.) a szexuálpszichológiai témákban a külföldi kutatásokhoz való adekvát kapcsolódás, publikálási lehetőségek; c.) a szexuálterápiákban az anamnézis segítése, kiegészítése.

Mindegyik teszt fordítása és a kutatás céljából történő felhasználása a szerzők engedélyével történt, tükörfordításukban az ELTE PPK és a Károli Gáspár Református Egyetem személyiség- és általános pszichológiai műhelymunkázói vettek részt. A több év során felvett adatbázisból számos műhelymunka és több szakdolgozat is született.

A vizsgálati személyek (egyetemista minta) és az eljárás rész megegyezik az 1. vizsgálatban leírtakkal, így csak az egyes mérőeszközöket mutatom be. A félévek során azonban változott a felvett tesztbatteria összeállítása az aktuális kutatási témáknak és kérdéseknek megfelelően, így az egyes tesztek eltérő számú hallgató töltötte ki – ezért a mintaelemszám változó –, s ez külön-külön kerül feltüntetésre.

Női Szexuális Funkció Index (FSFI; Rosen és mtsai, 2000)

A Női Szexuális Funkció Index (FSFI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000) egy 19 tételből álló, önbevalláson alapuló multidimenzionális kérdőív, mely a női szexuális funkcionálás kulcsdimenzióira kérdez rá. Az elmúlt négy hét szexuális működését méri hat területen: szexuális vágy, szubjektív izgalom (arousal), lubrikáció (nedvesedés), orgazmus, a szexuális élettel való általános elégedettség és fájdalom (Wiegel, Meston és Rosen, 2005). A mérőeszköz validálásában 131 egészséges kontroll személy és 128 szexuális arousal problémával diagnosztizált nő vett részt (életkor szempontjából illesztett minta). Az eredetileg végzett főkomponens analízis és varimax rotáció az ötfaktoros modellt igazolta, úgymint kombinált vágy/izgalom, nedvesedés, orgazmus, elégedettség és fájdalom faktorokat (Rosen és mtsai, 2000; Wiegel, Meston és Rosen, 2005). Klinikai mintán a vágy és az izgalom faktorokat különválasztották, ekkor mind a hat alskála esetében a Cronbach alfa értéke 0,9-nél magasabb volt. Különböző beteg és egészséges minták esetében a mérőeszköz pszichometriai kvalitásai kiválóan bizonyultak (a Cronbach alfa értéke 0,82 fölötti, a teszt-reteszt reliabilitása pedig $r=0,79$ és $r=0,82$ közötti), s jól differenciál az egészséges minta és a különböző szexuális diszfunkciók között (pl. orgazmuszavar: Meston, 2003; Rosen és mtsai, 2000; Wiegel, Meston és Rosen, 2005).

A hatskálás modell és a 19 item a leggyakoribb alkalmazás a nemzetközi kutatásokban, egyben a pontozás is 0-5-ig, illetve 1-5-ig változik:

Szexuális vágy: 1, 2 (1-5-ig pontozva)

Szubjektív izgalom (arousal): 3, 4, 5, 6 (0-5-ig pontozva)

Nedvesedés (lubrikáció): 7, 8, 9, 10 (0-5-ig pontozva)

Orgazmus: 11, 12, 13 (0-5-ig pontozva)

Szexuális élettel való általános elégedettség: 14, 15, 16 (0-5-ig vagy 1-5-ig pontozva)

Fájdalom: 17, 18, 19 (0-5-ig pontozva)

Az általam használt mérőeszközt Dr. John Dean, a Nemzetközi Szexuális Medicina Társaság volt elnöke (2008-2010) osztotta meg az Európai Szexuális Medicina Társaság továbbképzésének szereplőivel, a saját ajánlásával, amit a kutatás és a gyakorlati munka szempontjából a legjobb változatnak nevezett. Ez a verzió az 1., 2., 15. és 16. tételek esetében 1-5-ig terjedő Likert-skálán pontoz, a többi kérdésnél pedig 0-5-ig mér. Emellett tartalmaz egy 20. tételt is, amely a vaginizmus tüneteire kérdez rá és pszichometriailag az utolsó skálához tartozik (6. *melléklet*).

Wiegel, Meston és Rosen (2005) varimax rotációval végzett elsődleges komponens analízissel az eredeti ötfaktoros modellt találta egészséges és szexuális diszfunkcióval rendelkező nők mintáján.

Leíró statisztika

A Női Szexuális Funkció Index itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 7. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát pedig a 8. melléklet.

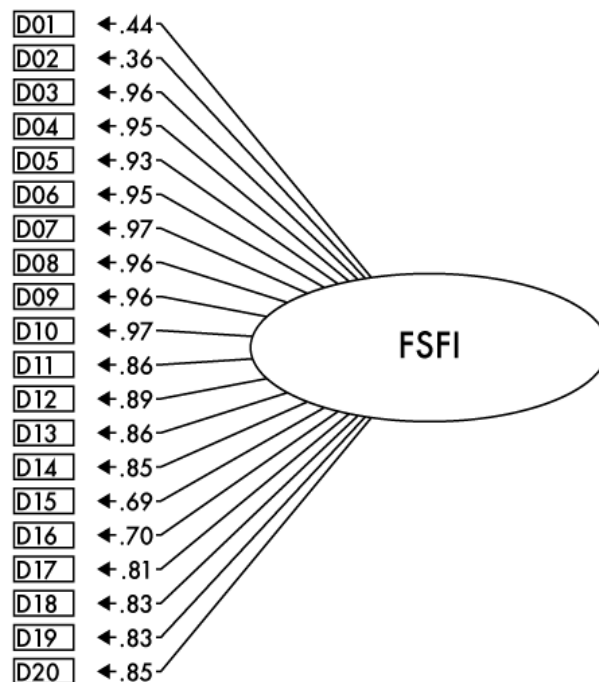
Konfirmatív faktorelemzés

A konfirmatív faktorelemzések során az alábbi illeszkedési mutatók kerültek vizsgálatra:

- CMIN/DF (χ^2/df);
- CFI (*comparative fit index*);
- TLI (*Tucker-Lewis index*),
- RMSEA (*root mean square error of approximation*).

A CMIN/DF 5 alatti értéke mutatja a jó illeszkedést (Bollen, 1989). Az RMSEA 0,05 és az alatti értéke tekinthető jónak, de még a 0,08 alatti érték is elfogadható (Browne és Cudeck, 1992). A CFI és a TLI értékeknek pedig 0,95 felettinek kell lenniük ideális esetben, jóllehet a 0,90 és 0,95 közötti értékek is még elfogadhatóak (Byrne, 2010).

A 18. ábrán az egyfaktoros modell szerepel, amelynek azonban az illeszkedési mutatói közül egyik értéke sem érte el a kívánt szintet.



18. ábra. Az Női Szexuális Funkció Index egyfaktoros modellje

Ezt követően egy korrelációs mátrixszal a faktorok közötti korrelációkat néztem meg, amit a 2. táblázat tartalmaz.

Korrelációk

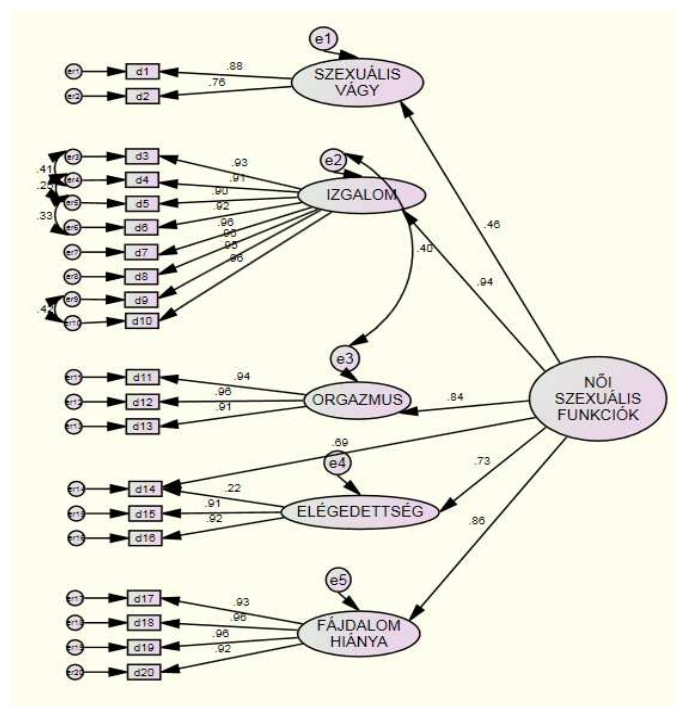
		Vágy	Arousal	Lubrikáció	Orgazmus	Elégedettség	Fájdalom hiánya
Vágy	Pearson korreláció	1	,431**	,354**	,338**	,449**	,332**
	Szign. (2-végű)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	661	661	661	661	661	661
Arousal	Pearson korreláció	,431**	1	,926**	,838**	,774**	,775**
	Szign. (2-végű)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	661	661	661	661	661	661
Lubrikáció	Pearson korreláció	,354**	,926**	1	,822**	,730**	,801**
	Szign. (2-végű)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	661	661	661	661	661	661
Orgazmus	Pearson korreláció	,338**	,838**	,822**	1	,721**	,689**
	Szign. (2-végű)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	661	661	661	661	661	661
Elégedettség	Pearson korreláció	,449**	,774**	,730**	,721**	1	,715**
	Szign. (2-végű)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	661	661	661	661	661	661
Fájdalom hiánya	Pearson korreláció	,332**	,775**	,801**	,689**	,715**	1
	Szign. (2-végű)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	661	661	661	661	661	661

** Korreláció szignifikáns 0.01 szinten (2-végű).

2. táblázat. Az FSFI eredeti modell szerinti hat skálája közötti korrelációk

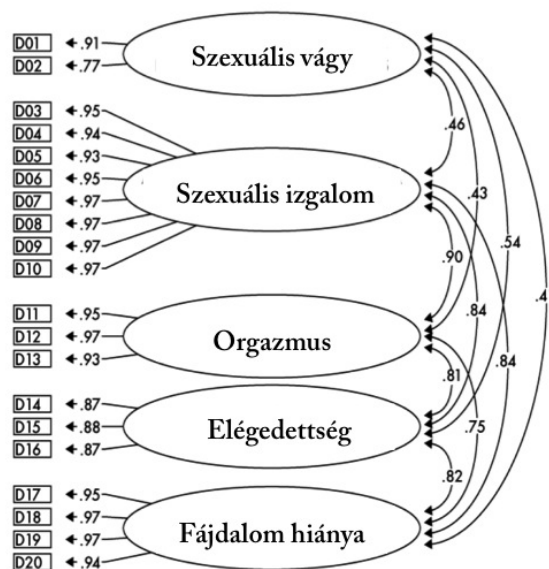
Mivel az arousal és lubrikáció skála 0,9 feletti szinten korrelált (továbbá definiálisan a női szexuális készenlétet – az izgalom és a lubrikáció együttes jelenléte – jelenti így), ezért e két skálát egy faktorként is megnéztem. Azonban még így sem ment a χ^2 értéke 5 alá, ezért további kovarianciák megengedése is szükségessé vált.

Az egy főfaktoros modell esetében (19. ábra) a következő kovarianciákat engedtem meg: a 10-es és 9-es item közt ($r=0,41$); 4-es és 3-as közt ($r=0,38$); 6-os és 5-ös között ($r=0,31$); a 14-es itemnél és az összpontszámánál ($r=0,73$); végül az 5-ös és a 4-es item között ($r=0,25$).



19. ábra. Az egy főfaktoros, öt alszálás FSFI alapmodell faktorstruktúrája

Az öt alszálát alkalmazó, és azok közötti kovarianciát megengedő modell illeszkedési mutatói közül a CFI és TLI értékek megfelelő illeszkedést mutattak (>0,90), ugyanakkor a CMIN/df érték 10 feletti lett, és az RMSEA érték szignifikánsan nagyobb, mint 0,05. A következő grafikonon (20. ábra) ez a modell látható.



20. ábra. A Női Szexuális Funkció Index alszálás modell faktorstruktúrája

Így a modifikációs indexek segítségével az alszálás modellt javítottam. A módosított alszálás modellnél a CMIN/DF értéke 5 alatti és a TLI és CFI értékek elérik a kívánt, 0,95 feletti szintet. Az RMSEA értéke ugyan szignifikánsan nagyobb, mint 0,05, de még 0,08 alatti. A következő, 3. táblázat az eredetileg kapott és a módosított modelleket foglalja össze, kiemelve a megfelelő illeszkedési értékeket.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Egyfaktoros modell	0,000	34,069	0,731	0,782	0,158	0,154	0,161	0,000
Főfaktoros modell	0,000	6,035	0,951	0,958	0,087	0,082	0,093	0,000
Módosított főfaktoros modell (2 faktor összevonva)	0,000	9,058	0,932	0,922	0,110	0,105	0,116	0,000
Módosított főfaktoros modell (2 faktor összevonva és további kovarianciák)	0,000	5,151	0,960	0,966	0,079	0,074	0,085	0,000
Alskálás modell	0,000	10,396	0,923	0,942	0,084	0,08	0,088	0,000
Módosított alskálás modell	0,000	4,05	0,970	0,976	0,068	0,063	0,074	0,000

3. táblázat. Az FSFI faktormodelljeinek illeszkedési mutatói

Reliabilitás

A 4. táblázat a Női Szexuális Funkció Index egyes skáláinak, valamint a teljes mérőeszköznek a Cronbach alfa értékeit tartalmazza, emellett a vizsgálatban résztvevők mintaelemszámát, a minimum és maximum értékeket az átlag és a szórás mellett.

	Fő	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Cronbach alfa
Női Szexuális Funkció Index	762	0,167	5,000	3,434	1,462	0,976
1-2. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	758	0,000	5,000	3,714	0,872	0,821
3-10. A szexuális izgalom (elmaradása: női szexuális készenlét zavara)	760	0,000	5,000	3,513	1,871	0,989
3-6. Szubjektív izgalom/arousal és zavara	765	0,000	5,000	3,340	1,818	0,979
4-10. Nedvesedés/lubrikáció, illetve elmaradása	765	0,000	5,000	3,689	1,974	0,988
11-13. Orgazmus (zavara: női orgazmus zavar)	760	0,000	5,000	3,189	1,895	0,967
14-16. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) – maszturbáció és együttlét során	761	0,000	5,000	3,371	1,655	0,872
17-20. Fájdalom zavar (diszpareunia) – pontosabban itt: a fájdalom hiánya	753	0,000	5,000	3,413	2,015	0,978

4. táblázat. A Női Szexuális Funkció Index pszichometriai mutatói az egyes skálák és a teljes mérőeszköz esetében, az öt és a hat alskálás modellre is ellenőrizve

A Női Szexuális Funkció Index öt és hat alskálás változata is kiváló pszichometriai mutatókkal rendelkezik: az egyes skálák Cronbach alfa értéke 0,82 és 0,99 között változik, s a teljes teszt Cronbach alfa mutatója is 0,98, azaz ebbe az értéktartományba tartozik.

Diszkusszió

A Női Szexuális Funkció Index (FSFI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000) eredeti, 19 tételes változata helyett az Európai Szexuális Medicina Társaság által ajánlott, 20 tételesre – egy, a vaginizmusra vonatkozó itemet is tartalmazó – bővített változata került magyar női mintán elemzésre. A magyar minta konfirmatív faktorelemzése leginkább az ötfaktoros modellt erősítette meg, azonban nem a Rosenék (2000) eredeti faktorstruktúrája szerinti modellt – ahol a szexuális vágy és a szubjektív izgalom tételei tartoztak össze –, hanem a női szexuális készenlét két komponense, a szexuális izgalom és a lubrikáció (nedvesedés) egy faktorba tartozását. Ennek oka részben, hogy egészséges esetben a kettő párhuzamosan és viszonylag szimultán van jelen, emellett aktuális adatfelvétel nem „klinikai”, azaz betegmintán történt. Az árnyaltabb elemzés és a probléma pontosabb diagnosztizálása érdekében mindamelllett indokolt lehet a részletesebb, hat faktoros felbontás. Ezt támasztja alá Basson (2002) felosztása is, ahol a női szexuális izgalom zavarain belül különbséget tesz a szubjektív és a genitális arousal elmaradása, illetve hiánya között.

Összességében a Női Szexuális Funkció Index öt és hat alsókálás változata is megfelelő pszichometriai kvalitásokat mutató, megbízható mérőeszköznek bizonyult, mely mind a kutatásokhoz, mind pedig a szexuális orvoslás terén kellő támpontként szolgálhat.

Nemzetközi Erektilis Funkció Index (IIEF, Rosen és mtsai, 1997)

A Nemzetközi Erektilis Funkció Index (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997) egy gyakran használt, multidimenzionális önkitöltős mérőeszköz, amely a férfi szexuális funkcionálás mérésére lett kifejlesztve. Egy klinikai program keretében adaptálták a tesztet, mint „arany sztenderd”, s elsősorban arra hivatott, hogy felmérje az erekciós zavar mértékét és súlyosságát. Eddig 32 nyelvre fordították le, s több mint 50 betegmintán alkalmazták (Rosen, Cappelleri és Gendrano, 2002). Az IIEF 15 iteme 5 terület zavarait méri, pszichometriailag valid és reliábilis mérőeszköz, mely nemzetközi konzultáció eredményeként született, ami egyben alkalmazhatóságát is jelzi (Rosen és mtsai, 1997). A kifejlesztésekor 10 nyelven validált mérőeszköz 15 iteme elsődleges komponensanalízissel öt nagy faktorba rendeződött, s a férfi szexuális funkciók következő területeit méri: *erekciós zavar* (6 item), *orgazmus zavar* (2 item), *szexuális vágy* (2 item), *a közösüléssel való elégedettség* (3 item), és a *szexuális élettel való általános elégedettség* (2 item). Két item (a 3. és a 4. kérdés) az erekciós zavar kulcskomponenseire kérdez rá – úgymint a behatolásra (penetráció) való képesség (3. item), valamint az erekció fenntartására a szexuális tevékenység során – amely a korai vizsgálatok két sztenderd kérdése volt (Rosen, Cappelleri és Gendrano, 2002).

Pszichometriai tanulmányok alátámasztották a mérőeszköz validitását (az átlagok szignifikáns különbséget mutatnak a klinikai és a kontroll csoport között) és reliabilitását (a Cronbach alfa értéke minimum 0,73), a teszt-reteszt reliabilitása pedig 0,64-0,84-es korrelációt jelez. Betegmintával végzett vizsgálatok szintén alátámasztották a teszt érzékenységét és pontosságát a kezeléssel összefüggő változásokra (Rosen és mtsai, 1997).

Az IIEF-nek is számtalan változatát fejlesztették már ki az aktuális minta ismérveinek és az adott célkitűzéseknek megfelelően, így egy 5 itemes verziója is ismert – az IIEF-5 – amelyben az erekciós zavar diagnosztizálása szempontjából legjobban differenciálható kérdésből (5. item: Erekció fenntartására való képesség; 15.item: Merevedés biztonsága; 4.item: Fennmaradásának gyakorisága; 2.item: Erekció minősége; 3.item: Behatolásra való képesség; 7.item: Szexuális együttlét kielégítő volta) választottak ki ötöt (2, 4, 5, 7, 14) (Rosen és mtsai, 1999).

A jelen vizsgálatban használt mérőeszközt szintén Dr. John Dean bocsájtotta az Európai Szexuális Medicina Társaság tagjainak rendelkezésére, amely már az újabb kutatások eredményeit is integrálta, s a gyakorlati munka szempontjából a legjobb változatnak nevezte. Itt az eredeti 15 kérdés után 5 további item lett illesztve (9. melléklet), amely a korai és nehéz ejakulációra, valamint az orgazmus során átélt élményre kérdez rá.

A kiegészített teszt skálái a hozzá tartozó itemekkel:

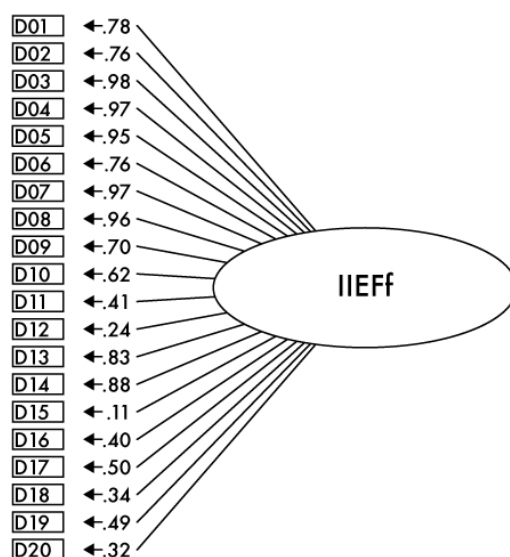
<i>Erektilis funkció:</i>	1, 2, 3, 4, 5, 15
<i>Orgaztikus funkció:</i>	9, 10
<i>Szexuális vágy:</i>	11, 12
<i>Együttléttel való elégedettség:</i>	6, 7, 8
<i>Általános elégedettség:</i>	13, 14
<i>Késői ejakuláció:</i>	16, 17
<i>Korai ejakuláció:</i>	18, 19, 20.

Leíró statisztika

A Nemzetközi Erektilis Funkció Index itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 10. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát pedig a 11. melléklet.

Konfirmatív faktorelemzés

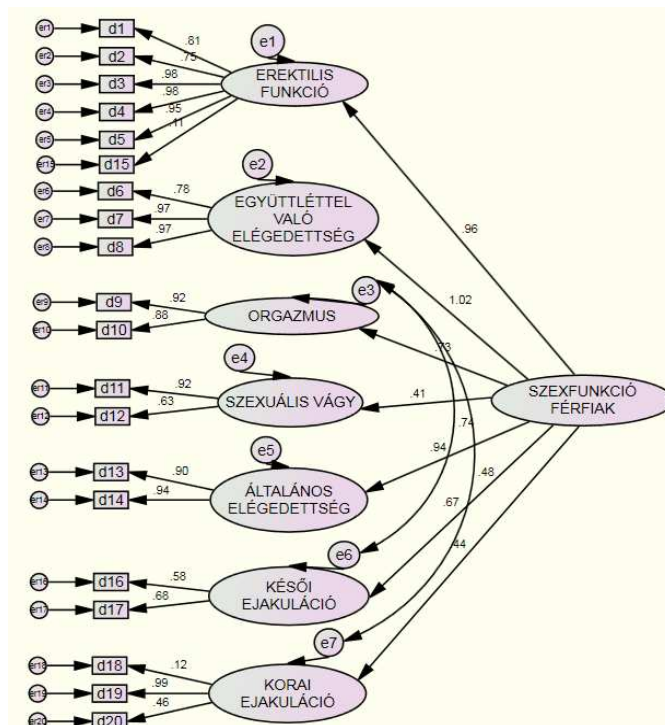
Az egyfaktoros faktorelemzés illeszkedési mutatói közül csak a CMIN/DF érte el a kívánt szintet, a többi mutató viszont nem. Az RMSEA érték szignifikánsan nagyobb, mint 0,05. Az egyfaktoros modell illeszkedését mutatja a 21. ábra.



21. ábra. A Nemzetközi Erektilis Funkció Index egyfaktoros modellje

Az alskálákat tartalmazó és az azok közötti kovarianciát megengedő alapmodell illeszkedési mutatói közül a CMIN/DF, a TLI és a CFI mutatók szintje is elérte a kívánt értéket, bár az RMSEA itt is szignifikánsan nagyobb, mint 0,05.

A főfaktoros modellnél a CMIN/DF értéke nem éri el a kívánt szintet, azonban a CFI és TLI értéke 0,9 közelében van, az RMSEA érték pedig ismét szignifikánsan nagyobb, mint 0,05. A főfaktoros modellen a modifikációs indexek alapján javítva (az orgazmus-készség, illetve a korai és késői ejakuláció közti kovarianciát megengedve) hasonló illeszkedés tapasztalható, mint abban az esetben, ha nincs főfaktor (22. ábra).



22. ábra. Az IIEF alapmodelljének faktorstruktúrája

A következő táblázat a különböző modellekhez tartozó illeszkedési mutatókat összesíti (5. táblázat), kiemelve a megfelelő értékeket.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Egyfaktoros modell	0,000	4,081	0,787	0,809	0,153	0,141	0,165	0,000
Alapmodell	0,000	2,464	0,896	0,919	0,106	0,092	0,119	0,000
Egy főfaktoros modell	0,000	2,778	0,874	0,892	0,117	0,104	0,129	0,000
Egy főfaktoros, modifikált modell	0,000	2,42	0,899	0,915	0,104	0,091	0,117	0,000

5. táblázat. Az IIEF faktormodelljeinek illeszkedési mutatói

A módosított modellnél a CMIN/DF értéke 2,5 alatti, valamint a TLI és CFI értékek is (közel) elérik a kívánt szintet. Azonban az RMSEA érték szignifikánsan nagyobb, mint 0,05.

Reliabilitás

A 6. táblázat a Nemzetközi Erektilis Funkció Index egyes skáláinak, valamint a teljes mérőeszköznek a Cronbach alfa értékeit tartalmazza, emellett a vizsgálatban résztvevők mintaelemszámát, a minimum és maximum értékeket az átlag és a szórás mellett.

	Fő	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Cronbach alfa	Itemek alacsony item totál korrelációval	Módosított Cronbach alfa
Nemzetközi Erektilis Funkció Index	148	1,000	5,000	3,635	0,889	0,950		
1-5, 15. A szexuális izgalom (elmaradása: férfi erekciós zavar)	148	1,000	5,000	3,811	1,618	0,918		
6-8. Élvezet és gyakoriság	148	0,000	5,000	2,780	1,832	0,941		
9-10. Ejakuláció és orgazmus készség	148	0,000	5,000	4,030	1,693	0,918		
11-12. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	147	1,000	5,000	3,837	0,884	0,678		
13-14. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) – maszturbáció és együttlét során	147	0,000	5,000	3,388	1,388	0,919		
16-17. Orgazmus (zavara: férfi orgazmus zavar – késői vagy hiányzó)	148	0,000	5,000	2,507	0,978	0,573		
18-20. Orgazmus (zavara: férfi orgazmus zavar – korai ejakuláció)	148	1,000	5,000	3,635	0,889	0,506	18-as, r=181	0,624

6. táblázat. A Nemzetközi Erektilis Funkció Index pszichometriai kvalitásai az egyes skálák és a teljes mérőeszköz esetében

A Nemzetközi Férfi Erektilis Funkció Index eredeti, öt alskálás változatának a szexuális vágyra vonatkozó (Cronbach alfa: $r=0,68$) kérdéseket leszámítva valamennyi skálája kiváló ($r=0,92-0,94$) belső konzisztencia értékkel rendelkezik, valamint a teljes teszt alfa koefficiense is 0,95 értéket mutat. A további hozzáadott két alskálát azonban már korántsem jellemzik ennyire jó értékek: míg a késői vagy hiányzó orgazmusra vonatkozó skála 0,57-es Cronbach alfa értéke a tételek alacsony száma (2 kérdés) folytán elfogadhatónak nevezhető, azonban a másik, korai ejakulációt mérő alskála reliabilitása értéke az egyik item (18.) eltávolításával javítható ($r=0,62$).

Diszkusszió

A Nemzetközi Erektilis Funkció Indexnek (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997) az Európai Szexuális Medicina Társaság által ajánlott, 20 tételre bővített változatán végzett konfirmatív faktoranalízis alapján a modifikált, egy főfaktoros modell tekinthető a leginkább megfelelőnek a magyar mintán.

Jóllehet, a teljes 20 tételtes teszt reliabilitási értéke 0,95-ös Cronbach alfa értéket mutat, azonban az újonnan hozzáadott két új skála (az eredeti, szexuális vágyra vonatkozó kérdések mellett) nem tekinthető ennyire megbízhatónak. A három „problematikus” skála ($r=0,57$; $r=0,62$ és $r=0,68$) mellett szól, hogy mindössze két itemet tartalmaznak (a korai ejakuláció skála egy pszichometriailag gyenge tételének eltávolítása után), valamint az általuk definiált zavarok önjellemzéssel nehezen azonosíthatóak. A *férfi szexuális vágy* zavara a szakirodalom szerint azért kritikus, lévén a férfi a vágy hiányát nehezen azonosítja hiányként, kiváltképp amennyiben partnerrel sem rendelkezik, illetve a női társ is ezt ritkábban teszi szóvá. A hozzáadott skálák esetében (*korai és késői/hiányzó ejakuláció*)

ció-orgazmus) szintén az állandó partner hiánya teheti nehezen azonosíthatóvá a zavart, mivel az autoerotikus tevékenység (maszturbáció) során például nincs viszonyítási pont. Összességében elmondható, hogy az eredeti 15 tételes skála egy, önjellemzéssel nehezebben azonosítható szexuális fenomén (a vágy, ami az eredeti Masters és Johnson-féle modellből is kimaradt) kivételével kiváló pszichometriai kvalitásokkal jellemezhető (Cronbach alfa: $r=0,92-0,94$). Továbbá, a hozzáadott skálák is hasznosnak nevezhetők: a gyengébb megbízhatóság szükségszerű figyelembevételével mellett a szexuális partnerkapcsolatokban fontos (korai és késő ejakuláció) jelenséget mérnek.

Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak (SESII-W/M, Milhausen és mtsai, 2009)

A mérőeszköz elméleti háttéréül Bancroft (1999) neuropszichológiából átvett kettős kontroll modellje szolgált, amely alapvető posztulátuma, hogy a szexuális válasz két, egymástól nagyrészt független izgalmi és gátló folyamat eredője. Az egészséges egyensúly felborulása, a *gátlás dominanciája* a szexuális diszfunkciók iránti vulnerabilitásra, míg *gyengesége* pedig a magas rizikójú szexuális viselkedésekbe való bevonódásra predesztinál (Bancroft, 1999; Bancroft, és Janssen, 2000). A mérésére kifejlesztett Szexuális Gátlás/Szexuális Izgalom Skálák (SIS/SES; Janssen és mtsai, 2002a, 2002b) a férfi szexuális működést mérték három fő faktor mentén: egy serkentő és két gátló skála által. A gátló skálák a teljesítményszorongást (pl. az erekció elvesztése), illetve a teljesítmény következményeitől való félelmet (pl. lebukás) mérték (SES1 és SES2). A mérőeszköz hiányossága volt azonban egyrészt, hogy férfiakra lett kifejlesztve, s így a női zavarok számára nem adott megfelelő támpontokat, emellett pedig a kapcsolati faktorok hiánya. Ezért Graham és munkatársai (2004) életkor, nem és szexuális orientáció szempontjából vegyes női fókuszcsoportokat állítottak össze, melynek alapján a következő legfontosabb kategóriákat találták a női szexuális izgalom kiváltása szempontjából: (1) a szelf – pl. hangulat, testkép, általános egészség, a jó hírnévről kialakított elképzelések; (2) partner – pl. fizikai megjelenés, személyiség; (3) kapcsolati dinamika/interakció – pl. a kapcsolat minősége; (4) a szexuális együttlét elemei – pl. ideje, kommunikáció; (5) körülmények – pl. romantika, újdonság; (6) szexuális, illetve erotikus ingerek – pl. fantázia, vizualitás; (7) hormonok, terhesség, védekezés és szexuális úton terjedő betegségek; végül (8) alkohol vagy droghasználat (Graham és mtsai, 2006).

Erre építve alakították ki a Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek (SESII-W; *The Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women*) mérőeszközüket, amely 655 nő adatai alapján nyolc faktorba és két főfaktorba (izgalom és gátlás) rendeződött, s jó teszt-reteszt reliabilitást, valamint diszkriminatív és konvergens validitást mutatott.

A mérőeszköz kifejlesztésének következő állomása pedig már a Milhausen és munkatársai (2009) által 481 fő – férfi és női hallgató – mintáján exploratív és konfirmatív faktoranalízissel hat alfaktorba rendezett Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak (*Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women and Men*; SESII-W/M). Az Izgalom főfaktor alszállái: az Izgalom kiválthatósága (arousabilitás), a Partner jellemzői és viselkedése, a Körülmények; míg a Gátlás oldalhoz a Gátló kogníciók, a Kapcsolat jelentősége, és a Szexuális együttlét párkapcsolati elemei tartoznak. Az egyes skálák Cronbach alfa értékei 0,66-0,78, a teszt-reteszt reliabilitásuk pedig $r=0,66$ és $r=0,82$ közötti (Graham, Sanders és Milhausen, 2006; Milhausen és mtsai, 2009). A magyar változatot a 12. melléklet mutatja be.

Leíró statisztika

A Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 13. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát pedig a 14. melléklet.

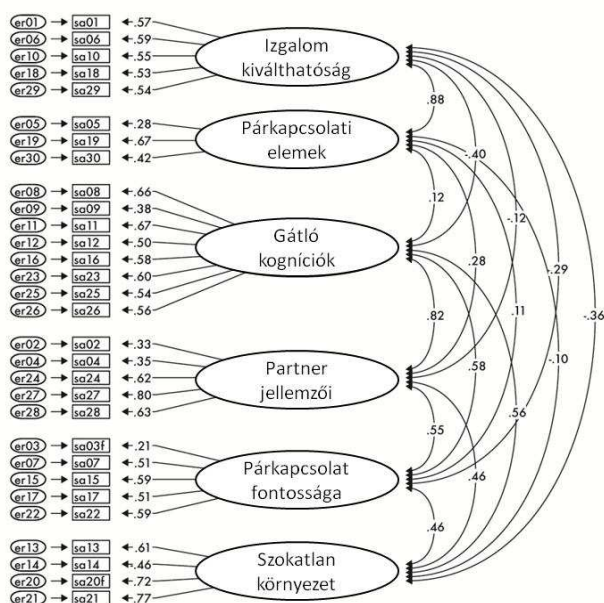
Konfirmatív faktorelemzés

A következőkben bemutatásra kerülő faktoranalízis modellek illeszkedési mutatóit tartalmazza a 7. táblázat. Mint látható, egyik modell illeszkedési mutatói sem érik el a kívánt szintet: a CMIN/DF értéke minden esetben 5 feletti, emellett a TLI és a CFI értékek sem elérik el az elvárt, 0,95 feletti szintet. Egyedül a vastagítással jelzett RMSEA értéke tekinthető elfogadhatónak: nagyobb ugyan, mint 0,05, de még 0,08 alatti.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90
Nincs főfaktor	0	6,177	0,793	0,814	0,058	0,055	0,06
Egy főfaktor	0	6,833	0,767	0,786	0,061	0,059	0,063
Két főfaktor	0	6,803	0,768	0,788	0,061	0,059	0,063

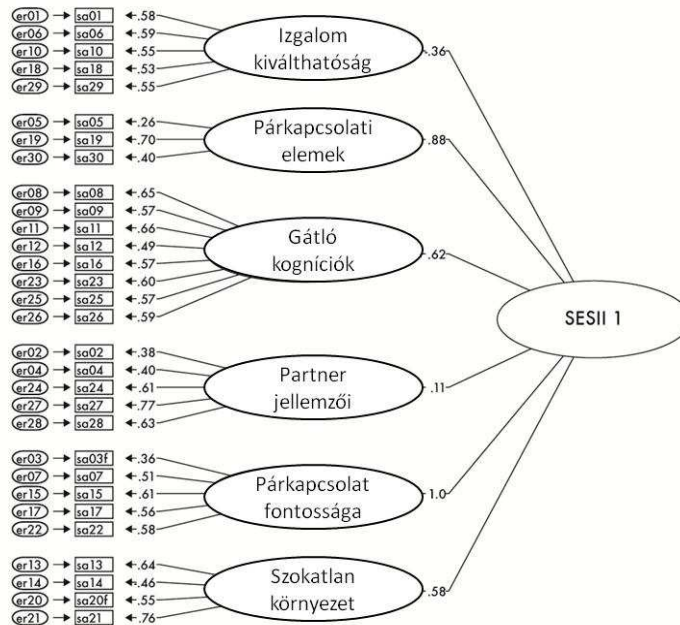
7. táblázat. A Szexuális Izgalom és Gátlás Leltár esetében vizsgált három faktormodell illeszkedési mutatói

Az egyfaktoros modell faktorstruktúrája látható a 23. ábrán.



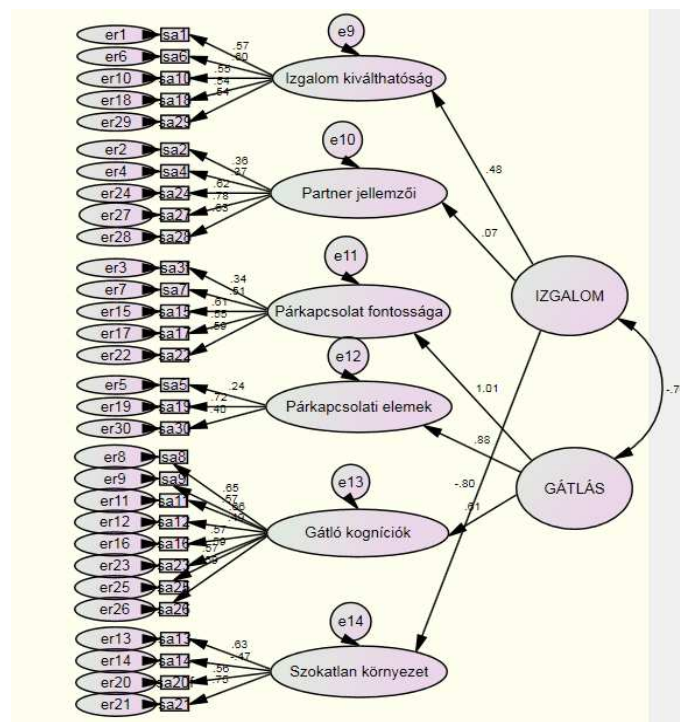
23. ábra. A SESII főfaktor nélküli modellje

Összehasonlításként, az egy főfaktoros modell faktorstruktúráját mutatja a következő grafikon (24. ábra).



24. ábra. A SESII egy főfaktoros modellje

Végül az eredeti modell szerinti két főfaktoros modellt is ellenőriztem (25. ábra).



25. ábra. A SISII két főfaktoros modellje

Reliabilitás

A 8. táblázat A Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak egyes skáláinak, valamint a teljes mérőeszköznek a Cronbach alfa értékeit tartalmazza, emellett a vizsgálatban résztvevők mintaelemszámát, a minimum és maximum értékeket az átlag és a szórás mellett.

	Fő	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Cronbach alfa
SESII Izgalom kiválthatósága	1742	1,00	4,00	2,8199	,60340	0,688
SESII Partner jellemzői és viselkedése	1742	1,00	4,00	2,6487	,62207	0,697
SESII Párkapcsolat fontossága	1742	1,00	4,00	2,5349	,67169	0,659
SESII Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben	1739	1,00	4,00	2,8793	,59831	0,410
SESII Gátló kogníciók-zavaró gondolatok	1741	1,00	4,00	2,2562	,62594	0,803
SESII Környezet	1740	1,25	4,00	2,8188	,52978	0,689

8. táblázat. A Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár N/F pszichometriai mutatói a hat alskála esetében

A mérőeszköz skáláinak megbízhatósági értékei közül igazán jó mutatóval egyedül a *Gátló kogníciók* alskála rendelkezik, míg a *Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben* erősen megkérdőjelezhető Cronbach alfa értéket ($r=0,41$) mutat. Így használata esetén a vele mért eredményeket erős fenntartással szükséges kezelni. A másik négy skála 0,7 felé közelítő értéke viszonylag elfogadhatónak mondható.

Diskusszió

A nemzetközi szinten gyakran használt és idézett *Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak* (SESII-W/M, Milhausen és mtsai, 2009) mérőeszköz a magyar mintán a viszonylag magas mintaelemszám (hozzávetőleg 1740 fő) dacára sem hozta meg a kívánt eredményeket. A konfirmatív faktoranalízis eredményei szerint az illeszkedési mutatók elmaradtak az elvárt szinttől, emellett a megbízhatóság Cronbach alfa értéke a Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben skála használhatóságát kérdésessé teszi.

Szexuális Izgalom és Vágy Leltár (SADI, Toledano és Pfaus, 2006)

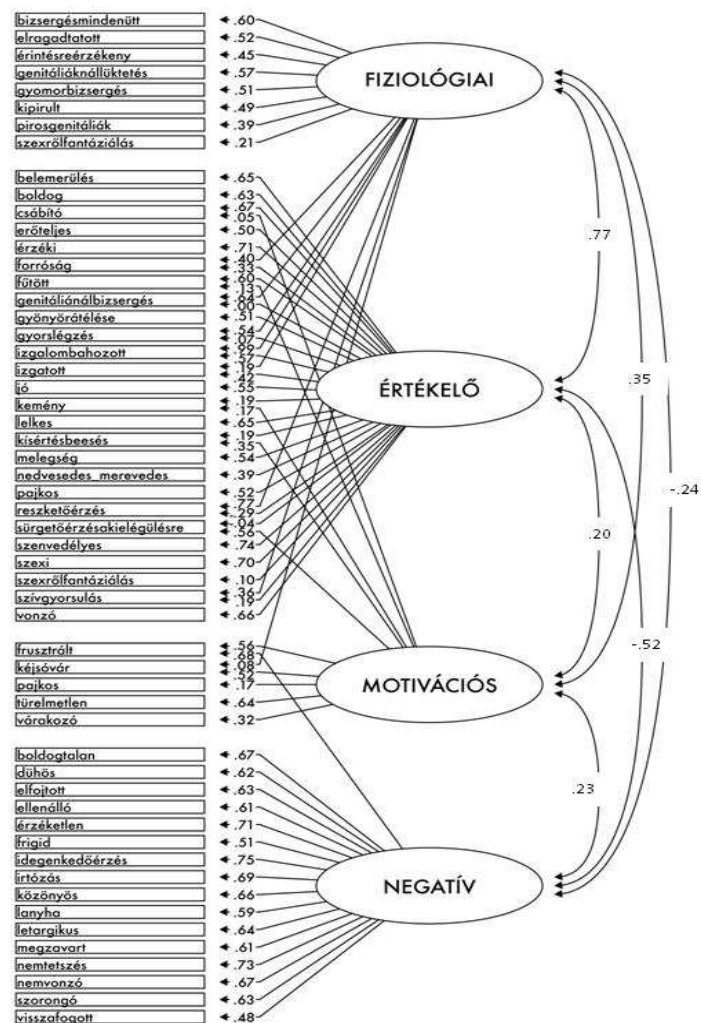
A multidimenzionális, szólistán alapuló Szexuális Izgalom és Vágy Leltárt (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*) Toledano és Pfaus (2006) fejlesztette ki 195 felnőtt férfi és 195 felnőtt nő általános tapasztalatait értékelve 5-pontos Liker skálán. Egy másik 40-40 fős (női és férfi) minta 3 perces erotikus filmnézést, illetve 3 perces saját szexuális fantáziába való bevonódást követően töltötte ki a tesztet. Az eredeti angol 86 tételből álló listát hozzávetőleg 500 férfi és nő személyesen történő, illetve random internetes chat szobákban keresztüli megkérdezése révén állították össze, arra kérve a résztvevőket, hogy soroljanak olyan szavakat vagy frázisokat, amelyekkel leírják a saját szubjektív élményeiket mind pozitív, mind pedig negatív kifejezések mentén a szexuális vágyuk és izgalmuk vonatkozásában. Az így kialakult 67 pozitív és 19 negatív kifejezésből álló listát ítéltették aztán meg 88 női és 88 férfi elsőéves hallgatóval 0-tól (egyáltalán nem jellemző rám) 5-ig (tökéletesen jellemző), hogy írják le először a szexuális izgalmukat, majd pedig ugyanazon a listán újra a szexuális vágyukat jellemezve rajta. A tesztfelvétel fontos tanulsága volt, hogy a résztvevők több mint 90%-a hangot adott azon véleményének, hogy nem értette, miért kell kétszer ugyanazt leírniuk, mivel egyáltalán nem érznek különbséget a vágy és az izgalom között, mindkettő ugyanazon szituációban jelenik meg. Az elsődleges komponensanalízis által azonosított négy faktor adja a SADI alskáláit (*Fiziológiai, Motivációs, Értékelő és Negatív/Averzív Skálák*), amelyek végül 54 itemből állnak (az egyik item – a Nedvesedés/Merevedés – női és férfi változatban szerepel, ezért 55 tételt mutat). A szerzők a pontozásban lévő nemi különbségeket, a belső validitást, valamint a más skálákkal mért konvergens és divergens validitást statisztikailag ellenőrizték (Toledano és Pfaus, 2006). A magyar fordítást a 15. melléklet tartalmazza.

Leíró statisztika

A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 16. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát külön a női és a férfi kitöltők esetében pedig a 17. és a 18. melléklet tartalmazza.

Konfirmatív és exploratív faktorelemzés

Elsőként az eredeti, a szerzők által exploratív faktorelemzéssel kapott modellt teszteltem, ezt mutatja a következő grafikon a 26. ábrán.



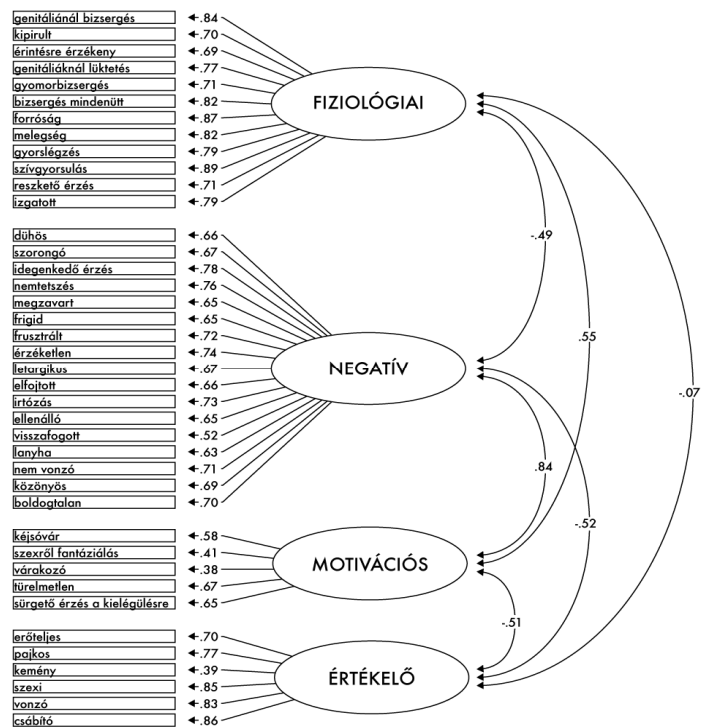
26. ábra. A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár 40 tételes, konfirmatív faktoranalízissel kapott illeszkedési mutatói

Ezt követően a saját adatokon exploratív faktorelemzést is végeztem, melyet a 9. táblázat foglal össze. Itt Principal Axis Factoring-ot hajtottam végre, Varimax forgatással. Négy faktornak volt nagyobb a sajátértéke, mint 1, így a négyfaktoros modellt mutatom be (forgatás után a következők szerint alakultak a magyarázott varianciák: 19,11%, 10,64%, 5,81% és 3,67%)

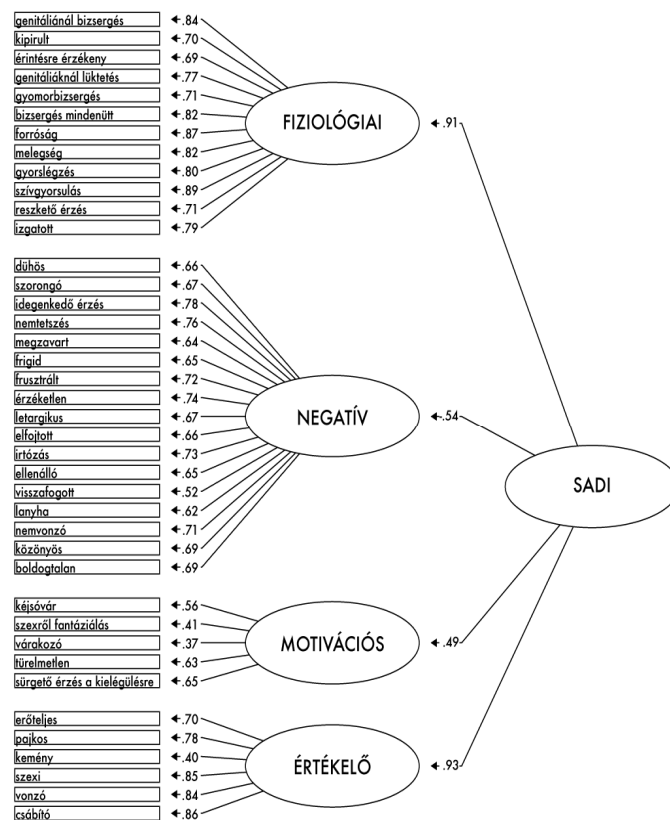
	Negatív	Fiziológiai	Értékelő	Motivációs
Idegenkedő érzés	0,744	-0,103	-0,051	0,003
Nemtetszés	0,737	-0,077	0,020	-0,007
Érzéketlen	0,727	-0,062	0,051	-0,072
Irtózás	0,713	-0,034	0,074	-0,075
Frusztrált	0,667	-0,132	-0,092	0,153
Nem vonzó	0,665	-0,107	-0,125	-0,067
Közönyös	0,664	-0,172	0,018	-0,085
Letargikus	0,657	-0,073	0,033	-0,080
Boldogtalan	0,655	-0,119	-0,121	0,099
Dühös	0,630	-0,015	0,032	0,153
Frigid	0,626	-0,071	-0,024	-0,077
Elfojtott	0,616	-0,073	-0,087	0,183
Megzavart	0,612	0,027	-0,075	0,127
Szorongó	0,607	-0,079	-0,187	0,080
Ellenálló	0,606	-0,073	-0,064	0,067
Lanyha	0,584	-0,106	-0,094	0,053
Visszafogott	0,468	-0,120	-0,212	-0,025
Bizsergés mindenütt	-0,059	0,634	0,146	0,006
Forróság	-0,171	0,612	0,246	0,094
Genitáliánál bizsergés	-0,163	0,607	0,075	0,106
Melegség	-0,163	0,563	0,131	0,044
Gyorslégzés	-0,136	0,560	0,151	0,095
Gyomorbizsergés	0,160	0,546	0,131	-0,007
Szívgyorsulás	-0,127	0,540	0,118	0,009
Genitáliáknál lüktetés	-0,125	0,516	0,076	0,170
Reszkető érzés	0,080	0,511	0,110	0,091
Izgatott	-0,232	0,503	0,186	0,138
Kipirult	0,003	0,498	0,054	0,120
Érintésre érzékeny	-0,141	0,430	0,057	0,129
Vonzó	-0,207	0,321	0,613	0,037
Csábító	-0,232	0,330	0,589	0,097
Pajkos	-0,090	0,262	0,577	0,132
Szexi	-0,259	0,335	0,577	0,107
Erőtéljes	-0,074	0,220	0,556	0,189
Kemény	0,123	0,057	0,411	0,072
Sürgető érzés a kielégülésre	0,089	0,053	0,050	0,612
Türelmetlen	0,183	0,119	0,076	0,560
Kéjsóvár	0,077	0,126	0,201	0,462
Szexről fantáziálás	-0,042	0,172	0,172	0,325
Várakozó	-0,030	0,155	0,024	0,324

9. táblázat. A saját adatokon végrehajtott exploratív faktoranalízis négy faktora és a faktorsúlyok

Az exploratív módon feltárt faktormodellnek ezt követően megnéztem a konfirmatív modell illeszkedését. Így az alábbiakban két további modell kerül bemutatásra: egy főfaktor nélküli (27. ábra) és egy főfaktoros (28. ábra) modell.



27. ábra. A SADI főfaktor nélküli modelljének faktorstruktúrája



28. ábra. A SADI főfaktoros modell faktorstruktúrája

Az egyes modellek illeszkedési mutatóit foglalja össze a 10. táblázat.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90
Az eredeti modell konfirmatív faktor-elemzése	0	5,217	0,776	0,796	0,045	0,044	0,046
Exploratív faktorelemzés alapján a négy alskálás modell	0	9,344	0,64	0,677	0,063	0,062	0,065
Exploratív faktorelemzés alapján a négy alskálás egy főfaktoros modell	0	9,444	0,636	0,672	0,064	0,062	0,065
A négy alskálás modell egy faktorba rendezése	0	153,528	0,456	0,891	0,271	0,246	0,297

10. táblázat. A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár különböző faktoranalízis modelljeinek illeszkedési mutatói

Amint látható, a saját, exploratív faktorelemzéssel feltárt modellek illeszkedési mutatói közül a RMSEA az elfogadható, 0,08 alatti értéktartományba esik – jöllehet, valamivel gyengébb, mint az eredeti modell 0,05 alatti értéke. Szintén az eredeti modell CMIN/DF értéke áll közelebb az elvárt 5 alatti értékhez (CMIN/DF=5,2), azonban a TLI és a CFI egyetlen esetben sem éri el a 0,90-0,95-ös értéket.

Reliabilitás

A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár reliabilitási adatait a 11. táblázat tartalmazza.

	Fő	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Cronbach alfa	Itemek alacsony item totál korrelációval	Módosított Cronbach alfa
SADI Értékelő	1279	,52	4,96	3,6986	,67173	0,903	Sürgető érzés a kielégülésre 0,129	0,908
SADI Negatív/averzív	1280	0,00	3,94	,6985	,71575	0,878	Kéjsóvár 0,037	0,901
SADI Fiziológiai	1279	,25	5,00	3,4788	,73420	0,834		
SADI Motivációs	1279	,30	4,90	2,7278	,71704	0,639	Frusztrált 0,003	0,665

11. táblázat. A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár pszichometriai mutatói az egyes skálák esetében

A SADI négy alskálájából három esetében indokolt volt 1-1tétel eltávolítása az alacsony itemtotál korreláció folytán – amint a 11. táblázatban látható. Így két skála Cronbach alfa értéke is 0,9 fölé került. A Fiziológiai skála nem rendelkezett olyan tétellel, amely kivétele indokolt lett volna, illetve növelné a skála belső konzisztenciáját, azonban a 0,83-as érték jónak mondható. A Motivációs skála egy item eltávolítása után is csupán 0,66-os reliabilitást mutat, amit a szólista alkalmazásakor érdemes figyelembe venni. Összességében azonban reliábilis mérőeszköznek nevezhető a magyar populáció esetében is.

Diszkusszió

A több mint 1270 fő magyar mintán adaptált Szexuális Izgalom és Vágy Leltár (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*; Toledano és Pfaus, 2006) exploratív faktorelemzését többek között az tette indokolttá, hogy az étikus eljárással alkalmazott szólistán jelentős mértékben nehezíti az értelmezést, hogy nem egy mondat kontextusába ágyazva jelennek meg az egyes kifejezések, s így az alternatív jelentések miatt könnyen elcsúszhat a fordítás. Az illeszkedési mutatók értékei az alapmodellt konfirmálták, s a konzisztencia mutatók alapján is (enyhe szépséghibával, úgymint: a Motivációs skála 0,66-os Cronbach alfa értéke) reliábilis mérőeszköznek bizonyult.

A későbbi vizsgálatokhoz továbbá fontos kiemelni, hogy a gyorsabb értelmezés érdekében – s egyértelműen erős pozitív tartalma folytán – az Értékelő skálát Pozitív skálaként szerepeltetem, illetve tüntetem fel.

Női Szexuális Énséma Skála (WSSSS; Andersen és Cyranowski, 1994)

A Női Szexuális Énséma Skála (WSSSS, *Women's Sexual Self-Schema Scale*; Andersen és Cyranowski, 1994) kialakításánál a kezdeti 300 ítemes adatbázis két forrásból származott: egy 200-as lista Anderson 1968-as személyiségvonás leíró 555 szavas gyűjtéséből – amiből a kutatók kiválasztottak a női szexualitást leíró 100 pozitív és 100 negatív kifejezést –, valamint ezt egészítették ki a szexuális szelf-koncepció más aspektusaira vonatkozó további 100 olyan ítemmel, amely az eddigi szólistájában nem szerepelt. Az itemszelekció első lépésében egyetemista hallgatók ítélték meg 7-pontú skálán, hogy adott leírás mennyire jellemzi a „szexuális nőt”.

Ezután a 170-re redukált kifejezéslista további rövidítése végett idősebb nők önjellemzése következett, majd a statisztikai elemzések eredményeként 50 eleműre szűkített listából a szociális kíváncsisággal és az affektivitással kevésbé korreláló 26 ítem lett kiválasztva. A hat lépésből álló vizsgálatsorozat végeredményeként három faktor – két pozitív és egy negatív skála –, s a 19. mellékletben található 50 elemű szólista (Andersen és Cyranowski, 1994) született. Legvégül a következő 26 tételes mérőeszköz lett kialakítva (a csillaggal jelzett 45-ös tétel fordított), ahol a három faktor összpontszáma adja a teljes Női Szexuális Énséma értéket.

- | | |
|---|---|
| 1. faktor (<i>Szenvedélyes-Romantikus</i>) | = 5, 11, 20, 35, 37, 39, 44, 45*, 48, 50; |
| 2. faktor (<i>Közvetlen-Nyitott</i>) | = 2, 6, 9, 13, 16, 18, 24, 25, 32; |
| 3. faktor (<i>Feszélyezett-Konzervatív</i>) | = 3, 8, 22, 28, 31, 38, 41. |

A teszt belső megbízhatósága, s a 2 és 9 héttel később mért teszt-reteszt reliabilitása is 0,8 feletti. A Szexuális Énséma Skála mérsékelten pozitívan korrelál a szexuális tapasztalatokkal és a releváns szexuális attitűdökkel, s predikciót adhat a kitöltők heteroszexuális tapasztalataira a szexuális attitűdjük ismeretében (Andersen és Cyranowski, 1994; Wiederman és Hurst, 1997).

Leíró statisztika

A Női Szexuális Énséma Skála itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 20. melléklet tartalmazza – mind az 50 ítemre megnézve. Hasonlóképp, a teljes szólistára készült a 21. melléklet gyakorisági táblázata.

Konfirmatív faktorelemzés

Az egyfaktoros modell illeszkedési mutatói közül a CFI és a TLI alapján egyik sem érte el szignifikánsan a kívánt szintet ($>0,90$), amint az a 12. táblázatban látható. Továbbá vastagítással kiemelve szerepelnek a megfelelőnek talált, illetve még elfogadható értékek.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90
Alskálás alap modell	0,000	4,788	0,472	0,558	0,043	0,04	0,045
Módosított alskálás alapmodell	0,000	3,449	0,688	0,72	0,082	0,076	0,088
Főfaktoros modell	0,000	4,788	0,472	0,558	0,043	0,04	0,045
Módosított főfaktoros modell	0,000	3,221	0,717	0,747	0,078	0,072	0,084

12. táblázat. A Női Szexuális Énséma Skála különböző faktoranalízis modellek illeszkedési mutatói

Reliabilitás

A Női Szexuális Énséma Skála reliabilitási adatait a 13. táblázat tartalmazza.

	Itemek száma	Fő	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Cronbach alfa
Női Szexuális Énséma	25						0,815
Szenvedélyes-Romantikus	10	367	2,20	6,00	4,695	,632	0,761
Közvetlen-Nyitott	9	367	2,22	5,78	4,193	,628	0,693
Feszélyezett-Konzervatív	6	367	,33	5,00	2,829	,750	0,575

13. táblázat. A Női Szexuális Énséma Skála pszichometriai mutatói a három alskála és a teljes mérőeszköz esetében

A Női Szexuális Énséma Skála konzisztenciája a teljes mérőeszközt véve megfelelőnek mutatkozott ($r=0,81$); a Szenvedélyes-Romantikus alskála Cronbach alfa értéke jónak ($r=0,76$), a Közvetlen-Nyitott alskáláé pedig elfogadhatónak ($r=0,69$) nevezhető. Azonban a vizsgálatokban a Feszélyezett-Konzervatív alskálával kapott eredmények 0,6 alatti reliabilitási értéke folytán fenntartással kezelendők.

Diszkusszió

A Női Szexuális Énséma Skála (WSSSS, *Women's Sexual Self-Schema Scale*; Andersen és Cyranowski, 1994) adaptációja a korábbiaknál jóval alacsonyabb mintaelemszámmal (367 fő női résztvevő) történt. A kapott eredmények alapján azonban összességében a skála használható és fontos méréseket lehetővé tévő szólistás mérőeszköznek bizonyult.

Férfi Szexuális Énséma Skála (MSSSS; Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999)

A Férfi Szexuális Énséma Skála (MSSSS, *Men's Sexual Self-Schema Scale*; Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999) kialakítása, itemszelekciója és az adatgyűjtés a női változattal megegyező módon zajlott (Anderson 1968-as itempool-jából 200 melléknév kiválasztása, további 100 hozzáadása, a szexuális férfi ismérveinek megfelelő pontoztatása, majd több lépésből álló listaredukció).

A női változathoz hasonlóan egy 45 tételből álló szólistát tartalmaz a 22. *melléklet* (Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999), amelyből a statisztikai elemzések által legjobbnak ítélt 27 item a következő három skálába rendeződik (a csillaggal jelzett 2, 10 és 33-as tétel fordított, s a három faktor összpontszáma adja a teljes Férfi Szexuális Énséma értéket):

1. faktor (*Szenvedélyes-Szerelmes*) = 4, 13, 18, 19, 22, 27, 31, 36, 38, 42;
2. faktor (*Erős-Agresszív*) = 6, 1, 9, 10*, 11, 24, 26, 29, 30, 33*, 34, 41, 43;
3. faktor (*Nyitott-Liberális*) = 2*, 16, 21, 39.

A szerző szerint a 7-fokú skálán a magasabb pontszámok esetében nagyobb a mérőeszköz diszkriptív relevanciája, míg az alacsonyabb pontszámok kevésbé jól jellemzik a szexuális férfit. Mindamellet a melléknevek egy közepes mezőnyben pontozódnak leginkább (3 és 5 között), s az, hogy az alsóéves egyetemisták és az idősebb férfiak közti hasonlóság vagy különbség kevesebb, mint 1 pont (<.75), az az életkorilag vegyes mintára (pl. 20-tól 70 évesig) való alkalmazhatóságot jelzi (Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999).

Leíró statisztika

A Férfi Szexuális Énséma Skála itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 23. *melléklet* tartalmazza – itt is mind az 45 tételre nézve. Hasonlóképp, a teljes, 45 teteles szólistára készült a 24. *melléklet* gyakorisági táblázata.

Konfirmatív faktorelemzés

Konfirmatív faktorelemzéssel négy modell került elemzésre, ezek illeszkedési mutatói szerepelnek a következő táblázatban (14. *táblázat*).

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Alskálás alapmodell	0,000	1,745	0,481	0,559	0,098	0,084	0,111	0,000
Módosított alskálás alapmodell	0,000	1,515	0,681	0,711	0,081	0,066	0,096	0,001
Főfaktoros modell	0,000	1,745	0,601	0,481	0,098	0,084	0,111	0,000
Módosított főfaktoros modell	0,000	1,576	0,644	0,677	0,086	0,071	0,1	0,000

14. táblázat. A Férfi Szexuális Énséma Skála különböző faktoranalízis modelljeinek illeszkedési mutatói.

A 14. *táblázat*ban vastagítással lettek kiemelve a megfelelő illeszkedési mutatók. Egyedül a CMIN/DF mutat elfogadható (<5) értékeket, a többi mérés azonban nem. Összehasonlítva a négyféle konfirmatív faktormoddelt, a módosított alskálás változat tekinthető a leginkább megfelelőnek.

Reliabilitás

A 15. *táblázat* a Férfi Szexuális Énséma Skála reliabilitási mutatóit tartalmazza, az eszközölt javításokkal.

	Itemek száma	Fő	Min	Max	Átlag	Szórás	Cronbach alfa	Itemek alacsony item totál korrelációval	Módosított Cronbach alfa
Férfi Szexuális Énséma	27	79	3,15	5,41	4,232	,461	0,738		
<i>Szenvedélyes-Szerelmes</i>	10	79	2,11	6,00	4,608	,712	0,773		
<i>Erős-Agresszív</i>	13	79	2,38	5,23	3,817	,608	0,701	26-os tétel r=-0,047	0,740
<i>Nyitott-Liberális</i>	4	79	2,25	6,00	4,638	,785	0,534		

15. táblázat. A Férfi Szexuális Énséma Skála pszichometriai mutatói a három alskála és a teljes mérőeszköz esetében

A Férfi Szexuális Énséma két alskálája, valamint a mérőeszköz egésze is 0,7 feletti Cronbach alfát mutat, viszont a Nyitott-Liberális alskála 0,53-as értéke messze elmarad az ideálistól.

Diszkusszió

A Nyitott-Liberális alskála alacsony konzisztenciájából kifolyólag egyes vizsgálatokhoz indokolt lehet inkább a skála összpontszámával dolgozni, amit a szerzők is ajánlanak. A Női Szexuális Énsémával szemben itt három úgymond pozitív faktor van jelen a férfiak esetében, ezért a skálát Andersen és munkatársai (1999) egydimenziósnak tekintik, s sematikus (magas összpontszám) versus nem sematikus (asematikus; alacsony összpontszám) férfi szexuális énsémaként értékelik, ahol az egyes személyek e kontinuumon helyezkednek el. Kiemelik továbbá, hogy ezek a nagyrészt sztereotipikus férfitulajdonságok – pl. agresszív, erős, tapasztalt, domináns, individuális – erősen korrelálnak a szexuális viselkedéssel (Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999).

Mindamellet az egyes faktorok tartalma azért némiképp ellentmond ennek az egységesítésnek, s árnyaltabban differenciál – ahogy ezt a szerzők is elismerik. Így például az 1. faktor (*Szenvedélyes-Szerelmes*) olyan tulajdonságokat foglal magába, mint erős kapcsolati irányultság, a szenvedély-szexuális izgalom tárgya a romantikus partner – s nulla-közeli, illetve alacsony korrelációt mutat azokkal az attitűdökkel, amelyek az alkalmi kapcsolatokat, a nőkkel szembeni erőszakot és a kényszerítő szexuális viselkedést preferálják. Ezzel szemben a 2. faktor (*Erős-Agresszív*) tartalma épp a partnerek magas számával, az egyéjszakás kalandok keresésével, az erőszakos szexuális viselkedéssel és az elköteleződésmentes kapcsolatok preferenciájával jár együtt. (A 3. faktornak – *Nyitott-Liberális* – ilyen karakteres profilja nincs, inkább a kettő közti „középutat” képviseli.) Összességében tehát az adott vizsgálat célkitűzései (pl. alkalmi kapcsolatok preferenciája, párkapcsolati dominancia) határozhatják meg, hogy egységes (sematikus versus asematikus) férfi szexuális énsémaként kerül alkalmazásra a mérőeszköz, vagy pedig az egyes skálák bontásában. Utóbbi esetben a Nyitott-Liberális alskálával kapott eredmények – gyenge reliabilitási adatai folytán – fenntartással kezelendők.

Mindenesetre örvendetesnek nevezhető, hogy a magyar egyetemista populációban az 1. és a 3. faktor dominál, s a meglehetősen negatív konnotációjú 2. (*Erős-Agresszív*) érte el a legalacsonyabb átlagpontszámot.

Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (QCSASC; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000)

A következő mérőeszközök kidolgozásának teoretikus kiindulópontja Beck (1996) elmélete, miszerint a negatív sémák két nagy kategóriája számos pszichopatológiai helyzethez köthető. Ezek a *reménytelenség* (kilátástalanság: erőtlenség, gyenge és sebezhetőség; inkompetencia: kudarc, silányság és veszteség) és a *szeretetlenség* (nem vágyott, nem szerethető, méltatlanság) sémái, amely mentén 14-14 maghiedelmet is definiált (Beck, 1995). Ezt alkalmazta Nobre és Pinto-Gouveia (pl. 2006a, b) a szexualitás zavaraira. Véleményük szerint a szexuális tévhitek negatív kognitív sémákat aktiválnak, amelyek pedig sikertelen szexuális tapasztalatokhoz vezetnek. Ez gondolatok, érzelmek és a szexuális viselkedés egy készletét jelenti, mint például egy macsó hiedelem („Ha egy férfinak nincs erekciója, az kudarc”) negatív énsémát hív elő („Tehetetlen/impotens vagyok”), ha nehezen következik be a merevedés. Ez automatikusan bevillanó negatív gondolatokkal jár („Nem vagyok elég jó a partneremnek”; „Soha nem leszek már a régi”), ami negatív érzelmekkel jár (pl. szomorúság, szorongás), s tönkreteszik a szexuális reagáló képességet.

A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (QCSASC, *Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context*; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000a) két változata – női és férfi – öt-öt faktor mentén méri a szexuális élet szempontjából patológiás kognitív sémákat. Az öt skála a következő: Nemkívánatos/Visszautasított; Inkompetens; Értéktelen; Másság/Magány; Reménytelenség. A mérőeszköz validálásához a jelen tanulmányban adaptált tesztek közül a Női Szexuális Énséma Skálát (Andersen és Cyranowski, 1994), a Férfi Szexuális Énséma Skálát (Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999), a Női Szexuális Funkció Indexet (Rosen és mtsai, 2000) és a Nemzetközi Erektilis Funkció Indexet (Rosen és mtsai, 1997) is használták. A kérdőív 96 szexuális diszfunkciós és 223 kontroll személy (nemek szempontjából vegyes minta) adatai alapján jól differenciál az egészséges és a zavarral küzdő személyek között. A mérőeszköz 3 részből áll: az első blokk szexuálterapeuták tapasztalataira építve a legáltalánosabb helyzeteket méri fel a leggyakoribb diszfunkciók mentén, így a vágy hiánya, erekciós zavar, korai ejakuláció és az orgazmus nehézsége férfi oldalról, a nőknél pedig a vágy zavara, a szubjektív szexuális arousal nehézsége, orgazmus zavar és vaginizmus szerepel. A második rész a szexuális szituációban megjelenő emóciókra kérdez rá, majd a helyzet és az átélt érzelmek beazonosítása után a harmadikban Beck 28-as listáján a maghiedelmek vagy énsémák értékelése következik egy 5-fokú skálán (Nobre és Pinto-Gouveia, 2009). A QCSASC belső konzisztenciája magas (Cronbach alfa: 0,94) a teszt-reteszt reliabilitása pedig $r=0,66$.

Az egyes skálákhoz tartozó itemek:

<i>Nemkívánatos/Visszautasított:</i>	15, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 27
<i>Inkompetens:</i>	2, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 14
<i>Értéktelen:</i>	16, 21, 22
<i>Másság/Magányosság:</i>	5, 23, 28
<i>Reménytelenség:</i>	1, 6, 7, 12

A kérdőív női változatát a 25. melléklet, férfi változatát pedig a 26. melléklet tartalmazza.

Leíró statisztika

A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív női változatának az itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 27. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát a 28. melléklet. A QCSASC férfi változatának az itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 29. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát a 30. melléklet. A két minta együttes adatait pedig a 31-32. melléklet.

Konfirmatív faktorelemzés

A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív női változatának illeszkedési mutatóit tartalmazza a következő, 16. táblázat, vastagítással kiemelve a megfelelő értékek.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Egyfaktoros modell	0,000	4,557	0,671	0,72	0,133	0,126	0,14	0,000
Alskálás alap modell	0,000	3,947	0,727	0,776	0,121	0,113	0,128	0,000
Módosított alskálás alapmodell	0,000	3,018	0,828	0,85	0,1	0,092	0,108	0,000
Főfaktoros modell	0,000	4,042	0,719	0,764	0,123	0,115	0,13	0,000
Módosított főfaktoros modell	0,000	2,983	0,831	0,85	0,099	0,092	0,107	0,000

16. táblázat. A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív női változatának különböző faktoranalízis modelljeinek illeszkedési mutatói

A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív férfi változatának illeszkedési mutatóit tartalmazza a következő, 17. táblázat, vastagítással kiemelve a megfelelő értékek.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Egyfaktoros modell	0,000	2,232	0,556	0,622	0,151	0,136	0,166	0,000
Alskálás alap modell	0,000	1,873	0,685	0,741	0,127	0,111	0,144	0,000
Módosított alskálás alapmodell	0,000	1,738	0,76	0,79	0,117	0,099	0,134	0,000
Főfaktoros modell	0,000	1,91	0,672	0,725	0,13	0,114	0,146	0,000
Módosított főfaktoros modell	0,000	1,719	0,766	0,793	0,115	0,098	0,132	0,000

17. táblázat. A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív férfi változatának különböző faktoranalízis modelljeinek illeszkedési mutatói

Amint az a táblázatokból (16. és 17. táblázat) leolvasható, mind a női, mind pedig a férfi mintán a CMIN/DF értékei valamennyi faktormodell esetében megfelelőek (<5), azonban más illeszkedési mutatók közül egy sem érte el a kívánt mértéket. Mindkét nem esetében a módosított főfaktoros modell értékei kerültek leginkább közel az ideálishoz.

Reliabilitás

A 18. táblázat a Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív női és férfi változatának összesített mintáján mutatja az egyes skáláknak, valamint a teljes mérőeszköznek a konzisztenciáját, emellett a vizsgálatban résztvevők mintaelemszámát, a minimum és maximum értékeket az átlag és a szórás mellett.

Kognitív séma	A skála elnevezése	Itemek száma (a skálában)	Fő	Min	Max	Átlag	Szórás	Cronbach alfa
QCSASC	Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív	28	258	1,00	4,93	2,0067	,73673	0,958
1. faktor	Nemkívánatos/Visszautasított	8	258	1,00	5,00	1,8167	,83120	0,922
2. faktor	Inkompetens	8	258	1,00	4,88	2,2625	,86843	0,886
3. faktor	Értéktelen	3	258	1,00	5,00	1,7384	,81605	0,800
4. faktor	Másság/Magányosság	3	258	1,00	5,00	2,2532	,91561	0,659
5. faktor	Reménytelenség	4	258	1,00	5,00	1,8724	,78371	0,786

18. táblázat. A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív női és férfi változatának pszichometriai kvalitásai az egyes skálák és a teljes mérőeszköz esetében

A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív női és férfi változatának megbízhatósága megfelelő, illetve magas: a Cronbach alfa értékek valamennyi skála esetén 0,66 és 0,92 közöttiek.

Diszkusszió

A Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (Nobre és Pinto-Gouveia, 2000a) a kutatások, valamint a gyors és eredményes szexterápiák jól használható mérőeszközének bizonyult már Európa több országában (pl. Portugáli, Anglia), az aktuális magyar eredmények pedig megbízhatósága és hazai alkalmazhatósága mellett szólnak.

Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív (SDBQ; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000)

A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív (SDBQ, *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire*; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000b) egy 40 itemes kérdőív, amely arra lett kifejlesztve, hogy a klinikai szakirodalomban a szexuális diszfunkciókra predesztináló specifikus sztereotípiákat és tévhiteket mérje külön a női, és külön a férfi zavarokra. Ennek megfelelően a mérőeszköznek van egy női és egy férfi verziója, amely a nemekkel összefüggésben álló hiedelmekre kérdez rá 1-5-ig pontozva azt, hogy a kitöltő mennyire ért egyet velük (1 – egyáltalán nem értek egyet; 5: teljesen egyetértek). Az önkitöltős mérőeszköz mindkét verziója – a női és a férfi változat is – megfelelő tesztreteszt reliabilitást mutat ($r=0,80$ a női, és $r=0,73$ a férfi), s a kérdőív belső konzisztenciája is kiváló (Cronbach alfa: 0,81 a női, és 0,93 a férfi). A konvergens validitást nézve a kérdőív kapcsolatot mutat más olyan tesztekkel, amelyek a szexuális működést mérik (validáló kérdőívként jelen esetben is Női Szexuális Funkció Index és a Nemzetközi Erektilis Funkció Index szolgált). Diszkrimináns validitását jelzi, hogy jól megkülönbözteti a szexuálisan egészséges és a szexuális funkciózavarral rendelkező betegek mintáját.

A női változat skálái és a hozzájuk tartozó itemek:

<i>Szexuális konzervativizmus:</i>	2, 4, 7, 13, 14, 17, 27, 28, 32
<i>A szexuális vágy és élvezet, mint bűn:</i>	15, 34, 35, 36, 37, 39
<i>Életkorral kapcsolatos tévhitek:</i>	5, 6, 8, 11, 20
<i>Testkép tévhitek:</i>	10, 12, 38, 40
<i>Érzelem elsődlegessége:</i>	1, 3, 18, 22, 23, 24
<i>Az anyaság elsődlegessége:</i>	26, 30, 31, 33

A férfi tévhitek:

<i>Szexuális konzervativizmus:</i>	2, 5, 9, 18, 21, 24, 25, 26, 32, 33
<i>A nők szexuális hatalma:</i>	11, 15, 19, 27, 29, 38, 39, 40
<i>Macsó tévhitek:</i>	1, 4, 6, 17, 28, 31, 37
<i>A női kielégüléssel kapcsolatos tévhitek:</i>	3, 7, 16, 35, 36
<i>A szexualitással szembeni elfojtó attitűdök:</i>	8, 12, 13, 30
<i>A szex a férfi erejéről szól:</i>	10, 22, 34

(Nobre és Pinto-Gouveia, 2009).

A női Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív a 33. mellékletben, a férfi verzió a 34. mellékletben található.

Leíró statisztika

A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív női változatának az itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 35. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát pedig a 36. melléklet. A SDBQ férfi változatának az itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékeit a 37. melléklet tartalmazza, az itemek értékeinek gyakorisági táblázatát pedig a 38. melléklet.

Konfirmatív faktorelemzés

A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív női változatának illeszkedési mutatóit a 19. táblázat foglalja össze, a férfiét pedig a 20. táblázat. Mindkét esetben a vastagítással való kiemelés a megfelelő értékeket jelöli.

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Egy faktoros modell	0,000	3,426	0,582	0,630	0,109	0,103	0,114	0,000
Alskálás alap modell	0,000	3,281	0,607	0,662	0,105	0,1	0,111	0,000
Módosított alskálás alapmodell	0,000	2,943	0,685	0,716	0,097	0,092	0,103	0,000
Főfaktoros modell	0,000	3,340	0,597	0,647	0,107	0,101	0,112	0,000
Módosított főfaktoros modell	0,000	3,120	0,656	0,684	0,102	0,096	0,107	0,000

19. táblázat. A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív női változatának különböző faktoranalízis modelljeinek illeszkedési mutatói

	P	CMIN/DF	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Egy faktoros modell	0,000	1,922	0,428	0,488	0,129	0,118	0,14	0,000
Alskálás alap modell	0,000	1,710	0,56	0,616	0,114	0,102	0,125	0,000
Módosított alskálás alapmodell	0,000	1,620	0,648	0,678	0,106	0,094	0,118	0,000
Főfaktoros modell	0,000	1,756	0,531	0,585	0,117	0,106	0,129	0,000
Módosított főfaktoros modell	0,000	1,708	0,598	0,625	0,113	0,102	0,125	0,000

20. táblázat. A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív férfi változatának különböző faktoranalízis modelljeinek illeszkedési mutatói

Amint a 19. és 20. táblázatban látható, mindkét nem mérőeszközének valamennyi faktormodellje esetében a CMIN/DF értékei megfelelőnek bizonyultak (<5), azonban a többi illeszkedési mutatón egyik modellnél se, s a modifikált változatoknál sem sikerült jelentős javulást elérni.

Reliabilitás

A 21. és a 22. táblázat a Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív női és férfi változatának tartalmazza az egyes skáláinak, valamint a teljes mérőeszköznek a konzisztencia mutatóit, emellett a vizsgálatban résztvevők mintaelemszámát, a minimum és maximum értékeket az átlag és a szórás mellett.

	Fő	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Cronbach alfa	Itemek alacsony item totál korrelációval	Módosított Cronbach alfa
Szexuális tévhitek (női változat)	206	1,10	3,50	1,9255	,37127	0,872		
Szexuális konzervativizmus	206	1,00	3,78	2,1863	,37079	0,745	Tévhit 27 $r=0,129792$	0,786
A szexuális vágy és élvezet, mint bűn	206	1,00	4,00	1,2129	,46973	0,852		
Életkorral kapcsolatos tévhitek	206	1,00	4,40	1,5934	,60721	0,733		
Testkép tévhitek	206	1,00	4,25	1,2569	,52284	0,725		
Érzelem elsődlegessége	206	1,00	4,17	1,9311	,58461	0,557	Tévhit 18 $r=0,095808$	0,571
Anyaság elsődlegessége	206	1,00	4,00	1,9405	,56991	0,359	Tévhit 31 $r=0,037909$	0,510

21. táblázat. A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív női változatának pszichometriai kvalitásai az egyes skálák és a teljes mérőeszköz esetében

A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív női változatánál négy skála esetében a skálák konzisztenciája kiválóan bizonyult (Cronbach alfa: $r=0,72-0,85$), két skálánál azonban az alacsony itemtotál korrelációval rendelkező tételek eltávolítása után sem sikerült 0,51-0,57 feletti értéket elérni.

	Fő	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Cronbach alfa	Itemek alacsony item totál korrelációval	Módosított Cronbach alfa
Szexuális tévhitek (férfi változat)	56	1,13	3,50	1,9255	,37127	0,872		
<i>Szexuális konzervativizmus</i>	56	0,60	5,00	1,6339	,81804	0,942		
<i>A nők szexuális hatalma</i>	56	1,00	3,63	2,5513	,66306	0,732		
<i>Macsó tévhitek</i>	56	1,29	3,71	2,8512	,58954	0,537	Tévhit 6 r=-0,03	0,604
<i>A női kielégüléssel kapcsolatos tévhitek</i>	56	1,00	3,80	2,4741	,71776	0,584	Tévhit 35 r=0,14	0,634
<i>A szexualitással szembeni elfojtó attitűdök</i>	56	1,00	4,00	2,1696	,71685	0,498	Tévhit 8 r=0,14	0,615
<i>A szex a férfi erejéről szól</i>	56	1,00	3,33	1,8631	,71003	0,412	Tévhit 10 r=0,12	0,539

22. táblázat. A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív férfi változatának pszichometriai mutatói az egyes skálák és a teljes mérőeszköz esetében

A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív férfi változatánál két skála esetében a skálák konzisztenciája kiválóan bizonyult (Cronbach alfa: $r=0,73$ és $0,94$), három skálánál az alacsony itemtotál korrelációval rendelkező tételek eltávolítása után sikerült $0,6$ feletti értékeket elérni, azonban egy skála reliabilitása így is csupán $0,54$ maradt.

Diskusszió

A Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív (SDBQ, *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire*; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000b) egyes skáláinak alacsonyabb reliabilitási értékei vélhetően a kulturális különbségeknek köszönhetőek, lévén egy adott kultúrában jellemzően más konkrétan megfogalmazott hiedelmek terjedtek el és dominálnak. Ezért a későbbiekben érdemes lehet – kiváltképp a kevésbé reliábilis skálák esetében – a magyar minta sajátosságainak inkább megfelelő természetű kérdésekre/mondatokra módosítani egyes tételeket.

Korlátok

A szexuális funkcionálás különböző területeit, aspektusait érintő mérőeszközök jelen adaptálásának legfontosabb hiányossága, hogy betegmintán nem történt meg a felvételük, a validálásuk. E hiányosságot kiküszöbölendő a Magyar Szexuális Medicina Társaság tagjaival (nőgyógyászok, andrológusok és urológusok) együttműködve a későbbiekben folytatódni fog a vizsgálat.

Összegzés

A kutatásokhoz, a trendekhez, a változásokhoz, a problémák feltárásához szükség van megbízható, valid és könnyen alkalmazható mérőeszközökre. Külön hangsúlyoznám a kognitív elméleti háttérre épülő kérdőívek szerepét, amelyek a modern szexuálterápiákban jelenthetnek gyors és adekvát támpontot. Ahogy Rowland (2006) kiemelte, hogy a szexuális izgalom állapotával két kognitív, információfeldolgozó stratégia függ szorosan össze: a figyelmi fókusz, amely az erotikus kulcsingereket monitorozza, azonban a figyelemelterelésért is felel; illetve az önpercepció, amely az értékelés,

a negatív elvárások és a belső attribúciós stílus (pl. „Valami baj van velem!”) révén fejti ki hatását a szexualitás kontextusában. Ezek mérését is lehetővé teszi e tesztbatteria a szexuális funkcionálás más fontos, a nemzetközi kutatásokban gyakran használt mutatója mellett.

3. VIZSGÁLAT

A korai hatások és a személyiség szerepének vizsgálata a szexuális működésben

Eysenck szexualitás és személyiség kapcsolatáról egy önálló könyvet publikált 1976-ban *Sex and Personality* címen, amely a szexuális viselkedés megértése és a szexuális zavarok kezelése szempontjából számos hosszútávú következtetéssel szolgált. Így predikciói szerint az extravertáltak az introvertáltakhoz képest korábban kezdik el a szexuális életet, gyakrabban szeretkeznek, magasabb a szexuális partnerek száma, változatosabb pozíciókat próbálnak ki, gyakoribb a külső kapcsolatuk, s hosszabb előjáték jellemzi őket. A magas neuroticizmus pontszámú személy számára kevésbé kielégítő a szexuális aktus, több aggodalom jellemzi a szexualitással szemben, több ellenérzése van a szex számos aspektusával, ezért kevesebb szexuális együttlét és kapcsolat jellemzi. A pszichotikus vonás korrelátumai pedig: inkább a személytelen és az agresszív szexualitás jellemző rá, és hajlamos részt venni szociálisan el nem fogadott aktusokban (Barnes, Malamuth és Check, 1984).

Az alkalmi/rövidtávú viszonyok magasabb száma (korlátozás nélküli szocioszexualitás, „skalpvadászat” és a csábításnak engedés éppúgy, mint a kizárólagosságon alapuló kapcsolatok hiánya) elsősorban az extravertió vonással korrelál, ám az alacsony lelkiismeretességgel és barátságossággal is összefügg, kiváltképp a külső kapcsolatokba való bevonódás (Schmitt és Shackelford, 2008). Zuckerman és Kuhlman (2000) a rizikós szexuális viselkedés személyiség korrelátumaiként a szenzoros élménykeresést (újdon-ság és izgalomkeresés) és az impulzivitás-vonást emelték ki. Szexualitás és agresszió kapcsolatában gyakran a kultúra szexualizációjának és a férfiak szocializációjának szerepét hangsúlyozzák a szerzők (pl. Garner, 2012), azonban a személyiség jellemzői – pl. agresszió-ellenségesség vonás (Zuckerman, 1992) – is közrejátszhatnak benne.

Továbbá a patológiás nárcizmusnak a szexuális életre számos összefüggését feltárták már, így például férfiak esetében a szexuális erőszakra való hajlamot (pl. Baumeister, Catanese és Wallace, 2002; Zeigler-Hill, Enjaian és Essa, 2013), a hosszú távú, elkötelezett kapcsolatok iránti kisebb preferenciát, emellett az alkalmi viszonyok és a szex-barátságok fenntartásának nagyobb igényét is (pl. Jonason, Luevano, és Adams, 2012).

A személyiségvonások mellett a kötődési stílus is számos ponton meghatározza a szexualitást (pl. a szexuális együttlét élvezete: Schachner és Shaver, 2004; féltékenységi: Birnbaum, 2007; szakítás utáni viselkedés: Davis, Shaver és Vernon, 2003).

Jóllehet, inkább a nők esetében igazolódott a feltételezés, miszerint a szorongó kötődés a párkapcsolati hűtlenséggel és az óvszerhasználattal mutat kapcsolatot, továbbá az első szexuális élmény időpontja a biztonságos és a szorongó stílussal a nők esetében – azonban a férfiak szexuális viselkedésében e területeken nem találtak összefüggést a kötődési stílussal (Bogaert és Sadava, 2002).

Hipotézisek:

1. A klasszikus vizsgálatokkal egybehangzóan pozitív összefüggést várok az extravertió, nyitottság vonás, negatív a neuroticizmus (érzelmi labilitás) és a szexuális funkciók között, valamint negatív kapcsolatot a lelkiismeretességgel;
2. A zuckermani dimenziók közül az élménykeresés, az agresszió és az aktivitás vonás esetében feltételezek pozitív korrelációt a szexuális működéssel, elsősorban a motiváció terén;
3. A narcizmus – a korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan – összefügg a szexualitás több területével, elsősorban averzív és motivációs/kompenzációs aspektusokkal; végül
4. A kötődési stílusok elsősorban a női szexuális működésre hatnak, s kiemelten a szorongó kötődés fejti ki hatását az erotikus viselkedésre.

Módszertan

Vizsgálati személyek és eljárás

Az 1. vizsgálat egyetemista mintája, valamint az ott leírt adatfelvételi eljárás vonatkozik a további empirikus részekre is. Az összes felvett mérőeszköz reliabilitás mutatóit tartalmazó 39. melléklet pedig az aktuálisan érvényes mintaelemszámot is mutatja.

Mérőeszközök

A szexuális funkcionálás mérése

A szexuális funkciók mérésére a Szexuális Izgalom és Vágy Leltárt (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*; Toledano és Pfaus, 2006); a Női Szexuális Funkció Indexet (FFSI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000); és a Nemzetközi Erektilis Funkció Indexet (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997) használtam.

Zuckerman-Kuhlman-Aluja Személyiség Kérdőív (ZKP-PQ; Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010)

A Zuckerman-Kuhlman-Aluja Személyiség Kérdőív (ZKP-PQ, *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*; Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010) 5 faktort, s ezeken belül 4-4 facetet tartalmaz: a) Agresszió (fizikai agresszió, verbális agresszió, düh és ellenségesség); b) Aktivitás (kényszeres munkavégzés, általános aktivitás, pihenésnélküliség és munkaenergia); c) Extravertió (pozitív érzelmek, szociális melegség, exhibicionizmus és szociabilitás); d) Neuroticizmus (szorongás, depresszió, dependencia és alacsony önbecsülés; és e) Szenzoros élménykeresés (izgalom és élménykeresés, újdonságkeresés, gátlástalanság és unalomra való hajlam). Az egyes alskálák 10-10 tételből állnak, s 4-fokú skálán mérnek. A 200 ítemes mérőeszköz közel fele fordított tétel (Surányi, 2012). A magyar adaptációt Surányi Zsuzsanna végezte (2012).

Big Five Leltár (BFI; John és Srivastava, 1999)

A Big Five Leltár (BFI, *Big Five Inventory*; John és Srivastava, 1999) egy rövid, 44 tétel mérőeszköze a Big Five modellnek, amely az Extraverzió, Barátságosság, Lelkiismeretesség, Érzelmi instabilitás és Nyitottság dimenziókat 5-fokú Likert skálán 1-től (Egyáltalán nem értek egyet) 5-ig (Teljesen egyetértek) pontozva méri. A mérőeszköz belső konzisztenciája 0,83, konvergens validitása például a 60-ites NEO-FFI (Costa és McCrae, 1993) kérdőívvel 0,73. A magyar adaptációt Rózsa és munkatársai (2006) végezték.

Patológias Nárcizmus Leltár (PNI; Pincus és mtsai, 2009)

A Patológias Nárcizmus Leltár (PNI, *Pathological Narcissism Inventory*; Pincus és mtsai, 2009) a nárcizmust két fő vonás mentén méri. A *grandiozitás* a patológias nárcizmusnak a leginkább érzékelhető, egyben a nárcisztikus személyiséggel leggyakrabban azonosított formája, amely egy maladaptív énnövelő-énfelnagyító stratégia alkalmazását jelenti (pl. túlzóan pozitív énkép fenntartása). A *sérülékeny* nárcizmus ezzel szemben az élet számos területén rossz alkalmazkodással és diszregulációval társul, beleértve a szelf mentális reprezentációját (pl. negatív énkép), az érzelmi életet (pl. negatív érzelmek megélése, úgymint harag, szégyen és diszfória) és a személyközi kapcsolatok szintjét, a társas funkcionálást (pl. interperszonális szenzitivitás, túlérzékenység) (Pincus és Lukowitsky, 2010). A PNI egy 52 ítemes mérőeszköz, amelyen a személy 0-tól 5 pontig ítéli meg, hogy mennyire jellemzi őt adott kijelentés. A grandiozitás skála 18 ítemet tartalmaz, s a belső konzisztenciája 0,85, míg a sérülékenység faktor 38 tételből áll, s 0,94-es Cronbach alfa-t mutat (Pincus és mtsai, 2009).

Felnőtt Kötődési Stílus Kérdőív (RAAS; Collins, 1996)

A 18 tételből álló Felnőtt Kötődési Stílus Kérdőívben (RAAS, *Revised Adult Attachment Scale*; Collins, 1996) az önjellemzésen alapuló tételek 3 skálát alkotnak: *Közelség*, *Függés*, *Szorongás*. A közelség dimenzió a kapcsolatokban kifejeződő intimitás és közelség mértékének feltárására irányul: pl. Viszonylag könnyen közel tudok kerülni más emberekhez. A függés a másokban való bizalom és dependencia érzését tárja fel: pl. Tudom, hogy számíthatok másokra, amikor szükségem van rájuk. Végül a szorongás dimenzió az elhagyatottságtól, a társas elutasítástól való félelem feltárását célozza: pl. Gyakran aggódom amiatt, hogy a partnerem elhagy. A biztonságosan kötődőket magas intimitás és függőség, valamint alacsony szorongás jellemzi. A tételek megítélése 5 fokozatú skálán történik: 1=egyáltalán nem jellemző, 5=nagyon jellemző. A skálák belső konzisztenciáját becslő Cronbach-alfa mutatók a szerző kutatási eredményei alapján 0,69 és 0,75 közöttiek. A skálák időbeli stabilitása egy kéthónapos időintervallumot alapul véve 0,52 és 0,71 között ingadozott (Rózsa, 2009).

Eredmények

Az adatok feldolgozása az SPSS 22 és AMOS 20 statisztikai szoftverek segítségével történt. Először a korrelációs mátrix adatait mutatja be a 23. táblázat.

A korrelációs eredmények Bonferroni módszerrel kerültek kiigazításra, és az alábbi táblázatban azon eredmények lettek színessel kiemelve, melyek a korrekciót követően is szignifikánsak maradtak.

	IEEF	FSFI	SADI Pozitív/ értékelő	SADI Negatív/ avertív	SADI Fiziológiai	SADI Motivációs
BFI Extraverzió	.423**	.113*	.204**	-.156**	.154**	.108*
BFI Barátságosság	0.056	0.049	0.082	-.163**	0.07	-0.055
BFI Lelkiismeretesség	.248*	0.092	0.068	-.173**	0.043	-0.082
BFI Érzelmi stabilitás	0.166	0.016	0.076	-.217**	-0.009	-.101*
BFI Nyitottság	0.197	-0.026	.110*	0.001	.176**	.136**
Élménykeresés faktor	-0.046	0.075	.124**	0.019	.134**	.175**
Aggresszivitás faktor	-0.095	-0.029	0.074	0.091	0.078	.213**
Aktivitás faktor	0.237	0.096	.171**	-.102*	.125**	0.05
Neuroticizmus faktor	-0.22	-.216**	-.113*	.237**	-0.026	.104*
Extraverzió faktor	.351**	.108*	.239**	-.223**	.211**	0.073
PNI: Patológiai Nácizmus	-0.066	-.121*	0.008	.223**	0.033	.207**
PNI Grandiozítás	.215*	-0.034	.100*	.125**	.094*	.222**
PNI Sérülékenység	-0.164	-.142**	-0.035	.240**	-0.01	.163**
Kötődés (Függőség)	0.332	.179*	0.075	-0.119	0.081	-0.004
Kötődés (Szorongás)	-0.213	-.288**	0.02	.166**	0.1	.145*
Kötődés (Közelség)	0.208	.153*	.161*	-.156*	.140*	0.116

23. táblázat. A szexuális funkciók összefüggései a személyiség nagy dimenzióival, a patológiás nárcizmussal és a kötődéssel

(A szignifikancia szintek jelölése: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$)

A Bonferroni korrekció után is szignifikáns eredmények közül a legszembetűnőbb a BFI-vel mért extraverzió és a férfi szexuális működés közti közepesen erős kapcsolat ($p < 0,01$; $r = 0,42$), valamint ugyanennek a faktornak a szexuális vágy és izgalom három alskálájával is a várt irányú (igaz, alacsony), szignifikáns ($p < 0,01$) összefüggése. A ZKA-PQ Neuroticizmus inkább nőknél mutat kapcsolatot a szexuális működéssel ($p < 0,01$; $r = 0,22$), azonban az összesített minta esetében a SADI Negatív skálája szignifikánsan korrelál ($p < 0,01$; $r = -0,22$) a BFI Érzelmi stabilitás dimenziójával, míg a Pozitív skála pedig a ZKA-PQ Aktivitás és Extraverzió faktoraival ($p < 0,01$; $r = 0,17$ és $r = 0,24$).

A szexuális működést mérő skálák közül a SADI Negatív dimenziója esetében kaptam a legtöbb szignifikáns összefüggést a vizsgált szexuálpszichológiai változókkal.

Nők esetében a szorongó kötődés mutatta a legerősebb – de még így is viszonylag alacsony – szignifikáns korrelációt ($p < 0,01$; $r = 0,29$). A szexuális vágy és izgalom (SADI) fiziológiai komponense a BFI Nyitottság, valamint a ZKA-PQ Extraverzió skálájával adott erősen szignifikáns, de gyenge kapcsolatot ($p < 0,01$; $r = 0,18$ és $r = 0,21$). A SADI Motivációs faktora a ZKA-PQ Élménykeresés és Aggresszivitás ($p < 0,01$; $r = 0,17$ és $r = 0,21$) mellett valamennyi nárcizmus skálával erősen szignifikáns, de gyenge összefüggést mutat ($p < 0,01$; $r = 0,2$; $r = 0,22$ és $r = 0,16$).

A női mintán végzett regresszióelemzés (stepwise) alapján a Női Szexuális Funkció Indexszel mért női szexuális reagálás egyetlen szignifikáns prediktoraként a szorongó felnőttkori kötődés jelent meg, amely a variancia 9,5%-át magyarázza (24. táblázat).

	Nem standar- dizált együtttható		Standardizált együtttható	t	Szign.
Konstans	4.639	0.348		13.329	0
Kötődés (Szorongás)	-0.535	0.136	-0.309	-3.923	0

24. táblázat. A Női Szexuális Funkció Index által mért női szexuális funkcionálást egyedül a szorongó kötődés jósolta be szignifikánsan

A férfi mintán végzett regresszioelemzés alapján a férfi szexuális működés egyetlen szignifikáns prediktorának pedig a Big Five extravertió skálája mutatkozott, amely a variancia 26,1%-át magyarázza (25. táblázat).

	Nem standar- dizált együtttható		Standardizált együtttható	t	Szign.
	B	Standard hiba	Beta		
Konstans	1.423	0.736		1.934	0.067
BFI Extraverzió	0.613	0.225	0.511	2.725	0.013

25. táblázat. A Nemzetközi Erektiles Funkció Index által mért férfi szexuális funkcionálást egyedül a BFI extravertió dimenziója jósolta be szignifikánsan

A regresszioanalízis eredménye szerint tehát a szexuális működés legerősebb prediktorának nők esetében a szorongó kötődés, férfiaknál pedig az extravertió vonás bizonyult.

Diszkusszió

Az erősen szignifikáns, azonban meglehetősen alacsony, elvértve közepes korrelációk „védelmében” szólva: lévén a humán szexualitás születésünktől kezdve számtalan tényező által meghatározott, befolyásolt és módosított, multikauzális – ahogy például Kilmer és Shahinfar (2006) modellje mutatja, de akár Basson (2001) vagy Barlowék (2007) elmélete is idézhető –, hogy kevésbé várhatóak 0,7-0,9-es kapcsolatok.

A megfogalmazott – és a szakirodalom által sugallt – hipotézisek azonban nagymértékben megfeleltek az elvárásoknak.

Az *első hipotézis* értelmében a klasszikus vizsgálatokkal (pl. Eysenck, 1976) egybehangzóan pozitív összefüggést vártam az *extraverzió* (E) vonással. Ez legerősebben a Big Five kérdőív által mért extravertió és a *férfi összesített szexuális működés* kapcsolatában igazolódott, azonban mindkét mérőeszköz E vonása (BFI és ZKA-PQ) is mutatott a szexualitás (SADI) *pozitív/értékelő* és a *fiziológiai* szinten megélt élményeivel is pozitív összefüggést. A *negatív/averzív* érzések a szexualitással szemben pedig negatív viszonyt jelzett mindkét mérőeszköz által mért extravertió vonással.

A BFI *nyitottság* vonása egyedül a szexualitás *fiziológiai* komponensével mutatott szignifikáns, de alacsony kapcsolatot. A *lelkiismeretesség* vonás a feltételezéssel ellentétben – hogy a felszabadult, szorongásmentes szexualitással negatív viszonyban állhat, kiváltképp a fiziológiai élmények terén – az eredmények szerint épp a *negatív/averzív* érzéseket tartja távol a szexualitás kontextusában. Továbbá meglepetés volt ugyanezen dimenzióknak a *barátságossággal* jelzett enyhe negatív kapcsolata is.

A második hipotézisben a zuckermani dimenziók közül az *élménykeresés*, az *agresszió* és az *aktivitás* vonás esetében feltételeztem pozitív korrelációt a szexuális működéssel, elsősorban a motiváció terén – előbbi két faktornál igen alacsony kapcsolati szinten igazolódott a feltételezés, míg az *aktivitás* egyedül a *pozitív/értékelő* dimenzióval függött kis mértékben össze.

A harmadik hipotézist alátámasztva a *nárcizmus* minden szinten (skálái és a teszt összpontszáma alapján) erősen szignifikáns, gyenge kapcsolatot mutatott a szexualitás *motivációs* (ösztön) komponensével, míg a szexre vonatkozó *negatív/averzív* érzésekkel (SADI) összességében (PNI), illetve *sérülékenység* vonása mentén enyhén korrelált.

A negyedik hipotézis értelmében a *kötődési stílusok* a feltételezésnek megfelelően a férfi szexuális működéssel semmilyen szinten sem jeleztek kapcsolatot, egyedül a női min-tán: a szorongó stílus nőknél az általános szexuális funkciókkal függött össze.

Végül a két legmarkánsabb kapcsolat – egyben különbséget a nemek terén – más statisztikai eljárással is tesztelve (regresszióanalízis) megerősítést nyert: a szexuális működés legerősebb prediktorának nők esetében a *szorongó kötődés*, férfiaknál pedig a – zuckermani ZKA-PQ-val mért – *extraverzió* vonás bizonyul.

Korlátok és kitekintés

A tételek magas száma miatt újabb változók beemelésére már nem volt lehetőség, azonban érdekes lett volna e faktorok kapcsolati vonatkozásait is tesztelni – mint ahogy a szakirodalom gyakran utal a személyiségvonások párkapcsolati kihatásaira: például az elköteleződésre (pl. Schmitt és Shackelford, 2008), a szexuális kognícióra (Moyano és Sierra, 2013), vagy a szexuális erőszakra (pl. Carvalho és Nobre, 2013).

Összegzés

Személyiség és szexualitás kapcsolata egy elévülhetetlen kutatási terület – éppúgy, mint a kötődési stílus többszörösen összetett hatása a személy erotikus életére és intimitáshoz való viszonyában.

4. VIZSGÁLAT

A szexuális egészség és a jóllét mutatóinak kapcsolatvizsgálata

A 4. empirikus fejezet azon potenciálisan protektív tényezőkkel összefüggésben elemzi a szexuális funkciókat (a jelen tanulmányban bemutatott szexuális működést és indikátorait mérő skálákkal vizsgálva), amelyek mind okként, mind pedig következményként megjelenhetnek az intimitás viszonylatában.

Leggyakrabban a szexuális diszfunkciók negatív hatását vizsgálták a személy jóllété szempontjából: így például az a nő, aki úgy jellemzi önmagát, hogy elégedetlen a szexuális életével, alacsonyabb általános jóllétet is mutat (Davison és mtsai, 2009). Más eredmények testileg fogyatékos egyének esetében mutatták ki a szexuális önbecsülés és a szexuális elégedettség szerepét, mint erős prediktorait az önbecsülésnek – illetve a depressziónak (Taleporos és McCabe, 2002).

Megfordítva azonban a relációt, az érzelmi jóllét és a partnerkapcsolat minősége erősebb hatást fejthet ki a szexuális működésre, mint az öregedés (Bancroft és mtsai, 2003).

A tudatos jelenlétet leginkább úgy definiálják, mint a tudat jelenben tartása, a figyelmes jelenlét állapota (Brown és Ryan, 2003). A zavaró gondolatok szerepét emellett a szexuális működésben számos tanulmány igazolta (pl. Masters és Johnson, 1966; Nobre és Pinto-Gouveia, 2006ab, 2009), így az a működésmód, amely a szexuális helyzetben és élményben bent tart – s mindemellett a jólléttel is szoros összefüggést mutat – feltételezhetően pozitív hatással van a szexuális működésre.

Az általános jóllét (pl. depresszió és szorongásos zavartól való mentesség) szerepét sem figyelmen kívül hagyva a szexuális élet szempontjából a koherencia érzék erős összefüggést mutat az észlelt egészséggel, kiváltképp a mentális egészséggel. Az empirikus tanulmányok összegzése alapján a koherencia érzék egy egészségmegőrző forrásként azonosítható, amely a salutogenetikus perspektívába illesztve az egyén rezilienciáját megerősítve az egészség pozitív szubjektív állapotát fejleszti (Eriksson és Lindström, 2005).

Hipotézisek:

1. A szexuális funkcionálás mind a férfiak, mind a nők szempontjából erős kapcsolatot mutat a jóllét mutatóival;
2. Férfiak esetében a szexuális élettel való elégedettség még nagyobb szerepet játszik (erősebb összefüggést mutat) az „általános jólléttel” (az összesített, s az egyesével vizsgált mutatókkal is), mint nőknél;
3. A szexuális helyzetben megjelenő zavaró gondolatok destruktív hatásuk folytán erős kapcsolatot mutatnak a jóllét mutatóival;
4. A tudatos jelenlét önmagában is a szexuális működés fontos prediktora; végül
5. A szexuális énséma mindkét nem esetében a jóllétre is kihat.

Módszertan

Vizsgálati személyek és eljárás

Az 1. vizsgálat egyetemista mintája, valamint az ott leírt adatfelvételi eljárás vonatkozik erre az empirikus részre is. A felvett mérőeszközök reliabilitási mutatóit pedig a 39. melléklet tartalmazza az érvényes mintaelemszám mellett.

Mérőeszközök

A szexuális funkcionálás mérése

A szexuális funkciók mérésére a Szexuális Izgalom és Vágy Leltárt (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*; Toledano és Pfaus, 2006); a Női Szexuális Funkció Indexet (FFSI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000); a Nemzetközi Erektilis Funkció Indexet (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997); a Szexuális Izgalom és Gátlás Leltárt (SESII-W/M; Milhausen és mtsai,

2009); a Női Szexuális Énséma Skálát (WSSSS; Andersen és Cyranowski, 1994); a Férfi Szexuális Énséma Skálát (MSSSS; Andersen, Cyranowski és Espindle, 1999); a Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőíveket (QCSASC; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000) és a Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőíveket (SDBQ; Nobre és Pinto-Gouveia, 2000) használtam.

Pozitív és Negatív Affektivitás Skála - Vonás (PANAS; Watson és mtsai, 1988)

A Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (PANAS, *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson és mtsai, 1988) egy 20 tételből álló mérőeszköz, amely 10 pozitív (pl. lelkes, figyelmes) és 10 negatív (pl. zaklatott, ingerlékeny) személyiségjellemzőt tartalmaz, amelyet a kitöltőnek egy ötfokozatú skálán kell önmagára vonatkozóan értékelnie. Az értékelés alapját több időintervallum is képezheti: pl. éppen most, az elmúlt héten, az elmúlt hónapban, az elmúlt évben vagy általában hogyan érzi magát. A mérőeszköz különböző skáláinak (állapot, vonás, pozitív és negatív affektivitás) megbízhatóságát becsülő Cronbach-alfa mutatók a módszert kifejlesztők kutatási eredményei alapján 0,85 és 0,90 között ingadoznak (Watson és mtsai, 1988).

A mérőeszközön végzett faktorelemzések a pozitív és negatív affektivitás dimenziók függetlenségét támasztják alá (Watson és mtsai, 1988). A mérőeszköz magyar adaptációját Rózsa Sándor végezte (Rózsa, 2009).

Élettel Való Elégedettség Skála (SWLS; Diener és mtsai, 1985)

Ahogy az egyén szubjektív tapasztalatának, jóllétének érzelmi komponensét a fent bemutatott PANAS skála méri, úgy a kognitív, értékelő aspektust az Élettel Való Elégedettség Skála (SWLS, *Life Satisfaction*; Diener és mtsai, 1985). Az 5 íte mből álló mérőeszköz a kitöltő szubjektív perspektívájából kérdez rá életének globális értékelésére. A válasz 1-től (egyáltalán nem értek egyet) 7-ig (teljes mértékben egyetértek) terjedő skálán ítéltetik meg, így minimum 5, maximum 35 összpontszám érhető el rajta. A mérőeszköz megfelelő pszichometriai jellemzőkkel bír (pl. Pavot és Diener, 1993), a Cronbach alfa átlaga 40 nemzet adatai alapján 0,81 (Diener, Inglehart és Tay, 2013).

Koherencia Érzék Skála (SOC; Antonovsky, 1993)

A koherencia érzék az összefüggések megértésére, megérzésére való képesség, valamint annak érzése, hogy a külső környezet változásai előre jelezhetőek, s egy erőteljes hit abban, hogy a dolgok úgy alakulnak, ahogyan az ésszerűen elvárható. Három fő komponense: a *felfogóképesség* (a környezeti történések differenciált észlelése és elrendezése), a *források kezelésének képessége* (források felderítése és adekvát felhasználása) és az *értelmesség* (az élet értelmének érzése és értelemte li célok megtalálása) (Oláh, 2005).

E három faktor mentén mér a 13 íte met tartalmazó Koherencia Érzék Skála (SOC, *Sense of Coherence Scale*; Antonovsky, 1993), mely a kitöltő véleményét 1-7 pontig terjedő értékelésben kéri. A belső konzisztenciája 127 tanulmány eredményei alapján megfelelő: a Cronbach alfa értéke 0,70 és 0,92 közötti volt. A teszt-reteszt mérés egy 1 éves idői intervallumban $r=0,69$ és $0,78$ közötti (Eriksson és Lindström, 2005).

Tudatos Jelenlét Skála (MAAS; Brown és Ryan, 2003)

A tudatos jelenlét koncepciója régi múltra nyúlik vissza, több mint 2500 éve jegyzik. A tudatos jelenlét a nyitott vagy receptív tudatosság állapota, amikor a figyelem a jelen élményeibe vonódik be. A konstruktum diszpozicionális jellemzőként való operacionálizálását adja a Tudatos Jelenlét Skála (MAAS, *Mindfulness Attention Awareness Scale*; Brown és Ryan, 2003), mely egy 15 ítemes önkitöltős mérőeszköz, ahol a válaszok egyetlen skálába rendeződnek. A skála validálását egyetemista, felnőtt és daganatos beteg mintán végezték a szerzők. A Cronbach alfa valamennyi mintán 0,8 feletti értéket vett fel, valamint a skála erősen korrelált a jóllét számos indikátorával (Brown és Ryan, 2003; Carlson és Brown, 2005).

Eredmények

A szexuális funkciók és zavarok lelki jólléttel való kapcsolatának vizsgálatára először egy komplex, több dimenziót magába foglaló mutatót készítettem. A főkomponens elemzésbe az alábbi skálák kerültek be:

- *Élettel Való Elégedettség Skála;*
- *PANAS Pozitív Affektivitás Skála;*
- *PANAS Negatív Affektivitás Skála;*
- *Tudatos Jelenlét Skála;*
- *Koherencia Érzék Skála.*

Az egyes komponens súlyokat mutatja a 26. táblázat. E skálák varianciájának 50,69%-át egy főkomponensbe lehetett sűríteni úgy, hogy minden skála súlya meghaladta a 0,6-ot.

	Komponens súlya
SOC Koherencia érzék	0.87
PANAS Negatív skála	-0.738
Élettel való elégedettség	0.675
Tudatos jelenlét	0.635
PANAS Pozitív skála	0.612

26. táblázat. A főkomponens analízisbe bevont öt skála komponens súlyai

A következő lépésben egy korrelációs mátrixszal vizsgáltam a szexuális funkciókat mérő skálák kapcsolatát az összesített jóllét mutatóval, valamint külön-külön is az egyesítés előtti öt skálával.

Mivel így egy nagy (228 korrelációt magába foglaló) mátrix keletkezett, az eredményeket Bonferroni módszerrel korrigáltam, s a következő, 27. táblázatban csak azon cellákat (korrelációkat) mutatom be színes háttérrel, amelyeknél a Bonferroni módszer után is szignifikáns együttjárást kaptam.

	Jóllét Főkomponens	Élettel való elégedettség	PANAS Pozitív	PANAS Negatív	Tudatos jelenlét	SOC Koherencia érzék
FSFI	.174**	.199**	.080*	-.137**	.152**	.178**
1-2. Szexuális vágy	0.087	.091*	.124**	-0.03	0.075	0.038
3-10. Szexuális izgalom	.136**	.179**	0.06	-.114**	.128**	.157**
11-13. Orgazmus (zavarok: női orgazmus zavar)	.189**	.165**	.088*	-.154**	.169**	.195**
14-16. Szexuális élettel való általános elégedettség	.173**	.226**	0.051	-.145**	.134**	.188**
17-20. Fájdalom zavar (diszpareunia) - pontosabban itt: a fájdalom hiánya	.157**	.183**	0.055	-.126**	.127**	.150**
IIEF	.396**	.321**	.409**	-.283**	-0.018	.312**
1-5. Szexuális izgalom (elmaradása: férfi erekciós zavar)	.329**	.213**	.327**	-.275**	-0.08	.283**
6-8. Élvezet és gyakoriság	.344**	.325**	.373**	-.209*	-0.103	.262**
9-10. Ejakuláció és orgazmus készség	.302**	.189*	.239**	-.214*	0.036	.239**
11-12. Szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	.287**	.254**	.392**	-.210*	0.04	.206*
13-15. Szexuális élettel való általános elégedettség	.386**	.345**	.395**	-.345**	0.013	.320**
16-17. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar - késői vagy hiányzó)	.229*	.208*	.186*	-0.159	0.025	.248**
18-20. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar - korai)	0.137	.203*	.289**	-0.116	0.054	0.09
SADI Pozitív/értékelő skála	.259**	.225**	.228**	-.119**	.078*	.139**
SADI Negatív/averzív skála	-.346**	-.203**	-.140**	.293**	-.260**	-.294**
SADI Fiziológiai skála	.185**	.186**	.167**	-0.032	0.019	.074*
SADI Motivációs skála	-0.033	0.045	.121**	.074*	-.103**	-.089**
SESII Izgalom kiválthatósága	-0.052	0.036	.122**	.056*	-0.027	-.099**
SESII Partner jellemzői és viselkedése	-0.056	.067*	.094**	.051*	-.129**	-.068*
SESII Párkapcsolat fontossága	-0.025	.088**	-.078**	0.029	-0.05	-0.001
SESII Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben	-0.058	0.027	-0.006	.096**	-0.056	-.081*
SESII Gátló kogníciók-zavaró gondolatok	-.329**	-.124**	-.178**	.187**	-.177**	-.295**
SESII Környezet	-0.071	0.036	-.055*	-0.003	-0.058	-0.06
Kognitív séma: Elutasított	-	-.308**	-.281**	.338**	-	-.379**
Kognitív séma: Inkompetens	-	-.265**	-.264**	.390**	-	-.349**
Kognitív séma: Alacsonyabbrendű	-	-.243**	-.258**	.362**	-	-.303**
Kognitív séma: Magányos	-	-.236**	-.141*	.283**	-	-.312**
Kognitív séma: Magatehetetlen	-	-.218**	-.264**	.356**	-	-.291**
Férfi tévhit - szexuális konzervativizmus	-	0.082	-0.147	0.061	-	-0.247
Férfi tévhit - női szexuális erő	-	-.334*	-0.254	0.201	-	-.289*
Férfi tévhit - macho hiedelem	-	-0.236	-0.159	0.103	-	-0.089

Férfi tévhit - női elégedettségről	-	-0.172	-0.165	0.182	-	-0.178
Férfi tévhit - korlátozó sex	-	0.019	-0.093	-0.106	-	-0.102
Férfi tévhit - sex, mint férfi hatalmi eszköz	-	-0.099	-0.258	0.091	-	-0.215
Női tévhit - szexuális konzervativizmus	-	0.038	-.139*	0.11	-	-0.065
Női tévhit - szexuális vágglyal kapcsolatos	-	0.063	-0.116	0.068	-	-0.065
Női tévhit - korral kapcsolatos	-	0.064	-.195**	0.1	-	-.194**
Női tévhit - testképpel kapcsolatos	-	0.031	-0.125	0.102	-	-0.104
Női tévhit - érzelmenélkülséggel kapcsolatos	-	-0.113	-0.057	0.017	-	-0.111
Női tévhit - anyasággal kapcsolatos	-	0.073	-0.029	0.106	-	-0.095
Szexuális Énséma női 1.: Szenvedélyes romantikus érzelmek	-	-	.394**	-.140**	-	-
Szexuális Énséma női 2.: Szexuális tapasztalatokra való viselkedés nyitottság	-	-	.373**	-.130*	-	-
Szexuális Énséma női 3.: Szégyenérzet, zavar, konzervativizmus	-	-	-.322**	.289**	-	-
Szexuális Énséma NŐI	-	-	.469**	-.250**	-	-
Szexuális Énséma férfi 1.: Szenvedélyes szerelmes	-	-	.242*	-0.053	-	-
Szexuális Énséma férfi 2.: Erős agresszív	-	-	.487**	-.259*	-	-
Szexuális Énséma férfi 3.: Nyitott liberális	-	-	0.146	-0.203	-	-
Szexuális énséma FÉRFI	-	-	.410**	-.249*	-	-

27. táblázat. A szexuális funkciókat mérő skálák összefüggései a jóllét különböző indikátoraival és mutatóival

(A szignifikancia szintek jelölése: * p<0.05; ** p<0.01)

A jóllét főkomponens a női szexuális működés dimenziói közül egyedül az orgazmus készséggel mutatott a Bonferroni korrekció után is szignifikáns, azonban gyenge kapcsolatot ($p<0,01$; $r=0,19$). A férfi funkcionálás összesített mutatója viszont már közepes szintű korrelációt adott az összevont mutatóval ($p<0,01$; $r=0,40$), s a férfi szexuális életével való általános elégedettsége is ($p<0,01$; $r=0,39$). A többi szexualitást mérő skála közül a SADI a motivációs komponensét leszámítva a másik három skála erősen szignifikáns viszonyt mutatott ($p<0,01$), viszont legalább közepes erősségűt egyedül a negatív/averzív faktor ($r=-0,35$). Hasonlóképpen, a SESII esetében is egyedül a negatív pólus, a gátló kongníción/zavaró gondolatok hozott szignifikáns, s közepesen erős korrelációt ($p<0,01$; $r=0,33$). (A kognitív skálák esetében az összevont mutató nem lett alkalmazható, mivel egy vagy több benne szereplő mérőeszköz nem lett velük egyidejűleg felvéve.) Az Élettel Való Elégedettség Skálának a női szexuális funkciókkal való összefüggése a szexuális vágy kivételével valamennyi skála esetében gyenge korrelációt ($r=0,16-0,23$), de erősen szignifikáns viszont adott ($p<0,01$). A férfi szexuális működéssel való kapcsolat valamelyest erősebb korrelációt jelzett több területen is: az összesített funkcionálás mutató ($p<0,01$; $r=0,32$), az élvezet és gyakoriság dimenzió ($p<0,01$;

$r=0,33$), valamint a szexuális élettel való általános elégedettség ($p<0,01$; $r=0,34$). A szexuális élettel való általános elégedettség egyben – a tudatos jelenlétet leszámítva – valamennyi vizsgált mutatóval erősen szignifikáns, közepes szintű kapcsolatot mutatott ($p<0,01$; $r=0,32-0,39$). Hasonlóképp a SADI Negatív/averzív skálája is mindenhol szignifikáns viszonyt jelzett, legerősebben a PANAS Negatívval ($P<0,01$; $r=0,29$).

Ugyanígy a SESII Gátló kogníciók, de az a SOC-al mutatta a legmagasabb (negatív) együttjárást ($p<0,01$; $r=0,29$). A kognitív sémák egy híján (a Magányos séma a PANAS pozitívval) valamennyi aspektusa erős szignifikáns összefüggést mutat a jóllét és a koherencia érzék mutatóival ($p<0,01$; $r=0,22-0,39$). A tévhitek esetében viszont egyetlen szignifikáns eredményt sem kaptam. Ám a női szexuális énséma minden skálája 0,3-0,4 közötti korrelációt mutat a PANAS Pozitívval – az összesített skála $r=0,47$ -et ($p<0,01$) – a férfi összesített skála $r=0,41$ -et ($p<0,01$), benne az Erős-agresszív dimenzió $r=0,49$ -et ($p<0,01$).

A következőkben regresszioelemzéssel (stepwise) néztem meg, hogy a szexuális funkciók (FSFI, IIEF), a szexuális arousal (SADI) és a szexuális izgathatóság skálái (SESII) milyen mértékben képesek bejósolni az összesített jóllét mutatót. (Itt azokat a szexuális skálákat nem vettem be az elemzésbe, amelyek nem kerültek egyidőben felvételre valamennyi lelki jóllét skálával, s ezért az összesített jóllét mutatóval sem értelmezhető a kapcsolatuk).

A következő, 28. táblázat a nők eredményeit mutatja. A táblázatban szereplő változók együttesen a lelki jóllét mutató varianciájának 23%-át magyarázzák.

	Nem standardizált együtttható		Standardizált együtttható	t	Szign.
	B	Standard hiba	Beta		
Konstans	1.198	0.365		3.283	0.001
SADI Negatív/averzív skála	-0.318	0.075	-0.212	-4.264	0
SESII Gátló kogníciók	-0.429	0.079	-0.258	-5.459	0
SESII Izgalom kiválthatósága	-0.294	0.084	-0.176	-3.507	0.001
SADI Fiziológiai skála	0.401	0.092	0.264	4.355	0
SADI Motivációs skála	-0.229	0.084	-0.16	-2.743	0.006

28. táblázat. Az összesített jóllét együttthatóval szignifikáns kapcsolatot mutató változók a regresszioanalízis eredményei szerint a női mintán

Nők esetében a lelki jólléttel szignifikánsan negatív összefüggést mutat a SADI Negatív/averzív skálája, a SESII Gátló kogníciók-zavaró gondolatok, a SESII Izgalom kiválthatósága, s a SADI Motivációs skála; valamint pozitív kapcsolatot a SADI Fiziológiai skálája. Mindezen változók együttesen a lelki jóllét varianciájának 23%-át magyarázzák.

A 29. táblázat a férfiak eredményeit mutatja. A táblázatban szereplő változók együttesen a lelki jóllét mutató varianciájának 31,5%-át magyarázzák.

	Nem standar- dizált együtttható		Standardizált együtttható	t	Szign.
	B	Standard hiba	Beta		
Konstans	-0.587	0.742		-0.791	0.431
SESII Gátló kogníciók	-0.73	0.166	-0.41	-4.391	0
SADI Pozí- tív/értékelő skála	0.521	0.161	0.302	3.239	0.002

29. táblázat. Az összesített jóllét együttthatóval szignifikáns kapcsolatot mutató változók a regresszióanalízis eredményei szerint a férfi mintán

Férfiaknál a lelki jólléttel tehát szignifikáns negatív összefüggés tárult fel a SESII Gátló kogníciók-zavaró gondolatok skálájával, s pozitív kapcsolat a SADI Pozitív/értékelő skála esetében – s e két változó a variancia 31,5%-át magyarázza.

Diszkusszió

A szexualitás életünk – és párkapcsolatunk – fontos része. Így az e téren jelentkező zavarok kihatnak hangulatunkra, szubjektív elégedettségünkre, boldogságszintünkre. Ugyanígy, a képlet fordítva is igaz: életminőségünk, jóllétünk, mentális egészségünk meghatározza szexuális reagáló készségünket is.

Ezért az *első hipotézis* feltételezése, hogy a szexuális funkcionálás mind a férfiak, mind a nők esetében erős kapcsolatot mutat a jóllét mutatóival. Nőknél az *összesített szexuális működés* (FSFI, amelybe az erotikus reagálás minden aspektusa beletartozik) az *élettel való elégedettséggel*, a *tudatos jelenléttel* és a *koherencia érzéssel* mutat szignifikáns, de gyenge kapcsolatot. A jóllét összevont mutatójával nőknél egyedül az orgazmus megléte korrelál pozitívan, míg a *negatív érzelmekkel* az *orgazmus hiánya* és a szexuális élettel való általános elégedetlenség függ össze. A tudatos jelenlét szintén az orgazmus meglétével korrelál – nem véletlenül tartják sokan a női orgazmus zavarok aktuálisan legjobb terápiájának. Végül nőknél az *élettel való elégedettség* és a *koherencia érzék* – a szexuális vágy szintjét leszámítva – a *szexuális reagálás* valamennyi komponensével pozitív viszonyba áll. A vágy minkét nem esetében egy érdekes fenomén, mivel általánosságban inkább a másik (a szexualitásban visszautasított) félnél jelenik meg frusztráció és probléma formájában.

A férfiaknál az összesített szexuális funkcionálás (IIEF) a jóllét összevont mutatójával, az élettel való elégedettséggel, a pozitív érzelmekkel és a koherencia érzéssel is erősen szignifikáns, közel közepes erősségű korrelációt ad. Az *élettel való elégedettség* az élvezet és gyakoriság dimenziójával függ össze a férfi szexualitásnak, míg a *szexuális élettel való általános elégedettség* szinte valamennyi jóllét mutatóval (a tudatos jelenlét kivételével) kicsi-közepes erejű kapcsolatot mutat. A férfi vágy, a szexuális izgalom, a szexualitással való elégedettség erősen szignifikáns, közepes kapcsolata a *pozitív érzelmekkel* a következő elgondolás alapján nem meglepő. Lévéen, a szexuális és az emocionális arousal állapota is a vegetatív idegrendszer aktivációjával áll kapcsolatban, ezért több kutató korábban a szexuális arousalt pozitív érzelmeként határozta meg, azon megfontolás alapján is, hogy számos kritérium mentén megfelel annak, így például energizál, jutalmaz, stb. (Rowland, 2006).

Továbbá, a negatív tényezőket is számításba véve: a jóllét összevont mutatója mindkét nem esetében a szexualitást akadályozó, *averzív/negatív* komponensekkel erősen szignifikáns negatív kapcsolatban áll.

A *második hipotézis* arra vonatkozott, hogy férfiak esetében a szexuális élettel való elégedettség még nagyobb szerepet játszik (erősebb összefüggést mutat) az „általános jólléttel” – mind az összesített, mind pedig az egyesével vizsgált mutatókkal –, mint nőknél. A *férfi szexuális funkcionálás* enyhén és közepesen erős, szignifikáns kapcsolatban áll a *jóllét főkomponenssel*, az *élettel való elégedettséggel*, a *pozitív érzelmekkel* és a *koherencia érzékkel*, míg nőknél csak az élettel való elégedettséggel, a tudatos jelenléttel és a koherencia érzékkel mutat gyenge összefüggést. Hasonló mintázat figyelhető meg a szexuális élettel való általános elégedettség terén, csak itt férfiak esetében még a negatív érzelmekkel is megjelenik egy negatív kapcsolat, míg nőknél a tudatos jelenlét helyett van ugyanez a negatív kapcsolat, csak gyengébb korrelációval.

A *harmadik hipotézis* a *szexuális helyzetben megjelenő zavaró gondolatok* hatását nézte a jóllét mutatóira, s a *kognitív sémák* (pl. inkompetens, elutasított) valamennyi mért jólléti változóval erősen szignifikáns, a várt irányú összefüggést mutat (egyedül a magányos séma és a pozitív érzelmek szignifikanciája veszett el a Bonferroni korrekció után). Ezzel szemben a *tévhit*ek esetében egyetlen szignifikáns kapcsolat sincs – ami érthető is, hisz hatása közvetve jelentkezik a nemi életre gyakorolt szerepe folytán, de önmagában, vagy direkt módon a személy jóllétét nem befolyásolja.

A tudatos jelenletre, mint a szexuális működés fontos prediktorára vonatkozott a *negyedik hipotézis*, amely csak részben teljesült. Jelent meg szignifikáns, de meglehetősen gyenge kapcsolat nők esetében a szexuális működés viszonyában általánosságban, illetve az orgazmus készséggel összefüggésben is, emellett a szex negatív/averzív megelégedésével is egy enyhe negatív korreláció, azonban épp a *gátló kogníciók terén* – ahol a leginkább elvárt lenne a kapcsolat a tudat jelenben tartása folytán – szignifikáns, de igen gyenge negatív korrelációt ($r=-0,177$) kaptam csupán.

Az *ötödik hipotézis* a szexuális énséma hatását érintette a jóllétre. Sajnálatos módon a mérőeszköz csupán a szubjektív jóllét mutatóival lett egyidőben felvéve, ám így is születtek fontos eredmények. A *szexuális énséma* összességében mind a férfi, mind a női minta esetében erősen szignifikáns, pozitív kapcsolatot jelzett a *pozitív érzelmekkel*, s nőknél a negatív aspektussal is a várt irányú összefüggést mutatta. Az egyes énséma összetevőket véve viszont, míg *nőknél mindhárom skála* esetében összefüggés jelent meg a *pozitív affektív* aspektussal, addig *férfiaknál csak az erős-aggresszív sémával* – igaz, itt a teljes vizsgálati blokk legmagasabb szignifikáns korrelációja ($r=0,469$) jelentkezett. Érdekes, hogy ez a sztereotip férfi szerep mennyire pozitív érzelmi-hangulati viszonyt indukál – nem véletlen, hogy a pornófilmek is leginkább ezt a sémát erősítik meg, azonosulási (vikariáló) modellt kínálva a férfi szereplőkkel.

A szubjektív jóllét mintájára fogalmazták meg Oberg és munkatársai (2002) a *szubjektív szexuális jóllétet* a személy kognitív és érzelmi értékeléseként saját szexualitásáról. Laumann és munkatársai (2006) ebből kiindulva számos változót bevontak (pl. általános boldogságszint), s klaszteranalízissel a szexuális jóllét négy aspektusát azonosították: a szexuális kapcsolattal való érzelmi és fizikai elégedettséget, a szexuális egészséggel vagy funkcionálással való elégedettséget, és a szexualitás jelentőségét a személy életében.

Regresszióanalízissel az összesített jóllét mutatót téve függő változónak két kérdésre kaphatunk választ: hogy mely szexuálpszichológiai változóknak van szignifikáns magyarázó ereje a különböző nemek esetében, valamint, hogy ezek a személy jóllétében

mekkora szerepet töltenek be. Nőknél a lelki jólléttel szignifikáns negatív összefüggést mutat a szexualitás negatív/averzív aspektusa, a gátló és zavaró gondolatok, meglepő módon az izgalom kiválthatósága, valamint a motiváció. Ez utóbbi két tényező megjelenése vélhetően úgy magyarázható, hogy a gyors izgalomba jövetel és az erős drive szexuális levezetés nélkül inkább feszültséget okoz, s e szempontból épp ellentéte a vágy hiányának, ami konkrét, negatív testi szenzációval nem jár, viszont diszfunkció. Nőknél pozitív bejósolója a jóllétnek a szexualitás fiziológiai megélése, s mindezen változók együttléve a jóllét varianciájának 23%-át magyarázzák. Férfiak esetében a negatív aspektust szintén a gátló-zavaró gondolatok jelentik, míg a pozitív bejósoló a szexualitás pozitívan értékelő oldala – s e két változó együtt a variancia 31,5%-át magyarázza.

Korlátok és kitekintés

Jelen vizsgálat egyik legszembeötlőbb, s fontos hibája, hogy a mentális jóllétet mérő változók közül több nem lett az összes szexuálpszichológiai teszttel szimultán felvéve, ezért kapcsolatuk nem vizsgálható. Továbbá, a szubjektív szexuális jóllét Laumann és munkatársai (2006) által végzett vizsgálatát érdekes lenne magyar mintán is elvégezni.

Összegzés

Összességében véleményem szerint kijelenthető, hogy a szexuális elégedettség szerepe a jóllétben – a külföldi tanulmányokkal konvergálva – magyar mintán is megerősítést nyert.

5. VIZSGÁLAT

Mediációs elemzések: a szorongó kötődésnek és az extraverzióknak a női és férfi szexuális működésen keresztül érvényesülő hatása a jóllétre

A 3. vizsgálat regresszióelemzésének eredménye szerint a női szexuális működés leg-erősebb prediktora a szorongó kötődés, a férfiaknál pedig az extraverzió. A 4. vizsgálat a szexualitás jelentőségét erősítette meg mindkét nem esetében a személy jólléte szempontjából. Kérdés, hogy a szorongó kötődés és az extraverzió vonás önmagában nem elegendő-e az egyén jóllétének meghatározásában, illetve megfordítva a kérdésfeltevést: mekkora szerepe van e két konstruktumnak a szexualitásra kifejtett hatásán keresztül a jóllétre. Így elképzelhető, hogy nagyrészt a szexuális működésre gyakorolt hatásuk révén játszanak szerepet az élettel való elégedettség, érzelmek.

Pár mondatban a mediációs elemzésekről. A mediátor „olyan generatív mechanizmust képvisel, amelyen keresztül a fokális független változó hatni tud a függő változóra” (Baron és Kenny, 1986, 1173. o.). A mediátor változó specifikálja *ahogyan* (vagy a mechanizmust, *ami által*) az adott hatás létrejön (Holmbeck, 1997).

Gyakran úgy konceptualizálják, mint olyan mechanizmust, amin keresztül az egyik változó (a prediktor) hatást gyakorol egy másik változóra (kritérium). A mediátor modell szükségszerűen kauzális természetű (Rose és mtai, 2004).

Általánosságban akkor mondjuk azt, hogy adott változó mediátor funkciót tölt be, ha a prediktor és kritérium közötti kapcsolatban kimutatható (mérhető) szerepe van. Amíg a moderátor változók specifikálják, hogy *mikor* áll fenn adott hatás, addig a mediátorok

azt, hogy *hogyan* és *miért pont* az jön létre (Baron és Kenny, 1986). A közvetítő változó kontrollálása mellett a hatás csökkenése a mediátor potenciálját mutatja és bizonyítja. A pszichológiában ez ritkán változik 0-ra – ami egyetlen egy domináns közvetítő változót jelentene (Holmbeck, 1997). Inkább egy kontinuum mentén helyezhető el, ahol a 0-tól való eltérés olyan közvetítő hatásra utal, amelynek hiánya (kontrollálása) szignifikánsan csökkenti – semmint eliminálja – a kapcsolatot a függő és független változó között (Baron és Kenny, 1986).

Hipotézisek:

1. A szexuális működés nők esetében szignifikáns közvetítő változó a szorongó kötődés és a jóllét kapcsolatában.
2. A szexuális működés férfiak esetében szignifikáns közvetítő változó az extraverzió vonás és a jóllét kapcsolatában.

Módszertan

Vizsgálati személyek és eljárás

Az 1. vizsgálat egyetemista mintája, valamint az ott leírt adatfelvételi eljárás vonatkozik erre az empirikus részre is. A felvett mérőeszközök reliabilitási mutatóit tartalmazza a 39. melléklet az érvényes mintaelemszámok mellett.

Mérőeszközök

A szexuális funkcionálás mérése – mediátor változók

A szexuális funkcionálás mérése a Női Szexuális Funkció Index (FFSI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000) és a Nemzetközi Erektilis Funkció Index (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997) által történt.

A jóllét mérésére – függő változó

A jóllét mérésére a Pozitív és Negatív Affektivitás Skálával (PANAS, *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson és mtsai, 1988) és az Élettel Való Elégedettség Skálával (SWLS, *Life Satisfaction*; Diener és mtsai, 1985) történt.

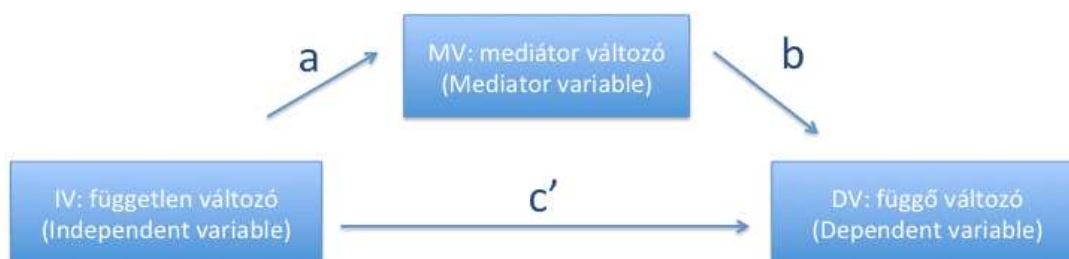
Független változók

Prediktor változóként a Felnőtt Kötődési Stílus Kérdőív Szorongás alskálája (RAAS, *Revised Adult Attachment Scale*; Collins, 1996) és a Big Five Leltár Extraverzió dimenziója (BFI, *Big Five Inventory*; John és Srivastava, 1999) lett bevonva az elemzésbe.

Eredmények

A következőkben olyan mediátor elemzések kerülnek bemutatásra, ahol két változó kapcsolatának magyarázatában egy harmadik, közvetítő változó szignifikáns szerepet játszik (29. ábra). A közvetítő változó jelen vizsgálatban mind a férfiaknál, mind pedig

a nőknél a szexuális működés, a független változó a szorongó kötődés, illetve az extra-verzió vonás, míg a függő változó mindkét nem esetében a jóllét kognitív és érzelmi aspektusa. A mediátor elemzés eredményeit a 30. táblázat tartalmazza.



29. ábra. A mediátor elemzés sematikus rajza

Független változó	Mediátor változó	Függő változó	IV hatása MV-re	MV hatása DV-re	Direkt hatás	Indirekt (mediátor) hatás	Teljes hatás
IV	MV	DV	a	b	c'	a x b	c
Szorongó kötődés	Szexfunkció (női)	Élettel való elégedettség	-0.2828**	0.2567**	-0.1693*	-0.0726 (-0.1385; - 0.0293)	-0.2419**
Szorongó kötődés	Szexfunkció (női)	Pozitív érzelmek	-0.2828**	0.0462	-0.1519*	-0.0131 (-0.0635; 0.0264)	-0.1649*
Szorongó kötődés	Szexfunkció (női)	Negatív érzelmek	-0.2828**	-0.0525	0.3283**	0.0148 (-0.0245; 0.0593)	0.3431**
Extra-verzió	Szexfunkció (férfi)	Élettel való elégedettség	0.4328**	0.2210*	0.2640*	0.0956 (0.0106; 0.2124)	0.3597**
Extra-verzió	Szexfunkció (férfi)	Pozitív érzelmek	0.4448**	0.2118*	0.5406**	0.0942 (0.0287; 0.1805)	0.6348**
Extra verzió	Szexfunkció (férfi)	Negatív érzelmek	0.4448**	-0.1572	-0.3263**	-0.0699 (-0.2526; 0.0363)	-0.3962**

30. táblázat. A mediátor elemzés eredményeként kapott szignifikáns kapcsolatokat jelzi vastag, piros színnel az ábra

(A szignifikancia szintek jelölése: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$)

A szignifikáns mediátor hatások a 30. táblázatban piros színnel kiemelve láthatóak: a szexfunkcióknak nők esetében a szorongó kötődés és az élettel való elégedettség kapcsolatában ($p < 0,01$; $r = 0,26$), férfiaknál a szexuális működésnek az extra-verzió és az élettel való elégedettség ($p < 0,05$; $r = 0,22$), valamint a pozitív érzelmek ($p < 0,05$; $r = 0,21$) viszonyában vizsgálva.

Diszkusszió

A korábbi, 3. vizsgálati eredményt megerősítve a mediátor elemzés is igazolta, hogy a szexuális működés nők esetében szignifikáns közvetítő változó a szorongó kötődés és a jóllét kapcsolatában, valamint férfiaknál az extra-verzió vonás és a jóllét érzelmi és kognitív aspektusának viszonyában.

6. VIZSGÁLAT

A szerelem két típusának kapcsolatvizsgálata a szexuális funkciókkal nők és férfiak mintáján

Szerelem és szexualitás kapcsolatához a különböző elméleti irányzatok másképp közelítenek (pl. evolúciós perspektíva, filozófiai gyökerek, biológiai elméletek), azonban e két fenomén egymást felerősítő hatását kevesen vitatják.

A legnagyobb teoretikus műltra a szenvedély- és a társszerelem megkülönböztetés tekinthet vissza (pl. Hatfield és Rapson; 1993; Regan, 2006), ahol a szenvedélyes szerelmet nagyrészt épp a testi vágyak dominanciája révén definiálják (pl. Berscheid és Walster, 1978).

Tudományos perspektívából szemlélve az összefüggést, szexuálisan serkentő pszichológiai faktorként tarthatjuk számon a szerelmet (Kaplan, 1995), így a szerelem egyes típusai a szexuális élet különböző aspektusaira is másképp hathatnak.

A fiziológiai mérések eredményei szerint mindkét nemnél nagyobb érzelmi és fizikai intenzitás megélését eredményezi a szexualításban a szenvedélyes szerelem élménye – erősebb szenzoros érzékszervi és emocionális bevonódást nyújtva (Graziottin, 2004).

A női szexualitás kurrens multidimenzionális modelljei olyan pszichoszociális faktorok implicit hatásának, mint amilyen a szerelem élménye egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a női orgazmus megélésének szempontjából is. Neurális hátterét tekintve pedig elsősorban az *anterior inzula* játszhat szerepet a testi és lelki szenzációk közvetítésében, összekapcsolásában (Ortigue, Grafton és Bianchi-Demicheli, 2007).

Hipotézisek:

1. A szenvedélyes szerelem a szexuális funkciókra pozitívan hat, így *több aspektusával* (pl. vágy, szubjektív élmény, élvezeti dimenzió) mutat összefüggést, mint a társszerelem.
2. A szenvedélyes szerelem a szexuális funkciókra pozitívan hat, így *erősebb kapcsolatban* áll több aspektusával is, mint a társszerelem.

Módszertan

Vizsgálati személyek és eljárás

A két szerelemre vonatkozó itemet 202 nő és 69 férfi válaszolta meg (egy egyetemi szemeszter alatt került csupán be a tesztbattériába) – ez limitációt jelent a többi tesztrel való kapcsolatvizsgálatára. Az adatfelvételi eljárás az *1. vizsgálatban* leírtakkal megegyező, az egy-egy itemes szerelemteszt kivételével a többi használt mérőeszköz pszichometriai mutatói a *39. mellékletben* találhatóak.

Mérőeszközök

A szexuális funkcionálás mérése

A szexuális funkciók mérése a Szexuális Izgalom és Vágy Leltárt (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*; Toledano és Pfaus, 2006); a Női Szexuális Funkció Indexet (FFSI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000); a Nemzetközi

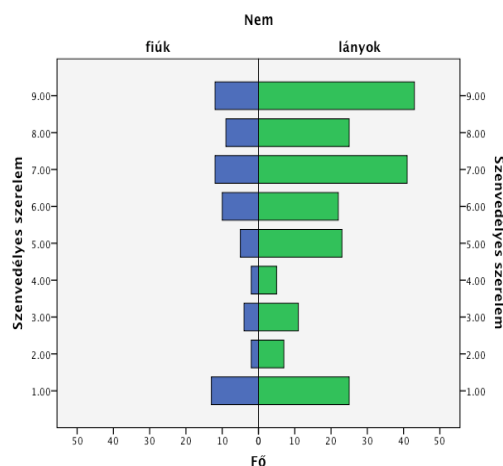
Erektilis Funkció Indexet (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997), valamint a Szexuális Izgalom és Gátlás Leltárt (SESII-W/M; Milhausen és mtsai, 2009) használtam.

A szenvedélyes és társszerelem mérése

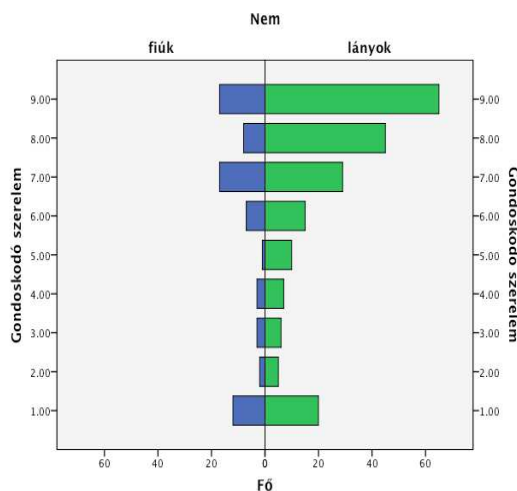
Regan (2006) összefoglaló tanulmányában a szerelem különböző elméleteit, taxonómiáit és mérési módszertanát tekinti át. Itt ajánlja és sorolja fel az egy itemes méréseket, mint könnyű és viszonylag pontos mérőeszközöket. Ezek közül két kérdést és az általa megadott pontozást választottam ki a vizsgálat céljára, ahol az instrukció egyszerűen így szól: Kérjük, ítélje meg 1-től 9-ig, mennyire jellemző Önre! Majd a két kérdés, és a hozzá tartozó pontszámok következnek 1-től (egyáltalán nem) 9-ig (nagy mértékben): 1. *Mennyire érez mostanában szenvedélyes szerelmet a partnere iránt?* 2. *Mennyire érez gondoskodó, gyengéd szerelmet a partnere iránt?*

Eredmények

A két szerelemre vonatkozó item esetében a válaszok eloszlását mutatja a következő két grafikon (30-31. ábra).



30. ábra. A szenvedélyes szerelem eloszlása a 9 pontos válaszok mentén a két nem esetében



31. ábra. A társszerelem eloszlása a 9 pontos válaszok mentén a két nem esetében

Amint a 30-31-es ábrán látható, a változók eloszlása nem normáeloszlású, így a szerelem tételeknek a szexualitásra vonatkozó skálákkal való kapcsolatát a Kendall-tau értékekkel mértem. Az eredményeket Bonferroni módszerrel korrigáltam, s a következő táblázatban a korrekció után is szignifikáns értékek színes háttérrel vannak jelölve (31. táblázat).

	NŐK	NŐK		FÉRFIAK	FÉRFIAK
	Szenvedélyes szerelem	Társ-szerelem		Szenvedélyes szerelem	Társ-szerelem
FSFI	0.400**	0.374**	IEEF	0.636**	0.561**
1-2. Szexuális vágy	0.246**	0.166**	1-5. Szexuális izgalom	0.474**	0.422**
3-10. Szexuális izgalom	0.350**	0.343**	6-8. Élvezet és gyakoriság	0.787**	0.718**
11-13. Orgazmus	0.299**	0.315**	9-10. Ejakuláció és orgazmus készség	0.545**	0.540**
14-16. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív)	0.442**	0.425**	11-12. Szexuális vágy	0.525**	0.450**
17-20. Fájdalom hiánya	0.288**	0.334**	13-15. Szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív)	0.629**	0.533**
			16-17. Orgazmus (zavarok hiánya: férfi orgazmus zavar - késői vagy hiányzó)	0.400**	0.396**
			18-20. Orgazmus (zavarok hiánya: férfi orgazmus zavar - korai)	0.399**	0.400**
SADI Pozitív/értékelő	0.191**	0.141*	SADI Pozitív/értékelő	0.310**	0.226*
SADI Negatív/averzív	-0.158**	-0.204**	SADI Negatív/averzív	-0.086	0.04
SADI Fiziológiai	0.184**	0.134*	SADI Fiziológiai	0.262*	0.243*
SADI Motivációs	0.058	0.01	SADI Motivációs	0.232*	0.251*
SESII Izgalom kiválthatósága	0.056	0.034	SESII Izgalom kiválthatósága	-0.012	0.014
SESII Partner jellemzői és viselkedése	-0.023	-0.033	SESII Partner jellemzői és viselkedése	0.1	0.093
SESII Párkapcsolat fontossága	0.166**	0.113*	SESII Párkapcsolat fontossága	0.12	0.159
SESII Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben	-0.102	-0.095	SESII Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben	-0.038	-0.072
SESII Gátló kogníciók-zavaró gondolatok	-0.087	-0.046	SESII Gátló kogníciók-zavaró gondolatok	-0.200*	-0.126
SESII Környezet	-0.016	0.014	SESII Környezet	-0.126	-0.063

31. táblázat. A szerelem itemek és a szexuális funkciók kapcsolatvizsgálata (korrelációs mátrix)

(A szignifikancia szintek jelölése: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$)

A szerelem itemeknek a szexuális funkciókkal való viszonyát elemezve elmondható, hogy mind a férfiak, mind a nők esetében erősen szignifikáns és minimum közepesen magas korrelációt találtam az összesített szexmutatók és a szerelem mindkét fajtája között (nők: $p < 0,01$; $r_{\text{Szenv.}} = 0,40$ és $r_{\text{Társ}} = 0,37$, a férfiaknál: $p < 0,01$; $r_{\text{Szenv.}} = 0,64$ és $r_{\text{Társ}} = 0,56$). A szenvedélyes szerelem mindkét nem esetében több skálával adott erősen szignifikáns összefüggést, mint a társszerelem – ami azonban érdekes, hogy a férfiaknál mindenhol magasabb a korreláció a szex és a szerelem között, mint a nőknél.

A szexuális működés egyes elemeit véve nőknél a szenvedélyes szerelemmel valamilyen mutató erősen szignifikáns alacsony/közepes kapcsolatot mutat ($p < 0,01$; $r = 0,27-0,44$), míg férfiaknál a szexuális izgalmat és az orgazmus zavarait leszámítva – amelyek a Bonferroni korrekció után elvesztették szignifikanciájukat – a többi skála minimum közepes, de inkább magas korrelációt ad ($p < 0,01$; $r = 0,52-0,79$). Külön kiemelendő az Élvezet és gyakoriság skála férfiaknál kapott erős ($r = 0,79$; $p < 0,01$) kapcsolata a szenvedélyes szerelemmel, míg a társszerelem a szexuális vágygal a korrekció után elvesztette szignifikáns hatását. Szintén érdekes, hogy míg a férfiak esetében a szenvedélyes szerelem minden esetben magasabb korrelációt mutat a szexfunkciókkal a társszerelemnél, addig nőknél a jobb orgazmus készség ($r_{\text{Társ}} = 0,31 > r_{\text{Szenv.}} = 0,30$) és a fájdalom hiánya inkább a társszerelemmel függ össze erősebben ($r_{\text{Társ}} = 0,34 > r_{\text{Szenv.}} = 0,29$). A társszerelem egyben a SADI Negatív/averzív skálájával ad kicsi, de szignifikáns negatív összefüggést ($p < 0,01$; $r = -0,20$); a SADI Pozitív és Fiziológiai skálájával pedig a szenvedélyes szerelem ($p < 0,01$; $r = 0,19$ és $r = 0,18$) – míg a Motivációs faktor egyikkel sem. Férfiaknál egyedül a SADI Pozitív/értékelő mutat szignifikáns kapcsolat, igaz mindkét szerelem itemmel ($p < 0,01$; $r_{\text{Szenv.}} = 0,31$ és $r_{\text{Társ}} = 0,23$).

Diszkusszió

Ortigue és munkatársai (2007) női válaszadók esetében a szerelem és az orgazmus szubjektív minősége között találtak kapcsolatot, míg a szerelem intenzitása és a partnerrel megélt orgazmusok gyakorisága között nem. Részben ennek a gondolatmenetén haladva igyekeztem a szexualitás különböző komponenseit is a szerelem dimenziói mentén tovább tagolni.

Az *első hipotézis* feltételezése, hogy a szenvedélyes szerelem a szexuális funkciókra pozitívan hat, így *több aspektusával* (pl. vágy, szubjektív élmény, élvezeti dimenzió) mutat összefüggést, mint a társszerelem. A szenvedélyes versus társszerelem kapcsolata a szexuálpiszichológiai változókkal 8:6 arányban alakult a nők, és 6:5 arányban a férfiak esetében, tehát valóban több területen jelez szignifikáns befolyást a szenvedély a szexualitásra.

A *második hipotézis* a kapcsolat erejére vonatkozott: a szenvedélyes szerelem a szexuális funkciókra pozitívan hat, így *erősebb kapcsolatban* áll több aspektusával is, mint a társszerelem. Férfiaknál szépen teljesült ez a feltételezés: a szexuális funkciók a szenvedélyes szerelemmel erősen szignifikáns ($p < 0,01$), közepes és magas korrelációkat ($r = 0,52-0,79$) adtak, ám nem maradt el tőlük nagyon a társszerelem hatása sem a szexualitásra ($r = 0,53-0,72$). Érdemes azonban kiemelni a férfi szexualitás sajátosságaként, hogy a szexuális izgalom egyik szerelmi típussal sem hozott szignifikáns eredményt a Bonferroni korrekció után, valamint a szexuális vágy a társszerelemmel nem mutat szignifikáns kapcsolatot. Legmagasabb korrelációt a két szerelemdimenzióval az együttlét élvezete és gyakorisága hozta.

Nőknél – meglepő módon – gyengébb kapcsolat mutatkozott a szerelem és szexualitás viszonyában ($r = 0,25-0,44$), továbbá az orgazmus és a fájdalom hiánya esetében a társszerelemmel bizonyult erősebbnek a viszony. E két utóbbi eredmény a női szexualitás sajátosságait emeli ki olyan értelemben, hogy a társszerelemben a bizalom dominál, ami szükséges a nők esetében az önátadáshoz, a kontroll feladásához (orgazmus), illetve a fájdalom hiányához a lubrikáció által.

Korlátok és kitekintés

Jóllehet a szakirodalom szerint e két item jól differenciál az alapvető szerelemdimenziók között, azonban egy árnyaltabban mérő szerelemteszt használata informatívabb lett volna. Későbbi vizsgálatokban feltétlenül tervezem – lévén a szerelem kutatása jelen, alkalmi kapcsolatok irányába eltolódott „hook up” kultúránkban, úgy vélem, esszenciális.

Összegzés

E fejezetet nagyrészt Maslow (1954/1971) gondolatai inspirálták, nevezetesen, hogy meg kell értenünk a szerelem természetét, különben a világ egy elidegenedett helyé válik csupán. E gondolatok napjainkban – *a technika egyre erőteljesebb térhódításában az emberi kapcsolatok rovására* – váltak minden korábbinál aktuálisabbá. S mely humán jelenség vonatkozásában lenne ez indokoltabb, mint a szexualitás.

7. VIZSGÁLAT

A pornófilm nézés gyakoriságának kapcsolata a szexuális funkciókkal, valamint a személyiség más aspektusaival fiatal egyetemisták mintáján

A pornográfia egyre több ember esetében válik életének fontos részévé. A pornóoldalak látogatottsága hihetetlen gyorsan és radikálisan megnőtt. Jóllehet, mindig is magas volt az érdeklődés az ilyen tartalmak iránt (lapok, képek, írások, filmek, stb.), azonban a mostani robbanásszerű növekedésnek a következményei az élet minden területén éreztetik hatásukat (média, nemek kapcsolata, szexualitás, divatirányzat, zene, tánc, öltözködés, stb.) (Attwood és Smith, 2014). A jövőt tekintve pedig azért is kiemelten fontos, lévén informális szexedukációs eszközzé lépett elő a serdülők körében (Albury, 2014). Olyan mértékben tovagyrúzó és sokrétű a hatása, hogy már pro-pornó, anti-pornó és kritikai tanulmányok csoportjai születtek a tudományág területén (Smith és Attwood, 2014), sőt, önálló pszichológiai folyóirat – *Porn Studies* – jött létre a kutatások átláthatósága végett.

A pornófilmek esetében a két fő kutatói kérdés, egyrészt, hogy *milyen hatással van az egyén párkapcsolatára, szexuális működésére, emberi viszonyaira* (pl. internetes pornófüggés), viselkedésére és jóllétére, másrészt pedig, hogy *milyen tényezők hajlamosítanak rá, kiváltképp a kompulzív vá váló esetekben*.

Hipotézisek:

A szexuális funkciókkal való kapcsolat:

1. Nők esetében a szexuális reagálás több területén is pozitív kapcsolatot feltételezek a pornófilmek nézésével, ismeretével;
2. Férfiaknál a gyakoribb pornófogyasztás fordított viszonyban áll a szexuális funkciókkal, kiemelten a szexuális vággal;
3. A gyakoribb pornófogyasztás a párkapcsolati dimenziókkal negatív kapcsolatot mutat;

A kognitív dimenziók szerepe:

1. A gyakori pornófogyasztás számos kognitív sémával (pl. elutasított, inkompetens, alacsonyabbrendű) és tévhitel (pl. macsó hiedelem, korral és testképpel kapcsolatos tévhitek) mutat szignifikáns kapcsolatot mindkét nemnél;
2. Nőknél a szexuális énséma romantikus és konzervatív skálája negatív, míg a szexuális tapasztalatokra való nyitottság pozitív összefüggést ad;
3. Férfiaknál a szenvedélyes-szerelmes negatív, míg az agresszív és nyitott skála pozitív kapcsolatban áll a magasabb pornófilm használattal;

Személyiségfaktorok:

1. Pozitív összefüggést várok több személyiségvonással is, így az agresszivitással, az élménykereséssel, az impulzivitással és a nárcizmus mindkét skálájával, kiváltképp a grandiozitással.

Módszertan

Vizsgálati személyek és eljárás

Az 1. vizsgálat egyetemista mintája, valamint az ott leírt adatfelvételi eljárás vonatkozik erre az empirikus részre is. A felvett mérőeszközök reliabilitási mutatóit tartalmazza a 39. melléklet az érvényes mintaelemszámok mellett.

Mérőeszközök

A szexuális funkcionálás mérése

A szexuális funkciók mérésére a Szexuális Izgalom és Vágy Leltárt (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*; Toledano és Pfaus, 2006); a Női Szexuális Funkció Indexet (FFSI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000); a Nemzetközi Erektilis Funkció Indexet (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997), valamint a Szexuális Izgalom és Gátlás Leltárt (SESII-W/M; Milhausen és mtsai, 2009) használtam.

Az internetes pornóhasználat mérése

A pornófilm nézés gyakoriságát az *ELTE Szexuális Viselkedés Kérdőív* (Marián és Urbán, 2002) egy erre vonatkozó tételével mértem, amely az *Előfordult-e az elmúlt hónapban Önnel, hogy ...* kezdetű kérdés után sorolja fel az alternatívákat, közte: *pornó filmet/videót nézett.*

Ezt a személy egy 1-5-ig terjedő skálán (1: nem fordult elő – 5: sokszor) ítéli meg.

Eredmények

A Bonferroni módszerrel korrigált eredményeket a 32. táblázat tartalmazza.

Spearman RHO	Korreláció: Milyen gyakori- sággal néz pornófilmet?	Szig	Bonferroni	N
FSFI	,096	,009	,852	739
1-2. Szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	,128	,001	,047	738
3-10. Szexuális izgalom (elmaradása: női szexuális készenlét zavara)	,103	,005	,479	737
11-13. Orgazmus (zavarok: női orgazmus zavar)	,083	,025	2,309	737
14-16. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során	,056	,126	11,741	738
17-20. Fájdalom zavar (diszpareunia) - pontosabban itt: a fájdalom hiánya	,076	,041	3,772	732
IIEF	-,064	,449	41,790	144
1-5. Szexuális izgalom (elmaradása: férfi erekciós zavar)	,122	,145	13,524	144
6-8. Élvezet és gyakoriság	-,143	,086	8,041	144
9-10. Ejakuláció és orgazmus készség	-,115	,169	15,677	144
11-12. Szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	-,197	,018	1,661	144
13-15. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során	-,114	,175	16,288	144
16-17. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar - késői vagy hiányzó)	,027	,745	69,307	144
Szexuális funkció	,052	,122	11,346	879
SADI Pozitív/értékelő skála	,024	,472	43,857	875
SADI Negatív/averzív skála	,046	,173	16,097	876
SADI Fiziológiai skála	-,043	,208	19,324	875
SADI Motivációs skála	,128	,000	,013	875
SESII Izgalom kiválthatósága	,213	,000	,000	1318
SESII Partner jellemzői és viselkedése	,004	,886	82,359	1318
SESII Párkapcsolat fontossága	-,325	,000	,000	1318
SESII Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben	-,115	,000	,003	1316
SESII Gátló kogníciók-zavaró gondolatok	-,120	,000	,001	1317
SESII Környezet	-,207	,000	,000	1317
Kognitív séma: elutasított	-,010	,877	81,523	228
Kognitív séma: inkompetens	-,012	,861	80,039	228
Kognitív séma: alacsonyabbrendű	,074	,266	24,765	228
Kognitív séma: magányos	-,007	,915	85,118	228
Kognitív séma: magatehetetlen	-,007	,919	85,438	228
Férfi tévhit - szexuális konzervativizmus	,132	,466	43,312	33
Férfi tévhit - női szexuális erő	,114	,528	49,148	33
Férfi tévhit - macho hiedelem	,222	,214	19,907	33
Férfi tévhit - női elégedettségéről	,083	,647	60,213	33
Férfi tévhit - korlátozó sex	-,103	,568	52,784	33
Férfi tévhit - sex, mint férfi hatalmi eszköz	,079	,661	61,498	33
Női tévhit - szexuális konzervativizmus	-,220	,002	,163	199
Női tévhit - szexuális vágygal kapcsolatos	-,114	,109	10,098	199
Női tévhit - korral kapcsolatos	-,087	,223	20,748	199
Női tévhit - testképpel kapcsolatos	-,004	,953	88,645	199
Női tévhit - érzelem nélküliséggel kapcsolatos	,116	,102	9,515	199
Női tévhit - anyasággal kapcsolatos	-,056	,428	39,811	199
Szexuális énséma NŐI 1.: Szenvedélyes romantikus érzelmek	,106	,046	4,255	353
Szexuális énséma NŐI 2.: Szexuális tapasztalatokra való viselkedéses nyitottság	,093	,081	7,564	353
Szexuális énséma NŐI 3.: Szégyenérzet, zavar, konzervativizmus	-,042	,431	40,051	353

Szexuális énséma NŐI	,108	,042	3,906	353
Szexuális énséma FÉRFI 1.: Szenvedélyes szerelmes	,165	,150	13,950	78
Szexuális énséma FÉRFI 2.: Erős agresszív	,067	,562	52,274	78
Szexuális énséma FÉRFI 3.: Nyitott liberális	,259	,022	2,050	78
Szexuális énséma FÉRFI	,256	,024	2,206	78
AG1 Fizikai agresszió	,248	,000	,000	405
SS1 Kaland és veszélykeresés	,198	,000	,005	407
AC1 Munkakényszer	,089	,074	6,873	407
EX1 Pozitív érzelmek	-,104	,037	3,437	405
NE1 Szorongás	-,049	,329	30,561	402
AG2 Verbális agresszió	,121	,016	1,503	393
SS2 Élménykeresés	,177	,000	,034	403
AC2 Általános aktivitás	,001	,977	90,898	406
EX2 Szociális melegség	-,068	,171	15,927	402
NE2 Depresszió	-,037	,454	42,254	405
AG3 Düh	,125	,012	1,124	400
SS3 Gátolatlanság	,176	,000	,036	403
AC3 Nyughatatlanság	,046	,357	33,162	405
EX3 Exhibicionizmus	,057	,253	23,486	405
NE3 Dependencia	-,136	,006	,589	401
AG4 Ellenségeség	,075	,130	12,087	405
SS4 Unalomtűrés hiánya/ impulzivitás	,145	,004	,330	401
AC4 Munkaenergia	-,024	,632	58,775	406
EX4 Szociabilitás	-,085	,086	7,967	406
NE4 Alacsony önértékelés	-,062	,217	20,190	398
Élménykeresés faktor	,232	,000	,000	388
Aggresszivitás faktor	,196	,000	,012	376
Aktivitás faktor	,031	,535	49,760	396
Neuroticizmus faktor	-,081	,117	10,882	378
Extraverzió faktor	-,073	,152	14,160	390
BFI Extraverzió	-,018	,680	63,244	511
BFI Barátságosság	-,167	,000	,014	511
BFI Lelkiismeretesség	-,037	,406	37,752	511
BFI Érzelmi stabilitás	-,027	,545	50,690	511
BFI Nyitottság	-,030	,504	46,831	511
Élettel való elégedettség	-,049	,148	13,766	881
PANAS pozitív	,049	,102	9,458	1131
PANAS negatív	,021	,473	43,978	1131
SOC 13 Koherencia érzék	-,039	,242	22,467	884
PNI Patológiai Nácizmus	,171	,000	,009	512
PNI Grandiozítás	,175	,000	,007	512
PNI Sérülékenység	,164	,000	,019	512
Kötődés (Függőség)	-,005	,894	83,185	665
Kötődés (Szorongás)	,052	,181	16,841	663
Kötődés (Közelség)	,034	,386	35,866	664

32. táblázat. A Bonferroni korrekció után szignifikáns korrelációk a pornónézés gyakorisága item és a különböző szexuális funkcionálást jelző skálák és személyiségfaktorok között

A Bonferroni korrekció után a női és férfi szexuális funkciók közül egyedül a női szexuális vágy mutat gyenge, pozitív összefüggést a pornónézés gyakoriságával ($p=0,047$; $r=0,13$), vegyes mintán pedig a SADI Motivációs ($p=0,013$; $r=0,13$) és Pozitív skálája ($p<0,01$; $r=0,14$).

A szexuális működésre ható izgalmi és gátló faktorok közül a SESII Izgalom kiválthatósága erősen szignifikáns ($p=0,000$), gyenge pozitív korrelációt mutat a felnőtt filmekkel ($r=0,21$).

A legmagasabb és legerősebben szignifikáns kapcsolatban a pornófilmekkel fordított előjellel a SESII Párkapcsolat fontossága skála áll ($p=0,000$; $r=-0,32$), s szintén negatív a viszony a SESII Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben ($p=0,003$; $r=-0,11$), a Gátló kogníciók ($p=0,001$; $r=-0,12$) és a Környezet ($p=0,000$; $r=-0,20$) faktorokkal.

Sok szignifikáns, de alacsony korreláció született azonban a ZKA-PQ-val (Alternatív Big Five), legmarkánsabb a Fizikai agresszióval ($p=0,000$; $r=0,25$), emellett Kaland és veszélykeresés ($p=0,005$; $r=0,20$), az Élménykeresés ($p=0,034$; $r=0,18$), a Gátolatlanság ($p=0,036$; $r=0,18$) alszállák is szignifikáns eredményt adtak, valamint az összevont skálák esetében is az Élménykeresés ($p=0,000$; $r=0,23$) és az Agresszivitás ($p=0,012$; $r=0,20$) faktorokkal pozitív viszony igazolódott. A BFI esetében egyedül a Barátságossággal ($p=0,014$; $r=0,17$) kaptam egy negatív összefüggést, valamint mindhárom narcizmus faktoral (a két alszállák és az összevont érték esetében is: $p=0,009$; $r_{Össznarc}=0,17$; $p=0,007$; $r_{Grand}=0,17$; $p=0,019$; $r_{Sérül}=0,16$).

Diszkusszió

A pornóhasználatra vonatkozó hipotézisek három főbb kérdéskör mentén lettek megfogalmazva.

A szexuális funkciókkal való kapcsolat:

Az *első hipotézis* arra a – főként feminista álláspontok által hangsúlyozott – feltételezésre alapozódik, miszerint nők esetében a felnőttfilmek segíthetik felismerni a saját vágyakat, s felszabadítani a szexualitást a tiltások, elfojtások alól. Ezért a női szexuális reagálás több területén is pozitív kapcsolatot feltételeztem a pornófilmek nézésével, ismeretével. A Bonferroni korrekció után azonban csupán egyetlen szignifikáns eredmény maradt a női szexuális reagálás terén: a szexuális vágygal mutat a pornóhasználat egy nagyon gyenge, pozitív kapcsolatot. (Emellett az izgalom kiválthatósága a vegyes mintán erősen szignifikáns, enyhe pozitív korrelációt ad.)

Ezzel ellentétben a *második hipotézis* feltételezése, hogy férfiaknál a gyakoribb pornófogyasztás fordított viszonyban áll a szexuális funkciókkal, kiemelten a szexuális vágygal. Ez a szignifikancia a Bonferroni korrekció után eltűnt, így a szexuális vágyra vonatkozó hipotézis nem teljesült, továbbá a többi szexuális funkció esetében sem.

A szexualitás párkapcsolati dimenzióit érinti a *harmadik hipotézis*, miszerint a gyakoribb pornófogyasztás negatív hatással van a kapcsolati intimitásra. Ez a feltételezés mind a párkapcsolat fontosságát, mind pedig a szexuális együttlétben megjelenő párkapcsolati elemeket tekintve igen magas szignifikanciaszinten ($p=0,000$ és $p=0,003$) megerősítést nyert, igaz, alacsony fordított együttjárással. Tehát a pornófilmek promiszkuis forgatókönyvei vitathatatlanul már elég korán (a fiatalok húszas éveinek elején) sem tesztnek jót a párkapcsolati intimitásnak.

A kognitív dimenziók szerepe:

A *negyedik hipotézis* feltételezése, hogy a gyakori pornófogyasztás számos kognitív sémával (pl. elutasított, inkompetens, alacsonyabbrendű) és tévhittel (pl. macsó hiedelem, korral és testképpel kapcsolatos tévhitek) mutat szignifikáns kapcsolatot mindkét

nemnél, nem teljesült. Hasonlóképp, az *ötödik hipotézis*, hogy nőknél a szexuális énséma romantikus és konzervatív skálája negatív, míg a szexuális tapasztalatokra való nyitottság pozitív összefüggést ad. Továbbá, a *hatodik hipotézis* sem, miszerint férfiaknál a szenvedélyes-szerelmes negatív, míg az agresszív és nyitott skála pozitív kapcsolatban áll a magasabb pornófilm használattal.

Személyiségfaktorok:

A *hetedik hipotézis* értelmében pozitív összefüggést vártam több személyiségvonással is, így az agresszivitással, az élménykereséssel, az impulzivitással és a nárcizmus mindkét skálájával, kiváltképp a grandiozitással. Ez a feltételezés megerősítést nyert, igaz, általában magas szignifikanciaszint melletti alacsony korrelációval. Pozitív összefüggés jelent meg a fizikai agresszió, a kaland és veszélykeresés, az élménykeresés, a gátolatlanság, mindhárom mért nárcizmus változó (grandiozítás, sérülékenységi és az összesített skála) mentén, s negatív viszony a barátságossággal. A legerősebb összefüggésnek a fizikai agresszióval és az élménykeresés faktorra való kapcsolat bizonyult.

Korlátok és kitekintés

E vizsgálati rész egyik legerősebb korlátja, hogy korrelációs mérésekre épül, ezért semmit nem tudunk meg az okozati viszonyokról. Így például egy korábbi, nem publikált eredményünkre utalnék, ahol szintén egyetemista mintán a fiúknál a szexuális motiváció és a pornóhasználat között pozitív összefüggést találtunk. Ami pedig egy tipikus tyűktojás probléma: a magasabb libidóval rendelkező fiúknak van szükségük (esetleg még a párkapcsolatuk mellett is) gyakoribb szexuális viselkedésre, amihez manapság evidens kellék a felnőttfilm vizualitása, vagy pedig a pornófilm nézés hozza meg a szexuális „étvágyat” (motivációt), újabb és változatosabb helyszínek és pozitúrák kipróbálására. Meglepőnek bizonyult akkor elsőre ez a várakozással – és a szakirodalmi adatokkal – éppen ellentétes eredmény, aminek alaposabban utánanézve két magyarázat született. Egyrészt, amit a nemzetközi irodalom is kiemel, hogy a pornófüggés egyik legveszélyesebb csapdája, hogy eleinte még növeli is a párkapcsolati szexuális aktusok gyakoriságát, új fantáziákat kínálva. Utána jelentkezik csak a visszacsapási hatás: az egyre gyakoribb pornóhasználattal párhuzamosan a partnerrel való szexuális együttlét hanyatlani kezd, míg végül – különböző okokra hivatkozva – teljesen meg is szűnhet. A másik magyarázat pedig (amely szintén az idői faktor szerepét igazolja) a szexuális tanácsadás rendelői empiriája. A függővé vált férfiak tipikus életkori korosztálya a 27/28-32 év (és nem a húszas évek eleje), amikor már megjelenik a probléma szexuális aktus közben, emellett (még) eléggé fontos a fiatal felnőtt számára a párkapcsolata ahhoz (s keres fel szaksegítséget), hogy ne akarja élete hátralévő részét testi érintkezés nélkül, csupán a számítógép vizuális erotikájára hagyatkozva töltöni.

Ezért a függővé válás legfontosabb változóit, hogy 1.) mióta (hány éve) nézi rendszeresen a személy; 2.) milyen gyakorisággal (pl. naponta/hetente többször); s hogy 3.) mennyire szélsőséges – így a való életben egyre kevésbé megvalósítható – tartalmakra (pl. BDSM, agresszivitás vagy a parafiliák irányába való eltolódás) szokik rá. (Természetesen olyan egyéni különbségek figyelembevétele mellett, mint személyiség, párkapcsolatkialakítási képesség, szociális skillek, gátoltság, szorongás/depresszió, stresszreaktivitás, számítógéphez kötött foglalkozások pl. informatikus, stb.).

Nagy szakmai vihart kavart Prause és Pfaus (2015) A szexuális stimulusok nézése jobb szexuális válaszkésztséggel, nem pedig erekciós zavarokkal jár (*Viewing Sexual Stimuli Associated with Greater Sexual Responsiveness, Not Erectile Dysfunction*) hangzatos címmel nemrég megjelent cikke, amely jöllehet az előbbi felsorolás 2. és 3. pontját kontrollálta, azonban az 1. pontról teljesen megfedekezett. Emellett két további, komoly hiba volt a kísérleti helyzetre épülő tanulmányban. Egyrészt, hogy a jobb szexuális funkcionálást (erekciót) úgy bizonyították, hogy a gyakrabban pornófogyasztó férfiak számoltak be nagyobb szexuális izgalomról a pár perces pornófilm megtekintése után. (A pár perc azért kritikus, mivel a tünetek súlyosbodásának folyamata: először az ejakuláció válik nehezebbé a szexuális együttlét során, azután a szeretkezés közben jelentkezik erekciós zavar, a kezdeti megfelelő merevedést követően.) A problémásabb rész a kísérleti elrendezésben azonban inkább az, hogy *ha a jobb szexuális válaszkésztséget a gyakori pornófogyasztóknál a pornófilmre adott reakcióval mérjük, azzal tulajdonképpen semmi más nem bizonyítunk, csupán a klasszikus kondicionálás működését.* Nevezetesen, hogy (mint Pavlov kutyái esetében) a pornónézőnek a pornófilm látványára gyorsan kialakul az izgalma – sőt, rendszerint már a számítógép zúgására/bekapcsolására is megjelenik az erekció – a szexuális kielégülés anticipációja és megerősítő jellege folytán. Másrészt pedig, a gyakoribb pornóhasználók számoltak be arról, hogy a szexuális izgalom állapotában a partnerük iránt is erősebb vágyat éreztek. A probléma ezzel az, hogy *a vágy még nem aktus* – s amennyiben a 23,3 átlagéletkorú (6,1-es szórás) fiatal férfiak esetében megnézzük az elmúlt évben a partnerrel való szexuális együttlétek gyakoriságát, 4,5 alkalmat (azaz négy és fél közösülést, 10-es szórással) találunk. Az már csak további adalék, hogy az átlag 23 éves férfiakhoz általában egy hasonlóképp 20 év körüli partner tartozik, maximum néhány éves (de vélhetően inkább rövidebb) párkapcsolati hosszal, ami szintén erőteljesen torzító tényező, s nem jelenthet terápiás irányítót a több évtizede házasság középkorú férfiak kapcsolatához. (A nemi izgalom állapotában megváltozott szexuális döntési ítéletekről pedig Ariely és Loewenstein (2006) tanulmányában lehet olvasni).

Összegzés

A vizsgálat egyik legfontosabb tanulsága, hogy a pornófilm nézési szokásokra a prevenció céljából a fiatalok húszas éveinek elején már érdemes odafigyelni – azonban nem ekkor lehet mérni. Továbbá, hogy érdemes az olyan potenciális predisponáló személyiségfaktorok számításba vétele, mint az agresszivitás, illetve az élménykeresés.

8. VIZSGÁLAT

A személyközpontú megközelítés alkalmazása a szexuálszichológiában

Az új, személyorientált megközelítés egy holisztikus és az interakciókat is számításba vevő perspektívát kínál a személyiség- és egészségpszichológiai kutatások terén a tradicionális, változó-orientált szemléletmód helyett (Suranyi, 2012).

Az utolsó vizsgálati blokkban a klaszteranalízis alkalmazásával a modern statisztikai eljárások lehetőségeit használok a személyiség és a szexualitás (együtt)működésének jobb megismerésére.

Hipotézisek:

1. Az új, személyorientált megközelítéssel értelmes és szexuálpszichológiailag is jelentős klaszterek azonosíthatóak;
2. Továbbá, a modell alapú klaszterezéssel elkülönített profilok a szexuális működés terén releváns és jól értelmezhető többletinformációt adnak a kötődési stílus, a személyiségjegyek, a narcizmus és a szexuális funkcionálás mentén.

Módszertan

Vizsgálati személyek és eljárás

Az 1. vizsgálat egyetemista mintája, valamint az ott leírt adatfelvételi eljárás vonatkozik jelen empirikus részre is. A felvett mérőeszköz reliabilitási mutatóit a 39. melléklet tartalmazza.

Mérőeszközök

Klaszterképző változók: a Koherencia Érzék Skála (SOC, *Sense of Coherence Scale*; Antonovsky, 1993), az Élettel Való Elégedettség Skála (SWLS, *Life Satisfaction*; Diener és mtsai, 1985), a Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (PANAS, *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson és mtsai, 1988), és a Szexuális Izgalom és Vágy Leltárt (SADI, *Sexual Arousal and Desire Inventory*; Toledano és Pfaus, 2006). További mérőeszközök: Felnőtt Kötődési Stílus Kérdőív (RAAS, *Revised Adult Attachment Scale*; Collins, 1996), a Big Five Leltár (BFI, *Big Five Inventory*; John és Srivastava, 1999), a Zuckerman-Kuhlman-Aluja Személyiség Kérdőív (ZKP-PQ, *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*; Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010), a Patológias Narcizmus Leltár (PNI, *Pathological Narcissism Inventory*; Pincus és mtsai, 2009), a Női Szexuális Funkció Index (FFSI, *Female Sexual Function Index*; Rosen és mtsai, 2000), és a Nemzetközi Erektilis Funkció Index (IIEF, *International Index of Erectile Function*; Rosen és mtsai, 1997).

Eredmények

Először a Szexuális Izgalom és Vágy Leltár skáláin, valamint a Koherencia Érzék, az Élettel Való Elégedettség, valamint a Pozitív és Negatív Affektivitás skálákon modell alapú klaszterezéssel hat klaszter került azonosításra.

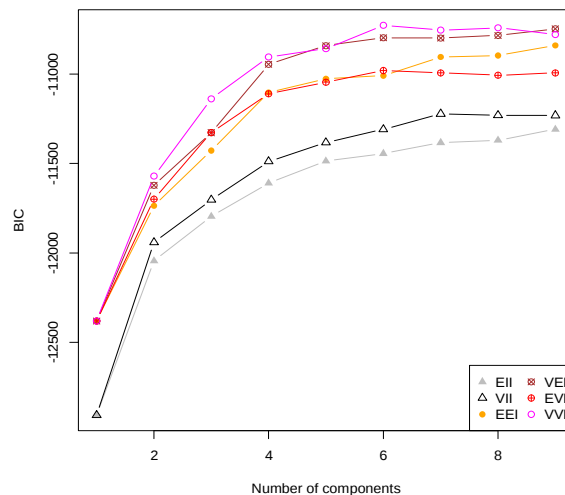
A modell kiválasztásnál a következő, 32. ábrán látható BIC értékek (*Bayesian Information Criteria* – az egy középhez és a kettéosztott középhez tartozó értékek, amely alapján az a modell kerül kiválasztásra, amelyiknél ez az érték a legnagyobb) lettek figyelembe véve. Látható, hogy a VVI modell (változó méretű és alakú klaszterek) hat klaszteres változata érte el a maximális BIC értéket. A további modellek nevei a lábjegyzetben⁸ találhatóak, valamint a pontos BIC értékeket a 40. melléklet tartalmazza.

⁸ "EII": szférikus, azonos méretű (spherical, equal volume)

"VII": szférikus, nem azonos méretű (spherical, unequal volume)

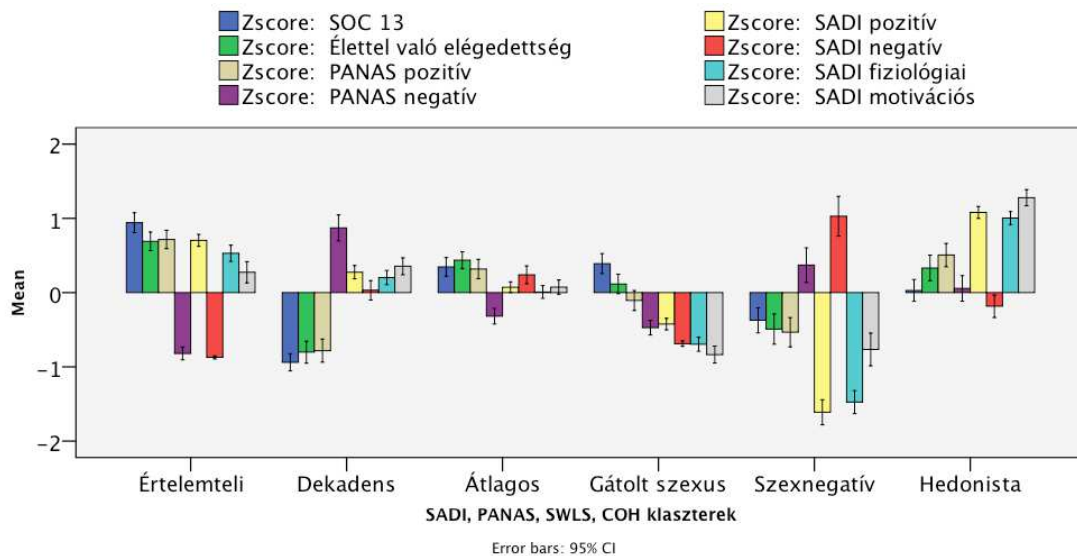
"EEI": diagonális, azonos méretű és alakú (diagonal, equal volume and shape)

"VEI": diagonális, különböző méretű és azonos alakú (diagonal, varying volume, equal shape)



32. ábra. A modell alapú klaszterezés hat klasztere a hozzá tartozó BIC értékekkel

A következő grafikonon (33. ábra) láthatóak a kapott profilok, amelyek elnevezése az őket alkotó skálák mintázata alapján történt.



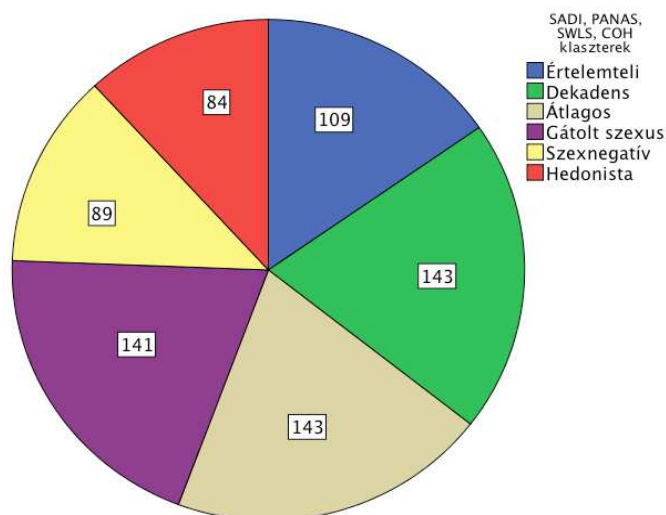
33. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott hat klaszter értékei az egyes skálákon grafikonon ábrázolva, valamint a profilok mintázata alapján hozzárendelt fantázianevek

Modell alapú klaszterezéssel hat személyiségprofil került elkülönítésre, amelyek a következő fantázianeveket kapták: *Értelemteli*, *Dekadens*, *Átlagos*, *Gátolt szexus*, *Szexnegatív*, *Hedonista*.

A klaszterelemzésbe bevont 709 fő megoszlását mutatja a 34. ábra: az egyes klaszterekbe tartozók száma szerepel a következő grafikonon.

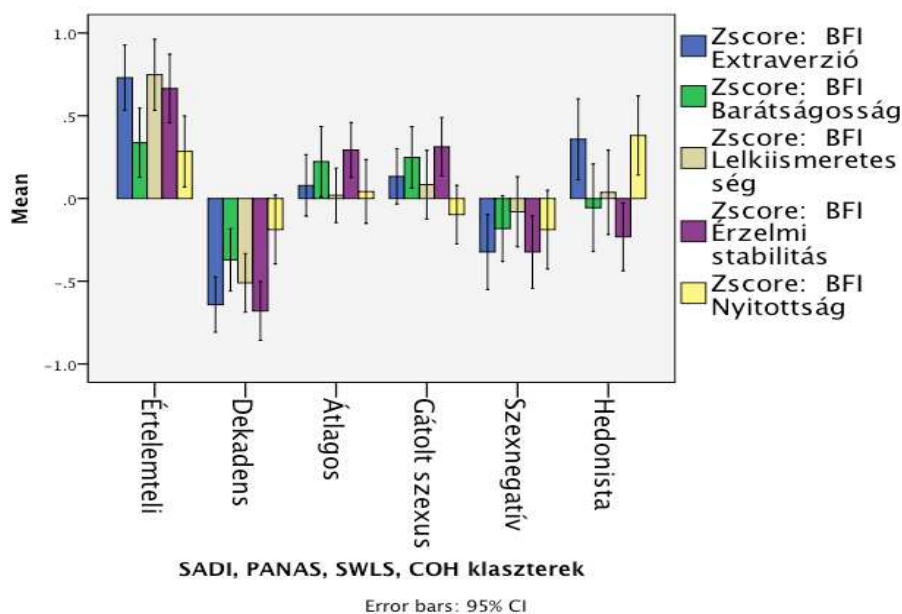
"EVI": diagonális, azonos méretű és különböző alakú (diagonal, equal volume, varying shape)

"VVI": diagonális, változó méretű és alakú (diagonal, varying volume and shape)



34. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott hat klaszterbe tartozók száma, aránya a kördiagramon ábrázolva

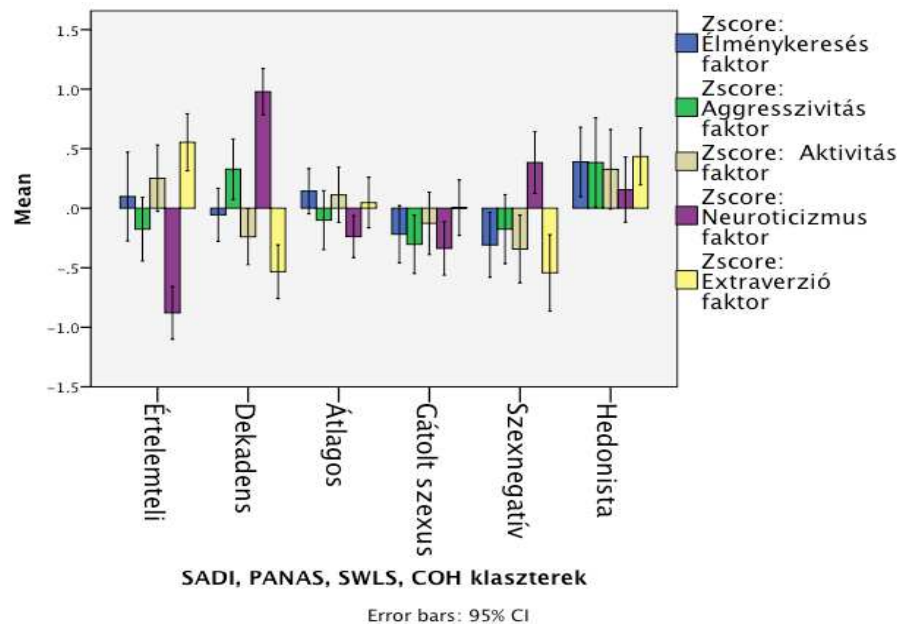
A kapott profilokat ezt követően a különböző személyiségvonások mentén elemeztem, először a Big Five, majd az alternatív ötfaktoros modell (Zuckerman és mtsai, 1991) keretében. A 35. ábra a Big Five öt faktorával történt elemzést mutatja grafikusan ábrázolva.



35. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott profilok elemzése a Big Five személyiségvonásai mentén

A grafikonon szembevetendő, hogy az *Értelmetli* és az *Átlagos* valamennyi skálán pozitív, míg a *Dekadens* és a *Szexnegatív* mindegyiken negatív értékeket kapott (itt a szignifikanciaszint nincs számításba véve, csupán a „ránézésre” történő első értékelés).

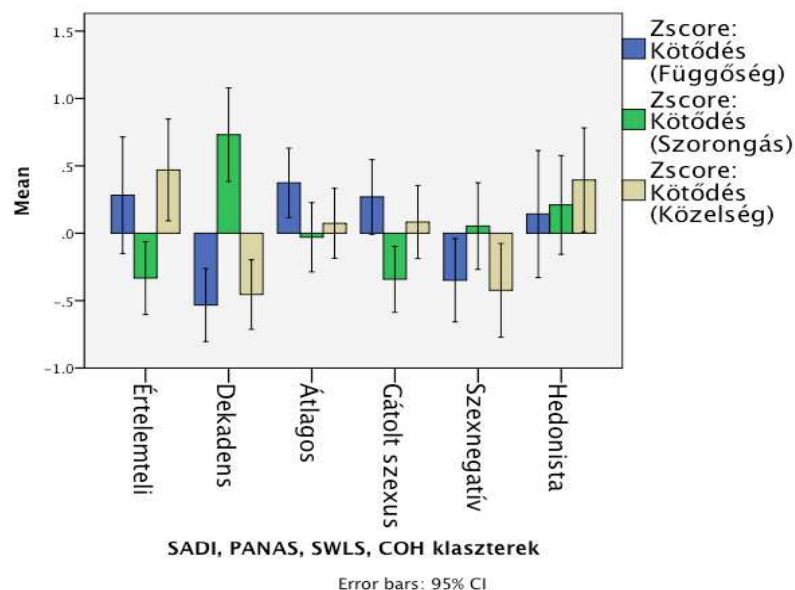
A személy-orientált megközelítés következő elemzése a Zuckerman-féle alternatív Big Five faktoraival történik, amit a 36. ábra mutat be.



36. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott profilok elemzése az alternatív ötfaktoros modell skálái mentén

Nagyrészt a fordítottan mérő skáláknak (pl. neuroticizmus vs. érzelmi stabilitás) köszönhetően a grafikon itt már nem annyira látványos, mint a Big Five személyiség-faktorai esetében, azonban a negatív személyiségvonások pozitív megfelelőjével kalkulálva nagyjából hasonló mintázat rajzolódna ki, mint a korábbi ábrán (itt sem csupán a szignifikáns eredményeket értve alatta).

A következő, 37. ábra a kötődési stílusok mentén elemzi az egyes profilokat.

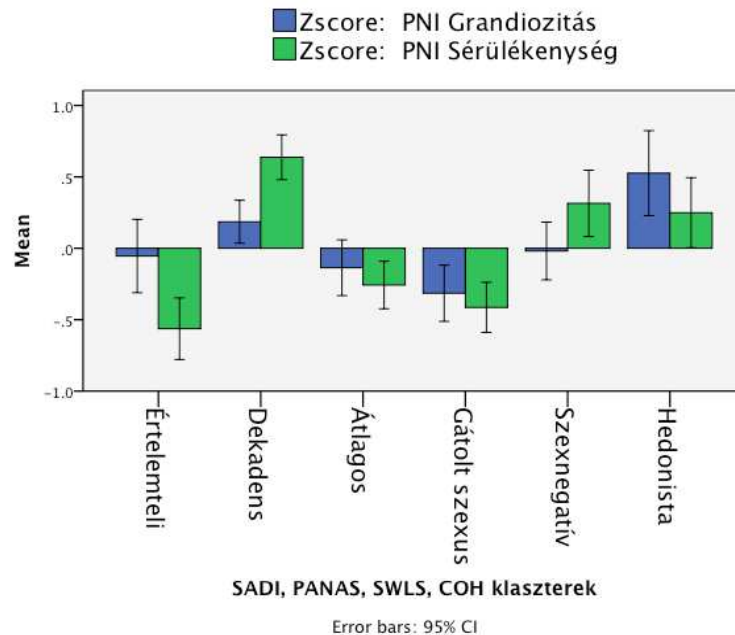


37. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott profilok elemzése a kötődési stílusok mentén

A kötődési stílusok esetében ami első ránézésre szembevető, hogy az Értelemtehi profil esetében a Közelség skála, a Dekadensnél a Szorongás, míg az Átlagosnál a Függőség

látszik meghatározónak. A Gátolt szexus esetében a Szorongás skála értéke azonban nehezen lesz értelmezhető.

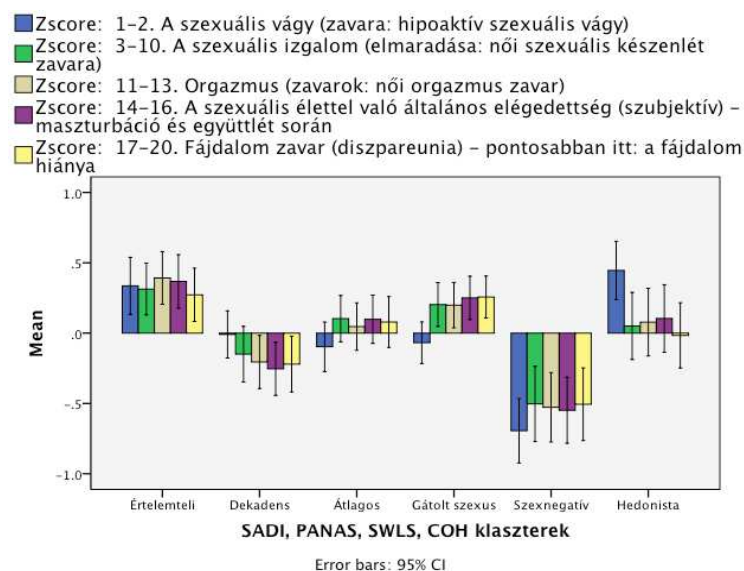
Végül, a 38. ábra a patológiás nárcizmust nézi az egyes profilok mentén.



38. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott profilok elemzése a nárcizmus két faktora mentén

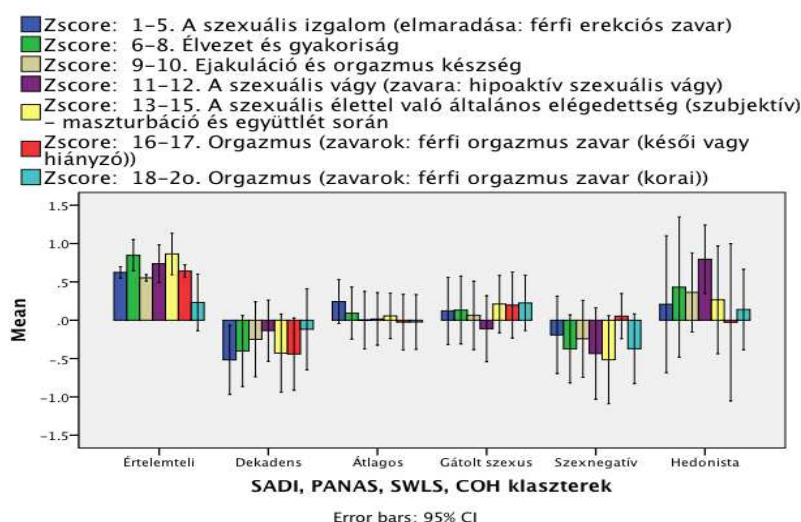
Míg az *Értelmeteli* alacsony, addig a *Dekadens* és a *Szexnegatív* magas sérülékenysége látszik elsőre az ábrán, emellett a *Hedonista* grandiozitása is evidensnek tűnik.

A profiloknak a személyiségváltozókkal való kapcsolatának elemzése után a szexuális funkcionálás egyes komponenseit vizsgáltuk, először a női mintán (39. ábra).



39. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott profilok elemzése a női szexuális funkcionálás jegyei mentén

A 40. ábra a személyorientált megközelítés által kapott profilok kapcsolatának elemzését mutatja a férfi szexuális funkcionálás egyes komponenseinek bontásában.



40. ábra. A modell alapú klaszterezéssel kapott profilok elemzése a férfi szexuális funkcionálás jegyei mentén

Nők esetében a leginkább „vegytisztá” és szembetűnő eredmény az *Értelmetli* makulátlanul pozitív funkcionálása, illetve a *Szexnegatív* és *Dekadens* halmozottan funkciózavaros működése esetében látható. Férfiaknál egyedül az *Értelmetli* profil esetében tűnik szignifikánsnak az eredmény (az ejakuláció és orgazmuszavarok kivételével), azonban a *Dekadens* és a *Szexnegatív* is egyértelműen az elvárt irányba. A varianciaanalízis azt bizonyította, hogy minden fent bemutatott skála (Big Five, ZKA-PQ, kötődés, narcizmus) esetében szignifikáns különbségek mutatkoztak a klaszterek között. Az eredményeket a 41. és a 42. számú melléklet tartalmazza. A következő két táblázat (33. és 34. táblázat) az eta² értékeket mutatja, azaz látható, hogy mely skálák tekintetében térnek el leginkább a klaszterek. A klaszterek közti különbségek a ZKA-PQ Neuroticizmus varianciájának 35,5%-át magyarázzák. Ugyancsak 20% feletti megmagyarázott varianciát kapunk a BFI Érzelmi stabilitás és a Narcizmus Sérülékenység skálája esetében. A szexuális funkciók terén viszont egyetlen skála sem éri el a 20% feletti magyarázott varianciát.

	Eta ²	p
ZKA-PQ Neuroticizmus faktor	35.50%	.000
BFI Érzelmi stabilitás	21.80%	.000
PNI Sérülékenység	20.10%	.000
BFI Extraverzió	19.60%	.000
ZKA-PQ Extraverzió faktor	17.50%	.000
Kötődés (Szorongás)	14.40%	.000
BFI Lelkiismeretesség	13.40%	.000
Kötődés (Függőség)	12.90%	.000
Kötődés (Közelség)	12.10%	.000
BFI Barátságosság	7.10%	.000
ZKA-PQ Aggresszivitás faktor	6.40%	.000
PNI Grandiozitás	6.40%	.000
ZKA-PQ Éléménykeresés faktor	5.30%	.001
ZKA-PQ Aktivitás faktor	4.50%	.003
BFI Nyitottság	4.30%	.000

33. táblázat. A személyiségvonások, a kötődési stílus és a narcizmus klaszterek közötti szignifikáns különbségei, s a magyarázott variancia

	Eta ²	p
NŐK		
1-2. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	10.90%	0.000
3-10. A szexuális izgalom (elmaradása: női szexuális készenlét zavara)	5.80%	0.000
11-13. Orgazmus (zavarok: női orgazmus zavar)	7.50%	0.000
14-16. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során	8.50%	0.000
17-20. Fájdalom zavar (diszpareunia) - pontosabban itt: a fájdalom hiánya	6.70%	0.000
FÉRFIAK		
1-5. A szexuális izgalom (elmaradása: férfi erekciós zavar)	14.20%	0.003
6-8. Élvezet és gyakoriság	16.90%	0.001
9-10. Ejakuláció és orgazmus készség	7.90%	0.091
11-12. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	14.80%	0.002
13-15. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során	17.80%	0.000
16-17. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar - késői vagy hiányzó)	10.20%	0.030
18-20. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar - korai)	6.20%	0.194

34. táblázat. A női és a férfi szexuális funkciók klaszterek közötti szignifikáns különbségei, s a magyarázott variancia

Diszkusszió

A vizsgálat első lépéseként a jóllét érzelmi (PANAS, Pozitív és Negatív Affektivitás Skála - Vonás; Watson és mtsai, 1988) és értékelő (SWLS, Élettel Való Elégedettség Skála; Diener és mtsai, 1985) aspektusával, a koherencia érzékkel (SOC, Koherencia Érzék Skála; Antonovsky, 1993), valamint a szexualitás izgalom és vágy komponensével (SADI, Szexuális Izgalom és Vágy Leltár; Toledano és Pfaus, 2006) kerültek kialakításra a modell alapú klaszterek. Ezt követően az egyes skálák értékei, egymáshoz viszonyított aránya, valamint a profilok mintázata alapján lettek elnevezve. A viszonylag gyors és könnyű beazonosítás, valamint a további vizsgálatokban a profiloknak a nevükkel kongruens „viselkedése” alapján megerősítettnek tartom az *első hipotézis* állítását, miszerint az új, személyorientált megközelítéssel értelmes és szexuálpszichológiailag is jelentős klaszterek azonosíthatóak.

Először a Big Five dimenzióival néztem az egyes profilokat: az Értelemteli extravertált, lelkiismeretes, érzelmileg stabil, egyértelműen pozitív személyiségműködését, s ellentétülként a Dekadens erősen neurotikus, introvertált, lelkiismeretességtől távol álló, barátságok irányába zárt, új információkra, élményekre sem nyitott vonásait; az Átlagos átlagosnak nevezhető értékeit; a Gátolt szexus esetében a nyitottság hiányát, a Hedonista érzelmileg labilis és a barátságok felé zárt kompenzatorikus beállítódását. A Zuckerman-féle alternatív Big Five szinte teljes mértékig hasonló képet adott: az Értelemteli extravertált, aktív, érzelmileg stabil személyiségét; a Dekadens neurotikus, kicsit agresszív, introvertált, „inaktív”, élményektől mentes működését. Továbbá az Átlagos egyensúlyozását; a Gátolt szexusú negatívba hajló önérvényesítését (amennyiben az agresszió kis mértékét asszertivitásként értékeljük); a Szexnegatív ehhez hasonló, azonban még introvertáltabb, labilitásra hajlamos vonásait; s a Hedonista extravertált, agresszív és aktívabban élménykereső, kicsit neurotikus képét.

A kötődési dimenziók mentén az Értelemteli épp a biztonságos stílus tesztbeli prototípusát adja: magas intimitás és függőség, valamint alacsony szorongás jellemzi (Rózsa, 2009) – amelynek karakteres ellentéte a Dekadens extrém magas szorongással. Az Átlagos az Értelemteli „kicsinyített mása” – erősebb függőség és gyengébb közelségkeresés mellett. A Gátolt szexus erős szorongását azért érzem nehezebben értelmezhetőnek, mivel e dimenzió az elhagyatottságtól, a társas elutasítástól való félelem feltárását célozza (Rózsa, 2009), s ahogy Birnbaum (2007) írta: a szorongó kötődőt felnőttként *erotofília* jellemzi, a szexualitást az érzelmi intimitás elérésének eszközének tekinti (Birnbaum, 2007). Lehet, hogy ez akképp értelmezhető, hogy a szexuális intimitást élvezik, azonban a szexben nem merik elengedni magukat – épp talán a megfeleléstől való folyamatos félelmük folytán. A Szexnegatívban minden függőségi-közelségkereső vonása negatívba hajló, egyedül a szorongás faktor mentén magas. A Hedonista pedig alacsony függőség és szorongás mellett a másik közelségét élvezzi – ahogy az egyik itemben is szerepel például: „Viszonylag könnyen közel tudok kerülni más emberekhez.”

A nárcizmus is jól értelmezhető: az Értelemtelinél negatívba hajlik, ahogy az Átlagos és a Gátolt szexusúnál is, a Dekadens és a Szexnegatív esetében viszont a sérülékenység dominál, míg a Hedonistánál a grandiozitás.

Végül, a szexfunkciókat vonva be az elemzésbe: az egyik leginkább szembeötlő eredmény, hogy e profilok mentén a női és a férfi szexuális működés (dacára a különböző kérdéseket tartalmazó mérőeszközöknek) mennyire egybevágó képet ad. Mindkét nem esetében az Értelemteli egészséges szexualitása éles ellentéte a Dekadens, illetve a Szexnegatív halmozottan funkciózavaros működésének. A Gátolt szexus szintén a nemek szempontjából szimmetrikus képet mutat: normálisnak nevezhető szexuális működés és reagálás dacára a vágy legátlását, hiányát. Ezzel szemben a Hedonista esetében éppen a vágy az, ami kiugróan magas mindkét nemnél, ellenben – vélhetően a korábban tapasztalt „énlyukak” miatt – a szexualitás megélése, bár viszonylag pozitív és jutalmazó (nőknél helyenként fájdalomzavar, férfiaknál késői orgazmus van jelen), azonban messze elmarad a vágy szintjétől. Az Átlagos ismét a „címkéjének” megfelelő működést mutatja, itt egy nemi különbség megjelenése mellett: nők esetében a vágy hiánya/zavara látható.

A szexuális diszfunkciók, elakadások és problémák értelmezéséhez igen komplex képet kaptam a modell alapú klaszterezéssel, így a *második hipotézist* is megerősítettnek érzem: az elkülönített profilok a szexuális működés terén releváns és jól értelmezhető többletinformációt adtak a kötődési stílus, a személyiségjegyek, a nárcizmus és a szexuális funkcionálás mentén.

Korlátok és kitekintés

A modell alapú klaszterezéssel kapott eredmények nem csupán a módszer relevanciáját jelzik a személyiség-, egészség-, és szexuálpszichológiai ismereteink bővítése céljából, hanem egyben a szexuálpszichológiai tesztek validitását is igazolták. A kongruens, jól értelmezhető és a szakirodalommal egybevágó összefüggések további vizsgálatokra, elemzésekre és kutatásokra ösztönöznek.

Összegzés

A modell alapú klaszterezéssel a szexuális zavarok feltárása és kezelése céljából több új szempont, s komplexebb kép nyerhető.

ÁLTALÁNOS DISZKUSSZIÓ

Pár éves vizsgálatsorozatunk célja elsősorban a magyar fiatalok párválasztási helyzetének, a szexualitás terén jelentkező problémáinak és elakadásainak megértése volt egy tágabb összefüggésben, perspektívában szemlélve – a lehetőség szerint minél több tényező figyelembevételével.

Úgy érzem, valamennyi, egymásra épülő lépcsőfok eredménye adott hozzá ismereteimhez korunk fiataljainak az intimitás terén jelentkező nehézségeiről, illetve helyzetéről.

Az *első vizsgálat* tapasztalatai szerint az elmúlt 10 év tendenciái nyomán a párkapcsolatok számának csökkenése nem társult az alkalmi viszonyok növekedésével, a szexualitás terén jelentkező többlettudás (pl. egészségvédő viselkedés) és felszabadultság (pl. fantázia, orális szex) nem járt együtt a szexuális élettel való elégedettség növekedésével, vagy az együttlétek minőségének javulásával (pl. rövidebbek lettek az aktusok, s az előjáték is kevesebb).

A *második vizsgálatban* a konfirmatív és (szükség esetén) exploratív faktoranalízissel végzett elemzések alapján (faktormodellek és illeszkedési mutatók), valamint a konzisztencia vizsgálatok eredményei szerint (Cronbach alfa értékek) a nemzetközi kutatásokban rendszerint használt és hivatkozott tesztek a magyar mintán is megbízható és jól alkalmazható mérőeszköznek bizonyultak.

A *harmadik vizsgálat* (sok más, kapott összefüggés mellett) megerősítette magyar mintán is azt a szakirodalomban leginkább konzisztensen megjelenő eredményt, hogy a szexuális működés egyik legerősebb prediktorának nők esetében a *szorongó kötődés* (pl. Bogaert és Sadava, 2002), férfiaknál pedig a Big Five extravertió (pl. Eysenck, 1976) vonása bizonyul.

A *negyedik vizsgálat* alapján a jóllét, valamint a szexuális funkcionálás számos dimenzióját vizsgálva egyes mutatóival erősebb (pl. női és férfi szexuális énséma és pozitív érzelmek), míg másokkal gyengébb (pl. szexuális funkciók és élettel való elégedettség) kapcsolatot találtam (korrelációs vizsgálatok). Továbbá kijelenthető, hogy a szexuális működés pozitív, illetve negatív aspektusai hozzájárulnak (regresszióanalízis) a személy jóllétéhez.

Az *ötödik vizsgálat* a két korábbi rész (3. és 4.) eredményét erősítette meg mediátor elemzéssel: a *szexuális működés* nők esetében szignifikáns közvetítő változó a szorongó kötődés és a jóllét kapcsolatában, valamint férfiaknál az extravertió vonás és a jóllét érzelmi és kognitív aspektusának viszonyában.

A *hatodik vizsgálat* a szexualitás-szerelem összefüggést nézte: szenvedélyes és társszerelem bontásban. A szenvedélyes szerelem mindkét nem esetében több skálával adott erősen szignifikáns összefüggést, mint a társszerelem – ami azonban meglepő, hogy a férfiaknál mindenhol magasabb a korreláció a szex és a szerelem között, mint a nőknél. Szintén érdekes, hogy míg a férfiak esetében a szenvedélyes szerelem minden esetben magasabb korrelációt mutat a szexfunkciókkal a társszerelemnél, addig nőknél a jobb orgazmus készség és a fájdalom hiánya inkább a társszerellemmel függött össze erősebben.

A *hetedik vizsgálat* eredményei nem erősítették meg a húszas éveik elején járó fiatal felnőttek esetében a szakirodalomban a rendszeres pornóhasználatnak a férfi szexuális funkciókra gyakran hangsúlyozott averzív hatását, azonban három ponton figyelmeztet-

tőek: 1. a pornófilm nézésnek a női szexualitás esetében várt úgymond felszabadító, vágykioldó hatása nem jelent meg; 2. a párkapcsolati dimenzió jelentőségét a szexualitás kontextusában a gyakori pornófogyasztás csökkentette; 3. több személyiségvonással (pl. élménykeresés, agresszió, gátolatlanság) mutatott gyenge, de szignifikáns összefüggést.

Végül, a *nyolcadik vizsgálat* igazolta, hogy az új, személyorientált megközelítéssel értelmes és szexuálszichológiaiilag is jelentős klaszterek azonosíthatóak, valamint a modell alapú klaszterezéssel elkülönített profilok a szexuális működés terén releváns és jól értelmezhető többletinformációt adnak más személyiségfaktorkkal összefüggésben.

A vizsgálat sorozat az egyént állította középpontba, amint különböző kapcsolataiban (illetve olykor autoerotikus tevékenység közben) funkcionál – azonban az egyéni vonás is jellemzően egy kapcsolat kontextusában nyer értelmet. Ahogy például a nárcizmus is a párkapcsolati dinamika része: a szexuális hűtlenséggel való viszonya a szakirodalomban jól dokumentált. McNulty és Widman (2014) kérdésfeltevése arra vonatkozott, hogy a nárcizmus mely aspektusa aktiválódik a szexuális szituációban, s melyik fél esetében a meghatározó. Abból indultak ki, hogy a nárcizmus bejósolja a szexuális viselkedést, s ennek mentén két longitudinális vizsgálatból 123 házaspár adatait elemezték. Az eredmények szerint a szexuális hűtlenség a személy úgymond *szexuális nárcizmusának* mind a négy vizsgált karakterével összefüggött, ezek: a szexuális kizsákmányolás, a szexuális képességek grandiózus érzése, a szexuális címkézés, valamint a szexuális empátia hiánya. Azonban nem csak a hűtlen fél, de a partner szexuális nárcizmusának két aspektusával is megjelent egy pozitív kapcsolat: a szexuális képességek grandiózus érzésével és a szexuális címkézéssel (McNulty és Widman, 2014).

A szexuális válasz ciklus egyes elemeinek összefüggését a szociokulturális tényezők mellett érdekes a biológiai és evolúciós perspektívával is összevetni – emellett a párkapcsolati viszonyok relációjában értelmezni. Neurális architektúránk három elsődleges, egymástól független, de kölcsönkapcsolatban lévő emocionális rendszerből áll. A *sex drive* (*libidó*) hormonja az ösztrogén és az androgének, s arra motiválják az egyedet, hogy szexuális aktus céljából egy elérhető fajtabélit találjon. (Ez nagyjából az *alkalmi kapcsolatok* rendszere lehetne – a szerk.) A *vonzalmi rendszer* (*szenvedélyes szerelem*, rajongás) a magas katekolamin, dopamin és noradrenalin mellett a szerotonin alacsony szintjéhez is kötött, s elsősorban a párválasztást határozza meg: arra készteti az egyedet, hogy a fajtájabeliek közül egyet kiválasszon, s így energiáit egy genetikailag kiváló példányba investálja. Végül a *kötődési rendszer* (*társszerelem*) a neuropeptidek, oxitocin és vazopresszin mennyiségével hozható kapcsolatba, s arra ösztönöz, hogy pozitív szociális viselkedéssel fenntartva az affiliatív kapcsolatot a fajtárs párt szülői minőségében az utódok felnevelése érdekében megfelelően hosszú ideig összekösse (Fisher, 2000). Így magyarázható a férfi vágyának csökkenése (nincs reprodukciós feladat) a társszerelemben, s a nő intenzívebb szexuális működése ekkor (ahogy láttuk: az orgazmus készség, s a lubrikáció is jobb) – hisz ekkor cél a partner megtartása, emellett magasabb is a biztonság-boldogság szint egy elkötelezett, intim kapcsolatban.

A romantikus viszonyok fellazulásáról, a párkapcsolati formák átalakulásáról számtalan tanulmány szól. Garcia és munkatársai (2012) egy Katy Parry számmal kezdik az „alkalmi szexkultúráról” írott összefoglaló tanulmányukat, amelyben a népszerű sztár arról énekel, hogy a buli után egy idegennel az ágyában ébredt. Hobbs és Gallup (2011) tartalomelemzés alá vonták a Billboard Top Ten slágereit, 174 különböző dal szövegét 2009-től, s eredményeik szerint a 92%-uk tartalmazott a reprodukcióra vagy a párzásra vonatkozó üzeneteket – a sikeresebbek többet. A Kaiser Family Foundation 2005-ös

kutatása szerint pedig a főidőben sugárzott műsorok 77%-a tartalmaz szexuális jelenetet, amelyben a szexuális együttlétek szereplőinek a 20%-a korábbról ugyan már ismeri egymást, de nincsenek párkapcsolatban, valamint a szereplők 15%-a – akik szexuális aktusba bonyolódna – épp akkor ismerkedett meg (Kunkel és mtsai, 2005).

Paul és Hayes (2002) a résztvevők érzéseit vizsgálta egy tipikus „hookup” kaland után: a 35% megbánta vagy csalódott, 27% jól van, illetve örül, 20% elégedett, 11% zavarodott, 9% büszke, 7% feszült és ideges, 5% kellemetlenül érzi magát és 2% kíváncsúnak. A rövid és hosszútávú következményeket is nézve Owen és munkatársai (2011) 394 fő fiatal felnőttet vizsgáltak egy egyetemi szemeszter alatt. Eredményeik szerint azok a résztvevők, akik több depresszív tünetről és magányosságról számoltak be, esetükben mindkettőt csökkentette rövidtávon az alkalmi szexkaland. Hosszútávon viszont pont az ellentétébe fordult: a „hookup csoport” tünetei erősödtek a hasonlóan negatív értékekkel rendelkező kortársaikhoz képest, akik azonban nem vettek részt ilyen alkalmi viszonyokban (Owen és mtsai, 2011). Az egyéjszakás kalandokat elemezve más vizsgálatok pedig arra az eredményre jutottak, hogy a depresszív szimptómák felerősödtek a partnerek magasabb száma esetén a nőknél – de nem a férfiaknál (Grello és mtsai, 2006). Az együttléteket követően büntudat a férfiak 32%-a, és a nők 72%-a esetén jelentkezett, ami vélhetően a nemek felé sugárzott kettős mércének (*double standard*) is lehet a következménye (Herold és Mewhinney, 1993).

A párkapcsolatok ellen ható erőként azonosíthatók tehát helyenként a média üzenetei, valamint a felnőttfilmek (pl. Flood, 2007; Bridges és Bergner, 2009; Bridges, 2010) promiszkuitást sugalló, ingerküszöböt megemelő vizualitása. Ami azonban ezzel „szembeszállhat”, például biológiánk: ahogy Kaplan (1995), vagy Graziottin (2004) is leírta a szerelem érzésének a szexualitás terén kifejtett magasabb érzékszervi élményt nyújtó hatását. Továbbá, az emóciók jelentőségét az erotikus élményben támasztotta alá a 6. vizsgálat is az egyetemista mintán – mindkét nem esetében.

Végezetül, jelen tanulmány korlátjának tekinthető, hogy egy olyan fontos protektív faktor, mint a rendszeres testmozgás, kimaradt a vizsgált változók csoportjából. Ennek oka egyrészt a fiatal egyetemista minta, akik – például az egyetemi lehetőségek folytán is – viszonylag rendszeres fizikai aktivitásban részesülnek, továbbá, ebben az életkorban az inaktivitásnak, mint egészségkárosító tényezőnek a következményei a szexuális funkciókra még nem szoktak megjelenni. A prevenció szempontjából azonban többszörösen is kiemelt jelentőséggel bír a rendszeres testmozgás – úgymint az elhízásra, az érrendszerre, a hormonális egyensúlyra, stb. való közvetítő hatása révén is⁹ – a szexuális egészség megőrzésében. Az elhízás nem csupán a kardiovaszkuláris megbetegedések, de az erekciós zavar patofiziológiájában is jelentős tényező. Esposito és munkatársai (2004) 55 fő túlsúlyos férfival (BMI > 30) végzett, kontrollált vizsgálatukban a fizikai aktivitás mértékét 48-ról 195 perc/hétre növelték, emellett a BMI indexet pedig átlag 36,9-ről 31,2-re csökkentették egy két éves időtartam során. Az intervenció fontos és mérhető egészség-hozamaként szerepelt, hogy az IIEF-en (*Nemzetközi Erektiles Funkció Index*; Rosen és mtsai, 1997) mért átlagpontszámuk 13,9-ről 17,0-re emelkedett, sőt, 17 férfi esetében 22 és afölötti érték jelent meg az utánkövetésben (Esposito és mtsai, 2004).

⁹ A rendszeres testedzés egészséghezamairól bővebben: Hevesi K. és Urbán R. (2012) A fizikai aktivitás szerepe az egészségfejlesztésben. In: Demetrovics Zs., Urbán R., Rigó A. és Oláh A. (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.

Egy másik, 593 férfivel (30-70 év) végzett vizsgálat eredményei szerint a középkorú férfiak már elkéstek az életmódváltással, hiába hagynak ekkor fel a káros szenvedélyekkel, hogy elkerüljék az erekciós zavart – a nikotin, a túlsúly és az alkohol averzív hatásai már túl nagy roncsolást okoztak a szervezetükben. Ezzel szemben a fizikai aktivitás hatékonyan tudja csökkenteni az erektilis diszfunkció rizikóját még akkor is, ha ebben az életkorában kezdi el a férfi. A szerzők konklúziója azonban, hogy a fiatal életkorban elsajátított egészséges életmód tudja a legjobban eliminálni az erekciós zavar esélyét, emellett az időskori jóllétnek és egészségnek a legbiztosabb forrása is egyben (Derby és mtsai, 2000).¹⁰

Disszertációm során az egészség-, személyiség-, és szexuálpszichológiai szemlélet egymással szorosan összefonódva, elválaszthatatlanul segítette a munkámat. Szó esett elhízásról, fizikai aktivitásról, szenvedélyről és függőségekről – ezért egy régen olvasott, mindezt egy mondatba sűrítő graffitival zárnám a tanulmányt: *„Én a szerelmet választottam addikciónak – kit érdekel a csokoládé!”*

¹⁰ Szexualitás és sport viszonyáról bővebben: Hevesi K. (2012) Szex a sportban, sport a szexben. In: Gyömbér N. és Kovács K.(szerk.) *Fejben dől el. Sportpszichológiáról mindenkinek*. Budapest, Noran Libri Kiadó.

Felhasznált irodalom

- Ågmo A. 2007. Functional and Dysfunctional Sexual Behavior: A Synthesis of Neuroscience and Comparative Psychology. London: Academic Press.
- Agnew, C. R., Loving, T. J., Le, B., & Goodfriend, W. (2004). Thinking close: Measuring relational closeness as perceived self-other inclusion. *Handbook of closeness and intimacy*, 103-115.
- Albarracín, D., Gillette, J. C., Earl, A. N., Glasman, L. R., Durantini, M. R., & Ho, M. H. (2005). A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological bulletin*, 131(6), 856.
- Albury, K. (2014). Porn and sex education, porn as sex education. *Porn Studies*, 1(1-2), 172-181.
- Ålgars, M., Santtila, P., Jern, P., Johansson, A., Westerlund, M., & Sandnabba, N. K. (2011). Sexual body image and its correlates: A population-based study of Finnish women and men. *International Journal of Sexual Health*, 23(1), 26-34.
- Allen, L. (2003). Girls want sex, boys want love: Resisting dominant discourses of (hetero) sexuality. *Sexualities*, 6(2), 215-236.
- Aluja, A., Kuhlman, M., & Zuckerman, M. (2010). Development of the Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ): a factor/facet version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Journal of personality assessment*, 92(5), 416-31.
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079.
- Andersen, B. L., Cyranowski, J. M., & Espindle, D. (1999). Men's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 645.
- Anderson, N. H. (1968). Likableness ratings of 555 personality-trait words. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 272-279. Idézi: Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.
- Aron, A., Paris, M., & Aron, E. N. (1995). Falling in love: Prospective studies of self-concept change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(6), 1102.
- Aron, A., & Aron, E. N. (1997). Self-expansion motivation and including other in the self. In: Duck, S. (Ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (2nd ed., pp. 251-270). Chichester, England: Wiley.

- Aron, A., & Westbay, L. (1996). Dimensions of the prototype of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 535.
- Aronson (1984). A társas lény. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Ariely, D., & Loewenstein, G. (2006). The heat of the moment: The effect of sexual arousal on sexual decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 19(2), 87-98.
- Attwood, F. (2005). What do people do with porn? Qualitative research into the consumption, use, and experience of pornography and other sexually explicit media. *Sexuality and culture*, 9(2), 65-86.
- Attwood, F., & Smith, C. (2014). Porn Studies: an introduction. *Porn Studies*, 1(1-2), 1-6.
- Aytac, I. A., McKinlay, J. B., & Krane, R. J. (1999). The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU International*, 84, 50-56.
- Baker, R. R., & Bellis, M. A. (1993). Human sperm competition: Ejaculate adjustment by males and the function of masturbation. *Animal Behaviour*, 46, 861-885.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2002). *Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen* [Safe sex and condom use among adolescents and young adults]. Utrecht, The Netherlands: Rutgers Nisso Group. Idézi: Gebhardt, W. A., Kuyper, L., & Dusseldorp, E. (2006). Condom use at first intercourse with a new partner in female adolescents and young adults: The role of cognitive planning and motives for having sex. *Archives of sexual behavior*, 35(2), 213-219.
- Balswick, J. O., & Peek, C. W. (1971). The inexpressive male: A tragedy of American society. *Family Coordinator*, 363-368.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 23(6), 763-784.
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Archives of sexual behavior*, 31(5), 451-455.
- Bancroft, J. (2011). Sexual Development. Part 1. Gender Identity. 5th European School of Sexual Medicine, Oxford.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 571-579.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior*, 32(3), 193-208.
- Barlow, D. H. (1986). The causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.

- Barber, N. (1995). The evolutionary psychology of physical attractiveness: Sexual selection and human morphology. *Ethology and Sociobiology*, 16(5), 395-424.
- Barnes R. A. (1874). *Clinical History of the Medical and Surgical Diseases of Women*. Philadelphia: Henry C. Lea.
- Idézi: Pukall, C. F. (2005). Dyspareunia. In: Balon, R., & Segraves, R. T. (Eds.). (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. CRC Press.
- Barnes, G. E., Malamuth, N. M., & Check, J. V. (1984). Personality and sexuality. *Personality and Individual Differences*, 5(2), 159-172.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-43.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 289-300.
- Basson, R. (2005a). Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. In: Balon, R., & Segraves, R. T. (Eds.). (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. CRC Press.
- Basson, R. (2005b). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327-1333.
- Basson, R. (2007). Hormones and sexuality: current complexities and future directions. *Maturitas*, 57(1), 66-70.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schultz, W. W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 221-229.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schultz, W. W. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 40-48.
- Baumeister, R.F., Bratslavsky, E. (1999). Passion, intimacy, and time: passionate love as a function of change in intimacy. *Personality and Social Psychology Review* 3, 1, 49-67.
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Wallace, H. M. (2002). Conquest by force: A narcissistic reactance theory of rape and sexual coercion. *Review of general psychology*, 6(1), 92.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1–25). New York: Guilford.

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Beggan, J. K., & Allison, S. T. (2003). Reflexivity in the pornographic films of Candida Royalle. *Sexualities*, 6(3-4), 301-324.
- Bennett, C. S. (2006). Attachment theory and research applied to the conceptualization and treatment of pathological narcissism. *Clinical Social Work Journal*, 34(1), 45-60.
- Berry, J. W., & Worthington Jr, E. L. (2001). Forgivingness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 447.
- Berscheid, E., & Walster, E. (1978). *Interpersonal attraction* (2nd ed.). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Idézi: Hatfield, E., & Rapson, R. L. (1993). *Love, sex, and intimacy: Their psychology, biology, and history*. HarperCollins College Publishers.
- Bianchi-Demicheli, F., & Ortigue, S. (2007). Toward an understanding of the cerebral substrates of woman's orgasm. *Neuropsychologia*, 45(12), 2645-2659.
- Billups, K. L., Bank, A. J., Padma-Nathan, H., Katz, S., & Williams, R. (2005). Erectile dysfunction is a marker for cardiovascular disease: results of the minority health institute expert advisory panel. *The journal of sexual medicine*, 2(1), 40-50.
- Bingham, H. C. (1928). Sex development in apes. *Company Psychological Monograph*, 5:1-165.
- Idézi: Dixson, A. F. (2009). *Sexual selection and the origins of human mating systems*. Oxford University Press.
- Birkhead, T. R. (1998). Sperm competition in birds: mechanisms and function. *Sperm competition and sexual selection*, 579-622.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(1), 21-35.
- Birnbaum, G. E., Svitelman, N., Bar-Shalom, A., & Porat, O. (2008). The thin line between reality and imagination: Attachment orientations and the effects of relationship threats on sexual fantasies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(9), 1185-1199.
- Bogaert, A. F., & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, 9(2), 191-204.
- Bogle, K. A. (2008). *Hooking up: Sex, dating, and relationships on campus*. NYU Press.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York, NY: Wiley.
- Both, S., Laan, E., & Everaerd, W. (2011). Focusing "hot" or focusing "cool": Attentional mechanisms in sexual arousal in men and women. *The journal of sexual medicine*, 8(1), 167-179.

- Brotto, L. A., Basson, R., & Luria, M. (2008). A Mindfulness-Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women. *The journal of sexual medicine*, 5(7), 1646-1659.
- Bradshaw, C., Kahn, A. S., & Saville, B. K. (2010). To hook up or date: Which gender benefits? *Sex Roles*, 62(9-10), 661-669.
- Brotto, L. A., Seal, B. N., & Rellini, A. (2012). Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 1-27.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21, 230-258.
- Bridges, A. J. (2010) Pornography's Effects on Interpersonal Relationships. *The Social Costs of Pornography*.
- Bridges, A. J. & Bergner, R. M. (2009). Pornography, Effects on Relationships. In: Reis, H. T., Sprecher, S., & Sprecher, S. K. (Eds.). (2009). *Encyclopedia of human relationships* (Vol. 1). Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Brotto, L. A. (2010a). The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 221-239.
- Brotto, L. A. (2010b). The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in men. *The journal of sexual medicine*, 7(6), 2015-2030.
- Bushman, B. J., Bonacci, A. M., Van Dijk, M., & Baumeister, R. F. (2003). Narcissism, sexual refusal, and aggression: testing a narcissistic reactance model of sexual coercion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1027.
- Buss, D. M. (1998). Sexual strategies theory: Historical origins and current status. *Journal of Sex Research*, 35(1), 19-31.
- Buss, D. M., Larsen, R. J., Westen, D., & Semmelroth, J. (1992). Sex differences in jealousy: Evolution, physiology, and psychology. *Psychological science*, 3(4), 251-255.
- Buss, D. M., & Schmitt, D. P. (1993). Sexual strategies theory: an evolutionary perspective on human mating. *Psychological review*, 100(2), 204.
- Buss, D. M., & Shackelford, T. K. (1997). Susceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality*, 31(2), 193-221.

- Byers, E. S. (1999). The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction: Implications for Sex Therapy with Couples. *Canadian Journal of Counselling*, 33(2), 95-111.
- Byrne, B. M. (2010). Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming. New York, NY: Routledge.
- Campbell, T., Bath, M., Bradbear, R., Cottle, J., & Parrett, N. (2009). An evaluation of performance-arts based HIV-prevention events in London with 13-16 year olds. *Perspectives in public health*, 129(5), 216-220.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of psychosomatic research*, 58(1), 29-33.
- Carroll, J. S., Padilla-Walker, L. M., Nelson, L. J., Olson, C. D., Barry, C. M., & Madsen, S. D. (2008). Generation XXX Pornography Acceptance and Use Among Emerging Adults. *Journal of adolescent research*, 23(1), 6-30.
- Carnes, P. C. (1997). Sexual Anorexia: Overcoming Sexual Self-Hatred. Center City, Minnesota: Hazelden. In: Carnes, P. J. (1998). The case for sexual anorexia: An interim report on 144 patients with sexual disorders". *Sexual Addiction & Compulsivity* 5 (4): 293-309.
- Carnes, P. J. (2005). Sexual Addiction. Chapter 18.4. In: Sadock, B. J., Sadock, V. A. (Eds.) *Comprehensive textbook of Psychiatry. 8th Ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins*.
- Cartei, V., Bond, R., & Reby, D. (2014). What makes a voice masculine: Physiological and acoustical correlates of women's ratings of men's vocal masculinity. *Hormones and behavior*, 66(4), 569-576.
- Carvalho, S., Moreira, A., Rosado, M., Correia, D., Maia, D., & Pimentel, P. (2011). Female premature orgasm: Does this exist?. *Sexologies*, 20(4), 215-220.
- Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2013). Five-factor model of personality and sexual aggression. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 0306624X13481941.
- Catania, J. A., Coates, T. J., & Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS risk reduction model: Psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. *Health Psychology*, 13, 548-555.
- Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- CDC Centers for Disease Control and Prevention (2011). Sexually Transmitted Diseases Surveillance. Division of STD Prevention.
 Forrás: <http://www.cdc.gov/std/stats11/Surv2011.pdf>
 Letöltés ideje: 2013-08-13

- Chen, Z. Y., & Kaplan, H. B. (2001). Intergenerational transmission of constructive parenting. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 17-31.
- Coleman, M., & Ganong, L. H. (1985). Love and sex role stereotypes: Do macho men and feminine women make better lovers? *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(1), 170.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- Cooper, A., Putnam, D. E., Planchon, L. A., & Boies, S. C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 6(2), 79-104. Idézi: Kun B. és Demetrovics Zs. (2010). Szexuális addikciók. In: Demetrovics Zs. és Kun D. (szerk) *Az addiktológia alapjai IV., Viselkedési függőségek*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 173-202. o.
- Corona, G., Mannucci, E., Petrone, L., Fisher, A. D., Balercia, G., Scisciolo, G., ... & Maggi, M. (2006). Psychobiological correlates of delayed ejaculation in male patients with sexual dysfunctions. *Journal of andrology*, 27(3), 453-458.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). The NEO Personality Inventory-Form R. Odessa, FL: *Psychol. Assess. Resources*.
- Costa Jr, P. T., Fagan, P. J., Piedmont, R. L., Ponticas, Y., & Wise, T. N. (1992). The five-factor model of personality and sexual functioning in outpatient men and women. *Psychiatric Medicine*, 10(2), 199-215.
- Coy, M. (2009). This body which is not mine The notion of the habit body, prostitution and (dis) embodiment. *Feminist Theory*, 10(1), 61-75.
- Cowan, F. M., & Adler, M. W. (1994). Survey of undergraduate teaching in genitourinary medicine in Britain. *Genitourinary medicine*, 70(5), 311-313.
- Cozzarelli, C., Hoekstra, S. J., & Bylsma, W. H. (2000). General versus specific mental models of attachment: Are they associated with different outcomes? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(5), 605-618.
- Creighton, S., Miller R. (2003). Unprotected sexual intercourse in teenagers--causes and consequences. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 123 (1): 7.
- Cruz, N. (2011). ESSM Educational Program. European School of Sexual Medicine at the 14th ESSM Congress, Milan.
- Damsted Petersen, C. (2010). *What Predicts Diagnosis, Pain Relief and Sexuality in Women with Vulvodynia?* (Doctoral dissertation, Ph. D. thesis, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen). Idézi: Fugl-Meyer, K., Giraldi, A., Fugl-Meyer, A. R., & Parish, S. (2011). Sexual Pain Disorder and Vaginism. 5th European School of Sexual Medicine, Oxford.

- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968-984.
- Darwin, C. R. (1859/2000) A fajok eredete természetes kiválasztás útján. Typotex Kiadó, Budapest.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(7), 871-884.
- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. *The journal of sexual medicine*, 6(10), 2690-2697.
- De Backer, C. J., Nelissen, M., & Fisher, M. L. (2007). Let's talk about sex: A study on the recall of gossip about potential mates and sexual rivals. *Sex roles*, 56(11-12), 781-791.
- Demakis, G. J. (2006). Sex and the Brain. In: McAnulty, R. D., Burnette, M. M. (Eds) *Sex and Sexuality*. Volumes 2. Praeger Publishers, Westport, 19-36.
- Derby, C. A., Mohr, B. A., Goldstein, I., Feldman, H. A., Johannes, C. B., & McKinlay, J. B. (2000). Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk?. *Urology*, 56(2), 302-306.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527.
- Dixson, A. F. (2009). *Sexual selection and the origins of human mating systems*. Oxford University Press.
- Dixson, A. F. (2012). *Primate sexuality: Comparative studies of the prosimians, monkeys, apes, and humans*. Oxford University Press.
- Doi, S. C. & Thelen, M. H. (1993). The Fear-of-Intimacy Scale: Replication and extension. *Psychological Assessment*, 5, 377-383.
- Domjan, M., Blesbois, E., & Williams, J. (1998). The adaptive significance of sexual conditioning: Pavlovian control of sperm release. *Psychological Science*, 9(5), 411-415.
- Donnelly, D. A. (1993). Sexually inactive marriages. *The Journal of Sex Research*, 30(2), 171-179.
- DSM-IV Text Revision. A módosított DSM-IV. APA (2001). Animula Egyesület, Budapest.

- Ebrahim, S., May, M., Shlomo, Y. B., McCarron, P., Frankel, S., Yarnell, J., & Smith, G. D. (2002). Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(2), 99-102.
- Elliot, A. J., & Niesta, D. (2008). Romantic red: red enhances men's attraction to women. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1150.
- Ellis, H. Love and Pain. Studies in the Psychology of Sex. New York: Random House, 1936.
- Ember, C. R., & Ember, M. (Eds.). (2003). *Encyclopedia of Sex and Gender: Men and Women in the World's Cultures Topics and Cultures AK-Volume 1; Cultures LZ* (Vol. 2). Springer.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and community health*, 59(6), 460-466.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 60(5), 376-381.
- Esch, T., & Stefano, G. B. (2005). The neurobiology of love. *Neuroendocrinology Letters*, 26(3), 175-192.
- Esposito, K., Giugliano, F., Di Palo, C., Giugliano, G., Marfella, R., D'Andrea, F., D'Armiento, M. & Giugliano, D. (2004). Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *Jama*, 291(24), 2978-2984.
- Exton, N. G., Chau Truong, T., Exton, M. S., Wingefeld, S. A., Leygraf, N., Saller, B., ... & Schedlowski, M. (2000). Neuroendocrine response to film-induced sexual arousal in men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 25(2), 187-199.
- Eysenck, H. J. (1971). Personality and sexual adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 118, 593-608.
- Eysenck, H. J. (1972). Personality and sexual behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 141-152. Idézi: Andersen, B. L., Cyranowski, J. M., & Espindle, D. (1999). Men's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 645.
- Eysenck, H. J. (1976). *Sex and Personality*. Open Books. London. Idézi: Barnes, G. E., Malamuth, N. M., & Check, J. V. (1984). Personality and sexuality. *Personality and Individual Differences*, 5(2), 159-172.
- Fábián R., Simich R. (2006) Meglévő és működő modellprogramok, valamint az iskolai szexedukációs események értékelése. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 8. old.

- Fairbairn, W. R. D. (1954). An object-relations theory of the personality. Idézi: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006) (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 111-132.
- Featherstone, M. (1982). 'The Body in Consumer Culture'. *Theory, Culture & Society*, 1(2),8-33.
- Ferenczi, S. (1933/1955). Confusion of tongues between adult and the child. In: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis* (pp. 156-167. New York: Basic Books.
- Ferenczi S. (1901). A szerelem a tudományban. In: *Lélekgyógyászat* (1997). Kossuth Kiadó, Budapest. 5-6.old.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress. A model for helping traumatized family members. In C. R. Figley (Ed.), *Burnout in families. The systemic costs of caring* (pp. 15–28). New York: CRC Press. Idézi: Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., Ader, H. és van der Ploeg, H.M. (2005) Secondary Traumatization in Partners and Parents of Dutch Peacekeeping Soldiers. *Journal of Family Psychology*. 19(2):217-226.
- Figley, C.R. (2005) Strangers at Home: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Ader, and van der Ploeg (2005). *Journal of Family Psychology*. 19(2):227-229.
- Firestone, R. W. & Catlett, J. (1986) Hunger versus love. In: Firestone, R. W. Catlett, J. (Eds.) *The fantasy bond: Structure of psychological defenses*. New York, NY, US: Human Sciences Press, 48-56.
- Firestone, R. W & Catlett, J. (1999). *Fear of intimacy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006a). What is Healthy Sexuality? In: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 11-27.
- Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006b). Factors That Affect An Individual's Sexuality. In: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 43-74.
- Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006c). Sexual Withholding. In: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 171-195.
- Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006d). Men, Women, and Sexual Stereotypes. In: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 75-109.

- Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006e). Approaches to the Etiology of Sexual Dysfunctions and Problems in Sexual Relating. In: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 111-132.
- Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006f). What Is Love? In: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 29-39.
- Fisher, H. (2000). Lust, attraction, attachment: Biology and evolution of the three primary emotion systems for mating, reproduction, and parenting. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25(1), 96-104.
- Fisher, H. (2004). *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. Macmillan.
- Fisher, H., Aron, A., & Brown, L. L. (2005). Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 58-62.
- Fisher, H. E., Aron, A., & Brown, L. L. (2006). Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 361(1476), 2173-2186.
- Fisher, W. A., White, L. A., Byrne, D., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25(1), 123-151.
- Flood, M. (2007). Exposure to pornography among youth in Australia. *Journal of Sociology*, 43(1), 45-60.
- Freud, S. (1905). Három értekezés a szexualitás elméletéről. [*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*]. Ford. Ferenczi Sándor. In: *SFM IV*. 31-131.
- Freud, A. (1937/1966). *The Ego and the Mechanisms of Defense* New York. International Universities Press.
- Freyd, J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress. A model for helping traumatized family members. In C. R. Figley (Ed.), *Burnout in families. The systemic costs of caring* (pp. 15–28). New York: CRC Press.
- Figley, C.R. (2005). Strangers at Home: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Ader, and van der Ploeg (2005). *Journal of Family Psychology*. 19(2):227-229.
- Fugl-Meyer, K. S., Bohm-Starke, N., Damsted Petersen, C., Fugl-Meyer, A., Parish, S., & Giraldi, A. (2013). Standard operating procedures for female genital sexual pain. *The journal of sexual medicine*, 10(1), 83-93.
- Furman, W., & Shaffer, L. (2011). Romantic partners, friends, friends with benefits, and casual acquaintances as sexual partners. *Journal of sex research*, 48(6), 554-564.

- Galbraith, J. S., Stanton, B., Boekeloo, B., King, W., Desmond, S., Howard, D., ... & Carey, J. W. (2009). Exploring implementation and fidelity of evidence-based behavioral interventions for HIV prevention: Lessons learned from the focus on kids diffusion case study. *Health Education & Behavior*, 36(3), 532-549.
- Gallup, G. G., Burch, R. L., Zappieri, M. L., Parvez, R. A., Stockwell, M. L., & Davis, J. A. (2003). The human penis as a semen displacement device. *Evolution and Human Behavior*, 24(4), 277-289.
- Garcia, C. M. (2005). Commentary on "Assessing Clients' Sexual Health as a Component of Holistic Nursing Practice". *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 220-223.
- Garcia, J. R., Reiber, C., Massey, S. G., & Merriwether, A. M. (2012). Sexual hookup culture: A review. *Review of General Psychology*, 16(2), 161.
- Garcia, S. G., Yam, E. A., & Firestone, M. (2006). "No Party Hat, No Party": Successful Condom Use in Sex Work in Mexico and the Dominican Republic. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 53-62.
- Garner, M. (2012). The missing link: the sexualisation of culture and men. *Gender and Education*, 24(3), 325-331.
- Garton, S. (2004). *Histories of sexuality: Antiquity to sexual revolution*. Routledge.
- Gartner, R. B. (1999). *Betrayed as boys: Psychodynamic treatment of sexually abused men*. Guilford Press.
- Georgiadis, J. R., Reinders, A. A. T., Paans, A. M., Renken, R., & Kortekaas, R. (2009). Men versus women on sexual brain function: prominent differences during tactile genital stimulation, but not during orgasm. *Human brain mapping*, 30(10), 3089-3101.
- Gill, R. (2009). Beyond the Sexualization of Culture Thesis: An Intersectional Analysis of Sixpacks', Midriff's and Hot Lesbians' in Advertising. *Sexualities*, 12(2), 137-160.
- Gillath, O., Mikulincer, M., Birnbaum, G. E., & Shaver, P. R. (2008). When sex primes love: Subliminal sexual priming motivates relationship goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*.
- Gold, J., Lim, M., Hocking, J., Keogh, L., Spelman, T., & Hellard, M. (2010). Determining the impact of text messaging for sexual health promotion to young people. *Sex Transmitted Diseases*, 38(4), 247-252.
- Goldmeier, D., & Richardson, D. (2005). Romantic love and sexually transmitted infection acquisition: hypothesis and review. *International journal of STD & AIDS*, 16(9), 585-587.
- Gonzaga, G. C., Turner, R. A., Keltner, D., Campos, B., & Altemus, M. (2006). Romantic love and sexual desire in close relationships. *Emotion*, 6(2), 163.

- Goodwin, I. (2003). The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clinical Psychology Review*, 23, 35-56.
- Goodwin, R., Realo, A., Kwiatkowska, A., Kozlova, A., Luu, L. A. N., & Nizharadze, G. (2002). Values and sexual behaviour in central and eastern Europe. *Journal of Health Psychology*, 7(1), 45-56.
- Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 527-538.
- Graham, C. A., Sanders, S. A., & Milhausen, R. R. (2006). The sexual excitation/sexual inhibition inventory for women: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 397-409.
- Graziottin, A. (2004). Sexual arousal: similarities and differences between men and women. *The journal of men's health & gender*, 1(2), 215-223.
- Grello, C. M., Welsh, D. P., & Harper, M. S. (2006). No strings attached: The nature of casual sex in college students. *Journal of sex research*, 43(3), 255-267.
- Hans, J. D., Gillen, M., & Akande, K. (2010). Sex Redefined: The Reclassification Of Oral Genital Contact. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(2), 74-78.
- Hayfield, N., & Clarke, V. (2012). "I'd be just as happy with a cup of tea": Women's accounts of sex and affection in long-term heterosexual relationships. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 35, No. 2, pp. 67-74). Pergamon.
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (1986). A theory and method of love. *Journal of personality and social psychology*, 50(2), 392.
- Hendrick, C., Hendrick, S. S. (2003). Romantic love: Measuring cupid's arrow. Shane, J., Snyder, C. R. (Eds.) *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. American Psychological Association, Washington, DC, US, 235-249.
- Herek, G. M. (1990). The context of anti-gay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 316-333.
- Hernandez-Serrano, R. (2000). Advances in the treatment of sexual disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(3), 271-273.
- Herold, E. S., & Mewhinney, D. A. K. (1993). Gender differences in casual sex and AIDS prevention: A survey of dating bars. *Journal of Sex Research*, 30(1), 36-42.
- Hevesi K. (2007). A szociális kapcsolatok különböző aspektusai: a negatív társas támogatás, mint a poszttraumás növekedés és jelentéskeresés potenciális akadály. In: Oláh A.(szerk.) *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig. Tanulmánykötet Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére*. Trefort Kiadó, Budapest.

- Hevesi K. (2012) Szex a sportban, sport a szexben. In: Gyömbér N. és Kovács K.(szerk.) *Fejben dől el. Sportpszichológiáról mindenkinek*. Budapest, Noran Libri Kiadó.
- Hevesi K. és Urbán R. (2012) A fizikai aktivitás szerepe az egészségfejlesztésben. In: Demetrovics Zs., Urbán R., Rigó A. és Oláh A.(szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Hevesi K. (2012). Az elveszített és újra megtalált szenvedély. In: Gutman B.(szerk.) *Párkapcsolat Klinika*. Kulcslyuk Kiadó, Budapest.
- Hevesi K. (2013). *SZEX. A psziché labirintusában*. Kulcslyuk Kiadó, Budapest.
- Hevesi K. (2014). *SZEXTREM. Perverziók, szexfüggőség és ártalmatlan különbségeink*. Kulcslyuk Kiadó, Budapest.
- Hill, R. (1949). Families under stress: adjustment to the crises of war separation and return. New York: Harper. Idézi: Figley, C.R. (2005). Strangers at Home: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Ader, and van der Ploeg (2005). *Journal of Family Psychology*. 19(2):227-229.
- Hobbs, D.R., & Gallup, G.G. (2011). Song as a medium for embedded reproductive messages. *Evolutionary Psychology*, 9:390-416.
- Hodges-Simeon, C. R., Gaulin, S. J., & Puts, D. A. (2010). Different vocal parameters predict perceptions of dominance and attractiveness. *Human Nature*, 21(4), 406-427.
- Hoffmann, H., Peterson, K., & Garner, H. (2012). Field conditioning of sexual arousal in humans. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 2.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(4), 599.
- Hughes, S. M., Harrison, M. A., & Gallup Jr, G. G. (2007). Sex differences in romantic kissing among college students: an evolutionary perspective. *Evolutionary Psychology*.
- Hurd, N. M., Valerio, M. A., Garcia, N. M., & Scott, A. A. (2010). Adapting an HIV prevention intervention for high-risk, incarcerated adolescents. *Health Education & Behavior*, 37(1), 37-50.
- Idahl, A., Boman, J., Kumlin, U., & Olofsson, J. I. (2004). Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Human Reproduction*, 19(5), 1121-1126.
- Impett, E. A., Strachman, A., Finkel, E. J., & Gable, S. L. (2008). Maintaining sexual desire in intimate relationships: The importance of approach goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 808–823.

Innala, S. (2007). Pornography on the net: Same attraction, but new options. *Sexologies*, 16(2), 112-120.

Internet Pornography Statistics. Forrás: <http://www.internet-filter-review.toptenreviews.com/internet-pornography-statistics.html>
Letöltés ideje: 2008-04-21

Irwin, R. (1997). Sexual health promotion and nursing. *Journal of advanced Nursing*, 25(1), 170-177.

Jannini, E. A., Simonelli, C., & Lenzi, A. (2002). Disorders of ejaculation. *Journal of endocrinological investigation*, 25(11), 1006-1019.

Jannini, E. A., Whipple, B., Kingsberg, S. A., Buisson, O., Foldès, P., & Vardi, Y. (2010). Who's Afraid of the G-spot?. *The journal of sexual medicine*, 7(1pt1), 25-34.

Janssen, E. (Ed.). (2007). *The psychophysiology of sex*. Indiana University Press.

Janssen, E., & Bancroft, J. (2007). The Dual Control Model: The Role of Sexual Inhibition and Excitation in Sexual Arousal and Behavior. In: Janssen, E. (Ed.). (2007). *The psychophysiology of sex*. Indiana University Press, 197-222.

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002a). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *Journal of Sex Research*, 39, 114–126.

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002b). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *Journal of Sex Research*, 39, 127–132.

Jha, S., & Thakar, R. (2010). Female sexual dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 153(2), 117-123.

John, O. P., Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102-138). New York: Guilford.

Jonason, P. K., Li, N. P., & Cason, M. J. (2009). The “booty call”: A compromise between men's and women's ideal mating strategies. *Journal of Sex Research*, 46(5), 460-470.

Jonason, P. K., Li, N. P., & Richardson, J. (2011). Positioning the booty-call relationship on the spectrum of relationships: Sexual but more emotional than one-night stands. *Journal of sex research*, 48(5), 486-495.

Jonason, P. K., Luevano, V. X., & Adams, H. M. (2012). How the Dark Triad traits predict relationship choices. *Personality and Individual Differences*, 53, 180–184.

Jonason, P. K., & Marks, M. J. (2009). Common vs. uncommon sexual acts: Evidence for the sexual double standard. *Sex Roles*, 60(5-6), 357-365.

- Kaplan, H. S. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. Psychology Press.
- Kernberg, O. F. (1980). *Internal world and external reality*. J. Aronson.
- Kerr, M., Stattin, H., Bisecker, G., & Ferrer-Wreder, L. (2002). Parents and peers as developmental context. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, J. Mistry, & I. B. Weiner (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology: Developmental psychology* (pp. 395–422). New York: Wiley.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Cacioppo, J. T., & Glaser, R. (1994). Stressful personal relationships: Immune and endocrine function. In R. Glaser & J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity* (pp. 321-339). New York: Academic Press.
- Kilmer, R. P. & Shahinfar, A. (2006). Sexuality in Childhood. In: McNulty, R. D., Burnette, M. M. (Eds) *Sex and Sexuality*. Volumes 1. Praeger Publishers, Westport, 35-60.
- Kippin, T. E., & Pfaus, J. G. (2001a). The development of olfactory conditioned ejaculatory preferences in the male rat: I. Nature of the unconditioned stimulus. *Physiology & Behavior*, 73, 457–469.
- Kippin, T. E., & Pfaus, J. G. (2001b). The nature of the conditioned response mediating olfactory conditioned ejaculatory preference in the male rat. *Behavioural Brain Research*, 122, 11–24.
- Kippin, T. E., Samaha, A.-N., Sotiropoulos, V., & Pfaus, J. G. (2001). The development of olfactory conditioned ejaculatory preferences in the male rat: II. Parametric manipulation of conditioning session number and duration. *Physiology & Behavior*, 73, 471–485.
- Klusmann, D. (2004). Evolutionary origins of human sexual motivation. *Lidé Mesta/Urban People*, 2, 84-96.
- Klusmann, D. (2006). Sperm competition and female procurement of male resources. *Human Nature*, 17(3), 283-300.
- Klusmann, D., & Berner, W. (2010). Sexual motivation in mateships and sexual conflict. *The Oxford Handbook of Sexual Conflict*. Forthcoming.
- Kolischer, G. (1905). Sexual Frigidity in Women. *Am. J. Obstet. Dis. Women Children*, 32, 416. Idézi: Maines, R. P. (1999). *The technology of orgasm: "Hysteria," the vibrator, and women's sexual satisfaction*. JHU Press.
- Komisaruk, B. R., Beyer-Flores, C., & Whipple, B. (2006). *The science of orgasm* (Vol. 1). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Korda, J. B., Goldstein, S. W., & Sommer, F. (2010). SEXUAL MEDICINE HISTORY: The History of Female Ejaculation. *The journal of sexual medicine*, 7(5), 1965-1975.

Koukounas, E., & Over, R. (1997). Male sexual arousal elicited by film and fantasy matched in content. *Australian Journal of Psychology*, 49(1), 1-5.

Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia sexualis: eine klinisch-forensische Studie*. Enke.

Krueger, T. (2011). Sexuality, Immune Functions & Health. 5th European School of Sexual Medicine, Oxford.

Kubicek, K., Beyer, W. J., Weiss, G., Iverson, E., & Kipke, M. D. (2010). In the dark: young men's stories of sexual initiation in the absence of relevant sexual health information. *Health Education & Behavior*, 37(2), 243-263.

Kunkel, D., Eyal, K., Finnerty, K., Biely, E., & Donnerstein, E. (2005). Sex on TV 4 2005: a Kaiser Family Foundation report.

Kupfermann, I. (1991). Hypothalamus and limbic system motivation. Chapter in *Principles of Neuroscience*, 3rd Edition, Kandel, ER; Schwartz, JH & Jessell, TM (Eds) Elsevier, New York (751, 755). Idézi: Kaplan, H. S. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. Psychology Press.

Kulcsár Zs. (2005). *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). Sexual behavior in the human male. Idézi: Jannini, E. A., Simonelli, C., & Lenzi, A. (2002). Disorders of ejaculation. *Journal of endocrinological investigation*, 25(11), 1006-1019.

Lambert, N. M., Negash, S., Stillman, T. F., Olmstead, S. B., & Fincham, F. D. (2012). A love that doesn't last: Pornography consumption and weakened commitment to one's romantic partner. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 410-438.

Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E. D., Nicolosi, A. & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of sexual behavior*, 35(2), 143-159.

Lawlor, D. A., & Shaw, M. (2002). Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem. *International journal of Epidemiology*, 31(3), 552-553.

Lee, J. A. (1973). *The colors of love: An exploration of the ways of loving*. Don Mills, Ontario: New Press.

Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological bulletin*, 117(3), 469.

- Lenton, A. P., Bryan, A., Hastie, R., & Fischer, O. (2007). We want the same thing: Projection in judgments of sexual intent. *Personality and Social Psychology Bulletin*.
- Levin, R. J. (2002). The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 405-411.
- Idézi: Graziottin, A. (2004). Sexual arousal: similarities and differences between men and women. *The journal of men's health & gender*, 1(2), 215-223.
- Levin, R. J., & van Berlo, W. (2004). Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation—a review. *Journal of clinical forensic medicine*, 11(2), 82-88.
- Lewandowski, G. W., Aron, A., Bassis, S., & Kunak, J. (2006). Losing a self-expanding relationship: Implications for the self-concept. *Personal Relationships*, 13(3), 317-331.
- Lewis, C. S. (1960/1971). *The four loves*. Download iTunes eBook. Forrás: http://www.google.hu/books?hl=en&lr=&id=0qoftMnQ1rAC&oi=fnd&pg=PT1&ots=gARUQWqKyq&sig=FCDBAbLEyg7oZj8Jnrux1jlrOxc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false Letöltés ideje: 2013-10-27
- Lewis M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press, 1992.
- Li, L., King, M. E. & Winter, S. (2009). Sexuality education in China: The conflict between reality and ideology. *Asia Pacific Journal of Education*. 29(4), 469-480.
- Lieberman, D., Pillsworth, E. G., & Haselton, M. G. (2010). Kin affiliation across the ovulatory cycle females avoid fathers when fertile. *Psychological science*.
- Lindholm, C. (1998). The future of love. *Romantic Love and Sexual Behavior: Perspectives from the Social Sciences*. Ed. C. de Munck. Westport Connecticut: Praeger, 17-32.
- LoPiccolo, J., & Lobitz, W. C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2(2), 163-171.
- Love, P. (1990). *The emotional incest syndrome*. New York: Bantam Books.
- Lu, T. F., Basson, R., Rosen, R., Guiliano, F., Khoury, S., & Montorsi, F. (2004) (Eds). *Sexual Medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women*. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions. Health Publications, Paris, 2004:932.
- Maguire, J. S., & Stanway, K. (2008). Looking good Consumption and the problems of self-production. *European Journal of Cultural Studies*, 11(1), 63-81.
- Maines, R. P. (1999). *The technology of orgasm: "Hysteria," the vibrator, and women's sexual satisfaction*. JHU Press.
- Månsson, S. A. (2006). Men's demand for prostitutes. *Sexologies*, 15(2), 87-92.

Marián B. és Urbán R. (2002). *Kis könyv a nagy témáról. Az Abott felmérés a magyarok szexuális életéről*. Marketing Centrum, Budapest.

Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337. Idézi: Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079.

Marshall, W. (1989). Invited essay: Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 491–503.

Maslow, A. (1954/1971). *Motivation and personality*. New York: Harper.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response* (Vol. 1, pp. 223-276). Boston: Little, Brown & Co.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy* (Vol. 225). Little, Brown, and Company: Boston.

Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 66-68.

Meston, C. M., & Levin, R. J. (2005). Female Orgasm Dysfunction. In: Balon, R., & Segraves, R. T. (Eds.). (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. CRC Press.

McCarthy, B. M., Ginsberg, R. L., & Fucito, L. M. (2006). Resilient sexual desire in heterosexual couples. *The Family Journal*, 14, 59–64.

McKenna, K. E. (2002). The neurophysiology of female sexual function. *World Journal of Urology*, 20(2), 93-100.

McKibbin, W. F., Bates, V. M., Shackelford, T. K., Hafen, C. A., & LaMunyon, C. W. (2010). Risk of sperm competition moderates the relationship between men's satisfaction with their partner and men's interest in their partner's copulatory orgasm. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 961-966.

McNulty, J. K., & Widman, L. (2014). Sexual Narcissism and Infidelity in Early Marriage. *Archives of sexual behavior*, 43(7), 1315-1325.

Mearns, J. (1991). Coping With a Breakup: Negative Mood Regulation Expectancies and Depression Following the End of a Romantic Relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2):327-334.

Meloy, J. R. (2000). The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 1-22.

Mesch, G. S. (2009). Social bonds and Internet pornographic exposure among adolescents. *Journal of Adolescence*, 32(3), 601-618.

- Meston, C. M. (2000). Sympathetic nervous system activity and female sexual arousal. *The American journal of cardiology*, 86(2), 30-34.
- Meston, C. M., Trapnell, P. D., & Gorzalka, B. B. (1993). Sex and the five factor model of personality. In *Poster session presented at the annual meeting of the International Academy of Sex Research, Pacific Grove, CA*.
- Metcalf, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: dynamics of willpower. *Psychological review*, 106(1), 3.
- Milhausen, R. R., Graham, C. A., Sanders, S. A., Yarber, W. L., & Maitland, S. B. (2009). Validation of the sexual excitation/sexual inhibition inventory for women and men. *Archives of sexual behavior*, 39(5), 1091-1104.
- Miller, G. (2006). *The mating mind: How sexual choice shaped the evolution of human nature*. Random House LLC.
- Montagu, A. (1970). A scientist looks at love. *The Phi Delta Kappan*, 51(9), 463-467.
- Morokoff, P. J. & Gilliland Ruth (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 30(1), 43-53.
- Moyal-Barracco, M., & Lynch, P. J. (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*, 49(10), 772-777. Idézi: Fugl-Meyer, K. S., Bohm-Starke, N., Damsted Petersen, C., Fugl-Meyer, A., Parish, S., & Giraldi, A. (2013). Standard operating procedures for female genital sexual pain. *The journal of sexual medicine*, 10(1), 83-93.
- Moyano, N., & Sierra, J. C. (2013). Relationships between personality traits and positive/negative sexual cognitions. *International journal of clinical and health psychology*, 13(3), 189-196.
- Narciso, I. (2001). Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas – A procura do padrão que liga [Satisfied but not perfect couplehood – Looking for the pattern that binds]. Doctoral dissertation, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal. Idézi: Ferreira, L. C., Narciso, I., & Novo, R. F. (2012). Intimacy, sexual desire and differentiation in couplehood: A theoretical and methodological review. *Journal of sex & marital therapy*, 38(3), 263-280.
- Nobre, P. J. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive–Emotional Model. *The journal of sexual medicine*, 7(4pt1), 1429-1437.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2000a). Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context (QCASC). Unpublished manuscript, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Coimbra, Portugal. Idézi: Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context: A measure to assess cognitive schemas activated in unsuccessful sexual situations. *Journal of Sex Research*, 46(5), 425-437.

- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2000b). *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ)*. Unpublished manuscript. Idézi: Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context: A measure to assess cognitive schemas activated in unsuccessful sexual situations. *Journal of Sex Research*, 46(5), 425-437
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171-204.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 491-499.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006b). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68–75.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008a). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 325-342.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008b). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 32(1), 37-49.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context: A measure to assess cognitive schemas activated in unsuccessful sexual situations. *Journal of Sex Research*, 46(5), 425-437.
- Oberg, K., Fugl-Meyer, K. S., & Fugl-Meyer, A. R. (2002). On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, 329-341.
- O'Carroll, R., & Bancroft, J. (1984). Testosterone therapy for low sexual interest and erectile dysfunction in men: a controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 145(2), 146-151.
- Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Trefort Kiadó, Budapest.
- Ortigue, S., Grafton, S. T., & Bianchi-Demicheli, F. (2007). Correlation between insula activation and self-reported quality of orgasm in women. *Neuroimage*, 37(2), 551-560.
- Ortman, D.C. (2005) Post-Infidelity Stress Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43(10):46-54.
- Owen, J., Fincham, F.D., & Moore, J. (2011). Short-term prospective study of hooking up among college students. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 331-341.

- Paul, E. L., & Hayes, K. A. (2002). The casualties of casual sex: A qualitative exploration of the phenomenology of college students' hookups. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(5), 639-661.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42, 888-899.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164.
- Perelman, M. A., & Rowland, D. L. (2006). Retarded ejaculation. *World journal of urology*, 24(6), 645-652.
- Pfaus, J. G. (2007). Models of Sexual Motivation. In: Janssen, E. (Ed.). (2007). *The psychophysiology of sex*. Indiana University Press, 340-362.
- Pfaus, J. G., Kippin, T. E., & Centeno, S. (2001). Conditioning and sexual behavior: a review. *Hormones and Behavior*, 40(2), 291-321.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A.G.C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the pathological narcissism inventory. *Psychological Assessment*, 21, 365-379.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Plaut, S. M., & RachBeisel, J. A. (1997). Use of anxiolytic medication in the treatment of vaginismus and severe aversion to penetration: Case report. *Journal of Sex Education and Therapy*, 22(3), 43-45.
- Porst, H. (2011). Erectile Dysfunction (ED). 5th European School of Sexual Medicine, Oxford.
- Posner, R. A. (1992). *Sex and reason*. Harvard University Press.
- Prause, N., & Pfaus, J. (2015). Viewing Sexual Stimuli Associated with Greater Sexual Responsiveness, Not Erectile Dysfunction. *Sexual Medicine*.
- Prinstein, M. J., Meade, C. S., & Cohen, G. L. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends' sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(4), 243-249.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1002-1114.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21, 471-486.

- Pukall, C. F. (2005). Dyspareunia. In: Balon, R., & Segraves, R. T. (Eds.). (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. CRC Press.
- Quinn, D. M., Kallen, R. W., Twenge, J. M., Fredrickson, B. L. (2006). The disruptive effect of self-objectification on performance. *Psychology of Women Quarterly*, 30(1):59-64.
- Ramage, M. (1998). ABC of sexual health: management of sexual problems. *BMJ: British Medical Journal*, 317(7171), 1509.
- Rapsey, C. & Murachver, T. (2006). Adolescent Sexuality. In: McAnulty, R. D., Burnette, M. M. (Eds.) *Sex and Sexuality*. Volumes 1. Praeger Publishers, Westport, 61-101.
- Regan, P. C. (2006). Love. In: McAnulty, R. D., Burnette, M. M. (Eds) *Sex and Sexuality*. Volumes 2. Praeger Publishers, Westport, 87-113.
- Regan, P. C., & Berscheid, E. (1999). Lust: What we know about human sexual desire. Thousand Oaks, CA: Sage. Idézi: Impett, E. A., Strachman, A., Finkel, E. J., & Gable, S. L. (2008). Maintaining sexual desire in intimate relationships: the importance of approach goals. *Journal of personality and social psychology*, 94(5), 808.
- Remez, L. (2000). Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence? *Family Planning Perspectives*, 298-304.
- Renaud, C., Byers, E. S., & Pan, S. (1997). Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*, 34(4), 399-410.
- Robinson, T. N., Chen, H. L., & Killen, J. D. (1998). Television and music video exposure and risk of adolescent use of alcohol. *Pediatrics*, 102, 1-6.
- Rose, B.M., Holmbeck, G.N., Coakley, R.M., Franks, E. A. (2004). Mediator and Moderator Effects in Developmental and Behavioral Pediatric Research. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(1):58-67.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., & Gendrano, N. 3. (2002). The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research*, 14(4), 226-244.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J., & Pena, B. M. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International journal of impotence research*, 11(6), 319-326.

Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

Rowland, D. L. (2006). The Psychobiology of Sexual Arousal and Response: Physical and Psychological Factors That Control Our Sexual Response. In: McAnulty, R. D., Burnette, M. M. (Eds) *Sex and Sexuality*. Volumes 2. Praeger Publishers, Westport, 37-66.

Rózsa S. (2009). A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana. Doktori disszertáció. ELTE BTK Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiatudományi Doktori Iskola. Személyiség- és Egészségpszichológiai Alprogram, Budapest.

Rubin, Z. (1973). *Liking and loving: An invitation to social psychology*. Holt, Rinehart & Winston.

Rudman, L. A., & Heppen, J. B. (2003). Implicit romantic fantasies and women's interest in personal power: A glass slipper effect? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(11), 1357-1370.

Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490.

Sable, P. (1983). Overcoming fears of attachment in an adult with a detached personality. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 376.

Sable, P. (2008). What is adult attachment? *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 21-30.

Sachs, B. D. (2000). Contextual approaches to the physiology and classification of erectile function, erectile dysfunction, and sexual arousal. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(5), 541-560.

Sachs, B. D. (2007). A contextual definition of male sexual arousal. *Hormones and behavior*, 51(5), 569-578.

Sadock, V. A. (2005). Normal human sexuality and sexual dysfunctions. In: Sadock, B. J.,

Sadock, V. A. (Eds.) *Comprehensive textbook of Psychiatry. 8th Ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins*, 1902-1935.

Salonia, A., Giraldi, A., Chivers, M. L., Georgiadis, J. R., Levin, R., Maravilla, K. R., & McCarthy, M. M. (2010). Physiology of women's sexual function: Basic knowledge and new findings. *The journal of sexual medicine*, 7(8), 2637-2660.

Satcher, D. (2001). The Surgeon General's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior. *American Journal of Health Education*, 32(6), 356-368.

- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, 11(2), 179-195.
- Schmitt, D. P., & Buss, D. M. (1996). Strategic self-enhancement and competitor derogation: Sex and context effects on the perceived effectiveness of mate attraction tactics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1185-1204.
- Schmitt, D. P., Couden, A., & Baker, M. (2001). The effects of sex and temporal context on feelings of romantic desire: An experimental evaluation of Sexual Strategies Theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(7), 833-847.
- Schmitt, D. P., & Shackelford, T. K. (2008). Big Five traits related to short-term mating: From personality to promiscuity across 46 nations. *Evolutionary Psychology*, 6(2), 246-282.
- Schober, J. M., & Pfaff, D. (2007). The neurophysiology of sexual arousal. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21(3), 445-461.
- Schooler, D., Impett, E. A., Hirschman, C., & Bonem, L. (2008). A Mixed-Method Exploration of Body Image and Sexual Health Among Adolescent Boys. *American Journal of Men's Health*, 2(4), 322-339.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2007). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- Shackelford, T. K., Goetz, A. T., LaMunyon, C. W., Quintus, B. J., & Weekes-Shackelford, V. A. (2004). Sex differences in sexual psychology produce sex-similar preferences for a short-term mate. *Archives of sexual behavior*, 33(4), 405-412.
- Shaver, P. R., Morgan, H. J., & Wu, S. (1996). Is love a "basic" emotion? *Personal Relationships*, 3(1), 81-96.
- Slater, L. T., Aholou, T. M. C. (2009). What You Don't Know May Kill You: The Importance of Including Sexual Health in Premarital Counseling. *The Family Journal*, 17; 236-240.
- Smallbone, S. W., & Dadds, M. R. (2000). Attachment and coercive sexual behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 3-15.
- Smith, C., & Attwood, F. (2014). Anti/pro/critical porn studies. *Porn Studies*, 1(1-2), 7-23.
- Smith, G. D., Frankel, S., & Yarnell, J. (1997). Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study. *Bmj*, 315(7123), 1641-1644.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2007). Attachment, Love, and Flourishing Relationships. In: Snyder, C. R., Lopez, S. J. (Eds.) *Positive Psychology. The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Sage Publications, 297-322.

- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, 93(2), 119.
- Stirpe, T., Abracen, J., Stermac, L., & Wilson, R. (2006). Sexual offenders' state-of-mind regarding childhood attachment: A controlled investigation. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 18(3), 289-302.
- Strassberg, D. S., Kelly, M. P., Carroll, C., & Kircher, J. C. (1987). The psychophysiological nature of premature ejaculation. *Archives of Sexual Behavior*, 16(4), 327-336.
- Suranyi Zs. (2012). Person-oriented approach in personality- and in health psychology. Doctoral (PhD) Dissertation. ELTE PPK Psychological Doctoral School, - and Health Psychology Programme Head of Psychological Doctoral School, Budapest.
- Sutton, M. J., Brown, J. D., Wilson, K. M., & Klein, J. D. (2002). Shaking the tree of knowledge for forbidden fruit: Where adolescents learn about sexuality and contraception. *Sexual teens, sexual media: Investigating media's influence on adolescent sexuality*, 25-58.
- Szymanski, D. M., & Carr, E. R. (2008). The roles of gender role conflict and internalized heterosexism in gay and bisexual men's psychological distress: Testing two mediation models. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(1), 40.
- Talashek, M. L., Norr, K. F., & Dancy, B. L. (2003). Building teen power for sexual health. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(3), 207-216.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 20(3), 177-183.
- Tambling, J. (2002). Savage Nights': Sexuality and the City. *Sexualities*, 5(1), 114.
- Taziaux, M., Kahn, A., Moore Iii, J., Balthazart, J., & Holloway, K. S. (2008). Enhanced neural activation in brain regions mediating sexual responses following exposure to a conditioned stimulus that predicts copulation. *Neuroscience*, 151(3), 644-658.
- Teitelman, A. M. (2004). Adolescent girls' perspectives of family interactions related to menarche and sexual health. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1292-1308.
- Tennov, D. (1998) Love Madness. In: De Munck, V. C. (Ed.). (1998). *Romantic love and sexual behavior: perspectives from the social sciences*. Greenwood Publishing Group, 77-88.
- Toledano, R. R., & Pfaus, J. G. (2006). The Sexual Arousal and Desire Inventory (SADI): A multidimensional scale to assess subjective sexual arousal and desire. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 853-877.
- Tolman, D. L., Striepe, M. I., & Harmon, T. (2003). Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *Journal of Sex Research*, 40(1), 4-12.

Traeen, B., & Thuen, F. (2013). Relationship problems and extradyadic romantic and sexual activity in a web sample of Norwegian men and women. *Scandinavian journal of psychology*, 54(2), 137-145.

Traish, A. M., Kim, N., Munarriz, R., & Goldstein, I. (2004). Female genital sexual arousal: biochemical mediators and potential mechanisms of dysfunction. *Drug Discovery Today: Disease Mechanisms*, 1(1), 91-97.

Tripp, J., & Viner, R. (2005). ABC of adolescence: Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7491), 590.

Tucker, E. W., & Potocky-Tripodi, M. (2006). Changing heterosexuals' attitudes toward homosexuals: A systematic review of the empirical literature. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 176-190.

UNICEF. (2001). A League Table of Teenage Births in Rich Nations (Innocenti Report Card No.3) Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

Forrás: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>

Letöltés ideje: 2013-08-13

Ussher, J. M., & Baker, C. D. (Eds.). (1993/2002). *Psychological perspectives on sexual problems: New directions in theory and practice*. Psychology Press.

Young, C. (1999). *Why Women and Men Must Join Forces to Achieve True Equity*. New York: Free Press.

Young, K. S. (2008). Internet sex addiction risk factors, stages of development, and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52(1), 21-37.

Young, K. S., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'mara, J., & Buchanan, J. (2000). Online infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 59-74.

Vallerand, R. J. (2008). On the psychology of passion: In search of what makes people's lives most worth living. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(1), 1.

Van Straaten, I., Holland, R. W., Finkenauer, C., Hollenstein, T., & Engels, R. C. (2010). Gazing behavior during mixed-sex interactions: Sex and attractiveness effects. *Archives of sexual behavior*, 39(5), 1055-1062.

Vares, T., & Braun, V. (2006). Spreading the word, but what word is that? Viagra and male sexuality in popular culture. *Sexualities*, 9(3), 315-332.

Varga K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk) *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*, Akadémiai Kiadó, Budapest. pp. 449-476.

Wade, T. J., Palmer, R., DiMaria, M., Johnson, C., & Multack, M. (2008). Deficits in sexual access versus deficits in emotional access and relationship termination decisions. *Journal of Evolutionary Psychology*, 6(4), 309-319.

- Waldinger, M. D. (2005a). Male Ejaculation and Orgasmic Disorders. In: Balon, R., & Segraves, R. T. (Eds.). (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. CRC Press.
- Waldinger, M. D. (2005b). Lifelong premature ejaculation: current debate on definition and treatment. *The journal of men's health & gender*, 2(3), 333-338.
- Ward, T., Hudson, S. M., & Marshall, W. L. (1996). Attachment style in sex offenders: A preliminary study. *Journal of Sex Research*, 33(1), 17-26.
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1063-1070.
- Weijmar Schultz, W. C. M., & Van de Wiel, H. B. M. (2005). Vaginismus. In: Balon, R., & Segraves, R. T. (Eds.). (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. CRC Press.
- Weinberg, M. S., Williams, C. J., Kleiner, S., & Irizarry, Y. (2010). Pornography, normalization, and empowerment. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1389-1401.
- Weinstock, H., Berman, S., & Cates, W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspect Sex Reprod Health*. 36(1):6-10.
- Weisberg, R. B., Brown, T. A., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Causal attributions and male sexual arousal: the impact of attributions for a bogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 324.
- Wentland, J. J., & Reissing, E. D. (2011). Taking casual sex not too casually: Exploring definitions of casual sexual relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 20(3), 75-91.
- Weyman, A. (2003). Promoting sexual health to younger people: Preventing teenage pregnancy and sexually transmitted infections. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 123: 6-7.
- Wiederman, M. W., & Hurst, S. R. (1997). Physical attractiveness, body image, and women's sexual self-schema. *Psychology of Women Quarterly*, 21(4), 567-580.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy*, 31(1), 1-20.
- Wiegel, M., Scepkowski, L. A., & Barlow, D. H. (2007) *Cognitive-Affective Processes in Sexual Arousal and Sexual Dysfunction*. In: Janssen, E. (Ed.). (2007). *The psychophysiology of sex*. Indiana University Press, 143-165.
- Wilkinson, E. (2009). Perverting visual pleasure: Representing sadomasochism. *Sexualities*, 12(2), 181-198.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Harrington, K., & Davies, S. L. (2002). Body image and African American females' sexual health. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 433-439.

- Wolak, J., Finkelhor, D., & Mitchell, K. J. (2009). Trends in arrests of “online predators.”. *Durham, NH: Crimes against Children Research Center*.
- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Ybarra, M. L. (2010). Online “predators” and their victims. *Psychology of violence*, 1, 13-35.
- Woo, J. S., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2011). The role of sex guilt in the relationship between culture and women’s sexual desire. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 385-394.
- World Health Organization. (1975). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting [held in Geneva from 6 to 12 February 1974].
- Wosnitzer, R.J., & A. J. Bridges (2007). Aggression and sexual behavior in best-selling pornography: A content analysis update. Paper presented at the 57th Annual Meeting of the International Communication Association, San Francisco, CA. Idézi: Bridges, A. J. (é. n.) Pornography’s Effects on Interpersonal Relationships. *The Social Costs of Pornography*.
- Wright, P. J. (2009). Sexual socialization messages in mainstream entertainment mass media: A review and synthesis. *Sexuality & Culture*, 13(4), 181-200.
- Wylie, K., & Mimoun, S. (2009). Sexual response models in women. *Maturitas*, 63(2), 112-115.
- Zmijewski, H. C. (2002). Sexual counseling by the ET nurse: if not you, then who?. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 29(4), 184-185.
- Zoldbrod, A. (1998). *Sex Smart: How Your Childhood Shaped Your Sexual Life and What to Do About It*. New Harbinger Publications. Idézi: Firestone, R. W., Firestone, L. A., Catlett, J. (2006) (Eds.) *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 43.
- Zolnoun, D., Hartmann, K., Lamvu, G., As-Sanie, S., Maixner, W., & Steege, J. (2006). A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrical & gynecological survey*, 61(6), 395-401.
- Zuckerman, M. (1992). What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all the way down. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 675-681.
- Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and Risk Taking: Common Bisocial Factors. *Journal of personality*, 68(6), 999-1029.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 757–768.
- Zur Hausen, H., & De Villiers, E. M. (1994). Human papilloma viruses. *Annual Reviews in Microbiology*, 48(1), 427-447.

MELLÉKLETEK

K13. Az alábbi védekezési módszerek közül melyeket alkalmazza Ön?

	mindig	gyakran	néha	kipróbálta	soha
folyamatosan szedett gyógyszer	5	4	3	2	1
esemény utáni tabletta	5	4	3	2	1
méhen belüli eszköz (spirál stb.)	5	4	3	2	1
pesszárrium (más hüvelyi eszköz)	5	4	3	2	1
óvszer használata	5	4	3	2	1
megszakított közösülés	5	4	3	2	1
természetes módszerek (pl. naptár)	5	4	3	2	1
behatolás nélküli szex	5	4	3	2	1

K14. Mennyire fél Ön a következőktől?

	nagyon	közepesen	egy kicsit	egyáltalán nem
megerőszkolják	4	3	2	1
megkapja az AIDS-t	4	3	2	1
nemi betegséget kap	4	3	2	1
megcsalja a partnere	4	3	2	1
felbomlik a házassága, tartós kapcsolata	4	3	2	1
partner nélkül marad	4	3	2	1
elveszti a szexuális vonzerejét	4	3	2	1
akarata ellenére teherbe esik	4	3	2	1
kiderül hogy hűtlenkedik	4	3	2	1
száraz marad	4	3	2	1

K15. Önöknél ki szokta kezdeményezni a szexuális együttléteket?

- | | |
|-----------------------|---|
| 1 – mindig Ön | 4 – többnyire a partnere |
| 2 – mindig a partnere | 5 – egyforma gyakorisággal kezdeményeznek |
| 3 – többnyire Ön | 6 – nem él nemi életet |

K16. Elő szokott-e fordulni, hogy a partnere visszautasítja az Ön közeledését?

- | | | |
|-------------|------------|----------|
| 1 – gyakran | 2 – ritkán | 3 – soha |
|-------------|------------|----------|

K17. Elő szokott-e fordulni, hogy Ön visszautasítja a partnere közeledését?

- | | | |
|-------------|------------|----------|
| 1 – gyakran | 2 – ritkán | 3 – soha |
|-------------|------------|----------|

K18. Meg szokta Ön beszélni a partnerével a szeretkezés élményeit?

- | | | | |
|------------|-------------|------------|----------|
| 1 – mindig | 2 – gyakran | 3 – ritkán | 4 – soha |
|------------|-------------|------------|----------|

K19. Szokott-e Ön beszélgetni a partnerével az esetleges szexuális kudarcokról?

- | | | | |
|------------|-------------|------------|----------|
| 1 – mindig | 2 – gyakran | 3 – ritkán | 4 – soha |
|------------|-------------|------------|----------|

K20. A partnerrel való szeretkezések gyakorisága:

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 1 - annyi, amennyit szeretne | 2 - kevesebb, mint amit szeretne | 3 - több, mint amit szeretne |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

K21. A partnerrel való szeretkezések gyakorisága:

- | | | |
|---|---|---|
| 1 - annyi, amennyit a partnere szeretne | 2 - kevesebb, mint amit a partnere szeretne | 3 - több, mint amit a partnere szeretne |
|---|---|---|

K22. Milyen gyakran van Önnek a szexuális érintkezésekben orgazmusa?

- | | | | |
|------------|-------------|------------|----------|
| 1 – mindig | 2 – gyakran | 3 – ritkán | 4 – soha |
|------------|-------------|------------|----------|

K23. Milyen gyakran volt orgazmusa a partnerével az elmúlt fél évben?

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| 1 - naponta | 5 - havonta |
| 2 - hetente többször | 6 - ritkábban |
| 3 - hetente egyszer | 7 - egyszer sem fél év alatt |
| 4 - havonta többször | 8 - nem szeretkeztek a fél év alatt |

K24. Milyen gyakran volt orgazmusa önkielégítéssel az elmúlt fél évben?

- | | |
|----------------------|--------------------------------------|
| 1 - naponta | 5 - havonta |
| 2 - hetente többször | 6 - ritkábban |
| 3 - hetente egyszer | 7 - egyszer sem fél év alatt |
| 4 - havonta többször | 8 - nem önkielégített a fél év alatt |

K25. Mennyi ideig tart Önnél egy átlagos szeretkezés az előjátéktól a beteljesülésig?

..... perc

K26. És ebből mennyi az előjáték?

..... perc

K27. Az alábbiak közül fenn áll-e Önnél valamelyik zavar legalább 12 hónapja?

	igen	nem
csökkent a szexuális élet iránti érdeklődése	1	2
elvesztette az érdeklődését a szexuális élet iránt	1	2
szárazság, illetve nedvesedési probléma	1	2
nehezen tud kielégülni	1	2
nem tud kielégülni	1	2
szorongás a szexuális aktustól	1	2
vérzés vagy irritáció a behatolásakor	1	2
fizikai fájdalom szeretkezés közben	1	2
nem talál örömet a szexuális életben	1	2
nem tudja befogadni a párját	1	2
fejfájás szeretkezés után	1	2

A nemzetközi kutatásokban a férfiak jelentős hányada - több mint harmada - kisebb-nagyobb mértékű merevedési zavarról számolt be. Merevedési zavar alatt azt értjük, amikor valakinél nem jön létre vagy tudja megtartani a merevedésnek azt a mértékét, ami a kielégítő szexuális élethez szükséges.

K28. Hogyan jellemezné az állandó partnerét? Válassza ki a leginkább jellemző leírást!

- A. **Nincs merevedési zavara:** Mindig létrejön, és mindig meg tudja tartani a szexuális tevékenységéhez szükséges mértékű merevedést.
- B. **Enyhe merevedési zavara van:** Általában létrejön, és általában meg tudja tartani a szexuális tevékenységéhez szükséges mértékű merevedést.
- C. **Mérsékelt merevedési zavara van:** Néha létrejön, és meg tudja tartani a szexuális tevékenységéhez szükséges mértékű merevedést
- D. **Súlyos merevedési zavara van:** Soha sem jön létre vagy sohasem tudja megtartani a szexuális tevékenységéhez szükséges mértékű merevedést.

K29. Kérjük, hogy becsülje meg, hogy az elmúlt fél évben történt szeretkezései alkalmával milyen gyakran fordult elő az állandó partnerénél valamilyen mértékű merevedési probléma? Kari-kázza be a legmegfelelőbb számot!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0-10%	10-20%	20-30%	30-40%	40-50%	50-60%	60-70%	70-80%	80-90 %	90-100%

K30. Ön szerint a következő tényezők mekkora szerepet játszanak a férfiak merevedési zavarának kialakulásában, előfordulásában?

	nagyot	közepet	egy kicsit	semekkorát
bizonyos betegségek, például cukorbetegség	4	3	2	1
kudarctól való félelem	4	3	2	1
munkahelyi stressz, túlterhelés	4	3	2	1
családi gondok	4	3	2	1
gyógyszerek, pl. vérnyomás csökkentők	4	3	2	1
szervi elváltozások	4	3	2	1
a partner vonzerejének csökkenése	4	3	2	1
veszekedés, elhidegülés	4	3	2	1
fáradtság	4	3	2	1
dohányzás	4	3	2	1
túlzott alkoholfogyasztás	4	3	2	1
elhízás	4	3	2	1
kedvezőtlen korábbi tapasztalatok	4	3	2	1

K31. Hova küldené az állandó partnerét segítségért, tanácsért, ha merevedési zavart tapasztalna nála?

	hozzá küldené	már küldte	nem küldené hozzá
házi orvoshoz	1	2	3
pszichológushoz	1	2	3
urológushoz	1	2	3
természetgyógyászhoz	1	2	3
legközelebbi barátjához	1	2	3
szakkönyveket, kiadványokat ajánlana	1	2	3

K32. Ajánlana-e Ön gyógyszert a partnerének a merevedési zavara kezelésére?

1 – már ajánlottam 2 – igen, ajánlanék 3 – esetleg 4 – nem ajánlanék

K33. Fordulna-e Önhöz az állandó partnere segítségért szexuális zavarok esetében?

1 – gyakran 2 – ritkán 3 – soha

K34. Zaklatták-e már Önt szexuálisan?

1 – gyakran 2 – ritkán 3 – soha

K35. Volt már Önnek szexuális kalandja nővel?

1 – gyakran 2 – ritkán 3 – egyszer 4 – soha

K36. Hogyan jellemezné Önmagát?

1 – heteroszexuális 2 – biszexuális 3 – leszbikus 4 - önmegtartóztató

K37. Mennyire volt Önnek kínos válaszolni ezekre a kérdésekre?

1 – nagyon 2 – közepesen 3 – egy kicsit 4 – egyáltalán nem

K38. Mennyire voltak őszinték az Ön válaszai?

1 – teljesen 2 – nagyobb részben 3 – kisebb részben 4 – egyáltalán nem

2. melléklet

Az itemek jelölése a tesztben		Mann-Whitney U-próba	Wilcoxon W	Z-érték	Szignifikancia-szint	Bonferroni korrekció
k1	Milyen gyakran él nemi életet?	94162.5	111367.5	-2.859	0.004	0.284
k2	Mennyire elégedett a szexuális életével?	87877	105268	-4.083	0	0.000
k3	Mennyire fontos része az életének a nemi élet?	101335	788713	-1.897	0.058	4.118
k4	Van-e állandó szexuális partnere?	71722.5	91822.5	-10.665	0	0.000
k6	Van-e jelenleg alkalmi szexuális partnere?	114254.5	132209.5	-1.287	0.198	14.058
k8_1	Előfordult-e az elmúlt hónapban, hogy csókolózott az állandó partnerével.	106928	901358	-2.741	0.006	0.426
k8_2	Új alkalmi partnerrel szeretkezett	116027	133418	-0.623	0.533	37.843
k8_3	Pornó filmet nézett.	96644.5	114599.5	-4.585	0	0.000
k8_4	Ajándékkal kedveskedett a partnerének.	95024.5	886935.5	-4.727	0	0.000
k8_5	Önkielégítést végzett.	59910	78055	-11.598	0	0.000
k8_6	Szex-újságot vásárolt.	109934	910679	-5.599	0	0.000
k8_7	Szexuális tartalmú álmai, fantáziái voltak.	77051.5	95006.5	-8.102	0	0.000
k8_8	Újszerű szexuális játékokat próbált ki.	98659.5	899404.5	-5.047	0	0.000
k8_9	Orális szexet folytatott.	96958.5	114163.5	-3.865	0	0.000
k13_1	Melyik védekezést alkalmazza: folyamatosan szedett gyógyszer.	84165	615130	-2.234	0.026	1.846
k13_2	Esemény utáni tableta.	88870.5	608560.5	-1.01	0.312	22.152
k13_3	Méhen belüli eszköz (spirál stb.).	85042.5	602695.5	-7.014	0	0.000
k13_4	Pesszárium (más hüvelyi eszköz).	89928.5	606564.5	-1.36	0.174	12.354
k13_5	Óvszer használata.	76163	92634	-7.166	0	0.000
k13_6	Megszakított közösülés.	108371.5	865436.5	-0.627	0.531	37.701
k13_7	Természetes módszerek (pl. naptár).	98046.5	850197.5	-4.565	0	0.000
k13_8	Behatolás nélküli szex.	99069.5	115540.5	-2.673	0.008	0.568
k14_1	Mennyire fél attól, hogy megerőszoalják?	98022	116550	-0.611	0.541	38.411
k14_2	Megkapja az AIDS-t?	116680	921226	-0.849	0.396	28.116
k14_3	Nemi betegséget kap.	109659.5	127995.5	-2.17	0.03	2.130
k14_4	Megcsalja a partnere.	109094.5	127430.5	-2.232	0.026	1.846
k14_5	Felbomlik a házassága, tartós kapcsolata.	103507.5	121843.5	-3.292	0.001	0.071
k14_6	Partner nélkül marad.	101007.5	119343.5	-3.806	0	0.000
k14_7	Elveszti a szexuális vonzerejét.	96063.5	114399.5	-4.747	0	0.000
k14_8	Akarata ellenére teherbe esik.	86038.5	104374.5	-6.662	0	0.000
k14_9	Kiderül, hogy hűtlenkedik.	118141	136477	-0.539	0.59	41.890
k14_10	Száraz marad.	91781	110117	-5.77	0	0.000
k16	Elő szokott-e fordulni, hogy a partnere visszautasítja a közeledését?	94230.5	837820.5	-2.931	0.003	0.213

Az itemek jelölése a tesztben		Mann-Whitney U-próba	Wilcoxon W	Z-érték	Szignifikancia-szint	Bonferroni korrekció
k17	Elő szokott-e fordulni, hogy visszautasítja a partnere közeledését?	107599	860977	-0.226	0.822	58.362
k18	Meg szokta beszélni a partnerével a szeretkezés élményeit?	103652.5	119762.5	-1.245	0.213	15.123
k19	Szokott-e beszélgetni a partnerével az esetleges szexuális kudarcokról?	93724.5	844649.5	-2.475	0.013	0.923
k22	Milyen gyakran van a szexuális érintkezésekben orgazmusa?	69181.5	85291.5	-5.084	0	0.000
k23	Milyen gyakran volt orgazmusa a partnerével az elmúlt fél évben?	82744	96940	-4.003	0	0.000
k24	Milyen gyakran volt orgazmusa önkielégítéssel az elmúlt fél évben?	51970.5	777380.5	-9.805	0	0.000
k27_1	Fennáll-e valamelyik zavar 12 hónapja: Csökkent a szexuális élet iránti érdeklődése.	108638.5	901808.5	-1.192	0.233	16.543
k27_2	Elvesztette az érdeklődését a szexuális élet iránt.	112439	905609	-0.121	0.904	64.184
k27_3	Szárazság, illetve nedvesedési probléma.	101794.5	894964.5	-3.424	0.001	0.071
k27_4	Nehezen tud kielégülni.	104154.5	894807.5	-2.146	0.032	2.272
k27_5	Nem tud kielégülni.	105990.5	897901.5	-2.428	0.015	1.065
k27_6	Szorongás a szexuális aktustól.	94181	887351	-5.196	0	0.000
k27_7	Vérzés vagy irritáció a behatoláskor.	84651.5	624931.5	-3.54	0	0.000
k27_8	Fizikai fájdalom szeretkezés közben.	100003.5	890656.5	-3.568	0	0.000
k27_9	Nem talál örömet a szexuális életben.	103392.5	823992.5	-1.875	0.061	4.331
k27_10	Nem tudja befogadni a párját.	90451.5	630731.5	-1.394	0.163	11.573
k27_11	Fejfájás szeretkezés után.	92006.5	108116.5	-0.855	0.392	27.832
k28	Hogyan jellemezné az állandó partner merevedését, illetve zavarát?	84222	98757	-3.171	0.002	0.142
k29	Partner merevedési zavara az elmúlt fél évben, százalékos gyakoriságban.	79353	91134	-1.641	0.101	7.171
k30_1	Véleménye szerint mekkora a szerepe ezeknek a tényezőknek a férfi merevedési zavar kialakulásában: bizonyos betegségek, például cukorbetegség.	100683.5	891336.5	-1.154	0.248	17.608
k30_2	Kudarctól való félelem.	17873.5	32238.5	-21.631	0	0.000
k30_3	Munkahelyi stressz, túlterhelés.	29172.5	43537.5	-16.584	0	0.000
k30_4	Családi gondok.	49313	63678	-11.885	0	0.000
k30_5	Gyógyszerek, pl. vérnyomás csökkentők.	96549.5	859779.5	-1.684	0.092	6.532
k30_6	Szervi elváltozások.	67178.5	81543.5	-7.851	0	0.000
k30_7	A partner vonzerejének csökkenése	78484.5	92849.5	-5.525	0	0.000

Az itemek jelölése a tesztben		Mann-Whitney U-próba	Wilcoxon W	Z-érték	Szignifikancia-szint	Bonferroni korrekció
k30_8	Veszekedés, elhidegülés.	45925	60290	-12.345	0	0.000
k30_9	Fáradtság.	61331	75696	-9.069	0	0.000
k30_10	Dohányzás.	66904	825200	-7.882	0	0.000
k30_11	Túlzott alkoholfogyasztás.	58558.5	72923.5	-9.676	0	0.000
k30_12	Elhízás.	100868	859164	-0.672	0.502	35.642
k30_13	Kedvezőtlen korábbi tapasztalatok.	62871	77236	-9.033	0	0.000
k32	Ajánlana-e gyógyszert a partnerének a merevedési zavara kezelésére?	74515	90091	-4.431	0	0.000
k33	Fordulna-e az állandó partnere segítségért szexuális zavarok esetében?	65069	569579	-4.648	0	0.000
k34	Zaklatták-e szexuálisan?	99077.5	118187.5	-0.821	0.412	29.252
k35	Volt már szexuális kalandja azonos neművel?	109236.5	869997.5	-3.497	0	0.000
k37	Mennyire volt kínos válaszolni ezekre a kérdésekre?	88736.5	108836.5	-7.356	0	0.000
k38	Mennyire voltak őszinték a válaszai?	115887	874183	-1.876	0.061	4.331

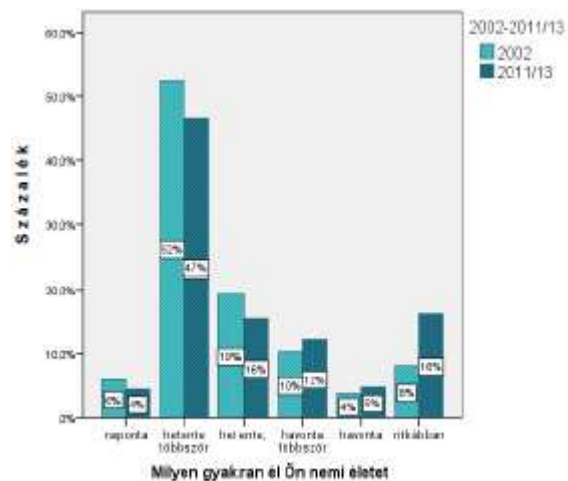
3. melléklet

		Levene teszt		T-próba			
		F	Szign.	t	df	Szign.	Bonferroni
Eddigi élete során hány állandó jellegű szexuális partnere volt?	Szóráshomogenitás teljesül	0.916	0.339	2.677	1427	0.01	0.048
	Szóráshomogenitás nem teljesül			1.95	196.273	0.05	0.318
Összesen hány szexuális partnere volt eddigi élete során?	Szóráshomogenitás teljesül	0.763	0.383	-0.068	1404	0.95	5.676
	Szóráshomogenitás nem teljesül			-0.112	450.453	0.91	5.466
Hányszor szeretkezett az utóbbi 10 napban?	Szóráshomogenitás teljesül	4.786	0.029	3.064	1320	0.00	0.012
	Szóráshomogenitás nem teljesül			2.458	203.919	0.02	0.090
Hány partnerrel?	Szóráshomogenitás teljesül	0.8	0.371	4.309	1311	0.00	0.000
	Szóráshomogenitás nem teljesül			2.234	181.529	0.03	0.162
Mennyi ideig tart egy átlagos szeretkezés az előjátéktól a beteljesülésig? (perc)	Szóráshomogenitás teljesül	4.736	0.030	7.1	1325	0.00	0.000
	Szóráshomogenitás nem teljesül			7.89	213.361	0.00	0.000
És ebből mennyi az előjáték? (perc)	Szóráshomogenitás teljesül	13.236	0.000	7.372	1328	0.00	0.000
	Szóráshomogenitás nem teljesül			6.432	184.924	0.00	0.000

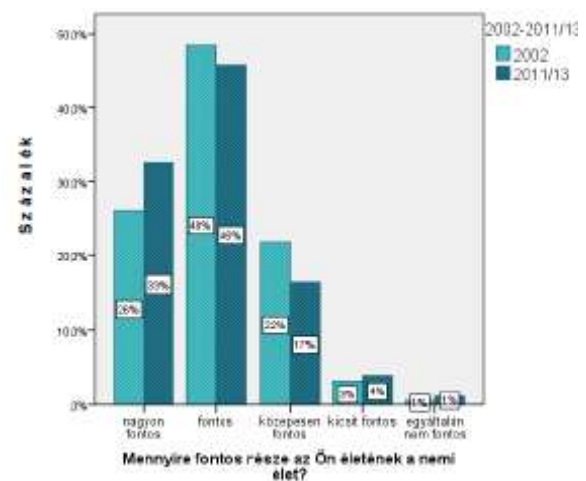
4. melléklet

		2002	2011/13
Kinek a felelőssége a fogamzásgátlás?	a férfiaké		
	a nőké	B	
	mindkét partneré		A
Mi a jellemzőbb?	a partneremre bízom a védekezést		
	megbeszéljük a védekezés módját		
	magam gondoskodom a védekezésről		
Ki szokta kezdeményezni a szexuális együttléteket?	mindig Ön		
	mindig a partnere	B	
	többnyire Ön		
	többnyire a partnere		
	egyforma gyakorisággal kezdeményeznek	B	
	nem él nemi életet		
A partnerrel való szeretkezések gyakorisága:	annyi, amennyit szeretne	B	
	kevesebb, mint amit szeretne		A
	több mint, amit szeretne		
A partnerrel való szeretkezések gyakorisága:	annyi, amennyit a partnere szeretne		
	kevesebb, mint amit a partnere szeretne		
	több mint, amit a partnere szeretne		
Házi orvoshoz:	hozzá küldené		
	már küldte		
	nem küldené hozzá		
Pszichológushoz:	hozzá küldené		A
	már küldte		
	nem küldené hozzá	B	
Urológushoz:	hozzá küldené		
	már küldte		
	nem küldené hozzá		
Természetgyógyászhoz:	hozzá küldené		
	már küldte		
	nem küldené hozzá		
Legközelebbi barátjához:	hozzá küldené		A
	már küldte		
	nem küldené hozzá	B	
Szakkönyveket, kiadványokat ajánlana:	hozzá küldené		
	már küldte		
	nem küldené hozzá		

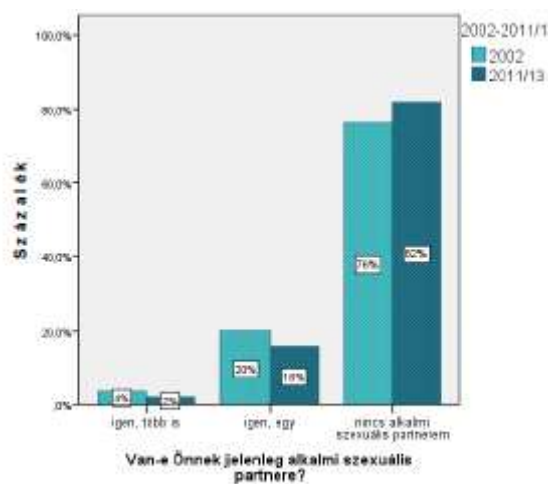
5. melléklet



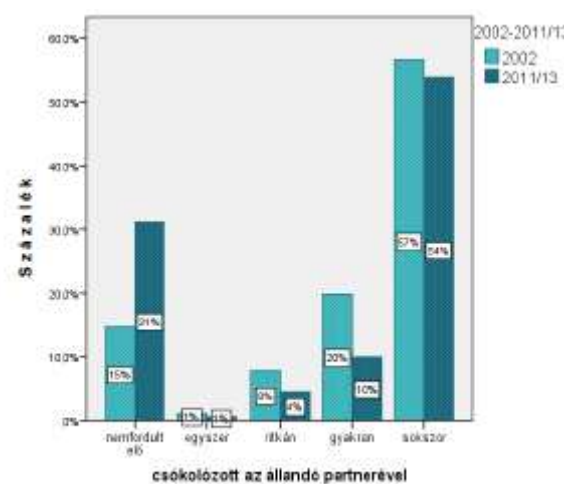
5.1. melléklet



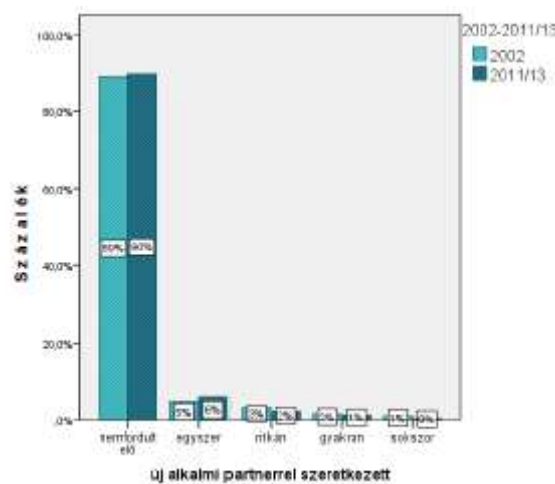
5.2. melléklet



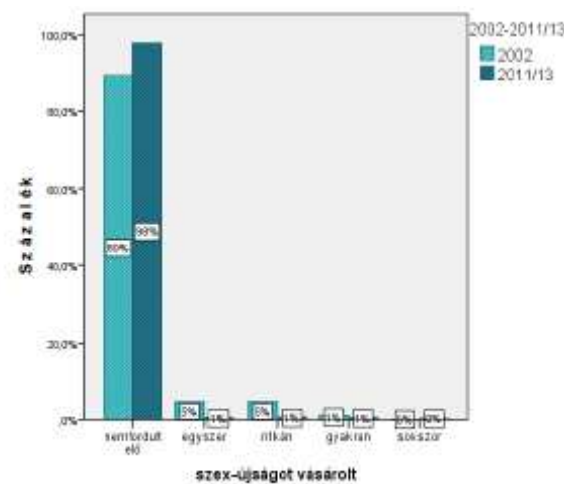
5.3. melléklet



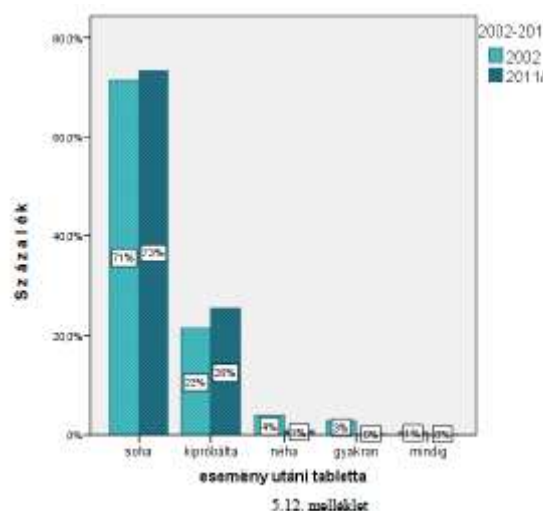
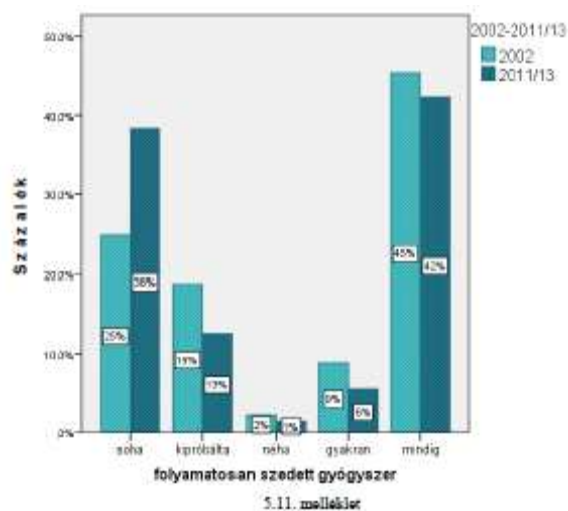
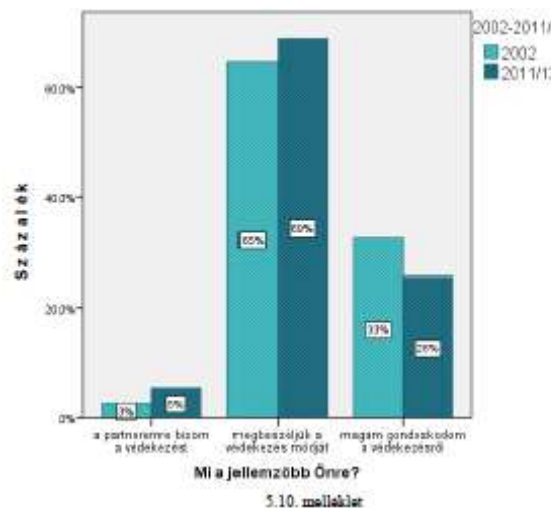
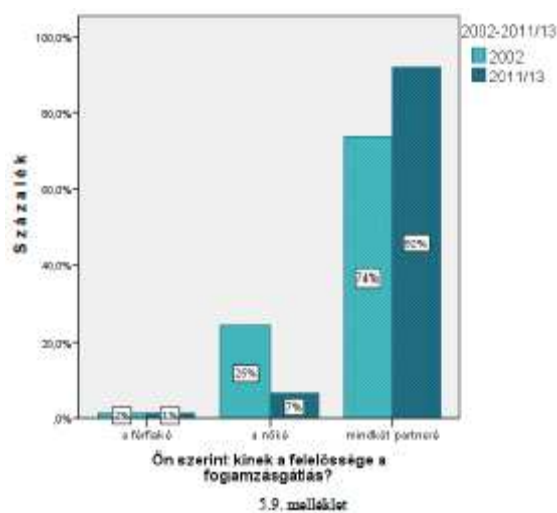
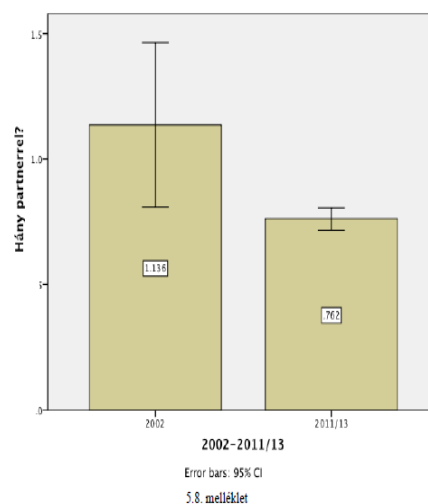
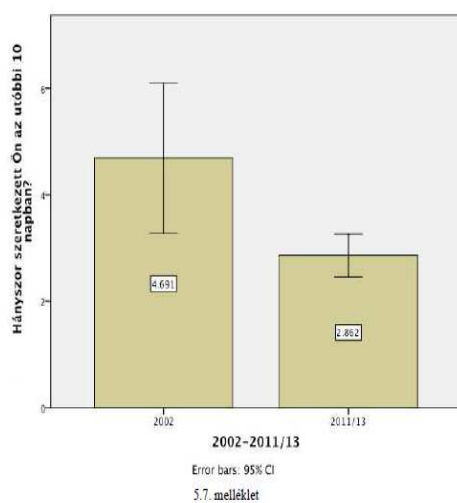
5.4. melléklet

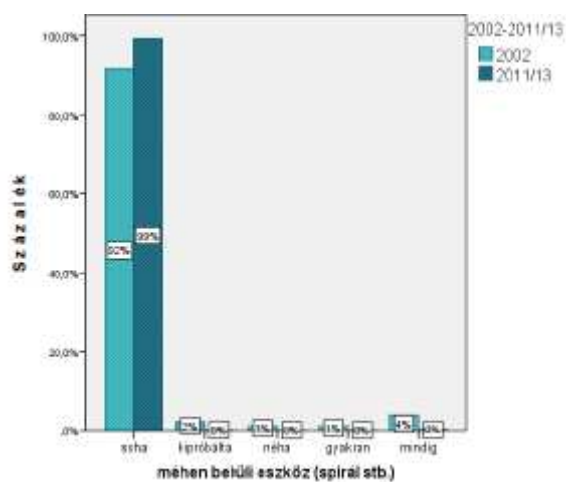


5.5. melléklet

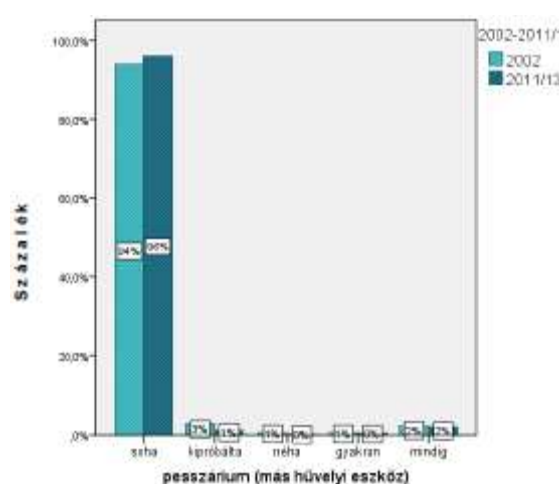


5.6. melléklet

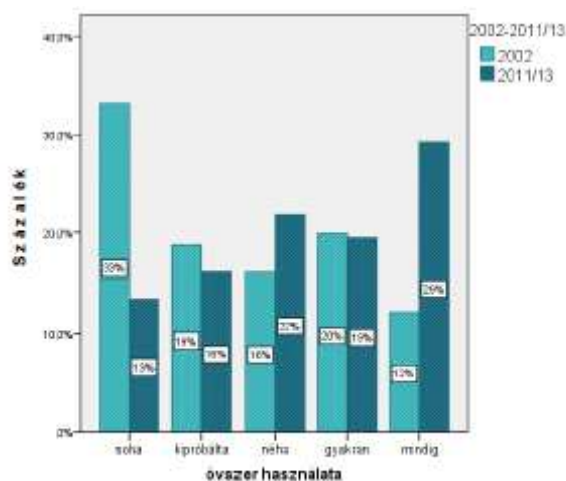




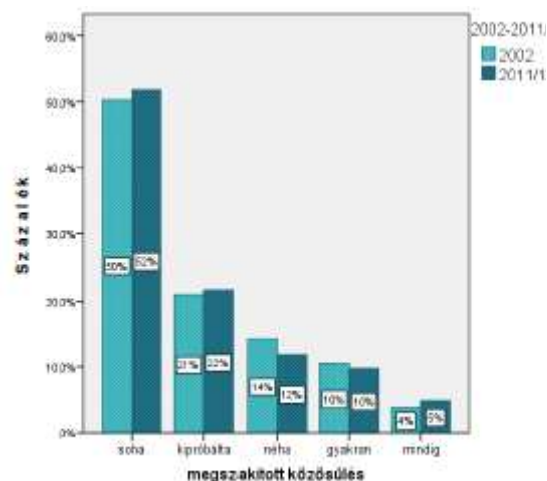
5.13. melléklet



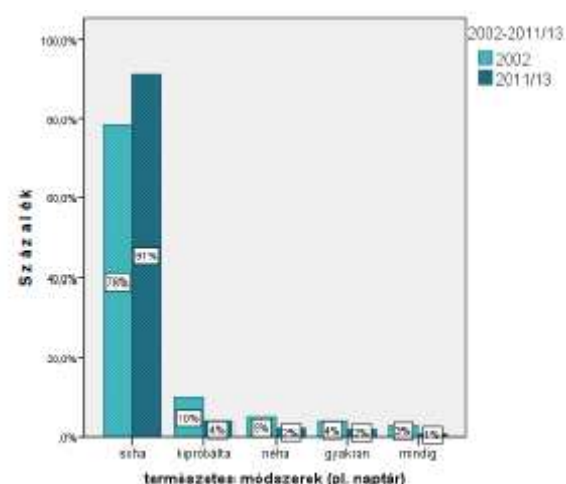
5.14. melléklet



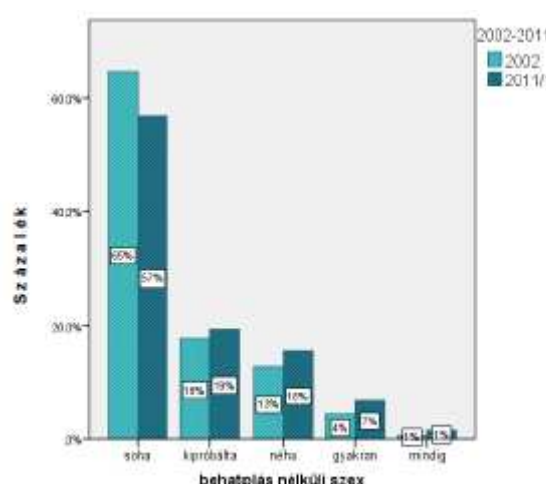
5.15. melléklet



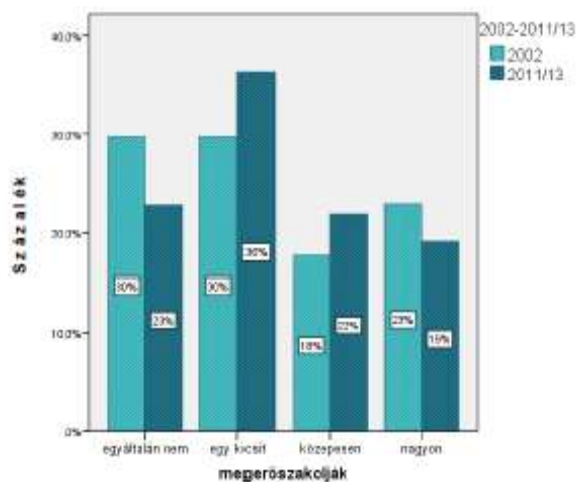
5.16. melléklet



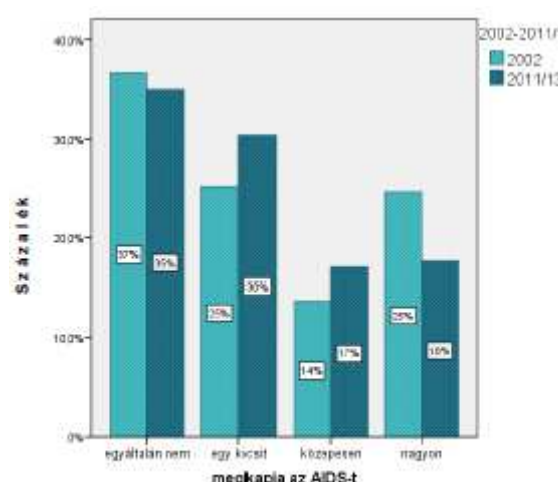
5.17. melléklet



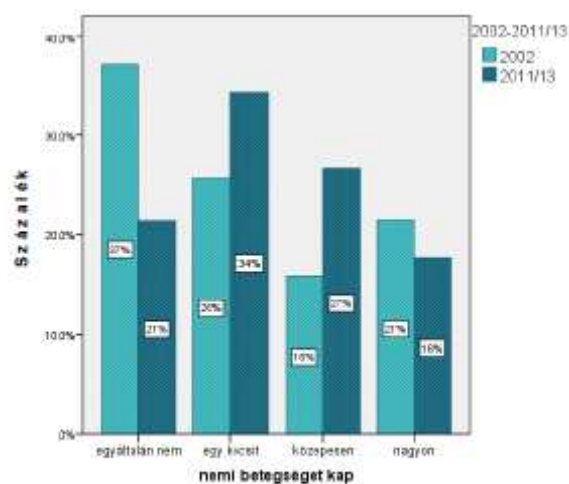
5.18. melléklet



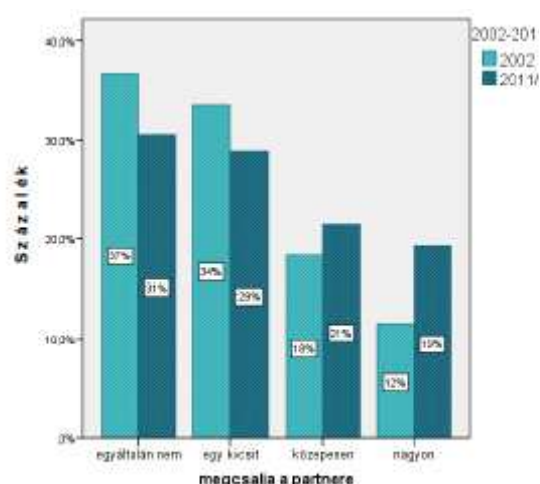
5.19. melléklet



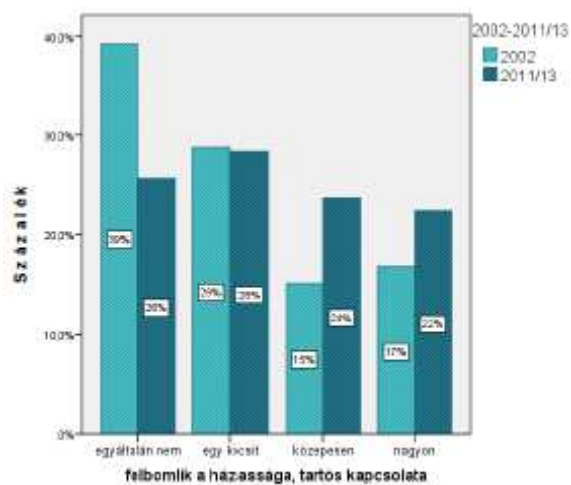
5.20. melléklet



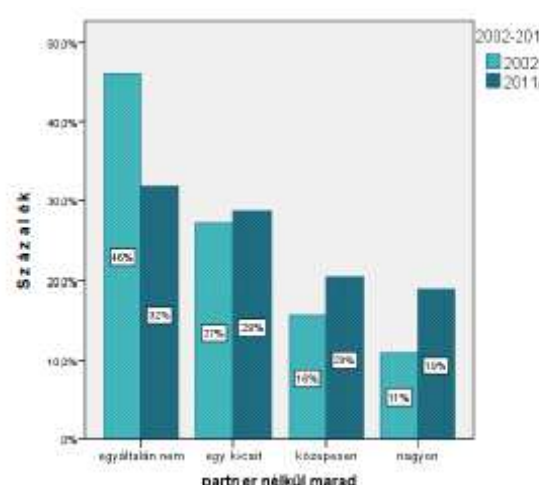
5.21. melléklet



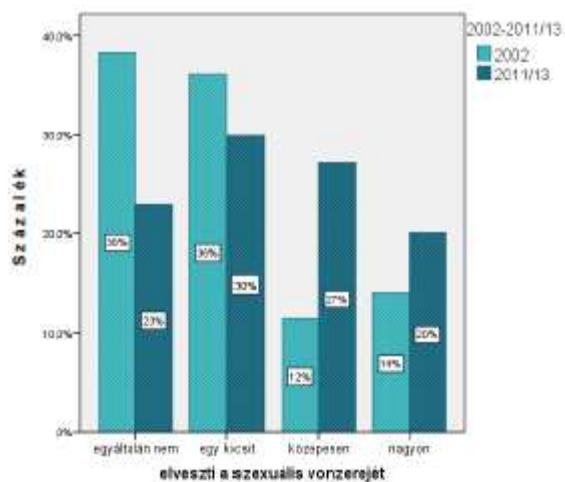
5.22. melléklet



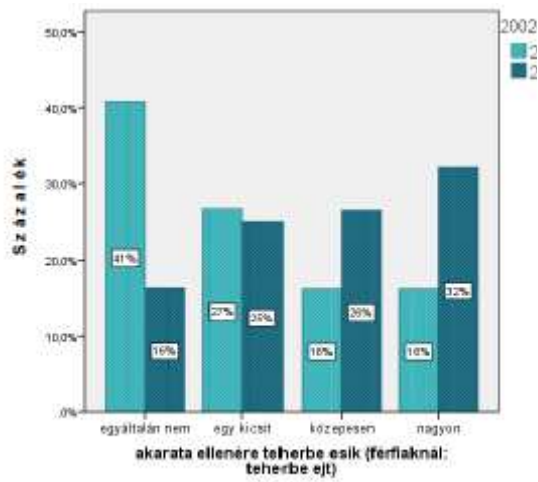
5.23. melléklet



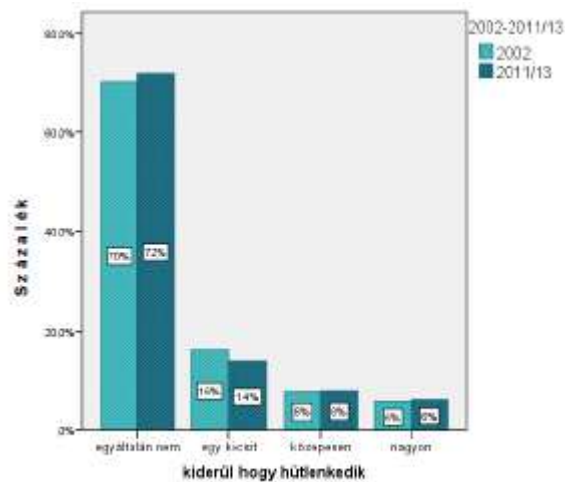
5.24. melléklet



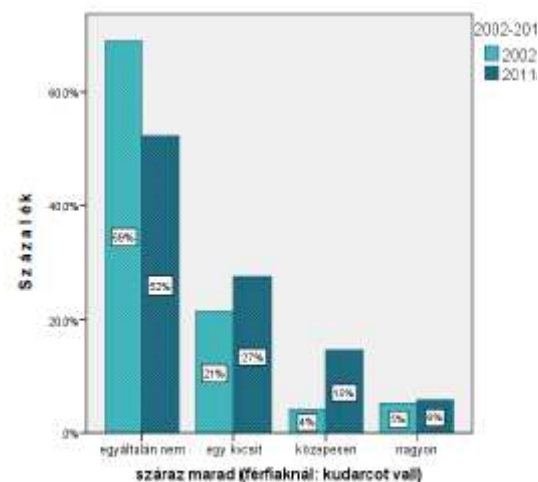
5.25. melléklet



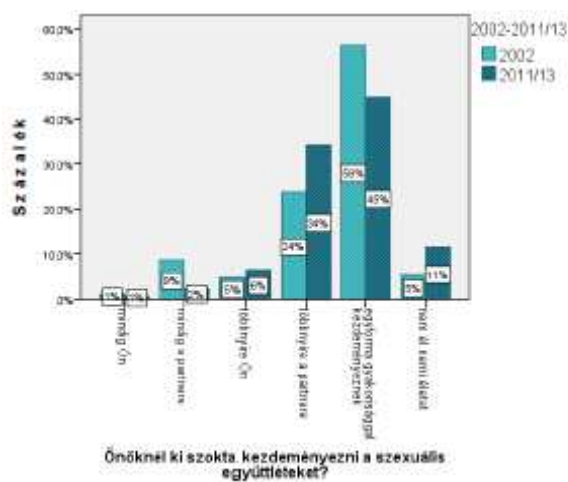
5.26. melléklet



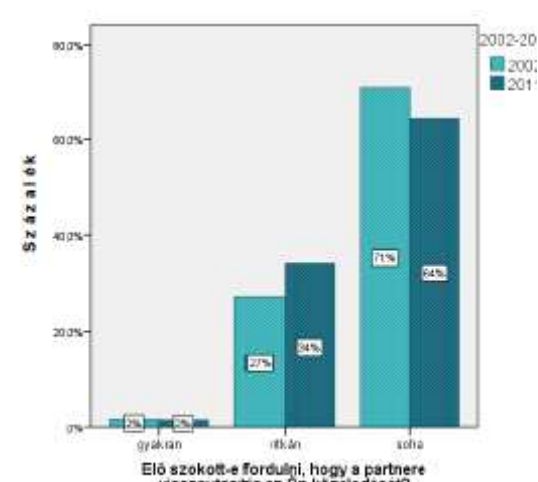
5.27. melléklet



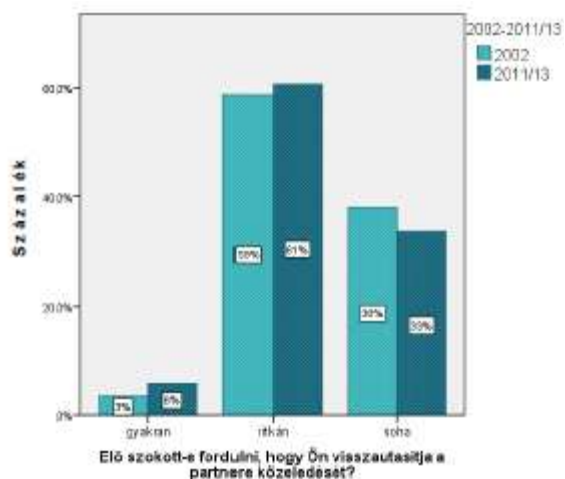
5.28. melléklet



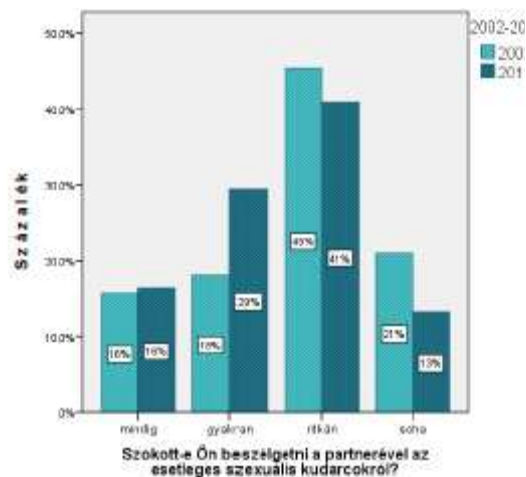
5.29. melléklet



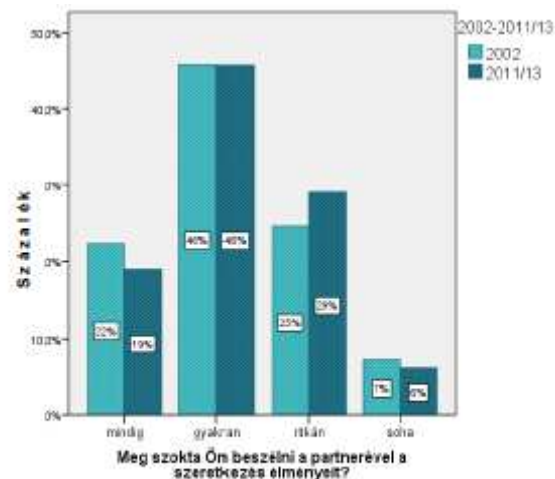
5.30. melléklet



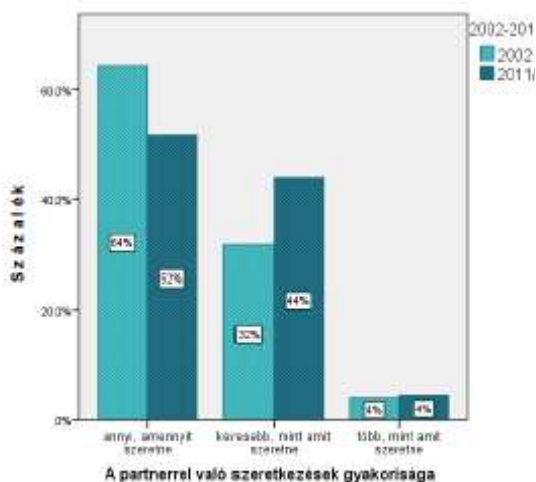
5.31. melléklet



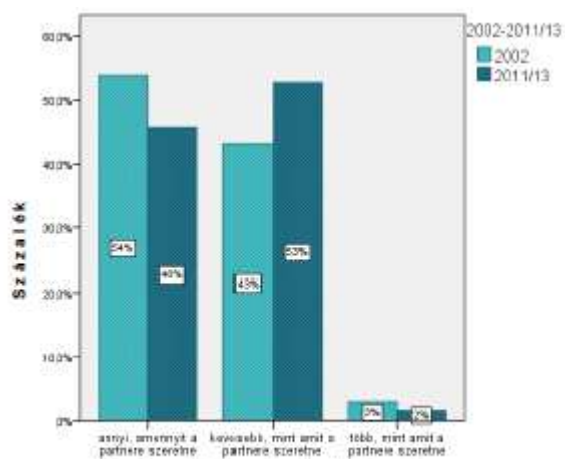
5.32. melléklet



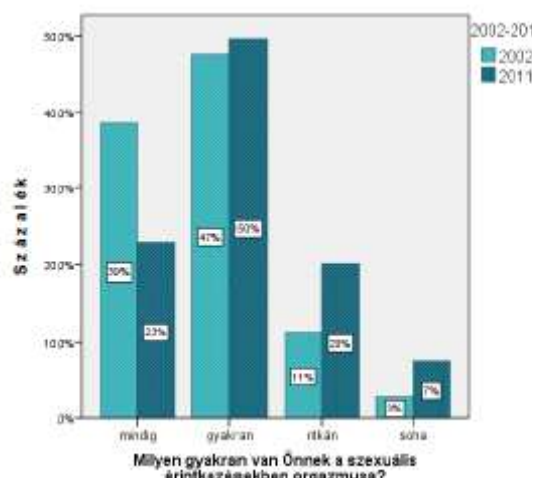
5.33. melléklet



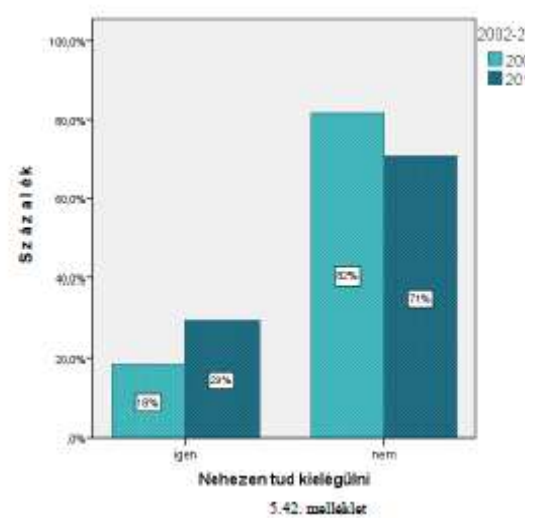
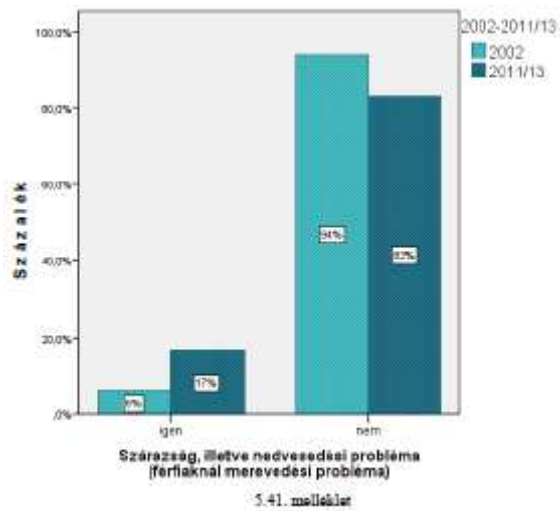
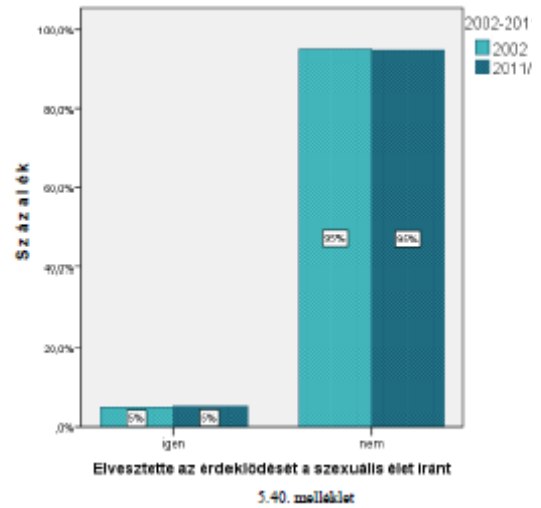
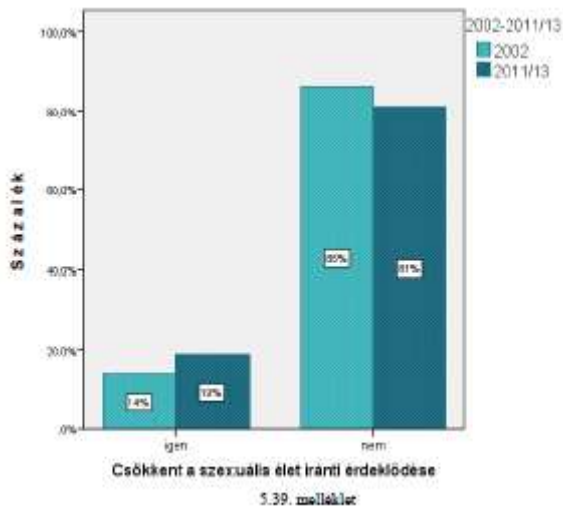
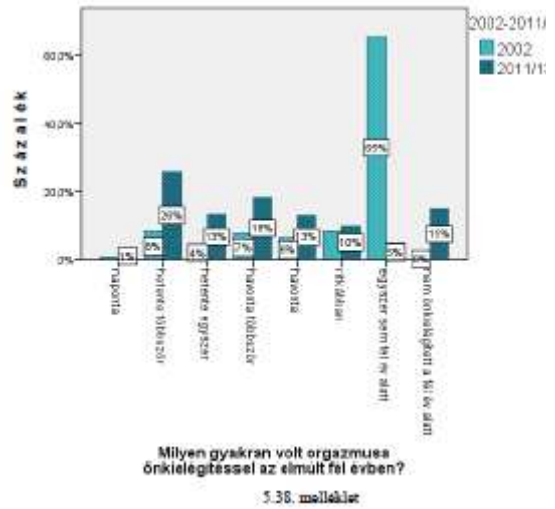
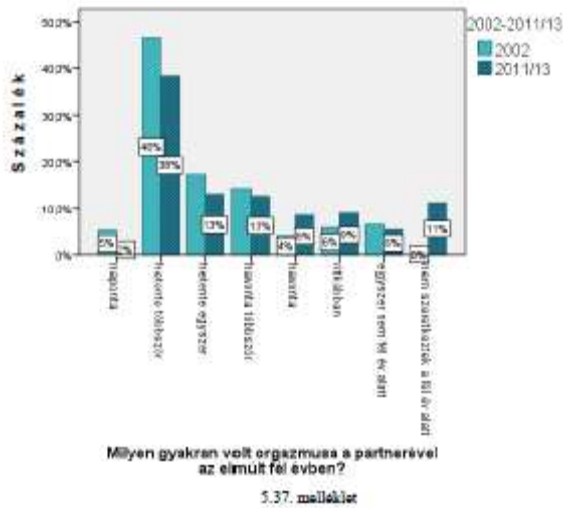
5.34. melléklet

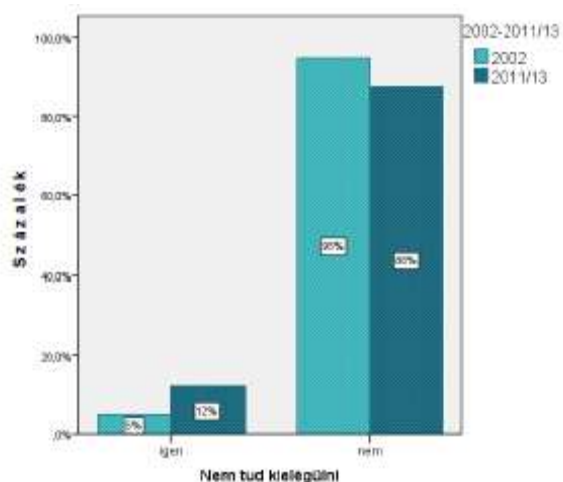


5.35. melléklet

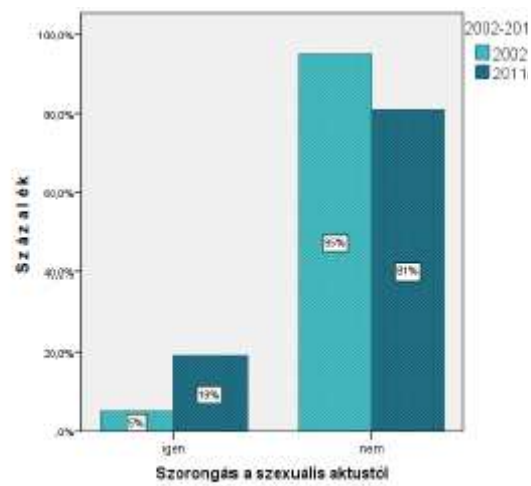


5.36. melléklet

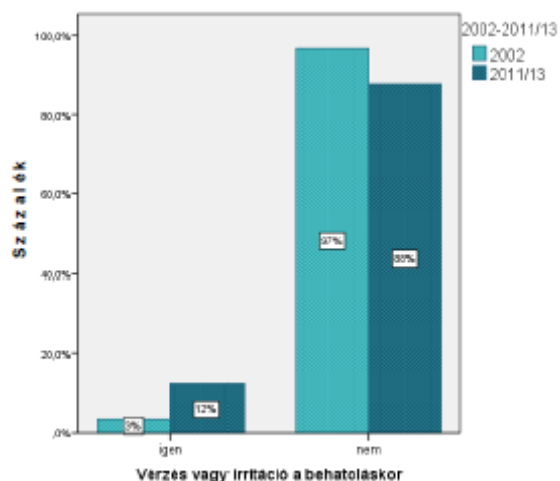




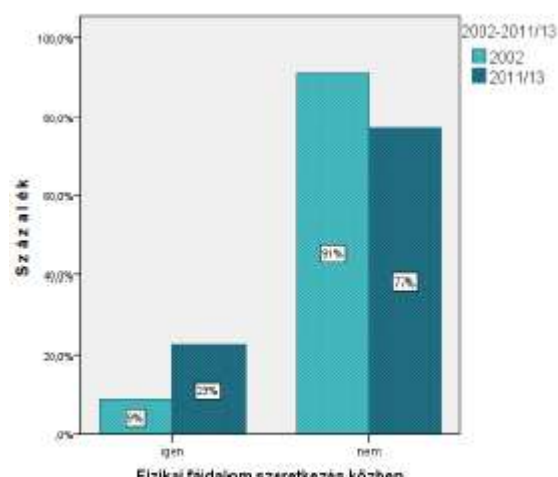
5.43. melléklet



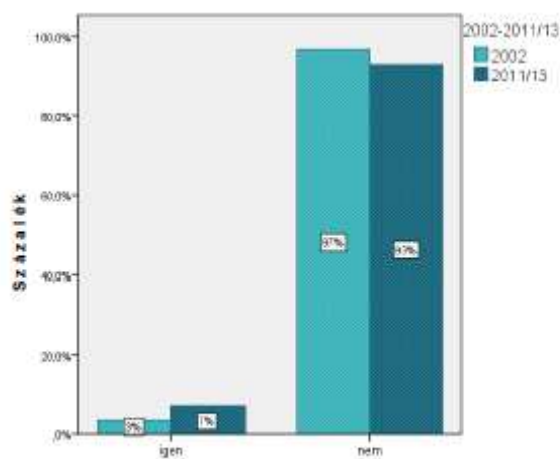
5.44. melléklet



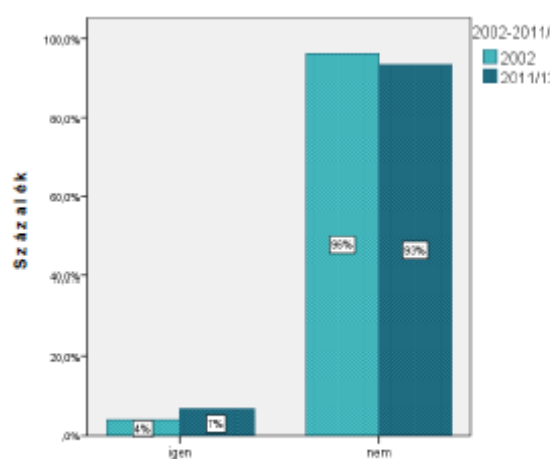
5.45. melléklet



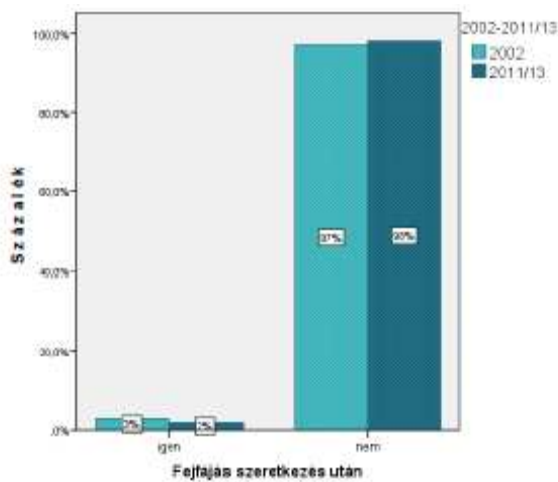
5.46. melléklet



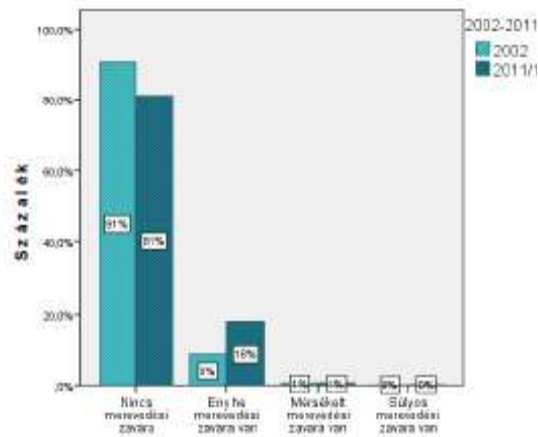
5.47. melléklet



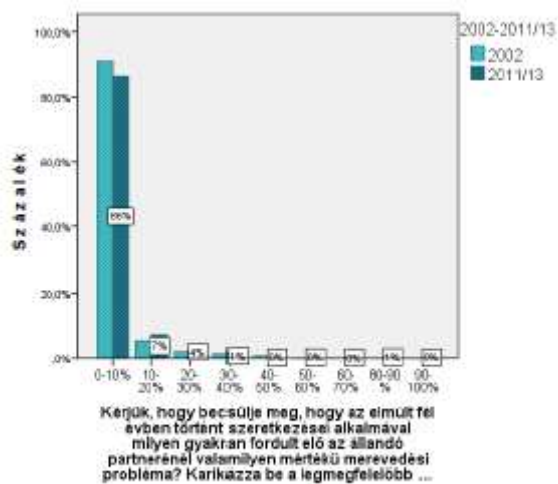
5.48. melléklet



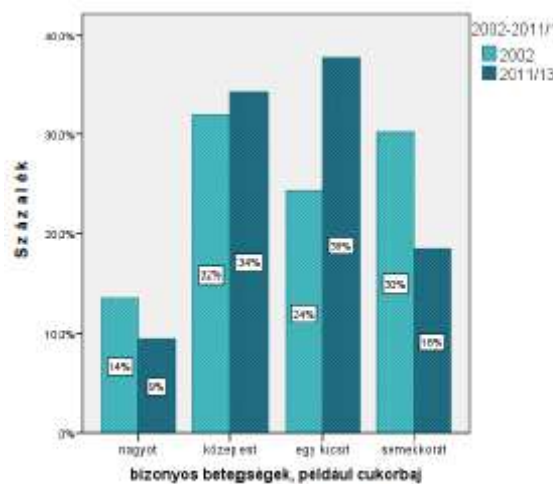
5.49. melléklet



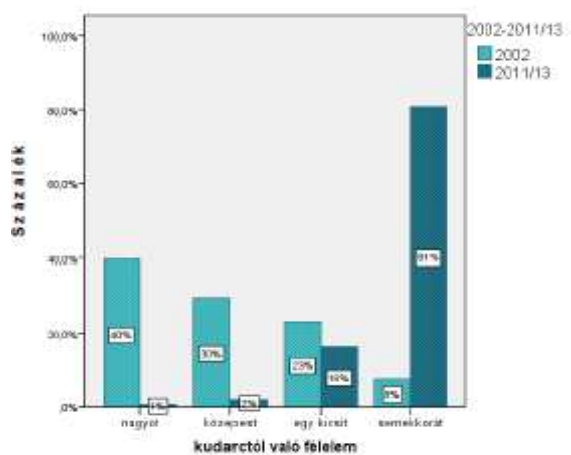
5.50. melléklet



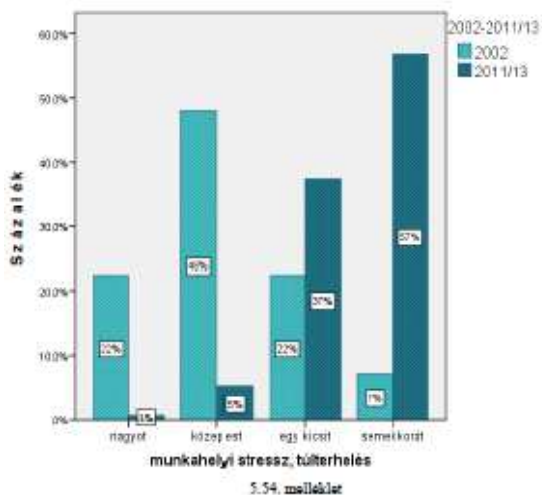
5.51. melléklet



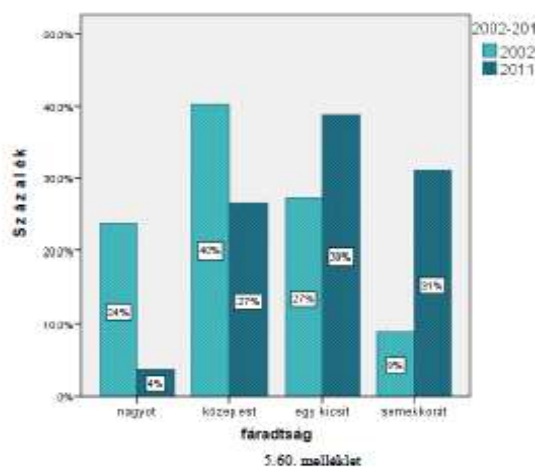
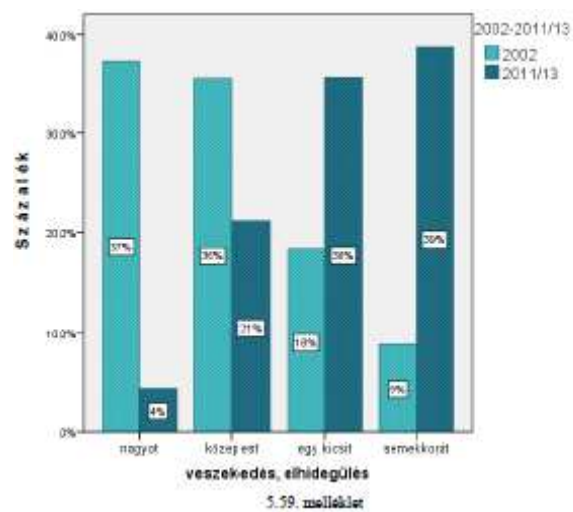
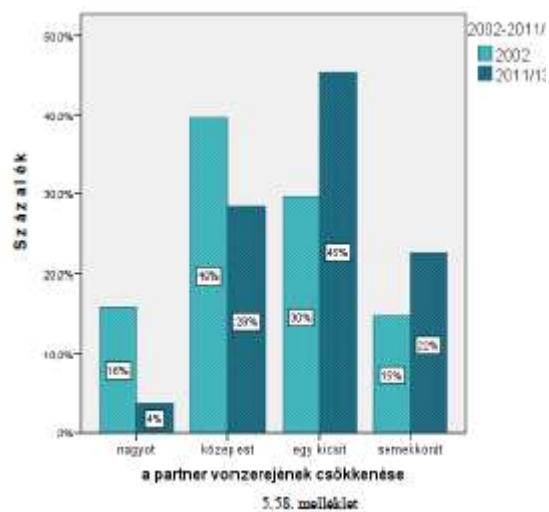
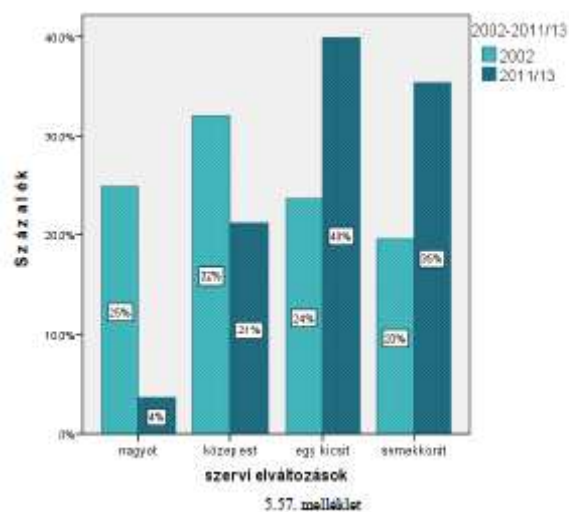
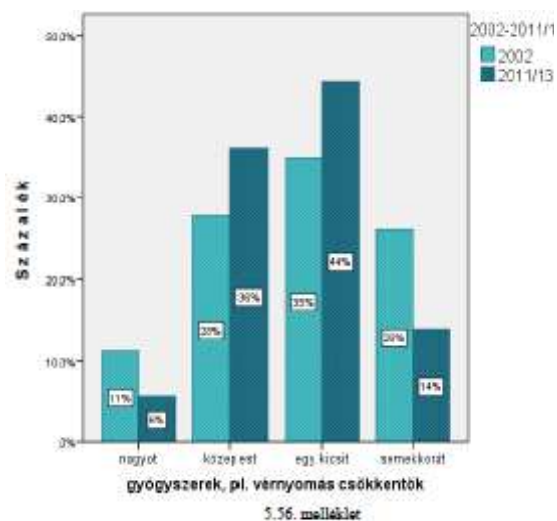
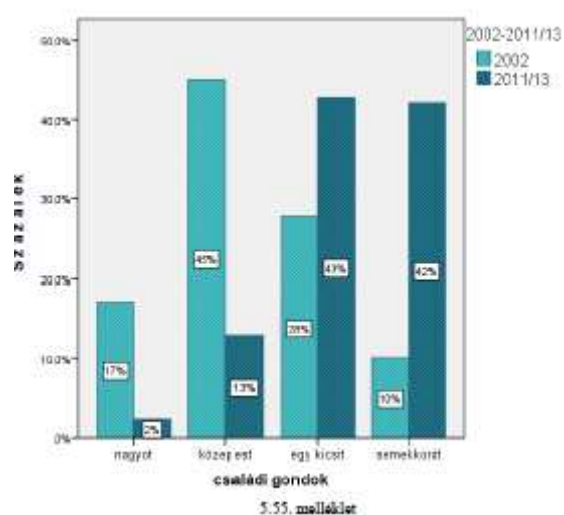
5.52. melléklet

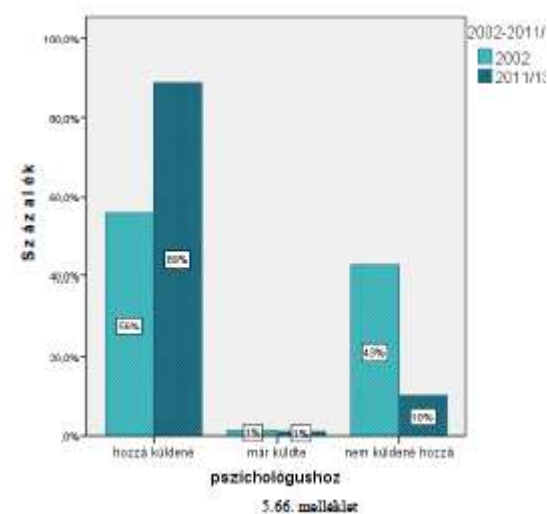
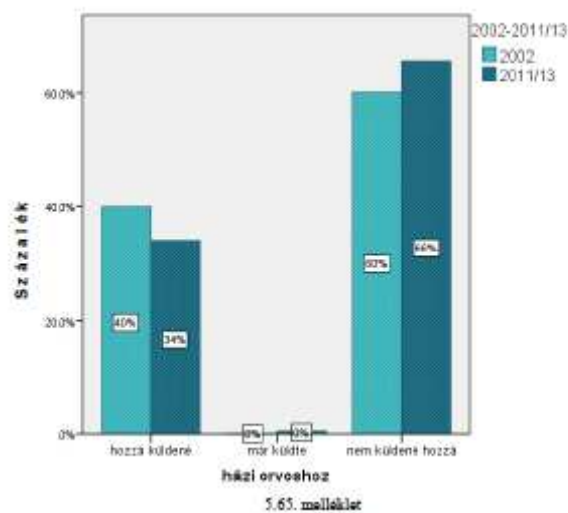
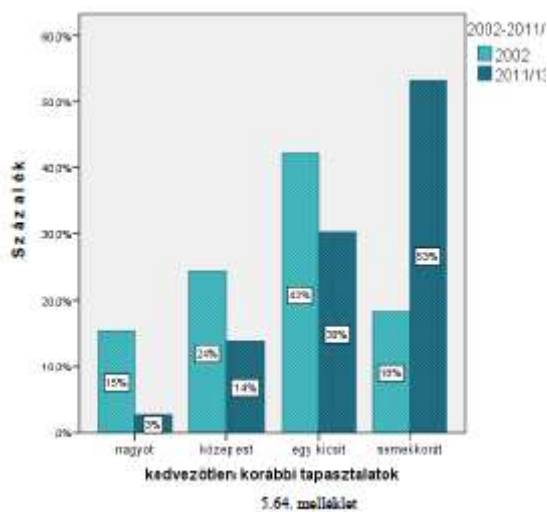
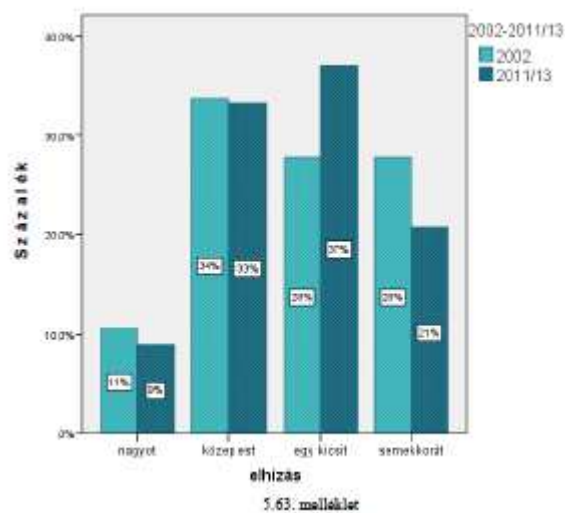
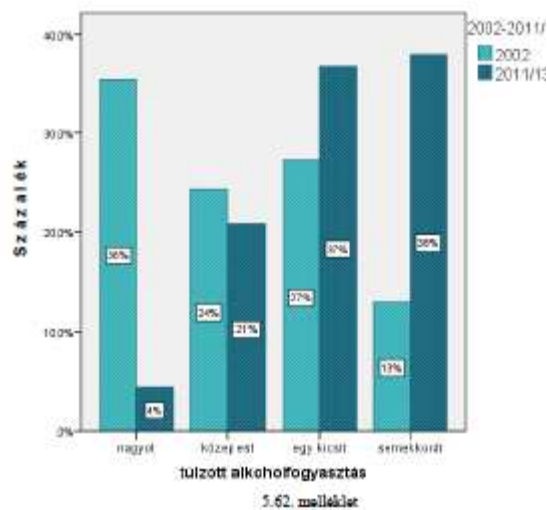
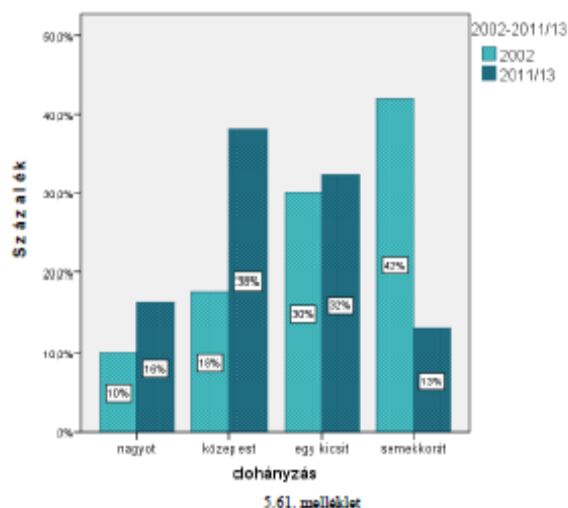


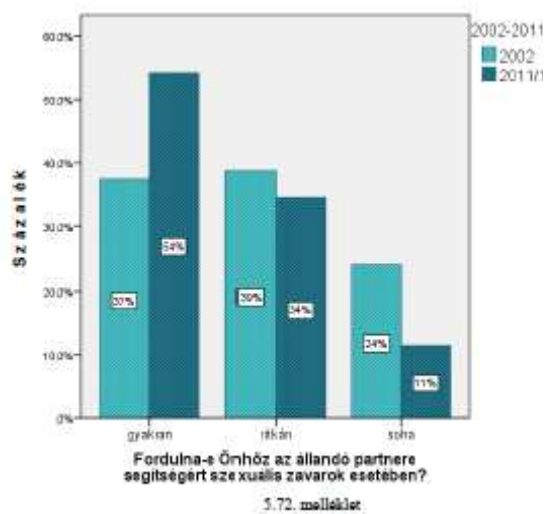
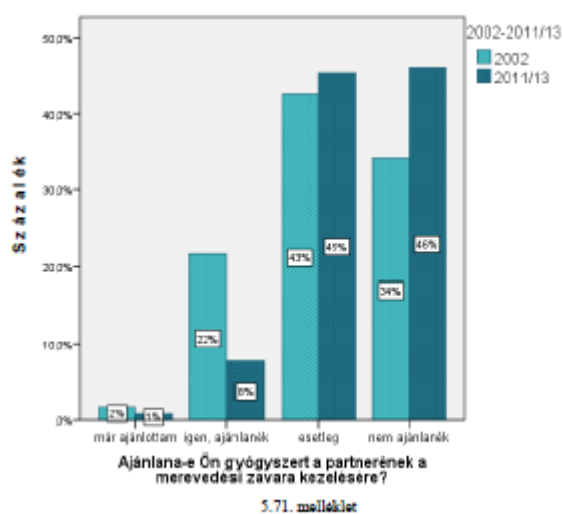
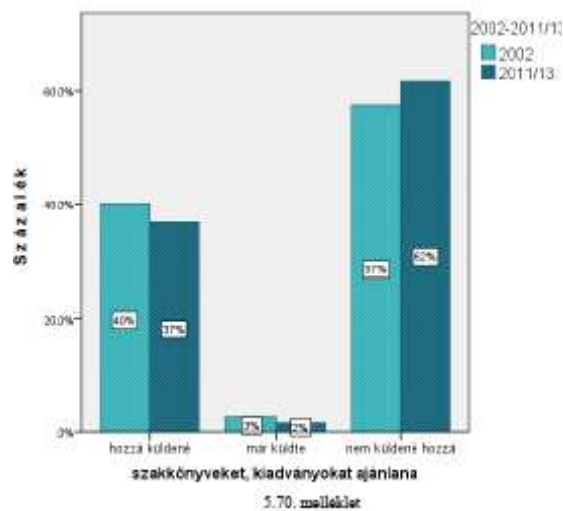
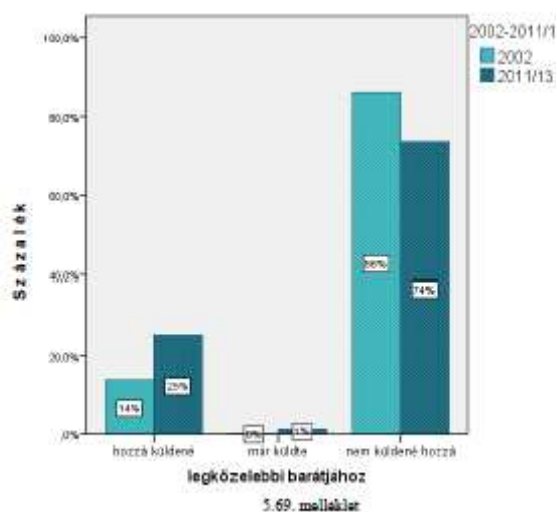
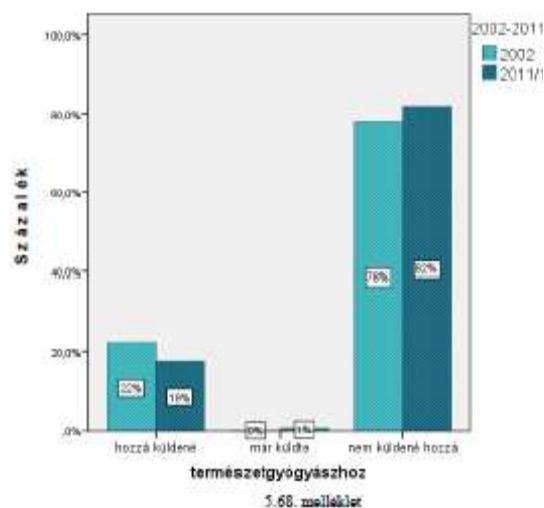
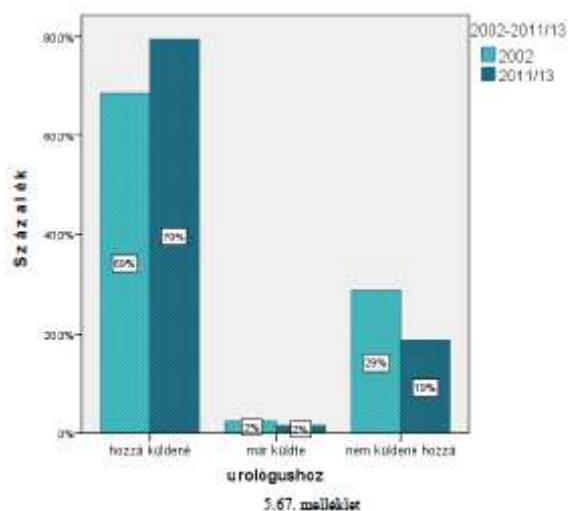
5.53. melléklet

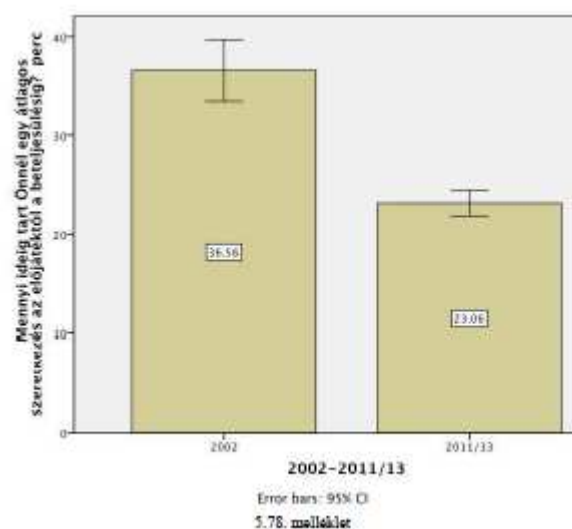
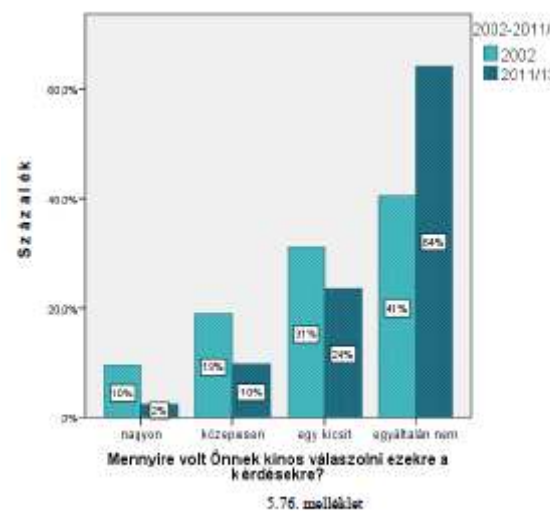
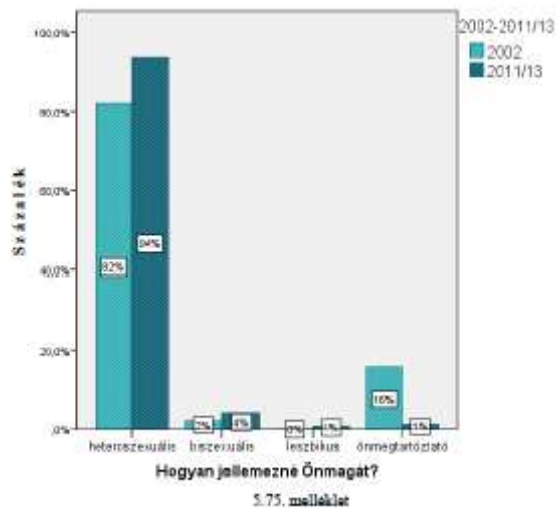
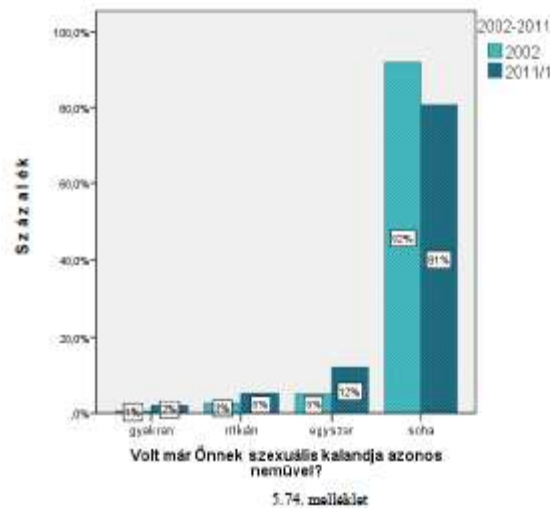


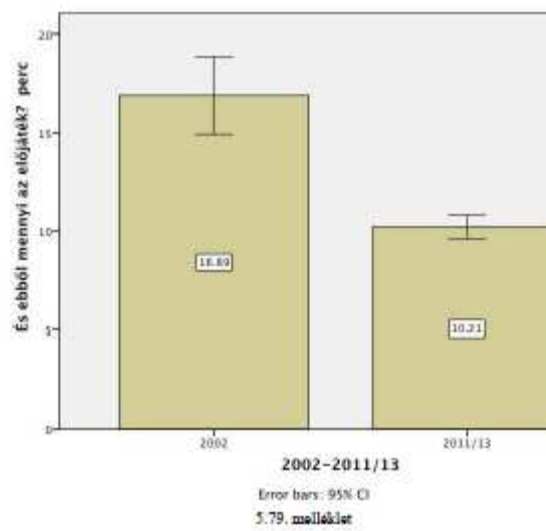
5.54. melléklet











6. melléklet

A Női Szexuális Funkció Index (Rosen és mtsai, 2000)

JELÖLJE A MEGFELELŐ NÉGYZETBEN AZT A VÁLASZT, AMI AZ ELMÚLT
4 HETET TEKINTVE A LEGJOBBAN ILLIK ÖNRE!

1. Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális vágyat vagy érdeklődést?

- ☐ 5. Majdnem mindig vagy mindig
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
- ☐ 2. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
- ☐ 1. Szinte sohasem vagy soha

2. Az utóbbi 4 hétben hogyan értékelné szexuális vágyának vagy érdeklődésének szintjét (fokát)?

- ☐ 5. Nagyon magas
- ☐ 4. Magas
- ☐ 3. Közepes
- ☐ 2. Alacsony
- ☐ 1. Nagyon alacsony vagy egyáltalán nem volt

3. Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális izgalmat közösülés vagy szexuális tevékenység közben?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 5. Majdnem mindig vagy mindig
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
- ☐ 2. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
- ☐ 1. Szinte sohasem vagy soha

4. Az elmúlt 4 hétben hogyan értékelné szexuális izgalmi szintjét közösülés vagy szexuális tevékenység közben?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 5. Nagyon magas
- ☐ 4. Magas
- ☐ 3. Közepes
- ☐ 2. Alacsony
- ☐ 1. Nagyon alacsony vagy egyáltalán nem volt

5. Az elmúlt 4 hétben mennyire volt magabiztos a szexuális izgalmi állapot elérésében közösülés vagy szexuális tevékenység során?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 5. Rendkívül magabiztos
- ☐ 4. Nagyon magabiztos
- ☐ 3. Mérsékelt magabiztos
- ☐ 2. Kissé magabiztos
- ☐ 1. Nagyon kicsit vagy egyáltalán nem magabiztos

6. Az elmúlt 4 hetet tekintve milyen gyakran volt megelégedve szexuális izgalmi szintjével közösülés vagy szexuális tevékenység közben?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 5. Majdnem mindig vagy mindig
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
- ☐ 2. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
- ☐ 1. Szinte sohasem vagy soha

7. Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran vált síkossá (nedvessé) közösülés vagy szexuális tevékenység közben?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív

- ☐ 5. Majdnem mindig vagy mindig
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
- ☐ 2. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
- ☐ 1. Szinte sohasem vagy soha

8. Az elmúlt 4 hétben mennyire volt nehéz a síkosság (nedvesség) elérése közösülés vagy szexuális tevékenység közben?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 1. Szélsőségesen nehéz vagy lehetetlen
- ☐ 2. Nagyon nehéz
- ☐ 3. Nehéz
- ☐ 4. Kissé nehéz
- ☐ 5. Nem nehéz

9. Az elmúlt 4 hetet tekintve milyen gyakran őrizte meg síkosságát (nedvességét) a közösülés vagy szexuális tevékenység befejezéséig?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 5. Majdnem mindig vagy mindig
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
- ☐ 2. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
- ☐ 1. Szinte sohasem vagy soha

10. Az elmúlt 4 hétben mennyire volt nehéz megőrizni síkosságát (nedvességét) a közösülés vagy szexuális tevékenység befejezéséig?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 1. Szélsőségesen nehéz vagy lehetetlen
- ☐ 2. Nagyon nehéz
- ☐ 3. Nehéz
- ☐ 4. Kissé nehéz
- ☐ 5. Nem nehéz

11. Az elmúlt 4 hétben szexuális izgatás vagy közösülés alkalmával milyen gyakran érte el az orgazmust?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 5. Majdnem mindig vagy mindig
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
- ☐ 2. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
- ☐ 1. Szinte sohasem vagy soha

12. Az utóbbi 4 hétben szexuális izgatás vagy közösülés alkalmával mennyire volt nehéz az orgazmus elérése?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 1. Szélsőségesen nehéz vagy lehetetlen
- ☐ 2. Nagyon nehéz
- ☐ 3. Nehéz
- ☐ 4. Kissé nehéz
- ☐ 5. Nem nehéz

13. Az elmúlt négy hétben mennyire volt elégedett az orgazmus elérésének képességével közösülés, illetve szexuális tevékenység közben?

- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
- ☐ 5. Nagyon elégedett
- ☐ 4. Mérsékeltlen elégedett
- ☐ 3. Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen
- ☐ 2. Mérsékeltlen elégedetlen
- ☐ 1. Nagyon elégedetlen

- 14. Az elmúlt 4 hét során mennyire volt elégedett a szexuális tevékenység alatt elért érzelmi közelség mértékével Ön, és a partnere között?**
- ☐ 0. Nem volt szexuálisan aktív
 - ☐ 5. Nagyon elégedett
 - ☐ 4. Mérsékelten elégedett
 - ☐ 3. Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen
 - ☐ 2. Mérsékelten elégedetlen
 - ☐ 1. Nagyon elégedetlen
- 15. Az elmúlt 4 hetet tekintve mennyire volt elégedett a partnerével való szexuális kapcsolattal?**
- ☐ 5. Nagyon elégedett
 - ☐ 4. Mérsékelten elégedett
 - ☐ 3. Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen
 - ☐ 2. Mérsékelten elégedetlen
 - ☐ 1. Nagyon elégedetlen
- 16. Az elmúlt 4 hét során általánosságban mennyire volt elégedett a szexuális életével?**
- ☐ 5. Nagyon elégedett
 - ☐ 4. Mérsékelten elégedett
 - ☐ 3. Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen
 - ☐ 2. Mérsékelten elégedetlen
 - ☐ 1. Nagyon elégedetlen
- 17. Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran tapasztalt kellemetlenséget vagy fájdalmat hüvelyi behatolás során?**
- ☐ 0. Nem próbált meg közösülni
 - ☐ 1. Majdnem mindig vagy mindig
 - ☐ 2. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
 - ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
 - ☐ 4. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
 - ☐ 5. Szinte sohasem vagy soha
- 18. Az elmúlt négy hét alkalmával milyen gyakran tapasztalt kellemetlenséget vagy fájdalmat a hüvelyi behatolást követően?**
- ☐ 0. Nem próbált meg közösülni
 - ☐ 1. Majdnem mindig vagy mindig
 - ☐ 2. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
 - ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
 - ☐ 4. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
 - ☐ 5. Szinte sohasem vagy soha
- 19. Az elmúlt 4 hetet tekintve hogyan értékelné a hüvelyi behatoláskor, illetve azt követően fellépő kellemetlenség, vagy fájdalom szintjét (fokát)?**
- ☐ 0. Nem próbált meg közösülni
 - ☐ 1. Nagyon magas
 - ☐ 2. Magas
 - ☐ 3. Közepes
 - ☐ 4. Alacsony
 - ☐ 5. Nagyon alacsony vagy egyáltalán nem volt
- 20. Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran fordult elő, hogy vaginája külső harmadának akaratlan összehúzódása megakadályozta a hüvelyi behatolást?**
- ☐ 0. Nem próbált meg közösülni
 - ☐ 1. Majdnem mindig vagy mindig
 - ☐ 2. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
 - ☐ 3. Néha (kb. az esetek felében)
 - ☐ 4. Alkalmanként (kevesebbszer, mint az esetek felében)
 - ☐ 5. Szinte sohasem vagy soha

7. melléklet

A Női Szexuális Funkció Index kérdőív itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális vágyat vagy érdeklődést?	758	0	5	3,76	1,003
Az utóbbi 4 hétben hogyan értékelné szexuális vágyának vagy érdeklődésének szintjét (fokát)?	758	0	5	3,67	,888
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális izgalmat közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	759	0	5	3,67	1,987
Az elmúlt 4 hétben hogyan értékelné szexuális izgalmi szintjét közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	758	0	5	3,28	1,821
Az elmúlt 4 hétben mennyire volt magabiztos a szexuális izgalmi állapot elérésében közösülés vagy szexuális tevékenység során?	760	0	5	3,03	1,752
Az elmúlt 4 hetet tekintve milyen gyakran volt megelégedve szexuális izgalmi szintjével közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	760	0	5	3,37	1,934
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran vált síkossá (nedvesség) közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	760	0	5	3,70	2,018
Az elmúlt 4 hétben mennyire volt nehéz a síkosság (nedvesség elérése közösülés vagy szexuális tevékenység közben)?	760	0	5	3,69	2,004
Az elmúlt 4 hetet tekintve milyen gyakran őrizte meg síkosságát (nedvességét) a közösülés vagy szexuális tevékenység befejezéséig?	760	0	5	3,64	2,006
Az elmúlt 4 hétben mennyire volt nehéz megőrizni síkosságát, (nedvességét) a közösülés vagy szexuális tevékenység befejezéséig?	759	0	5	3,72	2,011
Az elmúlt 4 hétben szexuális izgatás vagy közösülés alkalmával milyen gyakran érte el az orgazmust?	753	0	5	3,20	1,980
Az utóbbi 4 hétben szexuális izgatás vagy közösülés alkalmával mennyire volt nehéz az orgazmus elérése?	760	0	5	3,28	1,946
Az elmúlt négy hétben mennyire volt elégedett az orgazmus elérésének képességével közösülés, illetve szexuális tevékenység közben?	759	0	5	3,08	1,950
Az elmúlt 4 hét során mennyire volt elégedett a szexuális tevékenység alatt elért érzelmi közelség mértékével Ön, és a partnere között?	755	0	5	3,26	2,073
Az elmúlt 4 hetet tekintve mennyire volt elégedett a partnerével való szexuális kapcsolattal?	675	0	5	3,86	1,407
Az elmúlt 4 hét során általánosságban mennyire volt elégedett a szexuális életével?	727	0	5	3,52	1,462
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran tapasztalt kellemetlenséget vagy fájdalmat hüvelyi behatolás során?	751	0	5	3,36	2,047

Az elmúlt négy hét alkalmával milyen gyakran tapasztalt kellemetlenséget vagy fájdalmat a hüvelyi behatolást követően?	751	0	5	3,39	2,079
Az elmúlt 4 hetet tekintve hogyan értékelné a hüvelyi behatoláskor, illetve azt követően fellépő kellemetlenség, vagy fájdalom szintjét (fokát)?	753	0	5	3,27	2,031
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran fordult elő, hogy vaginája külső harmada akaratlan összehúzó-dása megakadályozta a hüvelyi behatolást?	752	0	5	3,65	2,153

8. melléklet

A Női Szexuális Funkció Index kérdőív itemek értékeinek gyakoriságai

		Százalék
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális vágyat vagy érdeklődést?	Szinte sohasem vagy soha	1.27%
	Alkalmanként	11.13%
	Néha	20.99%
	Legtöbbször	41.41%
	Majdnem mindig vagy mindig	25.21%
Az utóbbi 4 hétben hogyan értékelné szexuális vágyának vagy érdeklődésének szintjét (fokát)?	Nagyon alacsony vagy egyáltalán nem volt	1.55%
	Alacsony	5.92%
	Közepes	32.11%
	Magas	43.24%
	Nagyon magas	17.18%
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érzett szexuális izgalmat közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	Nem volt szexuálisan aktív	20.93%
	Szinte sohasem vagy soha	0.70%
	Alkalmanként	0.84%
	Néha	3.79%
	Legtöbbször	15.03%
	Majdnem mindig vagy mindig	58.71%
Az elmúlt 4 hétben hogyan értékelné szexuális izgalmi szintjét közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	Nem volt szexuálisan aktív	21.10%
	Nagyon alacsony vagy egyáltalán nem volt	0.42%
	Alacsony	0.98%
	Közepes	11.11%
	Magas	39.52%
	Nagyon magas	26.86%
Az elmúlt 4 hétben mennyire volt magabiztos a szexuális izgalmi állapot elérésében közösülés vagy szexuális tevékenység során?	Nem volt szexuálisan aktív	21.46%
	Nagyon kicsit vagy egyáltalán nem magabiztos	1.12%
	Kissé magabiztos	3.37%
	Mérsékeltlen magabiztos	19.50%
	Nagyon magabiztos	36.47%
	Rendkívül magabiztos	18.09%
Az elmúlt 4 hetet tekintve milyen gyakran volt megelégedve szexuális izgalmi szintjével közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	Nem volt szexuálisan aktív	21.74%
	Szinte sohasem vagy soha	1.26%
	Alkalmanként	2.38%
	Néha	7.43%
	Legtöbbször	27.91%
	Majdnem mindig vagy mindig	39.27%

Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran vált síkossá (nedvessé) közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	Nem volt szexuálisan aktív	21.32%
	Szinte sohasem vagy soha	0.70%
	Alkalmanként	0.84%
	Néha	3.37%
	Legtöbbször	10.66%
	Majdnem mindig vagy mindig	63.11%
Az elmúlt 4 hétben mennyire volt nehéz a síkosság (nedvesség) elérése közösülés vagy szexuális tevékenység közben?	Nem volt szexuálisan aktív	21.32%
	Szélsőségesen nehéz vagy lehetetlen	0.70%
	Nagyon nehéz	0.42%
	Nehéz	2.66%
	Kissé nehéz	15.43%
Az elmúlt 4 hetet tekintve milyen gyakran őrizte meg síkosságát (nedvességét) a közösülés vagy szexuális tevékenység szexuális tevékenység befejezéséig?	Nem volt szexuálisan aktív	21.32%
	Szinte sohasem vagy soha	0.84%
	Alkalmanként	1.26%
	Néha	3.65%
	Legtöbbször	14.87%
Az elmúlt 4 hétben mennyire volt nehéz megőrizni síkosságát, (nedvességét) a közösülés vagy szexuális tevékenység befejezéséig?	Nem volt szexuálisan aktív	21.21%
	Szélsőségesen nehéz vagy lehetetlen	0.84%
	Nagyon nehéz	0.70%
	Nehéz	1.97%
	Kissé nehéz	13.76%
Az elmúlt 4 hétben szexuális izgatás vagy közösülés alkalmával milyen gyakran érte el az orgazmust?	Nem volt szexuálisan aktív	21.10%
	Szinte sohasem vagy soha	6.23%
	Alkalmanként	5.24%
	Néha	7.79%
	Legtöbbször	21.39%
Az utóbbi 4 hétben szexuális izgatás vagy közösülés alkalmával mennyire volt nehéz az orgazmus elérése?	Majdnem mindig vagy mindig	38.24%
	Nem volt szexuálisan aktív	21.04%
	Szélsőségesen nehéz vagy lehetetlen	4.63%
	Nagyon nehéz	2.81%
	Nehéz	7.57%
Az elmúlt négy hétben mennyire volt elégedett az orgazmus elérésének képességével közösülés, illetve szexuális tevékenység közben?	Kissé nehéz	27.49%
	Nem nehéz	36.33%
	Nem volt szexuálisan aktív	21.07%
	Nagyon elégedetlen	6.88%
	Mérsékeltlen elégedetlen	8.29%
	Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen	4.78%
	Mérsékeltlen elégedett	27.11%
	Nagyon elégedett	31.88%

Az elmúlt 4 hét során mennyire volt elégedett a szexuális tevékenység alatt elért érzelmi közelség mértékével Ön, és a partnere között?	Nem volt szexuálisan aktív	24.12%
	Nagyon elégedetlen	3.53%
	Mérsékeltlen elégedetlen	4.80%
	Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen	3.24%
	Mérsékeltlen elégedett	18.90%
	Nagyon elégedett	45.42%
Az elmúlt 4 hetet tekintve mennyire volt elégedett a partnerével való szexuális kapcsolattal?	Nagyon elégedetlen	12.00%
	Mérsékeltlen elégedetlen	6.40%
	Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen	7.68%
	Mérsékeltlen elégedett	28.32%
	Nagyon elégedett	45.60%
Az elmúlt 4 hét során általánosságban mennyire volt elégedett a szexuális életével?	Nagyon elégedetlen	15.41%
	Mérsékeltlen elégedetlen	11.11%
	Egyenlő mértékben elégedett és elégedetlen	9.04%
	Mérsékeltlen elégedett	32.15%
	Nagyon elégedett	32.30%
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran tapasztalt kellemetlenséget vagy fájdalmat hüvelyi behatolás során?	Nem próbált meg közösülni	23.69%
	Majdnem mindig vagy mindig	2.27%
	Legtöbbször	3.83%
	Néha	4.54%
	Alkalmanként	19.01%
	Szinte sohasem vagy soha	46.67%
Az elmúlt négy hét alkalmával milyen gyakran tapasztalt kellemetlenséget vagy fájdalmat a hüvelyi behatolást követően?	Nem próbált meg közösülni	24.82%
	Majdnem mindig vagy mindig	1.56%
	Legtöbbször	3.12%
	Néha	3.40%
	Alkalmanként	17.45%
	Szinte sohasem vagy soha	49.65%
Az elmúlt 4 hetet tekintve hogyan értékelné a hüvelyi behatoláskor, illetve azt követően fellépő kellemetlenség, vagy fájdalom szintjét (fokát)?	Nem próbált meg közösülni	25.04%
	Nagyon magas	1.13%
	Magas	1.84%
	Közepes	12.16%
	Alacsony	17.68%
	Nagyon alacsony vagy egyáltalán nem volt	42.15%
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran fordult elő, hogy vaginája külső harmadának akaratlan összehúzódása megakadályozta a hüvelyi behatolást?	Nem próbált meg közösülni	25.35%
	Majdnem mindig vagy mindig	0.42%
	Legtöbbször	0.99%
	Néha	0.99%
	Alkalmanként	3.68%
	Szinte sohasem vagy soha	68.56%

9. melléklet

Nemzetközi Férfi Erektilis Funkció Index (Rosen és mtsai, 1997)

JELÖLJE A MEGFELELŐ NÉGYZETBEN AZT A VÁLASZT, AMI AZ ELMÚLT
4 HETET TEKINTVE A LEGJOBBAN ILLIK ÖNRE!

1. Az elmúlt 4 hét folyamán, milyen gyakran ért el merevedést a szexuális tevékenység során?

- ☐ 0. Nem volt szexuális aktivitás
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

2. Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális ingerlés hatására merevedése volt, ez hány esetben volt elég kemény a behatoláshoz?

- ☐ 0. Nem volt szexuális ingerlés
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

3. Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális együttlét során hány esetben volt képes a behatolásra partnerével?

- ☐ 0. Nem volt szexuális együttlét
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

4. Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális együttlét során hány esetben volt képes fenntartani merevedését a behatolást követően?

- ☐ 0. Nem volt szexuális együttlét
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (többször, mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

5. Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális együttlét során mennyire volt nehéz fenntartania a merevedését a behatolást követően?

- ☐ 0. Nem volt szexuális együttlét
- ☐ 1. Rendkívül nehéz
- ☐ 2. Nagyon nehéz
- ☐ 3. Nehéz
- ☐ 4. Kissé nehéz
- ☐ 5. Egyáltalán nem nehéz

6. Az elmúlt 4 hét folyamán hány alkalommal tett kísérletet szexuális együttlétre?

- ☐ 0. Nem volt kísérlet
- ☐ 1. Egy vagy két alkalommal
- ☐ 2. Három vagy négy alkalommal
- ☐ 3. Öt vagy hat alkalommal
- ☐ 4. Hét vagy tíz alkalommal
- ☐ 5. Tizenegy vagy több alkalommal

7. Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális együttlétet kísérelt meg, milyen gyakran volt ez kielégítő az Ön számára?

- ☐ 0. Nem volt szexuális együttlét
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

8. Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire élvezte a szexuális együttléteket?

- ☐ 0. Nem volt szexuális együttlét
- ☐ 1. Nem volt élvezetes
- ☐ 2. Nem igazán élvezetes
- ☐ 3. Elég élvezetes
- ☐ 4. Nagyon élvezetes
- ☐ 5. Rendkívül élvezetes

9. Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális ingerlés vagy együttlét során milyen gyakran ejakulált (volt magömlése)?

- ☐ 0. Nem volt szexuális ingerlés
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

10. Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális ingerlés vagy együttlét során milyen gyakran élt át orgazmust vagy tetőpontot?

- ☐ 0. Nem volt szexuális ingerlés
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

11. Az elmúlt 4 hét folyamán milyen gyakran érzett szexuális vágyat?

- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebbszer, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

12. Az elmúlt 4 hét alapján hogyan értékelné szexuális vágya mértékét?

- ☐ 1. Nagyon alacsony/egyáltalán nem érzett vágyat
- ☐ 2. Alacsony
- ☐ 3. Átlagos
- ☐ 4. Magas
- ☐ 5. Nagyon magas

13. Az elmúlt 4 hét folyamán összességében mennyire volt elégedett a szexuális életével?

- ☐ 1. Nagyon elégedetlen
- ☐ 2. Inkább elégedetlen
- ☐ 3. Azonos mértékben elégedett és elégedetlen
- ☐ 4. Inkább elégedett
- ☐ 5. Nagyon elégedett

14. Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett a partnerével való szexuális kapcsolatával?

- ☐ 1. Nagyon elégedetlen
- ☐ 2. Inkább elégedetlen
- ☐ 3. Egyenlően elégedett és elégedetlen
- ☐ 4. Inkább elégedett
- ☐ 5. Nagyon elégedett

15. Az elmúlt 4 hétben folyamán hogyan értékelné, mennyire volt biztos abban, hogy képes a merevedésre és ezt fenn is tudja tartani?

- ☐ 1. Nagyon alacsony
- ☐ 2. Alacsony
- ☐ 3. Átlagos
- ☐ 4. Magas
- ☐ 5. Nagyon magas

16. Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális ingerlés során merevedése volt, mennyire volt nehéz orgazmust elérnie?

- ☐ 0. Nem volt szexuális ingerlés/ nem volt merevedés
- ☐ 1. Rendkívül nehéz
- ☐ 2. Különösen nehéz
- ☐ 3. Nehéz
- ☐ 4. Kissé nehéz
- ☐ 5. Egyáltalán nem nehéz

17. Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett a szexuális tevékenység vagy együttlét közben tapasztalt orgazmus képességével?

- ☐ 1. Nagyon elégedetlen
- ☐ 2. Inkább elégedetlen
- ☐ 3. Azonos mértékben elégedett és elégedetlen
- ☐ 4. Meglehetősen elégedett
- ☐ 5. Nagyon elégedett

18. Az elmúlt 4 hét folyamán milyen gyakran ejakulált (volt magömlése) akaratlanul, illetve szexuális együttlétre való kísérlet előtt vagy röviddel utána?

- ☐ 0. Nem volt szexuális tevékenység
- ☐ 1. Szinte soha/soha
- ☐ 2. Néhány alkalommal (kevesebb, mint az esetek felében)
- ☐ 3. Gyakran (körülbelül az esetek felében)
- ☐ 4. Legtöbbször (több mint az esetek felében)
- ☐ 5. Majdnem mindig/mindig

19. Az elmúlt 4 hét folyamán a szexuális tevékenységek során mennyire volt nehéz kontrollálnia az ejakulációját (magömlését)?

- ☐ 0. Nem volt szexuális ingerlés/ nem volt merevedés
- ☐ 1. Rendkívül nehéz
- ☐ 2. Nagyon nehéz
- ☐ 3. Nehéz
- ☐ 4. Kissé nehéz
- ☐ 5. Egyáltalán nem nehéz

20. Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett ejakulációja (magömlése) kontrollálásával szexuális tevékenység vagy együttlét során?

- ☐ 1. Nagyon elégedetlen
- ☐ 2. Meglehetősen elégedetlen
- ☐ 3. Azonos mértékben elégedett és elégedetlen
- ☐ 4. Inkább elégedett
- ☐ 5. Nagyon elégedett

10. melléklet

A Férfi Erektiles Funkció Index kérdőív itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Az elmúlt 4 hét folyamán, milyen gyakran ért el merevedést a szexuális tevékenység során?	146	0	5	4,08	1,846
Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális ingerlés hatására merevedése volt, ez hány esetben volt elég kemény a behatoláshoz?	148	0	5	3,94	1,892
Az elmúlt 4 hét folyamán, szexuális együttlét során hány esetben volt képes a behatolásra partnerével?	147	0	5	3,55	2,187
Az elmúlt 4 hét folyamán, szexuális együttlét során hány esetben volt képes fenntartani merevedését a behatolást követően?	147	0	5	3,52	2,134
Az elmúlt 4 hét folyamán, szexuális együttlét során mennyire volt nehéz fenntartani a merevedését a behatolást követően?	147	0	5	3,46	2,172
Az elmúlt 4 hét folyamán hány alkalommal tett kísérletet szexuális együttlétre?	148	0	5	2,49	1,872
Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális együttlétet kísérelt meg, milyen gyakran volt ez kielégítő az Ön számára?	148	0	5	3,30	2,137
Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire élvezte a szexuális együttléteket?	147	0	5	3,08	1,981
Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális ingerlés vagy együttlét során milyen gyakran ejakulált (volt magömlése)?	147	0	5	4,02	1,819
Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális ingerlés vagy együttlét során milyen gyakran élt át orgazmust vagy tetőpontot?	147	0	5	4,06	1,701
Az elmúlt 4 hét folyamán milyen gyakran érzett szexuális vágyat?	148	0	5	4,26	,971
Az elmúlt 4 hét alapján hogyan értékelné szexuális vágya mértékét?	148	1	5	3,87	,898
Az elmúlt 4 hét folyamán összességében mennyire volt elégedett a szexuális életével?	147	1	5	3,30	1,411
Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett a partnerével való szexuális kapcsolatával?	137	1	5	3,59	1,433
Az elmúlt 4 hétben folyamán hogyan értékelné, mennyire volt biztos abban, hogy képes a merevedésre és ezt fenn is tudja tartani?	146	1	5	4,39	,834
Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális ingerlés során merevedése volt, mennyire volt nehéz orgazmust elérnie?	148	0	5	4,37	1,386
Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett a szexuális tevékenység vagy együttlét közben tapasztalt orgazmus képességével?	143	1	5	4,05	1,212
Az elmúlt 4 hét folyamán milyen gyakran ejakulált (volt magömlése) akaratlanul, illetve szexuális együttlétre való kísérlet előtt vagy röviddel utána?	148	0	5	1,32	1,320
Az elmúlt 4 hét folyamán a szexuális tevékenységek során mennyire volt nehéz kontrollálnia az ejakulációját (magömlését)?	148	0	5	3,64	1,565
Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett ejakulációja (magömlése) kontrollálásával szexuális tevékenység vagy együttlét során?	145	1	5	3,77	1,123

11. melléklet

A Férfi Erektiles Funkció Index kérdőív itemek értékeinek gyakoriságai

		Százalék
Az elmúlt 4 hét folyamán, milyen gyakran ért el merevedést a szexuális tevékenység során?	Nem volt szexuális aktivitás	15.97%
	Szinte soha, soha	0.69%
	Néhány alkalommal	0.69%
	Gyakran	2.08%
	Legtöbbször	4.86%
	Majdnem mindig, mindig	75.69%
Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális ingerlés hatására merevedése volt, ez hány esetben volt elég kemény a behatoláshoz?	Nem volt szexuális ingerlés	17.12%
	Szinte soha, soha	1.37%
	Néhány alkalommal	0.68%
	Gyakran	2.05%
	Legtöbbször	10.27%
	Majdnem mindig, mindig	68.49%
Az elmúlt 4 hét folyamán, szexuális együttlét során hány esetben volt képes a behatolásra partnerével?	Nem volt szexuális együttlét	26.90%
	Szinte soha, soha	0.69%
	Néhány alkalommal	0.00%
	Gyakran	0.69%
	Legtöbbször	8.28%
	Majdnem mindig, mindig	63.45%
Az elmúlt 4 hét folyamán, szexuális együttlét során hány esetben volt képes fenntartani merevedését a behatolást követően?	Nem volt szexuális együttlét	26.21%
	Szinte soha, soha	0.00%
	Néhány alkalommal	0.69%
	Gyakran	1.38%
	Legtöbbször	13.79%
	Majdnem mindig, mindig	57.93%
Az elmúlt 4 hét folyamán, szexuális együttlét során mennyire volt nehéz fenntartania a merevedését a behatolást követően?	Nem volt szexuális együttlét	27.59%
	Rendkívül nehéz	0.00%
	Nagyon nehéz	0.69%
	Nehéz	1.38%
	Kissé nehéz	12.41%
	Egyáltalán nem nehéz	57.93%
Az elmúlt 4 hét folyamán hány alkalommal tett kísérletet szexuális együttlétre?	Nem volt kísérlet	23.29%
	Egy vagy két alkalommal	12.33%
	Három vagy négy alkalommal	15.07%
	Öt vagy hat alkalommal	13.01%
	Hét vagy tíz alkalommal	13.70%
	Tizenegy vagy több alkalommal	22.60%

Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális együttlétet kísérelt meg, milyen gyakran volt ez kielégítő az Ön számára?	Nem volt szexuális együttlét	27.40%
	Szinte soha, soha	0.68%
	Néhány alkalommal	3.42%
	Gyakran	1.37%
	Legtöbbször	17.81%
	Majdnem mindig, mindig	49.32%
Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire élvezte a szexuális együttléteket?	Nem volt szexuális együttlét	26.90%
	Nem volt élvezetes	0.00%
	Nem igazán élvezetes	2.76%
	Elég élvezetes	8.97%
	Nagyon élvezetes	31.72%
	Rendkívül élvezetes	29.66%
Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális ingerlés vagy együttlét során milyen gyakran ejakulált (volt magömlése)?	Nem volt szexuális ingerlés	15.17%
	Szinte soha, soha	1.38%
	Néhány alkalommal	1.38%
	Gyakran	1.38%
	Legtöbbször	10.34%
	Majdnem mindig, mindig	70.34%
Az elmúlt 4 hét folyamán szexuális ingerlés vagy együttlét során milyen gyakran élt át orgazmust vagy tetőpontot?	Nem volt szexuális ingerlés	12.41%
	Szinte soha, soha	1.38%
	Néhány alkalommal	2.76%
	Gyakran	2.07%
	Legtöbbször	13.79%
	Majdnem mindig, mindig	67.59%
Az elmúlt 4 hét folyamán milyen gyakran érzett szexuális vágyat?	Szinte soha, soha	1.38%
	Néhány alkalommal	2.76%
	Gyakran	14.48%
	Legtöbbször	28.28%
	Majdnem mindig, mindig	53.10%
Az elmúlt 4 hét alapján hogyan értékelné szexuális vágya mértékét?	Nagyon alacsony, egyáltalán nem érzett vágyat	0.68%
	Alacsony	6.16%
	Átlagos	24.66%
	Magas	42.47%
	Nagyon magas	26.03%
Az elmúlt 4 hét folyamán összességében mennyire volt elégedett a szexuális életével?	Nagyon elégedetlen	18.62%
	Inkább elégedetlen	11.03%
	Azonos mértékben elégedett és elégedetlen	15.17%
	Inkább elégedett	32.41%
	Nagyon elégedett	22.76%

Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett a partnerével való szexuális kapcsolatával?	Nagyon elégedetlen	18.52%
	Inkább elégedetlen	2.96%
	Egyenlően elégedett és elégedetlen	12.59%
	Inkább elégedett	33.33%
	Nagyon elégedett	32.59%
Az elmúlt 4 hétben folyamán hogyan értékelné, mennyire volt biztos abban, hogy képes a merevedésre és ezt fenn is tudja tartani?	Nagyon alacsony	0.69%
	Alacsony	3.47%
	Átlagos	7.64%
	Magas	31.94%
	Nagyon magas	56.25%
Az elmúlt 4 hét folyamán, amikor szexuális ingerlés során merevedése volt, mennyire volt nehéz orgazmust elérnie?	Nem volt szexuális ingerlés, nem volt merevedés	7.53%
	Rendkívül nehéz	0.68%
	Különösen nehéz	0.68%
	Nehéz	3.42%
	Kissé nehéz	13.70%
	Egyáltalán nem nehéz	73.97%
Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett a szexuális tevékenység vagy együttlét közben tapasztalt orgazmus képességével?	Nagyon elégedetlen	9.22%
	Inkább elégedetlen	2.13%
	Azonos mértékben elégedett és elégedetlen	9.93%
	Meglehetősen elégedett	32.62%
	Nagyon elégedett	46.10%
Az elmúlt 4 hét folyamán milyen gyakran ejakulált (volt magömlése) akaratlanul, illetve szexuális együttlétre való kísérlet előtt vagy röviddel utána?	Nem volt szexuális tevékenység	19.86%
	Szinte soha, soha	60.27%
	Néhány alkalommal	6.85%
	Gyakran	1.37%
	Legtöbbször	4.79%
	Majdnem mindig, mindig	6.85%
Az elmúlt 4 hét folyamán a szexuális tevékenységek során mennyire volt nehéz kontrollálnia az ejakulációját (magömlését)?	Nem volt szexuális ingerlés, nem volt merevedés	10.96%
	Rendkívül nehéz	2.74%
	Nagyon nehéz	4.11%
	Nehéz	9.59%
	Kissé nehéz	39.04%
	Egyáltalán nem nehéz	33.56%
Az elmúlt 4 hét folyamán mennyire volt elégedett ejakulációja (magömlése) kontrollálásával szexuális tevékenység vagy együttlét során?	Nagyon elégedetlen	5.59%
	Meglehetősen elégedetlen	8.39%
	Azonos mértékben elégedett és elégedetlen	18.88%
	Inkább elégedett	37.76%
	Nagyon elégedett	29.37%

12. melléklet

Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak (SESII-W/M, Milhausen és mtsai, 2009)

A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK A SEXUÁLIS ÉLETÉRE VONATKOZNAK. LEHET, HOGY OLYAN KIJELENTÉSEKET IS FOG OLVASNI, AMELYEK NEM JELLEMZŐEK ÖNRE, VAGY JÓLLEHET, A MÚLTBAN ELŐFORDULT, AZONBAN JELENLEG NEM VALÓSZÍNŰ, HOGY MEGTÖRTÉNNE. EZEKBE AZ ESETEKBE KÉRJÜK, AZT A VÁLASZT JE-LŐLJE MEG, AHOGYAN GONDOLJA, HOGY AZ ADOTT HELYZETBEN REAGÁLNA.

*1 egyáltalán nem értek egyet,
3 inkább egyetértek,*

*2 inkább nem értek egyet,
4 teljes mértékben egyetértek.*

1. Néha annyira vonzódom valakihez, hogy nem tudom elkerülni, hogy szexuális izgalomba jöjjek.	1	2	3	4
2. Ha a partnerem meglep az otthoni teendők elvégzésével, ez felkelti bennem a szexuális érdeklődést.	1	2	3	4
3. Ha nagyon erősen vonzódom valakihez szexuálisan, nem kell párkapcsolatban lennem vele ahhoz, hogy szexuális izgalomba kerüljek.	1	2	3	4
4. Izgatónak találom, ha a partnerem valamivel a kedvembe jár.	1	2	3	4
5. Nagymértékben gátolja az izgalmi szintemet, ha úgy érzem, hogy nincs egyensúlyban az adott és a kapott öröm a szexuális együttlét során.	1	2	3	4
6. Ha olyan valakire gondolok, akit szexuálisan vonzódnak tartok, könnyen szexuális izgalomba jövök.	1	2	3	4
7. Ha arra gondolok, hogy szexuálisan használnak, ez teljesen elveszi a kedvemet a szextől.	1	2	3	4
8. Amikor úgy érzem, hogy szexuálisan kell reagálnom, nehezen tudok izgalomba jönni.	1	2	3	4
9. Ha nincs minden „tökéletesen rendben”, nehezen jövök szexuális izgalomba.	1	2	3	4
10. Csupán a partner fizikai közelsége is elég ahhoz, hogy beinduljak.	1	2	3	4
11. Néha annyira aggódok, hogy nem tudok szexuálisan izgalomba kerülni.	1	2	3	4
12. Szexuális együttlét során, a saját szexuális érzéseimre kell figyelnem, hogy izgalomban maradjak.	1	2	3	4
13. Nehezebben tudok szexuális izgalomba jönni, ha vannak a közelben mások.	1	2	3	4
14. A szexuális együttlét egy szokatlan helyen különösen izgató a számomra.	1	2	3	4
15. Igazán bíznom kell a partneremben ahhoz, hogy teljesen izgalmi állapotba kerüljek.	1	2	3	4
16. Néha annyira szégyenlősnek vagy félénknek érzem magam a szexuális együttlét során, hogy nem tudok teljesen izgalomba jönni.	1	2	3	4
17. Nehezen tudnék szexuális izgalomba jönni egy olyan személlyel, aki más viszonyban is érintett.	1	2	3	4
18. Elég csak beszélni a szexről ahhoz, hogy szexuális hangulatba kerüljek.	1	2	3	4
19. Ha bizonytalan vagyok a partnerem érzéseiben, nehezebben jövök izgalomba.	1	2	3	4
20. Nagyon felizgat, ha arra gondolok, hogy rajtakaphatnak szexuális együttlét közben.	1	2	3	4
21. Ha valaki megláthat vagy meghallhat minket a szexuális együttlét során, ez nehezíti, hogy izgalomba kerüljek.	1	2	3	4
22. Ha úgy gondolom, hogy a partnerem érzelmileg megbánthat, szexuálisan visszavonulok.	1	2	3	4
23. Ha amiatt aggódok, hogy túl sokáig tart izgalomba jönnöm, akkor ez gátolhatja az izgalmi állapotomat.	1	2	3	4
24. Ha valaki olyasmit tesz, ami az intelligenciáját mutatja, az beindít.	1	2	3	4
25. Ha az foglalkoztat, hogy jó szerető vagyok-e, kisebb eséllyel jövök izgalomba.	1	2	3	4
26. Ha arra gondolok, hogy vajon lesz-e orgazmusom, sokkal nehezebb izgalomba kerülnöm.	1	2	3	4
27. Látva, hogy a partnerem valami olyasmit tesz, amiből kitűnik a tehetségessége, nagyon izgalomba tud hozni szexuálisan.	1	2	3	4
28. Ha látom, hogy a partnerem jól tud kapcsolatot teremteni másokkal, könnyebben szexuális izgalomba jövök.	1	2	3	4
29. Sokat gondolok a szexre, amikor unatkozom.	1	2	3	4
30. Szexuális együttlét közben nagymértékben visszaesik az izgalmam, ha a partnerem nem érzékeny a jelzéseimre.	1	2	3	4

13. melléklet

A Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak kérdőív itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. Néha annyira vonzódok valakihez, hogy nem tudom elkerülni, hogy szexuális izgalomba jöjjek.	1739	1	4	2,91	,939
2. Ha a partnerem meglep az otthoni teendők elvégzésével, ez felkelti bennem a szexuális érdeklődést.	1730	1	4	2,18	,932
3. Ha nagyon erősen vonzódok valakihez szexuálisan, nem kell párkapcsolatban lennem vele ahhoz, hogy szexuális izgalomba kerüljek.	1735	1	4	3,06	1,025
4. Izgatónak találom, ha a partnerem valamivel a kedvembe jár.	1731	1	4	3,04	,795
5. Nagymértékben gátolja az izgalmi szintemet, ha úgy érzem, hogy nincs egyensúlyban az adott és a kapott öröm a szexuális együttlét során.	1722	1	4	2,74	,945
6. Ha olyan valakire gondolok, akit szexuálisan vonzónak tartok, könnyen szexuális izgalomba jövök.	1738	1	4	3,01	,863
7. Ha arra gondolok, hogy szexuálisan használnak, ez teljesen elveszi a kedvemet a szextől.	1738	1	4	2,51	1,076
8. Amikor úgy érzem, hogy szexuálisan kell reagálnom, nehezen tudok izgalomba jönni.	1733	1	4	2,07	,933
9. Ha nincs minden "tökéletesen rendben", nehezen jövök szexuális izgalomba.	1731	1	4	2,53	,969
10. Csupán a partner fizikai közelsége is elég ahhoz, hogy beinduljak.	1735	1	4	3,04	,856
11. Néha annyira aggódok, hogy nem tudok szexuálisan izgalomba kerülni.	1727	1	4	1,98	,968
12. Szexuális együttlét során, a saját szexuális érzéseimre kell figyelnem, hogy izgalomban maradjak.	1725	1	4	2,08	,904
13. Nehezebben tudok szexuális izgalomba jönni, ha vannak a közelben mások.	1737	1	4	2,50	1,041
14. A szexuális együttlét egy szokatlan helyen, különösen izgató a számomra.	1727	1	4	2,85	,951
15. Igazán bíznom kell a partneremben ahhoz, hogy teljesen izgalmi állapotba kerüljek.	1713	1	4	2,83	1,020
16. Néha annyira szégyenlősnek vagy félénknek érzem magam a szexuális együttlét során, hogy nem tudok teljesen izgalomba jönni.	1725	1	4	1,89	,932
17. Nehezen tudnék szexuális izgalomba jönni egy olyan személlyel, aki más viszonyban is érintett.	1732	1	4	2,62	1,118
18. Elég csak beszélni a szexről ahhoz, hogy szexuális hangulatba kerüljek.	1734	1	4	2,53	,938
19. Ha bizonytalan vagyok a partnerem érzéseiben, nehezebben jövök izgalomba.	1727	1	4	2,80	,903
20. Nagyon felizgat, ha arra gondolok, hogy rajtakaphatnak szexuális együttlét közben.	1731	1	4	1,77	,905
21. Ha valaki megláthat vagy meghallhat minket a szexuális együttlét során, ez nehezíti, hogy izgalomba kerüljek.	1734	1	4	2,69	1,024
22. Ha úgy gondolom, hogy a partnerem érzelmileg megbánthat, szexuálisan visszavonulok.	1729	1	4	2,78	,923
23. Ha amiatt aggódok, hogy túl sokáig tart izgalomba jönnöm, akkor ez gátolhatja az izgalmi állapotomat.	1732	1	4	2,56	1,016
24. Ha valaki olyasmit tesz, ami az intelligenciáját mutatja, az beindít.	1731	1	4	2,65	,999
25. Ha az foglalkoztat, hogy jó szerető vagyok-e, kisebb eséllyel jövök izgalomba.	1726	1	4	2,45	,952

26. Ha arra gondolok, hogy vajon lesz-e orgazmusom, sokkal nehezebb izgalomba kerülnöm.	1731	1	4	2,49	1,035
27. Látva, hogy a partnerem valami olyasmit tesz, amiből kitűnik a tehetségessége, nagyon izgalomba tud hozni szexuálisan.	1729	1	4	2,95	,910
28. Ha látom, hogy a partnerem jól tud kapcsolatot teremteni másokkal, könnyebben szexuális izgalomba jövök.	1727	1	4	2,43	,969
29. Sokat gondolok a szexre, amikor unatkozom.	1729	1	4	2,62	,923
30. Szexuális együttlét közben nagymértékben visszaesik az izgalmam, ha a partnerem nem érzékeny a jelzéseimre.	1729	1	4	3,09	,796

14. melléklet

A Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak kérdőív itemek értékeinek gyakoriságai

	1 egyáltalán nem érték egyed	2 inkább nem érték egyed	3 inkább egyedérték	4 teljes mér- tékekben egyedérték
1. Néha annyira vonzódok valakihez, hogy nem tudom elkerülni, hogy szexuális izgalomba jöjjelek.	9%	22%	38%	31%
2. Ha a partnerem meglep az otthoni teendők elvégzésével, ez felkelti bennem a szexuális érdeklődést.	28%	35%	29%	8%
3. Ha nagyon erősen vonzódok valakihez szexuálisan, nem kell párkapcsolatban lennem vele ahhoz, hogy szexuális izgalomba kerüljek.	12%	14%	30%	44%
4. Izgatónak találom, ha a partnerem valamivel a kedvembe jár.	4%	18%	48%	30%
5. Nagymértékben gátolja az izgalmi szintemet, ha úgy érzem, hogy nincs egyensúlyban az adott és a kapott öröm a szexuális együttlét során.	12%	26%	39%	24%
6. Ha olyan valakire gondolok, akit szexuálisan vonzónak tartok, könnyen szexuális izgalomba jövök.	5%	21%	41%	32%
7. Ha arra gondolok, hogy szexuálisan használnak, ez teljesen elveszi a kedvemet a szextől.	20%	34%	21%	25%
8. Amikor úgy érzem, hogy szexuálisan kell reagálnom, nehezen tudok izgalomba jönni.	32%	37%	23%	8%
9. Ha nincs minden "tökéletesen rendben", nehezen jövök szexuális izgalomba.	17%	31%	34%	18%
10. Csupán a partner fizikai közelsége is elég ahhoz, hogy beinduljak.	5%	19%	42%	34%
11. Néha annyira aggódom, hogy nem tudok szexuálisan izgalomba kerülni.	39%	33%	20%	9%
12. Szexuális együttlét során, a saját szexuális érzéseimre kell figyelnem, hogy izgalomban maradjak.	31%	37%	25%	7%
13. Nehezebben tudok szexuális izgalomba jönni, ha vannak a közelben mások.	21%	28%	30%	21%
14. A szexuális együttlét egy szokatlan helyen, különösen izgató a számomra.	10%	25%	36%	29%
15. Igazán bíznom kell a partneremben ahhoz, hogy teljesen izgalmi állapotba kerüljek.	13%	22%	33%	32%
16. Néha annyira szégyenlősnek vagy félénknek érzem magam a szexuális együttlét során, hogy nem tudok teljesen izgalomba jönni.	43%	32%	19%	7%

17. Nehezen tudnék szexuális izgalomba jönni egy olyan személlyel, aki más viszonyban is érintett.	21%	26%	24%	30%
18. Elég csak beszélni a szexről ahhoz, hogy szexuális hangulatba kerüljek.	15%	33%	36%	16%
19. Ha bizonytalan vagyok a partnerem érzéseiben, nehezebben jövök izgalomba.	9%	26%	41%	24%
20. Nagyon felizgat, ha arra gondolok, hogy rajtakaphatnak szexuális együttlét közben.	50%	30%	15%	6%
21. Ha valaki megláthat vagy meghallhat minket a szexuális együttlét során, ez nehezíti, hogy izgalomba kerüljek.	16%	24%	34%	26%
22. Ha úgy gondolom, hogy a partnerem érzelmileg megbánthat, szexuálisan visszavonulok.	11%	24%	42%	23%
23. Ha amiatt aggódok, hogy túl sokáig tart izgalomba jönnöm, akkor ez gátolhatja az izgalmi állapotomat.	20%	24%	36%	20%
24. Ha valaki olyasmit tesz, ami az intelligenciáját mutatja, az beindít.	16%	26%	35%	23%
25. Ha az foglalkoztat, hogy jó szerető vagyok-e, kisebb eséllyel jövök izgalomba.	20%	30%	37%	13%
26. Ha arra gondolok, hogy vajon lesz-e orgazmusom, sokkal nehezebb izgalomba kerülnöm.	23%	23%	36%	18%
27. Látva, hogy a partnerem valami olyasmit tesz, amiből kitűnik a tehetségessége, nagyon izgalomba tud hozni szexuálisan.	8%	21%	40%	31%
28. Ha látom, hogy a partnerem jól tud kapcsolatot teremteni másokkal, könnyebben szexuális izgalomba jövök.	20%	32%	34%	15%
29. Sokat gondolok a szexre, amikor unatkozom.	12%	34%	35%	19%
30. Szexuális együttlét közben nagymértékben visszaesik az izgalmam, ha a partnerem nem érzékeny a jelzéseimre.	4%	15%	48%	33%

15. melléklet

Szexuális Izgalom és Vágy Leltár (SADI, Toledano és Pfaus, 2006)

SZEXUÁLIS IZGALOM ALATT A SZEXUÁLIS VÁGYAT KÖVETŐEN FELLÉPŐ FIZIOLÓGIAI VÁLASZEGYÜTTTEST ÉRTÜNK. PÉLDÁUL HA SZEXUÁLIS IZGALOMBA JÖVÜNK, LEHET, HOGY GYORSABBAN VER A SZÍVÜNK, IZ-
ZADHAT A TENYERÜNK. A SZEXUÁLIS VÁGYAT ÚGY DEFINIÁLHATJUK, MINT EGY ENERGETIZÁLÓ ERŐT,
AMELY SZEXUÁLIS VISELKEDÉSRE MOTIVÁLJA A SZEMÉLYT. A SZEXUÁLIS VÁGYON INKÁBB A SZEXUÁLIS
EGYÜTTLÉT IRÁNTI VÁGY PSZICHOLÓGIAI ASPEKTUSAIT ÉRTJÜK.

KÉRLEK, ÍTÉLD MEG AZ ALÁBBI SKÁLÁN, HOGY MENNYIRE VOLTAK JELLEMZŐEK RÁD AZ ALÁBBIK, AMI-
KOR **LEGUTÓBB** SZEXUÁLIS IZGALMAT ÉS VÁGYAT ÉLTÉL ÁT. NINCS JÓ VAGY ROSSZ VÁLASZ.

KÉRLEK, NE HAGYJ KI EGYETLEN JELLEMZŐ MEGÍTÉLÉSÉT SEM!

- 0: EGYÁLTALÁN NEM VOLT JELLEMZŐ,**
1: SZINTE ALIG VOLT JELLEMZŐ,
2: KICSIT JELLEMZŐ VOLT,
3: MÉRSÉKELTEN JELLEMZŐ VOLT,
4: ELÉGGE JELLEMZŐ VOLT,
5: TELJES MÉRTÉKBEN JELLEMZŐ VOLT

1. Várákózó	☐	20. Szívgyorsulás	☐	39. Kipirult	☐
2. Bizsergés mindenütt	☐	21. Boldog	☐	40. Türelmetlen	☐
3. Visszafogott	☐	22. Dühös	☐	41. Érzéki	☐
4. Szorongó	☐	23. Vonzó	☐	42. Gyorslégzés	☐
5. Fűtött	☐	24. Erőtelves	☐	43. Nemtetszés	☐
6. Frigid	☐	25. Pajkos	☐	44. Izgalomba hozott	☐
7. Érintésre érzékeny	☐	26. Csábos	☐	45. Gyomorbizsergés	☐
8. Lanyha	☐	27. Letargikus	☐	46. Belemerülés	☐
9. Sürgető érzés a kielégülésre	☐	28. Kemény	☐	47. Irtózás	☐
10. Lelkes	☐	29. Frusztrált	☐	48. Szexi	☐
11. Boldogtalan	☐	30. Kéjsóvár	☐	49. Reszkető érzés	☐
12. Nedvesedés (nő)	☐	31. Elragadtatott	☐	50. Érzéketlen	☐
13. Merevedés (férfi)	☐	32. Idegenkedő érzés	☐	51. Csábító	☐
14. Ellenálló	☐	33. Forróság	☐	52. Piros genitáliák	☐
15. Melegség	☐	34. Kísértésbe esés	☐	53. Nem vonzó	☐
16. Izgatott	☐	35. Szenvedélyes	☐	54. Jó	☐
17. Nemi szervek bizsergése	☐	36. Szexről fantáziálás	☐	55. Nemi szervek lüktetése	☐
18. Közönyös	☐	37. Elfojtott	☐		
19. Gyönyör átélése	☐	38. Megzavart	☐		

16. melléklet

A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Várákzó	1266	0	5	3,14	1,549
Bizsergés mindenütt	1274	0	5	3,52	1,328
Visszafogott	1277	0	5	1,41	1,267
Szorongó	1279	0	5	,97	1,195
Fűtött	1276	0	5	3,94	1,062
Frigid	1273	0	5	,50	,896
Érintésre érzékeny	1272	0	5	4,08	1,111
Lanyha	1271	0	5	,63	,965
Sűrgető érzés a kielégülésre	1278	0	5	2,63	1,526
Lelkes	1278	0	5	4,11	,988
Boldogtalan	1274	0	5	,61	1,022
Nedvesedés (nő)/ Merevedés (férfi)	1204	0	5	4,32	,988
Ellenálló	1271	0	5	,80	1,145
Melegség	1275	0	5	3,83	1,129
Izgatott	1275	0	5	4,23	,943
Nemi szervek bizsergése	1271	0	5	3,91	1,247
Közhányó	1275	0	5	,55	,994
Gyönyör átélése	1275	0	5	3,91	1,285
Szívgyorsulás	1275	0	5	4,01	1,065
Boldog	1276	0	5	4,15	1,093
Dühös	1278	0	5	,58	1,049
Vonzó	1274	0	5	3,85	1,102
Erőtéljes	1276	0	5	3,37	1,348
Pajkos	1278	0	5	3,49	1,299
Csábos	1275	0	5	3,76	1,196
Letargikus	1275	0	5	,52	,974
Kemény	1270	0	5	1,82	1,713
Frusztrált	1277	0	5	,82	1,148
Kéjsóvár	1275	0	5	2,29	1,686
Elragadtatott	1277	0	5	3,21	1,404
Idengenkedő érzés	1275	0	5	,68	1,103
Forróság	1276	0	5	3,81	1,195
Kisértésbe esés	1266	0	5	2,98	1,766
Szenvedélyes	1276	0	5	4,15	1,075
Szexről fantáziálás	1276	0	5	3,59	1,556
Elfojtott	1277	0	5	,87	1,240
Megzavart	1279	0	5	,85	1,243
Kipirult	1276	0	5	3,20	1,473
Türelmetlen	1277	0	5	2,43	1,601
Érzéki	1277	0	5	3,89	1,112
Gyorslégzés	1277	0	5	3,74	1,290
Nemtetszés	1279	0	5	,63	1,067
Izgalomba hozott	1277	0	5	4,31	,947
Gyomorbizsergés	1275	0	5	2,55	1,739
Belemerülés	1274	0	5	3,77	1,251
Irtózás	1277	0	5	,38	,845
Szexi	1278	0	5	3,89	1,190
Reszkető érzés	1276	0	5	2,64	1,690
Érzéketlen	1278	0	5	,48	,963
Csábító	1272	0	5	3,65	1,254
Piros genitáliák	1253	0	5	2,65	1,624
Nem vonzó	1274	0	5	,57	1,027
Jó	1276	0	5	4,16	1,046
Nemi szervek lüktetése	1272	0	5	3,94	1,301

17. melléklet

A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár itemek értékeinek gyakoriságai, a női válaszok megoszlása

	0	1	2	3	4	5
Izgalomba hozott	1%	1%	2%	9%	32%	54%
Nedvesedés	1%	2%	3%	9%	31%	54%
Izgatott	1%	1%	2%	11%	37%	49%
Szenvedélyes	1%	1%	4%	12%	32%	49%
Érintésre érzékeny	1%	1%	4%	12%	33%	49%
Jó	1%	2%	4%	12%	34%	47%
Boldog	1%	2%	3%	14%	31%	49%
Lelkes	1%	1%	4%	13%	41%	40%
Nemi szervek lüktetése	3%	2%	5%	13%	30%	46%
Nemi szervek bizsergése	2%	3%	5%	14%	33%	43%
Szívgyorsulás	1%	2%	5%	16%	37%	39%
Fűtött	1%	2%	5%	16%	42%	34%
Érzéki	2%	2%	5%	17%	40%	34%
Szexi	2%	3%	7%	17%	35%	37%
Melegség	1%	2%	5%	19%	40%	33%
Vonzó	2%	1%	6%	19%	40%	32%
Gyönyör átélése	4%	3%	6%	15%	31%	41%
Forróság	2%	2%	5%	19%	37%	34%
Gyorslégzés	3%	4%	6%	15%	36%	36%
Csábító	3%	2%	6%	18%	40%	30%
Belemerülés	3%	3%	7%	17%	36%	33%
Csábos	3%	3%	9%	21%	37%	28%
Bizsergés mindenütt	2%	4%	10%	21%	34%	29%
Szexről fantáziálás	8%	6%	8%	14%	27%	37%
Pajkos	4%	4%	8%	25%	35%	24%
Kipirult	6%	5%	12%	23%	30%	23%
Erőteljes	5%	6%	11%	25%	32%	20%
Várakozó	7%	8%	12%	19%	31%	23%
Elragadtatott	7%	5%	13%	25%	32%	18%
Kísértésbe esés	17%	8%	8%	15%	29%	24%
Reszkető érzés	16%	10%	13%	23%	23%	17%
Piros genitáliák	15%	9%	15%	24%	24%	14%
Sűrgető érzés a kielégülésre	13%	12%	14%	26%	23%	11%
Gyomorbizsergés	19%	11%	14%	19%	22%	16%
Türelmetlen	17%	12%	17%	22%	21%	10%
Kéjsóvár	23%	14%	14%	20%	18%	11%
Kemény	39%	17%	14%	14%	10%	6%
Visszafogott	30%	30%	21%	12%	5%	1%
Szorongó	50%	26%	14%	6%	4%	1%
Megzavart	57%	20%	11%	5%	4%	2%
Elfojtott	57%	21%	10%	6%	5%	1%
Ellenálló	57%	22%	11%	7%	2%	1%
Frusztrált	57%	24%	11%	6%	2%	1%
Idegenkedő érzés	64%	20%	8%	5%	2%	2%
Lanyha	62%	25%	9%	4%	1%	1%
Nemtetszés	65%	21%	7%	3%	2%	1%
Boldogtalan	66%	20%	7%	3%	2%	1%
Dühös	68%	20%	5%	3%	2%	2%
Nem vonzó	70%	18%	7%	3%	1%	1%

Közünyös	69%	20%	6%	2%	1%	1%
Frigid	70%	20%	6%	2%	1%	0%
Letargikus	71%	20%	4%	2%	2%	1%
Érzéketlen	74%	16%	5%	2%	1%	1%
Irtózás	77%	18%	2%	1%	0%	1%

18. melléklet

A Szexuális Izgalom és Vágy Leltár itemek értékeinek gyakoriságai, a férfi válaszok megoszlása

	0	1	2	3	4	5
Merevedés	1%	2%	4%	2%	22%	70%
Izgalomba hozott	0%	3%	6%	10%	34%	47%
Lelkes	2%	2%	4%	11%	37%	43%
Jó	2%	3%	5%	12%	33%	45%
Boldog	3%	4%	5%	11%	32%	45%
Izgatott	1%	2%	7%	14%	36%	40%
Szenvedélyes	3%	5%	5%	12%	33%	42%
Fűtött	2%	5%	6%	16%	40%	31%
Szívgyorsulás	2%	4%	5%	23%	34%	32%
Gyönyör átélése	4%	3%	6%	16%	38%	33%
Szextről fantáziálás	6%	5%	7%	14%	25%	43%
Szexi	5%	3%	7%	18%	31%	36%
Vonzó	3%	5%	9%	22%	35%	27%
Érzéki	3%	4%	9%	21%	35%	27%
Belemerülés	6%	3%	10%	17%	36%	28%
Csábító	4%	5%	9%	21%	36%	25%
Érintésre érzékeny	4%	6%	8%	23%	32%	27%
Csábos	6%	5%	11%	18%	33%	27%
Erőteljes	4%	7%	8%	26%	33%	22%
Forróság	7%	6%	6%	25%	37%	20%
Nemi szervek lűktetése	9%	7%	8%	17%	27%	31%
Melegség	6%	4%	13%	24%	32%	21%
Pajkos	6%	7%	14%	20%	31%	23%
Nemi szervek bizsergése	10%	5%	10%	20%	32%	23%
Gyorslégzés	7%	6%	13%	27%	30%	18%
Elragadtatott	7%	7%	14%	28%	25%	18%
Kemény	12%	9%	13%	20%	24%	22%
Kísértésbe esés	15%	8%	12%	19%	25%	21%
Bizsergés mindenűtt	9%	13%	20%	22%	23%	13%
Várazozó	14%	12%	17%	20%	23%	13%
Kipirult	15%	13%	18%	23%	20%	10%
Kéjsóvár	20%	11%	16%	23%	22%	9%
Sűrgető érzés a kielégülésre	17%	17%	21%	20%	17%	8%
Tűrelmetlen	19%	12%	27%	20%	13%	10%
Gyomorbizsergés	27%	15%	18%	18%	14%	8%
Piros genitáliák	26%	18%	19%	14%	15%	8%
Reszkető érzés	27%	18%	21%	14%	11%	9%
Visszafogott	24%	29%	25%	14%	7%	1%
Szorongó	40%	27%	20%	7%	4%	3%
Frusztrált	41%	31%	16%	7%	2%	3%
Elfojtott	46%	29%	12%	7%	4%	1%
Nem vonzó	57%	20%	12%	6%	3%	3%

Megzavart	54%	22%	13%	7%	2%	2%
Idegenkedő érzés	54%	24%	11%	8%	3%	0%
Nemtetszés	54%	26%	10%	4%	3%	3%
Letargikus	57%	25%	9%	2%	4%	2%
Boldogtalan	54%	27%	10%	5%	2%	1%
Ellenálló	55%	28%	8%	5%	3%	1%
Lanyha	53%	29%	11%	5%	1%	1%
Dühös	57%	26%	7%	5%	2%	2%
Érzéketlen	60%	24%	8%	4%	3%	1%
Frigid	58%	25%	8%	4%	2%	2%
Közönyös	57%	28%	8%	4%	2%	1%
Irtózás	66%	21%	6%	2%	2%	2%

19. melléklet**Női Szexuális Énséma (Andersen B. L., Cyranowski J. M., 1994)**

JELLEMEZZE ÖNMAGÁT!

ALÁBB EGY 50 MELLÉKNÉVBŐL ÁLLÓ LISTÁT TALÁL. VALAMENNYI SZÓ ESETÉBEN VEGYE FIGYELEMBE, HOGY AZ ADOTT KIFEJEZÉS JELLEMZŐ-E ÖNRE VAGY SEM. MINDEGYIK MELLÉKNEVET SOROLJA BE EGY 7 FOKÚ SKÁLÁN, 0-TÓL (= EGYÁLTALÁN NEM JELLEMEZ ENGEM) 6-IG (= NAGYON JELLEMEZ ENGEM). ÍRJON EGY SZÁMOT A MELLÉKNEVEKHEZ, AMI AZT MUTATJA, HOGY MENNYIRE PONTOSAN JELLEMZI ÖNT AZ ADOTT MELLÉKNÉV. NINCS JÓ VAGY ROSSZ VÁLASZ.

KÉREM, GONDOLKODJON EL A VÁLASZOKON, ÉS LEGYEN ŐSZINTE.

KÉRDÉS: MILYEN MÉRTÉKBEN JELLEMEZ ENGEM A(Z) MELLÉKNÉV?

Értékelő skála:

Egyáltalán nem jellemez engem	0	1	2	3	4	5	6	Nagyon jellemez engem
1. nagylelkű								26. ellenszenves
2. gátlás nélküli								27. komoly
3. óvatos								28. meggondolt
4. segítőkész								29. humoros
5. szerető								30. értelmes
6. nyitott								31. szégyenkező
7. sekélyes								32. szókimondó
8. félénk								33. higgadt
9. őszinte								34. felelősségteljes
10. félreérthetetlen								35. romantikus
11. ösztönző								36. udvarias
12. kellemetlen								37. együtt érző
13. tapasztalt								38. konzervatív
14. hirtelen haragú								39. szenvedélyes
15. felelőtlen								40. bölcs
16. egyenes								41. tapasztalatlan
17. logikus								42. zsugori
18. széles látókörű								43. felületes
19. kedves								44. melegszívű
20. felizgatható								45. romantikátlan
21. gyakorlatias								46. jó természetű
22. öntudatos								47. durva
23. lassú észjárású								48. kitárulkozó
24. korrekt								49. főnökösködő
25. laza								50. érző szívű

20. melléklet

Női Szexuális Énséma kérdőív itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. nagylelkű	367	1	6	4,57	1,089
2. gátlás nélküli	367	0	6	2,57	1,578
3. óvatos	367	0	6	4,07	1,290
4. segítőkész	366	2	6	5,02	,921
5. szerető	367	3	6	5,34	,806
6. nyitott	367	0	6	4,68	1,152
7. sekélyes	366	0	6	1,24	1,202
8. félénk	367	0	6	2,78	1,457
9. őszinte	366	0	6	4,92	,940
10. félreérthetetlen	365	0	6	3,32	1,315
11. ösztönző	366	0	6	3,96	1,156
12. kellemetlen	366	0	5	1,30	1,066
13. tapasztalt	367	0	6	3,31	1,262
14. hirtelen haragú	365	0	6	3,35	1,752
15. felelőtlen	367	0	6	1,89	1,467
16. egyenes	366	1	6	4,80	,970
17. logikus	366	0	6	4,11	1,216
18. széles látókörű	366	2	6	4,62	,974
19. kedves	366	2	6	5,01	,910
20. felizgatható	366	1	6	4,96	1,022
21. gyakorlatias	366	0	6	4,16	1,259
22. öntudatos	366	1	6	4,62	1,037
23. lassú észjárású	367	0	6	1,46	1,267
24. korrekt	366	1	6	4,86	,909
25. laza	366	0	6	3,74	1,276
26. ellenszenves	365	0	6	1,30	1,160
27. komoly	366	0	6	3,72	1,308
28. meggondolt	366	0	6	4,18	1,091
29. humoros	367	1	6	4,54	1,002
30. értelmes	366	0	6	5,15	,796
31. szégyenkező	365	0	6	2,08	1,527
32. szókimondó	367	0	6	4,24	1,321
33. higgadt	366	0	6	3,40	1,328
34. felelősségteljes	367	1	6	4,61	1,065
35. romantikus	366	0	6	4,60	1,293
36. udvarias	365	2	6	4,92	,904
37. együtt érző	367	1	6	5,15	,920
38. konzervatív	366	0	6	2,40	1,540
39. szenvedélyes	366	0	6	4,79	1,063
40. bölcs	365	0	6	3,57	1,190
41. tapasztalatlan	367	0	6	2,47	1,494
42. zsugori	366	0	6	1,56	1,418
43. felületes	366	0	5	1,65	1,332
44. melegszívű	366	2	6	4,95	,904
45. romantikátlan	366	0	6	1,13	1,368
46. jó természetű	367	0	6	4,22	1,099
47. durva	366	0	5	1,28	1,230
48. kitárulkozó	367	0	6	3,14	1,569
49. főnökösödő	367	0	6	2,67	1,727
50. érző szívű	366	3	6	5,18	,833

21. melléklet

Női Szexuális Énséma kérdőív itemek értékeinek gyakorisága

	Egyáltalán nem jellemz engem	1	2	3	4	5	Nagyon jellemz engem
1. nagylelkű	0%	1%	4%	12%	25%	39%	20%
2. gátlás nélküli	11%	16%	21%	23%	16%	10%	3%
3. óvatos	1%	3%	8%	20%	27%	30%	12%
4. segítőkész	0%	0%	1%	5%	21%	38%	36%
5. szerető	0%	0%	0%	3%	12%	33%	52%
6. nyitott	0%	1%	3%	10%	23%	36%	26%
7. sekélyes	35%	27%	24%	11%	3%	0%	1%
8. félénk	4%	15%	26%	25%	17%	8%	5%
9. őszinte	0%	0%	1%	7%	19%	46%	28%
10. félreérthetetlen	4%	4%	14%	32%	28%	14%	3%
11. ösztönző	1%	1%	8%	21%	34%	29%	6%
12. kellemetlen	26%	33%	29%	9%	2%	1%	0%
13. tapasztalt	3%	5%	14%	33%	30%	13%	3%
14. hirtelen haragú	5%	13%	16%	17%	17%	19%	12%
15. felelőtlen	21%	23%	25%	17%	11%	3%	2%
16. egyenes	0%	1%	1%	7%	25%	42%	24%
17. logikus	1%	1%	8%	16%	32%	31%	10%
18. széles látókörű	0%	0%	1%	14%	25%	41%	19%
19. kedves	0%	0%	1%	6%	19%	41%	33%
20. felizgatható	0%	1%	2%	5%	19%	39%	34%
21. gyakorlatias	1%	2%	5%	18%	32%	27%	14%
22. öntudatos	0%	0%	2%	11%	28%	36%	21%
23. lassú észjárású	28%	28%	24%	14%	5%	1%	0%
24. korrekt	0%	1%	1%	5%	22%	48%	23%
25. laza	1%	3%	10%	27%	29%	22%	7%
26. ellenszenves	28%	35%	21%	12%	2%	1%	0%
27. komoly	2%	4%	10%	25%	30%	23%	7%
28. meggondolt	1%	1%	4%	17%	37%	30%	10%
29. humoros	0%	1%	2%	11%	32%	38%	17%
30. értelmes	0%	0%	0%	3%	11%	51%	34%
31. szégyenkező	19%	19%	24%	19%	13%	3%	2%
32. szókimondó	1%	3%	7%	15%	31%	24%	20%
33. higgadt	3%	3%	16%	31%	25%	16%	5%
34. felelősségteljes	0%	0%	4%	11%	25%	40%	20%
35. romantikus	1%	2%	4%	10%	21%	34%	27%
36. udvarias	0%	0%	1%	6%	21%	43%	28%
37. együtt érző	0%	0%	1%	4%	17%	35%	43%
38. konzervatív	14%	15%	24%	21%	17%	7%	2%
39. szenvedélyes	0%	0%	2%	9%	27%	31%	31%

40. bölcs	1%	4%	12%	26%	37%	15%	4%
41. tapasztalatlan	11%	15%	24%	25%	14%	8%	2%
42. zsugori	31%	20%	24%	15%	6%	4%	0%
43. felületes	25%	23%	27%	16%	7%	3%	0%
44. melegszívű	0%	0%	1%	6%	21%	42%	31%
45. romantikátlan	44%	26%	16%	7%	4%	2%	1%
46. jó természetű	1%	1%	3%	19%	32%	34%	10%
47. durva	33%	31%	17%	14%	5%	1%	0%
48. kitárulkozó	7%	9%	17%	25%	19%	18%	5%
49. főnökösködő	16%	13%	16%	20%	22%	11%	4%
50. érző szívű	0%	0%	0%	4%	15%	40%	41%

22. melléklet

Férfi Szexuális Énséma (Andersen B. L., Cyranowski J. M., Espindle D., 1999)

JELLEMEZZE ÖNMAGÁT!

ALÁBB EGY 45 MELLÉKNÉVBŐL ÁLLÓ LISTÁT TALÁL. VALAMENNYI SZÓ ESETÉBEN VEGYE FIGYELEMBE, HOGY AZ ADOTT KIFEJEZÉS JELLEMZŐ-E ÖNRE VAGY SEM. MINDEGYIK MELLÉKNEVET SOROLJA BE EGY 7 FOKÚ SKÁLÁN, 0-TÓL (= EGYÁLTALÁN NEM JELLEMEZ ENGEM) 6-IG (= NAGYON JELLEMEZ ENGEM). ÍRJON EGY SZÁMOT A MELLÉKNEVEKHEZ, AMI AZT MUTATJA, HOGY MENNYIRE PONTOSAN JELLEMZI ÖNT AZ ADOTT MELLÉKNÉV. NINCS JÓ VAGY ROSSZ VÁLASZ. KÉREM, GONDOLKODJON EL A VÁLASZOKON, ÉS LEGYEN ŐSZINTE.

KÉRDÉS: MILYEN MÉRTÉKBEN JELLEMEZ ENGEM A(Z) MELLÉKNÉV?

Értékelő skála:

Egyáltalán nem jellemez engem		0	1	2	3	4	5	6	Nagyon jellemez engem	
1. humoros									31. érzékeny	
2. konzervatív									32. felelősségteljes	
3. okos									33. visszafogott	
4. lágyszívű									34. tapasztalt	
5. kellemetlen									35. jó természetű	
6. erőteljes									36. romantikus	
7. spontán									37. félénk	
8. sekélyes									38. könnyörületes	
9. független									39. szabadelvű	
10. tapasztalatlan									40. kedves	
11. domináns									41. individualisztikus	
12. egészséges									42. érzéki	
13. szerető									43. szókimondó	
14. segítőkész									44. lusta	
15. passzív									45. izgulékony	

23. melléklet**Férfi Szexuális Énséma itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei**

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. humoros	78	2	6	5,05	,881
2. konzervatív	79	0	6	2,15	1,610
3. okos	79	3	6	4,96	,775
4. lágy szívű	79	1	6	4,22	1,268
5. kellemetlen	79	0	5	1,86	1,268
6. erőteljes	79	1	6	3,90	1,287
7. spontán	79	1	6	4,09	1,512
8. sekélyes	79	0	5	1,53	1,175
9. független	78	0	6	3,96	1,490
10. tapasztalatlan	78	0	6	2,35	1,308
11. domináns	79	0	6	3,80	1,362
12. egészséges	78	3	6	5,00	,953
13. szerető	78	2	6	5,12	,967
14. segítőkész	79	0	6	4,94	1,113
15. passzív	79	0	6	2,28	1,476
16. nyitott	78	2	6	5,13	,873
17. hanyag	78	0	6	2,86	1,560
18. érző szívű	78	1	6	5,04	,918
19. felizgatható	78	3	6	5,17	,986
20. durva	78	0	6	1,82	1,412
21. széles látókörű	78	3	6	5,03	,869
22. szenvedélyes	78	3	6	4,74	1,025
23. bölcs	78	0	6	4,37	1,082
24. agresszív	78	0	6	1,99	1,558
25. udvarias	77	0	6	4,84	1,148
26. kitárulkozó	76	0	6	3,70	1,575
27. meleg szívű	78	1	6	4,68	1,201
28. zsugori	78	0	6	1,99	1,567
29. izgalmas	78	2	6	4,27	1,113
30. egyenes	77	2	6	4,73	1,021
31. érzékeny	77	1	6	4,55	1,252
32. felelősségteljes	79	2	6	4,65	1,166
33. visszafogott	79	0	6	3,15	1,468
34. tapasztalt	79	1	6	3,77	1,097
35. jó természetű	79	1	6	4,41	1,080
36. romantikus	79	0	6	4,13	1,488
37. félénk	79	0	6	2,73	1,550
38. könnyörületes	78	0	6	4,10	1,315
39. szabadelvű	78	2	6	4,54	1,306
40. kedves	79	2	6	4,84	,940
41. individualisztikus	78	1	6	4,36	1,216
42. érzéki	78	1	6	4,36	1,093
43. szókimondó	78	1	6	4,56	1,202
44. lusta	79	0	6	3,44	1,559
45. izgulékony	79	0	6	3,82	1,509

24. melléklet

Férfi Szexuális Énséma itemek értékeinek gyakorisága

	Egyáltalán nem jellemz engem	1	2	3	4	5	Nagyon jellemz engem
1. humoros	0%	0%	1%	3%	21%	41%	35%
2. konzervatív	15%	22%	33%	9%	9%	10%	3%
3. okos	0%	0%	0%	3%	24%	48%	25%
4. lágyszívű	0%	4%	6%	18%	20%	41%	11%
5. kellemetlen	10%	38%	23%	18%	8%	4%	0%
6. erőteljes	0%	1%	14%	24%	29%	18%	14%
7. spontán	0%	6%	13%	11%	27%	22%	22%
8. sekélyes	23%	28%	28%	18%	3%	1%	0%
9. független	1%	8%	5%	22%	23%	26%	15%
10. tapasztalatlan	5%	19%	40%	17%	12%	6%	1%
11. domináns	3%	4%	8%	24%	30%	23%	9%
12. egészséges	0%	0%	0%	10%	14%	41%	35%
13. szerető	0%	0%	3%	4%	14%	38%	41%
14. segítőkész	1%	1%	0%	4%	22%	38%	34%
15. passzív	10%	24%	24%	22%	13%	5%	3%
16. nyitott	0%	0%	1%	1%	21%	37%	40%
17. hanyag	6%	14%	22%	26%	12%	18%	3%
18. érző szívű	0%	1%	0%	4%	15%	47%	32%
19. felizgatható	0%	0%	0%	9%	14%	28%	49%
20. durva	15%	35%	23%	13%	9%	4%	1%
21. széles látókörű	0%	0%	0%	3%	26%	35%	36%
22. szenvedélyes	0%	0%	0%	15%	22%	36%	27%
23. bölcs	1%	0%	0%	21%	28%	37%	13%
24. agresszív	15%	29%	24%	15%	6%	5%	4%
25. udvarias	1%	0%	0%	12%	19%	34%	34%
26. kitárulkozó	1%	11%	13%	13%	29%	20%	13%
27. melegszívű	0%	1%	5%	10%	18%	38%	27%
28. zsugori	19%	26%	21%	15%	12%	6%	1%
29. izgalmas	0%	0%	6%	19%	28%	33%	13%
30. egyenes	0%	0%	4%	8%	22%	44%	22%
31. érzékeny	0%	4%	3%	10%	25%	35%	23%
32. felelősségteljes	0%	0%	8%	10%	15%	44%	23%
33. visszafogott	3%	10%	27%	18%	18%	24%	1%
34. tapasztalt	0%	3%	14%	15%	42%	25%	1%
35. jó természetű	0%	1%	4%	9%	43%	25%	18%
36. romantikus	4%	1%	9%	14%	27%	28%	18%
37. félénk	6%	16%	27%	18%	16%	14%	3%

38. könyörületes	1%	0%	12%	21%	21%	33%	13%
39. szabadelvű	0%	0%	9%	15%	18%	28%	29%
40. kedves	0%	0%	3%	4%	27%	42%	25%
41. individualisztikus	0%	3%	1%	23%	23%	31%	19%
42. érzéki	0%	1%	8%	5%	37%	37%	12%
43. szókimondó	0%	3%	4%	9%	27%	35%	23%
44. lusta	1%	9%	23%	19%	18%	20%	10%
45. izgulékony	1%	5%	15%	20%	19%	25%	14%

25. melléklet

Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív – Női változat

**OLVASSA EL FIGYELMESEN AZ ALÁBBI SZITUÁCIÓKAT! JELÖLJE MEG A MEGFELELŐ SZÁMÉRTÉK BEKARIKÁZÁSÁVAL, HOGY MILYEN GYAKRAN TÖRTÉNNEK MEG ÖNNEL
(1 – SOHA, 5 – GYAKRAN)!**

Egyedül vagyok a partneremmel. Úgy tűnik, hogy szeretkezni akar velem és különösen hosszan próbál felizgatni. Nekem azonban egyáltalán nincs kedvem hozzá, úgyhogy inkább úgy teszek, mintha fáradt lennék és témát váltok. Ő azonban tovább próbálkozik. Csalódottnak tűnik, és azt mondja, hogy nem szeretem már annyira, mint régen.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Szeretkezem a partneremmel. Tényleg nagyon igyekszik felizgatni, de én egyáltalán nem érzek semmi élvezetet. Helyette úgy érzem, hogy egy kötelezettséget teljesítek. Azt kérdezem magamtól: „Ennek mindig így kell lennie?”

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

A partnerem hozzám ér és én nagyon felizgulok. Egy pár perccel később megpróbál belém hatolni, de a hüvelyizmain összeszorulnak és a partnerem nem tud behatolni. Tovább próbálkozik sikertelenül, és így, ami egy felejthetetlen pillanatnak indult, egy frusztráló élménnyé válik.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

A partnerem és én belemerülünk az előjátékba, ő különböző módokon próbál felizgatni engem, amit élvezek. De ennek ellenére nem tudok eljutni az orgazmusig. A partnerem tovább próbálkozik, egyre inkább fáradni látszik, én pedig kezdek frusztrált lenni. Egyre nyugtalanabb leszek, s rájövök, hogy annak a valószínűsége, hogy orgazmusom lesz egyre kisebb és kisebb.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

KARIKÁZZA BE AZ ÖSSZES ÉRZÉST, AMIT ÉRZETT, AMIKOR ELKÉPZELTE AZT A SZITUÁCIÓT, AMELYIK A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDUL ÖNNEL!

aggódás szomorúság kiábrándultság félelem büntudat szégyen düh sértett gyönyör elégedettség

GONDOLJON ARRRA A SZITUÁCIÓRA, AMELYIK A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDUL ÖNNEL!
OLVASSA EL FIGYELMESEN AZ ALÁBBI KIJELENTÉSEKET ÉS KARIKÁZZA BE AZT, AMI A LEGINKÁBB
LEÍRJA, HOGY AZ ADOTT HELYZETBEN MIT GONDOL ÉS ÉREZ!
(1 – TELJESEN HAMIS, 5 – TELJESEN IGAZ)

Sémák	Teljesen hamis	Hamis	Néha igaz, néha hamis	Igaz	Teljesen igaz
1. Gyámoltalan vagyok.	1	2	3	4	5
2. Tehetetlen vagyok.	1	2	3	4	5
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	1	2	3	4	5
4. Gyenge vagyok.	1	2	3	4	5
5. Sebezhető vagyok.	1	2	3	4	5
6. Rászoruló vagyok.	1	2	3	4	5
7. Csapdába esett vagyok.	1	2	3	4	5
8. Nem vagyok kielégítő.	1	2	3	4	5
9. Eredménytelen vagyok.	1	2	3	4	5
10. Nem vagyok hozzáértő.	1	2	3	4	5
11. Egy csőd vagyok.	1	2	3	4	5
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	1	2	3	4	5
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	1	2	3	4	5
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	1	2	3	4	5
15. Nem vagyok szerethető.	1	2	3	4	5
16. Nem vagyok kedvelhető.	1	2	3	4	5
17. Nem vagyok kíváncsú (megkíváncsi).	1	2	3	4	5
18. Nem vagyok vonzó.	1	2	3	4	5
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	1	2	3	4	5
20. Elhanyagolt vagyok.	1	2	3	4	5
21. Rossz vagyok.	1	2	3	4	5
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	1	2	3	4	5
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	1	2	3	4	5
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	1	2	3	4	5
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	1	2	3	4	5
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	1	2	3	4	5

26. melléklet

Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív – Férfi változat

**OLVASSA EL FIGYELMESEN AZ ALÁBBI SZITUÁCIÓKAT! JELÖLJE MEG A MEGFELELŐ SZÁMÉRTÉK BEKARIKÁZÁSÁVAL, HOGY MILYEN GYAKRAN TÖRTÉNNEK MEG ÖNNEL
(1 – SOHA, 5 – GYAKRAN)!**

Egyedül vagyok a partneremmel. Látszik rajta, hogy nagyon akar szeretkezni velem és különösen hosszan próbál felizgatni. Nekem azonban egyáltalán nincs kedvem hozzá, úgyhogy inkább úgy teszek, mintha fáradt lennék és témát váltok. Ő azonban tovább próbálkozik. Csalódottnak tűnik, és azt mondja, hogy nem szeretem már annyira, mint régen.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Cirógatom, csókolgatom a partnerem, amit ő élvez, és úgy tűnik, készen is áll a szexuális aktusra. Amikor behatolni próbálok, érzem, hogy az erekcióm nem olyan kemény, mint normális esetben, és a teljes behatolás lehetetlennek tűnik. Próbálkozásom eredménytelen, és végül abbahagyom.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

A partnerem kényeztet engem, amire én nagyon felizgulok. Erős izgalomba jövök, és azonnal megpróbálok behatolni. Elveszítem a kontrollt és nagyon hamar elérem az orgazmust, s ekkor az aktus végét ér. A partnerem nagyon csalódottnak tűnik, mintha többet várt volna tőlem.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Teljesen belefeledkezem a szeretkezésbe és behatolok a partnerembe. Az elején minden rendben is van, de az idő elteltével érzem, hogy nem leszek képesek eljutni az orgazmusig. A partnerem egyre fáradtabbnak tűnik. Akármilyen erősen próbálom, az orgazmus egyre elérhetetlenebbnek látszik.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

KARIKÁZZA BE AZ ÖSSZES ÉRZÉST, AMIT ÉRZETT, AMIKOR ELKÉPZELTE AZT A SZITUÁCIÓT, AMELYIK A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDUL ÖNNEL!

aggódás szomorúság kiábrándultság félelem büntudat szégyen düh sértett gyönyör elégedettség

GONDOLJON ARRRA A SZITUÁCIÓRA, AMELYIK A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDUL ÖNNEL!
OLVASSA EL FIGYELMESEN AZ ALÁBBI KIJELENTÉSEKET ÉS KARIKÁZZA BE AZT, AMI A LEGINKÁBB
LEÍRJA, HOGY AZ ADOTT HELYZETBEN MIT GONDOL ÉS ÉREZ!
(1 – TELJESEN HAMIS, 5 – TELJESEN IGAZ)

Sémák	Teljesen hamis	Hamis	Néha igaz, néha hamis	Igaz	Teljesen igaz
1. Gyámoltalan vagyok.	1	2	3	4	5
2. Tehetetlen vagyok.	1	2	3	4	5
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	1	2	3	4	5
4. Gyenge vagyok.	1	2	3	4	5
5. Sebezhető vagyok.	1	2	3	4	5
6. Rászoruló vagyok.	1	2	3	4	5
7. Csapdába esett vagyok.	1	2	3	4	5
8. Nem vagyok kielégítő.	1	2	3	4	5
9. Eredménytelen vagyok.	1	2	3	4	5
10. Nem vagyok hozzáértő.	1	2	3	4	5
11. Egy csőd vagyok.	1	2	3	4	5
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	1	2	3	4	5
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	1	2	3	4	5
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	1	2	3	4	5
15. Nem vagyok szerethető.	1	2	3	4	5
16. Nem vagyok kedvelhető.	1	2	3	4	5
17. Nem vagyok kíváncsú (megkíváncsi).	1	2	3	4	5
18. Nem vagyok vonzó.	1	2	3	4	5
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	1	2	3	4	5
20. Elhanyagolt vagyok.	1	2	3	4	5
21. Rossz vagyok.	1	2	3	4	5
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	1	2	3	4	5
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	1	2	3	4	5
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	1	2	3	4	5
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	1	2	3	4	5
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	1	2	3	4	5

27. melléklet

Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (Női változat) itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. Gyámoltalan vagyok.	202	1	5	1,95	,963
2. Tehetetlen vagyok.	203	1	5	2,31	1,180
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	203	1	5	2,03	1,069
4. Gyenge vagyok.	203	1	5	2,09	1,042
5. Sebezhető vagyok.	203	1	5	2,53	1,178
6. Rászoruló vagyok.	203	1	5	1,88	,985
7. Csapdába esett vagyok.	203	1	5	1,95	1,118
8. Nem vagyok kielégítő.	202	1	5	2,29	1,205
9. Eredménytelen vagyok.	203	1	5	2,35	1,182
10. Nem vagyok hozzáértő.	202	1	5	2,23	1,189
11. Egy csőd vagyok.	200	1	5	1,74	1,072
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	203	1	5	1,58	,894
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	203	1	5	2,40	1,260
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	202	1	5	2,57	1,261
15. Nem vagyok szerethető.	203	1	5	1,67	,982
16. Nem vagyok kedvelhető.	203	1	5	1,62	,906
17. Nem vagyok kíváncsú (megkíváncsi).	203	1	5	1,87	1,066
18. Nem vagyok vonzó.	203	1	5	2,01	1,094
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	203	1	5	1,67	,971
20. Elhanyagolt vagyok.	203	1	5	1,77	,990
21. Rossz vagyok.	201	1	5	1,69	,956
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	202	1	5	1,66	,944
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	203	1	5	2,37	1,229
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	203	1	5	1,77	1,057
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	203	1	5	1,87	1,105
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	203	1	5	1,70	1,030
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	203	1	5	1,73	1,028
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	203	1	5	1,83	1,178

28. melléklet**Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (Női változat) itemek értékeinek gyakorisága**

	1-es választ adók aránya	2-es választ adók aránya	3-as választ adók aránya	4-es választ adók aránya	5-ös választ adók aránya
1. Gyámoltalan vagyok.	40,4%	31,5%	21,2%	5,4%	1%
2. Tehetetlen vagyok.	30,5%	32%	17,2%	16,3%	3,9%
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	39,4%	31,5%	17,2%	9,9%	2%
4. Gyenge vagyok.	34,5%	35%	19,2%	9,4%	2%
5. Sebezhető vagyok.	24,6%	25,1%	27,1%	18,7%	4,4%
6. Rászoruló vagyok.	43,3%	35,5%	13,3%	5,9%	2%
7. Csapdába esett vagyok.	45,8%	29,1%	13,8%	7,4%	3,9%
8. Nem vagyok kielégítő.	34%	24,6%	24,1%	11,3%	5,4%
9. Eredménytelen vagyok.	31,5%	24,6%	25,1%	14,8%	3,9%
10. Nem vagyok hozzáértő.	34%	30%	19,2%	10,8%	5,4%
11. Egy csőd vagyok.	56,7%	22,7%	11,3%	3,9%	3,9%
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	62,1%	24,6%	8,4%	3,4%	1,5%
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	31,5%	25,1%	21,7%	14,8%	6,9%
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	26,1%	23,2%	24,6%	18,2%	7,4%
15. Nem vagyok szerethető.	57,6%	27,6%	7,4%	4,9%	2,5%
16. Nem vagyok kedvelhető.	58,1%	28,6%	8,4%	3%	2%
17. Nem vagyok kíváncs (megkívánható).	49,3%	26,6%	15,3%	5,9%	3%
18. Nem vagyok vonzó.	42,4%	28,1%	18,7%	7,9%	3%
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	56,2%	30%	6,4%	4,9%	2,5%
20. Elhanyagolt vagyok.	52,7%	26,6%	13,3%	5,9%	1,5%
21. Rossz vagyok.	56,2%	24,6%	12,3%	4,4%	1,5%
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	56,2%	28,6%	9,4%	3%	2,5%
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	34%	20,2%	25,1%	16,3%	4,4%
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	56,7%	20,2%	14,3%	6,9%	2%
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	51,7%	23,2%	13,8%	8,9%	2,5%
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	57,6%	25,1%	9,9%	3,9%	3,4%
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	56,2%	24,6%	11,8%	4,4%	3%
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	55,2%	24,6%	7,4%	7,4%	5,4%

29. melléklet**Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (Férfi változat)**
itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. Gyámoltalan vagyok.	55	1	4	1,93	,858
2. Tehetetlen vagyok.	55	1	5	2,38	1,080
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	55	1	4	2,04	,962
4. Gyenge vagyok.	55	1	4	2,20	,989
5. Sebezhető vagyok.	55	1	4	2,47	1,103
6. Rászoruló vagyok.	55	1	4	2,00	1,036
7. Csapdába esett vagyok.	54	1	5	2,02	1,107
8. Nem vagyok kielégítő.	55	1	5	2,33	1,306
9. Eredménytelen vagyok.	54	1	5	2,17	1,129
10. Nem vagyok hozzáértő.	55	1	4	2,18	1,073
11. Egy csőd vagyok.	55	1	5	1,75	1,022
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	54	1	4	2,04	1,081
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	54	1	5	2,65	1,231
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	55	1	5	2,82	1,203
15. Nem vagyok szerethető.	55	1	4	2,09	1,041
16. Nem vagyok kedvelhető.	54	1	4	1,94	,899
17. Nem vagyok kíváncsú (megkíváncsi).	55	1	5	2,09	1,023
18. Nem vagyok vonzó.	55	1	5	2,24	1,138
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	55	1	4	1,96	,922
20. Elhanyagolt vagyok.	55	1	4	1,87	1,001
21. Rossz vagyok.	55	1	5	2,05	1,061
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	54	1	5	2,13	1,117
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	55	1	5	2,33	1,218
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	54	1	5	2,11	1,076
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	55	1	5	2,25	1,109
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	55	1	4	2,05	1,044
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	55	1	4	1,84	,977
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	55	1	4	2,05	1,161

30. melléklet**Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (Férfi változat)**
ítemek értékeinek gyakorisága

	1-es választ adók aránya	2-es választ adók aránya	3-as választ adók aránya	4-es választ adók aránya	5-ös választ adók aránya
1. Gyámoltalan vagyok.	36,4%	38,2%	21,8%	3,6%	0%
2. Tehetetlen vagyok.	23,6%	32,7%	29,1%	10,9%	3,6%
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	34,5%	36,4%	20%	9,1%	0%
4. Gyenge vagyok.	27,3%	38,2%	21,8%	12,7%	0%
5. Sebezhető vagyok.	23,6%	29,1%	23,6%	23,6%	0%
6. Rászoruló vagyok.	40%	32,7%	14,5%	12,7%	0%
7. Csapdába esett vagyok.	41,8%	27,3%	16,4%	10,9%	1,8%
8. Nem vagyok kielégítő.	38,2%	20%	18,2%	5,5%	0%
9. Eredménytelen vagyok.	34,5%	29,1%	21,8%	9,1%	3,6%
10. Nem vagyok hozzáértő.	32,7%	32,7%	18,2%	16,4%	0%
11. Egy csőd vagyok.	56,4%	21,8%	14,5%	5,5%	1,8%
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	38,2%	34,5%	9,1%	16,4%	0%
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	23,6%	21,8%	21,8%	27,3%	0%
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	18,2%	20,0%	30,9%	23,6%	7,3%
15. Nem vagyok szerethető.	34,5%	36,4%	14,5%	14,5%	0%
16. Nem vagyok kedvelhető.	36,4%	36,4%	20%	5,5%	0%
17. Nem vagyok kíváncs (megkívánható).	32,7%	38,2%	18,2%	9,1%	1,8%
18. Nem vagyok vonzó.	32,7%	29,1%	23,6%	10,9%	3,6%
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	38,2%	32,7%	23,6%	5,5%	0%
20. Elhanyagolt vagyok.	45,5%	32,7%	10,9%	10,9%	0%
21. Rossz vagyok.	36,4%	36,4%	14,5%	10,9%	1,8%
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	34,5%	32,7%	18,2%	9,1%	3,6%
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	36,4%	16,4%	29,1%	14,5%	3,6%
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	36,4%	27,3%	23,6%	9,1%	1,8%
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	32,7%	25,5%	27,3%	12,7%	1,8%
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	38,2%	30,9%	18,2%	12,7%	0%
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	49,1%	15,5%	18,2%	7,3%	0%
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	43,6%	27,3%	9,1%	20%	0%

31. melléklet

Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (női és férfi minta együtt) itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. Gyámoltalan vagyok.	257	1	5	1,94	,940
2. Tehetetlen vagyok.	258	1	5	2,33	1,158
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	258	1	5	2,03	1,045
4. Gyenge vagyok.	258	1	5	2,12	1,030
5. Sebezhető vagyok.	258	1	5	2,52	1,161
6. Rászoruló vagyok.	258	1	5	1,90	,995
7. Csapdába esett vagyok.	257	1	5	1,96	1,114
8. Nem vagyok kielégítő.	257	1	5	2,30	1,225
9. Eredménytelen vagyok.	257	1	5	2,31	1,171
10. Nem vagyok hozzáértő.	257	1	5	2,22	1,163
11. Egy csőd vagyok.	255	1	5	1,74	1,059
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	257	1	5	1,67	,953
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	257	1	5	2,46	1,256
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	257	1	5	2,63	1,250
15. Nem vagyok szerethető.	258	1	5	1,76	1,008
16. Nem vagyok kedvelhető.	257	1	5	1,69	,912
17. Nem vagyok kíváncsú (megkíváncsi).	258	1	5	1,91	1,059
18. Nem vagyok vonzó.	258	1	5	2,06	1,106
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	258	1	5	1,74	,967
20. Elhanyagolt vagyok.	258	1	5	1,79	,992
21. Rossz vagyok.	256	1	5	1,77	,989
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	256	1	5	1,76	,999
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	258	1	5	2,36	1,225
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	257	1	5	1,84	1,068
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	258	1	5	1,95	1,115
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	258	1	5	1,78	1,041
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	258	1	5	1,76	1,017
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	258	1	5	1,88	1,176

32. melléklet**Szexuális Kontextusban Aktiválódó Kognitív Sémák Kérdőív (női és férfi minta együtt)
itemek értékeinek gyakorisága**

	1-es választ adók aránya	2-es választ adók aránya	3-as választ adók aránya	4-es választ adók Aránya	5-ös választ adók aránya
1. Gyámoltalan vagyok.	38,9%	32,4%	21%	5%	0,8%
2. Tehetetlen vagyok.	28,6%	31,7%	19,5%	14,9%	3,8%
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	37,8%	32,1%	17,6%	9,5%	1,5%
4. Gyenge vagyok.	32,4%	35,1%	19,5%	9,9%	1,5%
5. Sebezhető vagyok.	24%	25,6%	26%	19,5%	3,4%
6. Rászoruló vagyok.	42%	34,4%	13,4%	7,3%	1,5%
7. Csapdába esett vagyok.	44,3%	28,2%	14,1%	8%	3,4%
8. Nem vagyok kielégítő.	34,4%	23,3%	22,5%	12,6%	5,3%
9. Eredménytelen vagyok.	31,7%	25,2%	24%	13,4%	3,8%
10. Nem vagyok hozzáértő.	33,2%	30,2%	18,7%	11,8%	4,2%
11. Egy csőd vagyok.	55,7%	22,1%	11,8%	4,2%	3,4%
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	56,1%	26,3%	8,4%	6,1%	1,1%
13. Tökéletlen vagyok (rosszabb másoknál).	29,4%	24%	21,4%	17,2%	6,1%
14. Nem vagyok elég jó (a teljesítményem).	24%	22,1%	25,6%	19,1%	7,3%
15. Nem vagyok szerethető.	51,9%	29%	8,8%	6,9%	1,9%
16. Nem vagyok kedvelhető.	52,7%	29,8%	10,7%	3,4%	1,5%
17. Nem vagyok kíváncs (megkívánható).	45%	28,6%	15,6%	6,5%	2,7%
18. Nem vagyok vonzó.	39,7%	27,9%	19,5%	8,4%	3,1%
19. Nem akart, nem vágyott személy vagyok.	51,5%	30,2%	9,9%	5%	1,9%
20. Elhanyagolt vagyok.	50,4%	27,5%	12,6%	6,9%	1,1%
21. Rossz vagyok.	56,2%	24,6%	12,3%	4,4%	1,5%
22. Méltatlan/érdemtelen vagyok.	50,8%	29%	11,1%	4,2%	2,7%
23. Más vagyok./Különbözöm másoktól.	34%	19,1%	25,6%	15,6%	4,2%
24. Tökéletlen vagyok (nem szeretett).	51,5%	21,4%	16%	7,3%	1,9%
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	46,9%	23,3%	16,4%	9,5%	2,3%
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	52,7%	26%	11,5%	5,7%	2,7%
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	53,8%	24,4%	13%	5%	2,3%
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	51,9%	24,8%	7,6%	9,9%	4,2%

33. melléklet

Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív – Női változat

AZ ALÁBBI LISTA SZEXUALITÁSSAL KAPCSOLATOS ÁLLÍTÁSOKAT TARTALMAZ.

KÉREM, OLVASSA EL FIGYELMESEN ÉS JOBBOLDALT JELÖLJE BE, HOGY MENNYIRE ÉRT EGYET VELÜK.

(1-5-IG ÉRTÉKELJE, AHOL AZ 1 – EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET, 5 – TELJESEN EGYETÉRTEK.)

	Egyáltalán nem érték egyet	Nem értek egyet	Semleges	Egyetérték	Teljesen egyetérték
1. A jó szexhez szükséges szerelem és érzem a partner részéről.					
2. A maszturbálás / önkielégítés rossz és bűnös dolog.					
3. A szex legfontosabb alkotóeleme a kölcsönös vonzalom.					
4. A legnagyobb ajándék, amit egy nő vihet a házasságba, a szüzessége.					
5. Klimax / Menopauza után a nő nem érez szexuális vágyat.					
6. Az a nő, akinek szexuális fantáziái vannak, perverz.					
7. A maszturbálás / önkielégítés nem helyénvaló cselekedet egy tisztességes nőtől.					
8. Klimax / Menopauza után a nők nem tudják elérni az orgazmust.					
9. Különböző módokon lehet gyönyört érezni és orgazmust elérni.					
10. A fizikailag nem vonzó nők nem lehetnek szexuálisan kielégítettek.					
11. A hálószobában a férfi a főnök.					
12. Egy jó anya nem lehet szexuálisan aktív.					
13. Az orgazmus férfiaknál elfogadható, nőknél nem.					
14. A szexuális aktust a férfinek kell kezdeményeznie.					
15. A szex erkölcstelen és bűnös dolog.					
16. A partnerek egyidejű orgazmusa alapvető a kielégítő szexuális együttléthez.					
17. Orgazmus csak vaginális együttlét útján érhető el.					
18. A szex célja a férfi kielégülése/ítése.					
19. A sikeres szakmai karrier magában foglalja a szexuális viselkedés feletti kontrollt.					
20. A nők korosodásával a szex közben átélt örömeik csökken.					
21. A férfiakat csak a fiatal, vonzó nők érdeklik.					
22. A szex egy gyönyörű és tiszta dolog.					
23. A szex szerelem nélkül olyan, mint az étel íz nélkül.					
24. Amíg mindkét fél hozzájárul, bármi megtörténhet köztük.					
25. Bármely nő, aki szexuális aktust kezdeményez, erkölcstelen.					
26. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.					
27. Menstruáció alatt történő szexuális aktus egészségügyi problémákat okozhat.					
28. Az orális szex az egyik legnagyobb perverzió.					
29. Ha egy nő elengedi magát szexuálisan, akkor a férfi irányítása alatt áll.					
30. Kedves lenni a férfiakhoz és mosolyogni rájuk, veszélyes lehet.					
31. A legcsodálatosabb érzés, amit egy nő érezhet, az az anyaság érzése.					
32. Az anális szex perverz dolog.					
33. A hálószobában a nő a főnök.					
34. Szexuális aktus csak a férfi kezdeményezésével történhet.					
35. Csak egy elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).					
36. Gyönyört érezni szexuális aktus közben nem elfogadható egy erkölcsös nő esetében.					
37. Egy jó anyának kontrollálnia kell a szexuális vágyait.					
38. Egy csúnya nő nem képes szexuálisan kielégíteni a partnerét.					
39. Az a nő, aki csak a csikló izgatásával érez szexuális gyönyört, az beteg vagy perverz.					
40. Tiszta / erkölcsös lányok nem létesítenek szexuális kapcsolatot.					

34. melléklet
Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív – Férfi változat

AZ ALÁBBI LISTA SZEXUALITÁSSAL KAPCSOLATOS ÁLLÍTÁSOKAT TARTALMAZ.
KÉREM, OLVASSA EL FIGYELMESEN ÉS JOBBOLDALT JELÖLJE BE, HOGY MENNYIRE ÉRT EGYET VELÜK.
(1-5-IG ÉRTÉKELJE, AHOL AZ 1 – EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET, 5 – TELJESEN EGYETÉRTEK.)

	Egyáltalán nem érték egyet	Nem értek egyet	Semleges	Egyetértek	Teljesen egyetértek
1. Egy igazi férfi nagyon gyakran létesít szexuális kapcsolatot.					
2. Orgazmus csak vaginális együttléttel érhető el.					
3. A pénisz ereciója elengedhetetlen egy nő szexuális kielégítéséhez.					
4. A homoszexualitás betegség.					
5. Egy nőnek nincs más választása, minthogy szexuálisan alávetett legyen egy férfi erejének.					
6. Egy igazi férfinak szexuális aktus közben ki kell várnia a szükséges időt, hogy a nőt szexuálisan kielégítse.					
7. Egy nőnek lehetnek kétségei a férfi férfiasságát illetően, hogyha nem ér el erekciót szex közben.					
8. Ismételt orális és anális szex komoly egészségügyi problémákat okozhat.					
9. Egy rövidebb ideig tartó szexuális aktus a férfi erejének jele.					
10. A szex a férfi erejével való visszaélés.					
11. A szexuális kudarc következménye katasztrófa.					
12. A nőket csak a fiatal, vonzó férfiak érdeklik.					
13. Nem illik szexuálisan fantáziálni szex közben.					
14. Vannak bizonyos univerzális szabályok arról, hogy mi a normális egy szexuális aktus közben.					
15. Az ágyban a nő a főnök.					
16. Azok a férfiak, akik nem képesek behatolni a nőbe, nem tudják őket szexuálisan kielégíteni.					
17. A szexben a legfontosabb, hogy a felek eljussanak az orgazmusig.					
18. A szexben minden elfogadható kivéve a vaginális közösülés.					
19. A nő legnagyobb fegyvere a teste.					
20. Egy nő kiábrándulhat/ "kiszeregethet" egy férfiból, ha az nem képes őt szexuálisan kielégíteni.					
21. A vaginális szex az egyetlen legitim módja a szexnek.					
22. Az erekció minősége az, ami a leginkább kielégíti a nőt.					
23. A sikeres karrier része a szexuális vágyak feletti kontrollt.					
24. Az előjáték csak időpocsékolás.					
25. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.					
26. A szex minél gyorsabb, annál jobb.					
27. Azok az emberek, akik nem kontrollálják a szexuális vágyaikat, azokat könnyebben irányítják mások.					
28. Egy igazi férfi mindig készen áll a szexre és képesnek kell lennie bármely nőt kielégíteni.					
29. Ha egy férfi elengedi magát szexuálisan, akkor a nő irányítása alatt áll.					
30. Az anális szex perverz dolog.					
31. Egy férfinak képesnek kell lennie fenntartani az erekciót a szexuális aktus végéig.					
32. Csak egyetlen elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).					
33. A házasság előtti szexuális aktus bűn.					
34. A szex a nő testével szembeni erőszak.					
35. Az a férfi, aki nem képes kielégíteni egy nőt, az kudarcot vallott.					
36. Bármikor, ha olyan helyzet adódik, egy igazi férfi képes legyen a behatolásra.					
37. A szex orgazmus nélkül is jó lehet.					
38. Egy igazi férfinak nincs szüksége sok izgatásra ahhoz, hogy elérje az orgazmust.					
39. Egy nő szexualitása tetőpontján bármit megkaphat a férfitől.					
40. Minél nagyobb a szexuális intimitás, annál nagyobb a sérülés veszélye.					

35. melléklet

Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív (Női változat) itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. A jó szexhez szükséges szerelem és érzelem a partner részéről.	204	1	5	3,76	1,225
2. A maszturbálás / önkielégítés rossz és bűnös dolog.	205	1	4	1,42	,792
3. A szex legfontosabb alkotóeleme a kölcsönös vonzalom.	205	2	5	4,28	,815
4. A legnagyobb ajándék, amit egy nő vihet a házasságba, a szüzessége.	205	1	5	1,70	1,091
5. Klimax / Menopauza után a nő nem érez szexuális vágyat.	205	1	5	1,59	,839
6. Az a nő, akinek szexuális fantáziái vannak, perverz.	203	1	5	1,29	,770
7. A maszturbálás / önkielégítés nem helyénvaló cselekedet egy tisztességes nőtől.	205	1	5	1,42	,908
8. Klimax / Menopauza után a nők nem tudják elérni az orgazmust.	205	1	4	1,50	,738
9. Különböző módokon lehet gyönyört érezni és orgazmust elérni.	205	1	5	4,57	,805
10. A fizikailag nem vonzó nők nem lehetnek szexuálisan kielégítettek.	204	1	5	1,29	,764
11. A hálószobában a férfi a főnök.	205	1	5	1,82	1,052
12. Egy jó anya nem lehet szexuálisan aktív.	205	1	5	1,25	,680
13. Az orgazmus férfiaknál elfogadható, nőknél nem.	206	1	4	1,07	,369
14. A szexuális aktust a férfinek kell kezdeményeznie.	206	1	5	1,60	,904
15. A szex erkölcstelen és bűnös dolog.	206	1	3	1,10	,395
16. A partnerek egyidejű orgazmusa alapvető a kielégítő szexuális együttlétéhez.	206	1	5	2,30	1,145
17. Orgazmus csak vaginális együttlét útján érhető el.	206	1	5	1,24	,632
18. A szex célja a férfi kielégülése/ítése.	205	1	5	1,20	,624
19. A sikeres szakmai karrier magában foglalja a szexuális viselkedés feletti kontrollt.	206	1	5	2,06	1,169
20. A nők korosodásával a szex közben átélt örömeik csökken.	206	1	5	1,75	,939
21. A férfiakat csak a fiatal, vonzó nők érdeklik.	206	1	5	1,99	1,086
22. A szex egy gyönyörű és tiszta dolog.	206	1	5	3,90	1,156
23. A szex szerelem nélkül olyan, mint az étel íz nélkül.	206	1	5	3,43	1,311
24. Amíg mindkét fél hozzájárul, bármi megtörténhet köztük.	206	1	5	4,24	1,040
25. Bármely nő, aki szexuális aktust kezdeményez, erkölcstelen.	206	1	5	1,25	,734
26. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.	204	1	4	1,18	,517
27. Menstruáció alatt történő szexuális aktus egészségügyi problémákat okozhat.	206	1	5	2,22	1,213
28. Az orális szex az egyik legnagyobb perverzió.	205	1	5	1,36	,783
29. Ha egy nő elengedi magát szexuálisan, akkor a férfi irányítása alatt áll.	205	1	5	1,64	,958
30. Kedves lenni a férfiakhoz és mosolyogni rájuk, veszélyes lehet.	206	1	5	1,82	1,153
31. A legcsodálatosabb érzés, amit egy nő érezhet, az anyaság érzése.	206	1	5	3,41	1,185
32. Az anális szex perverz dolog.	206	1	5	2,32	1,219
33. A hálószobában a nő a főnök.	206	1	5	1,33	,872
34. Szexuális aktus csak a férfi kezdeményezésével történhet.	204	1	4	1,21	,604
35. Csak egy elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).	205	1	5	1,14	,564
36. Gyönyört érezni szexuális aktus közben nem elfogadható egy erkölcsös nő esetében.	206	1	5	1,13	,574
37. Egy jó anyának kontrollálnia kell a szexuális vágyait.	206	1	5	1,49	,842
38. Egy csúnya nő nem képes szexuálisan kielégíteni a partnerét.	205	1	4	1,26	,662
39. Az a nő, aki csak a csikló izgatásával érez szexuális gyönyört, az beteg vagy perverz.	205	1	5	1,20	,627
40. Tiszta / erkölcsös lányok nem létesítenek szexuális kapcsolatot.	206	1	5	1,23	,720

36. melléklet

Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív (Női változat) itemek értékeinek gyakorisága

	0-ás választ adók aránya	1-es választ adók aránya	2-es választ adók aránya	3-as választ adók aránya	4-es választ adók aránya	5-ös választ adók aránya
1. A jó szexhez szükséges szerelem és érzelem a partner részéről.	0%	5,3%	15%	11,2%	33,5%	34%
2. A maszturbálás / önkielégítés rossz és bűnös dolog.	0%	72,8%	15,5%	7,3%	3,9%	0%
3. A szex legfontosabb alkotóeleme a kölcsönös vonzalom.	0%	0%	3,9%	11,2%	37,4%	47,1%
4. A legnagyobb ajándék, amit egy nő vihet a házasságba, a szüzessége.	0%	61,1%	18,4%	7,8%	8,7%	2,4%
5. Klimax / Menopauza után a nő nem érez szexuális vágyat.	0%	57,8%	29,6%	8,3%	2,9%	1%
6. Az a nő, akinek szexuális fantáziái vannak, perverz.	0%	81,6%	10,7%	2,9%	1,5%	1,9%
7. A maszturbálás / önkielégítés nem helyénvaló cselekedet egy tisztességes nőtől.	0%	76,7%	11,2%	5,3%	4,9%	1,5%
8. Klimax / Menopauza után a nők nem tudják elérni az orgazmust.	0%	62,6%	25,2%	10,2%	1,5%	0%
9. Különböző módokon lehet gyönyört érezni és orgazmust elérni.	0%	1,9%	1,5%	3,9%	23,3%	68,9%
10. A fizikailag nem vonzó nők nem lehetnek szexuálisan kielégítettek.	0%	82%	9,7%	3,9%	1,9%	1,5%
11. A hálószobában a férfi a főnök.	0%	54,4%	17,5%	19,9%	6,3%	1,5%
12. Egy jó anya nem lehet szexuálisan aktív.	0%	83%	12,1%	1,9%	1,0%	1,5%
13. Az orgazmus férfiaknál elfogadható, nőknél nem.	0%	95,1%	3,4%	0,5%	1%	0%
14. A szexuális aktust a férfinak kell kezdeményeznie.	0%	62,1%	21,4%	12,6%	2,4%	1,5%
15. A szex erkölcstelen és bűnös dolog.	0%	93,7%	2,9%	3,4%	0%	0%
16. A partnerek egyidejű orgazmusa alapvető a kielégítő szexuális együttlélhez.	0%	30,1%	31,1%	21,8%	13,1%	3,9%
17. Orgazmus csak vaginális együttlét útján érhető el.	0%	83%	12,6%	1,9%	1,9%	0,5%
18. A szex célja a férfi kielégülése/ítése.	0%	97,4%	6,3%	3,9%	1,5%	0,5%
19. A sikeres szakmai karrier magában foglalja a szexuális viselkedés feletti kontrollt.	0%	46,1%	18,4%	20,4%	13,1%	1,9%
20. A nők korosodásával a szex közben átélt örömeik csökken.	0%	51,9%	28,2%	14,1%	4,9%	1%
21. A férfiakat csak a fiatal, vonzó nők érdeklik.	0%	45,1%	23,8%	18,9%	11,2%	1%
22. A szex egy gyönyörű és tiszta dolog.	0%	4,9%	8,3%	18%	29,6%	39,3%
23. A szex szerelem nélkül olyan, mint az étel íz nélkül.	0%	10,7%	15%	20,9%	27,2%	26,2%
24. Amíg mindkét fél hozzájárul, bármi megtörténhet köztük.	0%	2,9%	5,8%	9,7%	27,2%	54,4%
25. Bármely nő, aki szexuális aktust kezdeményez, erkölcstelen.	0%	86,9%	6,3%	2,9%	2,9%	1%
26. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.	0%	85,4%	10,7%	1,5%	1,5%	0%
27. Menstruáció alatt történő szexuális aktus egészségügyi problémákat okozhat.	0%	38,8%	22,3%	19,9%	15,5%	3,4%
28. Az orális szex az egyik legnagyobb perverzió.	0%	77,7%	12,6%	5,8%	2,4%	1%
29. Ha egy nő elengedi magát szexuálisan, akkor a férfi irányítása alatt áll.	0%	62,6%	17%	13,6%	5,8%	0,5%
30. Kedves lenni a férfiakhoz és mosolyogni rájuk, veszélyes lehet.	0%	58,3%	17%	12,1%	9,7%	2,9%
31. A legcsodálatosabb érzés, amit egy nő érezhet, az anyaság érzése.	0%	8,7%	11,7%	29,1%	30,6%	19,9%
32. Az anális szex perverz dolog.	0%	34%	23,8%	24,8%	11,7%	5,8%
33. A hálószobában a nő a főnök.	0%	83%	8,3%	3,4%	2,9%	2,4%
34. Szexuális aktus csak a férfi kezdeményezésével történhet.	0%	85,4%	8,7%	2,4%	2,4%	0%

35. Csak egy elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).	0%	91,7%	3,9%	2,4%	0,5%	1%
36. Gyönyört érezni szexuális aktus közben nem elfogadható egy erkölcsös nő esetében.	0%	94,2%	1,5%	1,9%	1,9%	0,5%
37. Egy jó anyának kontrollálnia kell a szexuális vágyait.	0%	68,4%	18,4%	9,4%	2,4%	1%
38. Egy csúnya nő nem képes szexuálisan kielégíteni a partnerét.	0%	84%	7,3%	6,3%	1,9%	0%
39. Az a nő, aki csak a csikló izgatásával érez szexuális gyönyört, az beteg vagy perverz.	0%	87,4%	8,3%	1,5%	1,5%	1%
40. Tiszta / erkölcsös lányok nem létesítenek szexuális kapcsolatot.	0%	87,9%	6,3%	2,4%	1,9%	1,5%

37. melléklet

Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív (Férfi változat) itemeinek minimum, maximum, átlag és szórás értékei

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
1. Egy igazi férfi nagyon gyakran létesít szexuális kapcsolatot.	56	1	5	2,86	,980
2. Orgazmus csak vaginális együttléttel érhető el.	56	0	5	1,63	1,001
3. A pénisz erektíója elengedhetetlen egy nő szexuális kielégítéséhez.	55	0	5	1,84	1,014
4. A homoszexualitás betegség.	55	1	5	2,40	1,369
5. Egy nőnek nincs más választása, minthogy szexuálisan alávetett legyen egy férfi erejének.	56	1	5	1,96	1,111
6. Egy igazi férfinak szexuális aktus közben ki kell várnia a szükséges időt, hogy a nőt szexuálisan kielégítse.	56	1	5	3,52	1,095
7. Egy nőnek lehetnek kétségei a férfi férfiasságát illetően, hogyha nem ér el erekciót szex közben.	56	1	5	2,93	1,189
8. Ismételt orális és anális szex komoly egészségügyi problémákat okozhat.	56	0	5	2,66	1,456
9. Egy rövidebb ideig tartó szexuális aktus a férfi erejének jele.	56	1	5	2,04	,990
10. A szex a férfi erejével való visszaélés.	56	0	5	1,77	1,079
11. A szexuális kudarc következménye katasztrófa.	56	0	5	2,20	1,034
12. A nőket csak a fiatal, vonzó férfiak érdeklik.	56	1	5	2,02	1,036
13. Nem illik szexuálisan fantáziálni szex közben.	55	1	5	2,13	1,019
14. Vannak bizonyos univerzális szabályok arról, hogy mi a normális egy szexuális aktus közben.	56	1	5	2,46	1,220
15. Az ágyban a nő a főnök.	56	1	4	2,14	,923
16. Azok a férfiak, akik nem képesek behatolni a nőbe, nem tudják őket szexuálisan kielégíteni.	56	0	5	2,34	1,297
17. A szexben a legfontosabb, hogy a felek eljussanak az orgazmusig.	56	1	5	2,87	1,222
18. A szexben minden elfogadható kivéve a vaginális közösülés.	56	0	5	1,43	,871
19. A nő legnagyobb fegyvere a teste.	56	1	5	2,98	1,286
20. Egy nő kiábrándulhat/ "kiszeregethet" egy férfiból, ha az nem képes őt szexuálisan kielégíteni.	56	1	5	3,62	,983
21. A vaginális szex az egyetlen legitim módja a szexnek.	56	1	5	1,61	,966
22. Az erekció minősége az, ami a leginkább kielégíti a nőt.	56	1	5	2,39	1,056
23. A sikeres karrier része a szexuális vágyak feletti kontrollt.	56	1	5	2,57	1,126
24. Az előjáték csak időpocsékolás.	56	0	5	1,70	1,127
25. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.	56	0	5	1,43	,912
26. A szex minél gyorsabb, annál jobb.	56	0	5	1,68	1,064
27. Azok az emberek, akik nem kontrollálják a szexuális vágyaikat, azokat könnyebben irányítják mások.	56	0	5	2,71	1,202
28. Egy igazi férfi mindig készen áll a szexre és képesnek kell lennie bármely nőt kielégíteni.	56	0	5	2,52	1,095
29. Ha egy férfi elengedi magát szexuálisan, akkor a nő irányítása alatt áll.	56	1	5	2,23	1,128
30. Az anális szex perverz dolog.	56	1	5	1,88	,992
31. Egy férfinak képesnek kell lennie fenntartani az erekciót a szexuális aktus végéig.	56	1	5	3,38	1,184
32. Csak egyetlen elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).	56	0	5	1,45	1,043
33. A házasság előtti szexuális aktus bűn.	56	0	5	1,43	,970
34. A szex a nő testével szembeni erőszak.	56	0	5	1,43	1,006
35. Az a férfi, aki nem képes kielégíteni egy nőt, az kudarcot vallott.	56	1	5	2,48	1,191
36. Bármikor, ha olyan helyzet adódik, egy igazi férfi képes legyen a behatolásra.	56	1	5	2,77	1,175
37. A szex orgazmus nélkül is jó lehet.	56	1	5	3,59	1,075
38. Egy igazi férfinak nincs szüksége sok izgatásra ahhoz, hogy elérje az orgazmust.	56	1	5	2,54	,972
39. Egy nő szexualitása tetőpontján bármit megkaphat a férfitől.	56	1	5	2,98	1,136
40. Minél nagyobb a szexuális intimitás, annál nagyobb a sérülés veszélye.	56	1	5	2,63	1,259

38. melléklet

Diszfunkcionális Szexuális Hiedelmek Kérdőív (Férfi változat) itemek értékeinek gyakorisága

	0-ás választ adók aránya	1-es választ adók aránya	2-es választ adók aránya	3-as választ adók aránya	4-es választ adók aránya	5-ös választ adók aránya
1. Egy igazi férfi nagyon gyakran létesít szexuális kapcsolatot.	0%	10,7%	21,4%	41,1%	25%	1,8%
2. Orgazmus csak vaginális együttléttel érhető el.	1,8%	60,7%	17,9%	14,3%	3,6%	1,8%
3. A pénisz erektója elengedhetetlen egy nő szexuális kielégítéséhez.	1,8%	42,9%	32,1%	14,3%	5,4%	1,8%
4. A homoszexualitás betegség.	0%	37,5%	16,1%	21,4%	14,3%	8,9%
5. Egy nőnek nincs más választása, minthogy szexuálisan alávetett legyen egy férfi erejének.	0%	46,4%	25%	16,1%	10,7%	1,8%
6. Egy igazi férfinak szexuális aktus közben ki kell várnia a szükséges időt, hogy a nőt szexuálisan kielégítse.	0%	8,9%	3,6%	30,4%	41,4%	16,1%
7. Egy nőnek lehetnek kétségei a férfi férfiasságát illetően, hogyha nem ér el erekciót szex közben.	0%	17,9%	12,5%	35,7%	26,8%	7,1%
8. Ismételt orális és anális szex komoly egészségügyi problémákat okozhat.	1,8%	26,8%	23,2%	12,5%	23,2%	12,5%
9. Egy rövidebb ideig tartó szexuális aktus a férfi erejének jele.	0%	33,9%	39,3%	17,9%	7,1%	1,8%
10. A szex a férfi erejével való visszaélés.	1,8%	53,6%	21,4%	14,3%	7,1%	1,8%
11. A szexuális kudarc következménye katasztrófa.	1,8%	26,8%	32,1%	30,4%	7,1%	1,8%
12. A nőket csak a fiatal, vonzó férfiak érdeklik.	0%	39,3%	30,4%	21,4%	7,1%	1,8%
13. Nem illik szexuálisan fantáziálni szex közben.	0%	30,4%	37,5%	19,6%	8,9%	1,8%
14. Vannak bizonyos univerzális szabályok arról, hogy mi a normális egy szexuális aktus közben.	0%	28,6%	25%	21,4%	21,4%	3,6%
15. Az ágyban a nő a főnök.	0%	30,4%	30,4%	33,9%	5,4%	0%
16. Azok a férfiak, akik nem képesek behatolni a nőbe, nem tudják őket szexuálisan kielégíteni.	1,8%	32,1%	25%	17,9%	17,9%	5,4%
17. A szexben a legfontosabb, hogy a felek eljussanak az orgazmusig.	0%	17,9%	21,4%	21,4%	33,9%	5,4%
18. A szexben minden elfogadható kivéve a vaginális közösülés.	1,8%	69,6%	17,9%	7,1%	1,8%	1,8%
19. A nő legnagyobb fegyvere a teste.	0%	17,9%	16,1%	28,6%	25%	12,5%
20. Egy nő kiábrándulhat/ "kiszerehet" egy férfiból, ha az nem képes őt szexuálisan kielégíteni.	0%	1,8%	12,5%	25%	42,9%	17,9%
21. A vaginális szex az egyetlen legitím módja a szexnek.	0%	64,3%	17,9%	12,5%	3,6%	1,8%
22. Az erekció minősége az, ami a leginkább kielégíti a nőt.	0%	25%	26,8%	33,9%	12,5%	1,8%
23. A sikeres karrier része a szexuális vágyak feletti kontrollt.	0%	21,4%	25%	32,1%	17,9%	3,6%
24. Az előjáték csak időpocsékolás.	1,8%	60,7%	16,1%	12,5%	5,4%	3,6%
25. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.	1,8%	71,4%	16,1%	5,4%	3,6%	1,8%
26. A szex minél gyorsabb, annál jobb.	1,8%	58,9%	19,6%	10,7%	7,1%	1,8%
27. Azok az emberek, akik nem kontrollálják a szexuális vágyaikat, azokat könnyebben irányítják mások.	1,8%	19,6%	17,9%	28,6%	30,4%	1,8%
28. Egy igazi férfi mindig készen áll a szexre és képesnek kell lennie bármely nőt kielégíteni.	1,8%	16,1%	32,1%	32,1%	14,3%	3,6%
29. Ha egy férfi elengedi magát szexuálisan, akkor a nő irányítása alatt áll.	0%	32,1%	30,4%	23,2%	10,7%	3,6%
30. Az anális szex perverz dolog.	0%	46,4%	26,8%	21,4%	3,6%	1,8%

31. Egy férfinak képesnek kell lennie fenntartani az erekciót a szexuális aktus végéig.	0%	7,1%	17,9%	23,2%	33,9%	17,9%
32. Csak egyetlen elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).	1,8%	76,8%	7,1%	7,1%	3,6%	3,6%
33. A házasság előtti szexuális aktus bűn.	1,8%	73,2%	14,3%	5,4%	1,8%	3,6%
34. A szex a nő testével szembeni erőszak.	1,8%	78,6%	3,6%	8,9%	5,4%	1,8%
35. Az a férfi, aki nem képes kielégíteni egy nőt, az kudarcot vallott.	0%	25%	28,6%	25%	16,1%	5,4%
36. Bármikor, ha olyan helyzet adódik, egy igazi férfi képes legyen a behatolásra.	0%	16,1%	28,6%	23,2%	26,8%	5,4%
37. A szex orgazmus nélkül is jó lehet.	0%	3,6%	12,5%	26,8%	35,7%	21,4%
38. Egy igazi férfinak nincs szüksége sok izgatásra ahhoz, hogy elérje az orgazmust.	0%	17,9%	23,2%	50%	5,4%	3,6%
39. Egy nő szexualitása tetőpontján bármit megkaphat a férfitől.	0%	14,3%	12,5%	42,9%	21,4%	8,9%
40. Minél nagyobb a szexuális intimitás, annál nagyobb a sérülés veszélye.	0%	26,8%	17,9%	26,8%	23,2%	5,4%

39. melléklet

A vizsgálatokban alkalmazott tesztek leíró statisztikai és reliabilitás mutatói

	Itemek száma (a skálában)	Fő	Min	Max	Átlag	Szórás	Cronbach alfa	Itemek alacsony item totál korrelációval	Módosított Cronbach alfa
Női Szexuális Funkciók Index	20	762	0.17	5.00	3.43	1.46	0.98		
1-2. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	2	758	0.00	5.00	3.71	0.87	0.82		
3-10. A szexuális izgalom (elmaradása: női szexuális készenlét zavara)	8	760	0.00	5.00	3.51	1.87	0.99		
11-13. Orgazmus (zavarok: női orgazmus zavar)	3	760	0.00	5.00	3.19	1.90	0.97		
14-16. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során	3	761	0.00	5.00	3.37	1.65	0.87		
17-20. Fájdalom zavar (diszpareunia) - pontosabban itt: a fájdalom hiánya	4	753	0.00	5.00	3.41	2.02	0.98		
Nemzetközi Erektilis Funkció Index	20	148	1.00	5.00	3.64	0.89	0.95		
1-5. A szexuális izgalom (elmaradása: férfi erekciós zavar)	5	148	1.00	5.00	4.07	0.81	0.96		
6-8. Élvezet és gyakoriság	3	148	0.00	5.00	2.78	1.83	0.94		
9-10. Ejakuláció és orgazmus készség	2	148	0.00	5.00	4.03	1.69	0.92		
11-12. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy)	2	147	1.00	5.00	3.84	0.88	0.68		
13-15. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során	3	148	0.00	5.00	4.18	1.18	0.68	15-ös: r=0.124	0.92
16-17. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar - késői vagy hiányzó)	2	148	0.00	5.00	2.51	0.98	0.57		
18-20. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar - korai ejakuláció)	3	148	1.00	5.00	3.64	0.89	0.51	18-as	0.62
SADI Szexuális Izgalom és Vágy Leltár									
SADI Értékelő skála		1279	0.52	4.96	3.70	0.67	0.90	Sürgető érzés a kielégülésre: r=0.129	0.91
SADI Negatív skála		1280	0.00	3.94	0.70	0.72	0.88	Kéjsóvár: r=0.037	0.90
SADI Fiziológiai skála		1279	0.25	5.00	3.48	0.73	0.83		
SADI Motivációs skála		1279	0.30	4.90	2.73	0.72	0.64	Frustrált: r=0.003	0.66
SESII Szexuális Izgalom/Szexuális Gátlás Leltár Nőknek és Férfiaknak									
SESII Izgalom kiválthatósága		1742	1.00	4.00	2.82	0.60	0.69		
SESII Partner jellemzői és viselkedése		1742	1.00	4.00	2.65	0.62	0.70		
SESII Párkapcsolat fontossága		1742	1.00	4.00	2.53	0.67	0.66		
SESII Párkapcsolati elemek a szexuális együttlétben		1739	1.00	4.00	2.88	0.60	0.41	sa5.: r=0.180	0.45
SESII Gátló kogníciók zavaró gondolatok		1741	1.00	4.00	2.26	0.63	0.80		
SESII Környezet		1740	1.25	4.00	2.82	0.53	0.69		
Szexuális tévhitek (női verzió)									
Szexuális konzervativizmus	9	206	1.00	3.78	2.19	0.37	0.74	tevhít27 0.129792	0.79
Szexuális vágy és élvezet, mint bűn	6	206	1.00	4.00	1.21	0.47	0.85		

Életkorral kapcsolatos tévhitek	5	206	1.00	4.40	1.59	0.61	0.73		
Testkép tévhitek	4	206	1.00	4.25	1.26	0.52	0.73		
Érzelmek elsődlegessége	6	206	1.00	4.17	1.93	0.58	0.56	tevhit18: r=0.096	0.57
Anyaság elsődlegessége	4	206	1.00	4.00	1.94	0.57	0.36	tevhit31: r=0.038	0.51
Szexuális tévhitek (férfi verzió)									
Szexuális konzervativizmus	10	56	0.60	5.00	1.63	0.82	0.94		
Női szexuális erő	8	56	1.00	3.63	2.55	0.66	0.73		
Macho hiedelem	7	56	1.29	3.71	2.85	0.59	0.54	tevhit6 r=- 0.03	0.60
Tévhit nő elégedettségéről	5	56	1.00	3.80	2.47	0.72	0.58	tevhit35: r=0.142	0.63
Szexszel kapcsolatos korlátozó attitűd	4	56	1.00	4.00	2.17	0.72	0.50	tevhit8: r=0.145	0.62
Szex, mint férfi hatalmi eszköz	3	56	1.00	3.33	1.86	0.71	0.41	tevhit10_férfi: r=0.125	0.54
Szexuális énséma									
Szenvedélyes - Szerelmes	10	79	2.11	6.00	4.61	0.71	0.77		
Erős - Agresszív	13	79	2.38	5.23	3.82	0.61	0.70	26: r=-0.047	0.74
Nyitott - Liberális	4	79	2.25	6.00	4.64	0.78	0.53		
Szenvedélyes - Romantikus	10	367	2.20	6.00	4.69	0.63	0.76		
Közvetlen - Nyitott	9	367	2.22	5.78	4.19	0.63	0.69		
Feszélyezett - Konzervatív	6	367	0.33	5.00	2.83	0.75	0.58		
Kognitív séma									
Elutasított	8	257	1.00	5.00	4.18	0.83	0.92		
Inkompetens	8	250	1.13	5.00	3.74	0.87	0.89		
Alacsonyabb rendű	3	253	1.00	5.00	4.26	0.82	0.80		
Magányos	3	258	1.00	5.00	3.75	0.92	0.66		
Magatehetetlen	4	256	1.00	5.00	4.13	0.78	0.79		
Zuckerman-Kuhlman-Aluja PQ									
Szorongás	10	447	10.0 0	40.0 0	23.6 9	5.61	0.81	z85: r=0.202	0.83
Depresszió	10	450	12.0 0	39.0 0	24.9 6	5.39	0.77	z110: r=0.175	0.78
Dependencia	10	446	12.0 0	39.0 0	25.8 7	4.98	0.74	z115: r=0.165	0.75
Alacsony önértékelés	10	442	10.0 0	40.0 0	24.0 7	6.65	0.89		
Fizikai agresszió	10	448	30.0 0	72.0 0	40.5 6	5.32	0.79	z61: r=0.169	0.83
Verbális agresszió	10	437	12.0 0	40.0 0	27.1 2	4.84	0.73		
Düh	10	445	10.0 0	39.0 0	23.7 8	5.98	0.84		
Ellenségesség	10	450	10.0 0	35.0 0	22.3 2	4.52	0.67	z16: r=0.183. z76: r=0.191	0.70
Pozitív érzelmek	10	451	14.0 0	40.0 0	31.4 3	4.65	0.77		
Szociális melegség	10	447	15.0 0	40.0 0	31.0 5	5.39	0.83		
Exhibicionizmus	10	451	14.0 0	40.0 0	28.4 7	5.66	0.81		
Szociabilitás	10	451	15.0 0	46.0 0	29.8 5	5.27	0.79		
Kaland és veszélykeresés	10	453	10.0 0	40.0 0	23.4 7	6.05	0.80		
Élménykeresés	10	449	12.0 0	40.0 0	28.4 3	4.62	0.66	z107: r=0.097	0.70

Gátolatlanság	10	449	11.0 0	38.0 0	25.4 4	5.08	0.73	z152: r=0.151	0.75
Unalomtűrés hiánya/impulzivitás	10	447	10.0 0	74.0 0	21.1 5	4.92	0.55	z77: r=0.186 z97: r=0.192	0.64
Munkakényszer	10	450	10.0 0	40.0 0	22.0 4	5.32	0.79		
Általános aktivitás	10	451	10.0 0	54.0 0	26.4 0	5.67	0.74		
Nyughatatlanság	10	451	14.0 0	40.0 0	26.5 5	4.34	0.61	z13: r=0.061 z113: r=0.102 z133: r=0.158	0.67
Munkaenergia	10	450	10.0 0	57.0 0	29.7 5	5.83	0.79		
Élménykeresés faktor	10	434	52.0 0	160. 00	98.4 9	15.82	0.86	z107: r=0.179 z187: r=0.182 z77: r=0.147 z152: r=0.210	0.86
Aktivitás faktor	10	438	48.0 0	141. 00	104. 84	15.15	0.86	z13 -r=0.002 z33: r=0.136 z53: r=0.055 z133: r=0.141 z73: r=0.224 z173: r=0.219	0.88
Neuroticizmus faktor	10	419	51.0 0	152. 00	98.7 1	19.53	0.93		
Agresszivitás faktor	10	415	69.0 0	161. 00	113. 93	16.30	0.91	z16: r=0.094 z36: r=0.179 z76: r=0.034	0.91
Extraverzió faktor	10	434	72.0 0	155. 00	120. 85	16.65	0.91		
Big Five									
BFI Extraverzió	8	553	1.50	5.00	3.50	0.73	0.82		
BFI Barátságosság	9	553	1.67	4.89	3.43	0.58	0.72		
BFI Lelkiismeretesség	9	553	1.78	5.00	3.39	0.65	0.81		
BFI Érzelmi stabilitás	8	553	1.25	4.88	2.99	0.72	0.82		
BFI Nyitottság	10	553	1.50	4.90	3.74	0.61	0.79		
Élettel való elégedettség	5	1288	1.00	7.00	4.75	1.19	0.82		
Pozitív és Negatív Affektivitás Skála	21								
Pozitív affektivitás	10	1551	1.00	5.00	3.66	0.57	0.80		
Negatív affektivitás	11	1551	1.00	5.00	2.01	0.66	0.87		
Koherencia érzék	13	948	1.25	7.00	4.96	1.04	0.85		
Értelmes életben való hit	4	948	1.20	6.80	4.02	1.03	0.66		
Felfogóképesség	5	948	1.00	6.75	4.17	1.03	0.68		
Források kezelésének képessége	4	948	1.69	6.69	4.35	0.86	0.60		
Tudatos jelenlét	15	674	1.57	5.64	3.77	0.67	0.78		
Patológias Narcizmus	52	458	0.42	4.60	2.59	0.65	0.94		
Grandiozitás	18	553	0.44	4.75	2.95	0.67	0.82		
Sérülékenység	34	553	0.41	4.71	2.39	0.74	0.93		
Kötődés RAAS									
Kötődés (Függőség)	6	710	1.17	5.00	3.45	0.69	0.67		
Kötődés (Szorongás)	6	709	1.00	5.00	2.32	0.77	0.72		
Kötődés (Közelség)	6	710	1.33	5.00	3.61	0.65	0.58		

40. melléklet

A modell alapú klaszteranalízis BIC értékei

	EII	VII	EEI	VEI	EVI	VVI	EEE	EEV	VEV	VVV
1	-2239799	-2239799	-2239981	-2239981	-2239981	-2239981	-2101009	-2101009	-2101009	-2101009
2	-2206759	-2206188	-2201996	-2201442	-2201026	-2200485	-2101211	-2100613	-2095649	-2095681
3	-2190580	-2189909	-2187602	-2186661	-2186236	-2185195	-2101414	-2101236	-2095801	-2096020
4	-2182285	-2179310	-2176703	-2174492	-2175010	-2172900	-2101616	-2102058	-2096455	-2096841
5	-2176116	-2171900	-2170114	-2167894	-2168708	-2169791	-2101813	-2103319	-2097115	-2096945
6	-2171237	-2167450	-2166201	-2163222	-2164382	-2160527	-2101994	-2104408	-2098276	-2098924
7	-2167088	-2163900	-2162309	-2159569	-2161663	-2157020	-2102193	-2105629	-2099384	-2100431
8	-2163988	-2159870	-2158676	-2154760	-2157105	-2153535	-2100606	-2106757	-2100893	-2101686
9	-2162065	-2157493	-2156127	-2151946	-2154997	-2150522	-2099437	-2108036	-2102455	-2103321

41. melléklet

A 8. vizsgálat varianciaanalízise (ANOVA) a klaszterek közti különbségek szignifikanciáját mutatja a személyiségvonások, a patológiás narcizmus és a kötődési stílusok mentén

		Négyzet- összeg	df	Négyzetösszeg/ df	F	Szig.
BFI Extraverzió * klaszterek	Csoportok között	54.230	5	10.846	24.824	.000
	Csoporton belüli	222.828	510	.437		
	Együttes	277.058	515			
BFI Barátságosság * klaszterek	Csoportok között	12.514	5	2.503	7.758	.000
	Csoporton belüli	164.527	510	.323		
	Együttes	177.041	515			
BFI Lelkiismeretesség * klaszterek	Csoportok között	29.591	5	5.918	15.741	.000
	Csoporton belüli	191.744	510	.376		
	Együttes	221.334	515			
BFI Érzelmi stabilitás * klaszterek	Csoportok között	58.730	5	11.746	28.385	.000
	Csoporton belüli	211.046	510	.414		
	Együttes	269.776	515			
BFI Nyitottság * klaszterek	Csoportok között	8.086	5	1.617	4.545	.000
	Csoporton belüli	181.455	510	.356		
	Együttes	189.541	515			
Élménykeresés faktor * klaszterek	Csoportok között	5277.443	5	1055.489	4.385	.001
	Csoporton belüli	95080.657	395	240.711		
	Együttes	100358.100	400			
Aggresszivitás faktor * klaszterek	Csoportok között	6618.836	5	1323.767	5.165	.000
	Csoporton belüli	97389.715	380	256.289		
	Együttes	104008.551	385			

Aktivitás faktor * klaszterek	Csoportok között	4086.260	5	817.252	3.741	.003
	Csoporton belüli	87604.325	401	218.465		
	Együttes	91690.585	406			
Neuroticizmus faktor * klaszterek	Csoportok között	52578.467	5	10515.693	42.395	.000
	Csoporton belüli	95495.863	385	248.041		
	Együttes	148074.330	390			
Extraverzió faktor * klaszterek	Csoportok között	19505.883	5	3901.177	16.832	.000
	Csoporton belüli	92011.636	397	231.767		
	Együttes	111517.519	402			
Kötődés (Függőség) * klaszterek	Csoportok között	15.184	5	3.037	6.718	.000
	Csoporton belüli	102.609	227	.452		
	Együttes	117.793	232			
Kötődés (Szorongás) * klaszterek	Csoportok között	20.590	5	4.118	7.603	.000
	Csoporton belüli	122.401	226	.542		
	Együttes	142.990	231			
Kötődés (Közelség) * klaszterek	Csoportok között	11.560	5	2.312	6.237	.000
	Csoporton belüli	83.774	226	.371		
	Együttes	95.333	231			
PNI Grandiozitás * klaszterek	Csoportok között	13.585	5	2.717	6.947	.000
	Csoporton belüli	199.454	510	.391		
	Együttes	213.038	515			
PNI Sérülékenység * klaszterek	Csoportok között	55.543	5	11.109	25.727	.000
	Csoporton belüli	220.210	510	.432		
	Együttes	275.752	515			

42. melléklet

A 8. vizsgálat varianciaanalízise (ANOVA) a klaszterek közti különbségek szignifikanciáját mutatja a szexuális reagálás mentén

		Négyzet- összeg	df	Négyzetösszeg/ df	F	Szig.
1-2. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy) * klaszterek	Csoportok között	45.518	5	9.104	14.138	.000
	Csoporton belüli	373.454	580	.644		
	Együttes	418.971	585			
3-10. A szexuális izgalom (elmaradása: női szexuális készenlét zavara) * klaszterek	Csoportok között	119.471	5	23.894	7.198	.000
	Csoporton belüli	1928.756	581	3.320		
	Együttes	2048.228	586			
11-13. Orgazmus (zavarok: női orgazmus zavar) * klaszterek	Csoportok között	156.315	5	31.263	9.395	.000
	Csoporton belüli	1933.306	581	3.328		
	Együttes	2089.622	586			
14-16. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során * klaszterek	Csoportok között	136.015	5	27.203	10.783	.000
	Csoporton belüli	1468.279	582	2.523		
	Együttes	1604.295	587			
17-20. Fájdalom zavar (diszpareunia) - pontosabban itt: a fájdalom hiánya * klaszterek	Csoportok között	157.342	5	31.468	8.256	.000
	Csoporton belüli	2191.659	575	3.812		
	Együttes	2349.001	580			
1-5. A szexuális izgalom (elmaradása: férfi erekciós zavar) * klaszterek	Csoportok között	58.033	5	11.607	3.778	.003
	Csoporton belüli	350.215	114	3.072		
	Együttes	408.248	119			
6-8. Élvezet és gyakoriság * klaszterek	Csoportok között	68.405	5	13.681	4.629	.001
	Csoporton belüli	336.920	114	2.955		
	Együttes	405.325	119			
9-10. Ejakuláció és orgazmus készség * klaszterek	Csoportok között	27.385	5	5.477	1.951	.091
	Csoporton belüli	320.082	114	2.808		
	Együttes	347.467	119			
11-12. A szexuális vágy (zavara: hipoaktív szexuális vágy) * klaszterek	Csoportok között	12.047	5	2.409	3.965	.002
	Csoporton belüli	69.278	114	.608		
	Együttes	81.325	119			
13-15. A szexuális élettel való általános elégedettség (szubjektív) - maszturbáció és együttlét során * klaszterek	Csoportok között	17.650	5	3.530	4.905	.000
	Csoporton belüli	81.317	113	.720		
	Együttes	98.966	118			
16-17. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar (késői vagy hiányzó)) * klaszterek	Csoportok között	16.521	5	3.304	2.582	.030
	Csoporton belüli	145.877	114	1.280		
	Együttes	162.398	119			
18-20. Orgazmus (zavarok: férfi orgazmus zavar (korai) * klaszterek	Csoportok között	6.819	5	1.364	1.505	.194
	Csoporton belüli	103.329	114	.906		
	Együttes	110.148	119			