



Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowa

*nt. „Specyficzne problemy w leczeniu uzależnień u kobiet”
Część 3*

*Projekt jest dofinansowany ze środków
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
będących w dyspozycji Ministra Zdrowia
w ramach konkursu przeprowadzonego
przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii*

Wstęp

Tematem wiodącym naszej kolejnej ostatniej już konferencji poświęconej tematyce uzależnień behawioralnych kobiet będzie uzależnienie od seksu i pornografii i będzie kontynuacją tematu, który w ubiegłym roku wzbudził tak duże zainteresowanie uczestników.

Ponieważ ta konferencja odbywa się w nowej rzeczywistości wybraliśmy miejsce jej realizacji gwarantujące Państwu komfort i jednocześnie przestrzeganie zasad bezpieczeństwa sanitarnego.

Podejmując temat uzależnień behawioralnych kobiet chcemy realizatorom programów profilaktycznych a szczególnie terapeutom uzależnień, umożliwić poszerzenie kompetencji zawodowych w pracy z kobietami uzależnionymi od zachowań i przekonać ich do konieczności szerszego uwzględniania ich specyficznych potrzeb.

Konferencja będzie miała formę wykładowo-warsztatową.

Do udziału w konferencji zapraszamy specjalistów terapii i psychoterapii uzależnień oraz osoby w procesie certyfikacji.

Bohdan T. Woronowicz,
*Prezes Zarządu Fundacji Z-N-Z,
Centrum Konsultacyjne Akmed*

Program konferencji

Poniedziałek

15.00 – 16.00 *obiad*

16.30 *wprowadzenie*

*Bohdan Woronowicz
(Fundacja ZNZ)*

17.00 – 18.00

Świadectwa dwóch kobiet

18.00 – 19.30 *wykład*

Psychologiczne i neuropoznawcze mechanizmy kompulsywnych zachowań seksualnych u kobiet

Mateusz Gola

19.30 *kolacja*

Wtorek

08.00 – 09.00 *śniadanie*

09.30 – 10.15 *wykład*

Kliniczne aspekty kompulsywnych zachowań seksualnych u kobiet i ich leczenie.

Michał Lew-Starowicz

10.15 – 10.45 *przerwa/kawa*

10.45 – 13.45 *warsztat*

Zaburzenia hiperseksualne u kobiet, diagnoza, konceptualizacja i terapia

*Magdalena Smaś-
Myszczyżyn*

14.00 – 15.00 *obiad*

15.00 – 17.30 *warsztat*

Zastosowanie terapii mindfulness w leczeniu hiperseksualności.

Izabela Jąderek

18.00 – 19.00 *wykład*

Wstyd czy przyjemność

Ryszard Romaniuk

19.00 *kolacja*

Środa

08.00 – 09.00 *śniadanie*

09.30 – 11.00 *podsumowanie*

*Kompulsywne zachowania seksualne
refleksje, dyskusja*

*Bohdan Woronowicz
(Fundacja ZNZ)*

12.00 *obiad*

Wykładowcy

**dr hab. med.
prof.
nadzwyczajny
Mateusz Gola**

Doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk[1] oraz profesor w Institute for Neural Computation na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Diego[2], specjalizujący się w badaniach uzależnień behawioralnych (np. od pornografii, zachowań seksualnych, gier komputerowych, czy hazardu) oraz uzależnień od substancji.

**dr hab. med.
Michał Lew-
Starowicz**

Prof. CMKP Kierownik Kliniki Psychiatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Absolwent I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Kierownik Kliniki Psychiatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Jako pierwszy w Polsce uzyskał certyfikat specjalisty medycyny seksualnej (FECSM) afiliowany przez European Union of Medical Specialists.

**mgr Magdalena
Smaś-Myszczyszyn**

Jest certyfikowanym specjalistą terapii uzależnień oraz superwizorem w dziedzinie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (certyfikat przyznany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii). Psychoterapeuta ericksonowski. Naukowo i terapeutycznie zajmuje się terapią zaburzeń hiperseksualnych.

**mgr Izabela
Jąderek**

Ukończyła studia podyplomowe na kierunku seksuologia kliniczna na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Posiada certyfikat seksuologa klinicznego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego oraz certyfikat seksuologa Europejskiej Federacji Seksuologicznej (EFS) oraz Europejskiego Towarzystwa Medycyny Seksualnej (ESSM). Edukator seksualny oraz trener umiejętności psychospołecznych (National Open College w Wielkiej Brytanii).

**dr hab.
Ryszard Romaniuk**

Specjalista leczenia uzależnień ze Szpitala Weteranów (VA) w Brecksville w stanie Ohio, wykładowca Mandel School of Applied Social Sciences i Cuyahoga Community College w Cleveland. Członek Zarządu The Alcohol, Drug Addiction and Mental Health Services Board of Cuyahoga County.

**dr nauk
medycznych
Bohdan Tadeusz
Woronowicz**

Doktor nauk medycznych, specjalista psychiatra i seksuolog. Certyfikowany superwizor psychoterapii uzależnień. Przez wiele lat był kierownikiem Ośrodka Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Kierownik Centrum Konsultacyjnego Akmed.

Przyjemność czy cierpienie ... kompulsywne zachowania seksualne i pornografia

Bohdan T. Woronowicz

*dr med., psychiatra, specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień,
prowadzi Centrum Konsultacyjne Akmed w Warszawie.*

Tematem kolejnej, trzeciej już, konferencji poświęconej specyficznym problemom w leczeniu uzależnień behawioralnych u kobiet, organizowanej przez Fundację Zależni-Nie-Zależni, są kompulsywne zachowania seksualna, a szczególnie pornografia. Stąd kilka zdań wprowadzających do tematu. Będą one uzupełnieniem pozostałych tekstów tu zawartych. Zawierają zarówno dobrze znane Państwu treści, jak i dane z najnowszych publikacji poruszających problematykę kompulsywnych zachowań seksualnych (uwzględniają również niektóre z tych, które ukazały się dosłownie w ostatnich dniach).

Problemy z kontrolowaniem czynności seksualnych są coraz częściej sygnalizowane w mediach. Również w literaturze fachowej ukazuje się coraz więcej artykułów naukowych na ten temat, a do psychiatrów, seksuologów i psychologów trafia coraz więcej pacjentów z tymi problemami. Może to mieć związek z coraz szerszym dostępem do internetu (np. łatwe uzyskiwanie materiałów

pornograficznych) ale także ze zmianami w podejściu społecznym do seksualności, która powoli przestaje być tematem tabu.

Seks stanowi integralną część zachowań człowieka, ale to co jest zdrowym a co patologicznym zachowaniem seksualnym może znacznie różnić się między poszczególnymi osobami i pozostaje nadal tematem szerokiej debaty. Trzeba zawsze pamiętać, że funkcjonowanie seksualne należy zawsze rozpatrywać w kontekście funkcjonowania na pozostałych płaszczyznach życia. Intensywne życie seksualne może iść bowiem w parze z bardzo aktywną oraz intensywną działalnością zawodową, społeczną itp. Wówczas należy traktować je jako przejaw dużej żywotności i wydolności życiowej danej osoby.

Na wstępie chciałbym jeszcze przypomnieć czym jest norma zachowań seksualnych. Norma seksualna to zdrowe zachowanie wymagane do dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Z kolei za odbiegające od normy uważane są zachowania, nastawienia i dążenia wpływające niekorzystnie na wewnętrzną harmonię i samopoczucie człowieka lub jego partnera oraz wywołujące konflikty lub zaburzenia upośledzające ich zdrowie bądź funkcjonowanie społeczne (Imieliński, 1986). Norma partnerska została sformułowana w celu odróżnienia, w układach partnerskich, zachowań i praktyk seksualnych normalnych (powszechnych) od praktyk zaburzonych. Wymienia się sześć warunków, które muszą zostać spełnione, aby dane zachowanie uznać za mieszczące się

w granicach normy partnerskiej. Są to następujące warunki: różnica płci, dojrzałość, obustronna akceptacja, uzyskanie rozkoszy, nieszkodzenie zdrowiu oraz nienaruszanie norm współżycia społecznego (Giese,1959).

Problematyczne zachowania seksualne stały się przedmiotem zainteresowania specjalistów jeszcze w XVIII w. Praktykujący w Rotterdamie dr med. Jean De Bienville, w 1771 r. w swojej książce pt. „Nymphomania or a Dissertation Concerning the Furor Uterinus” pisał, że: „nadmierna stymulacja kobiecych nerwów przez nieczyste myśli, za dużo czekolady i bogatego jedzenia albo czytanie powieści powodują nadmierne pożądanie seksualne” (De Bienville, 2015). W ramach terapii posuwano się wówczas nawet do usuwania łechtaczki i częściowo warg sromowych. Z kolei Krafft-Ebing, w 1886 r. tak opisywał mężczyznę, u którego zdiagnozowalibyśmy dzisiaj kompulsywne zachowania seksualne: „instynkt seksualny ... przenika wszystkie jego myśli i uczucia, nie pozwalając na żadne inne cele w życiu, gwałtownie i rutynowo domagając się zadowolenia, bez względu na moralne i prawne ograniczenia, dążąc w sposób impulsywny i nienasycony do uzyskania seksualnej przyjemności” (cyt. za Derbyshire i Grant, 2015). Problem hiperseksualizmu (kompulsywnych zachowań seksualnych), nazywanego również erotomanią, jego diagnozowania i leczenia był podejmowany przez wielu badaczy (Kaplan i Krueger, 2010).

Pierwszy opis pięciu dramatycznych przypadków erotomanii przedstawił w 1921 francuski psychiatra G. de Clerebault. Stąd erotomania nazywana jest czasami zespołem Clerebault. U podłoża erotomanii, oprócz nadmiernie silnego popędu seksualnego mogą leżeć m.in. poczucie niższości, nieśmiałość, niepewność i niewiara we własne możliwości seksualne, które wymuszają potrzebę stałego sprawdzania swojej wydolności. Jednocześnie wiadomo, że podniecenie seksualne i orgazm powodują uwolnienie endogennych opiatów, które wpływają na struktury mózgu określane jako wspomniany już wcześniej „układ nagrody”, co pozwala doszukiwać się działania podobnych mechanizmów jak w innych uzależnieniach. Zwiększenie popędu seksualnego (hiperseksualność) spotykane jest także przy uszkodzeniu płatów czołowych i ciała migdałowatego w mózgu (tzw. zespół Klüvera i Bucy'ego). Stwierdzono też, że osoby przyjmujące leki antyparkinsonowskie (agonistów* dopaminy) miały 2,6 raza większe szanse na rozwinięcie się CSBD, podobnie jak u takich osób występowały częściej zaburzenia uprawiania hazardu (Weintraub i wsp., 2010). CSBD u osób z chorobą Parkinsona ustępowały po odstawieniu leku (Klos i wsp., 2005).

Nadmierne zainteresowanie erotyką i nadmierna aktywność seksualna, poza kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi (ang. compulsive sexual behavior disorder - CSBD) nazywane jest: hiperseksualnością, seksoholizmem, hiperlibidemią, hiperfilią, donżuanizmem czy po prostu uzależnieniem od seksu.

O hiperseksualności mówimy wówczas, kiedy stwierdza się nadmierne zaangażowanie w fantazje seksualne oraz nadmierne impulsy i pragnienia seksualne, a aktywność seksualna powoduje cierpienie. Zdaniem Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, hiperseksualizm można diagnozować wyłącznie u osób powyżej 18 r.ż.

W przeszłości, dla nazwania nadmiernej aktywności seksualnej używano dość powszechnie określenia „erotomania” i wyróżniano różne jej rodzaje takie jak np. erotomania trwała (częste zmiany partnerów i duża aktywność seksualna, pewien styl życia), erotomania nawracająca (zróżnicowane formy aktywności seksualnej, nieświadome cechy homoseksualne) czy forma graniczna z nasilonymi fantazjami erotycznymi. Należy się tu pewne wyjaśnienie, bo dzisiejsze znaczenie słowa erotomania ma niewiele wspólnego z hiperseksualnością, bowiem stosowane jest w przypadkach obecności urojeń na temat tego, że ktoś obcy i często osobiście nieznany „mnie kocha”. Zaburzenie erotomanii jest zaliczane w DSM-5 do zaburzeń związanych ze schizofrenią.

Kompulsywne zachowania seksualne można, z kolei, podzielić na zachowania parafiliczne (z zaburzonymi preferencjami seksualnymi, nazywane dawniej seksualnymi dewiacjami) i nieparafiliczne, a tym samym na społecznie nieakceptowane oraz społecznie dopuszczalne (Coleman i wsp., 2003). Do kompulsywnych zaburzeń seksualnych zalicza się najczęściej nadmierne korzystanie

z pornografii, masturbację, korzystanie z płatnych usług seksualnych oraz impulsywne/kompulsywne angażowanie się w ryzykowne kontakty seksualne (Kraus i wsp., 2016).

Amerykańskie Towarzystwo Problemów Seksualnych (American Association on Sexual Problems) szacowało przed laty, że uzależnionych od seksu jest ok. 10-15% Amerykanów, czyli około 25 milionów osób. Dzisiaj przyjmuje się, że rozpowszechnienie kompulsywnych zaburzeń seksualnych (hiperseksualizmu) szacowane jest na 3-5-6% osób dorosłych (Kafka, 2010; Miles i wsp., 2015; Kraus i wsp., 2018). Z kolei, korzystanie z pornografii może stać się problemem dla 1-6% osób i skłaniać te osoby do poszukiwania pomocy (Bothe i wsp., 2020). Z dostępnych badań wynika również, że nasilenie objawów CSBD jest mniejsze u kobiet niż u mężczyzn oraz że kobiety rzadziej korzystają z pornografii niż mężczyźni (Kafka, 2010). Wydaje się, że zachowania te występują częściej u mężczyzn niż u kobiet (Skegg i wsp., 2010; Walton i wsp., 2017). Nie ma jednak dokładnych szacunków dotyczących częstości występowania lub ciężkości kompulsywnych zaburzeń seksualnych u kobiet (Kowalewska i wsp., 2020). Obecność CSBD stwierdzono również u mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (Morgenstern i wsp., 2011; Parsons i wsp., 2013; Parsons i wsp., 2016).

Kompulsywne zachowania seksualne mogą być realizowane w różny sposób i można wyróżnić trzy poziomy „ciężkości”:

- masturbacja, promiskuityzm (przypadkowe kontakty), seks anonimowy, stosunki z wieloma partnerami, pornografia, sekstelefon, cyberseks, prostytutka klubowa (legalna);
- seks w miejscach publicznych, nielegalna prostytutka, podglądactwo (woyeuryzm) i podsłuchiwanie praktyk seksualnych (agreksofilia), ocieractwo (froteryzm), ekshibicjonizm, obsceniczne rozmowy telefoniczne, stalking (uporczywe nękanie), molestowanie seksualne;
- gwałt, molestowanie dzieci, pornografia dziecięca, wykorzystywanie osób starszych lub zależnych, kazirodztwo, wykorzystywanie w związku z profesją (lekarz, nauczyciel, policjant, duchowny itp.).

Od wielu lat trwają dyskusje nad tym, czy są wystarczające podstawy do tego, aby kompulsywne zachowania seksualne rozpatrywać w kategorii uzależnienia behawioralnego (Griffiths, 2012; Kor i wsp., 2013; Kraus i wsp., 2016; Griffiths, 2016; Potenza i wsp., 2017).

Ponieważ jest coraz więcej badań wskazujących na to, że zmiany neurobiologiczne w CSBD są zbliżone do zmian obserwowanych u osób zażywających substancje psychoaktywne czy osób z zaburzeniami uprawiania hazardu, jest coraz więcej głosów sugerujących, żeby CSBD traktować jednak jako uzależnienie behawioralne a nie jako zaburzenie kontroli impulsów (Stark i wsp., 2018). Dzięki możliwości obrazowania funkcji mózgu za pomocą

rezonansu magnetycznego odkryto wyraźne obszary aktywacji mózgu podczas oglądania pornografii, co zbliża to zachowanie do uzależnień od substancji psychoaktywnych (Kuhn i Gallinat, 2014; Gola i wsp., 2017).

W Klasyfikacji ICD-10, takie zachowania klasyfikowane są jako; nadmierny popęd seksualny, inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) lub zaburzenia nawyków i popędów, nie określone. Erotomania u kobiet to – nimfomania, u mężczyzn – satyryzm. Klasyfikacja ICD-10 zalicza nimfomanię i satyryzm do dysfunkcji seksualnych nie wywołanych przez zaburzenia organiczne i choroby, a związanych z nadmierną potrzebą seksualną.

Klasyfikacja DSM-IV nie wyróżniała uzależnienia seksualnego. Eksperci zaproponowali jednak, aby „zaburzenia hyperseksualne” (ang. Hypersexual Disorder – HD) wprowadzić do kolejnej klasyfikacji DSM-5 (Kafka, 2010). Zaproponowane kryteria zaburzeń hyperseksualnych zostały ostatecznie odrzucone i nie weszły do DSM-5 jako odrębna jednostka chorobowa będąca przejawem uzależnienia behawioralnego, z powodu braku dostatecznej ilości danych naukowych oraz braku zgody co do mechanizmów leżących u podłoża tych zaburzeń. Chciałbym jednak je przytoczyć ze względów praktycznych oraz dlatego, że jestem przekonany o uwzględnieniu ich w klasyfikacjach w niezbyt odległym czasie. Tym razem zostały odrzucone pomimo głosów sugerujących, że są one ważne i wiarygodne oraz świadomości, że podniecenie seksualne

i orgazm powodują uwolnienie endogennych opiatów, które wpływają na „układ nagrody”, co pozwala doszukiwać się działania podobnych mechanizmów jak w innych uzależnieniach. W podsumowaniu jednego z badań, które zostało przeprowadzone na grupie 456 osób leczonych w związku z zaburzeniami używania alkoholu, u których jednocześnie występowały inne zaburzenia z kategorii uzależnień behawioralnych, autorzy stwierdzili jednoznacznie, że: „kompulsywny seks można wstępnie uznać za uzależnienie behawioralne” (Cavicchioli, 2019). Podobnie patrzą izraelscy badacze, którzy uznali, że „uzależnienie seksualne leży na skali impulsywno-kompulsywnej i można je zaklasyfikować jako uzależnienie behawioralne” (Levi i wsp., 2020). Zdaniem innych badaczy nie ma wystarczających dowodów empirycznych na to, żeby CSBD traktować jako uzależnienie behawioralne (Sassower, Weinstein, 2020). Na stronie założonego w 1976 r. Amerykańskiego Stowarzyszenia Edukatorów, Doradców i Terapeutów Seksualności (AASECT) można przeczytać, że istnieje niewiele dowodów na to, że seks lub pornografia są uzależniające, a „idea uzależnienia od pornografii jest zakorzeniona w przestarzałych i potencjalnie szkodliwych normach kulturowych” (AASECT). Można spotkać opinie, że: „znaczące luki w zrozumieniu wciąż komplikują klasyfikację kompulsywnych zachowań seksualnych jako uzależnienia” (Kraus i wsp., 2016). Niektórzy sprzeciwiają się, ponieważ ich zdaniem traktowanie niektórych zachowań seksualnych jako „zaburzenia”

może „patologizować niektóre warianty zdrowych zachowań seksualnych” (Giles, 2006). Problem jest od lat przedmiotem dyskusji (Kor i wsp., 2013; Carnes i wsp. 2014).

Hiszpańskie badania współchorobowości wykazały ostatnio, że z kompulsywnymi zaburzeniami seksualnymi współwystępuje w 44% - „nadużywanie” alkoholu, w 16,2% - uzależnienie od alkoholu, w 22,1% - „nadużywanie lub uzależnienie od konopii indyjskich i kokainy”, w 5,9% - bulimia, w 20,6% - „zaburzenia adaptacyjne” oraz w 5,9% - osobowość borderline (Ballester-Arnal i wsp., 2020).

Zarówno badacze jak i klinicyści zwracają jednocześnie uwagę na to, aby być ostrożnym w ocenie osób, które same identyfikują się jako chore i nazywają siebie „uzależnionymi” od seksu czy od pornografii. Osoby te często nie wykazują cech klinicznych zaburzeń związanych z zachowaniami seksualnymi, chociaż mogą mieć inne problemy ze zdrowiem psychicznym (np. epizody manii czy hipomanii, otępienie czy efekt działania leków p/parkinsonowskich albo substancji psychoaktywnych) i odczuwać wstyd lub mieć poczucie winy w związku ze swoimi zachowaniami seksualnymi.

Tak jak już wcześniej wspominałem, jednym z kompulsywnych zachowań seksualnych jest korzystanie z pornografii. Pornografia (od gr. porne – nierządnicą; graphos – piszący; pornográphos – piszący o nierządnicach) - jest to termin określający seks niezwiązany z relacjami, bez żadnych wymagań dotyczących intymności. W starożytnej Grecji pornea była najtańszą nierządnicą, którą

traktowano gorzej niż niewolników. Stara definicja pornografii mówi, że są to: „utwory literackie, sztuki teatralne, pisma, obrazy rysunki o treści nieprzyzwoitej, obliczone na wywoływanie erotycznego podniecenia”. Można spotkać definicję, która mówi, że jest to: „materiał o charakterze głównie seksualnym, przeznaczony głównie do pobudzenia seksualnego” (Owens, Behun, Manning i Reid, 2012). Celem pornografii jest głównie wywołanie pobudzenia seksualnego za pomocą różnych środków, w tym fotografii, filmów, rysunków, czasopism, książek, a także gier wideo. Pojawiają się kolejne formy rozpowszechniania pornografii, bo np. w Chinach pojawiło się ostatnio nowe zjawisko polegające na tym, że młode kobiety robią sobie nagie selfie, które są później wykorzystywane jako zabezpieczenie w systemie udzielania pożyczek (Liu i Keane, 2020).

Wyróżnia się tzw. pornografię miękką (soft-porno) i twardą (hard-porno). Pornografia miękka obejmuje najczęściej przedstawianie par rozebranych w intymnych seksualnie pozach. Pornografia twarda polega na pokazywaniu aktów seksualnych z penetracją, grupowych czynnościach seksualnych, brutalnej przemocy (fizycznej, psychicznej i werbalnej) czy pornografii dziecięcej. Najczęściej oglądane i przynoszące największe zyski są materiały (filmy) z tzw. kategorii gonzo, koncentrujące się na samym akcie seksualnym, gdzie aktorzy zwracają się często do widza.

Produkcja filmów pornograficznych rozpoczęła się prawie natychmiast po wynalezieniu filmu w 1895 r. Pionierami byli dwaj

Francuzi Eugène Pirou i Albert Kirchner. Filmy pornograficzne upowszechniły się w czasach kina niemego w latach 20. ub. stulecia. Pierwszym krajem, który zalegalizował pornografię twardą była Dania, a po niej Holandia. Złoty wiek porno zakończył się w latach 90. wraz z pojawieniem się kaset VHS, DVD i internetu. Obecnie na całym świecie istnieją setki firm zajmujących się filmami dla dorosłych, które co miesiąc wydają dziesiątki tysięcy produkcji, nagranych bezpośrednio na wideo lub DVD (Lemon, 2020). W internecie pojawiły się też liczne amatorskie filmy o charakterze jednoznacznie seksualnym – „amatorska pornografia” (Hardy, 2009; Paasonen, 2011).

W okresie pandemii COVID-19 jedna z największych witryn pornograficznych Pornhub odnotowała większe o 11% zainteresowanie i jednocześnie udostępniła nieodpłatnie niektóre swoje usługi w krajach objętych kwarantanną (Mestre-Bach, 2020).

Określone zachowania związane z pornografią są w Polsce karalne i traktowane jako przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (art. 202 kk „§ 1. Kto publicznie prezentuje treści pornograficzne w taki sposób, że może to narzucić ich odbiór osobie, która tego sobie nie życzy, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”), szczególnie jeśli dotyczą one małoletnich poniżej 15 lat, o czy mówią kolejne paragrafy tego artykułu. Podobnie jest w innych krajach,

gdzie wiele form szczególnie pornografii dziecięcej objętych jest kryminalizacją.

Warto przy okazji wspomnieć, że w 1996 r. Kongres USA przyjął Child Pornography Prevention Act (CPPA), gdzie objęto kryminalizacją formy pornografii dziecięcej. Stało się to pewnym hamulcem dla przemysłu pornograficznego, ale nie na długo. Jednak już w 2002 r. przemysł pornograficzny zjednoczył się pod hasłem Free Speech Coalition („Koalicja na rzecz wolnego słowa”) i wystąpił do sądu przeciwko rządowi Stanów Zjednoczonych. W efekcie Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych złagodził CPPA i wprawdzie przyznał, że zwalczanie pornografii dziecięcej jest słuszne, jednak stwierdził, że nie może ono być sprzeczne z Pierwszą Poprawką do Konstytucji Stanów Zjednoczonych². Przy tej okazji warto zwrócić uwagę na fakt, że kilka stanów USA uznało pornografię za problem zdrowia publicznego (Droubay i Butters, 2019).

Wraz ze wzrostem zainteresowania pornografią rośnie jej wpływ na edukację seksualną (Albury, 2014; Attwood i wsp., 2018). Trwają jednak dyskusje nad tym czy wpływ ten ma więcej stron pozytywnych czy też negatywnych. Pornografia promuje bowiem seksualnie ryzykowne i agresywne zachowania, a wielu młodych dorosłych kształci się na temat seksu głównie w oparciu o pornografię, bez większego angażowania się w rozmowy na ten temat z dorosłymi, partnerami lub rówieśnikami.

Z badań wynika, że dzięki nowym technologiom (smartfony, i-phony, i-pady, tablety itp.) korzystanie z pornografii (Problematic Pornography Use - PPU) w internecie jest najbardziej powszechną formą internetowej aktywności seksualnej, szczególnie wśród mężczyzn z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi (Laier i wsp. 2013, Ross i wsp. 2012; Janssen i wsp., 2013). Generuje ona ok. 30 % ruchu w internecie (Anthony, 2012). Można chyba powiedzieć, że jest ona obecnie dominującą formą wykorzystywaną w realizowaniu kompulsywnych zachowań seksualnych. Zdaniem wielu badaczy nadmierne korzystanie może doprowadzić do uzależnienia (de Alarcon i wsp., 2019). Z badań wynika, że:

- 76% kobiet w wieku 18-30 lat oświadczyło, że korzysta z pornografii przynajmniej raz w miesiącu;
- 3% kobiet uważa, że mogą być uzależnione od oglądania pornografii;
- większość obrazów pornograficznych ukazuje kobiety w scenach przemocy, jako obiekty męskich zachowań seksualnych;
- kobiety, które wykorzystują internet do zachowań seksualnych (cyberseks), częściej powtarzają takie zachowania w swoim życiu. Mają również więcej partnerów seksualnych w porównaniu z kobietami, które nie stosują cyberseksu. (Rogala i Tydén, 2003; Vandenbosch i van Oosten, 2017).

Wprawdzie pornografia może nie być główną przyczyną uprzedmiotowienia seksualnego, przemocy seksualnej lub

nierówności, jednak może być czynnikiem przyczyniającym się do tego (Sunstein, 1995).

Podobnie, jak w przypadku innych uzależnień, również uzależnienie od pornografii przebiega etapami. Po dokonaniu „odkrycia” pornografii następuje coraz częstsze z niej korzystanie i wydłużanie czasu korzystania, a także poszukiwanie nowych możliwości (można to przyrównać do wzrostu tolerancji). Stopniowo dochodzi do odwrażliwiania się (desensytyzacji) i to co budziło dotychczas odrazę stopniowo staje się normą. Konieczne jest więc zwiększanie siły bodźców, żeby wywołać odpowiedni poziom podniecenia seksualnego. Przychodzi w końcu moment, kiedy bodźce, jakie daje pornografia zaczynają działać coraz słabiej i osoba uzależniona od pornografii stara się przenosić to co oglądała do swoich kontaktów z partnerką/partnerem. Taka sytuacja często staje się poważnym problemem w związku.

Z ostatnich badań wynika, że młodszy wiek i niższy poziom wykształcenia, a także depresja, lęk, zespół stresu pourazowego (PTSD), bezsenność i impulsywność są dodatnio powiązane z bardziej intensywnym korzystaniem z pornografii przez amerykańskich weteranów wojennych (Shirk i wsp., 2020).

Badacze są zgodni co do tego, że proporcjonalnie do rosnącej dostępności materiałów pornograficznych, pornografia w coraz większym stopniu wpływa na relacje w związkach. Korzystanie z pornografii może być odpowiedzialne za gwałtowny wzrost

zaburzeń erekcji, opóźniony wytrysk, zmniejszoną satysfakcję seksualną i zmniejszone libido podczas stosunku partnerskiego u mężczyzn poniżej 40. roku życia. Jest bardzo prawdopodobne, że dzieje się tak, ponieważ uzyskiwane w kontakcie z rzeczywistymi partnerami podniecenie seksualne może być znacznie słabsze niż to, jakie występuje podczas używania pornografii (Park i wsp., 2018).

Poszukiwano też związku używania brutalnej pornografii uprzedmiotowującej kobiety oraz frustracji seksualnej z postawami mizoginistycznymi i skłonnością do gwałtu (Stickel, 2020).

Oglądanie pornografii związane jest najczęściej z masturbacją, która przez wieki uważana była przez moralistów i teologów za „grzech przeciwko naturze”, a lekarze nie zwracali na nią większej uwagi (Stolberg, 2000; Laqueur, 2003). Na początku VIII w. ukazała się publikacja pt. „Onania lub ohydny grzech zanieczyszczenia”, która nasiliła lęk przed negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi masturbacji (Stolberg op.cit.; Kotula i Haavio-Mannila, 2003). Dopiero poglądy Kinseya doprowadziły do znormalizowanego poglądu na masturbację (Kinsey i wsp. 1948 i 1953). Jedne z ostatnich badań wykazały, że wyższa motywacja do abstynencji była związana z wyższym postrzeganiem masturbacji jako niezdrowej, konserwatyzmem i religijnością oraz niższym zaufaniem do nauki (Zimmer i Imhoff, 2020).

Pornografia rozwinęła się bardzo dzięki dostępowi do internetu a używanie jej może wpływać niekorzystnie na zachowania seksualne

osób, które przestały traktować ją jako rozrywkę. Po pomoc zgłaszają się najczęściej osoby, które są zaniepokojone częstotliwością oglądania pornografii (Gola i wsp., 2016).

Ponieważ uzależnienie od pornografii ma wiele wspólnych cech z innymi uzależnieniami, część terapeutów stosuje techniki terapeutyczne podobne do stosowanych przy pomaganiu osobom z innymi uzależnieniami behawioralnymi. Po pierwsze, należy ocenić, czy mamy do czynienia z jednym uzależnieniem, czy z całym kompleksem uzależnień lub problemów zdrowia psychicznego, takich jak na przykład depresja czy stany lękowe. Po drugie, należy poznać, z jaką fazą uzależnienia mamy do czynienia oraz wszystkie uwarunkowania, ze zwróceniem szczególnej uwagi na historię przeżyć traumatycznych oraz na ocenę poziomu odczuwanego wstydu. Wstyd przez wielu autorów określany jest jako nadrzędny czynnik przy rozwoju uzależnienia, często jest on impulsem napędzającym spiralę uzależnienia (Garcia i wsp., 2016; Lewczuk i wsp., 2017).

Rola terapeuty polega na przywróceniu pacjentom poczucia sprawczości, wskazanie na posiadane przez nich własne zasoby i umiejętności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Unika się oceniania. Najczęściej stosowane są modele terapeutyczne zorientowane na pacjenta i na traumę. Ponieważ pornografia bezpośrednio dotyczy odczuć cielesnych, zalecane są również elementy pracy z ciałem.

Ponieważ uzależnienie od pornografii, podobnie jak i inne kompulsywne zaburzenia seksualne, ma wiele wspólnych cech z innymi uzależnieniami, część terapeutów stosuje techniki terapeutyczne podobne do stosowanych przy pomaganiu osobom z innymi uzależnieniami behawioralnymi. Po pierwsze, należy ocenić, czy mamy do czynienia z jednym uzależnieniem, czy z całym kompleksem uzależnień lub problemów zdrowia psychicznego, takich jak na przykład depresja czy stany lękowe. Po drugie, należy poznać, z jaką fazą uzależnienia mamy do czynienia oraz wszystkie uwarunkowania, ze zwróceniem szczególnej uwagi na historię przeżyć traumatycznych oraz na ocenę poziomu odczuwanego wstydu. Wstyd przez wielu autorów określany jest jako nadrzędny czynnik przy rozwoju uzależnienia, często jest on impulsem napędzającym spiralę uzależnienia (Garcia i wsp., 2016; Lewczuk i wsp., 2017). Podczas psychoterapii grupowej ważne jest wzajemne wspieranie się uczestników grupy w przezwyciężeniu poczucia wstydu i izolacji. Bardzo ważnym momentem w terapii jest ujawnienie przez osobę leczącą się swoich zachowań partnerce lub partnerowi (Corley i Schneider, 2002). Później, z powodu ogromnego stresu i możliwości odrzucenia konieczna jest często pomoc w odbudowie związku. Bardzo ważna jest więc terapia par i terapia rodzin, które umożliwiają naprawę relacji i rozwiązanie istniejących konfliktów. Może też przyspieszyć proces wybaczenia, odbudowy zaufania i więzi oraz

lepszego wspierania procesu dalszego leczenia (Zitzman i Butler, 2005).

W leczeniu kompulsywnych zaburzeń seksualnych (CSBD), a szczególnie w zapobieganiu nawrotom, dobre efekty daje terapia oparta na uważności. Wpływa ona korzystnie na zmniejszenie „głodu” (trudnej do odparcia i silnej potrzeby realizacji seksualnych zachowań kompulsywnych) oraz negatywnych stanów emocjonalnych. Osoby korzystające z tej formy terapii relacjonowały, że spędzali znacznie mniej czasu na korzystaniu z pornografii, spadek lęku i objawów depresyjnych oraz objawów obsesyjno-kompulsywnych (Holas i wsp., 2020).

Niektóre programy terapeutyczne dla osób cierpiących z powodu kompulsywnych zachowań seksualnych zalecają powstrzymywanie się od wszelkiej seksualnej aktywności, z masturbacją włącznie, przez okres 30-90 dni po to, aby pacjent przekonał się, że jest w stanie żyć bez tego rodzaju doznań. Część osób poddawanych takim ograniczeniom odczuwa objawy odstawienia, podobne do tych, jakie występują w innych uzależnieniach.

Ponieważ zdarza się, że osiągnięcie całkowitej abstynencji seksualnej jest bardzo trudne a czasami, na danym etapie zdrowienia, wręcz niemożliwe można rozważyć podejmowanie prób kontrolowanej aktywności seksualnej za pomocą masturbacji. Jednak, aby łatwiejsze było odchodzenie od wykorzystywania seksu jako sposobu na regulowanie emocji, należałoby podejmować

masturbację tylko wtedy, kiedy ciało wykazuje oznaki podniecenia (np. poranna erekcja), bez pornografii i bez fantazjowania, a także starać się, aby podczas tych czynności utrzymywać związek między ciałem a umysłem.

Ostatnio opublikowano wyniki badania skuteczności medytacji jako interwencji w oglądaniu pornografii dla mężczyzn, którzy identyfikują się z postrzeganiem przez siebie problematycznym używaniem pornografii. Zdaniem autorów „badanie pokazuje zachęcające - ale niejednoznaczne - wyniki dotyczące medytacji jako potencjalnie skutecznej interwencji” w stosunku osób z problematycznym używaniem pornografii (Sniewski i wsp., 2020). U osób uzależnionych od pornografii ważnym elementem terapii jest ograniczenie dostępu do komputera czy smartfona.

W celu zmniejszenia pobudzenia seksualnego i ograniczenia związanych z tym zachowań patologicznych podejmowane są próby wspierania farmakologicznego m.in. selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny – SSRI, a dodanie metylofenidatu o wydłużonym działaniu do terapii fluoksetyną powodowało dalsze zmniejszenie liczby nadmiernych zachowań seksualnych (Kafka i Hennen, 2000). Podejmowano też próby leczenia naltreksonem, w tym osób skazanych za takie przestępstwa jak gwałt czy utrzymywanie stosunków seksualnych z dziećmi (Raymond i wsp., 2002; Ryback, 2004; Bostwick i Bucci, 2008; Naficy i wsp., 2013; Savard i wsp., 2020). Badania wykazały, że dawki naltreksonu

w wysokości 100-200 mg. powodowały zwiększenie kontroli nad popędem. Stosowano też paroksetynę (Gola i Potenza, 2016). Podczas stosowania SSRI stwierdzono, że ubocznym skutkiem ich działania jest spadek libido (Naficy i wsp., 2013). Jednocześnie, w celu zmniejszenia popędu seksualnego mówi się od dziesięcioleci o tzw. kastracji chemicznej (podawanie leków hamujących wytwarzanie testosteronu) przestępców seksualnych i są kraje (np. Korea Płd., Rosja, Mołdawia, Indonezja, Polska i kilka stanów USA) gdzie jest ona stosowana, ale zdania na temat jej skuteczności są podzielone. Zdaniem prof. Arthura Caplana pomimo tego, że chemiczna kastracja obniża odsetek ponownych przestępstw z 40% do 15% (w badaniach skandynawskich nawet do 5%) to jednak nie jest on przekonany o jej skuteczności w zapobieganiu powrotowi do przestępstw na tle seksualnym, bowiem nie zapewnia ona wystarczającym stopniu bezpieczeństwa (Caplan, 2020).

Dużym wsparciem w leczeniu osób z problemem hiperseksualizmu są wspólnoty samopomocowe (Schneider i wsp., 2001; Wright, 2010). W 1976 roku powstała w Bostonie pierwsza na świecie grupa Anonimowych Erotomanów oparta o Program Dwunastu Kroków. Na terenie USA, osoby uzależnione od „seksu i miłości” spotykają się jeszcze w innych, opartych na Programie 12 Kroków, grupach samopomocowych takich jak Sex Addicts Anonymous, Porn Addicts Anonymous, Sex and Love Anonymous, Sexaholics Anonymous, Sexual Compulsives Anonymous czy Sexual Recovery Anonymous.

Badania na temat skuteczności programu 12 Kroków Anonimowych Seksoholików wykazały, że wraz z realizacją kolejnych kroków spadała intensywność kompulsywnych zachowań seksualnych (Efrati i Gola, 2018).

Pierwsza w Polsce samopomocowa grupa dla osób z problemami seksu - grupa Anonimowych Erotomanów (AE) powstała w 1993 roku w Warszawie. Aktualnie, na terenie Polski odbywają się liczne mityngi grup Anonimowych Seksoholików (SA) oraz Wspólnoty „Anonimowi Uzależnieni od Seksu i Miłości” (SLAA), w tym mityngi online. Wspólnoty te mają swoje strony internetowe.

W Stanach Zjednoczonych funkcjonują od 1986 r., wzorowane na grupach Al-Anon - Grupy Rodzinne S-Anon. Również w kilku dużych miastach Polski spotykają się takie grupy.

Piśmiennictwo u Autora

Artykuł zawiera fragmenty najnowszej książki pt. „Zachowania, które mogą zranić ...o tzw. uzależnieniach behawioralnych i nie tylko”, która wkrótce ukaże się w wydawnictwie Media Rodzina.

Kompulsywne zachowania seksualne wśród kobiet

Ewelina Kowalewska

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

Mateusz Gola

Polska Akademia Nauk, Instytut Psychologii w Warszawie

Kompulsywne zachowania seksualne (ang. compulsive sexual behavior disorder, CSBD) od 30 lat stanowiły przedmiot dyskusji w środowisku klinicznym i naukowym. Dopiero w 2019 roku Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) wprowadziła je do 11. edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11; World Health Organization, 2018). Jednak ze względu na fakt, że niemal wszystkie badania wykonane do 2019 roku były prowadzone na grupach mężczyzn z CSBD, kontrowersje wokół zagadnienia nie ustały. Identyfikacja wzorców funkcjonowania seksualnego u kobiet z CSBD oraz dostarczenie wytycznych do przyszłych badań klinicznych nad skutecznymi metodami pomocy kobietom cierpiącym z tego powodu wymaga uzupełnienia. W rozdziale przedstawiono przegląd najważniejszych zagadnień na temat CSBD wśród kobiet.

Definiowanie problemu

We współczesnej kulturze zachodniej korzystanie z pornografii, masturbacja czy też podejmowanie przygodnych kontaktów seksualnych uznaje się za zachowania normatywne (Grubbs, Kraus, Perry, Lewczuk, Gola, 2020; Lewczuk, Glica, Nowakowska, Gola, Grubbs, 2020). Dlaczego więc rośnie liczba osób poszukujących w związku z tym pomocy psychologicznej? Jak poznać, że przywołane zachowania wymykają się spod kontroli? Czy dysponujemy kryterium ilościowym określającym granicę pomiędzy normą a zachowaniem problemowym? Otóż nie, na podstawie ilości czasu spędzanego na konsumpcji pornografii nie możemy stwierdzić, czy mamy do czynienia z zachowaniem nałogowym (Gola, Lewczuk, Skorko, 2016; Lewczuk, Szmyd, Skorko, Gola, 2017). Głównie za sprawą tego, że w seksuologii możemy definiować te zachowania z punktu widzenia psychologii, fizjologii, a także norm społecznych (Kowalewska i in., 2018). W kontekście siły popędu seksualnego nie dysponujemy uniwersalną normą ilościową, a w kontekście utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi powinno się przyjmować kryterium jakościowe, tj. negatywne konsekwencje (na przykład w sferze psychicznej, społecznej i zdrowotnej), jakie wywołuje u danej osoby jej aktywność seksualna (Gola, Potenza, 2018; Kraus i in., 2018).

Osoby poszukujące pomocy w związku z CSBD doświadczają utraty kontroli zarówno w sferze fantazji, pragnień, jak i aktywności

seksualnej, przy czym najbardziej charakterystycznym objawem jest głód nałogowy (Kowalewska i in., 2018). Kompulsywne zachowania seksualne przyjmują najczęściej formę ekstensywnego oglądania pornografii, kompulsywnej masturbacji, nadmiernego korzystania z płatnych usług seksualnych oraz podejmowania ryzykownych kontaktów seksualnych.

Dotychczasowe badania mające na celu ustalenie mechanizmów leżących u podłoża CSBD dopatrywały się etiologii problemu pośród trzech opisanych w ICD-10 jednostek nozologicznych – zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (ang. obsessive-compulsive disorder, OCD), zaburzeń kontroli impulsów (ang. impulse control disorder, ICD) oraz uzależnień behawioralnych (ang. Behavioral addictions). Opisanie problemu z klasycznej „objawowej” perspektywy okazało się trudniejsze niż można byłoby przypuszczać. Obecnie, mimo że naukowcy wskazują raczej na zróżnicowaną etiologię CSBD (Gola, Draps, 2018; Kowalewska i in., 2018; Potenza, Gola, Voon, Kor, Kraus, 2017; Stark, Klucken, Potenza, Brand, Strahler, 2018), to w większości zgadzają się z zaproponowanymi przez WHO kryteriami diagnostycznymi (tabela 1).

Jako że kryteria WHO obowiązują w badaniach od 2018 roku, wcześniej stosowano ich pierwowzór (Kafka, 2010) uwzględniający również możliwość występowania kompulsywnych zachowań seksualnych w mechanizmie regulacji emocji i stresu.

Tabela 1.

<p><i>Kryteria diagnostyczne zaburzenia kompulsywnych zachowań seksualnych wg WHO</i></p>
<p>Zaburzenie kompulsywnych zachowań seksualnych (ang. compulsive sexual behavior disorder, CSBD) charakteryzuje się trwałym wzorcem braku kontroli nad intensywnymi, powtarzającymi się impulsami lub popędami, co skutkuje powtarzającymi się zachowaniami seksualnymi występującymi przez okres 6 miesięcy lub dłużej. Utrata kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi powoduje znaczny niepokój lub znaczne upośledzenie takich obszarów funkcjonowania jak rodzina, edukacja, praca, rozwój osobisty, relacje i inne.</p> <p>Wzorzec przejawia się w minimum jednym z następujących zachowań:</p> <ul style="list-style-type: none">• powtarzające się zaangażowanie w czynności seksualne stało się centralnym punktem życia danej osoby do tego stopnia, że zaniedbuje zdrowie i rozwój osobisty lub inne zainteresowania, działania i obowiązki;• dana osoba podjęła wiele nieudanych wysiłków w celu kontroli lub znacznego ograniczenia powtarzalnych zachowań seksualnych;• dana osoba kontynuuje zaangażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne pomimo niekorzystnych konsekwencji (na przykład problemów w związku, pracy);• dana osoba kontynuuje zaangażowanie w zachowania seksualne pomimo czerpania z nich niewielkiej lub żadnej satysfakcji.

Dotychczasowe badania przyczyniły się do zidentyfikowania neuronalnych mechanizmów leżących u podłoża CSBD u mężczyzn (Brand, Snagowski, Laier, Maderwald, 2016; Gola i in., 2017; Klucken, Wehrum-Osinsky, Schweckendiek, Kruse, Stark, 2016; Voon i in., 2014) oraz rozwinięcia interwencji terapeutycznych (Efrati, Gola, 2018a; Blycker, Potenza, 2018; Gola, Potenza, 2016; Kraus, Meshberg-Cohen, Martino, Quinones, Potenza, 2015). Co jednak wiadomo na temat CSBD u kobiet?

Rozpowszechnienie

Dokładne szacunki dotyczące liczby kobiet z CSBD nie są znane, ale z przeglądu literatury obejmującej badania na obu płciach wynika, że od 8% do 40% osób badanych z CSBD to kobiety (Kaplan, Krueger, 2010). Ten szeroki zakres wynika z braku systematycznych badań w tej dziedzinie, a także różnych narzędzi diagnostycznych. Najprawdopodobniej najbardziej precyzyjne szacunki dotyczące proporcji kobiet z CSBD pochodzą z badań terenowych na potrzeby opracowania amerykańskiej klasyfikacji DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wskazujących, że 5,3% spośród pacjentów ambulatoryjnych poszukujących pomocy w związku z CSBD to kobiety (Reid i in., 2012a). Wciąż brakuje badań na próbach reprezentatywnych określających rozpowszechnienie CSBD, jednak istnieje sporo wyników pozwalających określić różnice międzypłciowe

w poszczególnych zachowaniach seksualnych, szczególnie w korzystaniu z pornografii.

Badanie przeprowadzone na reprezentatywnej próbie Duńczyków wykazało, że wśród kobiet jest około 3,7 razy mniej regularnych użytkowników pornografii (oglądających pornografię raz w tygodniu i częściej) w porównaniu z grupą mężczyzn (18,3% vs 67,6%) (Hald, 2006), z kolei w Skandynawii 81% mężczyzn i 18% kobiet korzysta z pornografii przynajmniej raz w tygodniu (Kvaalem, Træen, Lewin, Štulhofer, 2014).

Badanie przeprowadzone na niemieckiej populacji ogólnej wykazało, że 3% badanej grupy kobiet zadeklarowało korzystanie z pornografii w problematyczny sposób, co było dalej związane z czasem spędzonym na konsumpcji pornografii, większym poziomem motywacji seksualnej oraz deprivacją emocjonalną (Baranowski, Vogl, Stark, 2019). Inne badanie przeprowadzone na grupie 10 131 australijskich kobiet pokazało, że 41% z nich oglądało materiały pornograficzne w ciągu ostatniego roku, a 1% badanych kobiet identyfikowało się jako uzależnione od pornografii (bazując na subiektywnej ocenie) (Rissel i in., 2017). Porównywalne wyniki wykazali Joshua Grubbs i współpracownicy (2019) w swoim badaniu z udziałem reprezentatywnej próby 1059 kobiet i 1016 mężczyzn z USA, wskazując, że 3% kobiet i 11% mężczyzn zgadzało się ze stwierdzeniem „Jestem uzależniona/y od pornografii”, z czego 1%

kobiet i 3% mężczyzn zdecydowanie zgodziło się z tym stwierdzeniem. Z kolei badanie Marie Daspe i współpracowników (2018) wykazało pozytywną korelację pomiędzy częstotliwością korzystania z pornografii a subiektywnym poczuciem utraty kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi u obu płci.

Francuskie badanie przeprowadzone na grupie 597 kobiet i 235 mężczyzn wykazało, że 51% kobiet i 90,2% mężczyzn zadeklarowało konsumpcję cyberpornografii (Blais-Lecours, Vaillancourt-Morel, Sabourin, Godbout, 2016). Co więcej, kobiety (w porównaniu z mężczyznami) poświęcały mniej czasu na korzystanie z pornografii, miały niższy poziom postrzeganej kompulsywności w stosunku do pornografii i kompulsywności seksualnej, a także wkładały mniej wysiłku w starania o dostęp do pornografii. Inne badanie przeprowadzone na grupie 192 mężczyzn i 75 kobiet (Weinstein, Zolek, Babkin, Cohen, Lejoyeux, 2015a) wykazało, że kobiety charakteryzowały się niższym poziomem pragnienia do sięgnięcia po pornografię oraz mniejszą częstotliwością cyberseksu niż mężczyźni.

Na podstawie kanadyjskiego badania z udziałem studentów (105 kobiet i 86 mężczyzn) stwierdzono, że kobiety (w porównaniu z mężczyznami) korzystały z pornografii w czasie, gdy prowadzono badanie, z mniejszą częstotliwością, ale też charakteryzowały się niższym wiekiem pierwszego dostępu do treści pornograficznych (Harper, Hodgins, 2016). Ponadto płć żeńska rzadziej identyfikowała

się jako uzależniona od pornografii, prezentowała niższy poziom kompulsywności w stosunku do pornografii, a także osiągała niższe wyniki w zaadaptowanych przez autorów kryteriach DSM-5 dotyczących uzależnienia od pornografii internetowej (IP-CRIT).

Rezultaty dociekań Marie Vaillancourt-Morel i współpracowników (2017) ujawniły trzy różne profile użytkowników cyberpornografii: 1) rekreacyjny; 2) niekompulsywny, ale z wysokim poziomem dystresu; 3) kompulsywny. Osoby o profilu rekreacyjnym, na który składał się większy odsetek kobiet (486 na 596 kobiet) i użytkowników spędzających umiarkowaną ilość czasu na konsumpcji pornografii, zgłaszały niższe poziomy na trzech wymiarach problematycznego korzystania z pornografii (ang. problematic pornography use, PPU), tj. kompulsywności, wysiłków podejmowanych w celu uzyskania dostępu oraz stresu emocjonalnego. Podobne wyniki uzyskano w badaniu z udziałem 1557 hiszpańskich studentów (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario, Gil-Julia, 2017), w którym to płeć żeńska stanowiła 96,9% użytkowników rekreacyjnych i jedynie 1,7% użytkowników ryzykownych, spędzających od 1 do 10 godzin tygodniowo na cyberseksie (Cooper, Delmonico, Burg, 2000).

Poza badaniami skupiającymi się wyłącznie na pornografii dysponujemy pracami opisującymi nasilenie symptomów CSBD z perspektywy całościowej. Rezultaty badania populacyjnego

prowowanego na 1174 kobietach i 1150 mężczyznach w ramach American National Survey of Sexual Health and Behavior (Dickenson, Gleason, Coleman, Miner, 2018) ujawniły, że 7% kobiet i 10,3% mężczyzn uzyskało wyniki świadczące o wysokim prawdopodobieństwie spełnienia kryteriów diagnostycznych CSBD (WHO, 2018). Inne badanie wykazało, że 63 mężczyzn i 31 kobiet (18,4% całej próby) prezentowało kliniczny poziom nasilenia symptomów CSBD (Walton, Cantor, Lykins, 2017). Z kolei w badaniu, które przeprowadzili Shane Kraus i współpracownicy (2017) na 820 amerykańskich weteranach wojennych, symptomy związane z CSBD ujawniono u 13,8% mężczyzn i 4,3% kobiet.

Jannis Engel ze współpracownikami (2019) podjęli próbę ustalenia indywidualnych charakterystyk oraz oznak przymusowych zachowań seksualnych w badaniu z udziałem 564 kobiet i 630 mężczyzn. Jak się okazało, poziom nasilenia symptomów CSBD, korzystania z pornografii, masturbacji oraz angażowania się w seks partnerski był niższy u kobiet niż u mężczyzn. Spośród osób badanych 13,1% kobiet i 45,4% mężczyzn uzyskało wynik wskazujący na wysokie nasilenie objawów CSBD. Ponadto 18% kobiet (w porównaniu z 59% mężczyzn) zgłaszało występowanie fantazji o przymusie seksualnym, natomiast 4% kobiet (w porównaniu z 21% mężczyzn) raportowało przymusowe zachowania. Co najważniejsze, związek całkowitej konsumpcji seksualnej oraz konsumpcji pornografii był silniej połączony z poziomem nasilenia objawów CSBD

u kobiet niż u mężczyzn. Autorzy odkryli również, że 61% kobiet zgłaszało co najmniej umiarkowane objawy depresji i że symptomy depresyjne były związane z nasileniem objawów CSBD u obu płci.

Mniejsze rozpowszechnienie symptomów CSBD wśród kobiet udowodniono także w badaniu z udziałem dużej, nieklinicznej grupy 6132 kobiet i 11902 mężczyzn (Bóthe i in., 2018). Porównania oparte na płci i orientacji seksualnej pokazały, że mężczyźni o orientacji homoseksualnej prezentowali najwyższy poziom objawów CSBD i osiągnęli najwyższe wyniki w takich wskaźnikach jak częstotliwość masturbacji, liczba partnerów seksualnych lub częstotliwość korzystania z pornografii. Kobiety o orientacji homoseksualnej uzyskały najwyższe wyniki na skali związanej z radzeniem sobie z niechcianymi uczuciami i stresem. Okazało się również, że heteroseksualne kobiety prezentowały najniższy poziom objawów CSBD.

Inne badanie przeprowadzone na dwóch nieklinicznych grupach składających się łącznie z 433 kobiet i 414 mężczyzn ujawniło podobne rezultaty (Tripodi i in., 2015). Kobiety spędzały mniej czasu na aktywności seksualnej za pośrednictwem Internetu (w tym korzystaniu z pornografii) oraz uzyskiwały niższe wyniki w kwestionariuszu mierzącym problemowe zachowania seksualne w Internecie i nasilenie kompulsywności seksualnej.

Joana Carvalho i współpracownicy (2015a) w badaniu z udziałem 4597 mężczyzn i kobiet testowali hipotezę o nakładaniu się na siebie problematycznej seksualności z wysokim pożądaniem seksualnym. W toku analiz wyodrębniono dwa klastry: 1) „kontrola/konsekwencje” odnosił się do braku kontroli nad własną seksualnością oraz negatywnych skutków; 2) „pożądanie/aktywność” odzwierciedlał wysokie pożądanie seksualne oraz częstą aktywność seksualną. Autorzy odkryli, że wyodrębnione klastry różniły się w kontekście psychologicznych aspektów u kobiet. Uczestniczki z klastra „kontrola/konsekwencje” wykazywały wyższy poziom depresji i neurotyczności, a także częściej zgłaszały współwystępujące konsekwencje nadużywania substancji psychoaktywnych (na przykład poczucie winy, zaniedbywanie obowiązków, zapominanie o faktach, które wydarzyły się pod wpływem środków psychoaktywnych) w porównaniu z kobietami z klastra „pożądanie/aktywność”.

Z kolei Aleksandar Štulhofer wraz ze współpracownikami (2016) sprawdzał połączenie CSBD z wysokim pożądaniem seksualnym w badaniu z udziałem 2599 kobiet. W efekcie 178 kobiet zostało zaklasyfikowanych do grupy „wysokie pożądanie seksualne”, 239 kobiet do grupy „hiperseksualność”, natomiast 57 kobiet spełniło kryteria włączenia dla obu grup – „wysokie pożądanie seksualne + hiperseksualność”. Spośród trzech wyodrębnionych grup najmniej negatywnych konsekwencji związanych z seksualnością zgłaszały kobiety z grupy „wysokie pożądanie seksualne”.

Różnice między płciowe zostały również wykazane w badaniu przeprowadzonym na grupie 1800 izraelskich nastolatków (841 chłopców i 959 dziewczynek) (Efrati, Gola, 2018b). Autorzy wyodrębnili trzy klastry CSBD: osoby powstrzymujące się, osoby fantazjujące seksualnie oraz osoby z CSBD. Dziewczęta znacznie częściej zaliczono do grupy powstrzymujących się nastolatków charakteryzujących się niskimi wynikami we wskaźnikach CSBD, takich jak fantazje seksualne, obsesyjne myśli o charakterze seksualnym czy też spędzanie dużej ilości czasu na oglądaniu materiałów pornograficznych.

Z racji tego, że do dnia dzisiejszego nie przeprowadzono dużych badań epidemiologicznych dotyczących CSBD u kobiet, dotychczasowe pomiary z udziałem obu płci skupiały się na dominujących zachowaniach seksualnych wymykających się spod kontroli charakterystycznych dla mężczyzn, tj. kompulsywnej konsumpcji pornografii i masturbacji. Ze względu na fakt, że seksualność i ekspresja seksualna kobiet mogą zależeć od wielu czynników (oczekiwań kulturowych, biologii itp.), istnienie różnic w obrazie CSBD wydaje się niemal pewne. Skoro płeć żeńska jest mniej zainteresowana pornografią niż mężczyźni, pojawia się pytanie, jakie zachowania są u nich przeważające. Niektóre badania wskazują tendencję do przewlekłej rozwiązłości jako zachowanie bardziej powszechne u kobiet z CSBD niż u mężczyzn z tożsamym problemem (Briken, Habermann, Berner, Hill, 2007).

Współwystępowanie innych zaburzeń

W kontekście współwystępowania innych zaburzeń, prowadzone w ostatnich latach badania koncentrowały się między innymi na ustaleniu związku pomiędzy CSBD a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (ang. psychoactive substance abuse, SPA), ADHD, OCD, zaburzeniem osobowości borderline oraz zaburzeniem ze spektrum autyzmu.

Meagan Brem i współpracownicy przeprowadzili trzy badania na osobach dorosłych przebywających w stacjonarnych ośrodkach leczenia uzależnień. W pierwszym z nich okazało się, że większość (53,2%) kobiet potwierdziła występowanie u siebie co najmniej jednego symptomu CSBD, a 12,6% całej grupy prezentowało poziom nasilenia symptomów kwalifikujący do grupy ryzyka uzależnienia od zachowań seksualnych (Brem, Shorey, Anderson, Stuart, 2018a). Rezultaty drugiego badania z udziałem 446 kobiet wykazały pozytywny związek pomiędzy symptomami CSBD a odczuwanym wstydem, objawami PTSD oraz używaniem alkoholu i narkotyków oraz problemami w tej sferze (Brem, Shorey, Anderson, Stuart, 2018b). Ostatnie badanie, mające na celu ustalenie różnic międzypłciowych na grupie 1993 pacjentów (22,4% kobiet), pokazało, że w grupie kobiet wyniki na skalach związanych z negatywnym wpływem objawów CSBD na nastrój oraz nadmiernym zaangażowaniem były negatywnie skorelowane z zażywaniem

alkoholu i problemami z nim, natomiast pozytywnie z zażywaniem narkotyków i problemami z nimi (Brem, Shorey, Anderson, Stuart, 2019). Wykazano również pozytywną korelację pomiędzy symptomami depresji a nasileniem objawów CSBD.

Kolejne dwa badania z udziałem osób uzależnionych od SPA, które zostały zakwalifikowane do prywatnego, stacjonarnego programu 12-kroków, przeprowadził Elmquist ze współpracownikami. W pierwszym badaniu, którym objęto 120 kobiet, autorzy wykazali pozytywny związek pomiędzy CSBD a symptomami zaburzenia osobowości borderline, jednak ta relacja ujawniła się po kontrolowaniu zażywania alkoholu i narkotyków oraz problemów z nimi, wieku oraz wywierania pozytywnego wrażenia (Elmquist, Shorey, Anderson, Stuart, 2016a). Wyniki drugiego badania z udziałem 198 mężczyzn i 62 kobiet ujawniły pozytywną korelację pomiędzy symptomami CSBD a pięcioma domenami nieprzystosowawczych schematów poznawczych według Younga (Young, Brown, 2003), tj. I – rozłączenie i odrzucenie, II – osłabiona autonomia, III – nakierowanie na innych, IV – uszkodzone granice, V – nieufność i zahamowanie (Elmquist, Shorey, Anderson, Stuart, 2016b). Nie wykazano jednak różnic międzypłciowych pomiędzy grupami z symptomami CSBD i bez nich.

W 2019 roku przeprowadzono badanie na dużej, nieklinicznej grupie 4237 kobiet i 9806 mężczyzn, w którym próbowano

zidentyfikować potencjalne podobieństwa i różnice pomiędzy związkiem symptomów ADHD i CSBD oraz ADHD i PPU (Bóthe, Koós, Tóth-Királ, Orosz, Demetrovics, 2019a). Okazało się, że w grupie kobiet CSBD było dodatnio skorelowane z PPU i symptomami ADHD. Jednak, w przeciwieństwie do mężczyzn, związek pomiędzy ADHD i PPU był znikomy.

W tym samym roku Johannes Fuss ze współpracownikami (2019) skupili się na poznaniu związku pomiędzy CSBD a objawami obsesyjno-kompulsywnymi w grupie 260 mężczyzn i 279 kobiet. Wyniki pokazały, że u pacjentów z obecnym OCD rozpowszechnienie CSBD w ciągu całego życia wynosiło 5,6% i było znacznie wyższe u mężczyzn niż u kobiet.

Jak wykazało inne badanie przeprowadzone na 1326 studentkach płci żeńskiej, kompulsywność seksualna może być czynnikiem pośredniczącym we wpływie cech zaburzenia osobowości borderline na liczbę partnerów seksualnych (Jardin i in., 2017). Wyniki sugerują, że kobiety cierpiące na zaburzenie osobowości borderline mogą być bardziej podatne na rozwinięcie symptomów CSBD.

Z kolei w badaniu, które przeprowadzili Daniel Schöttle i współpracownicy (2017) na grupie pacjentów, z których 90 miało zdiagnozowany zespół Aspergera, a 6 – autyzm atypowy, ujawniono,

że osoby z zaburzeniem ze spektrum autyzmu zdecydowanie częściej raportowały symptomy CSBD w porównaniu z osobami zdrowymi.

Osobowość

Kolejną kwestią poruszaną w badaniach naukowych był wpływ czynników osobowościowych na ocenę symptomów CSBD. Lee Shimoni ze współpracownikami (2018) zrekrutowali 81 kobiet i 186 mężczyzn za pośrednictwem stron internetowych do wyszukiwania, na których wyszukuje się partnerów seksualnych. Jak się okazało, kobiety (w porównaniu z mężczyznami) prezentowały niższy poziom nasilenia symptomów CSBD, były mniej otwarte na doświadczenia i bardziej neurotyczne (zgodnie z modelem cech wielkiej piątki). Co ciekawe, większe nasilenie neurotyzmu było powiązane z wyższym nasileniem CSBD u mężczyzn.

Następnymi cechami poddanymi analizie naukowej były impulsywność i kompulsywność. Beáta Bóthe ze współpracownikami (2019b) podjęli próbę ustalenia związku tych cech z PPU i CSBD w badaniu z udziałem 13 778 osób (w tym 4151 kobiet). Niezależnie od płci PPU było słabo związane z impulsywnością i kompulsywnością. Co więcej, impulsywność okazała się silniej związana z CSBD niż kompulsywność. Analiza grupy kobiet wykazała również, że obie cechy były dodatnio (ale słabo) związane z PPU, kompulsywność była dodatnio i słabo związana z CSBD, a impulsywność – dodatnio

i umiarkowanie z CSBD. Inne badanie pod kierownictwem Thomsen Rømer (2018) miało na celu pomiar związku pomiędzy impulsywnością a wskaźnikami związanymi z uzależnieniem. Analizie poddano wyniki 109 osób (31% kobiet). Jak się okazało, „brak wytrwałości” – jako domena impulsywności – był związany z PPU, jednak kobiety wykazywały się słabszym pragnieniem korzystania z pornografii.

Wreszcie badanie Joany Carvalho i współpracowników (2015b) przeprowadzone na nieklinicznej grupie 235 studentek wykazało, że impulsywność ruchowa i samokontrola, negatywny afekt, a także psychotyzm istotnie przewidywały kompulsywność seksualną u kobiet. Co ciekawe, jedynie 2,5% kobiet z badanej grupy prezentowało kliniczny poziom kompulsywności. Dwa kolejne badania, przeprowadzone przez Cornelię Sindermann i współpracowników (2018) na grupie 940 osób (w tym na 667 kobietach), miały na celu sprawdzenie związku pomiędzy nałogowym korzystaniem z Internetu (ang. Internet-use disorder) a ciemną triadą osobowości. Rezultaty ujawniły, że wśród kobiet psychopatia była istotnie i dodatnio skorelowana z tendencjami w kierunku zaburzenia związanego z korzystaniem z pornografii internetowej (ang. Internet-pornography-use disorder).

Poszukiwanie seksualnych doznań to kolejna tendencja, która wzbudziła zainteresowanie naukowców w kontekście kompulsywnych

zachowań seksualnych. Andrea Burri (2017) w swoim badaniu przeprowadziła pomiar związku pomiędzy poszukiwaniem seksualnych doznań, kompulsywnością seksualną, tożsamością płciową oraz funkcjonowaniem seksualnym na grupie 193 kobiet i 86 mężczyzn. Analiza wyników ujawniła dodatnią korelację pomiędzy poszukiwaniem seksualnych doznań a kompulsywnością seksualną u obu płci. Ponadto w grupie kobiet wyższy poziom poszukiwania seksualnych doznań był związany z większym pożądaniem, pobudzeniem, lubrykacją, intensywniejszym orgazmem oraz mniejszym bólem seksualnym. Z kolei Lijun Chen ze współpracownikami (2018) podjęli próbę przetestowania modelu zakładającego, że poszukiwanie seksualnych doznań może wpływać na PPU poprzez aktywność seksualną w Internecie, a na tę relację może oddziaływać „efekt osoby trzeciej”. W tym celu autorzy zrekrutowali 808 studentów (42,3% kobiet). Okazało się, że kobiety uzyskały niższe wyniki na skalach mierzących aktywność seksualną w Internecie oraz PPU. Analiza wykazała również, że w przypadku testowanego modelu wariancja w grupie mężczyzn była większa niż u kobiet.

W 2012 roku badanie pod kierownictwem Rory'ego Reida (2012b) przeprowadzone na grupie mężczyzn i kobiet z CSBD uwidocznilo różnice między płciowe w obrębie czterech aspektów osobowości: kompetencji, obowiązkowości, dążenia do osiągnięć oraz poszukiwania doznań. Ponad 51% kobiet charakteryzowało się

nieufnością wobec innych, podczas gdy mężczyzn o tej cesze było tylko 15%. Prawie 60% kobiet i 32% mężczyzn raportowało problemy z radzeniem sobie ze stresem. Co więcej, aż 42% kobiet z CSBD charakteryzowało się istotnie wyższym niż populacja kontrolna zapotrzebowaniem na stymulację, podczas gdy w grupie mężczyzn było to tylko 8,5%. Wyniki te sugerują, że kobiety z CSBD mogą charakteryzować się większą impulsywnością oraz poszukiwaniem doznań niż mężczyźni z CSBD, co może czynić je bardziej otwartymi na poszukiwanie ryzykownych kontaktów seksualnych z innymi ludźmi.

Rezultaty badania Rudolfa Starcka i współpracowników (2017) ujawniły, że większe nasilenie motywacji seksualnej jako cechy, która definiowana jest jako ogólna motywacja do bycia aktywnym seksualnie w długiej perspektywie, było związane z bardziej problematycznym korzystaniem z materiałów o charakterze seksualnym w Internecie, co może sugerować, że ta cecha jest czynnikiem predysponującym do CSBD. Z kolei badanie, które przeprowadzili Joana Carvalho i Pedro Nobre (2016) z udziałem 260 studentek wykazało, że seksualnie agresywne kobiety charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem kompulsywności seksualnej.

Czynniki psychospołeczne i trudności interpersonalne

Część naukowców podejmowała w ostatnich latach próby oceny związku pomiędzy symptomami CSBD a takimi czynnikami jak: ogólna psychopatologia, funkcjonowanie seksualne, satysfakcja seksualna, seksting, tworzenie intymnych relacji, przywiązanie, orientacja seksualna i pobudzenie/zahamowanie seksualne.

Badanie włoskich naukowców (Castellini i in., 2018) z udziałem 532 kobiet i 243 mężczyzn pokazało, że zarówno dysfunkcje seksualne, jak i ogólna psychopatologia były związane z nasileniem symptomów CSBD u obu płci.

Daspe i współpracownicy (2018) wykazali, że płeć, długość związku oraz rodzicielstwo nie moderowały interakcji pomiędzy częstotliwością korzystania z pornografii, satysfakcją seksualną oraz satysfakcją z relacji w przewidywaniu postrzeganego (subiektywnie) braku kontroli nad konsumpcją pornografii.

Inne badanie (Morelli, Bianchi, Baiocco, Pezzuti, Chirumbolo, 2017), przeprowadzone na grupie 610 nastolatków (63% płci żeńskiej), ujawniło różnice międzypłciowe w kontekście zachowań sekstingowych oraz uzależnienia od cyberpornografii, z zaznaczeniem, że średnie wyniki w tych wskaźnikach były wyższe u chłopców. Co więcej, zachowania sekstingowe były skorelowane z konsumpcją alkoholu i pornografii u obu płci.

Badanie nad tworzeniem intymnych relacji (Weinstein i in., 2015a) nie wykazało u kobiet korelacji pomiędzy doświadczanymi trudnościami w sferze intymnej a cyberseksem, natomiast związek pomiędzy korzystaniem z pornografii a cyberseksem wystąpił jedynie na poziomie trendu.

Kolejne badanie przeprowadzone pod kierownictwem Aviva Weinsteina (2015b) na grupie 50 kobiet i 50 mężczyzn powyżej 18. roku życia wykazało, że zarówno lękowy, jak i unikający styl przywiązania były dodatnio skorelowane z kompulsywnością seksualną u wszystkich uczestników. Ponadto analiza ujawniła istotny wpływ efektu interakcyjnego płci i orientacji seksualnej na kompulsywność seksualną. Kobiety o orientacji homoseksualnej charakteryzowały się wyższym poziomem kompulsywności seksualnej niż kobiety o orientacji heteroseksualnej.

Martin Rettenberger, Verena Klein i Peer Briken (2016) w swoim badaniu z udziałem 988 kobiet i 750 mężczyzn próbowali ustalić związek pomiędzy CSBD a pobudzeniem i zahamowaniem seksualnym. Jak wykazały analizy, kobiety charakteryzowały się niższym poziomem pobudzenia seksualnego oraz niższym nasileniem symptomów CSBD, ale prezentowały wyższy poziom zahamowania seksualnego.

Trauma

Trauma dziecięca to kolejny czynnik mogący, według naukowców, przyczynić się do rozwoju objawów CSBD u osób dorosłych – zwłaszcza kobiet. Dixie Meyer ze współpracownikami (2017) wykazali w swoim badaniu, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy doświadczyli wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, częściej charakteryzowali się lękowym stylem przywiązania w związkach romantycznych. Z kolei rezultaty włoskiego badania ujawniły związek pomiędzy traumą dziecięcą a kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi wyłącznie w grupie kobiet (Castellini i in., 2018). Kolejne cztery badania prowadzone były na próbach kanadyjskich przez zespół naukowców pod kierownictwem Vaillancourt-Morel.

Pierwsze badanie z udziałem 529 kobiet i 157 mężczyzn wykazało związek wykorzystania seksualnego w dzieciństwie (20% kobiet i 19% mężczyzn z całej próby) z unikaniem seksu oraz wyższym poziomem kompulsywności seksualnej, która była predyktorem słabszego dopasowania w związku (Vaillancourt- Morel i in., 2015).

W drugim badaniu, z udziałem 521 kobiet i 148 mężczyzn będących w chwili badania w związku, autorzy testowali model mediacji zakładający, że związek pomiędzy wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie i angażowaniem się w aktywności seksualne poza związkiem może być tłumaczony kompulsywnością

seksualną (Vaillancourt-Morel i in., 2016a). Wyniki analiz były następujące: dotkliwość wykorzystania seksualnego w dzieciństwie była dodatnio skorelowana z kompulsywnością seksualną, która przewidywała angażowanie się w aktywności seksualne poza związkiem; wystąpił bezpośredni związek pomiędzy wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a angażowaniem się w aktywność seksualną poza związkiem; wysoka dotkliwość wykorzystania seksualnego w dzieciństwie prowadziła – poprzez wysoką kompulsywność seksualną – do największego prawdopodobieństwa zaangażowania się w aktywność seksualną poza związkiem; nasilenie symptomów CSBD było niższe u kobiet niż u mężczyzn; nie wykazano różnicy międzypłciowej w strukturalnym powiązaniu wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, angażowania się w aktywność seksualną poza związkiem i kompulsywności seksualnej.

W trzecim badaniu wzięło udział 756 kobiet i 265 mężczyzn (Vaillancourt- Morel i in., 2016b). Spośród osób badanych 21,3% kobiet i 19,6% mężczyzn z całej próby spełniało kryteria wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, z czego 54 kobiet i 10 mężczyzn definiowało swoje wczesnodziecięce doświadczenia jako wykorzystanie seksualne. Rezultaty badania ujawniły związek pomiędzy samodefiniowanym wykorzystaniem seksualnym a większym nasileniem negatywnych reakcji w odpowiedzi na traumatyczne doświadczenia oraz unikaniem seksu. Co więcej, osoby, które nie identyfikowały się jako wykorzystane seksualnie,

wykazywały większą kompulsywność seksualną. Ostatnie badanie zespołu, przeprowadzone na grupie 1033 osób (w tym 760 kobietach), pokazało, że konsekwencje w sferze seksualnej, jakie niesie za sobą wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, różnią się w zależności od statusu związku (Vaillancourt-Morel i in., 2016c). Niezależnie od płci, dotkliwość wykorzystania seksualnego w dzieciństwie była związana z większą kompulsywnością seksualną u uczestników o statusie singla, większym unikaniem seksu i kompulsywnością seksualną u uczestników pozostających w konkubinacie oraz większym unikaniem seksu u uczestników będących w małżeństwie.

Leczenie

Brakuje dociekań naukowych rekomendujących sposoby leczenia CSBD w zależności od płci. W ostatnich latach pojawiły się trzy prace uwzględniające kobiety poszukujące lub pomocy lub otrzymujące ją w związku z doświadczaniem utraty kontroli nad własnymi zachowaniami seksualnymi.

Pierwsze dane, które tutaj przytoczymy, pochodzą z ankiety przeprowadzonej na 719 polskich kobietach (Lewczuk i in., 2017), z czego 39 poszukiwało pomocy w związku z PPU. Wyniki pokazały, że grupa kobiet poszukujących pomocy (w porównaniu z tymi nieszukającymi leczenia) uzyskała wyższe wyniki w kontekście liczby

negatywnych symptomów związanych z konsumpcją pornografii. Dodatkowo kobiety poszukujące pomocy raportowały większą maksymalną liczbę masturbacji w ciągu doby oraz dłuższe epizody ciągów pornograficznych. Co ciekawe, dodatni związek między ilością konsumpcji pornografii a poszukiwaniem z tego powodu pomocy okazał się nieistotny w momencie, gdy w modelu uwzględniono dwa nowe predyktory poszukiwania leczenia: religijność i negatywne symptomy związane z korzystaniem z materiałów pornograficznych. Analizy ujawniły również korelację pomiędzy lękiem i depresją a PPU w badanej grupie.

Dwa kolejne badania z udziałem osób poddanych leczeniu w związku z uzależnieniem od SPA zostały już wspomniane w sekcji Współwystępowanie innych zaburzeń (Brem i in., 2018a; 2019). Ich wyniki ujawniły negatywny związek pomiędzy nasileniem objawów CSBD a uważnością dyspozycyjną (rozumianą jako tendencja do świadomego i otwartego nastawienia wobec chwilowych doświadczeń) wśród kobiet uzależnionych od SPA, wskazując na potencjalną użyteczność podejść opartych na uważności w leczeniu kobiet z CSBD oraz uzależnionych od SPA.

Podsumowanie

- Zaburzenie kompulsywnych zachowań seksualnych (ang. Compulsive sexual behaviour disorder, CSBD) zostało włączone

do 11. Edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11), jednak decyzja Światowej Organizacji Zdrowia została podjęta na podstawie badań przeprowadzonych głównie na grupach mężczyzn.

- Ze względu na bardzo małą liczbę badań prowadzonych na kobietach z CSBD nie dysponujemy obecnie dobrze opisanym obrazem klinicznym CSBD u kobiet.
- Istnieje zapotrzebowanie na przeprowadzenie dużych badań epidemiologicznych dotyczących CSBD u kobiet.
- Rezultaty dotychczasowych badań wskazują, że kobiety prezentują niższy poziom nasilenia symptomów CSBD (w porównaniu z mężczyzn).
- Brakuje szczegółowych wytycznych do leczenia kobiet z CSBD. Niemniej istnieją przesłanki wskazujące na potencjalną skuteczność interwencji psychologicznych opartych na technikach uważności.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M.D., Gil-Julia, B. (2017). Cybersex addiction: A study on Spanish college students. Journal of Sex & Marital Therapy, 43(6), 567–585.

Baranowski, A.M., Vogl, R., Stark, R. (2019). Prevalence and determinants of problematic online pornography use in a sample of German women. *Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1274–1282.

Blais-Lecours, S., Vaillancourt-Morel, M.-P., Sabourin, S., Godbout, N. (2016). Cyberpornography: Time use, perceived addiction, sexual functioning, and sexual satisfaction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(11), 649–655.

Blycker, G.R., Potenza, M.N. (2018). A mindful model of sexual health: A review and implications of the model for the treatment of individuals with compulsive sexual behavior disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 917–929.

Bóthe, B., Bartók, R., Tóth-Király, I., Reid, R.C., Griffiths, M.D., Demetrovics, Z., Orosz, G. (2018). Hypersexuality, gender, and sexual orientation: A large-scale psychometric survey study. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2265–2276.

Bóthe, B., Koós, M., Tóth-Király, I., Orosz, G., Demetrovics, Z. (2019a). Investigating the associations of adult ADHD symptoms, hypersexuality, and problematic pornography use among men and women on a largescale, non-clinical sample. *Journal of Sexual Medicine*, 16(4), 489–499.

Bóthe, B., Tóth-Király, I., Potenza, M.N., Griffiths, M.D., Orosz, G., Demetrovics, Z. (2019b). Revisiting the role of impulsivity and compulsivity in problematic sexual behaviors. *Journal of Sex Research*, 56(2), 166–179.

Brand, M., Snagowski, J., Laier, C., Maderwald, S. (2016). Ventral striatum activity when watching preferred pornographic pictures is correlated with symptoms of Internet pornography addiction. *NeuroImage*, 129, 224–232.

Brem, M.J., Shorey, R.C., Anderson, S., Stuart, G.L. (2018a). Dispositional mindfulness and compulsive sexual behavior among women in residential treatment for substance use disorders. *Mindfulness*, 9(1), 98–104.

Brem, M.J., Shorey, R.C., Anderson, S., Stuart, G.L. (2018b). Does experiential avoidance explain the relationships between shame, PTSD symptoms, and compulsive sexual behaviour among women in substance use treatment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(5), 692–700.

Brem, M.J., Shorey, R.C., Anderson, S., Stuart, G.L. (2019). Exploring gender differences in the relationship between dispositional mindfulness and compulsive sexual behavior among adults in residential substance use treatment. *Mindfulness*, 10(8), 1592–1602.

Briken, P., Habermann, N., Berner, W., Hill, A. (2007). *Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. Sexual Addiction & Compulsivity, 14(2), 131–143.*

Burri, A. (2017). *Sexual sensation seeking, sexual compulsivity, and gender identity and its relationship with sexual functioning in a population sample of men and women. Journal of Sexual Medicine, 14(1), 69–77.*

Carvalho, J., Štulhofer, A., Vieira, A.L., Jurin, T. (2015a). *Hypersexuality and high sexual desire: Exploring the structure of problematic sexuality. Journal of Sexual Medicine, 12(6), 1356–1367.*

Carvalho, J., Guerra, L., Neves, S., Nobre, P.J. (2015b). *Psychopathological predictors characterizing sexual compulsivity in a nonclinical sample of women. Journal of Sex & Marital Therapy, 41(5), 467–480.*

Carvalho, J., Nobre, P.J. (2016). *Psychosexual characteristics of women reporting sexual aggression against men. Journal of Interpersonal Violence, 31(15), 2539–2555.*

Castellini, G., Rellini, A.H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., ... Ricca, V. (2018). *Deviance or normalcy? The relationship among paraphilic thoughts and behaviors, hypersexuality, and psychopathology in a sample of university students. Journal of Sexual Medicine, 15(9), 1322–1335.*

Chen, L., Yang, Y., Su, W., Zheng, L., Ding, C., Potenza, M.N. (2018). *The relationship between sexual sensation seeking and problematic Internet pornography use: A moderated mediation model examining roles of online sexual activities and the third-person effect. Journal of Behavioral Addiction, 7(3), 565–573.*

Cooper, A., Delmonico, D.L., Burg, R. (2000). *Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. Sexual Addiction & Compulsivity, 7, 5–29.* Daspe, M.-È., Vaillancourt-Morel, M.-P., Lussier, Y., Sabourin, S., Ferron, A. (2018). *When pornography use feels out of control: The moderation effect of relationship and sexual satisfaction. Journal of Sex & Marital Therapy, 44(4), 343–353.*

Dickenson, J.A., Gleason, N., Coleman, E., Miner, M.H. (2018). *Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. JAMA Network Open, 1(7), e184468.*

Efrati, Y., Gola, M. (2018a). *Treating compulsive sexual behavior. Current Sexual HealthReports, 10(2), 57–64.*

Efrati, Y., Gola, M. (2018b). *Understanding and predicting profiles of compulsive sexual behavior among adolescents. Journal of Behavioral Addictions, 7(4), 1004–1014.*

Elmquist, J., Shorey, R.C., Anderson, S., Stuart, G.L. (2016a). *Are borderline personality symptoms associated with compulsive sexual behaviors among women in treatment for substance use disorders? An exploratory study. Journal of Clinical Psychology, 72(10), 1077–1087.*

Elmquist, J., Shorey, R.C., Anderson, S., Stuart, G.L. (2016b). *A preliminary investigation of the relationship between early maladaptive schemas and compulsive sexual behaviors in a substance-dependent population. Journal of Substance Use, 21(4), 349–354.*

Engel, J., Kessler, A., Veit, M., Sinke, Ch., Heitland, I., Kneer, J., ... Kruger, T.H.C. (2019). *Hypersexual behavior in a large online sample: Individual characteristics and signs of coercive sexual behavior. Journal of Behavioral Addictions, 8(2), 213–222.*

Fuss, J., Briken, P., Stein, D.J., Lochner, Ch. (2019). *Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and associated comorbidity. Journal of Behavioral Addictions, 8(2), 242–248.*

Gola, M., Draps, M. (2018). *Ventral striatal reactivity in compulsive sexual behaviors. Frontiers in Psychiatry, 9, 546.*

Gola, M., Lewczuk, K., Skorko, M. (2016). *What matters: Quantity or quality of pornography use? Psychological and behavioral factors of seeking treatment for problematic pornography use. The Journal of Sexual Medicine, 13(5), 815–824.*

Gola, M., Potenza, M.N. (2016). *Paroxetine treatment of problematic pornography use: a case series. Journal of Behavioral Addictions, 5(3), 529–532.*

Gola, M., Potenza, M.N. (2018). *Promoting educational, classification, treatment, and policy initiatives: Commentary on: Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11 (Kraus i in., 2018). Journal of Behavioral Addictions, 7(2), 208–210.*

Gola, M., Wordecha, M., Sescousse, G., Lew-Starowicz, M., Kossowski, B., Wypych, M., ... Marchewka, A. (2017). *Can pornography be addictive? An fMRI study of men seeking treatment for problematic pornography use. Neuropsychopharmacology, 42(10), 2021–2031.*

Grubbs, J.B., Kraus, S.W., Perry, S.L. (2019). *Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: The roles of use habits,*

religiousness, and moral incongruence. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 88–93.

Grubbs, J.B., Kraus, S.W., Perry, S.L., Lewczuk, K., Gola, M. (2020). Moral incongruence and compulsive sexual behavior: Results from cross-sectional interactions and parallel growth curve analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(3), 266–278.

Hald, G.M. (2006). Gender differences in pornography consumption among young heterosexual Danish adults. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 577–585.

Harper, C., Hodgins, D.C. (2016). Examining correlates of problematic Internet pornography use among university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 179–191.

Jardin, C., Sharp, C., Garey, L., Vanwoerden, S., Crist, N., Elhai, J.D., Zvolensky, M.J. (2017). Compelled to risk: Does sexual compulsivity explain the connection between borderline personality disorder features and number of sexual partners? *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 738–752.

Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400.

Kaplan, M.S., Krueger, R.B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2), 181–198.

Klucken, T., Wehrum-Osinsky, S., Schweckendiek, J., Kruse, O., Stark, R. (2016). Altered appetitive conditioning and neural connectivity in subjects with compulsive sexual behavior. *Journal of Sexual Medicine*, 13, 627–636.

Kowalewska, E., Grubbs, J.B., Potenza, M.N., Gola, M., Draps, M., Kraus, W. (2018). Neurocognitive mechanisms in compulsive sexual behavior disorder. *Current Sexual Health Reports*, 10(4), 255–264.

Kraus, S.W., Meshberg-Cohen, S., Martino, S., Quinones, L.J., Potenza, M.N. (2015). Treatment of compulsive pornography use with naltrexone: A case report. *American Journal of Psychiatry*, 172(12), 1260–1261.

Kraus, S.W., Martino, S., Potenza, M.N., Park, C., Merrel, J.D., Hoff, R.A. (2017). Examining compulsive sexual behavior and psychopathology among a sample of postdeployment U.S. male and female military veterans. *Military Psychology*, 29(2), 143–156.

Kraus, S.W., Krueger, R.B., Briken, P., First, M.B., Stein, D.J., Kaplan, M.S., ... Reed, G.M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109–110.

Kvalem, I.L., Træen, B., Lewin, B., Štulhofer, A. (2014). Self-perceived effects of Internet pornography use, genital appearance satisfaction, and sexual self-esteem among young Scandinavian adults. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 8(4), article 4.

Lewczuk, K., Glica, A., Nowakowska, I., Gola, M., Grubbs, J.B. (2020). Evaluating pornography problems due to moral incongruence model. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 300–311.

Lewczuk, K., Szmyd, J., Skorko, M., Gola, M. (2017). Treatment seeking for problematic pornography use among women. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 445–456.

Meyer, D., Cohn, A., Robinson, B., Muse, F., Hughes, R. (2017). Persistent complications of child sexual abuse: Sexually compulsive behaviors, attachment, and emotions. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 140–157.

Morelli, M., Bianchi, D., Baiocco, R., Pezzuti, L., Chirumbolo, A. (2017). Sexting behaviors and cyber pornography addiction among adolescents: The moderating role of alcohol consumption. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(2), 113–121.

Potenza, M.N., Gola, M., Voon, V., Kor, A., Kraus, S.W. (2017). Is excessive sexual behavior an addictive disorder? *The Lancet Psychiatry*, 4(9), 663–664.

Reid, R.C., Carpenter, B.N., Hook, J.N., Garos, S., Manning, J.C., Gilliland, R., ... Fong, T. (2012a). Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 9(11), 2868–2877.

Reid, R.C., Dhuffar, M.K., Parhami, I., Fong, T.W. (2012b). Exploring facets of personality in a patient sample of hypersexual women compared with hypersexual men. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 262–268.

Rettenberger, M., Klein, V., Briken, P. (2016). The relationship between hypersexual behavior, sexual excitation, sexual inhibition, and personality traits. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 219–233.

Rissel, C., Richters, J., de Visser, R.O., McKee, A., Yeung, A., Caruana, T. (2017). A profile of pornography users in Australia: Findings from the Second Australian Study of Health and Relationships. *Journal of Sex Research*, 54(2), 227–240.

Rømer, T., Kristine, C., Mette, B., Hesse, M., Kvamme, T.L., Pedersen, M.M., Pedersen, M.U., Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 317–330.

Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O., Turner, D. (2017). *Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(4), 381–393.

Shimoni, L., Dayan, M., Cohen, K., Weinstein, A. (2018). *The contribution of personality factors and gender to ratings of sex addiction among men and women who use the Internet for sex purpose*. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1015–1021.

Sindermann, C., Sariyska, R., Lachmann, B., Brand, M., Montag, Ch. (2018). *Associations between the dark triad of personality and unspecified/specific forms of Internet -use disorder*. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 985–992.

Stark, R., Klucken, T., Potenza, M.N., Brand, M., Strahler, J. (2018). *A current understanding of the behavioral neuroscience of compulsive sexual behavior disorder and problematic pornography use*. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 5(4), 218–231.

Stark, R., Kruse, O., Snagowski, J., Brand, M., Walter, B., Klucken, T., Wehrum-Osinsky, S. (2017). *Predictors for (problematic) use of Internet sexually explicit material: Role of trait sexual motivation and implicit approach tendencies towards sexually explicit material*. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(3), 180–202.

Štulhofer, A., Bergeron, S., Jurin, T. (2016). *Is high sexual desire a risk for women's relationship and sexual well-being?* *Journal of Sex Research*, 53(7), 882–891. Tripodi, F., Eleuteri, S., Giuliani, M., Rossi, R., Livi, S., Petruccelli, I., ... Simonelli, C. (2015). *Unusual online sexual interests in heterosexual Swedish and Italian university students*. *Sexologies*, 24(4), e84–e93.

Walton, M.T., Cantor, J.M., Lykins, A.D. (2017). *An online assessment of personality, psychological, and sexuality trait variables associated with self-reported hypersexual behavior*. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 721–733.

Weinstein, A.M., Katz, L., Eberhardt, H., Cohen, K., Lejoyeux, M. (2015b). *Sexual compulsion- relationship with sex, attachment and sexual orientation*. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 22–26.

Weinstein, A.M., Zolek, R., Babkin, A., Cohen, K., Lejoyeux, M. (2015a). *Factors predicting cybersex use and difficulties in forming intimate relationships among male and female users of cybersex*. *Frontiers in Psychiatry*, 6, e54.

World Health Organization (2018). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048> (dostęp: 15.02.2020).

Vaillancourt-Morel, M.-P., Blais-Lecours, S., Labadie, C., Bergeron, S., Sabourin, S., Godbout, N. (2017). Profiles of cyberpornography use and sexual well-being in adults. *Journal of Sexual Medicine*, 14(1), 78–85.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Dugal, C., Poirier Stewart, R., Godbout, N., Sabourin, S., Lussier, Y., Briere, J. (2016a). Extradynamic sexual involvement and sexual compulsivity in male and female sexual abuse survivors. *Journal of Sex Research*, 53(4–5), 614–625.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Bédard, M.G., Charest, É., Briere, J., Sabourin, S. (2016b). Emotional and sexual correlates of child sexual abuse as a function of self-definition status. *Child Maltreatment*, 21(3), 228–238.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Labadie C., Runtz, M., Lussier, Y., Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 40, 48–59.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussier, Y., Runtz, M. (2016c). Adult sexual outcomes of child sexual abuse vary according to relationship status. *Journal of Marital & Family Therapy*, 42(2), 341–356.

Voon, V., Mole, T.B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., ... Irvine, M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLoS ONE*, 9(7), e102419.

Young, J.E., Brown, G. (2003). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Kobiety i pornografia

dr hab. Ryszard Romaniuk

*Specjalista leczenia uzależnień ze Szpitala Weteranów (VA)
w Brecksville w stanie Ohio, wykładowca Mandel School
of Applied Social Sciences i Cuyahoga Community College w Cleveland.*

*Członek Zarządu The Alcohol, Drug Addiction and Mental Health
Services Board of Cuyahoga County.*

Tym razem jestem całkowicie przekonany, że wchodzę na pole minowe. Jest prawdą, że pisanie o uzależnieniach wymaga pewnej odwagi, ponieważ każdy jest specjalistą od nałogów. Każdy ma swoje zdanie, a często i osobiste doświadczenia. Ale uzależnienie od pornografii i to w dodatku u kobiet?! Po usłyszeniu takiego tematu trzeba się najpierw oburzyć, potem wyrazić swoje negatywne zdanie na temat zjawiska, a na końcu się spytać: „kobiety?!”

W tym artykule chcę opisać zjawisko uzależnienia od pornografii u kobiet, jego złożoność i możliwe formy pomocy. Jest to temat w miarę nowy, z bardzo różnym piśmiennictwem naukowym, tworzonym w warunkach dalekich od obiektywnych i pełnym błędów w podejściu do tematu. Dlatego na początku chciałbym wspomnieć, skąd się biorą te trudności z obiektywizmem, żeby uczulić czytelnika na wieloznaczność problemu i konieczność stosowania krytycznego myślenia podczas poznawania tematu.

Seks jest dziedziną naszego życia, o której mówimy rzadko. A jak mówimy, to w cytatach, dowcipach, zasłyszanych ciekawostkach, ale zawsze gotowi do szybkiej zmiany tematu. Dla osób religijnych rozmowa o seksie graniczy z grzechem, a dla polityków seks jest tematem wzmożonej aktywności ustawodawczej. To polityka ustala, jaki seks jest normalny, kto i kiedy ma do niego prawo, jak i kiedy uczyć i mówić o seksie i co robić z nieposłusznymi. Jednym słowem seks jest tematem politycznym i już to jest pierwszym powodem braku obiektywności w działaniach poznawczych.

W patriarchalnym społeczeństwie to mężczyzna określa normy społeczne, zarówno religijne, jak i polityczne. To mężczyzna jest szefem firmy i określa, jak firma będzie działać. Czy tą firmą jest rodzina, społeczeństwo czy biznes – to on ustala reguły. Kobieta zaś jest mu posłuszną. Wzorcowa modlitwa zaczyna się od słów „Ojciec nasz”.

Kto więc określa, jakie zachowania seksualne są akceptowane społecznie? Ksiądz, polityk, mężczyzna czy kobieta? Tak naprawdę oni wszyscy i właśnie w tej kolejności. I to są kolejne powody braku obiektywizmu w badaniach zachowań seksualnych. W dalszych rozważaniach będę starał się pominąć księdza i polityka, bo chociaż ich zdanie liczy się najbardziej, to naprawdę mają oni na ten temat najmniej do powiedzenia. Muszę więc zacząć od jakiejś fantazji,

bliższej serialowi filmowemu „Sex Education” niż naukom proponowanym przez Ministerstwo Edukacji Narodowej.

Normalność seksu ustalają partnerzy. Normalny seks jest tym, na co obydwój się godzą i czym obydwój są zainteresowani. Partnerzy rozmawiają o tym, co ich seksualnie podnieca i co im sprawia przyjemność. Nie tylko opowiadają sobie, ale też wzajemnie doświadczają siebie, swojego dotyku i cielesności. Ich szczerość i empatia budują intymność, dzięki której wiele granic zbudowanych przez kulturę (księdza i polityka) jest przekraczana bez odczuć wstydu czy zażenowania. Tak doświadczają się miłości i seksu.

Czy oglądanie seksu w wykonaniu innych osób niż seks z partnerem jest dobre? Można kusić się o odpowiedź z dziedziny etyki, moralności, zasad religijnych i społecznych ale, jak wcześniej wspomniałem, skupię się głównie na dobrostanie partnerów seksualnych. We wszystkich dalszych rozważaniach jednym z tych partnerów zawsze będzie kobieta. Wspomnę, że można również mówić o zaspokajaniu potrzeb seksualnych samotnej kobiety, bez partnera. Większość danych będę podawał na podstawie prac przeglądowych dotyczących tego tematu, szczególnie tych poświęconych tematyce kobiecej.

Zanim przejdę do pornografii, chciałbym zaznaczyć, że nie znalazłem żadnych powodów, aby wątpić, że najlepszym przeżywaniem swojej seksualności jest poznanie samego siebie (jako

mężczyzna używam męskiej formy, ale żeńska jest tak samo właściwa) i budowanie intymności z partnerem bez pomocy osób trzecich tak w rzeczywistym świecie, jak i wirtualnym. Jednak, z różnych powodów, ludzie znajdują przyjemność w oglądaniu pornografii. Niestety, przyjemność ta czasami zmienia się w problem, a nawet w uzależnienie.

Pornografia

Autorzy prac naukowych poświęconych pornografii narzekają na brak jednej, wspólnej definicji, dzięki której wyniki prac można łatwo porównywać (Bridges i wsp., 2016). W tym omówieniu za pornografię uważam każdy materiał (z pominięciem dzieł sztuki lub ich reprodukcji), który powstał w intencji wywołania podniecenia seksualnego u odbiorcy. Rozwój technologii bardzo przyspieszył rozpowszechnienie pornografii, która stała się łatwo dostępnym i bezpiecznym sposobem rozładowania napięcia seksualnego. Tak dla mężczyzn, jak i dla kobiet.

W tym krótkim zdaniu definiującym pornografię pojawia się pierwszy i zasadniczy problem: jak ten sam obraz może pełnić podobną rolę w podnieceniu seksualnym w przypadku obu płci? Czy obraz mężczyzny mającego widoczny orgazm w chwili zmuszania kobiety do seksu jest tak samo podniecający dla kobiety, jak i dla mężczyzny? Okazuje się, że większość badań dotyczących pornografii

nie uwzględnia różnic płci ani różnic kulturowych. Nie uwzględnia roli polityki i roli religii w tworzeniu norm społecznych, tak istotnych w omawianiu zachowań seksualnych.

Oto kilka danych statystycznych dotyczących pornografii (Rogala & Tydén, 2003; Vandenbosch & van Oosten, 2017) oraz wyników badań cytowanych w pracy Patriny Mosley, wydanej przez Family Research Council Washington, D.C., oraz na podstawie amerykańskich stron internetowych takich jak Good Therapy poświęconych temu zjawisku (te same dane są powtarzane przez wiele stron):

- 30% informacji przekazywanej przez internet dotyczy pornografii.
- Jest to najszybciej rozwijający się biznes, wart już około jednego biliona dolarów w USA i 10 bilionów na świecie.
- Ma więcej odbiorców niż Netflix, Amazon i Twitter razem wziętych.
- W USA cztery na pięć osób oglądało pornografię, a jedna trzecia osób uważa, że pornografia wpłynęła na ich zachowania seksualne.
- Zachowania seksualne i pornografia są tematem tabu w społeczeństwie, co prowadzi do izolacji osób, których zachowania przybrały formę problematycznych. Sytuacja ta jest szczególnie poważna w przypadku kobiet.

- W latach 70. najpopularniejszym tematem filmów pornograficznych był seks oralny. W ostatnich latach ta tematyka przesuwa się w kierunku obrazów seksu analnego. W wywiadach kobiety przyznają, że nie lubią tej zmiany. Zwracają również uwagę, że seks oralny w wykonaniu kobiet trwa zazwyczaj wiele minut, a w wykonaniu mężczyzn trwa znacznie krócej i w oglądaniu jest mniej satysfakcjonujący.
- 76% kobiet w wieku 18-30 lat oświadczyło, że korzysta z pornografii przynajmniej raz w miesiącu.
- 3% kobiet (trzy miliony kobiet) uważa, że mogą być uzależnione od oglądania pornografii.
- Większość obrazów pornograficznych ukazuje kobiety w scenach przemocy, jako obiekty męskich zachowań seksualnych.
- Kobiety, które wykorzystują internet do zachowań seksualnych (cyber-seks), częściej powtarzają takie zachowania w swoim życiu. Mają również więcej partnerów seksualnych w porównaniu do kobiet nie stosujących cyber-seksu.

Popularna strona ofiarująca pornografię, Pornhub, w swoim rocznym raporcie podaje dane statystyczne dotyczące wizyt na ich stronie pochodzące z 20 krajów. Polska znajduje się na 14 miejscu. Te dane nie były przeliczane na gęstość zaludnienia. Okazało się, że wśród zainteresowanych ofertą Pornhub znajduje się proporcjonalnie duża liczba kobiet z Polski, dochodząca do 35%. Liczną grupę

stanowią młode kobiety. Wśród najchętniej oglądanych obrazów przez kobiety wymieniana jest pornografia o tematyce lesbijskiej.

Kobiety i pornografia

Już ta wyliczanka danych i powszechnie cytowanych opinii na temat pornografii wskazuje, że zjawisko to jest ściśle zależne od płci i uwarunkowań społecznych, którym podlegają mężczyźni i kobiety. W dalszej części tej pracy skupię się na doświadczeniach kobiet z pornografią. Będę opierał się na badaniach autorów, których celem było szukanie specyfiki zjawiska zależnej od płci. Przykładem takich autorów, a raczej autorek, jest grupa Ashton, McDonald i Kirkman, które same się określiły jako „kobiety, feministki, wyszkolone w dziedzinie psychologii”. W swojej pracy (2018) zamieściły rozdział, zawierający rzadko spotykaną w pracach naukowych „autorefleksję”, stwierdzając, że dużo dyskutowały na temat swoich własnych uprzedzeń i ocen, które mogłyby zakłamać wyniki badań.

Oto kilka wybranych wniosków z badań. Po pierwsze, kobiety nie są jednorodną grupą. Odbierają pornografię w zależności od etapu swojego rozwoju, inaczej jako nastolatki, skupione na zmianach swojego ciała, i inaczej w późniejszym wieku, po doświadczeniach związanych z osobistymi relacjami z partnerami i macierzyństwem. Kobiety odnajdują pornografię później niż mężczyźni i rzadziej z niej korzystają. Częściej oglądają ją z partnerem i rzadziej wykorzystują do

masturbacji. Kobiety mówią, że pornografia zarówno je podnieca, jak i odrzuca. Reakcje negatywne mogą być związane z tym, że większość obrazów pornograficznych jest tworzona przez mężczyzn dla mężczyzn, a rolą kobiet jest uległość w stosunku do męskich potrzeb. Niektóre kobiety odkryły, że pornografia tworzona przez gejów sprawia im więcej przyjemności.

Kobiety zdają sobie sprawę, że zgodnie z normami kulturowymi nie powinny oglądać pornografii. Wierzą, że pornografia jest tylko dla mężczyzn, i boją się, że ich zachowanie może być źle ocenione przez najbliższych. Nastolatki są często niechętne pornografii, a wiele z nich krytykuje obrazy pornograficzne jako nierealistyczne, na przykład te, w których nie stosuje się prezerwatyw. Z kolei nastolatki, które nie mają dostępu do edukacji seksualnej, często widzą pornografię jako źródło informacji na temat zachowań seksualnych.

Kobiety, oglądając pornografię dla mężczyzn, dowiadują się, co lubi mężczyzna w zachowaniach seksualnych, porównują swój wygląd do kobiet aktorek i obserwują ich zachowania. Gdy gra gwiazdy pornograficznej jest nierealistyczna, kobieta obserwując taką scenę nie odczuwa podniecenia, a zaczyna myśleć o sytuacji aktorki. Kobiety zastanawiają się, dlaczego one to robią: czy dla pieniędzy, czy może czerpią z tego przyjemność? Wolałyby oglądać kogoś, kto naprawdę przeżywa podniecenie.

Kobiety zauważają, że w scenach pornograficznych kobieta buduje nastrój poprzez rozbieranie się i pokazywanie swojego ciała dla przyjemności mężczyzny, ale rzadko zdarzają się sytuacje odwrotne. Jest wiele możliwości wykorzystania kobiety jako obiektu pożądania seksualnego, ale mało jest takich sytuacji w przypadku mężczyzny. Orgazm mężczyzny da się pokazać na wiele różnych sposobów, co w przypadku kobiety nie jest tak filmowe, może poza sceną z filmu „Kiedy Harry poznał Sally”.

Gdy kobieta odkryje, że mężczyzna, który jest jej partnerem, ogląda potajemnie pornografię, odczuwa to jak zdradę, która niszczy ich intymność i ostatecznie wpływa negatywnie na związek. Ale kobiety też często oglądają pornografię razem z partnerem. Niektóre z nich twierdzą, że takie zachowanie pozwala na lepszą komunikację dotyczącą seksu i buduje intymność. Inne z kolei, porównując się do aktorki i obserwując reakcje partnera, nabierają negatywnych opinii na swój temat, tak co do swojego wyglądu, jak i możliwości zaspokajania potrzeb mężczyzny. Prowadzi to do obniżenia ich poczucia własnej wartości oraz wzmocnienia uczucia wstydu wynikającego z oglądania pornografii.

Pomijając specjalne produkcje zorientowane na sceny dręczenia, przemoc w obrazach pornograficznych prawie zawsze dotyczy kobiet. Jest naturalną rzeczą, że kobieta dostaje klapsa. Sytuacja odwrotna jest bardzo rzadka. W literaturze przywoływana

jest scena, w której gwiazda porno Sasha Grey zwraca się do mężczyzny: „Możesz dać mi klapsa, jeżeli ja też mogę dać ci klapsa” (Fritz & Paul, 2017). Scena ta odnosi się do zagadnienia sprawczości i kontroli sytuacji. W pornografii to mężczyzna kontroluje sytuację, a kobieta jest usługowa. W scenie z Sashą Grey kobieta odzyskuje kontrolę nad swoim zachowaniem i obydwoje cieszą się z takich samych praw w swojej relacji.

Pornografia, seks, i religia

Pornografia jest tylko jedną z form zachowań seksualnych. Najbardziej znanymi zachowaniami, które od zawsze budzą reakcje społeczeństwa, jest seks pozamałżeński, seks z wieloma partnerami i seks ryzykowny, w którym naraża się swoje zdrowie. Ponieważ seks jest biologicznie jednym z instynktów samozachowawczych istotnych dla całej populacji, podlega podobnym mechanizmom jak inne aktywności kontrolujące nasze przetrwanie. Otóż każde wykorzystanie takich działań niezgodne z ich biologicznym celem może doprowadzić do wytworzenia uzależnienia behawioralnego, w którym człowiek powtarza czynność w celu obniżenia napięcia emocjonalnego lub zmiany negatywnych odczuć, takich jak strach, wstyd czy poczucie winy. Stąd uzależnienia od jedzenia czy hazardu. Hazard wykorzystuje naszą potrzebę do budowania gniazda, domu,

w którym dzięki fortunie uzyskanej z gry możemy mieć wszystko, czego potrzebujemy do życia.

Uzależnienie od seksu jest od dawna znane i ciągle badane. Niestety, najczęściej mówimy o uzależnieniu wśród mężczyzn, a bardzo rzadko u kobiet. Generalnie uważa się, że uzależniony mężczyzna to człowiek, który ma problem i trzeba mu pomóc, ale uzależnionych kobiet nie ma, są tylko prostytutki. Wynika to znowu z norm społecznych, zgodnie z którymi kobieta jest albo madonną, albo prostytutką. W rzeczywistości uzależnienie od seksu wśród kobiet zdarza się bardzo często i dochodzi do 40-50% wszystkich uzależnionych (McKeague, 2014). W przypadku kobiet uwarunkowań uzależnienia należy szukać w czterech domenach: historii przeżytej traumy, zaburzenia więzi międzyludzkich, uczucia wstydu i uwarunkowań kulturowych (takich jak na przykład przekazy społeczne czy religijne).

Uzależnienia seksualne (w tym uzależnienie od pornografii) występują często wspólnie z innymi. Bardzo często jest to alkoholizm, w którym picie alkoholu współwystępuje z zachowaniami seksualnymi, umożliwiając je wbrew nakazom moralnym. Picie alkoholu z partnerem i wspólne oglądanie pornografii, choć częste, nie oznacza, że kobieta to lubi. Zaburzenia więzi lub współuzależnienie mogą komplikować obraz sytuacji. W takich

sytuacjach wywiad diagnostyczny powinien dotyczyć wszystkich tych okoliczności.

Uważa się, że najściślej związane z uzależnieniem od seksu jest uczucie wstydu, szczególnie u kobiet (McKeague, 2014). Nakazy religii i normy społeczne są tutaj bardzo silne; kobieta ma być dobrą żoną, dobrą matką, a seks powinien być poza jej zainteresowaniami. Chyba że w celach prokreacyjnych. Oczywiście w nowoczesnym społeczeństwie kobieta staje się coraz bardziej niezależna i ma podobne prawa do mężczyzn. Jednakże jest to ciągle droga pełna codziennych zmaganiań o równouprawnienie.

Prawdą jest, że kobiety religijne w porównaniu do kobiet nie praktykujących rzadziej korzystają z pornografii. Jednakże współoddziaływanie religii i pornografii nie jest takie proste. Otóż gdy kobieta religijna korzysta z pornografii, ogarnia ją wstyd i szybciej odczuwa negatywne skutki swoich zachowań. Kobieta nie radzi sobie dobrze z poczuciem wstydu i wtedy szuka znanych tylko sobie metod zagłuszania negatywnych odczuć. Do tych metod może należeć seks lub alkohol i tak powstaje samonapędzająca się spirala uzależnień. Z drugiej strony religia może pomóc w chęci zwrócenia się o pomoc (Lewczuk i wsp., 2017).

Jedną z bardziej ciekawych współzależności między pornografią a religią jest stosunek odbiorców pornografii do kobiet. Powszechnie uważa się, że pornografia zwiększa poziom agresji mężczyzn

w stosunku do kobiet i podpowiada zachowania, które są dla kobiet degradujące. Rzeczywiście, takie zjawiska były odnotowane i trudno im zaprzeczyć. Jednakże gdy porównamy religijność mężczyzn z ich stosunkiem do kobiet, sytuacja się nieco komplikuje. Otóż mężczyźni religijni, którzy korzystają z pornografii, mają bardziej liberalny i egalitarny stosunek do kobiet niż religijni mężczyźni niekorzystający z pornografii (Rasmussen & Kohut, 2019). Zjawisko to tłumaczone jest tzw. dysonansem poznawczym, kiedy uznane wartości moralne człowieka stają w sprzeczności z jego zachowaniem. Dysonans poznawczy miałby przyczyniać się do zmiany wzorców postępowania w kierunku ich zgodności z faktycznym zachowaniem.

Pornografia dla kobiet

Wyżej wymienione trudności, z jakimi spotykają się kobiety, które decydują się na oglądanie pornografii, spowodowały zainteresowanie się pornografią tworzoną specjalnie z myślą o kobietach. Tak powstała pornografia feministyczna. Odwołuje się ona do pozytywnej roli seksu w życiu kobiety i przedstawia seks w znacznie lepszych warunkach niż „męska” pornografia. Aktorzy, a szczególnie aktorki, są traktowani z szacunkiem, są dobrze płatni jak w każdej szanującej się firmie i zawsze mają wybór, czy zgadzają się na sceny, które im się proponuje. Osoby z innych ras i kultur nie są traktowane jako fetysz, a ciała aktorek mają naturalny zakres

kształtów i proporcji. Aktorzy i aktorki mają poczucie sprawczości i zachowują pełną kontrolę nad swoimi wyborami. Gdy kobieta ogląda taką pornografię, wierzy, że widzi autentyczne odczucia i że aktorka robi to, na co naprawdę ma ochotę.

Feministyczna pornografia nie stroni od przekazywania tematyki politycznej i obyczajowej. Głównym jej celem jest pozycja kobiety w jej środowisku oraz ogólnie lepsze funkcjonowanie społeczeństwa. W filmach i literaturze feministycznej na temat seksu dyskutuje się na takie tematy, jak wstyd, zaprzeczenie, strach przed intymnością i lękiem przed ludźmi. Podkreśla się, że kobiety mają prawo do swoich fantazji erotycznych. Dla wielu samotnych kobiet feministyczna pornografia jest bezpiecznym źródłem przeżyć seksualnych. Dopuszczane i szanowane są różne podejścia do społecznie istotnych problemów. Jednocześnie uznaje się jako naczelne przekonanie, że wszelkie przejawy opresji są nie do przyjęcia.

Pornografia wyczulona na potrzeby kobiet istnieje już od ponad dwudziestu lat. Zauważyłem, że badacze często traktują feministyczną pornografię na równi z „męską” pornografią, a potem dziwią się wynikom swoich badań, z których widać ambiwalentny stosunek kobiet do pornografii. A należy zadać pytanie: jakiej pornografii? A i wtedy trzeba być przygotowanym na różnorodność odpowiedzi, albowiem każda kobieta ma prawo do takich reakcji

i wyborów, jakich chce. Trzeba brać pod uwagę różne uwarunkowania badanych, ich wzorce kulturalne, religijność, wiek, historie relacji romantycznych oraz – co najważniejsze - czego oczekują od pornografii.

Uzależnienie i leczenie

Ponieważ uzależnienie od pornografii, podobnie jak uzależnienie od seksu, ma charakterystykę wspólną innym uzależnieniom (Garcia i wsp., 2016; Lewczuk i wsp., 2017), wielu terapeutów stosuje techniki terapeutyczne podobne do stosowanych przy pomaganiu osobom z innymi uzależnieniami behawioralnymi. Po pierwsze, należy ocenić, czy mamy do czynienia z jednym uzależnieniem, czy z całym kompleksem uzależnień lub problemów zdrowia psychicznego, takich jak na przykład depresja czy stany lękowe. Po drugie, należy poznać, z jaką fazą uzależnienia mamy do czynienia oraz wszystkie uwarunkowania, ze specjalną troską zwróconą na historię przeżyć traumatycznych oraz ocenę poziomu odczuwanego wstydu. Wstyd przez wielu autorów określany jest jako nadrzędny czynnik przy rozwoju uzależnienia; jest to napędzający impuls spirali uzależnienia.

Rozpoznaje się następujące fazy uzależnienia:

Faza początkowa – kobiety, które zaczęły oglądanie w młodym wieku i z tego powodu są grupą silnego ryzyka rozwoju uzależnienia.

Uzależnienie – oglądanie jako rutyna, której nie można przerwać. Narasta wtedy poziom wstydu.

Nasilenie (eskalacja) – więcej i więcej oglądania; odrzucane poprzednio sceny, jako złe, zaczynają być interesujące.

Desensytyzacja – więcej oglądania już nie działa, nie ma tak złych scen i zachowań, które mogłyby być podniecające. Sceny już nie spełniają swojej funkcji.

Zachowania ryzykowne – ryzykowne zachowania seksualne w świecie rzeczywistym. Świat wirtualny już nie działa.

Różne są powody, dla których kobiety szukają pomocy. Niektóre chcą tylko ograniczyć czas, jaki poświęcają pornografii, inne natomiast pragną zupełnie zerwać z tym zachowaniem. Edukacja na temat pornografii i tego, w jaki sposób wnika w ich życie, pomaga w zapanowaniu nad automatyzmem uzależnienia (Vandenbosch & van Oosten, 2017). Podczas terapii uczą się, jak zmienić swoje rutynowe zachowania i otworzyć się na inne możliwości, jakie daje im życie.

Podstawowe podejścia terapeutyczne w leczeniu kobiet to terapia indywidualna i grupowa, psychoedukacja dotycząca zachowań seksualnych i kontroli nad nimi oraz terapia skoncentrowana na rozwiązaniach. Proponowane jest stosowanie wywiadu motywacyjnego i psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Inne stosowane podejścia terapeutyczne to uważność, terapia rodzinna

i korzystanie z grup samopomocowych opartych na dwunastu krokach. Główną rolą terapii jest przywrócenie przez pacjentkę pozytywnej oceny siebie, odbudowanie dobrego samopoczucia, pokonanie uczucia wstydu, zdobycie umiejętności kontrolowania swoich emocji i zapobieganie nawrotom.

Techniki stosowane w terapii feministycznej:

Informacja własna – wtedy, gdy jest to właściwe, terapeutka opowiada o własnych przeżyciach, aby wykazać powszechność pewnych odczuć i zachowań.

Analiza ze względu na płeć – dyskusja na temat problemów zdrowia psychicznego w zależności od płci.

Rola władzy – jak różnice w poczuciu sprawczości i zależności od innych mogą wpływać na rozwój psychiczny i osiągnięcie sukcesów.

Zmiana punktu widzenia – przyjrzenie się sytuacji z punktu widzenia własnych zdolności i zasobów.

Działania społeczne – terapeuta pokazuje, jak udział w ruchach społecznych może pomóc w poczuciu sprawczości.

Podjęcie feministyczne zaznacza się w charakterze oferowanej terapii i w relacji terapeuta – klient. Relacja ta jest bardziej równościowa, bez uznania specjalnej roli i wyższości wiedzy terapeuty. Rolą terapeuty jest przywrócenie klientce poczucia sprawczości, wskazanie na jej zasoby i umiejętności w radzeniu sobie

z sytuacją. Unika się oceniania i klinicznego podejścia do problemu. Najczęściej wymieniane są takie modele terapeutyczne, jak zorientowane na pacjenta i na traumę. Ponieważ pornografia bezpośrednio dotyczy odczuć cielesnych, zalecane są również podejścia terapeutyczne zorientowane na ciało.

Piśmiennictwo dotyczące leczenia uzależnienia kobiet od pornografii dotyczy głównie pornografii „męskiej”. Nie znam badań określających, jak pornografia feministyczna wpływa na rozwój uzależnienia. Po pierwsze, założeniem pornografii feministycznej jest wyzwolenie z poczucia wstydu i oglądanie obrazów w warunkach emocjonalnie komfortowych. Kobieta zdaje sobie sprawę ze swoich wyborów, zna i akceptuje ten rodzaj pornografii. Jej potrzeby seksualne uznane są za naturalne, a wybór zgodny z jej oceną norm socjalnych. Takie warunki mogą zapobiegać rozwojowi uzależnienia. Jeżeli jednak oglądanie pornografii stałoby się ryzykowne i prowadziło do negatywnych skutków, wówczas zalecana byłaby specjalistyczna terapia.

Pocieszające jest, że zgodnie z raportem Pornhub najczęściej oglądaną gwiazdą porno przez polskie kobiety jest Sasha Grey, słynna z tego, że dała tyle samo praw sobie, co jej męskiemu partnerowi. Może właśnie rozwój pornografii feministycznej będzie właściwą odpowiedzią na warunki, w których politycy i księża mają najwięcej

do powiedzenia na temat seksualności i ciała kobiety, a nauczanie seksualne jest wycofywane ze szkół?

Literatura

Ashton, S., McDonald, K. & Kirkman, M. (2018). Women's experiences of pornography: A systematic review of research using qualitative methods. The Journal of Sex Research, 55(3), 334-347.

Bridges, A. J., Sun, C. F., Ezzell, M. B., & Johnson, J. (2016). Sexual scripts and the sexual behavior of men and women who use pornography. Sexualization, Media, & Society, 1-14.

Fritz, N. & Paul, B. (2017). From orgasms to spanking: A content analysis of the agentic and objectifying sexual scripts in feminist, for women, and Mainstream pornography. Sex Roles: A Journal of Research, 77(9-10), 639–652.

Garcia, F. D., Assumpção, A. A., Malloy-Diniz, L., Corrêa De Freitas, A. A., Delavenne, H. & Thibaut, F. (2016). A comprehensive review of psychotherapeutic treatment of sexual addiction. Journal of Groups in Addiction & Recovery, 11(1), 59-71.

Lewczuk, K., Szmyd, J., Skorko, M., & Gola, M. (2017). Treatment seeking for problematic pornography use among women. Journal of Behavioral Addictions, 6(4), 445–456.

McKeague, E. L. (2014). Differentiating the female sex addict: A literature review focused on themes of gender difference used to inform recommendations for treating women with sex addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 21(3), 203-224.

Rasmussen, K. R. & Kohut, T. (2019). Does religious attendance moderate the connection between pornography consumption and attitudes toward women? The Journal of Sex Research, 56(1), 38-49.

Rogala, C. & Tydén, T. (2003). Does pornography influence young women's sexual behavior? Womens Health Issues. 13(1), 39-43.

Vandenbosch, L. & van Oosten, J. M. F. (2017). The relationship between online pornography and the sexual objectification of women: The attenuating role of porn literacy education. Journal of Communication, 67(6), 1015–1036.