

# Seksuologia Polska

POLISH SEXOLOGY



Pismo Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego  
Journal of the Polish Sexological Society

ROK 2019  
TOM 17

**Czynniki psychospołeczne i psychopatologiczne u sprawców zgwałceń i czynów pedofilnych**

*Dariusz Juszcak, Piotr Oglaza, Krzysztof Korzeniewski*

**Wpływ filmu *50 twarzy Greya* na postawy wobec praktyk BDSM oraz zachowania seksualne**

*Dagna Kocur*

**Seksualność kobiet karmiących piersią w pierwszym roku po narodzinach**

*Ewa Ślizień-Kuczapska, Sylwia Młyńska, Michał Rabijewski*

**Przeżywanie swojej seksualności przez kobiety chorujące na schizofrenię**

*Filip Rola, Agnieszka Borowska-Turyn, Zuzanna Kowalska, Anna Studniczek, Joanna Marek-Banach*

**Tematyka fantazji seksualnych**

*Magdalena Liberacka, Paweł Izdebski*

**Wpływ rodzaju porodu na satysfakcję seksualną kobiet z mediacyjną rolą lęku**

*Tomasz Krasuski, Katarzyna Barczuk*

**Satysfakcja seksualna a samoocena pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem stercza**

*Edyta Skwirczyńska, Oskar Wróblewski*

**Rola stresu w dysfunkcjach seksualnych, na przykładzie rodziców dzieci chorych na epilepsję**

*Andżelika Murjas*

**Seks-roboty w Chinach**

*Katarzyna Zakliczyńska*

**Sposób postrzegania terapii przez pedofilów**

*Aleksandra Dymowska*





[https://journals.viamedica.pl/seksuologia\\_polska](https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska)

## Redaktor Naczelny/Editor-in-Chief

Sławomir Jakima (Warszawa)

## Sekretarz Redakcji/Editorial Assistant

Anna Jakima (Warszawa)

## Redakcja

Ewa Małachowska

Bartosz Grabski

Remigiusz Kijak

## Przewodniczący Rady Naukowej/Scientific Board President

Zbigniew Lew-Starowicz (Warszawa)

## Rada Naukowa/Scientific Board

Maria Beisert (Poznań)

Andrzej Borówka (Warszawa)

Barbara Darewicz (Białystok)

Dominika Dudek, Kraków

Andrzej Felchner (Piotrków Trybunalski)

Marian Filar (Toruń)

Piotr Gałęcki (Łódź)

Andrzej Gomuła (Warszawa)

Wojciech Gruszczyński (Łódź)

Józef Haczyński (Warszawa)

Zbigniew Izdebski (Zielona Góra)

Grzegorz Jakiel (Warszawa)

Janusz Kirenko (Lublin)

Andrzej Kokoszka (Warszawa)

Stanisław Kratochvíl (Brno, Czechy)

Marta Makara-Studzińska (Lublin)

Maciej Skórski (Warszawa)

Wioletta Skrzypulec (Katowice)

Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław)

Opinie prezentowane w artykułach nie muszą być zgodne z opiniami Redakcji

Opinions presented in the articles not necessarily represent the opinions of the Editors

Seksuologia Polska (ISSN 1731-6677) jest rocznikiem continuous publishing przez Wydawnictwo Via Medica  
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk  
tel.: 58 320 94 94, faks: 58 320 94 60  
e-mail: [redakcja@viamedica.pl](mailto:redakcja@viamedica.pl)  
<http://www.viamedica.pl>, [wap.viamedica.pl](http://wap.viamedica.pl)



18-0261.001.001

### Adres Redakcji:

ul. Husarska 6b, 02-489 Warszawa

tel.: 0601 230 892, 22 621 16 72

e-mail: [s.jakima@wp.pl](mailto:s.jakima@wp.pl)

Istnieje możliwość zamówienia pojedynczego artykułu w cenie 12 zł.

Zamówienia drogą elektroniczną.

**Reklamy:** należy kontaktować się z Wydawnictwem Via Medica,

tel.: 58 320 94 94; [dsk@viamedica.pl](mailto:dsk@viamedica.pl)

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam.

Wszelkie prawa zastrzeżone, włącznie z tłumaczeniem na języki obce.

Żaden fragment tego czasopisma zarówno tekstu, jak i grafiki nie może być wykorzystywany w jakiegokolwiek formie. W szczególności zabronione jest dokonywanie reprodukcji oraz przekładanie na język mechaniczny lub elektroniczny, a także utrwalanie w jakiegokolwiek postaci, przechowywanie w jakimkolwiek układzie pamięci oraz transmitowanie, czy to w formie elektronicznej, mechanicznej czy za pomocą fotokopii, mikrofilmu, nagrań, skanów bądź w jakiegokolwiek inny sposób, bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Prawa wydawcy podlegają ochronie przez krajowe prawo autorskie oraz konwencje międzynarodowe, a ich naruszenie jest ścigane pod sankcją karną.

Czasopismo jest indeksowane w bazach: EMBASE, FMJ, Google Scholar, *Index Copernicus* (IC 89,25), Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Polskiej Bibliografii Lekarskiej, Scopus, SJR, Ulrich's Periodicals Directory oraz WorldCat.

Polish Sexology (ISSN 1731-6677) is published as a continuous publishing by Via Medica Medical Publishers  
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland  
phone: 58 320 94 94, fax: 58 320 94 60  
e-mail: [redakcja@viamedica.pl](mailto:redakcja@viamedica.pl), [dim@viamedica.pl](mailto:dim@viamedica.pl)  
<http://www.viamedica.pl>, [wap.viamedica.pl](http://wap.viamedica.pl)

### Editorial Address:

ul. Husarska 6b, 02-489 Warszawa

tel.: 0601 230 892, 22 621 16 72

e-mail: [s.jakima@wp.pl](mailto:s.jakima@wp.pl)

**Advertising:** For details on media opportunities within this journal please contact the advertising sales department, ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland, phone: (+48 58) 320 94 94; e-mail: [dsk@viamedica.pl](mailto:dsk@viamedica.pl)  
The Editors accept no responsibility for the advertisement contents.

All rights reserved, including translation into foreign languages. No part of this periodical, either text or illustration, may be used in any form whatsoever. It is particularly forbidden for any part of this material to be copied or translated into a mechanical or electronic language and also to be recorded in whatever form, stored in any kind of retrieval system or transmitted, whether in an electronic or mechanical form or with the aid of photocopying, microfilm, recording, scanning or in any other form, without the prior written permission of the publisher. The rights of the publisher are protected by national copyright laws and by international conventions, and their violation will be punishable by penal sanctions.

Indexed in: EMBASE, FMJ, Google Scholar, *Index Copernicus* (IC 89,25), Polish Medical Bibliography [Polska Bibliografia Lekarska], Polish Ministry of Science and Higher Education, Scopus, SJR, Ulrich's Periodicals Directory, WorldCat.

Zasady edycji i informacje dla autorów zamieszczono na stronie [https://journals.viamedica.pl/seksuologia\\_polska](https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska).

\*na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 04.231.2326 z dnia 22 października 2004 r.)





## Spis treści

### PRACE ORYGINALNE

**Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców zgwałceń i czynów pedofilnych w świetle opiniowania sądowego**  
Dariusz Juszczak, Piotr Oglaza, Krzysztof Korzeniewski ..... 1

**Wpływ filmu *50 twarzy Greya* na postawy wobec praktyk BDSM oraz zachowania seksualne**  
Dagna Kocur ..... 16

**Seksualność kobiet karmiących piersią w pierwszym roku po narodzinach na podstawie wstępnej analizy klinicznej**  
Ewa Ślizień-Kuczapska, Sylwia Młyńska, Michał Rabijewski ..... 28

**Przeżywanie swojej seksualności przez kobiety chorujące na schizofrenię korzystające z oferty terapeutycznej psychiatrii środowiskowej**  
Filip Rola, Agnieszka Borowska-Turyn, Zuzanna Kowalska, Anna Studniczek, Joanna Marek-Banach ..... 35

**Tematyka fantazji seksualnych wśród młodych dorosłych**  
Magdalena Liberacka, Paweł Izdebski ..... 45

**Wpływ rodzaju porodu na satysfakcję seksualną kobiet z medycyną rolę lęku**  
Tomasz Krasuski, Katarzyna Barczuk ..... 52

**Satysfakcja seksualna a samoocena pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem stercza**  
Edyta Skwirczyńska, Oskar Wróblewski ..... 59

**Rola stresu w dysfunkcjach seksualnych, na przykładzie rodziców dzieci chorych na epilepsję**  
Andżelika Murjas ..... 63

**Seks-roboty w Chinach. Rozwój technologii a moralność społeczeństwa**  
Katarzyna Zakliczyńska ..... 75

**Specyfika leczenia zaburzeń preferencji seksualnych i terapeutyczne doświadczenia osób leczonych**  
Aleksandra Dymowska ..... 84

## Contents

### ORIGINAL ARTICLES

**The analysis of selected psychosocial and psychopathological factors influencing the perpetrators of rapes and pedophilia acts in the view of court-ordered forensic assessments**  
Dariusz Juszczak, Piotr Oglaza, Krzysztof Korzeniewski ..... 9

**The influence of the movie entitled *Fifty Shades of Grey* on attitudes towards BDSM practices and sexual behaviors**  
Dagna Kocur ..... 22

**Sexuality of breastfeeding women in the first year after birth based on initial clinical analysis**  
Ewa Ślizień-Kuczapska, Sylwia Młyńska, Michał Rabijewski ..... 28

**Subjective experiences of sexuality of women with schizophrenia in community psychiatry program**  
Filip Rola, Agnieszka Borowska-Turyn, Zuzanna Kowalska, Anna Studniczek, Joanna Marek-Banach ..... 35

**Sexual fantasies themes among young adults**  
Magdalena Liberacka, Paweł Izdebski ..... 45

**Influence of the form of childbirth on women's sexual satisfaction, with the mediation role of anxiety**  
Tomasz Krasuski, Katarzyna Barczuk ..... 52

**Sexual satisfaction and self-esteem of patients diagnosed with prostate cancer**  
Edyta Skwirczyńska, Oskar Wróblewski ..... 59

**The role of stress in sexual dysfunctions, on the example of parents of children suffering from epilepsy**  
Andżelika Murjas ..... 63

**Sex robots in China. The development of technology facing the society's morals**  
Katarzyna Zakliczyńska ..... 75

**Specificity of sexual disorders (pedophilia) treatment and experience of the treated ones**  
Aleksandra Dymowska ..... 84



# Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców zgwałceń i czynów pedofilnych w świetle opiniowania sądowego

Dariusz Juszczak<sup>1</sup>, Piotr Oglaza<sup>2</sup>, Krzysztof Korzeniewski<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku

<sup>2</sup> Wydział Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Queen's, Kingston, Ontario, Kanada

<sup>3</sup> Zakład Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej w Gdyni, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

## Streszczenie

**Wstęp:** Problematyka czynników wpływających na popełnianie zgwałceń i czynów pedofilnych jest złożona. Nie wypracowano dotychczas teorii całościowo tłumaczących tego typu zachowania przestępcze.

**Materiał i metody:** Celem pracy była ocena, które czynniki psychospołeczne i psychopatologiczne są charakterystyczne dla sprawców zgwałceń (dorosłych i małoletnich) i czynów pedofilnych. Materiał badawczy stanowiły 180 opinie sądowe, psychiatryczno-seksuologiczne, wydane przez biegłych Przychodni Zdrowia Psychicznego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Opinie te wydawano osobom, które popełniły przestępstwa seksualne (rozdz. XXV polskiego Kodeksu Karnego: „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności”). Wykorzystano stworzony na potrzeby badania kwestionariusz zatytułowany „Karta badania czynników determinujących seksualne zachowania przestępcze”.

**Wyniki:** Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

**Wnioski:** 1. Zgwałcenia dorosłych i małoletnich cechują się podobnymi uwarunkowaniami w zakresie badanych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych. 2. Wykazano istotną różnicę pomiędzy zgwałceniami małoletnich a czynami pedofilnymi w zakresie badanych czynników.

**Słowa kluczowe:** zgwałcenia, seksualne zachowania przestępcze, czyny pedofilne

*Seksuologia Polska 2019; 17: 1–8*

## Wstęp

Koncepcje ewolucjonistyczne sugerują, że zjawisko zgwałcenia stanowi przejaw określonej funkcji adaptacyjnej w obrębie gatunku ludzkiego [1]. Wśród zwierząt seksualna agresja jest spontanicznie generowaną siłą, która ułatwia utrzymanie dominacji w danej hierarchii oraz wpływa na proces naturalnej selekcji [2]. U człowieka seksualna przemoc jest często skutkiem małych umiejętności socjalnych i międzyosobniczych [3]. Marshall i wsp. [4] wysunęli hipotezę, że trudności w relacjach interpersonalnych mogą prowadzić do

szukania emocjonalnej bliskości poprzez relację seksualną, nawet jeśli muszą partnera do niej zmuszać. Wyniki badań potwierdzają również znaczenie cech osobowości, funkcjonowania społecznego i stopnia relacji ofiary ze sprawcą w procesie zgwałcenia [5, 6]. Groth [7] uważa, że zgwałcenie jest często zachowaniem seksualnym w służbie nieseksualnych potrzeb. Wyodrębnił on poszczególne typy zgwałceń, które scharakteryzował za pomocą 9 cech.

Poszukiwane jest także podłoże biologiczne, na przykład uważa się, że poliformizm genu transportera

Adres do korespondencji: dr n. med. Dariusz Juszczak  
7 Szpital Marynarki Wojennej  
ul. Polanki 117, 80–305 Gdańsk  
tel. +48 605 109 730  
e-mail: d.juszczak@7szmw.pl  
Nadesłano: 14.07.2018

Przyjęto do druku: 20.07.2019

dla serotoniny jest związany z impulsywnością, agresją i przemocą [8]. Prawie połowa zgwałconych ofiar twierdziła, że sprawca w czasie przestępstwa był pod wpływem alkoholu lub narkotyków [9].

Uważa się, że kontakt seksualny dziecka z dorosłym jest objawem błędnego rozwoju osobowości. Według Kinseya [10] przeżyła takie miało 24% kobiet, a według Landisa [11] 30% mężczyzn i 35% kobiet. Celem sprawców czynów pedofilnych może być dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców przed 16. rokiem życia [12]. Fisher i wsp. [13] wykazali, że mężczyźni o silnych skłonnościach dewiacyjnych odznaczają się istotnie wyższym poziomem zniekształceń poznawczych. Ponadto takie czynniki, jak niska samoocena, poczucie osamotnienia oraz zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli wydają się odróżniać sprawców molestowania seksualnego dzieci od osób z grup kontrolnych [14]. Jedną z powszechnie stosowanych typologii dzieli sprawców czynów pedofilnych na dwie kategorie: preferencyjną i sytuacyjną (w której sprawca nie ma seksualnych preferencji wobec dzieci) [15]. Elliott i wsp. [16] donoszą, że z zeznań przestępców wynika, że ich działania były skutecznie maskowane średnio przez 6 lat przed aresztowaniem.

Istnieją limitowane dowody, że przemoc seksualna w dzieciństwie może powodować zaburzenia psychiczne w dorosłym życiu [17]. Teorie wyjaśniające przemoc seksualną wobec dzieci często są stosowane w stosunku do innych typów przemocy seksualnej.

Wymienia się trzy główne wieloczynnikowe teorie przemocy seksualnej wobec dzieci:

1. Teoria Finkelhor — sugeruje, że u podłoża przemocy seksualnej wobec dzieci leżą cztery typowe czynniki. Kontakt seksualny z dzieckiem jest emocjonalnie satysfakcjonujący dla sprawcy przemocy (tzw. zgodność emocjonalna); sprawca przemocy jest seksualnie podniecany przez dziecko (seksualnie podniecony); sprawca podejmuje relację seksualną z dzieckiem, ponieważ nie jest zdolny zaspokoić swoich potrzeb seksualnych w akceptowanych społecznie kontaktach (tzw. blokada); sprawca staje się odhamowany (wskutek spożycia alkoholu, zaburzeń impulsywnych, starzenia się, doznań psychotycznych, utrzymującego się stresu, utrwalonym nastawieniem patriarchalnym, przyzwoleniu środowiskowym) i zachowuje się przeciwnie do swojego normalnego zachowania [18].
2. Teoria Marshall i Barbaree — zakłada, że przemoc seksualna wobec dziecka jest skutkiem interakcji tak zwanych czynników dystalnych i proksymalnych. Szczególnie podkreśla znaczenie niekorzystnych wydarzeń, doświadczanych przez przyszłych sprawców przemocy seksualnej, między

innymi: niekonsekwentne bądź zbyt rygorystyczne wychowanie, fizyczna i seksualna przemoc, które skutkują niskimi umiejętnościami w funkcjonowaniu społecznym i samoregulacji od wczesnych lat. Według autorów popęd seksualny i agresja wywodzą się z tych samych struktur neuralnych (podwzgórze, ciało migdałowate, przegródka), wyrzut hormonów podczas fazy dojrzewania, w szczególnych przypadkach może doprowadzić do fuzji agresji ze sferą seksualną (brak efektywnych socjalnych i samoregulujących mechanizmów).

Autorzy rozpatrują przemoc seksualną jako (model dynamiczny) rezultat oddziaływań czynników biologicznych, psychologicznych, socjalnych, kulturowych i sytuacyjnych [19].

3. Teoria Hall, Hirschman — została oparta na czterech komponentach: fizjologicznym seksualnym podnieceniu, niedokładnym poznawczym nastawieniu (usprawiedliwiającym agresję seksualną), afektywnej dyskontroli, osobowościowych problemach, które to w określonych warunkach i przypadkach prowadzą do przemocy seksualnej wobec dzieci [20].

Próby połączenia powyższych teorii w szerszą całość podjęli się Beech i Ward [21], konkludując, że jeden z czynników (prekursor) może aktywować kolejne, w efekcie prowadząc do seksualnej przemocy wobec dzieci. Autorzy ukazali w szczególności, w jaki sposób czynniki dynamiczne w interakcji z czynnikami wywołującymi (czynniki kontekstowe) generują czynniki ostre [21].

Należy podkreślić, że w ostatnich latach toczy się obszerna dyskusja zarówno na temat czynników związanych z przemocą seksualną, jak i sposobami oceny ryzyka powrotu do przestępstwa seksualnego oraz przewagi jednych metod nad innymi [22–27].

Obecnie dominują trzy teoretyczne sposoby podejścia do zagadnień związanych z oceną ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa seksualnego:

1. Nomotetyczne (aktuarialne), oparte na skalach i narzędziach psychometrycznych oceny ryzyka, między innymi Static-99 (zawiera tylko czynniki statyczne), *Rapid Risk Assessment for Sex Offense Recidivism* (RRASOR), *Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised* (MnSOST-R), *Sex Offender Risk Appraisal Guide* (SORAG), *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R), *Sex Offender Need Assessment Rating*, *Inwentarz MSI (Multiphasic Sex Inventory)* (SONAR), *The Violence Risk Scale* (VRS), *Historical Clinical Risk-20* (HCR-20), *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) [28–35].
2. Idiograficzne (skoncentrowane na kliencie), oparte na empirycznej diagnozie klinicznej, określające między innymi czynniki rozwojowe,



kryminogenne, dyspozycyjne, dynamiczne, bezpośrednie („ostre”) [36–39].

3. Psychometryczne, oparte na miarach psychometrycznych, określające między innymi cechy osobowości, charakterystykę psychoseksualną, skłonności dewiacyjne. Powszechnie narzędzi psychometrycznych używa się do diagnozy cech osobowości [40, 41], na przykład psychopatii za pomocą Kwestionariusza Psychopatii Hare’a (PCL-R, *Hare Psychopathy Checklist-Revised*) lub wersja skrócona (PCL-SV, *Checklist-screening version*) [42, 43], również stanów afektywnych [44, 45] oraz dewiacji seksualnej [46–49].

Wskazuje się, że z recydywą przestępstw seksualnych jest powiązana zwłaszcza zdiagnozowana psychometrycznie dewiacja seksualna [50–52]. Należy wspomnieć, że przeciętny wskaźnik recydywy dla kolejnych przestępstw seksualnych jest niski i wynosi 13,4–13,7% [53, 54].

## Materiał i metody

Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, które czynniki psychospołeczne i psychopatologiczne są charakterystyczne dla sprawców zgwałceń (dorosłych i małoletnich), a które dla czynów pedofilnych.

Materiał badawczy stanowiły 180 opinie sądowe, psychiatryczno-seksuologiczne, wydane przez biegłych Przychodni Zdrowia Psychicznego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Opinie te wydawano osobom płci męskiej, które popełniły przestępstwa seksualne (rozdz. XXV polskiego Kodeksu Karnego: „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności”). Parafilię (zaburzenia preferencji płciowych) rozpoznano u 5 badanych, co stanowiło 2,8% wszystkich poddanych opiniowaniu sprawców.

Do programu badawczego posłużył specjalnie w tym celu opracowany kwestionariusz zatytułowany „Karta badania czynników determinujących seksualne zachowania przestępcze”. Kwestionariusz ten skonstruowany został na bazie wywiadów klinicznych oraz wiedzy teoretycznej. Zawierał dane dotyczące: charakterystyki rodzaju popełnionego przestępstwa (wyszczególniono tylko te przestępstwa, które popełniali badani sprawcy, rodzaj czynów określono zgodnie z kategoriami polskiego Kodeksu karnego z 1997 roku), wcześniejszej karalności sądowej i przez kolegia, cech socjologicznych (społeczno-demograficznych), rozwoju psychomotorycznego w okresie dzieciństwa i młodości, pożycia małżeńskiego, wychowania w rodzinie, nauki szkolnej, służby wojskowej, stosunku do alkoholu i innych uzależnień, chorób somatycznych, leczenia psychiatrycznego i seksuologicznego; rozpoznania klinicz-

nego, które podano zgodnie z klasyfikacją *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10). W ocenie psychologicznej posługiwano się testami diagnostycznymi: 1) Wzrokowo-motoryczny Test Gestalt (*A Visual Motor Gestalt Test*) Lauretta Bender; 2) Test Pamięci Wzrokowej Bentona (*Benton Visual Retention Test*) Abigail Benton Sivan; 3) MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

Kwestionariusz był wypełniany przez badaczy na podstawie opinii wydawanych przez biegłych. Dane z kwestionariusza wpisane zostały do arkusza kalkulacyjnego EXCEL i za jego pomocą dokonano obliczeń statystycznych.

W odpowiedzi na postawione w pracy problemy miał pomóc test niezależności kryteriów podziału zbiorowości statystycznej  $\chi^2$  Pearsona, zastosowany do odpowiednich punktów kwestionariusza. Badano związek pomiędzy poszczególnymi rodzajami przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne) a innymi zmiennymi. Do interpretacji opisowej używanych wyników włączono zależności (związki), dla których wartość poziomu  $p$  dla statystyki  $\chi^2$  Pearsona była mniejsza od 0,05.

## Wyniki

Na podstawie uzyskanych wyników można wyodrębnić cechy charakterystyczne dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), które przedstawiono w poniższych tabelach (tab. 1–3).

## Dyskusja

Przeprowadzone przez autorów niniejszej pracy badania obejmowały grupę 180 sprawców przestępstw seksualnych. Uzyskane dane wskazują, że zgwałcenia dorosłych i małoletnich stanowiły 46,11% ( $n = 83$ ) wszystkich rodzajów przestępstw seksualnych. W czasie popełniania przestępstwa ponad połowa sprawców zgwałceń zarówno dorosłych jak i małoletnich była pod wpływem alkoholu, co stanowi wyższy odsetek niż cytowany w piśmiennictwie [9]. Dane z niniejszych badań potwierdzają znaczenie w procesie zgwałcenia takich czynników, jak ubogi poziom funkcjonowania społecznego i trudności w relacjach interpersonalnych [3–6, 55], między innymi: wcześniejsza karalność sądowa, trudności w uzyskaniu i utrzymywaniu zatrudnienia, brak satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych, kłopoty z zachowaniem w okresie szkolnym, wczesna inicjacja spożycia alkoholu, wczesna inicjacja

**Tabela 1.** Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), odnośnie czynników psychospołecznych (wartość poziomu  $p < 0,05$  dla statystyki  $\chi^2$  Pearsona)

| Badana cecha                                             | Zgwałcenia dorosłych (n = 41) | Czyny pedofilne (n = 89) | Zgwałcenia małoletnich (n = 42) | Inne przestępstwa seksualne (n = 8) |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Popełnienie przestępstwa pod wpływem alkoholu            | 68,3%                         | 32,6%                    | 57,1%                           | 87,5%                               |
| Popełnienie przestępstwa pod wpływem środka odurzającego | 0,0%                          | 0,0%                     | 9,5%                            | 0,0%                                |
| Wcześniejsza karalność sądowa                            | 46,3%                         | 28,1%                    | 40,5%                           | 0,0%                                |
| Wiek sprawcy przestępstwa:                               |                               |                          |                                 |                                     |
| < 18 lat                                                 | 4,9%                          | 0,0%                     | 2,4%                            | 0,0%                                |
| 19–35 lat                                                | 56,1%                         | 40,4%                    | 21,4%                           | 12,5%                               |
| 36–50 lat                                                | 29,3%                         | 41,6%                    | 64,3%                           | 25%                                 |
| > 51 lat                                                 | 9,7%                          | 17,9%                    | 11,9%                           | 62,5%                               |
| Stan cywilny:                                            |                               |                          |                                 |                                     |
| kawaler                                                  | 46,3%                         | 33,7%                    | 31,0%                           | 12,5%                               |
| żonaty                                                   | 36,6%                         | 36,0%                    | 47,6%                           | 62,5%                               |
| rozwódziony                                              | 4,9%                          | 12,4%                    | 9,5%                            | 0,0%                                |
| inne (wdowiec, separacja, konkubinat)                    | 12,2%                         | 17,9%                    | 12,0%                           | 25,0%                               |
| Praca zawodowa:                                          |                               |                          |                                 |                                     |
| pracuje                                                  | 31,7%                         | 43,8%                    | 38,1%                           | 25%                                 |
| pracuje dorywczo                                         | 17,1%                         | 16,9%                    | 31,0%                           | 0,0%                                |
| nie pracuje                                              | 36,6%                         | 18,0%                    | 11,9%                           | 12,5%                               |
| renta                                                    | 14,6%                         | 18,0%                    | 16,7%                           | 12,5%                               |
| Rozwój psychomotoryczny w okresie dzieciństwa:           |                               |                          |                                 |                                     |
| prawidłowy                                               | 87,8%                         | 86,5%                    | 100,0%                          | 100,0%                              |
| opóźniony                                                | 12,2%                         | 13,5%                    | 0,0%                            | 0,0%                                |
| Pożycie małżeńskie rodziców:                             |                               |                          |                                 |                                     |
| zgodne                                                   | 51,2%                         | 74,2%                    | 50,0%                           | 87,5%                               |
| konfliktowe                                              | 43,9%                         | 25,8%                    | 35,7%                           | 12,5%                               |

seksualna. Potwierdza się również znaczenie niskiego poziomu funkcjonowania rodziny i zaburzenia jej struktury [55], między innymi: konfliktowe pożycie małżeńskie rodziców, słaby i obojętny związek uczuciowy z rodzicami, występowanie alkoholizmu u rodziców, wychowywanie w rodzinach niepełnych i instytucjach wychowawczych. Nie potwierdza się teza, aby odsetek rozwiedzionych mężczyzn w populacji był najsilniejszym czynnikiem prognozującym dla zgwałceń [56] — rozwiedzeni stanowili w opisywanej grupie 4,9% wśród sprawców zgwałceń dorosłych i 9,5% wśród małoletnich. Ważna informacja dotyczy stanu emocjonalnego sprawców zgwałceń przed dokonaniem czynu przestępczego. Pithers i wsp. [57] donoszą, że 88% gwałcicieli przed dokonaniem przestępstwa informowało o gniewie, natomiast Groth [58] uważa, że gwałt to akt wrogości wobec kobiet. Powyższe twierdzenia potwierdzają pośrednio uzyskane przez autorów tej pracy dane — 31,7% sprawców zgwałceń dorosłych i 40,5% sprawców zgwałceń małoletnich nie odczuwało bowiem satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych, a kontrakty seksualne odbywało rzadko bądź wcale — odpowiednio 39,0% i 33,3% dla badanych grup.

W zakresie czynów pedofilnych uzyskane dane potwierdzają niektóre założenia trzech głównych wieloczynnikowych teorii przemocy seksualnej wobec dzieci. Dla teorii Finkelhor [18] między innymi: odhamowanie sprawcy wskutek spożycia alkoholu — 32,6% sprawców czynów pedofilnych było pod wpływem alkoholu, wśród zgwałceń małoletnich 57,1%; występowanie zaburzeń impulsywnych, które można powiązać z organicznymi zaburzeniami osobowości rozpoznawanymi u 13,5% sprawców czynów pedofilnych i u 31,0% w grupie sprawców zgwałceń małoletnich. Dla teorii Marshall i Barbaree [19] między innymi: słabe umiejętności w funkcjonowaniu społecznym od wczesnych lat, elementy niekonsekwentnego wychowania (alkoholizm rodziców), a także prawdopodobne symptomy seksualnej przemocy seksualnej w dzieciństwie — wspomnienia doznań seksualnych z dzieciństwa miało 24,7% sprawców czynów pedofilnych i 54,8% sprawców zgwałceń małoletnich. Dla teorii Hall i Hirschman [20] między innymi: przejawy afektywnej dyskontroli, której powodem mogą być zmiany organiczne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) — u 15,7%

**Tabela 2.** Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), odnośnie rozwoju seksualnego (wartość poziomu  $p < 0,05$  dla statystyki  $\chi^2$  Pearsona)

| Badana cecha                                               | Zgwałcenia dorosłych (n = 41) | Czyny pedofilne (n = 89) | Zgwałcenia małoletnich (n = 42) | Inne przestępstwa seksualne (n = 8) |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Brak satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych | 31,7%                         | 5,6%                     | 23,8%                           | 0,0%                                |
| Słaby i obojętny związek uczuciowy z rodzicami             | 56,0%                         | 27,0%                    | 42,9%                           | 25,0%                               |
| Źródła informacji o sprawach płci:                         |                               |                          |                                 |                                     |
| rodzice                                                    | 2,4%                          | 3,4%                     | 7,1%                            | 0,0%                                |
| rówieśnicy                                                 | 87,8%                         | 79,8%                    | 85,7%                           | 50,0%                               |
| media                                                      | 4,9%                          | 10,1%                    | 7,1%                            | 50,0%                               |
| Wspomnienia doznań seksualnych z dzieciństwa               | 26,8%                         | 24,7%                    | 54,8%                           | 12,5%                               |
| Inicjacja seksualna:                                       |                               |                          |                                 |                                     |
| < 15 lat                                                   | 9,8%                          | 7,9%                     | 11,9%                           | 25,0%                               |
| 16–18 lat                                                  | 61,0%                         | 24,7%                    | 40,5%                           | 12,5%                               |
| > 18 lat                                                   | 24,4%                         | 59,6%                    | 42,9%                           | 62,5%                               |
| Częstotliwość kontaktów seksualnych:                       |                               |                          |                                 |                                     |
| codziennie                                                 | 4,9%                          | 0,0%                     | 0,0%                            | 0,0%                                |
| w tygodniu                                                 | 19,5%                         | 30,3%                    | 26,2%                           | 25,0%                               |
| w miesiącu                                                 | 36,6%                         | 24,7%                    | 40,5%                           | 0,0%                                |
| brak                                                       | 39,0%                         | 44,9%                    | 33,3%                           | 75,0%                               |
| Alkoholizm u rodziców                                      | 41,5%                         | 20,2%                    | 31,0%                           | 0,0%                                |
| Wychowanie w rodzinie (struktura rodziny):                 |                               |                          |                                 |                                     |
| pełna                                                      | 63,4%                         | 87,6%                    | 64,3%                           | 50,0%                               |
| niepełna                                                   | 31,7%                         | 6,7%                     | 23,8%                           | 50,0%                               |
| instytucje wychowawcze                                     | 2,4%                          | 5,6%                     | 11,9%                           | 0,0%                                |
| Zaburzenia preferencji płciowej                            | 0,0%                          | 5,6%                     | 4,8%                            | 25,0%                               |

sprawców czynów pedofilnych i u 40,5% sprawców zgwałceń małoletnich; występowanie problemów osobowościowych — odpowiednio dla analizowanych grup 49,5% i 69,1%. Reasumując, można założyć, że cytowane teorie są komplementarne i stanowią dynamiczne modele dla różnych wyjściowych czynników i ich kompilacji, co w efekcie prowadzi do popełnienia przestępstwa seksualnego i na co w swoich teoretycznych rozważaniach wskazywali Beech i Ward [21]. Nasuwa się również przypuszczenie, że występowanie zaburzeń psychopatologicznych stanowić może podłoże dla braku hamowania w przypadku wystąpienia podniecenia seksualnego, które to hamowanie wystąpi w przypadku osób niewykazujących zaburzeń psychopatologicznych [55]. Potwierdzają się dane, że znaczna część sprawców przestępstw przeciwko dzieciom była żonata [59] — 36% sprawców czynów pedofilnych i 47,6% sprawców zgwałceń małoletnich. Wyniki dotychczasowych badań [60] podkreślają problemy sprawców przestępstw pedofilnych z wchodzeniem w zadowalające związki z dorosłymi, co motywuje ich prawdopodobnie do poszukiwania kontaktów z dziećmi. Drenick opisuje to zjawisko jako: „zdolność

do kompetentnych interakcji z przedstawicielami płci przeciwnej” [61]. Wyniki niniejszych badań potwierdzają te doniesienia jedynie dla sprawców zgwałceń małoletnich — brak satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych u 23,8% sprawców w porównaniu z 5,6% sprawców czynów pedofilnych. Potwierdza się powszechne występowanie zaburzeń osobowości wśród sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom [62] — odpowiednio u 49,5% sprawców czynów pedofilnych i u 69,1% sprawców zgwałceń małoletnich.

Do ograniczeń prezentowanych tu badań można zaliczyć brak charakterystyki innych przestępstw seksualnych (z uwagi na małe wśród nich liczebności badanych). Nie można również odnieść się do niektórych propagowanych hipotez badawczych, na przykład do poglądu, czy mężczyźni o silnych skłonnościach dewiacyjnych odznaczają się istotnie wyższym poziomem zniekształceń poznawczych [13], ponieważ niniejsze badania w zasadzie dotyczyły osób bez występowania parafilii. Sugestie dotyczące przyszłych badań powinny się koncentrować na porównaniu uzyskanych przez autorów tej pracy wyników — charakterystycznych dla

**Tabela 3.** Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), odnośnie do czynników psychobiologicznych (wartość poziomu  $p < 0,05$  dla statystyki  $\chi^2$  Pearsona)

| Badana cecha                                     | Zgwałcenia dorosłych (n = 41) | Czyny pedofilne (n = 89) | Zgwałcenia małoletnich (n = 42) | Inne przestępstwa seksualne (n = 8) |
|--------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Trudności w nauce szkolnej                       | 61,0%                         | 50,6%                    | 31,0%                           | 25,0%                               |
| Kłopoty z zachowaniem w okresie szkolnym         | 63,4%                         | 28,1%                    | 50,0%                           | 0,0%                                |
| Inicjacja spożycia alkoholu:                     |                               |                          |                                 |                                     |
| < 15 lat                                         | 58,5%                         | 34,9%                    | 42,8%                           | 62,5%                               |
| 16–18 lat                                        | 36,6%                         | 60,7%                    | 31,0%                           | 25,0%                               |
| > 18 lat                                         | 4,9%                          | 4,5%                     | 26,2%                           | 12,5%                               |
| Leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu       | 17,1%                         | 5,6%                     | 16,7%                           | 0,0%                                |
| Przyjmowanie środków odurzających                | 17,1%                         | 13,5%                    | 2,4%                            | 0,0%                                |
| Leczenie w poradni zdrowia psychicznego:         |                               |                          |                                 |                                     |
| sporadycznie                                     | 19,5%                         | 9,0%                     | 23,8%                           | 12,5%                               |
| systematycznie                                   | 17,1%                         | 11,2%                    | 0,0%                            | 12,5%                               |
| Organiczne zaburzenia osobowości                 | 14,6%                         | 13,5%                    | 31,0%                           | 50,0%                               |
| Zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym | 19,5%                         | 15,7%                    | 40,5%                           | 87,5%                               |
| Stan kliniczny używania alkoholu:                |                               |                          |                                 |                                     |
| używanie szkodliwe                               | 2,4%                          | 4,5%                     | 11,9%                           | 0,0%                                |
| zespół uzależnienia                              | 26,8%                         | 9,0%                     | 16,7%                           | 0,0%                                |
| Upośledzenie umysłowe                            | 14,6%                         | 9,0%                     | 0,0%                            | 0,0%                                |
| Trwałe anomalie osobowości:                      |                               |                          |                                 |                                     |
| z cechami antisocjalnymi                         | 39,0%                         | 32,6%                    | 40,5%                           | 0,0%                                |
| bliżej nieokreślone zaburzenia osobowości        | 43,9%                         | 16,9%                    | 28,6%                           | 62,5%                               |

sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom nie przejawiających skłonności dewiacyjnych (bez rozpoznania parafilii) ze sprawcami przejawiającymi takie skłonności.

## Wnioski

1. Zgwałcenia dorosłych i małoletnich cechują się podobnymi uwarunkowaniami w zakresie badanych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych.
2. Wykazano istotną różnicę pomiędzy zgwałceniami małoletnich a czynami pedofilnymi w zakresie badanych czynników.

## Piśmiennictwo:

1. Muehlenhard C, Harney P, Jones J. From "Victim-Precipitated Rape" to "Date Rape": How Far Have We Come? Annual Review of Sex Research. 1992; 3(1): 219–253, doi: [10.1080/10532528.1992.10559880](https://doi.org/10.1080/10532528.1992.10559880).
2. Gleitman H. Basic psychology. WW Norton, New York 1996.
3. Buglass R, Bowden P. Principles and practice of forensic psychiatry. Churchill Livingstone, Edinburgh 1990.
4. Marshall W, Hudson S, Hodgkinson S. The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. In:

- Barbaree HE, Marshall WL, Hudson SM. ed. The juvenile sex offender. Guildford, New York 1993: 164–181.
5. Rhodes JE, Ebert L, Meyers AB. Sexual victimization in young, pregnant and parenting, African-American women: psychological and social outcomes. Violence Vict. 1993; 8(2): 153–163, indexed in Pubmed: [8193056](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8193056/).
6. Rice M, Chaplin T, Harris G, et al. Empathy for the Victim and Sexual Arousal Among Rapists and Nonrapists. Journal of Interpersonal Violence. 2016; 9(4): 435–449, doi: [10.1177/088626094009004001](https://doi.org/10.1177/088626094009004001).
7. Groth AN. Rape: the sexual expression of aggression. In: Groth AN. ed. Multidisciplinary approaches to aggression research. Elsevier, North Holland 1981.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 8th edn. Williams & Wilkins, Philadelphia 2005.
9. Bachman R. Violence against women. A national crime victimization survey report. Washington DC 1994.
10. S. J, Kinsey AC, Pomeroy WB, et al. Sexual behavior in the human female. Population (French Edition). 1954; 9(4): 765, doi: [10.2307/1524943](https://doi.org/10.2307/1524943).
11. Landis JT. Experiences of 500 children with adult sexual deviation. Psychiatr Q Suppl. 1956; 30(1): 91–109, indexed in Pubmed: [13389623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13389623/).
12. Buglass R, Bowden P. Principles and practice of forensic psychiatry. Churchill Livingstone, Edinburgh 1990.
13. Fisher D, Beech A, Browne K. The effectiveness of relapse prevention training in a group of incarcerated child molesters. Psychology, Crime & Law. 2000; 6(3): 181–195, doi: [10.1080/10683160008409803](https://doi.org/10.1080/10683160008409803).

14. Beech A., Fisher D., Beckett R. (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. [www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf).
15. Mc Lachlan R.J. Pedophilia: A typology of child sex offender, modus operandi. *International Criminal Police Review*. 2000; 483.
16. Elliott M, Browne K, Kilcoyne J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse Negl.* 1995; 19(5): 579–594, indexed in Pubmed: 7664138.
17. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, et al. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 416–421, doi: 10.1192/bjp.184.5.416, indexed in Pubmed: 15123505.
18. Finkelhor D. Child sexual abuse: New theory and research. , New York 1984: Free.
19. Marshall WL, Barbaree HE. An integrated theory of the etiology of sexual offending. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. ed. *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum, New York 1990: 257–275.
20. Hall G, Hirschman R. Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior*. 1992; 19(1): 8–23.
21. Beech A, Ward T. The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*. 2004; 10(1): 31–63, doi: 10.1016/j.avb.2003.08.002.
22. Hanson RK, Moreton KE, Harris AJ. Sexual Offender Recidivism Risk – What we Know and What we Need to Know. In: Prentky R, Janus E, Seto ME, Burgess AW. ed. *Understanding and managing sexually coercive behavior*. Annals of the New York Academy of Science 2003: 154–166.
23. Beech A, Fisher D, Thornton D. Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2003; 34(4): 339–352, doi: 10.1037/0735-7028.34.4.339.
24. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1998; 123(2): 123–142, doi: 10.1037/0033-2909.123.2.123.
25. Hanson R.K., Bussière M.T. (1996), Predictors of Sexual Offender Recidivism: A Meta-analysis, (User Report No. 1996-04). Department of the Solicitor General of Canada, Ottawa. <http://www.sgc.gc.ca/epub/corr/e199604/e199604.htm>.
26. Litwack T. Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2001; 7(2): 409–443, doi: 10.1037/1076-8971.7.2.409.
27. Hart S, Laws DR, Kropp PR. The promise and the peril of sex offender risk assessment. In: Ward T, Laws DR, Kropp PR. ed. *Sexual deviance: issues and controversies*. Sage Publications Inc., CA 2003: 207–225.
28. Bartosh DL, Garby T, Lewis D, et al. Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2003; 47(4): 422–438, doi: 10.1177/0306624X03253850, indexed in Pubmed: 12971183.
29. Andrews DA, Bonta J. LSI-R: The Level of Service Inventory – Revised. Multi-Health Systems, Toronto 1995: Ontario.
30. Hanson RK, Harris AJ. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001; 13(2): 105–122, doi: 10.1177/107906320101300204, indexed in Pubmed: 11294122.
31. Nichols HR, Molinder I. Manual for the multiphasic sex inventory. Crime and Victim Psychology Specialists, Tacoma 1984.
32. Wong S, Gordon A 2001 The violence risk scale. *Forensic Update* 67, October.
33. Webster CD, Douglas KS, Eaves D et al 1997 HCR-20: assessing risk of violence (version 2). Mental Health Law, Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver, BC.
34. Hanson RK, Thornton D 1999 Static 99. Solicitor General of Canada, Ottawa, Ontario.
35. Harris GT, Rice ME. Actuarial assessment of risk among sex offenders. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 198–210; discussion 236, doi: 10.1111/j.1749-6632.2003.tb07306.x, indexed in Pubmed: 12839899.
36. Craig L, Browne K, Stringer I. Comparing sex offender risk assessment measures on a UK sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2016; 48(1): 7–27, doi: 10.1177/0306624X03257243.
37. Beech A, Erikson M, Friendship C, et al. A six-year follow-up of men going through probation-based sex offender treatment programmes. *PsycEXTRA Dataset*. 2001, doi: 10.1037/e667922007-001.
38. Hudson SM, Wales DS, Bakker L, et al. Dynamic risk factors: the Kia Marama evaluation. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 103–19; discussion 195, doi: 10.1177/107906320201400203, indexed in Pubmed: 11961886.
39. McGrath R, Cumming G, Livingston J, et al. Outcome of a Treatment Program for Adult Sex Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016; 18(1): 3–17, doi: 10.1177/0886260502238537.
40. Borum R, Grisso T. Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995; 26(5): 465–473, doi: 10.1037/0735-7028.26.5.465.
41. Millon T, Davis R, Millon C. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). NCS, Inc. 1997.
42. Hare R. Manual for the revised psychopathy checklist. Multi-Health Systems, Inc., Toronto 1991.
43. Hart S, Cox D, Hare R. Hare psychopathy checklist: screening version. *PsycTESTS Dataset*. 2012, doi: 10.1037/t04991-000.
44. Hanson RK, Harris A. Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*. 2016; 27(1): 6–35, doi: 10.1177/0093854800027001002.
45. Hanson RK, Harris AJ. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001; 13(2): 105–122, doi: 10.1177/107906320101300204, indexed in Pubmed: 11294122.
46. Beech A, Fisher D, Beckett R (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. [www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf).
47. Beech A, Friendship C, Erikson M, et al. The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 155–167, doi: 10.1177/107906320201400206, indexed in Pubmed: 11961889.
48. Nichols HR, Molinder I. Manual for the multiphasic sex inventory, crime and victim psychology specialists. Tacoma, WA 1984.
49. Thornton D. Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 139–53; discussion 195, doi: 10.1177/107906320201400205, indexed in Pubmed: 11961888.
50. Beech A, Fisher D, Beckett R (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. [www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf).
51. Finkelhor D. Child sexual abuse: new theory and research. Free Press, New York 1984: New.
52. Salter AC. Treating child sex offenders and victims: apractical guide. Sage Publications, Inc, California 1988: California.
53. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66(2): 348–362, indexed in Pubmed: 9583338.
54. Hanson RK, Morton-Bourgon K. Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis. Public Safety and Emergency Preparedness, Canada 2004.
55. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Elsevier Limited 2009: 484–529.

56. Baron L, Straus MA, Jaffee D. Legitimate violence, violent attitudes, and rape: a test of the cultural spillover theory. *Ann N Y Acad Sci.* 1988; 528: 79–110, doi: [10.1111/j.1749-6632.1988.tb50853.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1988.tb50853.x), indexed in Pubmed: [3421615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3421615/).
57. Pithers WD, Kashima KM, Cumming GF, Beal LS, Buell MM. Relapse prevention of sexual aggression . In: Prentky RA, Quinsey VL. ed. *Human sexual aggression: current perspectives*. Academy of Science, New York 1988: 244–260.
58. Groth AN. *Men who rape; the psychology of the offender*. Plenum, New York 1979.
59. Gebhard P, Gagnon J, Pomeroy N, Christenson C. *Sex offenders*. Harper Row, New York 1965 .
60. Marshall WL. Pedophilia: psychopathology and theory. In: Laws DR, O'Donohue W. ed. *Sexual deviance: theory, assessment, and treatment*. Guilford, New York 1997: 152–174.
61. Dreznick MT. Heterosocial competence of rapists and child molesters: a meta-analysis. *J Sex Res.* 2003; 40(2): 170–178, doi: [10.1080/00224490309552178](https://doi.org/10.1080/00224490309552178), indexed in Pubmed: [12908124](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12908124/).
62. Levin SM, Stava L. Personality characteristics of sex offenders: a review. *Arch Sex Behav.* 1987; 16(1): 57–79, indexed in Pubmed: [3579558](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3579558/).

# The analysis of selected psychosocial and psychopathological factors influencing the perpetrators of rapes and pedophilia acts in the view of court-ordered forensic assessments

Dariusz Juszczak<sup>1</sup>, Piotr Oglaza<sup>2</sup>, Krzysztof Korzeniewski<sup>3</sup>

<sup>1</sup>7<sup>th</sup> Navy Hospital in Gdansk, Poland

<sup>2</sup>Department of Family Medicine Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

<sup>3</sup>Department of Epidemiology and Tropical Medicine in Gdynia, Military Institute of Medicine in Warsaw, Poland

## Abstract

**Introduction:** There are multiple factors identified as potentially influencing the occurrence of rapes and pedophilia acts. There is no total theory explaining etiology and pathogenesis in these sexual offences.

**Material and methods:** The purpose of this paper is to evaluate and compare psychosocial and psychopathological factors characterising sexual offenders committing the rapes (adults and minors) and pedophilia acts. The study dataset consisted of 180 court ordered psychiatric-sexuological assessments issued by forensic experts from the Mental Health Outpatient Clinic in 10<sup>th</sup> Military Clinic Hospital in Bydgoszcz (Poland). The assessments were done for the offenders who committed sexual offences as defined in Chapter XXV of the Criminal Code in Poland: Offences Against Sexual Freedom and Morality. This study used a specially designed questionnaire: Charter for Diagnosis of Factors Determining Criminal Activity.

**Results:** Relevant statistically significant differences have been observed between the study groups.

**Conclusions:** 1. The perpetrators of rape of adult and underage victims are characterized by similar psychosocial and psychopathological determinants. 2. A statistically significant difference was found in the distribution of factors determining rape in the underage population of the victims compared to the perpetrators of pedophilia acts.

**Key words:** rapes, criminal sexual behavior, pedophilia acts

*Seksuologia Polska 2019; 17: 9–15*

## Introduction

The evolution theories suggest that the phenomenon of rape constitutes a type of adaptation mechanism in the human species [1]. Among the animal species, sexual aggression is spontaneously generated by the force that allows domination within a given hierarchy structure and influences the process of natural selection [2].

In humans, sexual aggression is often results from poor social and interpersonal skills [3]. Marshall et al.

proposed a hypothesis that difficulty in interpersonal relations may lead to seeking emotional closeness through a sexual relation even if it is non-consensual [4]. The studies confirm also the importance of personality traits, social functioning and the degree of interaction of the victim with the perpetrator in the process of rape [5, 6].

According to Groth [7], rape is often a sexual behavior leading to fulfillment of non-sexual needs. He also differentiated types of rape based on several features.

---

**Adres do korespondencji:** Dariusz Juszczak, MD, PhD

7 Szpital Marynarki Wojennej  
ul. Polanki 117, 80–305 Gdansk, Poland  
Phone mobile: +48 605 109 730  
e-mail: d.juszczak@7szmw.pl

Nadesłano: 14.07.2018

Przyjęto do druku: 20.07.2019

Biological factors influencing rape were also described, such as the polymorphism of transponder gene for serotonin is associated with impulsivity, aggression and violence [8]. Nearly half of the rape victims reported the perpetrator acting under the influence of alcohol or drugs [9].

It is believed that sexual contact between a child and an adult is a symptom of inappropriate personality development. According to Kinsey [10], such experiences were found in 24% of women; and based on Landis [11] — 30% of males and 35% of females had a history of sexual abuse as children. Before 16 year of age, twice as many females than males may be victims of sexual abuse [12]. Fisher et al. [13] shows that males with strong deviant tendencies have a significantly higher level of cognitive impairment. In addition, factors such as low self-esteem, sense of loneliness and the sense of externally located focus of control, differentiate the perpetrators of sexual molestation of children from individuals in control groups [14].

One of the commonly used classifications identifies the two categories of paedophile offenders: preferential and situational in which the offender does not have sexual preferences towards children [15]. Elliott et al. [16] report that, according to the information collected from the offenders' statements, the ongoing criminal acts had been successfully masked for an average of 6 years prior to the first arrest.

There is limited evidence that sexual violence in childhood may cause psychiatric disturbances in adulthood [17]. Theories explaining sexual violence against children are often used to explain other types of sexual violence. There are three main multifactor theories for sexual violence against children.

1. Theory by Finkelhor: suggests that sexual violence against children is influenced by four typical factors. Sexual contact with a child is emotionally satisfying for the perpetrator (sexual compatibility); the perpetrator is sexually aroused by a child (sexual arousal); the perpetrator undertakes the sexual relation with a child because of their inability to fulfill their own sexual needs through socially acceptable contacts (blockage); the perpetrator becomes disinhibited (eg through the effects of alcohol consumption, impulse control disorders, ageing, psychotic experiences, sustained stress, sustained patriarchal approach, societal approval) and engages in behavior contrary to what their normal behavior would be [18].
2. Theory by Marschall, Barbaree: assumes that sexual violence against children is the effect of interactions between distal and proximal factors. Particularly, an emphasis is placed on the role of

unfavourable events experienced by the perpetrators prior to offending, such as rigid or inconsistent parenting, physical or sexual abuse. These can result in poor social functioning and decreased self-regulation from early childhood. According to the authors, sexual drive and aggression originate from the same neural structures (hypothalamus, amygdala, corpus callosum). The hormonal spikes in adolescence in some cases may lead to a fusion of aggression and the sexual sphere especially in the absence of effective social and self regulation mechanisms. The authors view sexual violence as a dynamic model including the interaction of biological, psychological, social, cultural and situational factors [19].

3. Theory by Hall, Hirschman: based on the four components of physiological sexual arousal, cognitions that justify sexual aggression, negative affective states, and personality problems as motivational precursors that increase the probability of sexually aggressive behavior [20].

In an effort to unify the three above theories, Beech and Ward concluded that one of the factors (precursor) may activate the others, in effect leading to sexual violence against children. The authors demonstrated how the dynamic factors interacting with contextual factors could generate the acute factors [21].

It should be noted that in the past years there is an ongoing discussion on the factors associated with sexual violence as well as the methods of risk assessment to predict the likelihood of re-offending and the advantages of each method [22–27].

Currently there are three theoretical approaches to the issues related to the assessment of risk for re-offending:

1. Nomometric (actuarial), based on the scales and psychometric tools of risk assessment such as Static-99 (includes only static factors), Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism (RRASOR), Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised (MnSOST-R), Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG), Level of Service Inventory-Revised (LSI-R), Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR), Multiphasic Sex Inventory (MSI), The Violence Risk Scale (VRS), Historical Clinical Risk-20 (HCR-20), Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) [28–35].
2. Idiographic (client centered), based on empirical clinical diagnosis, describing developmental, criminogenic, dispositional, dynamic and acute factors [36–39].
3. Psychometric, based on psychometric measurements, determining the personality features, psychosexual characteristic, deviant tendencies. This



method includes the use of common psychometric tools for diagnosis of personality disorders [40, 41], (for example, psychopathic personality disorder with the use of Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) or its screening version (PCL-SV) [42, 43], the affective states [45, 46], and sexual deviation [46–49].

It has been shown that psychometrically diagnosed sexual deviation is associated with sexual offences recidivism [50–52]. It is worth mentioning that average recidivism factor for subsequent sexual offences is low and estimated as 13.4–13.7% [53, 54].

## Material and methods

The purpose of this paper is to evaluate and compare which psychosocial and psychopathological factors characterise perpetrators of rapes (adults and minors) and pedophilia acts.

The study dataset consisted of 180 court ordered psychiatric-sexuological assessments issued by forensic experts from the Mental Health Outpatient Unit in the 10<sup>th</sup> Military Clinic Hospital in Bydgoszcz (Poland). The assessments were done for offenders who committed sexual offences as defined in Chapter XXV of the Criminal Code in Poland: Offences Against Sexual Freedom and Morality. The subjects were divided into groups based on the type of sexual offence committed. The following four groups were identified: perpetrators of rape on the adult victim, perpetrators of pedophilia acts, rape of underage victims, other sexual offences.

Paraphilia (disorders of sexual preference) was recognized in 5 cases which constituted 2.8% of all offenders for whom an expert opinion was issued. This study used a specially designed questionnaire: Charter for Diagnosis of Factors Determining Criminal Activity. This questionnaire was constructed based on clinical interviews and clinical knowledge. It included data regarding: characteristics of the committed offence (based on the relevant categories from the 1997 Polish Criminal Code), prior criminal and regulatory offenses, sociological features (sociodemographics), psychomotor development during childhood and adolescence, relationship status of the offender at the time of the offense, upbringing, school records, military service, relationship to alcohol and other addictions, somatic diseases, psychiatric and sexuological treatments and clinical diagnoses according to ICD-10. The psychological assessment included the following diagnostic tests: a visuo-motor gestalt test (by Lauretta Bender), the Benton visual retention test and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. The questionnaire was

completed by the researcher based on the opinion of the forensic experts. The data from the questionnaire was entered into a spreadsheet and all statistical calculations were done through Excel. To answer the questions posed in this paper, the chi-Pearson test was used. Correlations with all collected variables were analyzed for subjects in the study groups (rape of the adult victim, pedophilia acts, rape of the underage victim, other sexual offences). Only the correlations for which the p-value was less than 0.05 were taken into consideration.

## Results

The analysis revealed several characteristic features describing the sexual offenders in the study groups (rape of the adult victim, pedophilia acts, rape of the underage victim, other sexual offences). The findings are presented in Tables 1–3.

## Discussion

In the group of sexual offenders included in the study ( $n = 180$ ), rape of the adult and underage victims constituted 46.11% ( $n = 83$ ) of all types of sexual offences in the study population. Almost half of these perpetrators acted under the influence of alcohol, which constitutes a higher proportion than reported in literature [9].

Data from the study confirmed the importance of several factors influencing the crime of rape, including poor social functioning and impairment interpersonal relations. Some of the more specific indicators were: prior criminal record, difficulty in finding and maintaining employment, lack of satisfaction from sexual interactions to date, early initiation to alcohol consumption, early age of sexual initiation [3–6, 55].

The significance of a low level of family social functioning and disrupted family structure have also been confirmed [55] through increased rates of parental marital conflict, poor relationship with parents, presence of parental alcoholism, upbringing in single parent families or foster institutions.

The results did not support the hypothesis that the proportion of divorced males in the population was the strongest prognostic factor for rape [56]. The divorced constituted 4.9% of the perpetrators convicted of a rape of adult victims, and 9.5% for perpetrators of the underage rape victim group. Important information from the study reveals the analysis of an emotional state of the perpetrators prior to the committed offence. W.D. Pithers et al. [57] report that 88% of all rapists prior to committing of the crime experienced anger, whereas

**Table 1.** The comparative analysis of factors characterizing offenders based on the type of sexual offence committed (rape of the adult victim, pedophilia acts, rape of the underage victim, other sexual offences), regarding psychosocial factors (Pearson's Chi Square,  $p < 0.05$ )

| Analyzed factor                                                                        | Rape of an adult victim (N = 41) | Pedophilia acts (N = 89) | Rape of the underaged victim (N = 42) | Other sexual offences (N = 8) |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Crime committed under the influence of alcohol                                         | 68.3%                            | 32.6%                    | 57.1%                                 | 87.5%                         |
| Crime committed under the influence of other psychoactive substances excluding alcohol | 0.0%                             | 0.0%                     | 9.5%                                  | 0.0%                          |
| Prior criminal record                                                                  | 46.3%                            | 28.1%                    | 40.5%                                 | 0.0%                          |
| Age of the offender (years old):                                                       |                                  |                          |                                       |                               |
| <18                                                                                    | 4.9%                             | 0.0%                     | 2.4%                                  | 0.0%                          |
| 19–35                                                                                  | 56.1%                            | 40.4%                    | 21.4%                                 | 12.5%                         |
| 36–50                                                                                  | 29.3%                            | 41.6%                    | 64.3%                                 | 25%                           |
| > 51                                                                                   | 9.7%                             | 17.9%                    | 11.9%                                 | 62.5%                         |
| Marital status:                                                                        |                                  |                          |                                       |                               |
| never married                                                                          | 46.3%                            | 33.7%                    | 31.0%                                 | 12.5%                         |
| married                                                                                | 36.6%                            | 36.0%                    | 47.6%                                 | 62.5%                         |
| divorced                                                                               | 4.9%                             | 12.4%                    | 9.5%                                  | 0.0%                          |
| other (widower, separated. common law)                                                 | 12.2%                            | 17.9%                    | 12.0%                                 | 25.0%                         |
| Employment status:                                                                     |                                  |                          |                                       |                               |
| full time                                                                              | 31.7%                            | 43.8%                    | 38.1%                                 | 25%                           |
| part time                                                                              | 17.1%                            | 16.9%                    | 31.0%                                 | 0.0%                          |
| unemployed                                                                             | 36.6%                            | 18.0%                    | 11.9%                                 | 12.5%                         |
| disability benefits                                                                    | 14.6%                            | 18.0%                    | 16.7%                                 | 12.5%                         |
| Psychomotor development in childhood                                                   |                                  |                          |                                       |                               |
| normal                                                                                 | 87.8%                            | 86.5%                    | 100.0%                                | 100.0%                        |
| delayed                                                                                | 12.2%                            | 13.5%                    | 0.0%                                  | 0.0%                          |
| Parental marital relationship                                                          |                                  |                          |                                       |                               |
| normal                                                                                 | 51.2%                            | 74.2%                    | 50.0%                                 | 87.5%                         |
| conflict                                                                               | 43.9%                            | 25.8%                    | 35.7%                                 | 12.5%                         |

Groth [58] suggests rape as an act of enmity against women. The above findings are congruent with the data obtained through the study. In the study group, 31.7% of the perpetrators of rape of the adult victim and 40.5% of the perpetrators of rape of the underage victim did not experience sexual satisfaction from their sexual experiences prior to the committed offence and were sexually active rarely or never, 39.0% and 33.3% respectively for the above mentioned study groups.

In regards to pedophilic sexual offences, data gathered by the study confirmed some of the elements of all three main multi-factor theories of sexual violence against children. For the theory by Finkelhor [18], the dis-inhibition from the use of alcohol — 32.6% perpetrators of pedophilia acts were under the influence of alcohol, with the number increasing to 57.1% among the perpetrators of rape. The impulse control disorders which can be linked to organic personality disorders were diagnosed in 13.5% of perpetrators of pedophilia acts and in 31.0% among the perpetrators of rape of the underage victim.

For the theory of Marshall, Barbaree [19], poor family functioning in early childhood, elements of inconsistent parenting, parental alcoholism, as well as probable past history of perpetrators' own sexual abuse in childhood were found in 24.7% of perpetrators of pedophilia acts and 54.8% of perpetrators of rape of the underage victim.

For the theory of Hall, Hirshmann [20], the manifestations of negative affective states which may be caused by organic changes within the CNS were found in 15.7% of perpetrators of pedophilia acts and 40.5% of perpetrators of rape of the underage victim. The prevalence of personality disorders in the above groups of perpetrators was 49.5% and 69.1% respectively.

In conclusion, we may assume that the above three theories are complementary and constitute a dynamic model for a variety of factors and their interactions, which may lead to the act of sexual offence as discussed by Beech and Ward [21].

It is also suggested that the presence of psychopathologic disorders may lead to impaired inhibition in the

**Table 2.** The comparative analysis of factors characterizing offenders based on the type of sexual offence committed (rape of the adult victim, pedophilia acts, rape of the underage victim, other sexual offences), regarding sexual development (Pearson's Chi Square,  $p < 0.05$ )

| Analyzed factor                                                         | Rape of an adult victim (N = 41) | Pedophilia acts (N = 89) | Rape of the underage victim (N = 42) | Other sexual offences (N = 8) |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Reported sexual dissatisfaction                                         | 31.7%                            | 5.6%                     | 23.8%                                | 0.0%                          |
| Weak or neutral emotional bond with parents                             | 56.0%                            | 27.0%                    | 42.9%                                | 25.0%                         |
| Source of sexual education:                                             |                                  |                          |                                      |                               |
| parents                                                                 | 2.4%                             | 3.4%                     | 7.1%                                 | 0.0%                          |
| peers                                                                   | 87.8%                            | 79.8%                    | 85.7%                                | 50.0%                         |
| media                                                                   | 4.9%                             | 10.1%                    | 7.1%                                 | 50.0%                         |
| Recollection of own sexual experience from childhood                    | 26.8%                            | 24.7%                    | 54.8%                                | 12.5%                         |
| Age of sexual initiation (years old):                                   |                                  |                          |                                      |                               |
| 10–15                                                                   | 9.8%                             | 7.9%                     | 11.9%                                | 25.0%                         |
| 16–18                                                                   | 61.0%                            | 24.7%                    | 40.5%                                | 12.5%                         |
| > 18                                                                    | 24.4%                            | 59.6%                    | 42.9%                                | 62.5%                         |
| Frequency of sexual contacts (in marital and common law relationships): |                                  |                          |                                      |                               |
| daily                                                                   | 4.9%                             | 0.0%                     | 0.0%                                 | 0.0%                          |
| weekly                                                                  | 19.5%                            | 30.3%                    | 26.2%                                | 25.0%                         |
| monthly                                                                 | 36.6%                            | 24.7%                    | 40.5%                                | 0.0%                          |
| none                                                                    | 39.0%                            | 44.9%                    | 33.3%                                | 75.0%                         |
| History of parental alcoholism                                          | 41.5%                            | 20.2%                    | 31.0%                                | 0.0%                          |
| Upbringing (family structure):                                          |                                  |                          |                                      |                               |
| both parents present                                                    | 63.4%                            | 87.6%                    | 64.3%                                | 50.0%                         |
| single parent family                                                    | 31.7%                            | 6.7%                     | 23.8%                                | 50.0%                         |
| foster care                                                             | 2.4%                             | 5.6%                     | 11.9%                                | 0.0%                          |
| Sexual preference disturbances                                          | 0.0%                             | 5.6%                     | 4.8%                                 | 25.0%                         |

**Table 3.** The comparative analysis of factors characterizing offenders based on the type of sexual offence committed (rape of the adult victim, pedophilia acts, rape of the underage victim, other sexual offences), regarding psychobiological factors (Pearson's Chi Square,  $p < 0.05$ )

| Analyzed factor                                 | Rape of an adult victim (N = 41) | Pedophilia acts (N = 89) | Rape of the underage victim (N = 42) | Other sexual offences (N = 8) |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Learning difficulties at school                 | 61.0%                            | 50.6%                    | 31.0%                                | 25.0%                         |
| Behavioral problems at school                   | 63.4%                            | 28.1%                    | 50.0%                                | 0.0%                          |
| Age of first alcohol consumption (years of age) |                                  |                          |                                      |                               |
| < 15                                            | 58.5%                            | 34.9%                    | 42.8%                                | 62.5%                         |
| 16–18                                           | 36.6%                            | 60.7%                    | 31.0%                                | 25.0%                         |
| > 18                                            | 4.9%                             | 4.5%                     | 26.2%                                | 12.5%                         |
| Treatment for alcohol addiction                 | 17.1%                            | 5.6%                     | 16.7%                                | 0.0%                          |
| Use of psychoactive substances                  | 17.1%                            | 13.5%                    | 2.4%                                 | 0.0%                          |
| Psychiatric treatment                           |                                  |                          |                                      |                               |
| sporadic                                        | 19.5%                            | 9.0%                     | 23.8%                                | 12.5%                         |
| regular                                         | 17.1%                            | 11.2%                    | 0.0%                                 | 12.5%                         |
| Organic personality disorder                    | 14.6%                            | 13.5%                    | 31.0%                                | 50.0%                         |
| Organic changes in CNS                          | 19.5%                            | 15.7%                    | 40.5%                                | 87.5%                         |
| Clinical assessment of the alcohol use:         |                                  |                          |                                      |                               |
| overuse/abuse                                   | 2.4%                             | 4.5%                     | 11.9%                                | 0.0%                          |
| addiction syndromme                             | 26.8%                            | 9.0%                     | 16.7%                                | 0.0%                          |
| Developmental disability                        | 14.6%                            | 9.0%                     | 0.0%                                 | 0.0%                          |
| Personality disorder:                           |                                  |                          |                                      |                               |
| antisocial PD                                   | 39.0%                            | 32.6%                    | 40.5%                                | 0.0%                          |
| personality disorder not otherwise specified    | 43.9%                            | 16.9%                    | 28.6%                                | 62.5%                         |

situation where sexual arousal occurs. Such inhibition would be naturally present in persons without the co-existing psychopathologic disorders [55].

The study was able to confirm the data that the majority of perpetrators of sexual offences against children were married [59] — 36% of perpetrators of pedophilia acts and 47.6% of perpetrators of rape of the underage victim. The studies to date [60] indicate that the perpetrators of sexual offences against children have difficulty in initiating and maintaining satisfying relationships with adults, which may motivate them to seek relations with children. Dreznick [61] describes this phenomenon as the inability to have competent interactions with the opposite sex. The study confirm this finding only in respect to the perpetrators of rape of an underage victim — lack of satisfaction from sexual relationships in 23.8% of the perpetrators compared to 5.6% of perpetrators of pedophilia acts. The study was able to confirm the common coexistence of personality disorders among the perpetrators of sexual offences against children [62] — 49.5% of perpetrators of pedophilia acts and 69.1% of perpetrators of rape of the underage victim.

The main limitation of the study is the lack of characteristics of other sexual offences due to their under-representation in the study group. As the study consisted mostly of subjects without paraphilia, it was unable to verify some of the hypotheses proposed in the literature, such as whether males with strong deviant tendencies do indeed have an increased level of cognitive disturbances [13].

The suggestions for future research include studies focusing on comparing the results, characteristic for perpetrators of sexual offences against children without deviant tendencies (without diagnosed paraphilia) with the perpetrators presenting with paraphilia.

## Conclusions

1. The perpetrators of rape of adults and underage victims are characterized by similar psychosocial and psychopathological determinants.
2. A statistically significant difference was found in the distribution of factors determining rape in the underage population of the victims compared to the perpetrators of pedophilia acts.

## References:

1. Muehlenhard C, Harney P, Jones J. From "Victim-Precipitated Rape" to "Date Rape": How Far Have We Come? *Annual Review of Sex Research*. 1992; 3(1): 219–253, doi: [10.1080/10532528.1992.10559880](https://doi.org/10.1080/10532528.1992.10559880).
2. Gleitman H. *Basic psychology*. WW Norton, New York 1996.
3. Buglass R, Bowden P. *Principles and practice of forensic psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1990.
4. Marshall W, Hudson S, Hodgkinson S. The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. In: Barbaree HE, Marshall WL, Hudson SM. ed. *The juvenile sex offender*. Guildford, New York 1993: 164–181.
5. Rhodes JE, Ebert L, Meyers AB. Sexual victimization in young, pregnant and parenting, African-American women: psychological and social outcomes. *Violence Vict*. 1993; 8(2): 153–163, indexed in Pubmed: [8193056](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8193056/).
6. Rice M, Chaplin T, Harris G, et al. Empathy for the Victim and Sexual Arousal Among Rapists and Nonrapists. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016; 9(4): 435–449, doi: [10.1177/088626094009004001](https://doi.org/10.1177/088626094009004001).
7. Groth AN. Rape: the sexual expression of aggression. In: Groth AN. ed. *Multidisciplinary approaches to aggression research*. Elsevier, North Holland 1981.
8. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 8th edn*. Williams & Wilkins, Philadelphia 2005.
9. Bachman R. *Violence against women. A national crime victimization survey report*. Washington DC 1994.
10. S. J, Kinsey AC, Pomeroy WB, et al. *Sexual behavior in the human female. Population (French Edition)*. 1954; 9(4): 765, doi: [10.2307/1524943](https://doi.org/10.2307/1524943).
11. Landis JT. Experiences of 500 children with adult sexual deviation. *Psychiatr Q Suppl*. 1956; 30(1): 91–109, indexed in Pubmed: [13389623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13389623/).
12. Buglass R, Bowden P. *Principles and practice of forensic psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1990.
13. Fisher D, Beech A, Browne K. The effectiveness of relapse prevention training in a group of incarcerated child molesters. *Psychology, Crime & Law*. 2000; 6(3): 181–195, doi: [10.1080/10683160008409803](https://doi.org/10.1080/10683160008409803).
14. Beech A., Fisher D., Beckett R. (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. [www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf).
15. McLachlan R RJ. Pedophilia: A typology of child sex offender, modus operandi. *International Criminal Police Review*. 2000; 483.
16. Elliott M, Browne K, Kilcoyne J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse Negl*. 1995; 19(5): 579–594, indexed in Pubmed: [7664138](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7664138/).
17. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, et al. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 416–421, doi: [10.1192/bjp.184.5.416](https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.416), indexed in Pubmed: [15123505](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15123505/).
18. Finkelhor D. *Child sexual abuse: New theory and research*. New York 1984: Free.
19. Marshall WL, Barbaree HE. An integrated theory of the etiology of sexual offending. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. ed. *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum, New York 1990: 257–275.
20. Hall G, Hirschman R. Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior*. 1992; 19(1): 8–23.
21. Beech A, Ward T. The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*. 2004; 10(1): 31–63, doi: [10.1016/j.avb.2003.08.002](https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.002).
22. Hanson RK, Moreton KE, Harris AJ. Sexual Offender Recidivism Risk – What we Know and What we Need to Know. In: Prentky R, Janus E, Seto ME, Burgess AW. ed. *Understanding and managing sexually coercive behavior*. Annals of the New York Academy of Science 2003: 154–166.
23. Beech A, Fisher D, Thornton D. Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2003; 34(4): 339–352, doi: [10.1037/0735-7028.34.4.339](https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.339).
24. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A me-

- ta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1998; 123(2): 123–142, doi: [10.1037/0033-2909.123.2.123](https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123).
25. Hanson R.K., Bussière M.T. (1996), Predictors of Sexual Offender Recidivism: A Meta-analysis, (User Report No. 1996-04). Department of the Solicitor General of Canada, Ottawa. <http://www.sgc.gc.ca/epub/corr/e199604/e199604.htm>.
26. Litwack T. Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2001; 7(2): 409–443, doi: [10.1037/1076-8971.7.2.409](https://doi.org/10.1037/1076-8971.7.2.409).
27. Hart S, Laws DR, Kropp PR. The promise and the peril of sex offender risk assessment. In: Ward T, Laws DR, Kropp PR. ed. *Sexual deviance: issues and controversies*. Sage Publications Inc., CA 2003: 207–225.
28. Bartosh DL, Garby T, Lewis D, et al. Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2003; 47(4): 422–438, doi: [10.1177/0306624X03253850](https://doi.org/10.1177/0306624X03253850), indexed in Pubmed: [12971183](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12971183/).
29. Andrews DA, Bonta J. *LSI-R: The Level of Service Inventory – Revised*. Multi-Health Systems, Toronto 1995: Ontario.
30. Hanson RK, Harris AJ. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001; 13(2): 105–122, doi: [10.1177/107906320101300204](https://doi.org/10.1177/107906320101300204), indexed in Pubmed: [11294122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11294122/).
31. Nichols HR, Molinder I. *Manual for the multiphasic sex inventory*. Crime and Victim Psychology Specialists, Tacoma 1984.
32. Wong S, Gordon A 2001 The violence risk scale. *Forensic Update* 67, October.
33. Webster CD, Douglas KS, Eaves D et al 1997 HCR-20: assessing risk of violence (version 2). Mental Health Law, Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver, BC.
34. Hanson RK, Thornton D 1999 Static 99. Solicitor General of Canada, Ottawa, Ontario.
35. Harris GT, Rice ME. Actuarial assessment of risk among sex offenders. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 198–210; discussion 236, doi: [10.1111/j.1749-6632.2003.tb07306.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07306.x), indexed in Pubmed: [12839899](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12839899/).
36. Craig L, Browne K, Stringer I. Comparing sex offender risk assessment measures on a UK sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2016; 48(1): 7–27, doi: [10.1177/0306624X03257243](https://doi.org/10.1177/0306624X03257243).
37. Beech A, Erikson M, Friendship C, et al. A six-year follow-up of men going through probation-based sex offender treatment programmes. *PsycEXTRA Dataset*. 2001, doi: [10.1037/e667922007-001](https://doi.org/10.1037/e667922007-001).
38. Hudson SM, Wales DS, Bakker L, et al. Dynamic risk factors: the Kia Marama evaluation. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 103–19; discussion 195, doi: [10.1177/107906320201400203](https://doi.org/10.1177/107906320201400203), indexed in Pubmed: [11961886](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11961886/).
39. McGrath R, Cumming G, Livingston J, et al. Outcome of a Treatment Program for Adult Sex Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016; 18(1): 3–17, doi: [10.1177/0886260502238537](https://doi.org/10.1177/0886260502238537).
40. Borum R, Grisso T. Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995; 26(5): 465–473, doi: [10.1037/0735-7028.26.5.465](https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.5.465).
41. Millon T, Davis R, Millon C. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. NCS, Inc. 1997.
42. Hare R. *Manual for the revised psychopathy checklist*. Multi-Health Systems, Inc., Toronto 1991.
43. Hart S, Cox D, Hare R. *Hare psychopathy checklist: screening version*. *PsycTESTS Dataset*. 2012, doi: [10.1037/t04991-000](https://doi.org/10.1037/t04991-000).
44. Hanson RK, Harris A. Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*. 2016; 27(1): 6–35, doi: [10.1177/0093854800027001002](https://doi.org/10.1177/0093854800027001002).
45. Hanson RK, Harris AJ. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001; 13(2): 105–122, doi: [10.1177/107906320101300204](https://doi.org/10.1177/107906320101300204), indexed in Pubmed: [11294122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11294122/).
46. Beech A, Fisher D, Beckett R (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. [www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf).
47. Beech A, Friendship C, Erikson M, et al. The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 155–167, doi: [10.1177/107906320201400206](https://doi.org/10.1177/107906320201400206), indexed in Pubmed: [11961889](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11961889/).
48. Nichols HR, Molinder I. *Manual for the multiphasic sex inventory*, crime and victim psychology specialists. Tacoma, WA 1984.
49. Thornton D. Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 139–53; discussion 195, doi: [10.1177/107906320201400205](https://doi.org/10.1177/107906320201400205), indexed in Pubmed: [11961888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11961888/).
50. Beech A, Fisher D, Beckett R (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. [www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf).
51. Finkelhor D. *Child sexual abuse: new theory and research*. Free Press, New York 1984: New.
52. Salter AC. *Treating child sex offenders and victims: a practical guide*. Sage Publications, Inc, California 1988: California.
53. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66(2): 348–362, indexed in Pubmed: [9583338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9583338/).
54. Hanson RK, Morton-Bourgon K. Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis. *Public Safety and Emergency Preparedness*, Canada 2004.
55. Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. Elsevier Limited 2009: 484–529.
56. Baron L, Straus MA, Jaffee D. Legitimate violence, violent attitudes, and rape: a test of the cultural spillover theory. *Ann N Y Acad Sci*. 1988; 528: 79–110, doi: [10.1111/j.1749-6632.1988.tb50853.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1988.tb50853.x), indexed in Pubmed: [3421615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3421615/).
57. Pithers WD, Kashima KM, Cumming GF, Beal LS, Buell MM. Relapse prevention of sexual aggression. In: Prentky RA, Quinsey VL. ed. *Human sexual aggression: current perspectives*. Academy of Science, New York 1988: 244–260.
58. Groth AN. *Men who rape; the psychology of the offender*. Plenum, New York 1979.
59. Gebhard P, Gagnon J, Pomeroy N, Christenson C. *Sex offenders*. Harper Row, New York 1965.
60. Marshall WL. Pedophilia: psychopathology and theory. In: Laws DR, O'Donohue W. ed. *Sexual deviance: theory, assessment, and treatment*. Guilford, New York 1997: 152–174.
61. Dreznick MT. Heterosocial competence of rapists and child molesters: a meta-analysis. *J Sex Res*. 2003; 40(2): 170–178, doi: [10.1080/00224490309552178](https://doi.org/10.1080/00224490309552178), indexed in Pubmed: [12908124](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12908124/).
62. Levin SM, Stava L. Personality characteristics of sex offenders: a review. *Arch Sex Behav*. 1987; 16(1): 57–79, indexed in Pubmed: [3579558](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3579558/).

# Wpływ filmu *50 twarzy Greya* na postawy wobec praktyk BDSM oraz zachowania seksualne

Dagna Kocur

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach

## Streszczenie

**Wstęp:** W ostatnich latach można było obserwować fenomen sprzedaży powieści *50 twarzy Greya*. W 2015 roku sukces książki został powtórzony przez jej ekranizację. Fenomen kulturowy, którym stała się historia Christiana Greya skłania do zadawania pytań na temat jego przyczyn, ale i konsekwencji.

**Materiał i metody:** Badanie składało się z 2 części: przed i po obejrzeniu filmu. Pierwszą część badania przeprowadzono wśród osób planujących obejrzenie filmu *50 twarzy Greya* ( $n = 398$ ). Drugą część badania została przeprowadzona 1,5 miesiąca po premierze filmu ( $n = 111$ ). Pierwsza część składała się z metryczki oraz ankiety własnej dotyczącej życia seksualnego i BDSM. Druga część badania została uzupełniona o pytania dotyczące filmu. W I i II części badania udział wzięło 111 osób, w tym 106 kobiet.

**Wyniki:** Po obejrzeniu filmu więcej osób wiedziało, co oznacza określenie BDSM. Jednak więcej osób odpowiedziało, że nie chce stosować BDSM w swoim życiu seksualnym. Po obejrzeniu filmu odnotowano także wyższą satysfakcję seksualną. Film oceniono pozytywnie 47% badanych. Zaobserwowano ujemne korelacje oceny filmu ze skłonnością do inicjowania aktywności seksualnej oraz z satysfakcją seksualną. Osoby, którym film się podobał, miały także niższą satysfakcję ze związku.

**Wnioski:** Po obejrzeniu filmu odnotowano zwiększoną satysfakcję seksualną badanych, jednak nie było to spowodowane praktykowaniem BDSM. Film *50 twarzy Greya* nie skłonił badanych do praktykowania BDSM w swoim życiu seksualnym, jednak zwiększył ich wiedzę na ten temat.

**Słowa kluczowe:** satysfakcja seksualna, BDSM, postawy, treści erotyczne, pornografia

*Seksuologia Polska 2019; 17: 16–21*

## Wprowadzenie

W ostatnich latach można było obserwować fenomen sprzedaży powieści *50 twarzy Greya* [1–4]. W 2015 roku sukces książki został powtórzony przez jej ekranizację. Film *50 twarzy Greya* pomimo mieszanych opinii odniósł natychmiastowy sukces kasowy, bijąc liczne rekordy i zarabiając ponad 569 milionów dolarów na całym świecie. Zjawisko to skłania do głębszej refleksji na temat jego przyczyn, ale i konsekwencji. Tak duża popularność filmu może się wiązać z jego wpływem na odbiorców, w tym przypadku głównie kobiety. Do analizy pod względem psychologicznym i seksuologicznym może ponadto skłaniać poruszany zarówno w książce, jak i filmie aspekt BDSM

Literatura prezentująca różnego rodzaju romanse stanowi rynek o wartości ponad miliarda dolarów. W 2004 roku książki te stanowiły 55% wszystkich wydań w miękkiej okładce, które sprzedano w USA [5]. Istnieje niewiele badań dotyczących wpływu treści erotycznych w literaturze i filmie na funkcjonowanie psychoseksualne, nieliczne są jednak bardzo interesujące. Wyniki badań Carroll i wsp. [6] pokazały związek oglądania pornografii i podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych wśród dorosłych kobiet. Pornografia okazała się związana z częstymi przelotnymi kontaktami seksualnymi oraz większą liczbą partnerów seksualnych, jednak wyniki tych badań nie pokazują, co jest przyczyną, a co konsekwencją. Badania Reese-Weber

i McBride [7] dostarczyły ważnych informacji dotyczący wpływu czytania książki *50 twarzy Greya* na poziom pożądania seksualnego. Kobiety, które mocno identyfikowały się z główną bohaterką, zgłaszały wzrost pożądania seksualnego, jednak kobiety, które czytały książkę, nie utożsamiając się z bohaterką, nie odczuwały wzrostu pożądania. Kluczowy wydaje się zatem sam odbiór książki oraz wyobrażanie sobie siebie na miejscu głównej bohaterki.

Konsekwencje oglądania treści erotycznych i pornografii ujawniają się między innymi w ocenie atrakcyjności swojej, ale także partnera seksualnego. Może tu występować efekt, jaki seksuolodzy obserwują od lat w obszarze konsekwencji pornografii. Często jej skutkiem są zbyt duże i nierealistyczne oczekiwania co do własnej aktywności i atrakcyjności seksualnej oraz budowy anatomicznej, które skutkują brakiem satysfakcji czy dysfunkcjami seksualnymi. Rosnąca popularność labioplastyki, której w większości przypadków jedynym uzasadnieniem jest chęć upodobnienia się do aktorów grających w filmach pornograficznych [8], potwierdza ten efekt. Popularne badania Kenricka i wsp. [9] dostarczyły danych o wpływie oglądania przez mężczyzn zdjęć atrakcyjnych kobiet z magazynów erotycznych. Mężczyźni po obejrzeniu takich zdjęć oceniali zdjęcia zwykłych kobiet niżżej niż mężczyźni, którzy nie oglądali zdjęć z magazynów erotycznych na początku. Kolejne wyniki badań wykazały, że mężczyźni oceniali ich własne związki mniej korzystnie po ekspozycji na fizycznie atrakcyjne kobiety [10]. Można zatem przypuszczać, że kobiety, które zapoznały się z historią Christiana Greya, będą niżżej oceniać przeciętnych mężczyzn czy też swojego własnego partnera.

Analizując sukces filmu i powieści *50 twarzy Greya*, nie można pominąć aspektu sadomasochistycznego. Jednym z elementów preferencji seksualnych mogą być zachowania związane z dominacją lub uległością czy zjawisko BDSM. Określenie to pochodzi od słów „związanie” i „dyscyplina” (*bondage & discipline*, B&D), „dominacja” i „uległość” (*domination & submission*, D&S, D/S) sadyzm i masochizm (*sadism & masochism*, S&M). Mimo że pewne działania wiążą się z przymusem, BDSM nie jest formą molestowania seksualnego, ponieważ tego rodzaju praktyki odbywają się za zgodą wszystkich uczestników. Zazwyczaj zaangażowane strony czerpią przyjemność z takiej aktywności, pomimo bólu lub upokorzenia, które powodują specyficzne elementy tejże aktywności i w innych warunkach mogłyby uchodzić za nieprzyjemne. Podczas praktyk mogą wystąpić różne formy seksu, ale nie jest on najistotniejszym elementem. Najczęściej BDSM jest praktykowany jako odgrywanie konkretnych scen, w których występują odpowiednie rytuały [11]. W nie-

których wypadkach dochodzi do uwzględnienia BDSM w życiu codziennym. Historia tego zjawiska jest dość stara, pierwsze wzmianki o tego typu zachowaniach i relacjach pochodzą z IX w p.n.e. z regionów starożytnej Sparty. Kolejnych można się doszukać właściwie w każdej epoce [12].

Przesiewowe badania Richters i wsp. [13] dotyczące praktykowania BDSM pokazały popularność zjawiska: 2,2% mężczyzn i 1,3% kobiet przyznało, że w ciągu ostatniego roku było zaangażowanych w BDSM. Jednak w tej grupie nie było więcej osób, które zostały zmuszone do aktywności seksualnej. Badani praktykujący BDSM nie różnili się pod względem częstości odczuwania niepokoju czy bycia nieszczęśliwym. Co więcej, osoby te uzyskiwały znacznie mniej punktów w skali cierpienia psychicznego niż pozostali badani. Praktykowanie BDSM nie było istotnie związane z jakikolwiek trudnościami seksualnymi [13].

Popularność zarówno książki, jak i filmu *50 twarzy Greya* wskazuje na pewien fenomen społeczny. W 2013 roku wydano specjalny numer czasopisma „Sexualities” poświęcony temu zjawisku [14]. Wpływ treści erotycznych i pornograficznych jest istotny lecz niejednoznaczny. Interesujące wydają się zatem zmiany mogące wystąpić po obejrzeniu filmu.

Celem badania jest analiza wpływu filmu *50 twarzy Greya* na postawy wobec praktyk BDSM, a także na satysfakcję seksualną, częstotliwość seksualną oraz wybrane zachowania seksualne (realizowanie fantazji seksualnych, dominacja w życiu seksualnym, używanie gadżetów seksualnych).

## Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Polsce i składało się z 2 części. W grudniu 2014 i styczniu 2015 przeprowadzono I część badania wśród osób planujących obejrzenie filmu *50 twarzy Greya*. W tej części udział wzięło 398 osób. Druga część badania została przeprowadzona 1,5 miesiąca po premierze filmu. W tym czasie wysłano zaproszenia drogą mailową do wypełnienia II części ankiety — „po obejrzeniu filmu” do osób, które wzięły udział w I części. W drugiej części udział wzięło 111 badanych.

Pierwsza część „przed obejrzeniem filmu” składała się z metryczki oraz ankiety własnej dotyczącej życia seksualnego i BDSM. Druga część badania została uzupełniona o pytania dotyczące filmu.

## Narzędzia badawcze

**Ankieta dotycząca postaw wobec BDSM.** Narzędzie to składało się z 3 pytań: 1. Czy wiesz, co to jest BDSM? (możliwe odpowiedzi: tak, nie); 2. Czy chciałbyś/

/chciałabyś stosować BDSM w swoim życiu seksualnym? (możliwe odpowiedzi: tak, nie, nie wiem); 3. Czy stosujesz BDSM w swoim życiu seksualnym? (możliwe odpowiedzi: tak, nie, nie wiem).

**Ankieta dotycząca filmu 50 twarzy Greya.** Narzędzie to składało się z pytań dotyczących oceny filmu (Oceń film: 1. Bardzo mi się podobał; 2. Podobał mi się; 3. Nie mam zdania; 4. Nie podobał mi się; 5. Bardzo mi się nie podobał), identyfikowania się z główną bohaterką (Czy identyfikowałeś/aś się z główną bohaterką Anastazją?; Tak, Nie) oraz potencjalnego wpływu filmu na badanych (Czy obejrzenie tego filmu wpłynęło w jakikolwiek sposób na Twoje życie? Jeżeli tak to w jaki sposób?).

**Ankieta dotycząca wybranych aspektów seksualności.** Narzędzie to składało się z pytań zamkniętych dotyczących częstotliwości aktywności seksualnej (Jak często dochodzi między Tobą a Twoim partnerem/Twoją partnerką do stosunku lub aktywności seksualnej? 1. Częściej niż raz dziennie; 2. Raz dziennie; 3. Trzy lub cztery razy w tygodniu; 4. Dwa razy w tygodniu; 5. Raz w tygodniu; 6. Raz na dwa tygodnie; 7. Raz na miesiąc; 8. Rzadziej niż raz w miesiącu; 9. W ogóle), jej inicjowania (Kto zazwyczaj rozpoczyna stosunek lub aktywność seksualną? 0. Nie dotyczy; 1. Zawsze mój partner [moja partnerka]; 2. Zazwyczaj mój partner [moja partnerka]; 3. Mój partner [moja partnerka] i ja równie często; 4. Zazwyczaj ja; 5. Zawsze ja), satysfakcji seksualnej (Oceń swój związek na skali: nie dotyczy; bardzo nieudany; nieudany; nie mam zdania; udany; bardzo udany), realizowania fantazji seksualnych (Czy realizujesz swoje fantazje seksualne? 1. Nigdy; 2. Bardzo rzadko; 3. Rzadko; 4. Czasami; 5. Często; 6. Prawie zawsze), dominacji w życiu seksualnym (Czy lubisz być stroną dominującą podczas aktywności seksualnej? a) nie; b) nie mam zdania; c) tak), fantazjowaniu o seksie z inną osobą (Jak często wyobrażasz sobie, że uprawiasz seks z kimś innym niż Twój aktualny partner? 1. W ogóle; 2. Rzadko; 3. Czasami; 4. Bardzo często) oraz używaniu zabawek erotycznych (Jak często używasz zabawek erotycznych, lubrykantów (środków nawilżających) lub innych akcesoriów erotycznych? 1. W ogóle; 2. Rzadko; 3. Czasami; 4. Bardzo często; 5. Podczas każdego seksu).

**Metryczka** zawierała pytania dotyczące wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz bliskich związków.

### Grupa badana

W II części badania udział wzięło 111 osób, w tym 5 mężczyzn. Z uwagi na poprawność metodologiczną zostali oni wyłączeni z grupy badanej. Zatem w ostatecznej grupie badanej znalazło się 106 kobiet. Średnia

wiek wynosił 24 lata (SD [standard deviation] = 4,74). Większość kobiet posiadała wykształcenie średnie — 64 kobiet (60,37%), 37 kobiet posiadała wykształcenie wyższe (34,91%), a podstawowe 5 kobiet (4,72%). Większość kobiet pochodziła ze średnich i dużych miast ( $n = 73$ ; 68,87%). Dwadzieścia siedem kobiet było singielkami (25,47%), 18 kobiet pozostawało w związku krótszym niż rok (16,98%), 47 kobiet było w związku nieformalnym dłuższym niż rok (44,34%), a 14 kobiet było małżonkami (13,21%).

### Wyniki

W tabeli 1 zaprezentowano różnice postawy badanych wobec BDSM przed i po obejrzeniu filmu.

Przed obejrzeniem filmu 25,47% badanych nie wiedziało, czym jest BDSM. Chęć praktykowania BDSM deklarowało 34,91% badanych. Do praktykowania BDSM przyznało się 10,38% badanych.

Po obejrzeniu filmu więcej osób wiedziało, co to jest BDSM. Jednak więcej osób odpowiedziało, że nie chce stosować BDSM w swoim życiu seksualnym (na poziomie trendu statystycznego). Na pytanie: czy stosujesz BDSM nie znało odpowiedzi przed obejrzeniem filmu więcej osób, ponieważ nie wiedziało, co kryje się pod tym skrótem. Obejrzenie filmu nie zachęciło zatem badanych do włączenia praktyk BDSM do swojego życia seksualnego, co najwyżej zwiększyło wiedzę na ten temat.

Jedynie zmiany w seksualności badanych, które zaobserwowano po obejrzeniu filmu, dotyczyły satysfakcji seksualnej oraz satysfakcji ze związku (na poziomie trendu statystycznego). Po obejrzeniu filmu zaobserwowano ich wyższy poziom. Nie odnotowano różnic w pozostałych zmiennych charakteryzujących życie seksualne (tab. 2).

Średnia ocena filmu na skali od 1 do 5 to 3,21 (SD = 1,14). Pozytywnie oceniło film 49% ( $n = 52$ ) badanych, a 34% ( $n = 36$ ) — negatywnie. Wyniki szczegółowe oceny filmu przedstawiono na rycinie 1.

W dalszych analizach wyróżniono grupę osób, którym film się nie podobał (odpowiedzi: Bardzo mi się nie podobał/Nie podobał mi się) oraz grupę, której film się podobał (odpowiedzi: Bardzo mi się podobał/Podobał mi się), z pominięciem osób, które nie miały zdania. Następnie przeprowadzono porównania między grupami. Osoby, którym film się podobał, miały mniejszą skłonność do inicjowania aktywności seksualnej, niższą satysfakcję ze związku oraz satysfakcję seksualną. Na poziomie trendu statystycznego osoby, którym film się podobał, miały także niższą aktualną częstotliwość aktywności seksualnej. Wyniki zaprezentowano w tabeli 3.



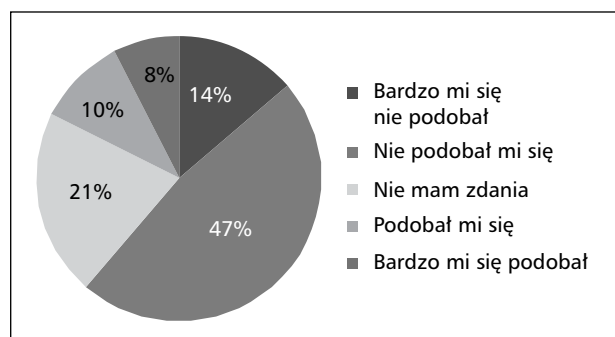
Tabela 1. Postawy względem BDSM przed i po obejrzeniu filmu

| Pytania dotyczące BDSM                                           | Przed |       | Po |       | z     | p     |
|------------------------------------------------------------------|-------|-------|----|-------|-------|-------|
|                                                                  | n     | %     | n  | %     |       |       |
| Czy wiesz, co to jest BDSM?                                      |       |       |    |       |       |       |
| Tak                                                              | 79    | 74,53 | 96 | 90,57 | 3,076 | 0,002 |
| Nie                                                              | 27    | 25,47 | 10 | 9,43  | 3,076 | 0,002 |
| Czy chciałbyś/chciałabyś stosować BDSM w swoim życiu seksualnym? |       |       |    |       |       |       |
| Tak                                                              | 37    | 34,91 | 31 | 29,25 | 0,883 | 0,377 |
| Nie                                                              | 19    | 17,92 | 31 | 29,25 | 1,941 | 0,052 |
| Nie wiem                                                         | 50    | 47,17 | 44 | 41,50 | 0,829 | 0,407 |
| Czy stosujesz BDSM w swoim życiu seksualnym?                     |       |       |    |       |       |       |
| Tak                                                              | 11    | 10,38 | 14 | 13,21 | 0,639 | 0,523 |
| Nie                                                              | 66    | 62,26 | 75 | 70,75 | 1,310 | 0,190 |
| Nie wiem                                                         | 29    | 27,36 | 17 | 16,04 | 1,999 | 0,046 |

Tabela 2. Zmienne charakteryzujące seksualność przed i po obejrzeniu filmu

| Zmienne charakteryzujące seksualność            | Przed |       | Po    |       | z      | p     |
|-------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
|                                                 | M     | SD    | M     | SD    |        |       |
| Aktualna częstotliwość seksualna                | 4,774 | 2,527 | 4,745 | 2,504 | 0,487  | 0,627 |
| Realizowanie fantazji seksualnych               | 3,726 | 1,508 | 3,689 | 1,400 | 0,401  | 0,689 |
| Skłonność do inicjowania aktywności seksualnej  | 3,075 | 1,270 | 2,991 | 1,283 | 1,035  | 0,303 |
| Skłonność do dominacji seksualnej               | 1,960 | 0,790 | 1,991 | 0,770 | 0,189  | 0,850 |
| Używanie zabawek erotycznych                    | 1,991 | 1,056 | 1,962 | 0,984 | 0,320  | 0,749 |
| Fantazjowanie o seksie z inną osobą niż partner | 1,915 | 0,977 | 1,906 | 0,911 | -0,154 | 0,877 |
| Satysfakcja ze związku                          | 4,019 | 1,857 | 4,189 | 1,908 | 1,750  | 0,080 |
| Satysfakcja seksualna                           | 3,925 | 1,814 | 4,180 | 1,766 | 2,507  | 0,012 |

M — średnia; SD — odchylenie standardowe

Rycina 1. Ocena filmu *50 twarzy Greya*

Kontrolowano także utożsamienia się badanych z główną bohaterką. Przeprowadzono porównanie osób, które identyfikowały się z Anastazją Steele ( $n = 28$ ) oraz tych, które się nie identyfikowały ( $n = 78$ ). Zaobserwowano istotne różnice jedynie w ocenie filmu. Badane identyfikujące się z główną bohaterką lepiej oceniały film. Wyniki zaprezentowano w tabeli 4. Nie zaobserwowano różnic wśród pozostałych zmiennych.

Na pytanie czy obejrzenie filmu wpłynęło na życie badanych 11% ( $n = 12$ ) odpowiedziało twierdząco. Na pytanie w jaki sposób większość odpowiedzi dotyczyła polepszenia życia seksualnego. Na przykład:

Bardziej w związku skupiłam się na aspektach natury fizycznej między mną i partnerem. Zastosowałam wiele trików z filmu; Moje życie seksualne jest barwniejsze; Zobaczyłam, że seks nie musi być nudny, może być urozmaicony, oczywiście jeśli dwie osoby się na to zgadzają i sprawia im to przyjemność; Wzrosła moja odwaga w sferach łóżkowych.

Pojawiły się również odpowiedzi ogólniejsze, na przykład: Mam większą motywację do podjęcia działań — pracy nad sobą (ćwiczeń fizycznych), żeby lepiej wyglądać i być może kiedyś w przyszłości przeżyć podobną przygodę. Najprościej mówiąc — mieć szansę u takiego faceta, jak Christian Grey.

### Omówienie wyników

Po obejrzeniu filmu odnotowano wyższą satysfakcję seksualną. Taki wynik można pozornie przypisać „za-inspirowaniu” przez film odbiorców tematyką BDSM, szczególnie biorąc pod uwagę wyniki badań Hébert i Weaver [15] dotyczących korzyści płynących z praktykowania BDSM. Jednak po obejrzeniu filmu więcej osób odpowiedziało, że nie chce stosować BDSM w swoim życiu seksualnym. Wzrosła jedynie wiedza badanych dotycząca tego czym jest BDSM, a nie chęć praktykowania. Wzrost satysfakcji seksualnej po obejrzeniu

Tabela 3. Zmienne charakteryzujące seksualność z podziałem na osoby, którym film się podobał i nie podobał

|                                                 | Osoby, którym film się nie podobał<br>(n = 36) |              | Osoby, którym film się podobał<br>(n = 52) |              | U            | Z            | p            |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                                 | M                                              | SD           | M                                          | SD           |              |              |              |
| Aktualna częstotliwość seksualna                | <b>5,444</b>                                   | <b>2,171</b> | <b>4,385</b>                               | <b>2,665</b> | <b>736,5</b> | <b>1,689</b> | <b>0,091</b> |
| Skłonność do inicjowania aktywności seksualnej  | <b>3,389</b>                                   | <b>1,103</b> | <b>2,692</b>                               | <b>1,292</b> | <b>659,5</b> | <b>2,342</b> | <b>0,019</b> |
| Skłonność do dominacji seksualnej               | 1,972                                          | 0,845        | 1,942                                      | 0,752        | 919,5        | 0,136        | 0,892        |
| Realizowanie fantazji seksualnych               | 4,000                                          | 1,146        | 3,500                                      | 1,489        | 769,0        | 1,413        | 0,158        |
| Używanie zabawek erotycznych                    | 2,083                                          | 0,996        | 1,923                                      | 0,967        | 852,0        | 0,709        | 0,476        |
| Fantazjowanie o seksie z inną osobą niż partner | 2,083                                          | 0,906        | 1,807                                      | 0,908        | 771,5        | 1,392        | 0,164        |
| Satysfakcja ze związku                          | <b>4,917</b>                                   | <b>1,317</b> | <b>3,673</b>                               | <b>2,112</b> | <b>650,0</b> | <b>2,423</b> | <b>0,015</b> |
| Satysfakcja seksualna                           | <b>4,639</b>                                   | <b>1,496</b> | <b>3,827</b>                               | <b>1,897</b> | <b>698,0</b> | <b>2,016</b> | <b>0,044</b> |

M — średnia; SD — odchylenie standardowe

Tabela 4. Identyfikowanie się z główną bohaterką a ocena filmu

|             | Badane identyfikujące się z główną bohaterką |       | Badane nie identyfikujące się z główną bohaterką |       | U   | Z      | p       |
|-------------|----------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------|-------|-----|--------|---------|
|             | M                                            | SD    | M                                                | SD    |     |        |         |
| Ocena filmu | 3,893                                        | 1,875 | 2,962                                            | 1,133 | 594 | -3,565 | < 0,001 |

M — średnia; SD — odchylenie standardowe

filmu nie wiąże się zatem z praktykami BDSM. Warto w tym miejscu podkreślić ujemną korelację oceny filmu z satysfakcją seksualną badanych. U osób, którym film się nie podobał, satysfakcja seksualna była wyższa. Być może ze względu na negatywne zakończenie oraz ukazanie praktyk BDSM jako częściowo przyjemnych, ale także komplikujących relacje w związku. Możliwe, że badani bardziej docenili swoje własne życie seksualne. Wyjaśnieniem takich wyników może także być zjawisko społecznych porównań w dół, które podnoszą nastroj i polepszają samopoczucie [16].

Na pytanie: czy obejrzenie filmu wpłynęło na życie badanych, 11% odpowiedziało twierdząco. Większość odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób dotyczyła polepszenia i urozmaicenia życia seksualnego. W badaniu dotyczącym odbioru książki *50 twarzy Greya* część badanych kobiet opisywała w jaki sposób ta książka zmieniła ich życie seksualne: otworzyły się na nowe możliwości, eksperymentowanie, a tym samym poprawiły swoją relację seksualną w związku. Podejście do tematyki BDSM, jakie prezentuje książka oraz film *50 twarzy Greya*, zdejmując z zabaw seksualnych o zabarwieniu sadomasochistycznym czy ogólnie z BDSM metkę „zбочenie”, „coś złego”, „coś czego nie wypada normalnym kobietom”. Dzięki temu część czytelniczek zmieniła swój stosunek do tego typu zachowań oraz zaczęła je praktykować co oceniały pozytywnie [17]. Szczegółowe badania dotyczące wpływu pornografii, przeprowadzone w dużej grupie Duńczyków pokazały zarówno elementy pozytywnego, jak i negatywnego

wpływu pornografii na kobiety i mężczyzn. Jednak wpływ pozytywny był nieco większy [18].

Średnia ocena filmu w skali od 1 do 5 to 3,22. Film oceniło pozytywnie 47% badanych, a 33% — negatywnie. Zaobserwowano ujemne korelacje oceny filmu ze skłonnością do inicjowania aktywności seksualnej. Takie wyniki wiążą się ze stereotypową kobiecością. W badaniach Kocur [17] osoby, którym podobała się książka *50 twarzy Greya*, miały wyższe wyniki w skali psychicznej kobiecości. Wiąże się to z głównymi bohaterami — rolę Anastazji i Christiana odpowiadają stereotypom płci. Według teorii Sandry Bem [19] osoby, które utożsamiają się z tradycyjnymi elementami swojej roli płciowej, reprezentują repertuar bardziej sztywnych zachowań. Kobiety preferują typowe, zgodne ze swoją rolą seksualną zachowania, na przykład: pozycja klasyczna, bycie stroną bierną, uległą. Mężczyźni preferują również typowe, zgodne ze stereotypem męskości zachowania seksualne, takie jak: również pozycja klasyczna, bycie inicjatorem, pełnienie aktywnej roli [20]. Natomiast psychiczna kobiecość i stereotypy dotyczące kobiecej roli seksualnej są związane z uległością i skromnością w relacjach seksualnych. Inicjowanie aktywności seksualnej jest stereotypowo zarezerwowane dla mężczyzn [21, 22].

Wyniki badań Altenburger i wsp. [23] przeprowadzone na próbie 715 kobiet w wieku 18–24 lat, u których analizie poddano powiązania lektury *50 twarzy Greya* z podstawowymi przekonaniami seksistowskimi, ujawni-

ły związku pomiędzy badanymi zmiennymi. Mianowicie kobiety, które czytały tę książkę, miały wyższy poziom ambiwalentnego, życzliwego i wrogo nastawionego seksizmu. Dodatkowo czytelniczki, które postrzegały *50 twarzy Greya* jako książkę „romantyczną”, miały wyższy poziom ambiwalentnego i dobrodusznego seksizmu. Takie wyniki wskazują na powiązania pozytywnej oceny książki z tradycyjnym czy stereotypowym postrzeganiem męskiej oraz kobiecej roli społecznej i seksualnej.

Osoby, którym film się podobał, miały niższą satysfakcję ze związku oraz satysfakcję seksualną. Na poziomie trendu statystycznego zgłaszały także niższą aktualną częstotliwość aktywności seksualnej. Takie wyniki mogą być skutkiem przenoszenia się części odbiorców od swojej codzienności w świat historii Christiana Greya. Wyniki badań Wu [24] pokazały, że czytelniczki romanów miały mniej partnerów seksualnych niż pozostałe kobiety. Część odbiorców tego typu książek i filmów ucieka w świat fantazji i w ten sposób rekompensuje sobie braki w codziennym życiu — brak satysfakcji ze związku i satysfakcji seksualnej. Część kobiet zafascynowanych postacią Christiana Greya może mieć jednak zbyt duże oczekiwania w stosunku do aktualnego lub potencjalnego partnera. Jeżeli są w związku, takie oczekiwania mogą obniżać ich satysfakcję, jeżeli natomiast poszukują partnera, zbyt wygórowane oczekiwania mogą utrudniać im nawiązanie bliskiego związku. Elementy te mogą także obniżać częstotliwość aktywności seksualnej.

## Wnioski

1. Po obejrzeniu filmu zwiększyła się wiedza badanych na temat BDSM, jednak nie zachęciło to ich do stosowania BDSM w swoim życiu seksualnym.
2. Po obejrzeniu filmu odnotowano wyższą satysfakcję seksualną.
3. Kobiety, którym film się podobał, były mniej skłonne inicjować aktywność seksualną, miały niższą satysfakcję seksualną oraz satysfakcję ze związku.
4. Kobiety, które identyfikowały się z główną bohaterką, wyżej oceniały film.

## Piśmiennictwo:

1. James EL. *Fifty shades of Grey*. Arrow Books, London 2012.
2. James EL. *Fifty shades darker*. Arrow Books, London 2012.
3. James EL. *Fifty shades freed*. Arrow Books, London 2012.
4. Deller R, Harman S, Jones B. Introduction to the special issue: Reading the *Fifty Shades* 'phenomenon'. *Sexualities*. 2013; 16(8): 859–863, doi: [10.1177/1363460713508899](https://doi.org/10.1177/1363460713508899).

5. Meston CM, Buss DM. *Why women have sex: understanding sexual motivations from adventure to revenge (and everything in between)*. Times Books, New York 2009.
6. Carroll J, Padilla-Walker L, Nelson L, et al. Generation XXX. Pornography acceptance and use among emerging adults. *Journal of Adolescent Research*. 2008; 23(1): 6–30, doi: [10.1177/0743558407306348](https://doi.org/10.1177/0743558407306348).
7. Reese-Weber M, McBride D. The effects of sexuality explicit literature on sexual behaviors and desires of women. *Psychology of Popular Media Culture*. 2015; 4(3): 251–257, doi: [10.1037/ppm0000044](https://doi.org/10.1037/ppm0000044).
8. Rogers RG. Most women who undergo labiaplasty have normal anatomy; we should not perform labiaplasty. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 211(3): 218–218.e1, doi: [10.1016/j.ajog.2014.06.020](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.020), indexed in Pubmed: [25168066](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25168066/).
9. Kenrick D, Gutierrez S, Goldberg L. Influence of popular erotica on judgments of strangers and mates. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1989; 25(2): 159–167, doi: [10.1016/0022-1031\(89\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0022-1031(89)90010-3).
10. Kenrick D, Neuberg S, Zierk K, et al. Evolution and social cognition: contrast effects as a function of sex, dominance, and physical attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2016; 20(2): 210–217, doi: [10.1177/0146167294202008](https://doi.org/10.1177/0146167294202008).
11. Wismeijer AAJ, van Assen MA. Psychological characteristics of BDSM practitioners. *J Sex Med*. 2013; 10(8): 1943–1952, doi: [10.1111/jsm.12192](https://doi.org/10.1111/jsm.12192), indexed in Pubmed: [23679066](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23679066/).
12. Moretti M, von Ma. *Etruskische Malerei in Tarquinia*. Dumont, Köln 1974.
13. Richters J, de Visser RO, Rissel CE, et al. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, „sadoomasochism” or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med*. 2008; 5(7): 1660–1668, doi: [10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x), indexed in Pubmed: [18331257](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18331257/).
14. *Sexualities*. 2013; 16(8): 859–984.
15. Hébert A, Weaver A. Perks, problems, and the people who play: A qualitative exploration of dominant and submissive BDSM roles. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2015; 24(1): 49–62, doi: [10.3138/cjhs.2467](https://doi.org/10.3138/cjhs.2467).
16. Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*. 2016; 7(2): 117–140, doi: [10.1177/001872675400700202](https://doi.org/10.1177/001872675400700202).
17. Kocur D. The phenomenon of *fifty shades of grey*: the role of sexual satisfaction and motivation. *The New Educational Review*. 2016; 43(1): 274–284, doi: [10.15804/tner.2016.43.1.23](https://doi.org/10.15804/tner.2016.43.1.23).
18. Hald GM, Malamuth NM. Self-perceived effects of pornography consumption. *Arch Sex Behav*. 2008; 37(4): 614–625, doi: [10.1007/s10508-007-9212-1](https://doi.org/10.1007/s10508-007-9212-1), indexed in Pubmed: [17851749](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17851749/).
19. Bem S. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*. 1981; 88(4): 354–364, doi: [10.1037/0033-295x.88.4.354](https://doi.org/10.1037/0033-295x.88.4.354).
20. Lelakowska K, Zdrojewicz Z. Płeć psychologiczna a preferowane bodźce seksualne. *Seksuologia Polska*. 2008; 6: 14–20.
21. Brannon L. *Gender: psychological perspectives*. Allyn and Bacon, Boston 1999.
22. Mandal E. *Masculinity and femininity in everyday life*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012.
23. Altenburger LE, Carotta CL, Bonomi AE, et al. Sexist Attitudes Among Emerging Adult Women Readers of *Fifty Shades Fiction*. *Arch Sex Behav*. 2017; 46(2): 455–464, doi: [10.1007/s10508-016-0724-4](https://doi.org/10.1007/s10508-016-0724-4), indexed in Pubmed: [27067242](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27067242/).
24. Wu HH. Gender, romance novels and sexuality: a focus on female college students in the United States. *International Journal of Women's Studies*. 2006(8): 125–134, doi: [10.1007/978-1-4684-3656-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3656-3_2).

# The influence of the movie entitled *Fifty Shades of Grey* on attitudes towards BDSM practices and sexual behaviors

Dagna Kocur

Department of Psychology, University of Silesia, Katowice, Poland

## Abstract

**Introduction:** Recent years saw phenomenal sales of the novel entitled *Fifty Shades of Grey*. This success was replicated by its screen adaptation in 2015. The cultural phenomenon of *Fifty Shades of Grey* brings about questions regarding its causes and consequences.

**Materials and methods:** The study comprised two parts, namely: before and after watching the movie. The first part was carried out on a sample of people who were planning on seeing the *Fifty Shades of Grey* movie ( $n = 398$ ). The second part was carried out 1.5 month after the movie premiere ( $n = 111$ ). The first part employed a demographics section, a self-made survey on sex life and BDSM as well as the Multidimensional Sexuality Questionnaire. The second part employed additional questions concerning the movie. One hundred and eleven subjects (including 106 females) took part in the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> part of the study.

**Results:** After watching the movie, more people were aware of what BDSM was. However, more subjects declared being unwilling to practice BDSM in their sexual lives. Higher sexual satisfaction was also observed after watching the movie. The film was positively rated by 47% of the participants. Negative correlations between the movie rating and inclination to initiate sexual activity as well as sexual satisfaction were observed. The subjects who liked the movie revealed lower satisfaction with their relationships.

**Conclusions:** Watching the movie increased the subjects' sexual satisfaction. However, this was not due to practicing BDSM. Although the *Fifty Shades of Grey* movie did not cause the subjects to practice BDSM in their sex lives, it increased their knowledge with regard to this phenomenon's meaning.

**Key words:** sexual satisfaction, BDSM, attitudes, erotic content, pornography

*Seksuologia Polska 2019; 17: 22–27*

## Introduction

Recent years have seen phenomenal sales of the novel entitled *Fifty Shades of Grey* [1–4]. This success was replicated by its screen adaptation in 2015. In spite of receiving mixed critical opinions, the movie *Fifty Shades of Grey* immediately turned out to be a financial blockbuster breaking numerous records earning over \$ 569,000,000 worldwide. This phenomenon stimulates reflection on its causes and consequences. The movie's popularity may be linked with the influence exerted on the viewers, in this case mainly women. An additional factor that encourages carrying out psychological and sexological analysis

is the aspect of BDSM that was presented both in the book and the movie.

Literature presenting various types of romance constitutes a market worth over a billion dollars. In 2004, this type of book constituted 55% of the paperback sales in the US [5]. Although few studies have explored the influence of erotic contents in literature and movies on psychosexual functioning, the existing ones are highly interesting. A study by Carroll et al. [6] revealed a relationship between watching pornography and engaging in risky behaviors in adult women. Pornography turned out to be linked with frequent, fleeting sexual contacts and a higher number of sexual partners. However, the

---

Adres do korespondencji: Dagna Kocur  
University of Silesia, Department of Psychology  
Katowice, Poland  
Tel.: +48 794 888 001  
e-mail: dagna.kocur@us.edu.pl  
Nadesłano: 2.01.2019

Przyjęto do druku: 20.07.2019

study did not establish the nature of the cause and effect relationship between these variables. A study by Reese-Weber and McBride [7] provided salient information on the influence of reading *Fifty Shades of Grey* on the level of sexual desire. Women who strongly identified themselves with the main female character declared an increase in sexual desire, while women who did not identify themselves with this character while reading the book did not report any desire level increase. This may suggest that a crucial factor was the reception of the book and picturing oneself in the main character's shoes.

The influence of watching the erotic content and pornography also has consequences for the evaluations of one's own attractiveness as well as that of one's sexual partner. This may be the same effect that has been observed by sexologists for years with regard to the consequences of pornography. It often leads to excessively high and unrealistic expectations regarding one's own activity and sexual attractiveness and results in a lack of satisfaction or sexual disfunction. This effect is confirmed by the growing popularity of labiaplasty, whose sole justification in most cases is a wish to look like the actresses who star in pornographic movies [8]. A popular study by Kenrick et al. [9] provided data on the effect of men looking at pictures of attractive women taken from erotic magazines. Having seen such pictures, the men evaluated pictures of ordinary women lower in comparison with the men who had not seen such pictures originally. A study that followed showed that men evaluated their own relationships in a less favorable manner having been exposed to physically attractive women [10]. Having considered the results of these studies, it may be expected that women who are familiar with the story of Christian Grey would evaluate ordinary men or their own partners low.

The analysis of the *Fifty Shades of Grey* movie's and book's success should not neglect the sadomasochistic aspect. One of the elements of sexual preference may be related to domination or submission, which is also referred to as BDSM. The acronym stems from the terms bondage and discipline (B&D), domination and submission (D&S, D/S) and sadism and masochism (S&M). Although some behaviors are connected with coercion, BDSM is not a form of sexual abuse, as these practices take place upon all participants' consent. Usually the parties involved take pleasure in such an activity, in spite of the pain or humiliation that are distinctive for these activities and which could be perceived as unpleasant in other circumstances. These practices may employ various forms of sex, which, however, is not their most significant element [11]. BDSM is most often practiced in the form of playing specific

scenes where certain rituals are present. In some situations, BDSM is employed in daily life. The history of this phenomenon goes back relatively far: these behaviors and relationships were first mentioned in the 9<sup>th</sup> century BC in the region of ancient Sparta. Subsequent reports can be found in almost all centuries [12].

A screening study by Richters et al. [13] on BDSM practices revealed the phenomenon's popularity: 2.2% men and 1.3% women admitted having been involved in BDSM in the previous twelve months. However, the sample did not include participants who had been coerced into sexual activity. The subjects who engaged in BDSM practices did not significantly differ with regard to the frequency of experiencing anxiety or being unhappy. Moreover, these people scored significantly lower on a scale of psychological suffering than did the remainder of the subjects. Practicing BDSM was not significantly linked with any sexual difficulties [13].

The popularity of both the movie and novel entitled *Fifty Shades of Grey* indicates a certain social phenomenon. In 2013, the *Sexualities* magazine published a special issue devoted specifically to this phenomenon [14]. The influence of erotic and pornographic content is significant, yet ambiguous. Hence, the changes that may occur after watching the movie deserve attention.

The aim of this study was to analyze the influence of the movie *Fifty Shades of Grey* on attitudes towards BDSM practices, sexual satisfaction, sexual frequency and various sexual behaviors (pursuing sexual fantasies, dominating within sex life, using sex gadgets).

## Material and methods

The study was carried out in Poland. It was composed of two parts. The first part was carried out in December 2014 and January 2015 on a sample of people who were planning on seeing *Fifty Shades of Grey*. Three hundred and ninety-eight subjects participated in this part. The second part was carried out 1½ months after the movie premiere. At that time, invitations to complete the second part of the survey, 'after watching the movie', were sent to the subjects who had participated in the first part of the study. The second part involved 111 subjects.

The first part, 'before watching the movie', contained a demographics section and a self-constructed survey on sexual life and BDSM. The second part contained additional questions concerning the movie.

## Measurement instruments

**Survey on attitudes towards BDSM.** The instrument comprised three questions: 1. Do you know what BDSM is? (possible answers: yes, no); 2. Would you like to

practice BDSM in your sex life? (possible answers: yes, no, I don't know); 3. Do you practice BDSM in your sex life? (possible answers: yes, no, I don't know).

#### Survey concerning the movie *Fifty Shades of Grey*.

The instrument comprised questions on the movie's rating (Rate the movie: 1. I liked it very much, 2. I liked it, 3. I have no opinion, 4. I disliked it, 5. I strongly disliked it), identifying oneself with the main women character (Did you identify yourself with Anastasia?) and the movie's potential influence on the viewer (Has watching this movie influenced your life in any way? If so, in what way?)

**Survey on selected aspects of sexuality.** The instrument comprised multiple choice questions on the frequency of sexual activity (What is the frequency of the intercourse or sexual activities between you and your partner) 1) more frequently than once a day, 2) once a day, 3) three or four times a week, 4) twice a week, 5) once a week, 6) once a fortnight, 7) once a month, 8) less than once a month, 9) no contacts, initiation it (Who usually initiates the intercourse or asexual activity?) 0) does not concern, 1) always my partner, 2) usually my partner, 3) me and my partner equally often, 4) usually me, 5) always me, sexual satisfaction (evaluate your relationship using this scale: does not concern; very unsatisfying, unsatisfying, I do not know, satisfying, very satisfying) pursuit of sexual fantasies (Do you satisfy your sexual fantasies? 1) never; 2) very rarely; 3) rarely; 4) sometimes, 5) often; almost always), domination within sexual life (Do you like being a dominating party in a sexual activity? A) no; b) I do not know; c) yes), fantasizing about having sex with another person (How often do you imagine having sex with a person other than your current partner? 1) never; 2) rarely; 3) sometimes; 4) very often) and use of erotic accessories (How often do you use erotic accessories, lubricants (moisturizers) or other erotic accessories? 1) never; 2) rarely; 3) sometimes; 4) very often; 5) each time I have sex).

**Demographics** contained questions with respect to age, gender, education, place of residence and closeness in relationships.

#### Sample

One hundred and eleven subjects took part in the second part of the study, including 5 men. For the sake of methodological correctness, the men were excluded from the sample. As a result, the final sample comprised 106 women. The mean age was 24 (SD = 4.74). The majority of women had secondary education (64 women, 60.37%), 37 women had university education (34.91%) and 5 women had primary education (4.72%). Most of the women originated from mid-size and large cities ( $n = 73$ ; 68.87%). Twenty-seven women were single (25.47%), 18 women had remained in a relationship for less than a year (16.98%), 47 women had remained in a non-marital relationship for longer than a year (44.34%), while 14 women were married (13.21%).

#### Results

Table 1 presents the differences in subjects' attitudes towards BDSM before and after watching the movie.

Before watching it, 25.47% subjects did not know what BDSM was while 34.91% of the subjects indicated willingness to practice BDSM, 10.38% admitted to having practiced it.

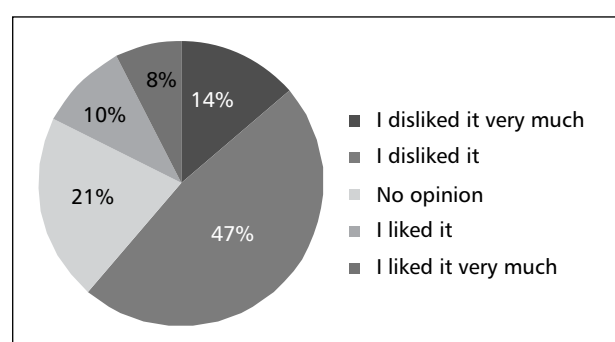
After watching the movie, more people were aware of what BDSM was. However, more subjects declared that they were unwilling to practice BDSM in their sexual lives. With regard to the question 'Do you practice BDSM?' before watching the film, more subjects indicated that they 'did not know' if they practiced it as they did not know what the acronym meant. Hence, having

Table 1. Attitudes towards BDSM before and after watching the movie

| Questions concerning BDSM                         | Before |       | After |       | z     | p     |
|---------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                                   | n      | %     | n     | %     |       |       |
| Do you know what BDSM is?                         |        |       |       |       |       |       |
| Yes                                               | 79     | 74.53 | 96    | 90.57 | 3.076 | 0.002 |
| No                                                | 27     | 25.47 | 10    | 9.43  | 3.076 | 0.002 |
| Would you like to practice BDSM in your sex life? |        |       |       |       |       |       |
| Yes                                               | 37     | 34.91 | 31    | 29.25 | 0.883 | 0.377 |
| No                                                | 19     | 17.92 | 31    | 29.25 | 1.941 | 0.052 |
| I don't know                                      | 50     | 47.17 | 44    | 41.5  | 0.829 | 0.407 |
| Do you practice BDSM in your sex life?            |        |       |       |       |       |       |
| Yes                                               | 11     | 10.38 | 14    | 13.21 | 0.639 | 0.523 |
| No                                                | 66     | 62.26 | 75    | 70.75 | 1.31  | 0.19  |
| I don't know                                      | 29     | 27.36 | 17    | 16.04 | 1.999 | 0.046 |

Table 2. Variables describing sexuality before and after watching the movie

| Variables describing sexuality                               | Before watching the movie |              | After watching the movie |              | z            | p            |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
|                                                              | M                         | SD           | M                        | SD           |              |              |
| Current sexual frequency                                     | 4.774                     | 2.527        | 4.745                    | 2.504        | 0.487        | 0.627        |
| Pursuing sexual fantasies                                    | 3.726                     | 1.508        | 3.689                    | 1.400        | 0.401        | 0.689        |
| Inclination to initiate sexual activity                      | 3.075                     | 1.270        | 2.991                    | 1.283        | 1.035        | 0.303        |
| Inclination towards sexual domination                        | 1.960                     | 0.790        | 1.991                    | 0.770        | 0.189        | 0.850        |
| Using sex toys                                               | 1.991                     | 1.056        | 1.962                    | 0.984        | 0.320        | 0.749        |
| Fantasizing about sex with a person other than one's partner | 1.915                     | 0.977        | 1.906                    | 0.911        | -0.154       | 0.877        |
| Relationship satisfaction                                    | <b>4.019</b>              | <b>1.857</b> | <b>4.189</b>             | <b>1.908</b> | <b>1.750</b> | <b>0.080</b> |
| Sexual satisfaction                                          | <b>3.925</b>              | <b>1.814</b> | <b>4.180</b>             | <b>1.766</b> | <b>2.507</b> | <b>0.012</b> |

Figure 1. *Fifty Shades of Grey* movie ratings

watched the movie did not encourage the subjects to include BDSM practices in their sex lives; at best, it increased their knowledge of this phenomenon.

The only changes in the subjects' sexuality observed after watching the movie were concerned with their sexual satisfaction and relationship satisfaction (both on a trend level). Higher levels of these variables were noted after watching the movie. There were no other apparent differences with respect to the remainder of the variables describing sex life (Table 2).

The mean rating of the movie on a 1 to 5 scale was 3.21 ( $SD = 1.14$ ). The film was positively evaluated by 49% ( $n = 52$ ) while 34% ( $n = 36$ ) rated it negatively. Detailed results of the movie ratings are presented in Figure 1.

In the subsequent analysis, two groups of subjects were formed, namely: subjects who did not like the movie (answers: I strongly disliked it; I disliked it) and those who liked it (answers: I liked it very much; I liked it); the subjects who did not have an opinion were not included. Then comparisons between the two groups were made. The subjects who liked the movie revealed a lower inclination towards initiating sexual activity, lower satisfaction with their relationships and sexual satisfaction. On a trend level, the subjects who liked the film revealed a lower current sexual frequency. The results are presented in Table 3.

The subjects' identification with the main women character was also controlled for. Comparisons were made between subjects who identified themselves with Anastasia ( $n = 28$ ) and those who did not identify themselves with her ( $n = 78$ ). Significant differences were observed only for the movie rating. Subjects who identified themselves with the main character rated the film higher. Results are presented in Table 4. No differences were observed for the remaining variables.

Having been asked if watching the movie influenced their lives, 11% ( $n = 12$ ) responded that it did. Most of the answers to the question on how the movie changed the subjects' lives were connected with improving their sex lives. For instance: In my relationship, [since watching the movie] I have focused more on the physical aspects between me and my partner. I have used a lot of tricks from the movie; My sex life is more colorful; I have observed that sex doesn't have to be boring—it can be diverse, obviously if two people agree to that and take pleasure in it; My courage in the bedroom sphere has increased.

More general responses were also obtained, for instance: I am now more motivated to take actions—work on myself (do physical exercise) in order to look better and maybe experience a similar adventure in the future. To put it simply—in order to stand a chance with a guy like Christian Grey.

## Discussion

Higher sexual satisfaction was observed after watching the movie. Such a result may seem to be attributable to viewers 'drawing inspiration' on the topic of BDSM from the movie, particularly in the light of recent results of research on the benefits of practicing BDSM, conducted by Hébert and Weaver [15]. However, after watching the movie more subjects declared that they did not want to practice BDSM in their sex lives. What increased was the subjects' knowledge of what

**Table 3. Variables describing sexuality with the subjects grouped in 2 categories, namely: ones who liked and disliked the movie**

|                                                              | Subjects who disliked the movie<br>(n = 36) |              | Subjects who liked the movie<br>(n = 52) |              | U            | Z            | p            |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                                              | M                                           | SD           | M                                        | SD           |              |              |              |
| Current sexual frequency                                     | <b>5.444</b>                                | <b>2.171</b> | <b>4.385</b>                             | <b>2.665</b> | <b>736.5</b> | <b>1.689</b> | <b>0.091</b> |
| Inclination to initiate sexual activity                      | <b>3.389</b>                                | <b>1.103</b> | <b>2.692</b>                             | <b>1.292</b> | <b>659.5</b> | <b>2.342</b> | <b>0.019</b> |
| Inclination towards sexual domination                        | 1.972                                       | 0.845        | 1.942                                    | 0.752        | 919.5        | 0.136        | 0.892        |
| Pursuing sexual fantasies                                    | 4.000                                       | 1.146        | 3.500                                    | 1.489        | 769.0        | 1.413        | 0.158        |
| Using sex toys                                               | 2.083                                       | 0.996        | 1.923                                    | 0.967        | 852.0        | 0.709        | 0.476        |
| Fantasizing about sex with a person other than one's partner | 2.083                                       | 0.906        | 1.807                                    | 0.908        | 771.5        | 1.392        | 0.164        |
| Relationship satisfaction                                    | <b>4.917</b>                                | <b>1.317</b> | <b>3.673</b>                             | <b>2.112</b> | <b>650.0</b> | <b>2.423</b> | <b>0.015</b> |
| Sexual satisfaction                                          | <b>4.639</b>                                | <b>1.496</b> | <b>3.827</b>                             | <b>1.897</b> | <b>698.0</b> | <b>2.016</b> | <b>0.044</b> |

**Table 4. Identifying oneself with the main female character and movie rating**

|              | Subjects who identified themselves with the main character |       | Subjects who did not identify themselves with the main character |       | U   | Z      | p       |
|--------------|------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------|-------|-----|--------|---------|
|              | M                                                          | SD    | M                                                                | SD    |     |        |         |
| Movie rating | 3.893                                                      | 1.875 | 2.962                                                            | 1.133 | 594 | -3.565 | < 0.001 |

BDSM was, not their desire to practice it. Therefore, the increase in sexual satisfaction after watching the movie is not linked with practicing BDSM. At this point it is worthwhile to stress the negative correlation between the movie rating and subjects' sexual satisfaction. Thus, the subjects who did not like the movie demonstrated higher levels of sexual satisfaction. Perhaps this was due to the sad movie ending or the portrayal of BDSM practices as being partly pleasant, but also complicating relationships within a couple. The subjects may have also learned to appreciate their own sex lives to a larger extent. The results may also be explained in the light of the downward comparisons' phenomenon [16]. These comparisons improve one's mood and cause a better frame of mind.

Having been asked if watching the movie influenced their lives, 11% claimed that it did. Most of the answers to the question of how the movie changed the subjects' lives were connected with improving and diversifying their sex lives. In a study of the perception of the novel *Fifty Shades of Grey*, some of the female subjects described changes in their sex lives caused by the book: they opened up to new possibilities, experimented and, thus, improved the sexual relations in their relationships. The approach to BDSM that is presented in *Fifty Shades of Grey* and movie frees sexual games from the sadomasochistic flavor, or BDSM in general, from being labelled as a 'deviation', 'something wrong' or 'something that normal women should not do'. Owing to that, a part of the readers changed their attitude towards this type of behaviors and started practicing

them, which they evaluated positively [17]. Detailed research on the influence of pornography that was carried out in a large Danish sample demonstrated elements of both positive and negative influence of pornography on women and men. However, the positive influence was somewhat higher [18].

The mean rating of the movie on a scale from 1 to 5 was 3.22. The movie was rated positively by 47% of the subjects, while 33% rated it negatively. Negative correlations were observed between the evaluation of the movie and subjects' inclination to initiate sexual activity. Such results are connected with stereotypical femininity. In the study by Kocur [17], the subjects who liked *Fifty Shades of Grey* scored higher on a scale of psychological femininity. This is linked with the main characters — the roles of Anastasia and Christian conform to gender stereotypes. According to the theory by Bem [19], individuals who associate themselves with the traditional elements of their gender role represent a range of stiffer behaviors. Feminine women prefer behaviors that are typical and conform to their sexual role, such as the classical position and being the passive, submissive party. Masculine men also demonstrate a preference towards sexual behaviors that are typical for stereotypical masculinity, such as: the classical position (once again), being the initiating party and playing an active role [20]. Psychological femininity and stereotypes concerning the women sexual role involve submissiveness and lowliness within sexual relationships. Initiating sexual activity is stereotypically restricted to men [21, 22].



Research by Altenburger et al. [23] conducted on a sample of 715 women aged 18-24 analysing the relationship between the readership of *Fifty Shades of Grey* and the basic sexist notions, revealed relationships between the variables subject to examination. Female subject who read the novel displayed a higher level of ambivalent, beneficial and enemy sexism. Additionally, female readers who perceived *Fifty Shades of Grey* as a "romantic novel" represented a higher level of ambivalent and benign sexism. These results emphasize a link between a positive evaluation of the book and the traditional, or stereotypical perception of the male and female social and sexual roles.

The subjects who liked the movie demonstrated lower satisfaction with their relationships and sexual satisfaction. On a trend level, they also demonstrated a lower current sexual frequency. Such results may indicate that some of the subjects transferred themselves from their daily lives into Grey's story. A study by Wu [24] revealed that women who read romance stories had had fewer sexual partners than other women. Some of the recipients of books and movies of this kind escape into the world of fantasy and, as a result, make up for existing lacks within their daily lives such as the shortcomings of their relationship or sexual satisfaction. On the other hand, some of the women who are fascinated with the character of Christian Grey may hold excessively high expectations of their current or potential partners. If these women are in relationships, their expectations may hinder their satisfaction; if they seek a partner, these exorbitant expectations may impede forming an intimate relationship. These elements may also reduce the frequency of sexual activity.

## Conclusions

1. After watching the movie, the subjects' knowledge of BDSM has improved. However, it did not encourage them to practice BDSM in their sex lives.
2. Higher sexual satisfaction was also observed after watching the movie.
3. The female subjects who liked the movie were less inclined to initiate sexual activity, declared lower satisfaction with their relationships and sexual satisfaction.
4. The female subjects who identified themselves with the main character rated the movie higher.

## References:

1. James EL. *Fifty shades of Grey*. Arrow Books, London 2012.
2. James EL. *Fifty shades darker*. Arrow Books, London 2012.
3. James EL. *Fifty shades freed*. Arrow Books, London 2012.
4. Deller R, Harman S, Jones B. Introduction to the special issue: Reading the *Fifty Shades* 'phenomenon'. *Sexualities*. 2013; 16(8): 859–863, doi: [10.1177/1363460713508899](https://doi.org/10.1177/1363460713508899).
5. Meston CM, Buss DM. *Why women have sex: understanding sexual motivations from adventure to revenge (and everything in between)*. Times Books, New York 2009.
6. Carroll J, Padilla-Walker L, Nelson L, et al. Generation XXX. Pornography acceptance and use among emerging adults. *Journal of Adolescent Research*. 2008; 23(1): 6–30, doi: [10.1177/0743558407306348](https://doi.org/10.1177/0743558407306348).
7. Reese-Weber M, McBride D. The effects of sexuality explicit literature on sexual behaviors and desires of women. *Psychology of Popular Media Culture*. 2015; 4(3): 251–257, doi: [10.1037/ppm0000044](https://doi.org/10.1037/ppm0000044).
8. Rogers RG. Most women who undergo labiaplasty have normal anatomy; we should not perform labiaplasty. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 211(3): 218–218.e1, doi: [10.1016/j.ajog.2014.06.020](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.020), indexed in Pubmed: [25168066](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25168066/).
9. Kenrick D, Gutierrez S, Goldberg L. Influence of popular erotica on judgments of strangers and mates. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1989; 25(2): 159–167, doi: [10.1016/0022-1031\(89\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0022-1031(89)90010-3).
10. Kenrick D, Neuberg S, Zierk K, et al. Evolution and social cognition: contrast effects as a function of sex, dominance, and physical attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2016; 20(2): 210–217, doi: [10.1177/0146167294202008](https://doi.org/10.1177/0146167294202008).
11. Wismeijer AAJ, van Assen MA. Psychological characteristics of BDSM practitioners. *J Sex Med*. 2013; 10(8): 1943–1952, doi: [10.1111/jsm.12192](https://doi.org/10.1111/jsm.12192), indexed in Pubmed: [23679066](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23679066/).
12. Moretti M, von Ma. *Etruskische Malerei in Tarquinia*. Dumont, Köln 1974.
13. Richters J, de Visser RO, Rissel CE, et al. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, „sado-masochism" or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med*. 2008; 5(7): 1660–1668, doi: [10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x), indexed in Pubmed: [18331257](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18331257/).
14. *Sexualities*. 2013; 16(8): 859–984.
15. Hébert A, Weaver A. Perks, problems, and the people who play: A qualitative exploration of dominant and submissive BDSM roles. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2015; 24(1): 49–62, doi: [10.3138/cjhs.2467](https://doi.org/10.3138/cjhs.2467).
16. Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*. 2016; 7(2): 117–140, doi: [10.1177/001872675400700202](https://doi.org/10.1177/001872675400700202).
17. Kocur D. The phenomenon of fifty shades of grey: the role of sexual satisfaction and motivation. *The New Educational Review*. 2016; 43(1): 274–284, doi: [10.15804/ner.2016.43.1.23](https://doi.org/10.15804/ner.2016.43.1.23).
18. Hald GM, Malamuth NM. Self-perceived effects of pornography consumption. *Arch Sex Behav*. 2008; 37(4): 614–625, doi: [10.1007/s10508-007-9212-1](https://doi.org/10.1007/s10508-007-9212-1), indexed in Pubmed: [17851749](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17851749/).
19. Bem S. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*. 1981; 88(4): 354–364, doi: [10.1037/0033-295x.88.4.354](https://doi.org/10.1037/0033-295x.88.4.354).
20. Lelakowska K, Zdrojewicz Z. Płeć psychologiczna a preferowane bodźce seksualne. *Seksuologia Polska*. 2008; 6: 14–20.
21. Brannon L. *Gender: psychological perspectives*. Allyn and Bacon, Boston 1999.
22. Mandal E. *Masculinity and femininity in everyday life*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012.
23. Altenburger LE, Carotta CL, Bonomi AE, et al. Sexist Attitudes Among Emerging Adult Women Readers of *Fifty Shades Fiction*. *Arch Sex Behav*. 2017; 46(2): 455–464, doi: [10.1007/s10508-016-0724-4](https://doi.org/10.1007/s10508-016-0724-4), indexed in Pubmed: [27067242](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27067242/).
24. Wu HH. Gender, romance novels and sexuality: a focus on female college students in the United States. *International Journal of Women's Studies*. 2006(8): 125–134, doi: [10.1007/978-1-4684-3656-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3656-3_2).

# Seksualność kobiet karmiących piersią w pierwszym roku po narodzinach na podstawie wstępnej analizy klinicznej

## Sexuality of breastfeeding women in the first year after birth based on initial clinical analysis

Ewa Ślizień-Kuczapska<sup>1</sup>, Sylwia Młyńska<sup>2</sup>, Michał Rabijewski<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

<sup>2</sup>Specjalistyczny Gabinet Lekarski Profamilia 2000

<sup>3</sup>Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

### Streszczenie

**Wstęp:** Czas wznowienia współżycia seksualnego po porodzie, częstość oraz satysfakcja ulegają normalizacji do poziomu sprzed ciąży po około roku po porodzie.

**Materiał i metody:** W latach 2014–2019 przebadano grupę 103 zamężnych pierwsiaków i wieloródek, po porodach o czasie, siłami natury, zabiegowych lub drogą cięcia cesarskiego, karmiących piersią. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniu, analizowano jakościowo i ilościowo dane z autorskiego niestandardyzowanego kwestionariusza, wypełnianego w ciągu 12 miesięcy po porodzie.

**Wyniki:** Pierwsze współżycie seksualne podjęto pod koniec połogu 75,8% kobiet. Częstotliwość współżycia w ciągu roku narastała od 3 zbliżeń w miesiącu do średnio 6,5 pod koniec pierwszego roku po porodzie. Im wcześniej podjęto współżycie, tym większa była częstotliwość. Nie potwierdzono korelacji pomiędzy rodnością, drogą porodu, masą noworodka, używaniem smoczków, wspólnym spaniem z dzieckiem, długością przerw między karmieniami w dzień, powrotem do pracy, pierwszym krwawieniem po porodzie a rozpoczęciem współżycia i jego częstotliwością. Obecność odchodów połogowych opóźniała pierwsze współżycie. Długość przerw nocnych w okresie powrotu pierwszej miesiączki korelowała z częstotliwością zbliżeń seksualnych pod koniec pierwszego roku.

**Wnioski:** Determinantą czasu rozpoczęcia współżycia seksualnego po porodzie był brak odchodów połogowych. Wiek matki i moment pierwszego współżycia wpływa na częstotliwość zbliżeń w kolejnych miesiącach. Dłuższe przerwy nocne sprzyjają współżyciu. Nie potwierdzono negatywnego wpływu drogi porodu oraz laktacji na zachowania seksualne rodziców.

**Słowa kluczowe:** seksualność po porodzie u kobiet karmiących piersią, pierwsze współżycie w połogu, częstość współżycia w pierwszym roku po porodzie

Seksuologia Polska 2019; 17: 28–34

### Abstract

**Introduction:** The time of resumption of sexual intercourse after childbirth, frequency and satisfaction normalize to pre-pregnancy level after about one year after birth.

**Material and methods:** In the years 2014–2019, 103 married breastfeeding puerperal and multiparous women after vaginal, or instrumental birth and cesarean section were collected after agreeing to participate in the study. Data from the original non-standardized questionnaire, completed within 12 months were analyzed by statistical qualitative and quantitative means.

**Results:** 75.8% of women had their first sexual intercourse at the end of the puerperium (confinement.) The frequency of intercourse during the year increased from three per month to an average of 6.5 at the end of

Adres do korespondencji: Ewa Ślizień-Kuczapska

Szpital Specjalistyczny św. Zofii  
ul. Żelazna 90, 01–004 Warszawa  
tel. 501 376 996

e-mail: profamilia2000@gmail.com

Nadesłano: 15.01.2019

Przyjęto do druku: 20.07.2019

*the first year after delivery. The earlier the first intercourse after delivery and younger women, the greater the frequency. Correlation between the way of birth, weight of newborn, use of teats, common sleeping with the child, length of breaks between feeds during the day, return to work, first bleeding after childbirth and the beginning of intercourse and its frequency were not confirmed. The presence of puerperal feces was delaying first intercourse. The length of the night breaks during the period of the return of the first menstrual period correlated with the frequency of sexual intercourses at the end of the first year.*

**Conclusions:** *The only determinant of the beginning of sexual intercourse after childbirth was presence of puerperal feces. Frequency of intercourse are related to the age of mother and time of resumption of intercourse after delivery. Longer night breaks promote more frequent sexual activity at the end of first year. Our data not confirmed the negative impact of the way of childbirth and lactation on the sexual activity after labour.*

**Key words:** *sexuality after delivery in breastfeeding women, first intercourse in the puerperium, frequency of intercourse in the first year after delivery*

*Seksuologia Polska 2019; 17: 28–34*

## Wstęp

Narodziny są ważnym, przełomowym wydarzeniem w triadzie matka–dziecko–ojciec mającym wpływ na wiele aspektów ich wspólnego życia. Macierzyństwo stanowi istotny element kobiecości [1] zaś ojcostwo męskości. Jednym z przejawów tych relacji pomiędzy kobietą i mężczyzną jest ich wzajemna, przenikająca się seksualność definiowana według amerykańskiego słownika seksu jako doświadczenie i doznanie zmysłowe, obejmujące umysł i strefy erogenne całego ciała, nie tylko narządy płciowe. W znaczeniu tego słowa zawierają się też pragnienia i fantazje związane z seksem, otrzymywanie i dawanie przyjemności seksualnej, jak również umożliwianie prokreacji. Jest ona kształtowana przez wartości wyznawane przez danego człowieka, jego zachowania, emocje, osobowość, sposób wychowania, oraz wygląd zewnętrzny [2]. Okres ciąży, porodu oraz kolejne miesiące po narodzinach to szczególny czas dla rodziców, uwarunkowany złożonymi procesami fizjo- psycho-socjo- i endokrynnymi. Ta specyfika dotyczy również sfery seksualności wyrażonej odmiennym rytmem i intensywnością relacji intymnych w porównaniu z czasem przed ciążą. Analiza kliniczna grupy 103 kobiet z regionu Mazowsza, mężatek przeważnie z wyższym wykształceniem, karmiących piersią po porodzie, jest wstępną oceną czasu podjęcia I współżycia po porodzie oraz jego intensywności w kolejnych 12 miesiącach, uwzględniając różne zmienne mające prawdopodobny wpływ na seksualność rodziców po porodzie.

## Materiał i metody

Materiał badawczy z lat 2014–2019 został opracowany w oparciu o autorski niestandardyzowany kwestionariusz, którym objęto 103 matki karmiące piersią z regionu Mazowsza, po uzyskaniu zgody na udział w badaniu i przetwarzaniu ich danych. Formularz

wypełniano w ciągu roku po porodzie, odpowiadając na pytania zamknięte oraz wypełniając raz w miesiącu raport, a w podsumowaniu rocznym tak zwaną kartę matki. Uzyskane dane poddano jakościowej i ilościowej analizie statystycznej. Celem pracy było określenie czasu pierwszego współżycia po porodzie, częstotliwości zbliżeń seksualnych w pierwszym roku po porodzie oraz analiza wybranych determinantów.

## Wyniki

Spośród 103 kobiet w wieku 19–42 lat, 54 to pierwszotki w wieku 19–37 lat, zaś 49 to wieloródki w wieku 23–42 lat, mające za sobą od 2 do 6 porodów (1%).

Wykształcenie wyższe posiadało 89,3% ankietowanych, 6,8% średnie, 1,9% wykształcenie zawodowe, pozostałe 2% miało wykształcenie podstawowe lub jego brak.

W grupie respondentek wszystkie kobiety urodziły o czasie tj. po 38 tygodniu ciąży, jedynie 2 noworodki było hipotrofikami o masie poniżej 2500 g. W 84,5% poród odbył się siłami natury, z czego na tak zwaną ochronę krocza, czyli bez nacięcia, urodziło 58,3% kobiet, 10,7% porodów odbyło się przez cięcie cesarskie, 4,8% stanowiły porody zabiegowe, czyli z użyciem próżnociągu (2,9%) lub kleszczy (1,9%). Siedemdziesiąt dwie kobiety (69,9%) karmiły dziecko wyłącznie piersią przez okres co najmniej 6 miesięcy. Siedemdziesiąt pięć kobiet (72,8%) spało z dzieckiem. Pięćdziesiąt kobiet (48,5%) używało smoczka dla swoich dzieci. Długość przerw nocnych w okresie powrotu pierwszej miesiączki zawierała się w przedziale od 2 do 11 godzin ( $M$  [mean] = 4,62;  $SD$  [standard deviation] = 1,60). Koniec odchodów połogowych miał miejsce w okresie od 1 do 3 miesięcy po porodzie ( $M$  = 1,72;  $SD$  = 0,62). Pierwsza miesiączka wystąpiła od 2 do 12 miesięcy po porodzie ( $M$  = 7,21;  $SD$  = 3,10), średnio około 7 miesiąca. Pierwsza deklarowana owulacja pojawiła się w okresie od 3 do 12 miesięcy po porodzie ( $M$  =

7,77; SD = 3,08), średnio około 7 miesiąca. W ciągu pierwszego roku po porodzie średnio (25,2%), czyli co czwarta badana matka wróciła do pracy.

Pierwsze zbliżenie seksualne miało miejsce w okresie od między 1 a 10 miesiącem po porodzie (M = 2,79; SD = 1,41) (tab. 1). Średnio przypadało na koniec okresu połogowego. Najwięcej kobiet, tj. 44,7% rozpoczęło aktywność seksualną 2 miesiące po porodzie.

Na podstawie rozkładu statystyki opisowej dla częstości zbliżeń w poszczególnych miesiącach (tab. 2) stwierdzono istnienie łagodnego trendu wskazującego na stopniowy wzrost częstości zbliżeń seksualnych w kolejnych miesiącach po porodzie. Na podstawie testu Friedmana stwierdzono, że różnice w zakresie częstości współżycia w kolejnych miesiącach były istotne statystycznie. Porównując kolejne miesiące za pomocą testu Wilcoxona, stwierdzono, że istotne statystycznie różnice zachodziły pomiędzy: 1 i 2 miesiącem,  $Z = -2,03$ ,  $p < 0,05$ , 2 i 3 miesiącem,  $Z = -3,69$ ,  $p < 0,001$ , pomiędzy 3 i 4 miesiącem,  $Z = -3,81$ ,  $p < 0,001$ , 5 i 6 miesiącem,  $Z =$

$-2,83$ ,  $p < 0,01$ , oraz 8 i 9 miesiącem,  $Z = -2,68$ ,  $p < 0,01$ . Nie otrzymano natomiast istotnych statystycznie różnic pomiędzy: 4 i 5 miesiącem,  $Z = -0,79$ ,  $p > 0,05$ , 6 i 7 miesiącem,  $Z = -0,03$ ,  $p > 0,05$ , 7 i 8 miesiącem,  $Z = -0,24$ ,  $p > 0,05$ , 9 i 10 miesiącem,  $Z = -1,10$ ,  $p > 0,05$ , 10 i 11 miesiącem,  $Z = -0,44$ ,  $p > 0,05$ , ani 11 i 12 miesiącem,  $Z = -0,95$ ,  $p > 0,05$ .

Częstotliwość współżycia stopniowo wzrastała w pierwszych 4 miesiącach po porodzie. Kolejne wzrosty nastąpiły pomiędzy 5 i 6 miesiącem oraz pomiędzy 8 i 9 miesiącem (ryc. 1).

Współczynniki korelacji p Spearmana pomiędzy momentem rozpoczęcia aktywności seksualnej po porodzie a częstością zbliżeń po porodzie przedstawia istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy momentem rozpoczęcia aktywności seksualnej a częstością zbliżeń seksualnych w okresie od 2 do 6 miesiąca po porodzie. Wynika z tego, że im wcześniejsze rozpoczęcie aktywności seksualnej, tym częstotliwość zbliżeń w okresie od 2 do 6 miesiąca po porodzie jest większa.

Na podstawie współczynnika korelacji p Spearmana pomiędzy wiekiem osób badanych a rozpoczęciem aktywności seksualnej i częstością zbliżeń po porodzie otrzymano istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy wiekiem osób badanych a częstością zbliżeń seksualnych w okresie od 4 do 12 miesiąca po porodzie. Oznacza to, że im młodsza kobieta, tym częściej podejmuje współżycie seksualne w kolejnych miesiącach po porodzie.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych pomiędzy liczbą porodów a rozpoczęciem współżycia i jego częstością po porodzie. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya. Zaznacza się umiarkowany trend w kierunku systematycznego narastania częstości współżycia

**Tabela 1. Moment rozpoczęcia współżycia seksualnego po porodzie**

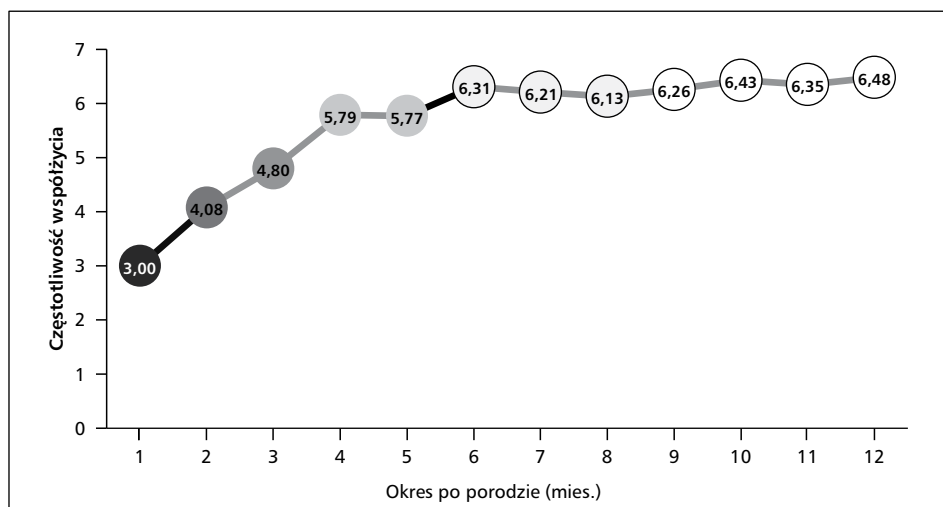
| Rozpoczęcie aktywności seksualnej po porodzie (mies.) | n   | %    |
|-------------------------------------------------------|-----|------|
| 1                                                     | 6   | 5,8  |
| 2                                                     | 46  | 44,7 |
| 3                                                     | 32  | 31,1 |
| 4                                                     | 11  | 10,7 |
| 5                                                     | 3   | 2,9  |
| 6                                                     | 3   | 2,9  |
| 8                                                     | 1   | 1,0  |
| 10                                                    | 1   | 1,0  |
| Ogółem                                                | 103 | 100  |

n — liczba osób badanych; % — procent grupy

**Tabela 2. Częstość zbliżeń seksualnych w poszczególnych miesiącach po porodzie**

| Okres po porodzie (mies.) | Liczba zbliżeń |      |     |     |
|---------------------------|----------------|------|-----|-----|
|                           | M              | SD   | min | max |
| 1                         | 3,00           | 2,97 | 0   | 8   |
| 2                         | 4,08           | 2,97 | 0   | 12  |
| 3                         | 4,80           | 3,91 | 1   | 20  |
| 4                         | 5,79           | 4,25 | 1   | 20  |
| 5                         | 5,77           | 4,23 | 1   | 20  |
| 6                         | 6,31           | 4,15 | 1   | 20  |
| 7                         | 6,21           | 4,35 | 1   | 20  |
| 8                         | 6,13           | 4,66 | 0   | 20  |
| 9                         | 6,26           | 4,79 | 1   | 20  |
| 10                        | 6,43           | 5,11 | 1   | 20  |
| 11                        | 6,35           | 5,17 | 0   | 20  |
| 12                        | 6,48           | 5,40 | 0   | 21  |

M — wartość średnia; SD — odchylenie standardowe; min — wartość minimalna; max — wartość maksymalna



**Rycina 1.** Średnie wartości częstotliwości współżycia w kolejnych miesiącach po porodzie

u wieloródek do średnio 6 pod koniec pierwszego roku, zaś u pierwiastek po początkowym zwolnieniu tempa częstości zbliżeń, po 4 miesiącu zaznacza się przewaga częstości współżycia w porównaniu z wieloródkami do średnio 8 razy w miesiącu, w końcu pierwszego roku.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w badaniu korelacji: sposób rozwiązania ciąży a moment rozpoczęcia i częstotliwość współżycia po porodzie. Oznacza to, że sposób rozwiązania nie jest istotnym determinantem aktywności seksualnej w badanej grupie kobiet.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w podjęciu aktywności seksualnej i częstotliwości współżycia w kolejnych miesiącach po porodzie w grupie kobiet, które wróciły do pracy oraz w grupie kobiet, które nie wróciły do pracy. Oznacza to, że powrót do pracy nie stanowi istotnej zmiennej w odniesieniu do aktywności seksualnej, ale zaznacza się subtelny trend w kierunku zwiększenia tej aktywności u kobiet pracujących w ostatnich 3 miesiącach przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku.

Otrzymano istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy długością przerw nocnych w okresie powrotu pierwszej miesiączki a częstotliwością zbliżeń seksualnych w okresie od 10 do 11 miesiąca po porodzie. Wskazuje to, że pod koniec pierwszego roku w związku z naturalnym wydłużaniem się przerwy nocnej w karmieniu, zwiększa się częstotliwość relacji seksualnej rodziców.

Długość okresu utrzymywania się odchodów położogowych korelowała dodatnio z długością okresu bez współżycia. Im dłuższy okres utrzymywania się odchodów położogowych, tym dłuższy okres bez podejmowania aktywności seksualnej.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w korelacji stosowania smoczka bądź

nie na rozpoczęcia aktywności seksualnej oraz jej częstotliwość.

Wspólne spanie z dzieckiem bądź nie, nie wpływa na rozpoczęcia aktywności seksualnej oraz częstotliwość zbliżeń w kolejnych miesiącach po porodzie. Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych.

Nie otrzymano korelacji istotnych statystycznie wpływu częstości karmień piersią w ciągu dnia na rozpoczęcie aktywności seksualnej oraz jej częstotliwość po porodzie.

## Dyskusja

Czas podjęcie współżycia seksualnego po porodzie ma złożony charakter, jego częstość oraz satysfakcja ulegają normalizacji do poziomu sprzed ciąży w czasie pierwszego roku po porodzie. Proces ten jest wypadkową kondycji fizycznej matki, tempa rekonwalescencji oraz stopnia zmęczenia związanego z opieką nad noworodkiem. Ma również związek ze stanem psychicznym kobiety, jej nastrojem, relacją z partnerem, ich wzajemną komunikacją werbalną i pozawerbalną w tym temperamentem seksualnym w czasie ciąży i przed poczęciem, wreszcie wiąże się ze statusem hormonalnym nieco odmiennym choć zindywidualizowanym dla kobiety karmiącej piersią i nie karmiącej [3]. Współżycie w atmosferze delikatności można podjąć już po 14 dniach, mimo niedokońzonego procesu involucji macicy (proces ten trwa około 5–8 tygodni). Rany krocza fizjologicznie goją się do 7 doby, a po 10 dniach ustępują odchody położogowe, wyjątek wskazanej wstrzemięźliwości stanowią przypadki krwawienia, zakażenia oraz rozejście się blizny. Wyniki badań Filipek i wsp. [4] wskazują, że na 512 układów partnerskich około 77% rozpoczęło współżycie po 6 tygodniach od

porodu, po 2 tygodniach jedynie 3,52% ankietowanych, a około 19% powyżej 6 tygodni od porodu [4]. Von Sydow [5] na podstawie metaanalizy 59 badań stwierdził, że pierwsze współżycie jest wznowiane średnio w 6–8 tygodniu po porodzie w Europie i USA. Przed 6. tygodniem tylko 9–17% kobiet podejmuje współżycie, w 6 tygodniu 50–62%, w 8 tygodniu 66–94%, a po 12 tygodniach współżycie już około 88–95%, w 7 miesiącu 95–100%. W badaniu przeprowadzonym w USA, 57% kobiet powróciło do aktywności seksualnej po około 6 tygodniach [5, 6]. Zostało to potwierdzone również w badaniu autorów. Zauważono związek pomiędzy karmieniem piersią a późniejszym podejmowaniem pierwszego współżycia po porodzie oraz obniżonym libido [7, 8]. Badania autorów wydają się tego nie potwierdzać. Kobieta w połogu często odczuwa ból, który według polskich badań dotyczy około 82% kobiet [9]. Czynniki ten może wpływać istotnie na decyzję o podjęciu pierwszego współżycia po porodzie. Jest to ból po zszyciu krocza, ból przy defekacji wywołany między innymi hemoroidami, ból i dyskomfort związany z oddawaniem moczu, ból rany po cięciu cesarskim, ból głowy i kręgosłupa po przedłużającym się II okresie porodu i znieczuleniu zewnątrzoponowym, ból spowodowany obkurczaniem się mięśnia macicy, związany z początkiem karmienia piersią lub stanem zapalnym piersi oraz ich wzmożoną tkliwością w związku z dużą liczbą karmień w ciągu dnia oraz nocy. Kompleks laktogeny warunkujący przejście laktogenezy I w II, w tym szczególnie endorfiny mogą działać łagodząco na te stany, a nawet wywoływać uczucie euforii w związku z udaną laktacją [10]. Ponadto na decyzję o pierwszym współżyciu może wpływać połogowa labilność emocjonalna matki, baby blues lub rzadziej depresja poporodowa, oraz wtórna niedokrwistość czy choroby tarczycy [11]. W badaniach Filipek i wsp. [4] pierwszemu zbliżeniu towarzyszył brak podniecenia (62%), strach (42%), niechęć do stosunku oraz ból (około 60%). Wynik badania wykazał, że 75% kobiet nie miało satysfakcji ze wznowionej aktywności seksualnej [4].

Wyniki badań kobiet w Iranie wskazują, że na częstość podejmowania relacji seksualnych mają wpływ między innymi: obniżone libido, brak nawilżenia okolic intymnych, brak satysfakcji seksualnej oraz dyspareunia zwłaszcza dotycząca kobiet rodzących drogą cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych oraz po porodach zabiegowych [12–14]. W badaniach przeprowadzonych przez Sipińskiego i wsp. [15], powyższe przyczyny obniżonej aktywności seksualnej potwierdza 67% respondentek. Również prospektywne badanie ponad 1500 pierwiastek z 6 Australijskich szpitali położniczych potwierdziło utrzymującą się dyspareunię po 6 miesiącach oraz nadal po 18 miesiącach od porodu po

cesarskim cięciu ze wskazań nagłych lub po porodach zabiegowych w porównaniu z kobietami, po porodach naturalnych z ochroną krocza lub z małym pęknięciem. W badanej grupie nie potwierdzono różnicy pomiędzy czasem rozpoczęcia współżycia oraz jego częstością a drogą rozwiązania porodu. Ból podczas pierwszego współżycia po porodzie zgłaszało 85% kobiet z australijskiego badania. Dyspareunię zgłaszało 44,7% kobiet w 3. miesiącu, stopniowo odsetek kobiet zgłaszających ból malał do 28,1% kobiet w 12. miesiącu po porodzie oraz nadal około 23% w 18. miesiącu. Bolesne współżycie jeszcze przed ciążą zgłaszało 27,4% kobiet. Innymi ważnymi czynnikami sprzyjającymi dyspareunii w 18. miesiącu były przemoc seksualna partnera, zaburzenia depresyjne oraz zgłaszany ból jeszcze przed ciążą. Sugeruje to potrzebę szczególnej troski o tę grupę kobiet oraz większą uwagę poświęconą sprawom seksualności podczas wizyt w połogu i kolejnych [16].

Ponadto w badaniach Sipińskiego [15] ankietowane kobiety za przyczynę rzadszych stosunków płciowych uważało zmianę funkcji piersi z seksualnej na użytkową, lęk przed kolejną ciążą, problemy i konflikty z partnerem [15]. Na częstość zbliżeń i komfort psychiczny kobiety ma wpływ zmieniony wygląd sromu i krocza po porodzie siłami natury oraz zaburzenia w ich funkcjonowaniu. W badaniu [17] wykazano, że prawie 84% respondentek było miernie lub całkowicie niezadowolonych z wyglądu sromu i krocza. Około 55% kobiet zaznaczyło, że satysfakcja ze współżycia jest wyraźnie słabsza po pierwszym połogu. Około 28% wieloródek zaznaczyło, że satysfakcja ze współżycia po porodach nie zmieniła się, a około 48% respondentek postrzega ją jako słabszą. Wiele pacjentek skarży się na uczucie „rozluźnienia”/rozcignięcia ścian pochwy oraz na złe zaopatrzoną ranę krocza. Coraz częściej zauważa się, że kobiety wybierają rozwiązanie ciąży drogą cięcia cesarskiego dla zachowania niezmienionego krocza oraz dla satysfakcji seksualnej sprzed ciąży. W innym badaniu oceniającym poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet po porodzie [18], w który nie brano pod uwagę nacięcia krocza, 52,2% ankietowanych uważa swoje narządy płciowe za mniej atrakcyjne niż przed porodem. Wpływają na to powiększenie warg sromowych, zmiana zapachu i wydzieliny pochwowej, jej ilości i konsystencji.

Wymienione liczne przyczyny odmienności relacji seksualnej po porodzie są związane z przejściowym poporodowym hipogonadyzmem hipogonadotropowym, zwłaszcza hipooestrogeniemią, hipotestosteronemią i hiperprolaktynemią, zwłaszcza u matek karmiących [19]. Z doświadczeń klinicznych autorów oraz literatury wynika, korzystny wpływ prolaktyny i oksytocyny oraz serotoniny na rozwój takich uczuć, jak przywiązanie,

poczucie stabilizacji, bezpieczeństwa i zadowolenia oraz potrzeby bliskości i intymności z partnerem. Stan ten, towarzyszący zwłaszcza spełnionej mamie karmiącej, może rekompensować częściowo czasowy spadek pożądania seksualnego oraz odkładanie pełnej relacji seksualnej na korzyść bliskości i przebywania wspólnie razem z dzieckiem i mężem. Endorfiny i noradrenalina uwalniane podczas laktacji i wchodzące w skład kompleksu laktogennego mogą zmniejszać lęk przed bólem i wyzwać przyjemne odczucia podczas laktacji [20]. Dzieje się tak prawdopodobnie zwłaszcza u wieloródek, które z reguły podejmują współżycie z mężem szybciej w odróżnieniu od pierwiastek, którym często towarzyszą lęk i stres w związku z licznymi nowymi wyzwaniami oraz dolegliwościami [21].

Doświadczenie kliniczne oraz dane z literatury potwierdzają, że ciąża fizjologiczna nie stanowi przeszkody w podejmowaniu aktywności seksualnej wśród kobiet, a nawet może służyć budowaniu poczucia atrakcyjności poprzez stawianie się matką oraz częściowo rekompensować poporodowy spadek aktywności seksualnej [22].

Połów, podobnie jak ciąża, jest przełomowym czasem dla rodziców i wiąże się z licznymi zachodzącymi zmianami w organizmie kobiety [23–25]. W Polsce i w innych krajach o odmiennych tradycjach oraz kulturze i religii, podejmowania współżycia po porodzie nie zaleca się wcześniej niż po zakończonym porożu, to znaczy po 6–8 tygodniach dawniej określanym jako 40 dni „ochrony matki” zwłaszcza przed ciężką pracą [4, 24]. Rekomendacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z 2013 roku również wyznacza czas wznowienia aktywności seksualnej na 2–6 tygodni po porodzie w zależności od sposobu rozwiązania ciąży [26, 27]. Czas ten zbiega się z odbyciem kontroli lekarskiej po porodzie, dobrze by owa konsultacja zawierała elementy edukacyjne i doradcze w zakresie karmienia piersią dziecka, powrotu płodności po porodzie oraz powracającej seksualności. Wielu badaczy wskazuje na niedostateczną komunikację z lekarzem w tym zakresie [4, 28, 29]. Poświęcenie podczas wizyty lekarskiej czasu zagadnieniom seksualności ma bowiem znaczenie. Według niektórych doniesień pierwsze współżycie po porodzie porównuje się do ponownej inicjacji seksualnej, co ma istotne znaczenie w dalszej relacji intymnej i komunikacji rodziców [30].

## Wnioski

1. Nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do podjęcia współżycia seksualnego w okresie porożu.
2. Proces porodowej rekonwalescencji jest zindywidualizowany, komfort fizyczny i psychiczny matki

sprzyjają wznowieniu aktywności seksualnej.

3. W badanej grupie 103 kobiet 75,8% pierwsze współżycie seksualne podjęło w okresie końca porożu, czyli między 2 a 3 miesiącem, co jest zgodne z innymi badaniami.
4. Nie potwierdzono różnic, w czasie podjęcia pierwszego współżycia, w zależności od wieku matki, rodności lub sposobu rozwiązania.
5. Jedynym determinantem inicjacji seksualnej po porodzie jest brak odchodów porożowych.
6. Częstość współżycia seksualnego stopniowo narastała w ciągu pierwszego roku po porodzie od 3 do średnio ponad 6 stosunków seksualnych na miesiąc.
7. Im młodsza matka i wcześniejsza inicjacja seksualna w porożu, tym częstotliwość współżycia była większa w ciągu pierwszego roku.
8. Nie potwierdzono różnic, w czasie podjęcia pierwszego współżycia oraz jego częstotliwości, w zależności od spania z dzieckiem, używaniem smoczka, wydłużaniem przerw pomiędzy karmieniami w dzień, pierwszym krwawieniem po porodzie.
9. Pod koniec pierwszego roku zaznaczyła się dodatnia korelacja pomiędzy powrotem do pracy i wydłużeniem przerw nocnych a częstością współżycia.

W badaniu nie oceniano korelacji aktywności seksualnej po porodzie z planami prokreacyjnymi rodziców.

Tempo narastania aktywności seksualnej po porodzie ma liczne uwarunkowania, z których jedynie część została objęta badaniem. Temperament seksualny rodziców oraz ich wzajemna komunikacja w zakresie potrzeb i oczekiwań wymaga oddzielnego omówienia. Doświadczenia kliniczne autorów wskazują, że czas po porodzie sprzyja wyrażaniu seksualności drogą pozagenitalną. Prawdopodobnie od wieków czas ten służył wzmocnieniu więzów rodzinnych i budowaniu relacji z dziećmi.

## Piśmiennictwo:

1. O'Brien J. *Encyclopedia of gender and society*. Sage Publications. 2009.
2. Goldenson R, Anderson K., *Dictionary of Sex*. Wordsworth Reference, Ware. 1994.
3. LaMarre AK, Paterson LQ, Gorzalka B. Breastfeeding and maternal postpartum functioning – review. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2004; 12(3-4): 151–169.
4. Filipek K, Marcyniak M, Kuran J. Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym porożu. *Seksuologia Polska*. 2014; 12(1): 8–14.
5. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1999; 47(1): 27–49, indexed in Pubmed: [10511419](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10511419/).
6. Connolly A, Thorp J, Pahal L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005; 16(4): 263–267, doi: [10.1007/s00192-005-1293-6](https://doi.org/10.1007/s00192-005-1293-6), indexed in Pubmed: [15838587](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15838587/).



7. Rowland M, Foxcroft L, Hopman W, et al. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*. 2005; 51: 136.
8. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, et al. Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women. *Malays J Med Sci*. 2017; 24(1): 94–103, doi: [10.21315/mjms2017.24.1.10](https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.1.10), indexed in Pubmed: [28381932](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28381932/).
9. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, et al. Problemy kobiet w połogu i ich przyczyny. *Perinatol Neonatol Ginekol*. 2010; 3(4): 290.
10. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48(1): 35–52, indexed in Pubmed: [11236732](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11236732/).
11. Piejko E. The postpartum visit--why wait 6 weeks? *Aust Fam Physician*. 2006; 35(9): 674–678, indexed in Pubmed: [16969434](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16969434/).
12. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 145(2): 133–137, doi: [10.1016/j.ejogrb.2009.04.014](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.014), indexed in Pubmed: [19481858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19481858/).
13. Banaei M, Torkzahrani S, Ozgoli G, et al. Addressing the Sexual Function of Women During First Six Month After Delivery: Aquasi-Experimental Study. *Mater Sociomed*. 2018; 30(2): 136–140, doi: [10.5455/msm.2018.30.136-140](https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.136-140), indexed in Pubmed: [30061806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30061806/).
14. Serati M, Salvatore S, Siesto G, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med*. 2010; 7(8): 2782–2790, doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x), indexed in Pubmed: [20626601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20626601/).
15. Sipiński A, Kaźmierczak M, Ciesielska B. Ocena zachowań seksualnych kobiet karmiących. *Seksuologia Polska*. 2005; 3(2): 52–59.
16. McDonald EA, Gartland D, Small R, et al. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015; 122(5): 672–679, doi: [10.1111/1471-0528.13263](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13263), indexed in Pubmed: [25605464](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25605464/).
17. Filipek K, Marcyniak M, Kuran-Ohde J. Jakość współżycia płciowego kobiet 6 miesięcy po porodach drogami natury a samoocena stanu sromu i krocza. *Seksuologia Polska*. 2014; 12(2): 58–63.
18. Machaj A, Stankowska I. Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebyciu ciąży I okresu karmienia piersią. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80(5): 323–333.
19. Gomuła A. Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje i zachowania seksualne. *Seksuologia Polska*. 2006; 4(1): 21–33.
20. Neville MC, Morton J. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *J Nutr*. 2001; 131(11): 3005S–8S, doi: [10.1093/jn/131.11.3005S](https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3005S), indexed in Pubmed: [11694636](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11694636/).
21. Galbally M, Lewis AJ, Ijzendoorn Mv, et al. The role of oxytocin in mother-infant relations: a systematic review of human studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2011; 19(1): 1–14, doi: [10.3109/10673229.2011.549771](https://doi.org/10.3109/10673229.2011.549771), indexed in Pubmed: [21250892](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250892/).
22. Kucharska M, Kossakowska K, Janicka K. Czy jest nadzieja na seks przy nadziei? Seksualność a ciąża. *Seksuologia Polska*. 2013; 11(2): 17–23.
23. Sipiński A, Kaźmierczak M, Ciesielska B. Ocena zachowań seksualnych kobiet karmiących. *Seksuologia Polska*. 2005; 3(2): 52–59.
24. Safe Motherhood, Postpartum care of the Mother and Newborn: practical guide WHO/RHT/MSM/98.3. 1998.
25. Ronin-Walknowska E. Połóg. In: Bręborowicz G. ed. *Położnictwo i Ginekologia*. PZWL, Warszawa 2007: 419.
26. Kennedy KI. Post-partum contraception. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1996; 10(1): 25–41, indexed in Pubmed: [8736720](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8736720/).
27. Czerwińska-Osipiak A, Pięta B, Kamińska J. Opieka nad kobietą w połogu w świetle polskich i światowych zaleceń. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2018; 17(3): 65–68.
28. Synowiec-Płat M. Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów. *Ginekologia Praktyczna*. 2003; 11(3): 19–25.
29. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, et al. Czy jest nadzieja na seks przy nadziei? Seksualność a ciąża w opinii kobiet. *Seksuologia Polska*. 2013; 11(2): 17–23.
30. Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i połogu. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii*. PZWL, Warszawa 2010: 133–138.



# Przeżywanie swojej seksualności przez kobiety chorujące na schizofrenię korzystające z oferty terapeutycznej psychiatrii środowiskowej

Subjective experiences of sexuality of women with schizophrenia in community psychiatry program

Filip Rola<sup>1</sup>, Agnieszka Borowska-Turyn<sup>2</sup>, Zuzanna Kowalska<sup>3</sup>, Anna Studniczek<sup>3</sup>,  
Joanna Marek-Banach<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

<sup>2</sup>Instytut Psychologii, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

<sup>3</sup>Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

<sup>4</sup>Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

## Streszczenie

**Wstęp:** Celem badania było sprawdzenie, czy pomiędzy kobietami chorymi na schizofrenię a zdrowymi występują różnice w seksualności.

**Materiał i metody:** Dwie próby badanych: kobiety chore ( $n = 30$ ) oraz zdrowe ( $n = 30$ ) odpowiadały na pytanie kwestionariuszowe dotyczące cech, które sobie przypisują, tego jak postrzegają swoje ciało oraz jak wygląda ich seksualność.

**Wyniki:** W badaniu nie wykazano różnic pomiędzy grupami w opisywaniu, przeżywaniu, rozwoju seksualności ani w występowaniu zaburzeń seksualnych. Wykazano natomiast zależność między subiektywną oceną ciała przez badane i ocenę istotności życia seksualnego w grupie kobiet zdrowych.

**Wnioski:** Przeżywanie seksualności przez osoby chorujące psychicznie to bardzo ciekawy temat do dalszych badań ze względu na niedostateczną liczbę dostępnych badań empirycznych. Przeprowadzenie kolejnych, dokładniejszych analiz w większej grupie osób mogłoby pomóc w ustaleniu praktycznych wskazówek dla specjalistów pracujących z osobami chorującymi na schizofrenię, co mogłoby prowadzić w konsekwencji do polepszenia funkcjonowania i poprawy jakości życia chorych.

**Słowa kluczowe:** seksualność, schizofrenia, płeć psychologiczna, atrakcyjność seksualna, zaburzenia seksualne  
*Seksuologia Polska 2019; 17: 35–44*

## Abstract

**Introduction:** The aim of the study was to describe possible differences in sexuality between women with schizophrenia and healthy women.

**Material and methods:** Two samples of the respondents: sick women ( $N = 30$ ) and healthy women ( $N = 30$ ) answered a questionnaire about the attributes they attribute, how they perceive their body and how their sexuality looks like.

**Results:** The study did not show differences between groups in describing, experiencing, developing sexuality and the occurrence of sexual dysfunctions. It showed, however, the influence of the subjective body assessment by the subjects on the assessment of the significance of sexual life in the group of healthy women.

**Key words:** Sexuality, schizophrenia, psychological gender, sexual attractiveness, sexual dysfunction

*Seksuologia Polska 2019; 17: 35–44*

## Wstęp

W coraz większym stopniu uwaga specjalistów pracujących z pacjentami chorującymi na schizofrenię koncentruje się na problematyce podnoszenia jakości życia. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [1]. Ocena jakości życia na podstawie wskaźników testowych i laboratoryjnych może nie brać pod uwagę ważnych aspektów funkcjonowania jednostki, takich jak: samopoczucie psychologiczne, sytuacja życiowa, funkcjonowanie w relacjach społecznych czy fizyczne samopoczucie [2–5]. Oceniana w subiektywny sposób przez pacjenta jakość życia wydaje się konstruktem bardziej użytecznym. Osoba chorująca może opierać swój osąd na takich czynnikach, jak: indywidualnie zdefiniowany sens życia, hierarchia wartości i indywidualne potrzeby [6]. Na poprawę tak rozumianej jakości życia u chorujących na schizofrenię ma wpływ wiele czynników. Mogą to być: sposób leczenia (w tym stosowana farmakoterapia), przebieg i sposób przeżywania objawów psychopatologicznych oraz środowisko pacjenta [7, 8].

Realizowanie swojej seksualności jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka [9–13]. Zakłócenia w tej sferze funkcjonowania mogą negatywnie wpływać na dobrostan psychologiczny [3, 14–17]. Osoby chorujące na schizofrenię są szczególnie narażone na pojawienie się u nich dysfunkcji, które wpływają na ich życie seksualne [18–23]. Diagnoza schizofrenii nadal jest czynnikiem stygmatyzującym. Chorzy mogą doświadczać dyskryminacji. Wpływa to na ich sposób postrzegania samych siebie. Negatywny obraz siebie może obniżać poczucie własnej wartości, a to z kolei dodatkowo ogranicza motywację do nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi (w tym seksualnych) [18, 19, 24, 25]. Nasilone objawy negatywne choroby również mogą mieć wpływ na obecność i jakość relacji interpersonalnych w życiu pacjentów. Ponadto farmakoterapia stosowana w leczeniu schizofrenii może wpływać na pojawienie się dysfunkcji seksualnych [23, 26–33]. Mimo że prace badawcze pokazują istotność realizowania swojej seksualności przez pacjentów oraz wpływu tej realizacji na jakość ich życia i funkcjonowania, to profesjonalistom leczącym i wspierającym chorych nadal nie udaje się w wystarczającym stopniu dostrzegać potrzeb realizacji seksualności u swoich pacjentów [22, 34]. W dalszym ciągu niewiele jest badań oraz opracowań dotyczących przeżywania seksualności przez osoby chore na schizofrenię. Niniejszy artykuł ma na celu zaprezentowa-

nie przeprowadzonego badania, którego celem była analiza różnic w przeżywaniu seksualności między populacją kobiet zdrowych psychicznie oraz chorych na schizofrenię, rozumianej jako podejmowane zachowania seksualne, występowanie zaburzeń sfery seksualnej, charakterystykę płci psychologicznej i subiektywnego postrzegania własnego ciała jako atrakcyjnego seksualnie.

## Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie między wrześniem 2014 roku a marcem 2015 roku. Wzięło w nim udział 80 kobiet, z czego odpowiedzi udzielone przez 60 z nich zostały zakwalifikowane jako spełniające kryteria badania (wiek poniżej 60 lat oraz powyżej 25 lat dla dwóch grup, diagnoza schizofrenii dla grupy eksperymentalnej oraz brak zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych dla grupy kontrolnej). Było to badanie kwestionariuszowe. Miało na celu znalezienie ewentualnych różnic w przeżywaniu seksualności, w podejmowanych zachowaniach seksualnych oraz występowaniu zaburzeń sfery seksualnej między populacją kobiet zdrowych psychicznie oraz chorych na schizofrenię. Ponadto badanie miało dostarczyć charakterystyki każdej z grup w odniesieniu do płci psychologicznej i subiektywnego postrzegania własnego ciała jako atrakcyjnego seksualnie.

## Osoby badane

Osobami badanymi były kobiety chore na schizofrenię korzystające z usług ośrodków, które realizują programy psychiatrii środowiskowej ( $n = 30$ ), oraz kobiety bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych ( $n = 30$ ). W momencie badania najmłodsza kobieta z grupy zdrowych miała 28 lat, natomiast z grupy kobiet chorych 30 lat. W obydwu grupach najstarsze badane kobiety miały 54 lata. Średnia wieku kobiet ze schizofrenią wyniosła około 42 lat. W drugiej grupie średnia wieku była porównywalna, osiągnęła wartość około 41 lat. W grupie badawczej badane najczęściej kończyły edukację na poziomie szkoły średniej (43%) lub zawodowej (33%), jedna piąta kobiet chorych miała wykształcenie wyższe. W grupie kontrolnej niespełna 47% kobiet posiadało wyższe wykształcenie. Uzyskanie wykształcenia średniego zadeklarowało 40% badanych, a zawodowego 13%. Blisko połowa zbadanych kobiet określiła swój stan cywilny jako „panna” (50% w grupie kobiet chorych oraz 46% w grupie kontrolnej). Rozwiedzionych osób badanych była porównywalna liczba w obu grupach (23% kobiet chorujących oraz 20% niemających diagnozy psychiatrycznej). Kobiety zdrowe (33%) częściej niż chorujące (20%) żyją

w związkach małżeńskich. Ponad to 7% kobiet z grupy badawczej okazało się wdowami, co nie znalazło odzwierciedlenia w grupie kontrolnej. Około 30% kobiet w grupach deklaruje posiadanie partnera, z którym tworzą związek nieformalny. Średni czas trwania takich związków to około 4 lata w grupie eksperymentalnej oraz 5 lat w grupie kontrolnej. Badane chorujące na schizofrenię chorują średnio od około 7 lat i mają za sobą 3 hospitalizacje.

## Procedura

Badanie miało charakter indywidualny. Każda z uczestniczek miała nieograniczony czas na rozwiązanie kwestionariuszy. Wszystko poprzedzała rozmowa mająca na celu zredukowanie stresu badanych, zapoznanie się z tematyką oraz procedurą badania i rozwianie pojawiających się wątpliwości. W pierwszej kolejności należało wypełnić metryczkę socjologiczną z podstawowymi danymi na swój temat. Następnie badane zostały poproszone o wypełnienie Inwentarza do Oceny Płci Psychologicznej (IPP), Skalę Oceny Ciała (BES, *Body Esteem Scale*) oraz formularz Badania Seksualnego Polaków (BSP). Po rozwiązaniu kwestionariuszy odbywała się rozmowa zamykająca badanie, podczas której jego uczestniczki informowały badacza o trudnościach, niejasnościach oraz samopoczuciu po przebytych badaniu. Badanie odbywało się w środowisku, w którym możliwe dystraktory były zredukowane do minimum — w gabinetach psychologa w ośrodkach, do których uczęszczają osoby z grupy badanej oraz w sali dydaktycznej w Akademii Pedagogiki Specjalnej w przypadku osób badanych z grupy kontrolnej.

## Narzędzia badawcze

### Kwestionariusze psychologiczne

Skala Oceny Ciała jest narzędziem pozwalającym określić stosunek badanych do własnego ciała. Skala składa się z 35 itemów, podzielonych według trzech podskal, odmiennych dla kobiet i dla mężczyzn. Na poszczególne pytania BES dotyczące cielesności można udzielić odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta: gdzie 1 oznacza 'mam silnie negatywne odczucia', 5 — 'mam silnie pozytywne odczucia', 3 to stosunek neutralny. Podskale dla kobiet to: a) Atrakcyjność Seksualna — związana z percepcją tych elementów ciała, których wyglądu nie można zmienić poprzez ćwiczenia fizyczne (np. ocena zadowolenia z wyglądu ust, piersi). Stosunek do tych części ciała wiąże się też z podkreślaniem elementów wyglądu związanych z seksualnością, a ich modelowanie możliwe jest tylko poprzez zastosowanie zabiegów kosmetycznych

(np. makijaż); b) Kontrola Wagi — tu istotne są te części ciała, których wygląd można zmienić dzięki ćwiczeniom fizycznym lub stosowaniu diet; c) Kondycja Fizyczna odwołuje się do oceny takich parametrów, jak wytrzymałość, siła i zwinność [16, 23, 35].

Narzędziem, za pomocą którego określano poziom kobiecości, męskości oraz typ płci psychologicznej, był IPP autorstwa Alicji Kuczyńskiej [36, 37]. Jest to kwestionariusz samoopisowy. Zawiera 35 pozycji, które odnoszą się do pewnych cech osobowości. W inwentarzu znajdują się 15 cech charakteryzujących mężczyzn i tyle samo charakteryzujących kobiety oraz 5 pozycji neutralnych. Cechy te są zgodne z treścią polskiego stereotypu kulturowego odnośnie do płci. Do oceny natężenia każdej z cech została użyta pięciostopniowa skala (1–5 pkt). Osoba badana ma za zadanie ustosunkować się do podanych stwierdzeń i określić, w jakim stopniu dana cecha opisuje jej osobowość. Uzyskane wyniki pozwalają określić jeden z czterech możliwych typów płci psychologicznej:

1. Typ androgyniczny (*androgynous*): 53–75 punktów w skali kobiecości i 49–75 punktów w skali męskości.
2. Typ zgodny z płcią biologiczną (*sex typed*): dla kobiet 53–75 punktów w skali kobiecości i 0–48 punktów w skali męskości, a dla mężczyzn 0–52 punktów w skali kobiecości i 49–75 punktów w skali męskości.
3. Typ niezgodny z płcią biologiczną (*cross-typed sex*): dla kobiet 0–52 punktów w skali kobiecości i 49–75 punktów w skali męskości, dla mężczyzn 0–48 punktów w skali męskości i 53–75 punktów w skali kobiecości.
4. Typ niezróżnicowany (*undifferentiated*): 0–52 punktów w skali kobiecości i 0–48 punktów w skali męskości [37].

### Kwestionariusze seksuologiczne

Formularz BSP utworzony na podstawie „Raportu seksualności Polaków” Zbigniewa Lwa-Starowicza z 2002 roku, niebędący strukturalizowanym wywiadem seksuologicznym, ma na celu ogólne scharakteryzowanie życia seksualnego badanej grupy lub populacji [38]. Narzędzie to obejmuje 38 zróżnicowanych pozycji testowych przybierających maksymalnie zakres dziesięciostopniowy od „a” do „j”, kilka skal z odpowiedziami „tak”, „nie” lub „nie wiem” oraz skalę Likerta mierzącą natężenie poszczególnych stwierdzeń w zakresie światopoglądu i wpływu życia seksualnego na pozostałe sfery funkcjonowania. Pytania dotyczą również rozwoju psychoseksualnego osoby badanej, źródła uświadomienia w kwestiach seksu, wieku i charakteru inicjacji płciowej, opinii na temat własne-

**Tabela 1.** Testy normalności rozkładów zmiennych ilościowych

| Zmienna                | Skośność                  |                            | Kurtოza                   |                            | S-W                       |                            |
|------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
|                        | Kobiety chore<br>(n = 30) | Kobiety zdrowe<br>(n = 30) | Kobiety chore<br>(n = 30) | Kobiety zdrowe<br>(n = 30) | Kobiety chore<br>(n = 30) | Kobiety zdrowe<br>(n = 30) |
| Skala kobiecości       | -0,903                    | -0,324                     | 1,415                     | -0,502                     | 0,937                     | 0,971                      |
| Skala męskości         | -0,449                    | -0,158                     | -0,304                    | 0,024                      | 0,965                     | 0,970                      |
| Atrakcyjność seksualna | -0,870                    | -0,011                     | 0,419                     | -1,021                     | 0,934                     | 0,957                      |

S-W — test Shapiro-Wilka

go życia seksualnego oraz seksu w ogóle, aktualnej i preferowanej ekspresji zachowań seksualnych — w tym także z przedstawicielami tej samej płci, relacji erotyczno-uczuciowych z ewentualnym partnerem seksualnym, aktywności seksualnej, fantazji erotycznych, doświadczania przemocy seksualnej, przekonań oraz postaw dotyczących różnych zachowań seksualnych czy obyczajowości seksualnej [39]. Kwestionariusz umożliwia ogląd, na które pytania częściej odpowiadali przedstawiciele danej zbiorowości, a przez to pozwala też na charakterystykę poszczególnych tendencji do odpowiedzi między różnymi grupami.

Pytanie badawcze:

1. Czy istnieją różnice między kobietami chorymi na schizofrenię a kobietami zdrowymi w zakresie spostrzeganej kobiecości, męskości i atrakcyjności seksualnej?
2. Czy istnieją różnice między kobietami chorymi na schizofrenię a kobietami zdrowymi w zakresie momentu rozpoczęcia masturbacji, wieku inicjacji seksualnej, doświadczeń wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych?
3. Czy istnieje zależność pomiędzy wymiarami płci psychologicznej a poczuciem atrakcyjności seksualnej?

### Hipotezy badawcze

1. Wystąpią różnice między kobietami w zakresie opisywania swojej płci psychologicznej. Kobiety chorujące na schizofrenię częściej będą opisywały się niezgodnie z płcią metrykalną. Będą również uzyskiwały niższe wyniki w skali atrakcyjności seksualnej.
2. Wystąpią różnice między kobietami w zakresie momentu rozpoczęcia masturbacji, wieku inicjacji seksualnej, doświadczeń wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych. Kobiety chorujące będą później rozpoczynały masturbację oraz przeżywały inicjację seksualną oraz częściej będą doświadczały wymuszeń i przemocy w kontaktach seksualnych.
3. Zakładam obecność zależności pomiędzy wymiarami płci psychologicznej a poczuciem atrakcyjności seksualnej. Kobiety chore, które uzyskują wyższe wyniki na skali kobiecości, będą również miały wyższe wyniki na skali atrakcyjności seksualnej.

## Wyniki

W celu sprawdzenia normalności rozkładów zmiennych ilościowych (wyników poszczególnych skal testów IPP oraz BES) obliczono wartości skośności, kurtოzy oraz testu Shapiro-Wilka odpowiedniego dla prób badawczych poniżej 2000 respondentów (tab. 1). Miary skośności i kurtოzy oraz wyniki testu Shapiro-Wilka pozwalają stwierdzić, że rozkłady wszystkich zmiennych ilościowych zastosowanych w badaniu są normalne zarówno w grupie kobiet chorych, jak i zdrowych. Jedynie miara kurtοzy w przypadku skali Atrakcyjności seksualnej u kobiet zdrowych (poniżej wartości 1) wskazuje na nieco platokurtyczny rozkład, co oznacza, że w zbiorze danych zaobserwowano dużo wyników skrajnych. Jednak miara skośności i test Shapiro-Wilka wskazują na normalność tego rozkładu. Przeprowadzone obliczenia oraz, przede wszystkim, równoliczność badanych grup pozwalają na zastosowanie testów parametrycznych w toku dalszych analiz z udziałem zmiennych ilościowych.

### Weryfikacja hipotezy 1

W celu sprawdzenia istnienia istotnych różnic między kobietami chorującymi na schizofrenię i kobietami zdrowymi, pod względem zmiennych ilościowych, to jest: skali kobiecości, skali męskości oraz atrakcyjności seksualnej, obliczono statystyki opisowe (średnie i odchylenia standardowe) dla tychże zmiennych oraz przeprowadzono parametryczny test porównań międzygrupowych t-Studenta dla dwóch grup niezależnych (tab. 2).

Analizy wykazały obecność istotnych różnic pomiędzy porównywanymi grupami. Kobiety chorujące i zdrowe różnią się istotnie pod względem wyników skali kobiecości oraz męskości, przy czym w przypadku skali kobiecości różnica między grupami jest na poziomie tendencji statystycznej ( $p < 0,1$ ), a w przypadku skali męskości stwierdzono różnicę istotną statystycznie ( $p < 0,05$ ). W przypadku obydwu wymienionych skal kobiety zdrowe uzyskiwały wyższe wyniki niż kobiety chore. Nie stwierdzono istotnej różnicy między grupami pod względem skali atrakcyjności seksualnej.

**Tabela 2. Statystyki opisowe i test t-Studenta**

| Zmienna                | Średnia                   |                            | Odchylenie standardowe    |                            | t               |
|------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|
|                        | Kobiety chore<br>(n = 30) | Kobiety zdrowe<br>(n = 30) | Kobiety chore<br>(n = 30) | Kobiety zdrowe<br>(n = 30) |                 |
| Skala kobiecości       | 50,1333                   | 54,4000                    | 9,69085                   | 7,21397                    | <b>-1,934**</b> |
| Skala męskości         | 43,7667                   | 51,1000                    | 12,38654                  | 7,64447                    | <b>-2,760*</b>  |
| Atrakcyjność seksualna | 43,8667                   | 47,7333                    | 12,43114                  | 7,67411                    | -1,450          |

t — statystyka testu t-Studenta; \*p &lt; 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p &lt; 0,1 (różnica na poziomie tendencji statystycznej)

**Tabela 3. Test U Manna-Whitneya**

| Zmienna                                     | Średnia ranga          |                         | U              |
|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|
|                                             | Kobiety chore (n = 30) | Kobiety zdrowe (n = 30) |                |
| Rozpoczęcie masturbacji                     | 25,15                  | 35,85                   | <b>289,5*</b>  |
| Wiek inicjacji seksualnej                   | 27,75                  | 33,25                   | 367,5          |
| Rola seksu w życiu                          | 33,43                  | 27,57                   | 362            |
| Liczba partnerów seksualnych                | 28                     | 33                      | 375            |
| Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego    | 28,17                  | 32,83                   | 380            |
| Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego | 27,13                  | 33,87                   | 349            |
| Wymuszenie kontaktów seksualnych            | 32,88                  | 28,12                   | <b>378,5**</b> |
| Przemoc w kontaktach seksualnych            | 32,92                  | 28,08                   | <b>377,5**</b> |

U — statystyka testu U Manna-Whitneya; \*p &lt; 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p &lt; 0,1 (różnica na poziomie tendencji statystycznej)

### Weryfikacja hipotezy 2

W celu sprawdzenia istnienia istotnych różnic między kobietami chorymi i zdrowymi, pod względem zmiennych porządkowych (moment rozpoczęcia masturbacji, wiek inicjacji seksualnej, rola seksu w życiu, liczba partnerów seksualnych, satysfakcja fizyczna z życia seksualnego, satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego, doświadczenie wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych) przeprowadzono nieparametryczny test rangowy U Manna-Whitneya (tab. 3). Analizy wykazały istnienie istotnych różnic między grupami. Kobiety chore i zdrowe różnią się istotnie pod względem wieku rozpoczęcia inicjacji seksualnej. Kobiety zdrowe rozpoczynały masturbację później, lub wcale jej nie podejmowały, w porównaniu do kobiet chorych. Wykazano również dwie różnice na poziomie tendencji statystycznej — pod względem częstości doświadczeń wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych. Kobiety chore częściej doświadczały zarówno wymuszania, jak i przemocy w kontaktach seksualnych. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami pod względem pozostałych zmiennych.

### Weryfikacja hipotezy 3

Aby sprawdzić, czy istnieją istotne związki między skalą kobiecości, skalą męskości oraz atrakcyjnością seksualną, obliczono korelacje między zmiennymi. Zastosowano w tym celu współczynnik korelacji r-Pearsona. Obliczenia wykonano oddzielnie dla całej grupy badawczej (tab. 4), a także w grupie kobiet chorych

**Tabela 4. Korelacje między zmiennymi w całej grupie badawczej (n = 60)**

| Zmienne          | Skala męskości | Atrakcyjność seksualna |
|------------------|----------------|------------------------|
| Skala kobiecości | 0,178          | 0,099                  |
| Skala męskości   | BD             | <b>0,685*</b>          |

\*p &lt; 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p &lt; 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

(tab. 5) i zdrowych (tab. 6). Wykazano średnią korelację dodatnią między skalą męskości i skalą atrakcyjności seksualnej w całej grupie badawczej. Nie stwierdzono korelacji między pozostałymi zmiennymi. Wykazano wysoką korelację dodatnią między skalą męskości i skalą atrakcyjności seksualnej w grupie kobiet chorych. Nie stwierdzono korelacji między pozostałymi zmiennymi. Wykazano średnią korelację dodatnią między skalą męskości i skalą atrakcyjności seksualnej w grupie kobiet zdrowych. Nie stwierdzono korelacji między pozostałymi zmiennymi. Aby sprawdzić, czy istnieją istotne związki między zmiennymi ilościowymi (skala kobiecości, skala męskości i atrakcyjność seksualna) a zmiennymi porządkowymi (moment rozpoczęcia masturbacji, wiek inicjacji seksualnej, rola seksu w życiu, liczba partnerów seksualnych, satysfakcja fizyczna z życia seksualnego, satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego, doświadczenie wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych) oraz pomiędzy poszczególnymi zmiennymi porządkowymi, obliczono korelacje, stosując w tym celu nieparametryczny

współczynnik korelacji rho-Spearmana. Obliczenia wykonano oddzielnie dla całej grupy badawczej (tab. 7), a także oddzielnie w grupie kobiet chorych (tab. 8)

**Tabela 5.** Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet chorych (n = 30)

| Zmienne          | Skala męskości | Atrakcyjność seksualna |
|------------------|----------------|------------------------|
| Skala kobiecości | 0,161          | 0,050                  |
| Skala męskości   | BD             | 0,721*                 |

\*p < 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

**Tabela 6.** Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet zdrowych (n = 30)

| Zmienne          | Skala męskości | Atrakcyjność seksualna |
|------------------|----------------|------------------------|
| Skala kobiecości | -0,023         | 0,069                  |
| Skala męskości   | BD             | 0,547*                 |

\*p < 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

**Tabela 7.** Korelacje między zmiennymi w całej grupie badawczej (n = 60)

| Zmienne                                     | Rozpoczęcie masturbacji | Wiek inicjacji seksualnej | Rola seksu w życiu | Liczba partnerów seksualnych | Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego | Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego | Wymuszenie kontaktów seksualnych | Przemoc w kontaktach seksualnych |
|---------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Skala kobiecości                            | <b>0,324*</b>           | 0,091                     | -0,145             | 0,021                        | 0,181                                    | 0,197                                       | 0,027                            | -0,126                           |
| Skala męskości                              | 0,107                   | -0,098                    | <b>-0,393*</b>     | <b>0,330*</b>                | 0,159                                    | 0,189                                       | 0,026                            | -0,008                           |
| Atrakcyjność seksualna                      | -0,126                  | -0,143                    | <b>-0,321*</b>     | <b>0,354*</b>                | -0,053                                   | -0,080                                      | 0,083                            | 0,030                            |
| Rozpoczęcie masturbacji                     | BD                      | <b>0,226**</b>            | 0,039              | -0,174                       | 0,201                                    | 0,119                                       | -0,199                           | <b>-0,238**</b>                  |
| Wiek inicjacji seksualnej                   | BD                      | BD                        | 0,190              | <b>-0,393*</b>               | -0,076                                   | -0,165                                      | <b>-0,257*</b>                   | -0,069                           |
| Rola seksu w życiu                          | BD                      | BD                        | BD                 | <b>-0,464*</b>               | -0,117                                   | <b>-0,241**</b>                             | -0,094                           | -0,155                           |
| Liczba partnerów seksualnych                | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | -0,102                                   | -0,020                                      | 0,187                            | <b>0,216**</b>                   |
| Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego    | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | <b>0,925*</b>                               | 0,003                            | -0,096                           |
| Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | 0,007                            | -0,127                           |
| Wymuszenie kontaktów seksualnych            | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | BD                               | <b>0,731*</b>                    |
| Przemoc w kontaktach seksualnych            | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | BD                               | BD                               |

\*p < 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

i zdrowych (tab. 9). Wyniki obliczeń są zaprezentowane w tabelach. Wykazano następujące istotne korelacje między zmiennymi w grupie kobiet chorych.

#### *Rozpoczęcie masturbacji*

Dodatnia korelacja ze skalą kobiecości — im później (lub wcale) badane próbowały masturbacji, tym wyższe wyniki uzyskiwały w skali kobiecości. Dodatnia korelacja z satysfakcją fizyczną z życia seksualnego — im później (lub wcale) badane podejmowały się masturbacji, tym mniejsza była ich satysfakcja fizyczna z życia seksualnego.

#### *Wiek inicjacji seksualnej*

Ujemna korelacja z liczbą partnerów seksualnych — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym mniej miały partnerów seksualnych. Ujemna korelacja z doświadczeniem wymuszania kontaktów seksualnych — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym rzadsze były ich doświadczenia wymuszeń kontaktów seksualnych.

**Tabela 8.** Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet chorych (n = 30)

| Zmienne                                     | Rozpoczęcie masturbacji | Wiek inicjacji seksualnej | Rola seksu w życiu | Liczba partnerów seksualnych | Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego | Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego | Wymuszenie kontaktów seksualnych | Przemoc w kontaktach seksualnych |
|---------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Skala kobiecości                            | <b>0,451*</b>           | 0,046                     | 0,061              | 0,045                        | 0,065                                    | 0,016                                       | −0,050                           | −0,167                           |
| Skala męskości                              | 0,143                   | −0,048                    | −0,243             | 0,175                        | <b>0,314**</b>                           | 0,355                                       | 0,055                            | 0,082                            |
| Atrakcyjność seksualna                      | −0,182                  | −0,070                    | −0,229             | <b>0,333**</b>               | 0,046                                    | 0,033                                       | 0,205                            | 0,199                            |
| Rozpoczęcie masturbacji                     | BD                      | 0,168                     | 0,037              | −0,161                       | <b>0,400*</b>                            | 0,291                                       | −0,285                           | −0,244                           |
| Wiek inicjacji seksualnej                   | BD                      | BD                        | 0,211              | <b>−0,540*</b>               | −0,120                                   | −0,274                                      | <b>−0,409*</b>                   | −0,122                           |
| Rola seksu w życiu                          | BD                      | BD                        | BD                 | <b>−0,469*</b>               | −0,158                                   | −0,285                                      | −0,080                           | −0,262                           |
| Liczba partnerów seksualnych                | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | 0,024                                    | 0,127                                       | <b>0,337**</b>                   | <b>0,387*</b>                    |
| Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego    | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | <b>0,917*</b>                               | −0,117                           | −0,241                           |
| Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | −0,147                           | −0,277                           |
| Wymuszenie kontaktów seksualnych            | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | BD                               | <b>0,713*</b>                    |
| Przemoc w kontaktach seksualnych            | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | BD                               | BD                               |

\*p < 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

### *Rola seksu w życiu*

Ujemna korelacja z liczbą partnerów seksualnych — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym bardziej znacząca była rola seksu w ich życiu.

### *Liczba partnerów seksualnych*

Dodatnia zależność na poziomie tendencji ze skalą atrakcyjności seksualnej — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym wyższy wynik osiągały w skali atrakcyjności seksualnej. Ujemna korelacja z wiekiem inicjacji seksualnej — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym mniej miały partnerów seksualnych. Ujemna korelacja z rolą seksu w życiu — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym bardziej znacząca była rola seksu w ich życiu. Dodatnia zależność na poziomie tendencji z doświadczeniem wymuszania kontaktów seksualnych — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym częstsze były ich doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych. Dodatnia korelacja z doświadczeniem przemocy seksualnej — im więcej badane

miały partnerów seksualnych, tym częstsze były ich doświadczenia przemocy seksualnej.

### *Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego*

Dodatnia zależność na poziomie tendencji ze skalą męskości — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym wyższe były wyniki badanych w skali męskości.

Dodatnia korelacja z rozpoczęciem masturbacji — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym później (lub wcale) rozpoczynały one masturbację. Dodatnia korelacja z satysfakcją emocjonalną z życia seksualnego — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym większa była ich satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego.

### *Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego*

Dodatnia korelacja z satysfakcją fizyczną z życia seksualnego — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym większa była ich satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego.

**Tabela 9.** Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet zdrowych (n = 30)

| Zmienne                                     | Rozpoczęcie masturbacji | Wiek inicjacji seksualnej | Rola seksu w życiu | Liczba partnerów seksualnych | Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego | Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego | Wymuszenie kontaktów seksualnych | Przemoc w kontaktach seksualnych |
|---------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Skala kobiecości                            | 0,110                   | 0,059                     | −0,308**           | −0,051                       | 0,244                                    | 0,303                                       | 0,273                            | 0,075                            |
| Skala męskości                              | −0,111                  | −0,380*                   | −0,543*            | 0,559*                       | −0,143                                   | −0,135                                      | 0,134                            | −0,011                           |
| Atrakcyjność seksualna                      | −0,117                  | −0,276                    | −0,412*            | 0,329**                      | −0,160                                   | −0,221                                      | −0,081                           | −0,279                           |
| Rozpoczęcie masturbacji                     | BD                      | 0,249                     | 0,140              | −0,318**                     | −0,119                                   | −0,161                                      | 0,078                            | −0,133                           |
| Wiek inicjacji seksualnej                   | BD                      | BD                        | 0,239              | −0,302                       | −0,045                                   | −0,032                                      | 0,032                            | 0,198                            |
| Rola seksu w życiu                          | BD                      | BD                        | BD                 | −0,446*                      | 0,013                                    | −0,077                                      | −0,255                           | −0,090                           |
| Liczba partnerów seksualnych                | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | −0,295                                   | −0,223                                      | 0,079                            | 0,055                            |
| Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego    | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | 0,942*                                      | 0,292                            | 0,310**                          |
| Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | 0,377*                           | 0,310**                          |
| Wymuszenie kontaktów seksualnych            | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | BD                               | 0,719*                           |
| Przemoc w kontaktach seksualnych            | BD                      | BD                        | BD                 | BD                           | BD                                       | BD                                          | BD                               | BD                               |

\*p < 0,05 (istotność dwustronna); \*\*p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

### *Doświadczenie wymuszenia kontaktów seksualnych*

Ujemna korelacja z wiekiem inicjacji seksualnej — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym rzadsze były ich doświadczenia wymuszeń kontaktów seksualnych.

Dodatnia zależność na poziomie tendencji z liczbą partnerów seksualnych — im częstsze były doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych badanych, tym większa była liczba ich partnerów seksualnych. Dodatnia korelacja z doświadczeniem przemocy seksualnej — im częstsze były doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych badanych, tym częstsze były również ich doświadczenia przemocy seksualnej.

### *Doświadczenie przemocy seksualnej*

Dodatnia korelacja z liczbą partnerów seksualnych — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym częstsze były ich doświadczenia przemocy seksualnej.

Dodatnia korelacja z doświadczeniem wymuszenia kontaktów seksualnych — im częstsze były doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych badanych, tym częstsze były również ich doświadczenia przemocy seksualnej.

## **Dyskusja i wnioski**

Podsumowując przeprowadzone badanie i uzyskane w nim wyniki, nie można jednoznacznie opisać różnic w przeżywaniu, ocenie, uwarunkowaniach rozwoju seksualności kobiet chorych na schizofrenię w odniesieniu do grupy kobiet zdrowych. Zauważono, że kobiety zdrowe częściej uzyskiwały wyższe wyniki niż kobiety chore w skalach badających płęć psychologiczną. Ponadto kobiety zdrowe biorące udział w badaniu później rozpoczynały swoją aktywność seksualną. Natomiast kobiety chore częściej doświadczały wymuszeń i przemocy w obszarze seksualności. Brak znaczących różnic pomiędzy grupami w pozostałych obszarach może wynikać z faktu, że



wszystkie kobiety z grupy chorych na schizofrenię w chwili badania znajdowały się pod opieką placówek psychiatrii środowiskowej. Oferta terapeutyczna placówek tego typu kładzie nacisk na poprawę jakości życia swoich klientów, w związku z czym przyglądając się jak największej liczbie aspektów funkcjonowania i ustalając zindywidualizowany plan terapii. Pacjentki objęte taką opieką są być może bardziej świadome swojej seksualności. Należy również pamiętać, że narzędzie, które posłużyło do badania seksualności, bada tylko występowanie zaburzeń seksualnych. Nie można zatem na podstawie tego badania stwierdzić charakteru zaburzeń seksualnych, to jest, czy są wynikiem stanu medycznego, przyjmowanych leków, czy zależą od sytuacji. Badanie seksualności jest trudnym zadaniem z powodu dużej niechęci społeczeństwa do dzielenia się intymnymi szczegółami swojego życia. Badanie takie powinno być prowadzone na większej populacji, a podstawowym narzędziem badawczym powinien być pogłębiony wywiad seksuologiczny. Słabą stroną badania była mała grupa badawcza. Temat przeprowadzonego badania jest jeszcze obciążony tabu, dlatego utrudniony był dostęp do większej liczby osób chętnych do wzięcia udziału w badaniu. Pytania zawarte w kwestionariuszu seksuologicznym wymagały od badanych dzielenia się intymnymi szczegółami życia seksualnego. Taka sytuacja mogła być pretekstem do zaznaczania odpowiedzi niezgodnych z prawdą, aby lepiej wypaść w oczach osoby badającej. Mogło to zaburzyć wyniki badania. Na podstawie rozmów z badanymi przeprowadzanych przed i po wypełnieniu kwestionariusza, można wnioskować, że jest to temat ważny dla obu grup badanych. Kobiety chorujące na schizofrenię, które zauważały różnice w życiu seksualnym po zachorowaniu, często skarżyły się na brak odwagi na rozmowę z lekarzem dotyczącą seksualności lub bagatelizowanie przez lekarzy dolegliwości sfery seksualnej.

Przeżywanie swojej seksualności przez osoby chorujące psychicznie to bardzo ciekawy temat do dalszych badań ze względu na niedostateczną liczbę dostępnych badań empirycznych. Przeprowadzenie kolejnych, dokładniejszych analiz na większej grupie osób mogłoby pomóc w ustaleniu praktycznych wskazówek dla specjalistów pracujących z osobami chorującymi na schizofrenię, co mogłoby prowadzić w konsekwencji do polepszenia funkcjonowania i poprawy jakości życia chorych.

## Piśmiennictwo:

1. WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation. *Soc. Sci. Med.*, 41:, 1403–1409. 1995.

2. Baumeister RF. Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychol Bull.* 2000; 126(3): 347–74; discussion 385, indexed in Pubmed: [10825779](#).
3. Beisert M. Rozwój psychoseksualny człowieka. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 83–90.
4. Kelly DL. Treatment Considerations in Women with Schizophrenia. *Journal of Women's Health.* 2006; 15(10): 1132–1140.
5. DSM-5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association.
6. Sęk H. Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*. 1993; 55(2): 110–117.
7. Bronowski P. Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2012.
8. Wciórka J. Psychozy schizofreniczne. In: Bilikiewicz A. ed. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (wyd. 3 zm. i uzup.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
9. Klasa K, Sobański J, Sobański Ł, et al. Dyskusja nad klasyfikacją zaburzeń seksualnych w DSM-5 a trendy badawcze w obszarze seksuologii w Polsce. *Psychiatria Polska*. 2013; 47(6): 1133–1142.
10. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock V. *Psychiatria kliniczna*. Wydanie drugie polskie (red.) Sidorowicz SK. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004: 152–177.
11. Kratochvíl S. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Wydawnictwo Iskra, Warszawa 2002.
12. Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. *Podstawy seksuologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa: 2010.
13. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne. In: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. ed. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 385–403.
14. Incedere A, Küçük L. Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients. *Sexuality and Disability*. 2017; 35(1): 89–106, doi: [10.1007/s11195-017-9475-y](#).
15. Beisert M. W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka. In: Beisert M. ed. *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 7–32.
16. Izdebski Z. *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
17. Miluska J. *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1996.
18. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(2): 350–353, indexed in Pubmed: [11506856](#).
19. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005; 172(10): 1327–1333, doi: [10.1503/cmaj.1020174](#), indexed in Pubmed: [15883409](#).
20. Basson R, Brotto LA, Laan E, et al. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005; 2(3): 291–300, doi: [10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x](#), indexed in Pubmed: [16422860](#).
21. Byerly MJ, Nakonezny PA, Bettcher BM, et al. Sexual dysfunction associated with second-generation antipsychotics in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: an empirical evaluation of olanzapine, risperidone, and quetiapine. *Schizophr Res.* 2006; 86(1-3): 244–250, doi: [10.1016/j.schres.2006.04.005](#), indexed in Pubmed: [16730951](#).
22. Chojnowski J, Więdołcha M, Mosiołek A. Zaburzenia seksualne u pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria*. 2017; 14(1): 35–39.
23. Fortier P, Mottard JP, Trudel G, et al. Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults. *Schizophrenia Bulletin*. 2003; 29(3): 559–572, doi: [10.1093/oxfordjournals.schbul.a007028](#).

24. Brytek-Matera A. Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.
25. Kasperek-Zimowska B, Brodński WA, arol-Kulka SA. Zaburzenia seksualne w schizofrenii — przegląd badań. *Psychiatria Polska*. 2008; XLII(1): 97–105.
26. Bem SL. Probing the promise of androgyny. In: Kaplan AG, Bean P. ed. *Beyond sex-role stereotypes. Reading toward a psychology of androgyny*. Little, Brown and Company, s, Boston-Toronto 1976: 47–62.
27. Bem SL. Męskość, kobiecość. O różnicach wynikających z płci. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne., Gdańsk 2000.
28. Gierowski JK. Motywacja zabójstw (rozprawa habilitacyjna). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1989: 157–167.
29. Jakima S, Murawiec S. Problemy seksualne w schizofrenii. *Seksuologia Polska*. 2008; 6(2): 83–90.
30. Kuczyński W, Rzewuska M, Luks M. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na funkcje seksualne. *Seksuologia Polska*. 2003; 1(1): 23–29.
31. Kuczyński W, Rzewuska M, Luks M, et al. Zaburzenia seksualne u chorych na schizofrenię leczonych neuroleptykami. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*. 2001(1): 126–140.
32. Rzewuska M. Układ dopaminergiczny i leki przeciwpsychotyczne. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*. 2009; 2(3): 115–123.
33. Strauss B, Gross J. [Psychotropic drug-induced changes in sexuality—frequency and relevance in psychiatric practice]. *Psychiatr Prax*. 1984; 11(2): 49–55, indexed in Pubmed: [6718602](#).
34. McCann E. The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 17(4): 295–303, doi: [10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x](#), indexed in Pubmed: [20529179](#).
35. Iniewicz G, Strzelczak A. Pożądanie w odpowiedzi — nowe spojrzenie na hipolibidemię u kobiet. *Psychiatria Polska*. 2013; 47(6): 1123–1132.
36. Kuczyńska A. Płeć psychologiczna. Podstawy teoretyczne, dane empiryczne oraz narzędzie pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*. 1992; 35(2): 237–247.
37. Kuczyńska A. Inwentarz do oceny płci psychologicznej IPP: podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
38. Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z. Seksualność Polek. Raport: Seksualność Polaków 2002. *Przegląd Menopauzalny*. 2002(4): 64–73.
39. Kowalski JA. *Homo eroticus*. Instytut Badań Seksualnych, Opole 2011: 94–98.

# Tematyka fantazji seksualnych wśród młodych dorosłych

Sexual fantasies themes among young adults

Magdalena Liberacka, Paweł Izdebski

Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

## Streszczenie:

**Wstęp:** Fantazje seksualne są nieodłączną częścią życia seksualnego. Mają wpływ na lepsze zrozumienie własnej seksualności, potęgują pożądanie oraz wzmacniają zainteresowanie aktywnością seksualną. Celem niniejszego badania było wyszczególnienie najczęściej pojawiających się fantazji seksualnych u młodych dorosłych oraz ustalenie różnic wynikających z płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 1461 osób (704 kobiety i 757 mężczyzn) w wieku od 16 do 68 lat ( $M=21,53$ ;  $SD=3,69$ ). W badaniu wykorzystano internetową wersję Kwestionariusza Fantazji Seksualnych Wilsona.

**Wyniki:** U obu płci najczęściej pojawiają się fantazje z grupy intymność. Kobiety są bardziej chętne do fantazjowania na tematy sadomasochistyczne, natomiast mężczyźni na fantazje z grupy bezosobowość. Równie często u obu płci pojawiają się fantazje z grupy eksploracja. Wykazano, że kobiety z dużych miast fantazjują częściej na tematy z grupy eksploracja, a mężczyźni z małych miast oraz ze wsi na tematy z grupy sadomasochizm. Mężczyźni o wykształceniu wyższym oraz gimnazjalnym fantazjują istotnie częściej na tematy z grupy eksploracja oraz bezosobowość. Mężczyźni niepozostający w związku oraz pozostający w związku formalnym, fantazjują najczęściej na tematy z grupy intymność oraz sadomasochizm.

**Wnioski:** Uzyskane wyniki zdają się potwierdzać wcześniejsze badania dotyczące fantazji seksualnych. Jako najważniejsze wyróżnić tutaj można: specyfikę relacji interpersonalnych, większą skłonność mężczyzn do eksperymentowania, tendencję do przybierania biernych ról u kobiet oraz aktywnych u mężczyzn. Wyniki wskazują na zmiany kulturowe, ponieważ ciekawość oraz otwartość na tematy seksualne nie ogranicza się już jedynie do osób z większych miast oraz o wyższym wykształceniu. Uzyskane wyniki zostały przeanalizowane w perspektywie psychologii ewolucyjnej.

**Słowa kluczowe:** Fantazje seksualne, psychologia ewolucyjna, seksualność

*Seksuologia Polska 2019; 17: 45–51*

## Abstract:

**Introduction:** Sexual fantasies are integral part of sexual life. They have an impact on understanding sexuality, they are intensifying desire and interest in sexual activity. The aim of this research is to indicate the most frequent sexual fantasies themes among young adults and to determinate differences arising from gender, marital status, place of residence and educational level.

**Material and methods:** The research was conducted among 1461 people (704 females and 757 males) aged 16 to 68 years ( $M=21,53$ ;  $SD=3,69$ ). Participants completed electronic version of the Wilson Sex Fantasies Questionnaire.

**Results:** In both genders the most frequent sexual fantasies concern intimacy whereas equally often themes - exploratory. The difference is most striking with the sadomasochism and impersonal categories. Women from big cities fantasize more often about exploratory whereas men from small cities and villages about sadomasochism. Men with higher and lower secondary education admit to fantasize more about exploratory and sadomasochism. It was shown that males, who are single or in informal relationship, daydream the most often about intimacy and sadomasochism.

Adres do korespondencji: Paweł Izdebski

Instytut Psychologii  
ul. Leopolda Staffa 1  
85-867 Bydgoszcz  
tel.: 608 385 816  
e-mail: pawel@ukw.edu.pl  
Nadesłano: 31.07.2018

Przyjęto do druku: 20.07.2019

**Conclusions:** *The results are consistent with previous researches. The most important results are found in: specificity of relationship, bigger aptitude for experimentation among men and the fact that women showed a preference for passive themes whereas men were more inclined to be active. The results signalize cultural changes due to the fact that curiosity and being open to sexual activity is no more limited to people from bigger cities and with higher education. The results have been analyzed in evolutionary psychology perspective.*

**Key words:** sexual fantasies, evolutionary psychology, sexuality.

*Seksuologia Polska 2019; 17: 45–51*

## Wstęp

W ciągu ewolucji gatunku ludzkiego seksualność przybierała różne znaczenia. Jak podaje Darwin, człowiek prawdopodobnie pierwotnie żył jako poligamista. Nie było to bez znaczenia - mężczyzna chroniąc kobietę, polując, zapewniając bezpieczeństwo rodzinie, zwiększał szanse na spotkanie kolejnej atrakcyjnej partnerki, a co za tym idzie — chronił swoje możliwości reprodukcyjne [1]. Ważna jest tutaj także ewolucyjna rola obu płci — zadaniem mężczyzny było podtrzymanie gatunku, dlatego nie bez znaczenia było dla niego posiadanie kilku partnerek. Ważniejszą rolę kobiety było wychowanie potomstwa. W tym przypadku, otrzymywały one więcej zasobów wiążąc się z jednym partnerem, niż utrzymując przelotne kontakty seksualne [2, 3]. Ewolucja pokazuje, że z biegiem lat, ludzkie ciało ulegało zmianom, co powodowało zacieranie się konkurencji między mężczyznami i powstawanie związków głównie monogamicznych [1]. Niewątpliwie ma to wpływ na sposób odbierania własnej seksualności, ponieważ człowiek nie traktuje już seksu jedynie jako aktywności skierowanej ku podtrzymaniu gatunku. Biorąc pod uwagę podejmowane zachowania seksualne, nie można myśleć o nich w oderwaniu od fantazji seksualnych, które są tematem tej pracy.

Fantazje seksualne są nieodłączną częścią życia seksualnego człowieka. Jednak zainteresowanie tym tematem rozpoczęło się dopiero w latach 70. i 80. XX wieku. Traktowane są jako wyobrażenia sytuacji, ludzi bądź doświadczeń o treści seksualnej, które pojawiają się na podstawie własnych przeżyć oraz informacji z innych źródeł [4]. Na ich rozwój mogą wpływać: czynniki biologiczne (np. temperament), fizjologiczne (związane z utrzymaniem napięcia seksualnego przez układ nerwowy), psychologiczne (np. potrzeba nowości, pragnienia, konflikty) [4].

Fantazje seksualne mają wpływ na lepsze zrozumienie własnej seksualności, a dodatkowo potęgować pożądanie oraz wzmacniać zainteresowanie aktywnością seksualną [5].

Lew-Starowicz wskazuje, że fantazje można traktować jako:

- podkreślenie tego, co obecne w życiu seksualnym,
- życzenia wyrażane względem partnera,
- wynagrodzenie sobie własnych kompleksów,

- wspomnianie poprzednich przeżyć seksualnych,
- ujawnianie ukrytych potrzeb [6].

Niewątpliwą zaletą fantazjowania jest to, że dzięki nim możemy przenieść się w nierealistyczny świat tego, co nas interesuje, jednak bez doświadczania wstydu bądź społecznego odrzucenia, w momencie gdy występują różnice pomiędzy preferencjami naszymi, a partnera [7]. W związkach partnerskich może przyczynić się to do wzmocnienia związku oraz uatrakcyjnienia życia seksualnego. W relacjach interpersonalnych ważnym aspektem jest tolerancja oraz negocjacja preferencji obojga partnerów [8]. Obecność fantazji może przyczyniać się do wyższego poczucia satysfakcji seksualnej. W badaniach Davidsona wykazano, że miały one związek z częstszym doświadczaniem orgazmów [9]. Wyniki wielu badań wskazują, że występowanie marzeń wpływa na podwyższenie jakości życia seksualnego. Dodatkowo, kobiety które mają poczucie winy z powodu częstszego fantazjowania odczuwają istotnie niższy poziom satysfakcji [7].

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni fantazjują, jednak podaje się, że mężczyźni robią to istotnie częściej. Tłumaczone jest to zwykle w kategoriach socjokulturowych. Okazuje się, że kobiety są bardziej ostrożne przy wyborze partnera, co może przekładać się także na fantazjowanie. Kolejno, wskazuje się na rolę częstości oglądania pornografii oraz zmian hormonalnych. [7, 11].

Fantazje seksualne mogą przybierać różne formy oraz tematy. Leitenberg i Henning zaznaczają że można je skategoryzować na dwie grupy: te, które dotyczą wcześniejszych przeżyć oraz te, które pozostają jedynie na poziomie wyobraźni. Wyróżnili oni cztery, najczęściej pojawiające się grupy, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn:

- intymne sytuacje w relacjach heteroseksualnych, dotyczące wcześniejszych przeżyć oraz wyobrażeń;
- wyobrażenia dotyczące własnego uroku oraz siły seksualnej (np. seks z wieloma partnerami naraz);
- wyobrażenia dotyczące czegoś odmiennego, a nawet zakazanego (np. różne pozycje seksualne);
- praktyki sadomasochistyczne [7].

Davidson, jako prekursor, podzielił fantazje ze względu na płeć. Według niego u mężczyzn najczęst-

sze to: kobieta jako agresor, seks oralny, seks z nową partnerką oraz seks na plaży. Dla kobiet było to kolejno: aktywność seksualna z obecnym partnerem, powracanie we wspomnieniach do wcześniejszych przeżyć, eksperymentowanie z nowymi pozycjami seksualnymi, uprawianie seksu w innych pomieszczeniach niż sypialnia oraz seks na dywanie [9]. Należy także przytoczyć podział Leitenberga i Henninga, którzy wykazali, pod jakim względem mogą różnić się między sobą kobiety i mężczyźni:

- przybieranie aktywnych oraz pasywnych ról w fantazjach — mężczyzna tutaj jest uważany za bardziej agresywnego, dominującego. Kobieta określana jest jako bardziej bierna;
- szczegółowe wyobrażenia oraz fantazje bardziej emocjonalne, romantyczne — tutaj wskazuje się, że mężczyźni przywiązują większą wagę do aspektów wizualnych, natomiast kobiety do emocji;
- wielość partnerów — mężczyźni są bardziej skłonni do doświadczeń eksploracyjnych;
- fantazje posłuszeństwa — podobnie jak przy przybieraniu ról, wskazuje się, że kobiety są bardziej skłonne do bycia podporządkowanymi;
- fantazje dominacji — wskazuje się na dominację mężczyzn [7].

Warto zaznaczyć, że częściej fantazjują osoby młodsze. Może to być związane z okresem dojrzewania, seksualną ciekawością oraz inicjacją seksualną. Pozwala to na odkrywanie własnych preferencji oraz zaspokajanie potrzeb [4, 7, 12]. Istotnym wydaje się fakt, że do częstszych marzeń przynajmniej nie tylko osoby młode, ale także te o wykształceniu wyższym [4, 13].

Niniejsze badanie dotyczyło określenia tematyki fantazji seksualnych w grupie kobiet i mężczyzn, oraz ustalenia różnic wynikających ze zmiennych demograficznych w tematyce fantazji seksualnych. Należy podkreślić, że literatura dotycząca fantazji ma już wiele lat, a badanie to miało na celu również aktualizację wiedzy. Celem badań było wyszczególnienie najczęściej pojawiających się fantazji seksualnych u kobiet i mężczyzn oraz ustalenie wpływu zmiennych demograficznych (płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie) na ich tematykę.

## Material i metody

### Badana grupa

Grupę badanych stanowiło 1461 osób: 704 kobiety oraz 757 mężczyzn. Średni wiek w grupie badanej wyniósł 21,53 (SD = 3,69), od 16 do 68 lat.

Najwięcej badanych pozostawało w związku nieformalnym — 52% (n = 753), nieco mniej nie pozostawało w żadnym związku — 44% (n = 637). Najmniej osób

deklarowało bycie w związku formalnym — 4% (n = 63), wdowieństwo — 0,001% (n = 2) oraz bycie rozwiedzionym — 0,001% (n = 3).

Miejsce zamieszkania badanych przedstawiało się dość równolicznie. Najwięcej zamieszkiwało miasta od 10 tys. do 100 tys. mieszkańców — 24% (n = 349). Kolejno było to miasto od 100 tys. do 500 tys. — 22% (n = 316), wieś — 20% (n = 291), miasto powyżej 1 mln mieszkańców — 18% (n = 270). Najmniej osób zamieszkiwało miasta od 500 tys. do 1 mln — 16% (n = 233).

Wykształcenie średnie posiadało 54% badanych (n = 792), wyższe — 31% (n = 456), gimnazjalne — 12% (n = 173), zasadnicze zawodowe — 2% (n = 32) oraz podstawowe — 1% badanych (n = 6).

### Narzędzia badawcze

Kwestionariusz Fantazji Seksualnych Wilsona (Wilson Sex Fantasies Questionnaire), polskie tłumaczenie: Auguścik, Izdebski — kwestionariusz zawiera listę 40 zachowań seksualnych z pięcioma kategoriami występowania: fantazjowanie na jawie, fantazjowanie podczas stosunku lub masturbacji, fantazje pojawiające się we śnie, fantazje zrealizowane w rzeczywistości oraz chęć zrealizowania w rzeczywistości. Do każdej z nich badani mieli za zadanie ustosunkować się za pomocą 6-stopniowej skali Likerta, gdzie 0 oznaczało nigdy, a 5 — regularnie. Kwestionariusz bada fantazje według grup: eksploracja, intymność, bezosobowość oraz sadomasochizm [14]. Rzeczność skali w badaniach własnych wynosi  $\alpha = 0,98$ .

Badani mieli za zadanie wypełnienie internetowej wersji kwestionariusza.

## Wyniki

W tabelach 1-6 zamieszczono wyniki badań dotyczących częstości występowania fantazji seksualnych w grupie kobiet i mężczyzn oraz czy cechy demograficzne różnicują ich tematykę.

Przy tworzeniu rankingu fantazji seksualnych wybrano 20 najczęściej pojawiających się tematów. Analizując tabelę 1, można zauważyć, że zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn, najczęściej pojawiają się fantazje z grupy intymność (np. namiętne całowanie, odbywanie stosunku z kochanym partnerem/partnerką). Kobiety są bardziej chętne do fantazjowania na tematy sadomasochistyczne (np. bycie zmuszanym do czegoś, bycie związanym) niż mężczyźni. Natomiast mężczyźni wskazują na częstsze pojawianie się marzeń na tematy bezosobowe (np. oglądanie obscenicznym obrazów lub filmów, stosunek z nieznanym). Fantazje z grupy eksploracja (np. seks z dwojgiem ludzi, uprawianie seksu jako osoba niedoświadczona) występują równie

Tabela 1. Ranking fantazji seksualnych względem częstości ich występowania (n = 1461)

| Kobiety<br>(n = 704)                                                                            | Mężczyźni<br>(n = 757)                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Namiętne całowanie ( $\Sigma = 2556$ )                                                       | 1. Rozbieranie kogoś ( $\Sigma = 2450$ )                                                        |
| 2. Odbywanie stosunku z kochanym partnerem/partnerką ( $\Sigma = 2439$ )                        | 2. Uprawianie seksu w innym pomieszczeniu niż sypialnia – kuchnia, łazienka ( $\Sigma = 2336$ ) |
| 3. Uprawianie seksu w innym pomieszczeniu niż sypialnia – kuchnia, łazienka ( $\Sigma = 2219$ ) | 3. Namiętne całowanie ( $\Sigma = 2308$ )                                                       |
| 4. Bycie pożądanym przez płć przeciwną ( $\Sigma = 2156$ )                                      | 4. Odbywanie stosunku z kochanym partnerem/partnerką ( $\Sigma = 2157$ )                        |
| 5. Rozbieranie kogoś ( $\Sigma = 1985$ )                                                        | 5. Bycie pożądanym przez płć przeciwną ( $\Sigma = 2139$ )                                      |
| 6. Bycie masturbowanym do osiągnięcia orgazmu przez partnera/partnerkę ( $\Sigma = 1692$ )      | 6. Stosunek z kimś kogo znasz, ale nie uprawiałeś jeszcze tą osobą seksu ( $\Sigma = 2093$ )    |
| 7. Doświadczanie seksu oralnego ( $\Sigma = 1692$ )                                             | 7. Doświadczanie seksu oralnego ( $\Sigma = 1991$ )                                             |
| 8. Wykonywanie seksu oralnego ( $\Sigma = 1623$ )                                               | 8. Bycie masturbowanym do osiągnięcia orgazmu przez partnera/partnerkę ( $\Sigma = 1903$ )      |
| 9. Rozbieranie się przed kimś ( $\Sigma = 1478$ )                                               | 9. Wykonywanie seksu oralnego ( $\Sigma = 1816$ )                                               |
| 10. Używanie urządzeń do stymulacji ( $\Sigma = 1434$ )                                         | 10. Bycie podnieconym przez materiał lub ubranie ( $\Sigma = 1514$ )                            |
| 11. Bycie związanym/krępowanym ( $\Sigma = 1393$ )                                              | 11. Seks z dwojgiem innych ludzi ( $\Sigma = 1263$ )                                            |
| 12. Stosunek z kimś kogo znasz, ale nie uprawiałeś jeszcze z tą osobą seksu ( $\Sigma = 1331$ ) | 12. Stosunek z nieznanym ( $\Sigma = 1258$ )                                                    |
| 13. Uprawianie seksu na zewnątrz w romantycznej scenerii ( $\Sigma = 1239$ )                    | 13. Uprawianie seksu na zewnątrz w romantycznej scenerii ( $\Sigma = 1240$ )                    |
| 14. Bycie uwodzonym jako osoba niedoświadczona, niewinna ( $\Sigma = 1078$ )                    | 14. Uprawianie seksu z osobą innej rasy ( $\Sigma = 1218$ )                                     |
| 15. Bycie zmuszonym do czegoś ( $\Sigma = 991$ )                                                | 15. Bycie uwodzonym jako osoba niedoświadczona, niewinna ( $\Sigma = 1117$ )                    |
| 16. Bycie podnieconym przez materiał lub ubranie ( $\Sigma = 912$ )                             | 16. Oglądanie obscenicznych obrazów lub filmów ( $\Sigma = 1105$ )                              |
| 17. Seks z dwojgiem innych ludzi ( $\Sigma = 829$ )                                             | 17. Rozbieranie się przed kimś ( $\Sigma = 1082$ )                                              |
| 18. Aktywność homoseksualna ( $\Sigma = 829$ )                                                  | 18. Uprawianie seksu z kimś znacznie starszym od siebie ( $\Sigma = 1000$ )                     |
| 19. Stosunek z nieznanym ( $\Sigma = 764$ )                                                     | 19. Używanie urządzeń do stymulacji ( $\Sigma = 999$ )                                          |
| 20. Oglądanie obscenicznych obrazów lub filmów ( $\Sigma = 762$ )                               | 20. Zmuszanie kogoś do zrobienia czegoś ( $\Sigma = 962$ )                                      |

Tabela 2. Różnice związane z płcią.

|               | Suma rang<br>Kobiety | Suma rang<br>Mężczyźni | U          | Z     | Wartość p |
|---------------|----------------------|------------------------|------------|-------|-----------|
| Bezosobowe    | 469 289,00           | 594 322,00             | 221 129,00 | -5,51 | < 0,001   |
| Sadomasochizm | 561 315,00           | 503 755,00             | 219 120,00 | 5,80  | < 0,001   |

Zaznaczone wyniki istotne dla  $p < 0,05$ 

często u obu płci. Fantazje pojawiające się jedynie u kobiet to: bycie związanym/krępowanym, bycie zmuszanym do czegoś oraz aktywność homoseksualna. Tematy występujące tylko u mężczyzn to: uprawianie seksu z osobą innej rasy, uprawianie seksu z kimś znacznie starszym od siebie oraz zmuszanie kogoś do zrobienia czegoś. Porównując możliwe kategorie występowania wykazano, że tematy fantazji nie różnią się między sobą w zależności od występowania, co zostało potwierdzone u obu płci.

W niniejszej pracy przedstawiono jedynie tabele dotyczące istotnych wyników różnicowania przez

zmienne demograficzne, w głównych grupach fantazji seksualnych (eksploracja, intymność, bezosobowe, sadomasochizm).

Analiza wyników tabeli 2 pozwala na stwierdzenie istotnych różnic dla analizowanych zmiennych. Wykazano, że kobiety wskazują na częstsze występowanie fantazji z grupy sadomasochizm ( $p < 0,001$ ), natomiast mężczyźni z grupy bezosobowe ( $p < 0,001$ ).

W grupie kobiet istotne wyniki dotyczyły jedynie różnic w grupie eksploracja w zakresie miejsca zamieszkania ( $p = 0,021$ ). Wykazano, że kobiety z dużych miast (kolejno: miasto powyżej 1 mln, miasto 100 — 500 tys.

Tabela 3. Różnice związane z miejscem zamieszkania w grupie kobiet

|             | Suma rang<br>Grupa 1 | Suma rang<br>Grupa 2 | Suma rang<br>Grupa 3 | Suma rang<br>Grupa 4 | Suma rang<br>Grupa 5 | Wartość p |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| Eksploracja | 36 274,00            | 48 282,00            | 52 670,00            | 49 902,00            | 60 328,00            | 0,021     |

Zaznaczone wyniki istotne dla  $p < 0,05$ ; Grupa 1 – wieś, grupa 2 – miasto 10-100 tys., grupa 3 – miasto 100-500 tys., grupa 4 – miasto 500 tys.-1 mln, grupa 5 – miasto > 1 mln

Tabela 4. Różnice związane z miejscem zamieszkania w grupie mężczyzn

|               | Suma rang<br>Grupa 1 | Suma rang<br>Grupa 2 | Suma rang<br>Grupa 3 | Suma rang<br>Grupa 4 | Suma rang<br>Grupa 5 | Wartość p |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| Sadomasochizm | 64 243,50            | 75 509,50            | 59 670,50            | 38 985,00            | 46 226,50            | 0,036     |

Zaznaczone wyniki istotne dla  $p < 0,05$ ; Grupa 1 – wieś, grupa 2 – miasto 10-100 tys., grupa 3 – miasto 100-500 tys., grupa 4 – miasto 500 tys. – 1 mln, grupa 5 – miasto > 1 mln

Tabela 5. Różnice związane z wykształceniem u mężczyzn

|             | Suma rang<br>Grupa 1 | Suma rang<br>Grupa 2 | Suma rang<br>Grupa 3 | Suma rang<br>Grupa 4 | Suma rang<br>Grupa 5 | Wartość p |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| Eksploracja | 1153,50              | 53 308,00            | 10 048,50            | 15 9501,50           | 60 623,50            | 0,019     |
| Bezosobowe  | 1185,00              | 52 508,00            | 10 499,00            | 15 9914,00           | 60 529,00            | 0,014     |

Zaznaczone wyniki istotne dla  $p < 0,05$ ; grupa 1 – wieś; grupa 2 – miasto 10-100 tys.; grupa 3 – miasto 100-500 tys.; grupa 4 – miasto 500 tys.-1 mln; grupa 5 – miasto > 1 mln

Tabela 6. Różnice związane ze stanem cywilnym u mężczyzn

|               | Suma rang<br>Grupa 1 | Suma rang<br>Grupa 2 | Suma rang<br>Grupa 3 | Suma rang<br>Grupa 4 | Suma rang<br>Grupa 5 | Wartość p |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| Intymność     | 122 288,00           | 149 703,50           | 11 103,00            | 583,50               | 957,00               | 0,005     |
| Sadomasochizm | 121 584,50           | 153 233,50           | 8653,50              | 110,50               | 1053,00              | 0,005     |

Zaznaczone wyniki istotne dla  $p < 0,05$ ; grupa 1 – podstawowe; grupa 2 – gimnazjalne; grupa 3 – zasadnicze zawodowe; grupa 4 – średnie; grupa 5 – wyższe

oraz miasto 500 tys. – 1 mln mieszkańców) fantazjują istotnie częściej niż kobiety z mniejszych miast (kolejno: miasto 10 – 100 tys. oraz wieś).

W grupie mężczyzn istotne wyniki dotyczyły różnic w grupach: sadomasochizm w zakresie miejsca zamieszkania ( $p = 0,036$ ), eksploracji i bezosobowości w zakresie wykształcenia ( $p = 0,019$ ;  $p = 0,014$ ) oraz intymności i sadomasochizmu w zakresie stanu cywilnego ( $p = 0,005$ ;  $p = 0,005$ ). Wykazano, że mężczyźni z mniejszych miejscowości oraz ze wsi (kolejno: miasto 10 – 100 tys., wieś) fantazjują na tematy sadomasochistyczne istotnie częściej niż mężczyźni z większych miast. Uwodniono także, że mężczyźni o wyższym wykształceniu fantazjują najczęściej na tematy z grup eksploracja oraz bezosobowość. Interesującym okazało się, że na drugim miejscu znajdowali się mężczyźni o wykształceniu gimnazjalnym. Na koniec, wykazano że mężczyźni niepozostający w związku oraz deklarujący pozostawanie z związku formalnym, fantazjują najczęściej na tematy z grupy intymność oraz sadomasochizm.

Obliczeń dokonano w programie Statistica 13. Do zbadania różnic zastosowano test U Manna-Whitneya oraz ANOVA Kruskala-Wallisa.

## Dyskusja

Podobieństwo pod względem występowania fantazji z grupy intymność, które zaobserwowano w badaniu własnym, można wytłumaczyć specyfiką relacji interpersonalnych. Już w poprzednich pracach zaznaczano, że intymność jest najczęściej pojawiającą się grupą fantazji u obu płci [7]. Wyniki zdają się także potwierdzać wcześniejsze badania, w których wykazano, że kobiety są bardziej zainteresowane romantycznymi relacjami niż mężczyźni [7, 15, 16]. Wskazują one na częstsze fantazje o namiętnym całowaniu, czy odbywaniu stosunku z kochanym partnerem. Ma to swoje potwierdzenie także w psychologii ewolucyjnej. Rolą kobiety było wychowanie potomstwa, dlatego w potencjalnym partnerze szukała nie tylko wielości zasobów, ale również chęci do podzielenia się nimi. Taką chęć do dzielenia się, zapewniała miłość, której cechą charakterystyczną jest właśnie intymność, romantyczność [9]. Z drugiej strony, mężczyźni jako pierwsze wymieniają rozbieranie kogoś oraz seks w innym pomieszczeniu niż sypialnia, które pomimo swojego intymnego charakteru, odbiegają od koncepcji bliskości, wskazując na konkretne aktywności seksualne [4].

Mężczyźni fantazjują istotnie częściej na tematy z grupy bezosobowość (np. stosunek z osobą nieznaną, oglądanie obscenicznych obrazów lub filmów, uprawianie seksu z kimś znacznie starszym od siebie). Dotychczasowe badania potwierdzały tę zależność, że mężczyźni są bardziej skłonni do eksperymentowania, co przejawia się np. poprzez seks z osobą nieznaną [15, 17]. Jako powód takich różnic wskazywano na rolę pornografii [7], co widać także w badaniu własnym, ponieważ fantazje na temat oglądania obscenicznych obrazów lub filmów, pojawiają się wyżej niż u kobiet. Może to być związane z socjokulturowym postrzeganiem obrazu mężczyzny, jako bardziej otwartego na doświadczenia, z tendencją do eksperymentowania. W badaniach Peplau podkreślane jest, że u kobiet dochodzi częściej do zbliżeń seksualnych w bliskich relacjach interpersonalnych, podczas gdy u mężczyzn jest to mniej ważne [15, 18]. Warto zaznaczyć, że wiek grupy badanej jest stosunkowo niski ( $M = 21,53$ ,  $SD = 3,69$ ), co może mieć wpływ na chęć eksperymentowania z osobą starszą, bardziej doświadczoną.

Podobieństwo w zakresie fantazjowania na tematy z grupy eksploracja u obu płci, można wytłumaczyć ciekawością dotyczącą sfery seksualnej. Dotychczasowe badania wskazują na fakt, że u obu płci występuje chęć doświadczania różnorodnych aktywności seksualnych [7, 19]. Warto zwrócić uwagę na to, że u kobiet jedną z częściej pojawiających się fantazji, jest aktywność homoseksualna, która u mężczyzn nie występuje. Rokach w swoich badaniach podkreślał, że są one bardziej otwarte na takie doświadczenia [16]. Mężczyźni natomiast, fantazjują istotnie częściej o seksie z dwojgiem innych ludzi czy z osobą nieznaną. Może to mieć swoje implikacje w przelotnych kontaktach seksualnych. Psychologia ewolucyjna wskazuje na ważniejsze miejsce takich kontaktów w tej grupie osób. Wiązało się to z szeregiem uzyskiwanych zasobów. Mężczyzna posiadał większe pragnienie niezobowiązujących kontaktów seksualnych ze względu na możliwość posiadania większej ilości potomstwa, co zapewniała właśnie wielość partnerek. Ten sam stosunek u kobiet może zakończyć się dziewięciomiesięczną ciążą, podczas gdy u mężczyzn nie jest on w ogóle obciążający [9].

Istotnym jest wyróżnienie fantazji, które nie pojawiają się u drugiej płci. U kobiet jest to: bycie związanym/krępowanym, bycie zmuszanym do czegoś oraz aktywność homoseksualna. Potwierdzają to wcześniejsze badania, które wskazują na to, że kobiety częściej uważają siebie za odbiorcę aktywności seksualnych, a nawet w fantazjach nie wykazują tendencji do dominacji [7, 10, 18]. Warto zwrócić uwagę na to, że pojawiają się u nich częściej marzenia typu: bycie pożądanym przez płeć przeciwną, rozbieranie się przed kimś, bycie

związanym czy bycie zmuszonym do czegoś. Harriton stwierdził, że fantazje posłuszeństwa wskazują na seksualną siłę kobiet, a nie na ich bierność. Kobiety jako uwodzące sprawiają, że mężczyzna nie może się im oprzeć i w ten sposób czerpią przyjemność [19]. Fakt, że kobiety fantazjują częściej na tematy sadomasochistyczne, może wiązać się także z ich tendencją do podporządkowania się czy skłonnościami do masochizmu [7, 18, 19]. Warto wspomnieć o badaniach Friasa, który uznaje rolę nadużycia seksualnego w dzieciństwie u kobiet, które później częściej fantazjują na tematy sadomasochistyczne [21]. Analizując fantazje mężczyzn, częściej występują takie jak: rozbieranie kogoś czy zmuszanie kogoś do zrobienia czegoś, co potwierdza wcześniejsze założenia dotyczące przybierania aktywnych ról u mężczyzn [7, 18]. Kolejne wyjaśnienie tyczy się kultury, w której się wychowujemy. Knafo i Jaffe uważają, że nasze środowisko oraz media nakładają obraz mężczyzny jako dominującego, któremu powinna podporządkować się kobieta [7, 20]. Częstsze fantazje na tematy bezosobowe u mężczyzn potwierdzają ich otwartość na doświadczenia, tendencję do eksperymentowania czy ich rolę, która przedstawiana jest obecnie w mediach [15, 17, 18].

Kobiety z większych miast fantazjują częściej na tematy z grupy eksploracja. Jeszcze niedawno ogólnie przyjęło się twierdzić, że w dużych miastach panuje większa wolność seksualna [22]. Z tego względu, można wnioskować o większej ciekawości dotyczącej sfery seksualnej z obszaru granicy normy lub nawet aspektów spoza niej w tej grupie osób. Może to wynikać także z większej dostępności, otwartości na tematy seksualne, a także anonimowości osób zamieszkujących duże miasta. Interesującym okazało się, że mężczyźni z mniejszych miast oraz ze wsi fantazjują częściej na tematy z grupy sadomasochizm. Może to wskazywać na fakt zmian kulturowych. Mianowicie, że w obecnych czasach pojawia się zainteresowanie różnorodnymi praktykami seksualnymi także w innych grupach osób.

Fakt, że mężczyźni o wyższym wykształceniu wskazują na częstsze występowanie fantazji z grupy eksploracja oraz bezosobowość, może wynikać z faktu większej otwartości na takie tematy w tej grupie osób. Zdają się to potwierdzać także wcześniejsze badania [6, 16]. Interesującym okazało się, że także mężczyźni o wykształceniu gimnazjalnym fantazjują częściej niż inne grupy. Może to wskazywać na to, że w obecnych czasach, otwartość na doświadczenia seksualne, nie ogranicza się jedynie do osób bardziej wykształconych.

Istotnym okazało się, że mężczyźni deklarujący niepozostawanie w związku oraz pozostawanie w związku nieformalnym fantazjują istotnie częściej na tematy z grupy intymność oraz sadomasochizm. Z jednej stro-



ny może to wskazywać na chęć pozostawania w bliskich relacjach z partnerem, bądź szukania takich związków. Z drugiej natomiast, pokazuje to otwartość na nowe rzeczy, odkrywanie siebie oraz eksperymentowanie.

Ograniczeniem badań własnych było:

1. przeprowadzenie badania internetowego — ze względu na brak kontaktu z badanym oraz brak kontroli nad czynnikami zewnętrznymi (miejsce, czas, obecność osób towarzyszących, zrozumienie testu);
2. niski wiek osób badanych — młode osoby są dopiero na etapie odkrywania własnej seksualności, dlatego ich preferencje mogą z czasem ulegać zmianie. Brak jest też dokładniejszych informacji o osobach starszych.

## Wnioski

1. Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn najczęściej pojawiające się fantazje dotyczą tematów z grupy intymność, co można tłumaczyć specyfiką relacji interpersonalnych, a także specyfiką ewolucji gatunku ludzkiego, głównie w przypadku kobiet.
2. Obie płcie są równie zainteresowane różnorodnymi aktywnościami seksualnymi. Kobiety wykazują większą ciekawość aktywnościami homoseksualną. Natomiast mężczyźni są bardziej skłonni do eksperymentowania oraz są bardziej zainteresowani aktywnościami opierającymi się na przelotnych kontaktach seksualnych.
3. Kobiety fantazjują częściej na tematy posłuszeństwa, przybierać bierne role, co potwierdza ich większe zainteresowanie tematami sadomasochistycznymi. Mężczyźni natomiast zdają się być bardziej dominujący oraz przybierać aktywne role. Może na to mieć wpływ środowisko, w którym się wychowujemy oraz media.
4. Kobiety z dużych miast fantazjują istotnie częściej na tematy z grupy eksploracja, co może wskazywać na większą otwartość oraz dostępność tematów seksualnych w tych grupach. Natomiast mężczyźni z małych miast oraz ze wsi fantazjują częściej na tematy z grupy sadomasochizm, co może wynikać ze zmian kulturowych.
5. Mężczyźni o wykształceniu wyższym oraz gimnazjalnym fantazjują częściej na tematy z grupy eksploracja oraz bezosobowość, co może wskazywać na rozwój dostępności tematów seksualnych w różnych grupach społecznych.
6. Mężczyźni deklarujący niepozostawanie w żadnym związku bądź pozostawanie w związku nieformalnym, fantazjują częściej na tematy z grupy intymność oraz sadomasochizm. Może to wskazywać na chęć pozostawania w bliskiej relacji z partnerem, bądź szukania takiej relacji oraz na otwartość na nowości.

## Piśmiennictwo:

1. Gray P. Evolution and human sexuality. *Am. J. Phys. Anthropol.* 2013; 57: 94-118.
2. Ellis B., Symons D. Sex differences in sexual fantasy: an evolutionary psychological approach *J. Sex. Res.* 2010; 29: 527-555.
3. Buss D. *Psychologia Ewolucyjna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001: 127-213.
4. Waszyńska K. Treść fantazji a podejmowanie zachowań seksualnych w grupie młodych dorosłych — badania własne. *Seksuologia Polska* 2010; 8: 34-40.
5. Miller A. Fantazje seksualne studentów dziennikarstwa i kosmologii. *Przegląd terapeutyczny* 2013; 9: 1-16.
6. Lew-Starowicz Z. *Encyklopedia erotyki*. Warszawa 2010.
7. Leitenberg H., Henning K. Sexual fantasy. *Psychol. Bull.* 1995; 117: 469-496.
8. Katakis A. Sexual fantasy and adult attunement. *Differentiating preying from play. Am. J. Play* 2017; 9: 252-270.
9. Davidson, J. The utilization of sexual fantasies by sexually experienced university students. *J. Of Ach.* 1985; 34: 24-32.
10. Davidson J., Hoffman L. Sexual fantasies and sexual satisfaction: an empirical analysis of erotic thought. *J. Sex. Res.* 1985; 22: 184-205.
11. Mednick R. Gender-specific variances in sexual fantasy. *J. Pers. Assess* 1977; 41: 207-216.
12. Pelletier I., Herold E. The relationship of age, sex guilt, and sexual experience with female sexual fantasies. *J. Sex. Res.* 1988; 24: 250-256.
13. Joyal C. Defining "Normophilic" and "Paraphilic" sexual fantasies in a population-based sample: on the importance of considering subgroups. *J. Sex. Med.* 2015; 2: 321-330.
14. Wilson G. Measurement of sex fantasy. *Sexual and Relationship Therapy* 2010; 25: 57-67.
15. Peplau L. Human Sexuality: How do men and women differ? *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2003; 12: 37-40.
16. Rokach A. Content analysis of sexual fantasies of males and females. *J. Psychol.* 1990; 124: 427-437.
17. Crepault C., Couture M. Men's erotic fantasies. *Arch. Sex. Behav.* 1980; 9: 565-581.
18. Wilson G., Lang R. Sex differences in sexual fantasy patterns. *Personal. Individ. Differ.* 1981; 2: 343-346.
19. Hariton E., & Singer J. Women's fantasies during sexual intercourse. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1974; 42: 313-322.
20. Knafo D., Jaffe Y. Sexual fantasizing in males and females. *J. Res. Pers.* 1984; 18: 451-467.
21. Frias A. Is there a relationship between borderline personality disorder and sexual masochism in women? *Arch. Sex. Behav.* 2017; 46: 747-754.
22. Weston K. Get thee to a big city. Sexual imaginary and the great gay migration. *GLQ — J. Lesbian Gay St* 1995; 2: 253-277.

# Wpływ rodzaju porodu na satysfakcję seksualną kobiet z mediacyjną rolą lęku

Influence of the form of childbirth on women's sexual satisfaction,  
with the mediation role of anxiety

Tomasz Krasuski<sup>1</sup>, Katarzyna Barczuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Absolwentka kierunku położnictwo na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

## Streszczenie

**Wstęp:** Wyniki badań donoszą, że kobiety w ciąży najczęściej odczuwają lęk z powodu zbliżającego się porodu, zwłaszcza jego przewidywanej formy. Rodzaj porodu może rzutować na satysfakcję z życia seksualnego. Istotnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję seksualną jest również poziom odczuwanego lęku porodowego. Celem pracy jest zweryfikowanie związku między przewidywaną formą porodu a satysfakcją seksualną kobiet ciężarnych, przy mediacyjnej roli lęku.

**Materiały i metody:** Badaniem ankietowym objęto grupę 130 kobiet w trzecim trymestrze ciąży. W badaniu zastosowano kwestionariusz dotyczący danych demograficznych, Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej i Kwestionariusz Lęku Porodowego.

**Wyniki i wnioski:** W badanej grupie nie występują istotne różnice między odczuwanym lękiem porodowym przez kobiety z zaplanowanym cięciem cesarskim a kobiety z przewidywanym ukończeniem ciąży poprzez poród siłami natury. Nie wykazano istotnych różnic w odczuwaniu przez kobiety satysfakcji seksualnej w zależności od przewidywanej drogi porodu, natomiast w dalszych badaniach należy uwzględnić preferowaną przez pacjentki formę porodu oraz rolę wsparcia społecznego wśród kobiet ciężarnych. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej będzie niższy, zwłaszcza w kontaktach fizycznych. Osoby sprawujące opiekę nad kobietą ciężarną powinny zostać wyposażone w narzędzia rozpoznające nadmierny lęk porodowy oraz szczególnie zwracać uwagę na stan emocjonalny pacjentki.

**Słowa kluczowe:** ciąża, satysfakcja seksualna, poziom lęku, cięcie cesarskie, poród siłami natury

*Seksuologia Polska 2019; 17: 52–58*

## Abstract

**Introduction:** Research reports that pregnant women are most often anxious about the approaching delivery. The form of delivery can affect the rise of anxiety. The anticipated form of delivery can also affect sexual satisfaction. An important factor influencing sexual satisfaction is also the level of childbirth anxiety. The purpose of the work is to verify the relationship between the anticipated form of delivery and the sexual satisfaction of pregnant women, with the mediation role of anxiety.

**Material and methods:** The survey covered a group of 130 women who were in the third trimester of pregnancy. The study used a demographic questionnaire, Sexual Satisfaction Questionnaire and Childbirth Anxiety Questionnaire.

**Results and conclusions:** There were no significant differences in the feeling of anxiety by women with planned caesarean section and women with anticipated termination of pregnancy through natural delivery. There are no significant differences in the perception of sexual satisfaction by women depending on the

*expected path of delivery, while further studies should take into account the preferred form of delivery by women and the role of social support among pregnant women. The higher the level of childbirth anxiety felt by pregnant women, the lower their sense of sexual satisfaction will be, especially in physical contact. Persons caring for a pregnant woman should be equipped with tools that recognize excessive labor anxiety and pay special attention to the patient's emotional state.*

**Key words:** pregnancy, sexual satisfaction, level of anxiety, caesarean section, vaginal delivery

*Seksuologia Polska 2019; 17: 52–58*

## Wstęp

Ciąża powoduje w organizmie kobiety wiele zmian, które w istotny sposób ingerują w jej seksualność oraz relacje z partnerem. Życie seksualne w tym okresie zależy od wielu czynników — stanu zdrowia ciężarnej, przez psychiczne podłoże ciąży, po przekonania pary na temat seksualności i poboczne aspekty życia codziennego [1]. Poród jest wydarzeniem wywołującym u ciężarnych najwięcej emocji, w tym silnego lęku [2]. Jednym z czynników wzmagających lęk jest przewidywana forma porodu, która może potencjalnie wpłynąć na doświadczanie przez kobiety satysfakcji seksualnej.

Potrzeba kontaktów seksualnych ulega zmianie wraz z poszczególnymi trymestrami ciąży. W pierwszym trymestrze z powodu jego charakterystycznych dolegliwości następuje spadek zainteresowania seksem i zmniejszenie częstości podejmowania stosunków seksualnych. Drugi trymestr u większości ciężarnych obfituje w kontakty płciowe. Największy wpływ mają na to przekrwienie okolicy narządów płciowych oraz szybsze i nasilone zwilżenie ścian pochwy, spowodowane zmianami hormonalnymi w ciele kobiety. Aktywność seksualna w trzecim trymestrze ciąży spada, głównie z powodu zwiększenia lęku o dziecko i przebieg porodu, a także negatywne odczucia somatyczne [1, 3–6].

W porównaniu z czasem sprzed ciąży zmienia się liczba i długość stosunków — w zależności od momentu trwania ciąży wzrasta lub maleje. W czasie ciąży ulegają zmianie także preferowane pozycje seksualne, zależne od rozwoju ciąży i związanych z nią zmian fizjologicznych. Większość ciężarnych uznaje podejmowanie współżycia seksualnego za możliwe oraz nie żywi związanych z nim obaw [1, 6, 7].

W fizjologicznym przebiegu ciąży nie ma przeciwwskazań do utrzymywania kontaktów seksualnych, jednak konieczność ograniczenia aktywności seksualnej mogą stanowić patologie ciąży [1]. Współżycie przy prawidłowo przebiegającej ciąży nie wpływa negatywnie na płód. Dodatkowo dzieci matek, które w ciąży wykazywały aktywność seksualną otrzymują wyższą punktację w skali Apgar, w porównaniu z dziećmi matek, które takiej aktywności nie wykazywały [8].

Poród jest dla kobiet w ciąży głównym czynnikiem wywołującym lęk. Może mieć różną genezę [9]. Lęk porodowy jest spowodowany głównie efektem społecznego uczenia się — widząc lub słuchając problemów innych kobiet występujących podczas porodu, zaczynając się obawiać wystąpienia podobnych wydarzeń w swoim przypadku [2]. Istotną rolę w tym procesie stanowi brak profesjonalnego przygotowania do porodu i wiedzy na jego temat, przez co większy lęk będą wykazywać kobiety rodzące po raz pierwszy. Lęk może wpłynąć na przebieg porodu, utrudniając akcję porodową, sprzyjając powikłaniom położniczym oraz wzmagając odczucia bólowe. Obniżenie lęku w ciąży może zatem pozytywnie wpłynąć na przebieg porodu [2].

Najczęstszym źródłem lęku porodowego jest strach przed bólem [10]. Bóle nasilają się wraz z rozwojem ciąży, a ich występowanie może mieć przetrwałe konsekwencje również po ciąży. Podczas porodu sam ból jest zjawiskiem, na który wpływa wiele czynników, a w swoich konsekwencjach może wpłynąć na jego przebieg [11]. Lęk porodowy znacząco zwiększa napięcie mięśniowe, wpływa na odczuwanie doznań psychicznych oraz somatycznych, zwiększając tym doznania bólowe, dlatego tak ważna jest redukcja lęku przed porodem [12]. Negatywne wspomnienia dotyczące poprzednich porodów będą kolejnym czynnikiem powodującym lęk przed następnym [13]. Doświadczenie przebitego traumatycznego porodu może powodować ostrą reakcję stresową albo zaburzenia stresu pourazowego. Kobiety doświadczające traumy podczas porodu częściej w przeszłości doświadczały mniejszego wsparcia społecznego, ujawniały wysoki poziom cechy lęku i niski poziom zdolności zaradczych, doświadczały nadużycia fizycznego i seksualnego [14].

Doświadczanie lęku w ciąży może zwiększać ryzyko występowania depresji poporodowej, trudności z karmieniem piersią oraz zaburzeń w rozwoju macierzyńskiego przywiązania [14, 15].

Profilaktyka lęku przed porodem jest bardzo ważna, ze względu na możliwe złagodzenie determinujących go czynników. Może być realizowana poprzez szkoły rodzenia, a także zależeć od otrzymanego przez ciężarną wsparcia społecznego [10, 16, 17]. Niekiedy istotne jest omówienie kwestii medycznych czy za-

proponowanie psychoedukacji oraz zorganizowanie konsultacji psychiatrycznej. Jest to szczególnie istotne przy podejmowaniu decyzji o formie porodu [13, 18–20].

Celem pracy jest zweryfikowanie związku między przewidywaną formą porodu a satysfakcją seksualną kobiet ciężarnych, przy mediacyjnej roli lęku. Badanie ma zweryfikować następujące hipotezy badawcze:

1. Ciężarne kobiety odczuwają mniejszy lęk przez zaplanowanym cięciem cesarskim niż w przypadku przewidywanego porodu siłami natury.
2. Kobiety będą odczuwały wyższy poziom satysfakcji seksualnej w przypadku zaplanowanego ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie, w porównaniu z przewidywanym rozwiązaniem poprzez poród siłami natury.
3. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej będzie niższy.

## Material i metody

Material badawczy uzyskano metodą ilościową sondażu diagnostycznego. Wykorzystano kwestionariusz składający się z trzech części: metryczki (narzędzie własne zbierające dane demograficzne oraz dotyczące ciąży), Kwestionariusza Satysfakcji Seksualnej i Kwestionariusza Lęku Porodowego.

Pierwsze z wystandaryzowanych narzędzi składa się z dziesięciu stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się poprzez zaznaczenie wybranej pozycji na dymensji 0–5. Jest to narzędzie trzyczynnikowe, które odczuwaną przez badanego satysfakcję seksualną wyraża na wymiarach: bliskość, pieszczoty, seks. Pierwszy jest związany z oceną satysfakcji z relacji bliskości o charakterze romantycznym, czynnik seks ocenia stosunek seksualny oraz satysfakcję z orgazmu, czynnik pieszczoty wiąże się z oceną satysfakcji z kontaktów fizycznych poza stosunkiem seksualnym [21].

Kwestionariusz Lęku Porodowego jest narzędziem składającym się z dziewięciu stwierdzeń. Badana kobieta wybiera odpowiedź na skali czterostopniowej. Wyższy wynik wskazuje na większe natężenie lęku porodowego [12].

## Procedura badawcza

Badanie przeprowadzono w 2019 roku w internetowej grupie dla matek na portalu społecznościowym. Została nim objęta grupa 130 kobiet w trzecim tryestrze ciąży. Ankieta była anonimowa, a jej charakter dobrowolny. Do analizy danych uzyskanych w badaniu posłużył pakiet statystyczny SPSS Statistics 21.0 i JASP 0.9.2. Wyniki badań poddano analizie testem istotności Chi-kwadrat oraz analizą czynnikową ANOVA.

## Osoby badane

Wiek respondentek w 50% mieścił się w przedziale 27–35 lat, 46,2% stanowiły kobiety w wieku 18–26 lat. Większość badanych kobiet posiadała wyższe wykształcenie, w tym wyższe magisterskie (40,8%), wyższe licencjackie (26,9%). Następną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (25,4%). Najlicniejszą grupę respondentek stanowiły kobiety mieszkające w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (34,6%), drugą co do liczności grupę stanowią kobiety mieszkające na wsi (26,2%). Wśród respondentek największą grupę stanowią kobiety w związku małżeńskim (70,8%), następnie znajdujące się w związku nieformalnym (22,3%). Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli 1.

Kobiety w ciąży po raz pierwszy (46,2%) oraz kobiety, które przeżyły już jedną ciążę (33,1%) stanowiły najlicniejsze grupy. Wśród kobiet biorących udział w badaniu większość będzie rodziła po raz pierwszy (66,9%). Pozostałe respondenci rodziły co najmniej jednokrotnie (24,6%). U zdecydowanej większości kobiet (86,9%) przewiduje się ukończenie aktualnej ciąży porodem siłami natury.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne

| Zmienne              |                                  | n   | %    |
|----------------------|----------------------------------|-----|------|
| Wiek                 | 18–26 lat                        | 60  | 46,2 |
|                      | 27–35 lat                        | 65  | 50   |
|                      | > 36 lat                         | 5   | 3,8  |
|                      | Ogółem                           | 130 | 100  |
| Wykształcenie        | Gimnazjalne                      | 1   | 0,8  |
|                      | Podstawowe                       | 1   | 0,8  |
|                      | Średnie                          | 33  | 25,4 |
|                      | Wyższe licencjackie              | 35  | 26,9 |
|                      | Wyższe magisterskie              | 53  | 40,8 |
|                      | Zasadnicze zawodowe              | 7   | 5,4  |
|                      | Ogółem                           | 130 | 100  |
| Miejsce zamieszkania | Wieś                             | 34  | 26,2 |
|                      | Miasto do 50 tys. mieszkańców    | 16  | 12,3 |
|                      | Miasto do 150 tys. mieszkańców   | 20  | 15,4 |
|                      | Miasto do 500 tys. mieszkańców   | 15  | 11,5 |
|                      | Miasto pow. 500 tys. mieszkańców | 45  | 34,6 |
| Stan cywilny         | Ogółem                           | 130 | 100  |
|                      | Mężatka                          | 92  | 70,8 |
|                      | Panna                            | 6   | 4,6  |
|                      | Rozwódka                         | 3   | 2,3  |
|                      | W związku nieformalnym           | 29  | 22,3 |
|                      | Ogółem                           | 130 | 100  |

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; F — wynik testu ANOVA; KLP — Kwestionariusz Lęku Porodowego; KSS — Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej

U 81,5% respondentek w obecnej ciąży nie wystąpiły przeciwwskazania do kontaktów seksualnych. Wszystkie informacje dotyczące danych klinicznych zebrano w tabeli 2.

## Wyniki

Odczuwany przez kobiety poziom satysfakcji seksualnej wahał się od najniższego wyniku 2 pkt., do

**Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanych**

| Zmienne                                        |                     | n   | %    |
|------------------------------------------------|---------------------|-----|------|
| Liczba przebytych ciąż                         | 0                   | 43  | 33,1 |
|                                                | 1                   | 60  | 46,2 |
|                                                | 2                   | 16  | 12,3 |
|                                                | 3                   | 8   | 6,2  |
|                                                | 4                   | 3   | 2,3  |
|                                                | Ogółem              | 130 | 100  |
| Liczba przebytych porodów                      | 0                   | 87  | 66,9 |
|                                                | 1                   | 32  | 24,6 |
|                                                | 2                   | 7   | 5,4  |
|                                                | 3                   | 4   | 3,1  |
|                                                | Ogółem              | 130 | 100  |
| Przewidywana droga ukończenia aktualnej ciąży: | Poród siłami natury | 113 | 86,9 |
|                                                | Cięcie cesarskie    | 17  | 13,1 |
|                                                | Ogółem              | 130 | 100  |
| Przeciwwskazania do kontaktów seksualnych      | Nie                 | 106 | 81,5 |
|                                                | Tak                 | 24  | 18,5 |
|                                                | Ogółem              | 130 | 100  |

**Tabela 3. Średnia satysfakcja seksualna, wyrażona na trzech wymiarach**

| Zmienne    | M       | n   | SD      |
|------------|---------|-----|---------|
| Bliskość   | 19,0692 | 130 | 7,57514 |
| Pieszczoty | 6,1538  | 130 | 3,06129 |
| Seks       | 6,6615  | 130 | 3,38843 |

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

najwyższego 50 pkt., z czego średni wynik wynosił  $M = 32$ . Respondentki odczuwały satysfakcję seksualną w wymiarze bliskości na średnim poziomie  $M = 19$ , z 30 punktów możliwych do uzyskania. Natomiast odczuwana przez nie satysfakcja seksualna w wymiarze pieszczot wynosiła  $M = 6,1$  oraz w wymiarze seksu  $M = 6,7$  z maksymalnych 10 punktów które można było uzyskać (tab. 3).

Wyniki kwestionariusza lęku porodowego wahały się od 0 do 24 punktów, średnim wynikiem było  $M = 13$ . Badane najczęściej obawiały się, że ich poród będzie bolesny (tab. 4). Respondentki najczęściej odczuwały niski poziom lęku porodowego (54,6%), pozostała część badanych odczuwała lekko podwyższony (17,7%), wysoki (14,6%) i bardzo wysoki poziom lęku porodowego (13,1%).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy przewidywaną drogą porodu a poziomem odczuwanego przez ciężarne kobiety lęku porodowego. Podobnie nie stwierdzono istotności pomiędzy przewidywaną drogą ukończenia ciąży a poziomem satysfakcji seksualnej.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy poziomem odczuwanego lęku porodowego a poziomem satysfakcji seksualnej w wymiarze pieszczot odczuwanej przez kobiety w ciąży. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym niższy poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej w wymiarze seksu oraz pieszczot. Równocześnie nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy poziomem odczuwanego lęku porodowego, a poziomem satysfakcji seksualnej w wymiarze bliskości odczuwanej przez kobiety w ciąży (tab. 5).

## Dyskusja

Uzyskane wyniki nie wykazały istotnych statystycznie różnic w odczuwaniu lęku przez kobiety ciężarne

**Tabela 4. Odpowiedzi respondentek udzielonych w kwestionariuszu lęku porodowego**

| Pytanie                                                              | M       | n   | SD      |
|----------------------------------------------------------------------|---------|-----|---------|
| Obawiam się, że mój poród będzie długi                               | 1,4923  | 130 | ,78004  |
| Wiem, że w trakcie porodu będę całkowicie panowała nad sytuacją      | 1,6077  | 130 | ,72064  |
| Martwię się, że moje dziecko może urodzić się z jakąś wadą           | 1,2538  | 130 | ,89192  |
| Czuję, że w trakcie porodu zajdą jakieś nieprzewidziane komplikacje  | 1,1923  | 130 | ,71632  |
| Jestem przekonana, że w trakcie porodu będę spokojna i opanowana     | 1,6923  | 130 | ,76600  |
| Boję się, że mój poród będzie bolesny                                | 2,0769  | 130 | ,84096  |
| Jestem przekonana, że po porodzie szybko dojdę do siebie             | 1,0846  | 130 | ,71566  |
| Obawiam się, że moje dziecko może zostać uszkodzone w trakcie porodu | 1,1615  | 130 | ,79537  |
| Oczekiwanie na poród to dla mnie bardzo radosny okres                | 1,1692  | 130 | ,91616  |
| Ogółem                                                               | 12,7308 | 130 | 4,65523 |

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Tabela 5. Poziom lęku porodowego, a średnia satysfakcja seksualna

| Wymiar odczuwania satysfakcji seksualnej | Poziom lęku porodowego | n   | M       | SD      | Min.  | Maks. | F     | p    |
|------------------------------------------|------------------------|-----|---------|---------|-------|-------|-------|------|
| Bliskość                                 | Niski                  | 71  | 20,0282 | 7,65128 | 0,00  | 30,00 | 2,890 | ,211 |
|                                          | Lekko                  | 23  | 19,0000 | 7,82769 | 6,00  | 30,00 |       |      |
|                                          | podwyższony            |     |         |         |       |       |       |      |
|                                          | Wysoki                 | 19  | 20,5263 | 5,25324 | 10,00 | 28,00 |       |      |
|                                          | Bardzo wysoki          | 17  | 13,5294 | 7,21212 | 0,00  | 24,00 |       |      |
|                                          | Ogółem                 | 130 | 19,0692 | 7,57514 | 0,00  | 30,00 |       |      |
| Pieszczoty                               | Niski                  | 71  | 6,7324  | 2,79774 | 0,00  | 10,00 | 6,458 | ,000 |
|                                          | Lekko                  | 23  | 5,8696  | 3,42855 | 0,00  | 10,00 |       |      |
|                                          | podwyższony            |     |         |         |       |       |       |      |
|                                          | Wysoki                 | 19  | 6,7895  | 1,68585 | 2,00  | 8,00  |       |      |
|                                          | Bardzo wysoki          | 17  | 3,4118  | 3,44708 | 0,00  | 9,00  |       |      |
|                                          | Ogółem                 | 130 | 6,1538  | 3,06129 | 0,00  | 10,00 |       |      |
| Seks                                     | Niski                  | 71  | 7,4648  | 3,10222 | 0,00  | 10,00 | 9,860 | ,000 |
|                                          | Lekko                  | 23  | 5,9565  | 3,50945 | 0,00  | 10,00 |       |      |
|                                          | podwyższony            |     |         |         |       |       |       |      |
|                                          | Wysoki                 | 19  | 7,6316  | 2,26594 | 2,00  | 10,00 |       |      |
|                                          | Bardzo wysoki          | 17  | 3,1765  | 3,18660 | 0,00  | 8,00  |       |      |
|                                          | Ogółem                 | 130 | 6,6615  | 3,38843 | 0,00  | 10,00 |       |      |

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; F — wynik testu ANOVA

w związku z przewidywaną formą porodu, co nie potwierdziło przedstawionej hipotezy. Natomiast badania Demšar i wsp. [22] dowodzą, że kobiety z wyższym poziomem lęku porodowego preferują rozwiązanie ciąży za pomocą cięcia cesarskiego, natomiast kobiety z niższym poziomem lęku — poród drogami natury lub droga porodu nie ma dla nich znaczenia. Badanie Størksen i wsp. [13] potwierdza tezę, że kobiety silniej odczuwające lęk, częściej starają się o ukończenie ciąży poprzez cięcie cesarskie, wyjaśniając to wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami podczas porodu. Lęk występuje w populacji kobiet ciężarnych niezależnie od przewidywanej dla nich formy porodu, jednak jego poziom może wpłynąć na ich preferencje co do sposobu ukończenia ciąży. Nieuwzględnienie tego czynnika może wiązać się ze zwiększonym występowaniem depresji poporodowej [19, 20].

Badanie weryfikowało hipotezę, według której kobiety będą odczuwały wyższy poziom satysfakcji seksualnej w przypadku zaplanowanego ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie, w porównaniu z przewidywanym rozwiązaniem poprzez poród siłami natury. Ona również nie została potwierdzona. Według Bączyk i wsp. [10] drugą przyczyną lęku porodowego zaraz po bólu jest sam przebieg porodu. Wielokrotnie przekłada się on na odczuwaną przez nie satysfakcję seksualną. W swoim badaniu Gałązka i wsp. [23] przedstawili, że kobiety ciężarne z zaplanowanym cięciem cesarskim częściej wyrażają zadowolenie z kontaktów intymnych

przed porodem w porównaniu z kobietami rodzącymi drogami natury. Sama forma porodu w grupie kobiet ciężarnych nie będzie miała więc większego znaczenia dla odczuwanej przez nie satysfakcji seksualnej, natomiast mogą na nią wpływać czynniki, które dana droga ukończenia ciąży predysponuje. Różnica pomiędzy porodem drogami natury a cięciem cesarskim, również po porodzie, nie wywiera wpływu na odczuwaną przez kobiety satysfakcję seksualną, co znajduje odzwierciedlenie w licznych badaniach [24–27].

Odczuwany przez ciężarne kobiety lęk porodowy będzie wpływał na odczuwaną przez nie satysfakcję seksualną. Im wyższy poziom lęku porodowego, tym kobiety będą odczuwały niższą satysfakcję seksualną w wymiarze pieszczot i seksu. Natomiast w wymiarze bliskości nie wykazano istotnej zależności pomiędzy odczuwanym lękiem a satysfakcją seksualną. Lęk porodowy będzie więc wpływał negatywnie głównie na poczucie satysfakcji seksualnej zwłaszcza w kontaktach fizycznych. Wyniki te stanowią częściowe potwierdzenie hipotezy badawczej. Podwyższony poziom lęku jest zmienną wiążącą się z niższą satysfakcją seksualną [21]. Lęk przed porodem znacząco wpływa na odczuwanie satysfakcji seksualnej. Im kobiety wykazywały większą aktywność seksualną przed ciążą oraz w jej trakcie, tym lęk przed porodem był mniejszy [22].

Wynik badania wykazał, że istotnym czynnikiem korelującym z poziomem odczuwanego lęku porodo-

wego jest stan cywilny. Największy odsetek respondentek odczuwających niski poziom lęku porodowego występował w grupie kobiet zamężnych. Natomiast największy odsetek ciężarnych odczuwających bardzo wysoki poziom lęku porodowego wystąpił w grupie kobiet rozwiedzionych. Wynik ten może świadczyć o wspomnianym pozytywnym wpływie wsparcia społecznego na odczuwanie przez ciężarną lęku [13, 17]. Być może lęk związany z porodem koreluje z innymi przeżyciami związanymi z sytuacją życiową. Wydaje się to istotną informacją w kontekście zbierania wywiadu oraz wspierania kobiet w ciąży przez personel w kontekście doświadczanego lęku porodowego.

Stwierdzono istotną zależność statystyczną między przewidywaną formą porodu a wiekiem i liczbą przeżytych porodów respondentek. Odsetek przewidywanego cięcia cesarskiego wzrasta wraz z wiekiem badanych. Można przypuszczać, że wynika to z faktu współistniejących chorób występujących wraz z wiekiem ciężarnych, jednak doprecyzowanie tego trendu wymaga dalszych badań. Największy odsetek przewidywanych cięć cesarskich występuje wśród respondentek, które przeżyły jeden poród. Może to wynikać z faktu, że jedną z głównych przyczyn preferowania przez pacjentki rozwiązania ciąży poprzez cięcie cesarskie są negatywne wspomnienia związane z poprzednim porodem [13].

Ograniczenia występujące w analizie wyników badań własnych mogą wynikać ze stosunkowo małej grupy badawczej. W przyszłości podobne badania należałoby opierać na większej grupie badanych. W badaniu nie ujęto preferowanej przez pacjentki formy porodu, co jak się okazało w dyskusji mogło być zależne od odczuwanego przez nie lęku porodowego, w zamian przewidywanej formy porodu.

## Wnioski

Na podstawie wyników badań własnych można stwierdzić, że:

1. Nie stwierdzono istotnych różnic między odczuwanym lękiem porodowym przez kobiety z zaplanowanym cięciem cesarskim a kobiety z przewidywanym ukończeniem ciąży poprzez poród siłami natury.
2. Satysfakcja seksualna kobiet nie jest zależna od przewidywanej drogi porodu.
3. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej będzie niższy, zwłaszcza w kontaktach fizycznych.
4. Osoby sprawujące opiekę nad kobietą ciężarną powinny zostać wyposażone w narzędzia rozpoznające nadmierny lęk porodowy oraz szczególnie zwracać uwagę na stan emocjonalny pacjentki.

## Piśmiennictwo:

1. Skrzypulec-Plinta V. Zachowania seksualne w czasie ciąży. In: Bręborowicz G. ed. *Położnictwo. Tom 1. Fizjologia Ciąży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 195–199.
2. Błaszczak A, Pilch D, Szamlewska B. Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielberga u kobiet w okresie okołoporodowym. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2011; 4(3): 163–168.
3. Lew-Starowicz Z, Lew-Starowicz M, Skrzypulec-Plinta V. *Seksuologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: Warszawa.
4. Makara-St, Wdowiak A, Plewik I. Seksualność kobiet w ciąży. *Seksuol Pol.* 2011; 9(2): 85–90.
5. Kremska A, Wróbel R, Kołodziej B. Zachowania seksualne kobiet w ciąży. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków.* 2013; 1: 75–85.
6. Brzęczek P, Pilarczyk R, Rogoziński T. Seksualność kobiet w ciąży. *Prz Seksuol.* 2016; 46(2): 19–24.
7. Lee JT, Lin CL, Wan GH, et al. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther.* 2010; 36(5): 408–420, doi: [10.1080/0092623X.2010.510776](https://doi.org/10.1080/0092623X.2010.510776), indexed in Pubmed: [20924936](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20924936/).
8. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I. Wpływ aktywności seksualnej kobiet w ciąży na stan zdrowia noworodka. *Seksuol Pol.* 2011; 9(2): 57–63.
9. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord.* 2016; 44: 80–91, doi: [10.1016/j.janxdis.2016.10.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007), indexed in Pubmed: [27788373](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27788373/).
10. Bączyk G, Cebulka V, Koźlak V. Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Problemy Higieny i Epidemiologii.* 2011; 92(4): 774–777.
11. Shnol H, Paul N, Belfer I. Labor pain mechanisms. *Int Anesthesiol Clin.* 2014; 52(3): 1–17, doi: [10.1097/AIA.0000000000000019](https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000019), indexed in Pubmed: [24946040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24946040/).
12. Putyński L, Paciorek M. Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II) Wersja Zrewidowana – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica.* 2008; 12(129): 132, doi: [10.18778/1427-969x](https://doi.org/10.18778/1427-969x).
13. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, et al. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15: 221, doi: [10.1186/s12884-015-0655-4](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4), indexed in Pubmed: [26382746](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26382746/).
14. Guskowska M. Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2012; 5(3): 154–161.
15. Mojs E, Czarnecka-Iwańczuk M, Głowacka MD. Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz depresji we wczesnym pociąg — doniesienie wstępne. *Psychiatr Pol.* 2013; 47(1): 31–40.
16. Kowalska J, Olszowa D, Markowska D, et al. Physical activity and childbirth classes during a pregnancy and the level of perceived stress and depressive symptoms in women after childbirth. *Psychiatria Polska.* 2014; 48: 889–900, doi: [10.12740/pp/24984](https://doi.org/10.12740/pp/24984).
17. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gierszewska M. Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2015; 21(1): 39–44, doi: [10.5604/20834543](https://doi.org/10.5604/20834543).
18. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG.* 2009; 116(5): 672–680, doi: [10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x), indexed in Pubmed: [19220236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19220236/).
19. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, et al. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 195, doi: [10.1186/s12884-017-1371-z](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1371-z), indexed in Pubmed: [28629393](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629393/).
20. Holka-Pokorska J, Jarema M, Stefanowicz A. Elektywne cięcie cesarskie ze wskazań psychiatrycznych — analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(5): 357–373.

21. Plopa M. Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej, *Pol Forum Psychol.* 2017; 22(4): 519–543.
22. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, et al. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med.* 2018; 46(2): 151–154, doi: [10.1515/jpm-2016-0282](https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282), indexed in Pubmed: [28379837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28379837/).
23. Gałązka I, Porembska K, Kobiółka A. Porównanie zachowań intymnych kobiet w okresie przed ciążą i po porodzie. *Zdrowie i dobrostan.* 2013; 3: 53–69.
24. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, et al. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *J Sex Med.* 2015; 12(5): 1212–1220, doi: [10.1111/jsm.12883](https://doi.org/10.1111/jsm.12883), indexed in Pubmed: [25856338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25856338/).
25. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 295(4): 907–916, doi: [10.1007/s00404-017-4299-7](https://doi.org/10.1007/s00404-017-4299-7), indexed in Pubmed: [28168656](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28168656/).
26. Fan D, Li S, Wang W, et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 408, doi: [10.1186/s12884-017-1583-2](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1583-2), indexed in Pubmed: [29212464](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29212464/).
27. Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019; 45(6): 1143–1147, doi: [10.1111/jog.13962](https://doi.org/10.1111/jog.13962), indexed in Pubmed: [30916470](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30916470/).



# Satysfakcja seksualna a samoocena pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem stercza

Sexual satisfaction and self-esteem of patients diagnosed with prostate cancer

Edyta Skwirczyńska, Oskar Wróblewski

Zakład Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

## Streszczenie

**Wstęp:** Satysfakcja seksualna znacząco wpływa na samoocenę i poczucie własnej atrakcyjności. W ostatnich latach jedną z częściej rozpoznawanych chorób nowotworowych u mężczyzn jest rak stercza. Konsekwencje choroby oraz powikłania po leczeniu przyczyniają się do powstawania problemów urologicznych oraz seksuologicznych mogących w negatywny sposób oddziaływać na samoocenę mężczyzn.

**Materiał i metoda:** Badaniem objęto 74 mężczyzn, pacjentów oddziału urologicznego w Szpitalu Klinicznym Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

**Wyniki:** Wynik badania wykazał, że istnieje istotna statystycznie zależność  $r = 0,47$  pomiędzy poziomem zaburzeń erekcji a samooceną pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem stercza. Udowodniono również, że pacjenci w trakcie leczenia mają globalnie niższy poziom samooceny.

**Wnioski:** Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na potrzebę dalszej eksploracji problemu dotyczącego leczenia onkologicznego mężczyzn połączonego z zaburzeniami erekcji i wpływu funkcji seksualnych na jakość życia oraz samoocenę pacjentów.

**Słowa kluczowe:** satysfakcja seksualna, rak stercza, dobrostan

*Seksuologia Polska 2019; 17: 59–62*

## Abstract

**Introduction:** Sexual satisfaction is a significant impact on self-esteem and self-attraction. In recent years, prostate cancer is one of the most commonly diagnosed malignancies in men. The consequence of the disease and complications after treatment contribute to the emergence of urological and sexological problems that can negatively affect men's self-esteem.

**Material and method:** The study included 74 men who were patients of the urology ward at the Clinical Hospital of the Pomeranian Medical University in Szczecin.

**Results:** The study showed that there is a statistically significant relationship  $r = 0.47$  between the level of erectile dysfunction and the self-esteem of patients diagnosed with prostate cancer. The study also showed that patients undergoing treatment have globally lower levels of self-esteem.

**Conclusions:** The results of the conducted research indicate the need for further exploration of the problem regarding oncological treatment of men combined with erectile dysfunction and the impact of sexual function on the quality of life and patient self-esteem.

**Key words:** sexual satisfaction, prostate cancer, well-being

*Seksuologia Polska 2019; 17: 59–62*

## Wstęp

Aspekt seksualny na poziomie satysfakcji, możliwości i jakości to ważny element funkcjonowania człowieka nie tylko w związku partnerskim. Wyraźnie wpływa na samoocenę i poczucie własnej atrakcyjności. W związku ze stale zwiększającą się w ostatnich latach liczbą zachorowań na choroby nowotworowe zauważalny jest trend w psychoonkologii związany ze wzrostem w obszarze prewencji i wsparcia chorych we wczesnym stadium chorób [1]. Do najczęściej rozpoznawalnych chorób u mężczyzn, będących jednocześnie drugą po zawałach sercach przyczyną zgonów zalicza się choroby nowotworowe. Do choroby istotnie wpływającej na jakość życia wśród mężczyzn zalicza się raka gruczołu krokowego. W konsekwencji stale wzrastającej populacji mężczyzn dotkniętych tym typem choroby nowotworowej, ważne jest zwrócenie uwagi na kwestie powikłań mogących występować przez długi czas po zakończeniu leczenia [2]. Występujące powikłania cechują się dużą uciążliwością oraz długim okresem występowania, a w wielu przypadkach są one nieodwracalne [3]. Proces leczenia obciążony licznymi powikłaniami nie pozostaje bez wpływu na jakość życia pacjentów destabilizując poszczególne wymiary życia chorego. Zmiany zachodzące w życiu osoby walczącej z chorobą mogą mieć dwojaki charakter — tymczasowy lub stały [4]. Stały charakter zmian może być spowodowany powikłaniami związanymi z leczeniem choroby nowotworowej i powodować negatywne konsekwencje w obszarze życia seksualnego pacjenta co w konsekwencji prowadzi do obniżenia globalnego zadowolenia z życia i spadku samooceny u chorych.

## Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 74 mężczyzn oddziału urologicznego ze zdiagnozowanym rakiem stercza, zakwalifikowanych do zabiegu prostatektomii. Pięciu respondentów nie wypełniło kwestionariusza, a 68 respondentów, którzy wypełnili kwestionariusz, było w wieku 48–75 lat ( $M$  [mean] = 63,97,  $SD$  [standard deviation] = 6,29).

Badanie zostało przeprowadzone anonimowo w formie kwestionariuszy dostarczonych pacjentom przebywającym na oddziale w zabezpieczonych kopertach. Ankiety były zbierane jednocześnie, pacjenci wypełniali również świadomą zgodę na udział w badaniu, zostali również poinformowani o dobrowolności wypełnienia kwestionariuszy. W pierwszej części badania mężczyźni zostali poproszeni o wypełnienie krótkiej metryczki zawierającej pytania o wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, liczbę dzie-

ci. W dalszej części pacjenci oceniali w 10-punktowej skali, gdzie 1 oznaczało ocenę najniższą, a 10 najwyższą poziom zadowolenia z partnera lub współmałżonka, sytuację finansową oraz pomoc najbliższej rodziny.

W niniejszym badaniu wykorzystano dwa narzędzia badawcze:

1. Skalę Samooceny Rosenberga w polskiej adaptacji [5] służącą do pomiaru całościowej samooceny u osób dorosłych. Założeniem dla skali jest posiadanie przez ludzi określonych postaw wobec różnych obiektów w tym własnego Ja. Samoocena stanowi więc reprezentację nacechowaną albo w sposób pozytywny albo negatywny wobec własnego Ja, wyznaczając globalną ocenę własnej osoby. W polskiej adaptacji współczynnik  $\alpha$  Cronbacha rzetelności dla grupy dorosłych ( $n = 365$ ; 199 kobiet, 166 mężczyzn) wyniosła 0,82.
2. Kwestionariusz IIEF-5 (*The International Index of Erectile Function*) — służący do pomiaru dysfunkcji erekcji. Kwestionariusz wykorzystuje się w badaniach dotyczących różnych grup mężczyzn w celu określenia zaburzeń erekcji. Narzędzie służy również do oceny satysfakcji z życia seksualnego mężczyzn [6]. Kwestionariusz IIEF-5 odznacza się wysoką rzetelnością oraz trafnością, wskazując na to badania walidacyjne wersji oryginalnej uzyskując współczynnik  $\alpha$  Cronbacha = 0,8.

Respondenci zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariusza samooceny Rosenberga składającego się z 10 stwierdzeń w 4-stopniowej skali i zaznaczenie najbliższego dla nich stwierdzenia. Drugą częścią badania stanowiło wypełnienie kwestionariusza IIEF-5 w 5-stopniowej skali.

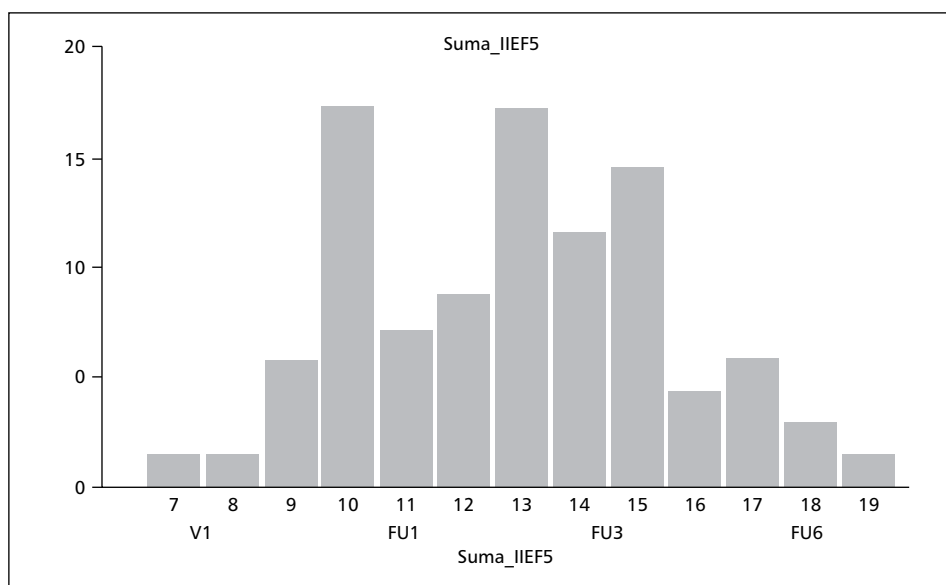
## Wyniki

Do analizy statystycznej danych wykorzystano program SPSS 24 dla systemu operacyjnego Windows 10. Zakres akceptowalny jako istotny statystycznie w niniejszym badaniu wynosił  $p < 0,05$ .

Analiza częstości przedstawiona w tabeli 1 wykazała, że najwyższej ocenione przez pacjentów było zadowolenie z partnera życiowego, niżej została natomiast oceniona pomoc ze strony rodziny natomiast najniżej pacjenci oceniali swoją sytuację finansową.

**Tabela 1. Ocena zadowolenia badanych z partnera życiowego, pomocy ze strony rodziny oraz sytuacji finansowej**

| Sytuacja pacjenta       | n  | R    |
|-------------------------|----|------|
| Sytuacja finansowa      | 68 | 6,75 |
| Zadowolenie z partnera  | 65 | 9,14 |
| Pomoc ze strony rodziny | 67 | 7,73 |



Rycina 1. Procentowy rozkład oceny zaburzeń seksualnych wśród badanych pacjentów; IIEF-5 — *The International Index of Erectile Function*

Tabela 2. Związek pomiędzy samooceną a zaburzeniami erekcji

| Test parametryczny | Korelacja                      | R     |
|--------------------|--------------------------------|-------|
| r Pearsona         | Samoocena a zaburzenia erekcji | 0,43* |

\* korelacja istotna na poziomie 0,01

W kolejnej części badania sprawdzono procentową ocenę zaburzeń erekcji u pacjentów. Wykazano, że znaczna część pacjentów cierpi na umiarkowane lub łagodne zaburzenia funkcji erekcji. Tylko niespełna 10% pacjentów nie miała problemów z erekcją w ciągu ostatnich czterech tygodni od przeprowadzenia badania. Przedstawione wyniki zaprezentowano na rycinie 1.

W celu zbadania związków między poziomem samooceny w grupie mężczyzn a oceną zaburzeń erekcji przeprowadzono analizę korelacyjną r Pearsona. W badanej grupie pomiędzy samooceną a zaburzeniami erekcji zachodzi korelacja na poziomie istotnym  $r = 0,47$ . Oznacza to, że samoocena jest w umiarkowanym stopniu skorelowana z zaburzeniami erekcji u mężczyzn. Omówione wyniki zostały przedstawione w tabeli 2.

## Dyskusja

Na podstawie przeprowadzonych w niniejszej pracy badań można stwierdzić, że poziom zaburzeń erekcji będzie różnicował samoocenę u mężczyzn. Przedstawiona w niniejszym badaniu analiza potwierdza hipotezę o związku pomiędzy zaburzeniami erekcji a poziomem samooceny u mężczyzn. W badanej grupie pacjenci uzyskujący wyższy poziom w skali IIEF-5, bez zaburzeń erekcji i posiadający jej łagodny stopień

mieli wyższą samoocenę niż pacjenci, u których występowały zaburzenia erekcji w stopniu umiarkowanym i ciężkim. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na potrzebę dalszej eksploracji problemu dotyczącego leczenia onkologicznego mężczyzn połączonego z zaburzeniami erekcji i wpływu funkcji seksualnych na jakość życia oraz samoocenę. Pacjenci poddani leczeniu mogą odczuwać jego negatywne skutki przez wiele lat, co, jak wskazują wyniki badań, może w sposób ujemny wpływać na ich samoocenę.

## Wnioski

Powikłania po zabiegu mogą powodować, że pacjenci nigdy nie powrócą do pełnej sprawności seksualnej. Grupa ta powinna zostać objęta programem pomocy psychologicznej ze względu na mogące występować w trudności w komunikacji z partnerem po przebytym leczeniu. Jak pokazują badania u pacjentów z zaburzeniami erekcji współwystępują takie czynniki jak obniżenie jakości życia, gniew, frustracja czy poczucie winy [7]. Wyniki badań Asmary i wsp. [8] wskazują, że zaburzenia erekcji mają negatywny wpływ na emocjonalność i vitalność mężczyzn. Dlatego tak ważne są działania psychoedukacyjne po diagnozie przygotowujące pacjenta do proponowanego leczenia oraz jego następstw, w trakcie których psycholog/seksu-

olog rozpoczyna pracę z pacjentem pracę nad zachowaniem równowagi emocjonalnej. W przyszłości badania zostaną rozszerzone o oddziały radioterapeutyczne oraz pacjentów poddanych leczeniu systemowemu.

### Piśmiennictwo:

1. De Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
2. Dadej R, Cieśliński P, Kwias Z. Rak stercza. Współczesna Onkologia. 2002; 6(2): 108–116.
3. Rucińska M, Kieszowska-Grudny A, Klimowicz K, et al. Ocena jakości życia i aktywności seksualnej pacjentów po radykalnej radioterapii z powodu raka gruczołu krokowego w porównaniu z grupą zdrowych mężczyzn. OncoReview. 2013; 3(1): 18–24.
4. Turska W, Skowron A. Metodyka oceny jakości życia. Farmacja Polska. 2009; 8.
5. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. Psychologia społeczna. 2007; 2(02): 164–176.
6. Janus M, Szulc A. Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie. Seksuologia Polska. 2015; 13(1).
7. Fatt QK. Erectile dysfunction and quality of life. In Erectile Dysfunction-Disease-Associated Mechanisms and Novel Insights into Therapy. IntechOpen. 2012 2012.
8. Asmara K, Marisha M, Hengky H, et al. Erectile dysfunction and quality of life. Universa Medicina. 2016; 30(3): 182–188.

# Rola stresu w dysfunkcjach seksualnych, na przykładzie rodziców dzieci chorych na epilepsję

The role of stress in sexual dysfunctions, on the example of parents of children suffering from epilepsy

Andżelika Murjas

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wielkopolskim

## Streszczenie

**Wstęp:** W niniejszej pracy podjęto próbę przedstawienia, jak stres wynikający z sytuacji życiowej rodziców dzieci chorych na epilepsję wpływa na powstanie problemów i zaburzeń seksualnych.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 67 rodziców, każda para z co najmniej jednym dzieckiem chorym na epilepsję. Autorka założyła następujące hipotezy: 1) osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej posiadały zaburzenia seksualne od osób z niższym natężeniem stresu; 2) u rodziców dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej występowały zaburzenia seksualne, w przeciwieństwie do rodziców z krótszą ekspozycją na skutki choroby swoich dzieci.

W celu zweryfikowania postawionych hipotez użyto standaryzowanych kwestionariuszy służących ocenie natężenia stresu oraz ocenie zaburzeń seksualnych.

**Wyniki:** Według przeprowadzonych badań zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie czternastu z dwudziestu badanych wymiarów zaburzeń seksualnych, między innymi: chęć i potrzeba kontaktów płciowych, częstość orgazmów, częstotliwość stosunków, podniecenie przed stosunkiem, odczucia podczas stosunku, w przypadku kobiet oceny samej siebie jako partnerki seksualnej. W pozostałych sześciu wymiarach natężenie stresu nie stanowiło czynnika różnicującego.

**Wnioski:** W ocenie badania potwierdzono pierwszą hipotezę. Formułując drugą hipotezę, autorka kierowała się dwoma założeniami: po pierwsze doświadczenie stresu jest procesem, w którego przebiegu następują po sobie 3 fazy nazywane przez Selye kolejno: reakcją alarmową, stadium odporności, stadium wyczerpania. Po drugie epilepsja dziecka kreuje ciąg krytycznych wydarzeń, które powodują przewlekły stres u rodziców, prowadzący do wyczerpania organizmu. W badaniach obserwuje się odwrotną od zakładanej zależność — im dłuższy czas mijania od zdiagnozowanej choroby u dziecka, tym matki rzadsze zaburzenia seksualne. Wyniki badań sugerują, że następuje adaptacja do zmienionej sytuacji życiowej.

**Słowa kluczowe:** dysfunkcje seksualne, epilepsja, stres

Seksuologia Polska 2019; 17: 63–74

## Abstract

**Introduction:** In this paper the author made an attempt to present, how stress resulting from the life situation of parents of children with epilepsy influences the development of sexual problems and disorders.

**Material and methods:** The study involved 67 parents, each couple with at least one child suffering from epilepsy. The author established the following hypotheses: 1) people with high stress intensity will have more frequent sexual disorders than people with lower stress intensity; 2) parents of children with long-term epilepsy will be more likely to have sexual disorders than parents with shorter exposure to their children's disease. Standardized questionnaires were used to assess stress and sexual disorders.

**Results:** According to the conducted studies, statistically significant intergroup differences in the range of fourteen out of twenty dimensions of sexual disorders were observed, e.g: willingness and need for sexual contact, frequency of orgasms, frequency of intercourse, excitement before intercourse, feelings during intercourse, in the case of women, self-esteem as a sexual partner. In the remaining six dimensions, stress was not a differentiating factor.

**Conclusions:** The study confirmed the first hypothesis in the evaluation. In formulating the second hypothesis, the author was guided by two assumptions: first, the experience of stress is a process in which three phases follow one another. These phases are called by 'Selye' the alarm reaction, immunity stage, and exhaustion stage. Secondly, epilepsy of a child creates a series of critical events that cause chronic stress in parents, leading to exhaustion of the body. In the study, the opposite dependence is observed, i.e. the longer the time of passing from the diagnosed disease in the child, the less frequently the mothers manifested sexual disorders. The results of the research suggest that there is an adaptation to the changed life situation.

**Key words:** epilepsy, sexual dysfunction, stress

*Seksuologia Polska 2019; 17: 63–74*

## Stres

Czynniki stresu stanowią obecnie integralną część życia człowieka, a samo słowo „stres” weszło na co dzień do języka potocznego. Istnieje również wiele naukowych wyjaśnień tego pojęcia, począwszy od koncepcji biologicznych, poprzez medyczne, po psychologiczne.

Koncepcje biologiczne są pierwszymi teoriami wyjaśniającymi zjawisko stresu. Koncentrują się wokół wzajemnego oddziaływania organizmu żywego (zwierząt i człowieka) ze środowiskiem zewnętrznym. Przykładem jest teoria stresu Cannona oparta na zasadzie homeostazy, czyli założenia, że organizm funkcjonuje prawidłowo do czasu, gdy utrzymuje swoją wewnętrzną spójność poprzez szybką adaptację. W tym kontekście autor relacje na stres przedstawia za pomocą modelu „walcz lub uciekaj”. Jego zdaniem stresory powodują pobudzenie dwóch układów: gruczołu przysadki oraz współczulnego układu nerwowego. Pierwszy z nich powoduje powstanie hormonów adrenokortykotropowych (ACTH), które aktywują korę nadnerczy, w efekcie czego wydzielany jest kortyzol. Drugi układ poprzez pobudzenie rdzenia nadnerczy powoduje zaś wyrzut adrenaliny i noradrenaliny. Hormony te pełnią funkcję zaworu bezpieczeństwa, gdyż ich aktywacja informuje organizm o niebezpieczeństwie i wymusza na przykład zwiększenie intensywności oddychania, zwiększenie aktywności umysłowej bądź fizycznej. Ponadto Cannon zauważa, że owe hormony nie tylko odgrywają istotną rolę w procesie adaptacji, ale także ich nadmiar może doprowadzić do wyczerpania organizmu, a nawet śmierci [1]. Kontynuatorem takiego spojrzenia był Selye, dla którego stres „jest nieswoistą reakcją organizmu na wszelkie stawiane mu żądania” [2]. Odpowiedzią na powstały stres jest ogólny zespół adaptacyjny (GAS, *general adaptation syndrome*), który złożony jest z trzech faz, tj. reakcji alarmowej, stadium odporności oraz stadium

wyczerpania. Reakcja alarmowa oznacza mobilizację organizmu do przeciwstawienia się stresowi poprzez fazę szoku (przejawiającą się silnym pobudzeniem organizmu powstałym po jego zetknięciu się z czynnikiem szkodliwym) oraz fazę przeciwdziałania szokowi (przejawiającą się reakcjami obronnymi). Stadium odporności oznacza względną adaptację organizmu, poprzez radzenie sobie ze stresorami. Stadium wyczerpania oznacza zaś utratę zdolności radzenia sobie, czego przejawem jest rozregulowane funkcje fizjologiczne.

Koncepcje medyczne natomiast kluczowe znaczenie przypisują informacjom opisującym tak zwane stresowe zdarzenia życiowe. Przykładem jest koncepcja stresowych zdarzeń życiowych Dohrenwendów [za: 3]. Ich zdaniem ów stresowe zdarzenia życiowe powstają na skutek obiektywnych czynników środowiskowych (hałas, oświetlenie, wibracje itp.) oraz na skutek subiektywnych czynników (temperament, osobowość, poziom inteligencji itp.). Doświadczanie tychże zdarzeń wywołuje stres, a jego siła uzależniona jest zarówno od czynników zewnętrznych (wsparcie emocjonalne, materialne itp.), jak i czynników wewnętrznych (samoocena, zdrowie itp.). Odczuwany stres z kolei wywołuje skutki neutralne — brak istotnych zmian dla zdrowia, negatywne — zaburzenia w funkcjonowaniu fizjologicznym, pozytywne — rozwój psychospołeczny [3, 4].

Trzecim rodzajem definiowania stresu są koncepcje psychologiczne, które koncentrują się na emocji negatywnej. Przykładem jest teoria napięcia emocjonalnego Janisa [za: 3]. Badacz ujmował stres psychologiczny jako zmianę w otoczeniu, którą wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego powstały u większości ludzi pozostających w dokładnie takich samych okolicznościach. Jednocześnie napięcie te uniemożliwia normalny zakres reagowania. W ten sposób Janis wprowadził do słownika pojęciowego dwa określenia: sytuacja stresowa oraz reakcja stresowa. Pierwsze z nich to zespół bodźców powodujących zaburzone

zachowanie. Drugie określenie oznacza zmiany w zachowaniu, uczuciach i postawach powstałe na skutek bodźca, czyli sytuacji stresowej. Poza tym zdaniem Janisa stres psychologiczny posiada trzy fazy: zagrożenia, działania niebezpieczeństwa oraz skutków. W fazie zagrożenia organizm rozpoznaje oznaki niebezpieczeństwa, na przykład uczucie strachu czy lęku. W fazie działania niebezpieczeństwa zaś organizm spostrzega ów niebezpieczeństwo. W fazie skutków natomiast organizm zauważa negatywne rezultaty, które mogą mieć charakter krótko- lub długotrwały [3].

Innym przykładem koncepcji psychologicznych jest teoria zachowania zasobów Hobfolla [za: 5]. Jak sama nazwa wskazuje, teoria ta koncentruje się wokół poszukiwania, pozyskiwania oraz ochrony cenionych obiektów, nazywanych przez badacza zasobami. Autor ten wskazuje na cztery rodzaje zasobów, tj. przedmioty, które określają status społeczno-ekonomiczny (np. mieszkanie), zasoby okolicznościowe, które są cenne i występują rzadko (np. awans zawodowy), zasoby osobiste, które różnicują ludzi i sprzyjają odporności na stres (np. umiejętności interpersonalne) zasoby energetyczne, które służą do pomnażania innych zasobów (np. pieniądze). Przy tym sama utrata zasobów nie przesądza o stresie psychologicznym. Zmiana jest wówczas stresująca, gdy nie można utraconych zasobów odzyskać lub skompensować innymi cenionymi obiektami.

Ponadto warto także poruszyć wątek polskich badań psychologicznych nad stresem. Głównie są to koncepcje nawiązujące do poznawczego nurtu. Przykładami mogą być teoria sytuacji trudnych Tomaszewskiego (stres psychologiczny oznacza sytuacje, w której dochodzi do rozbieżności między potrzebami a możliwościami ich zaspokojenia bądź między zadaniami, jakie chce osiągnąć człowiek a możliwościami ich wykonania), informacyjno-regulacyjna teoria stresu Reykowskiego (stres psychologiczny interpretowany jest jako klasę czynników zakłócających tok czynności) czy poznawczo kompetencyjną teorię stresu Sęk (stres psychologiczny należy rozumieć jako dynamiczną sekwencję sprzężenia zwrotnego oceny pierwotnej i wtórnej stresora, aktów zmagania się między oczekiwaniami i możliwościami człowieka a wymaganiami otoczenia, oraz oceną tego zmagania się [6]).

Podsumowując, warto wskazać charakterystyczne cechy definicyjne pojawiające się w większości teorii stresu. Po pierwsze stres jest stanem organizmu, który z kolei znajduje się we wzajemnej interakcji ze swoim otoczeniem. Po drugie jest niecodziennym stanem, który do zdefiniowania wymaga poczucia zagrożenia dla organizmu lub poczucia przeszkody w osiąganiu celów. Po trzecie długotrwałe pozostawanie w tym sta-

nie powoduje negatywne skutki w sferze zdrowia, bądź emocjonalnej, bądź behawioralnej tego organizmu.

## Epilepsja jako wydarzenie życiowe powodujące stres

Ujmowanie przyczyn stresu w kategoriach wydarzeń życiowych wiąże się z medycznymi koncepcjami. Na przełomie XIX i XX wieku psychiatra Meyer skonstruował listę zdarzeń w życiu człowieka, których występowanie może powodować powstawanie chorób. Na potrzebę diagnozy lekarskiej Meyer pytał więc o takie sytuacje, jak na przykład: pojawienie się nowego członka rodziny, zmiana warunków życia, w tym zmiana pracy, śmierć osoby znaczącej. Badaczami, którzy podjęli powyższe spojrzenie, byli Holmes i Rahe. Analizowali wśród swoich pacjentów wszelkie zdarzenia życiowe, które wystąpiły około roku przed zachorowaniem. W ten sposób doszli do przekonania, że w życiu człowieka obciążenie adaptacyjne stanowią zarówno poważne i traumatyczne incydenty, jak i drobniejsze obciążenie adaptacyjne. Przy tym mogą mieć zarówno charakter negatywny, jak i pozytywny czy neutralny. Przyjęli zatem założenie, że każda zmiana wymaga wysiłku adaptacyjnego. Aby jakieś zajście traktować jednak w kategorii zdarzenia życiowego powodującego stres, poza zaistnieniem zmiany pociągającej wysiłek adaptacyjny muszą także pojawić się takie cechy, jak: dyskretność, obiektywność oraz obserwowalność. Dyskretność zdarzenia oznacza, że ma ono konkretne ramy czasowe, a tym samym ograniczony zakres trwania. Obiektywność i obserwowalność oznaczają natomiast, że uwaga koncentruje się na wydarzeniach zewnętrznych, a nie uczuciach czy stanach wewnętrznych [7].

Holmes i Rahe ostatecznie opracowali w formie kwestionariusza listę zdarzeń życiowych (SRSS, *Social Readjustment Rating Scale*) [za: 3] (tab. 1).

Osoba badana spośród katalogu zamkniętego wybiera zdarzenia, które miały miejsce w ciągu ostatniego roku. Każdej pozycji testowej przypisana jest wartość punktowa. Suma wszystkich wybranych pozycji testowych służy do oszacowania obciążenia adaptacyjnego. Autorzy założyli, że wynik 150 punktów sygnalizuje kryzys życiowy, a 300 punktów należy interpretować jako poważny kryzys. Przy tym wymienione w tabeli sytuacje nie muszą tworzyć odrębnych epizodów. Istotną kwestią jest związek pomiędzy poszczególnymi zdarzeniami.

Epilepsja (G-40) to zespół chorobowy, którego podstawowym objawem są postępujące ataki padaczkowe. Wystąpienie pojedynczego napadu drgawkowego nie stanowi zatem diagnozy padaczki. Ocenia

Tabela 1. Lista zdarzeń życiowych [za: 3]

| Ranga | Zdarzenie życiowe                                            | Wartość punktowa |
|-------|--------------------------------------------------------------|------------------|
| 1.    | Śmierć współmałżonka                                         | 100              |
| 2.    | Rozwód                                                       | 73               |
| 3.    | Separacja małżeńska                                          | 65               |
| 4.    | Pobyt w więzieniu                                            | 63               |
| 5.    | Śmierć bliskiego członka rodziny                             | 63               |
| 6.    | Zranienie ciała lub choroba                                  | 53               |
| 7.    | Zawarcie małżeństwa                                          | 50               |
| 8.    | Zwolnienie z pracy                                           | 47               |
| 9.    | Pogodzenie się ze skłóconym współmałżonkiem                  | 45               |
| 10.   | Przejście na rentę lub emeryturę                             | 45               |
| 11.   | Choroba w rodzinie                                           | 44               |
| 12.   | Ciąża                                                        | 40               |
| 13.   | Kłopoty w pożyciu seksualnym                                 | 39               |
| 14.   | Powiększenie się rodziny                                     | 39               |
| 15.   | Rozpoczynanie nowej pracy zawodowej                          | 39               |
| 16.   | Zmiany w dochodach finansowych                               | 38               |
| 17.   | Śmierć bliskiego przyjaciela                                 | 37               |
| 18.   | Zmiana zawodu                                                | 36               |
| 19.   | Wzrost konfliktów małżeńskich                                | 35               |
| 20.   | Hipoteka ponad 10000 dolarów                                 | 31               |
| 21.   | Wiadomość o konieczności zwrotu większego długu lub pożyczki | 30               |
| 22.   | Zmiana stopnia odpowiedzialności w życiu zawodowym           | 29               |
| 23.   | Opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego                     | 29               |
| 24.   | Kłótnie i starcia z krewnymi współmałżonka                   | 29               |
| 25.   | Wzmożenie wysiłku dla wykonania jakiegoś zadania             | 28               |
| 26.   | Początek lub zakończenie pracy zawodowej współmałżonka       | 26               |
| 27.   | Rozpoczęcie lub zakończenie nauki szkolnej                   | 26               |
| 28.   | Zmiany standardu, poziomu życia                              | 25               |
| 29.   | Zmiany osobistych nawyków i przyzwyczajęń                    | 24               |
| 30.   | Starcia z szefem                                             | 23               |
| 31.   | Zmiany warunków pracy lub najbliższego otoczenia             | 20               |
| 32.   | Zmiana mieszkania                                            | 20               |
| 33.   | Zmiana szkoły                                                | 20               |
| 34.   | Zmiany w spędzaniu wolnego czasu                             | 19               |
| 35.   | Zmiany w praktykach religijnych                              | 19               |
| 36.   | Zmiany w nawykach życia towarzyskiego                        | 18               |
| 37.   | Hipoteka lub zaciągnięcie długu poniżej 10000 dolarów        | 17               |
| 38.   | Zmiana nawyków snu                                           | 16               |
| 39.   | Zmiany częstości spotkań rodzinnych                          | 15               |

się, że jest to najczęstsze schorzenie neurologiczne, gdyż występuje u około 1% populacji. Szacuje się więc, że w Polsce choruje około 400 tysięcy ludzi. Zwykle epilepsja posiada swój początek w dzieciństwie. Pierwszy napad diagnozuje się u 30% dzieci przed ukończeniem 4. roku życia, 70% — przed 14. rokiem

życia. Wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne nie omija zatem rodziców dziecka chorego [8]. Według listy zdarzeń życiowych konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem cierpiącym z powodu choroby jest uznawane za przewlekły stresor. Co jednak ważniejsze — w przypadku padaczki dziecięcej zachorowalność początkuje kolejne zdarzenia życiowe, które mają odzwierciedlenie w przedstawionej liście. Zjawisko to jest nazywane proliferacją stresu. Z czasem źródłem stresu są też takie sytuacje, jak: konflikty rodzinne, rozkład życia rodzinnego, rezygnacje z zatrudnienia, pogorszenie sytuacji finansowej, obniżenie standardu życia, porzucenie własnych planów i ambicji zawodowych, organicznie życia towarzyskiego i kulturalnego, zmiana organizacji dnia, w tym zmiana nawyków snu czy żywienia itd. [9]. Jeśli uwzględnić te okoliczności towarzyszące, z pewnością suma wartości punktowych uzyska wynik kwalifikujący chorobę jako poważny kryzys życiowy.

Zdaniem Holmesa i Rahe pojawienie się kryzysu życiowego wymusza na jednostce przystosowanie. W przypadku adaptacji do choroby dziecka zdaniem Twardowskiego można wyróżnić cztery fazy: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się do sytuacji oraz konstruktywnego przystosowania się do sytuacji [10]. Faza szoku jest inaczej nazywana okresem wstrząsu emocjonalnego. Zwykle to czas bezpośredni po usłyszeniu diagnozy epilepsji. W tym czasie rodzice zadają sobie standardowe pytania: dlaczego my? Dlaczego nas to spotkało? Itp. Pytania te pociągają za sobą dramatyczne wyobrażenia dotyczące przyszłości dziecka, konsekwencji choroby. Szczególnie trudna jest sytuacja rodzin z dziećmi chorymi na padaczkę idiopatyczną, czyli o nieznanym pochodzeniu. W tych rodzinach zwykle nie występowały ani padaczka, ani inne długotrwałe schodzenia. Stąd rodzice są zdziwieni, zdezorientowani i często także pogrążeni w bezradności i rozpacz. Towarzyszy im lęk, co wzmacnia napadowość objawów. Częstą reakcją na informacje o diagnozie są łzy. Okres ten trwa zwykle do kilkunastu dni. Faza kryzysu emocjonalnego nazywana jest także okresem rozpacz i depresji. W czasie jej trwania pogłębia się poczucie rozpacz, krzywdy wyrządzonej przez Boga czy los. W fazie tej dominuje obawa o przyszłość dziecka w szerszym spectrum, tj. o jego możliwości intelektualne, poznawcze jak uwaga czy pamięć, funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, podejmowanie pracy czy założenie rodziny. Na tym etapie rodzice mają tendencje do obwiniania siebie nawzajem lub obwiniania lekarzy za brak efektów, tj. dalsze występowanie napadów. Pojawia się także reakcja obronna ignorowania tematu, co może powodować niechęć do kontaktów towarzyskich. Podejmowane



w tym czasie decyzji w zakresie metod leczenia (farmakologicznego lub medycyny niekonwencjonalnej), wsparcia rozwoju (rodzaj i intensywność rehabilitacji) czy stosowania metod wychowawczych, sprzyja powstawaniu konfliktów rodzinnych. Czas narastania lęku jest na tyle rozległy, że wymusza w końcu powstanie mechanizmów obronnych. Jest to początek fazy pozornego przystosowania się do sytuacji. Dominujący mechanizm stanowi zaprzeczenie, szczególnie gdy lekarzom udaje się powstrzymać zewnętrzne objawy epilepsji, tj. ataki padaczki. Wówczas opóźnienia psychoruchowe rodzice przypisują cechą osobowościowym dziecka, jak na przykład lenistwo, brak motywacji czy roztargnienie. Z kolei w sytuacji, gdy nie udaje się lekarzom przerwać napadów padaczkowych (dotyczy to głównie padaczek o podłożu genetycznym) typowym zachowaniem rodziców jest poszukiwanie innych metod leczniczych, kolejnych specjalistów, z nadzieją na lepsze rokowania. W skrajności rodzice są na tyle zrezygnowani, że nie podejmują działań stymulujących rozwój psychoruchowy, a nawet zaniedbują badania i kolejne kontrole u specjalistów. Ostatnia faza konstruktywnego przystosowania się jest adaptacją właściwą. To czas pogodzenia się z diagnozą dziecka, co wymusza reorganizację całego życia rodzinnego. Celem jest stworzenie optymalnie właściwych warunków do opieki i rozwoju małego dziecka. Często wiąże się to z rezygnacją z zatrudnienia jednego z rodziców. Jest to też czas poszukiwania rad innych rodziców z podobnym problemem oraz przyjmowania sugestii lekarzy specjalistów. W sferze emocjonalnej zaczynają powstawać uczucia pozytywne. Ma na to wpływ własne poczucie skuteczności wynikające z doświadczania następstw własnej pracy z dzieckiem. Widoczne są rezultaty na przykład w postaci rozwoju zainteresowań dziecka, kontaktów z rówieśnikami [11].

Proces adaptacji rodzica do choroby dziecka pokazuje, w jaki sposób zmianie ulegają sfery emocjonalna i behawioralna z dysfunkcjonalnej do funkcjonalnej. W obszarze uczuć stres wywołuje początkowo dezorientację, bezradność i rozpacz. Z czasem poziom lęku wzrasta, aż do czasu, kiedy staje się dominującym uczuciem. Jednocześnie pojawia się potrzeba obwiniania. Z czasem głęboki smutek maleje na sile, a rodzice przestają się skupiać tylko na negatywnych skutkach choroby. Zaczynają pojawiać się emocje pozytywne związane z sukcesami dziecka. W zakresie behawioralnym zwykle rozpoczyna się natomiast od absencji w pracy, ograniczenia życia towarzyskiego i kulturalnego, różnego rodzaju błędów w działaniu, wypadków, czasami mogą rozwinąć się uzależnienia czy złe pełnienie roli wychowawczej. Ostatecznie po adaptacji właściwej pojawia się pełnienie właściwych

relacji rodzicielskich i społecznych. Poza emocjonalno-behawioralnymi skutkami znaczną grupę stanowią także zaburzenia w stanie zdrowia.

### Źródła i konsekwencje stresu rodzicielskiego w rodzinach z dzieckiem chorym na epilepsję

Epilepsja dzieci stanowi wydarzenie krytyczne całej rodziny i zmienia tok dotychczasowego funkcjonowania, czemu towarzyszą silne negatywnie emocje. Oddziaływanie silnych stresorów w połączeniu z brakiem właściwych umiejętności radzenia sobie ze stresem może skutkować zmianami w stanie zdrowia. Pośród nich często akcentuje się zespół ostrego stresu (AST, *acute stress disorder*), a nawet zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) [12]. Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) stresor traumatyczny stanowi zdarzenie, na którego skutek istnieje realne zagrożenie życia lub fizycznej integralności zarówno w odniesieniu do własnej osoby, jak i osób bliskich. W tym kontekście urazowość choroby epileptycznej wynika z zagrożenia życia, jakie pociągają za sobą nieprzerwane stany padaczkowe. Do czasu wdrożenia odpowiedniego leczenia farmakologicznego u rodziców występuje całkowita utrata poczucia kontroli, a nieprzewidywalność wydarzeń w chorobie skutkuje przerażeniem. Poza tym urazowość tej choroby pogłębia nagłość hospitalizacji oraz obciążające inwazyjne leczenie. Samo wdrożenie leków przeciwpadaczkowych często na początku leczenia zwiększa manifestowanie objawów w postaci napadów padaczkowych, co wzmacnia lęk o przyszłość dziecka. Nie bez znaczenia także pozostaje sama farmakoterapia. Leki przeciwpadaczkowe posiadają liczne skutki uboczne przejawiające się zarówno w sferze intelektualnej, poznawczej, jak i ruchowej. W okresie hospitalizacji pojawia się także wiele czynników sytuacyjnych, jak ciężkie powikłania innych dzieci chorych na padaczkę, a nawet ich śmierć, co także stanowi bodziec stresogenny. Po ustawieniu leczenia farmakologicznego bodźce są bardziej psychologiczne i przejawiają się w uporczywym powracaniu w myślach do napadów padaczkowych oraz lęku przed ich powtórным wystąpieniem. Obecne są także takie zachowania, jak unikanie myśli i rozmów dotyczących choroby dziecka, przez co rodzice często rezygnują z życia towarzyskiego. Konieczność stałego monitoringu dziecka może natomiast powodować zaburzenia snu. Powyższy obraz sytuacji rodzinnej odpowiada subklinicznym symptomom stresu pourazowego [12].

W literaturze przedmiotowej istnieją badania wiążące przewlekły stres z zaburzeniami seksualnymi. Powiązanie między stresem a seksem stanowi sprzężenie zwrotne. Z jednej strony przewlekły seks może powodować niechęć do seksu, a nawet zaburzenia seksualne i niepłodność. Z drugiej zaburzenia seksualne mogą być silnym stresorem [13]. Ponadto wyniki badań Lwa-Starowicza z 2002 roku [14] wskazują, że w ocenie respondentów wśród zdarzeń życiowych negatywnie wpływających na życie seksualne znajdują się: trudności finansowe (ok. 30%), żałoba (ok. 20%), a następnie choroba (ok. 15%). Można zatem wnioskować, że stres rodzicielski wynikający z choroby epileptycznej dziecka będzie powodował powstanie problemów i zaburzeń seksualnych. Nie ma jednak szerszych badań na ten temat.

## Material i metody

Na podstawie literatury i dotychczasowych badań założono następujące hipotezy:

1. Osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej ujawniały objawy dysfunkcji seksualnych od osób z niższym natężeniem stresu.
2. Rodzice dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych niż rodzice dzieci krótkotrwale chorych na padaczkę.

W celu zweryfikowania postawionych hipotez badawczych użyto następujących narzędzi badawczych:

1. *Skala odczuwanego stresu PSS-10* Cohen, Kamarck i Mermelstein, w polskiej adaptacji Zygryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik. Narzędzie służy do samooceny natężenia stresu wynikającego z własnej sytuacji życiowej. Skala ta może zatem być wskaźnikiem oceny obciążenia powstałego na skutek pełnienia roli opiekuna niepełnosprawnego dziecka. Jest to metoda samoopisowa, typu „papier-ołówek”, na którą składa się 10 pytań, tworzących 3 nasilenia odczuwanego stresu (niskie, średnie i wysokie).
2. *Skala Mell-Krat* w wersji dla kobiet (SFK/K) i dla mężczyzn (SFK/M). Polskiej adaptacji Skali dokonała Kromierzyńska.

Powyższe narzędzie służy do oceny potrzeb oraz oceny reakcji seksualnych. Jest to metoda samoopisowa. Wersja dla kobiet składa się z 20 pytań. Do każdego pytania sformułowane są inne odpowiedzi. W każdym zestawie odpowiedzi można uzyskać od 0 do 4 punktów. Maksymalnie w całym teście można zatem zdobyć 80 punktów, przy czym punktem odcięcia dla prawidłowych zachowań seksualnych jest poziom 55 i wyżej. Rzetelność w wersji dla kobiet wynosi 0,69. Wersja dla

mężczyzn złożona jest z 15 pytań. Stąd maksymalnie można zdobyć 60 punktów, a punktem odcięcia jest 42. Rzetelność wersji dla mężczyzn wynosi 0,86.

3. Ankieta — opracowanie własne. Miała na celu poznanie sytuacji życiowej i wskaźników obciążenia chorobą.

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza internetowego. Była to jednorazowa sesja badawcza. Doboru osób do grupy badawczej dokonano za pośrednictwem mediów społecznościowych. Były to głównie nieformalne grupy wsparcia. Badani byli informowani o dobrowolności oraz anonimowości badania, otrzymywali taką samą instrukcję i rozwiązywali poszczególne testy w ustalonej kolejności. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu SPSS Statistics 23.0. Istotność wyników przyjęto na poziomie  $p < 0,05$ .

## Wyniki

### Osoby badane

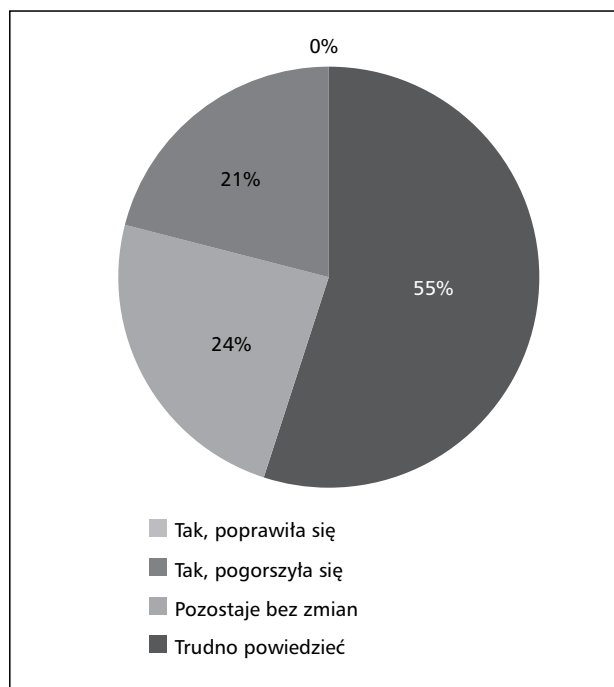
W badaniu wzięło udział 67 rodziców z co najmniej jednym dzieckiem chorym na epilepsję, w tym 62 kobiety i 5 mężczyzn. Nie była to próba reprezentatywna. Na podstawie uzyskanych wyników nie było możliwości zbadania różnic między płciowymi. Ostatecznej analizie zatem poddano grupę kobiet, tj. 62 osoby.

Grupę badawczą ostatecznie tworzyły osoby w wieku 20–53 lat. W badanej grupie najliczniejszym przedziałem wiekowym był 30–39 (40%). Drugie miejsce pod względem liczebności zajmował przedział wiekowy 40–49 (37%). Kolejne miejsce zajęły osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 20–29 lat (16%). Najmniej licznie była reprezentowana grupa powyżej 50. roku życia (7%).

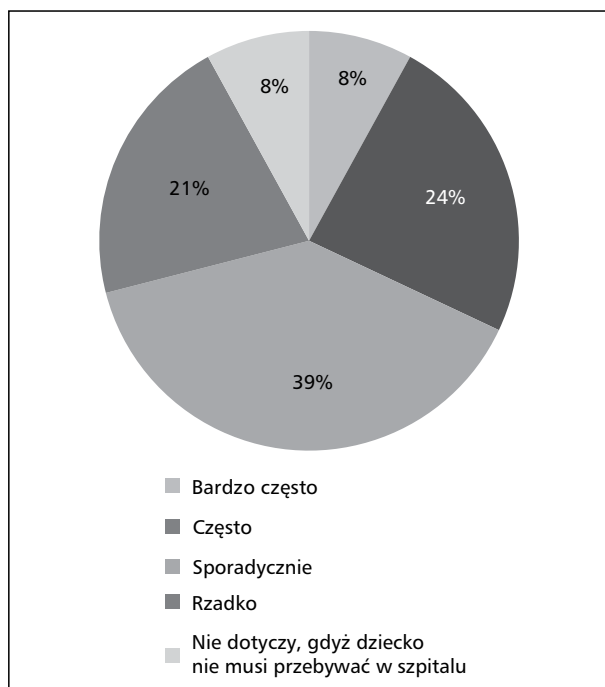
Pod względem stanu cywilnego najliczniejszą grupą były osoby pozostające w małżeństwie — 69%, a następnie pozostające w konkubinacie — 24%. Najmniej liczna grupę stanowili rozwodnicy — 2%. Pozostali respondenci to panny — 5%.

Odnosząc się do liczby dzieci, najliczniejszą grupą były matki z jednym dzieckiem (47%), a następnie matki z dwójką dzieci (42%). Matki wielodzietne stanowiły natomiast grupę 11%.

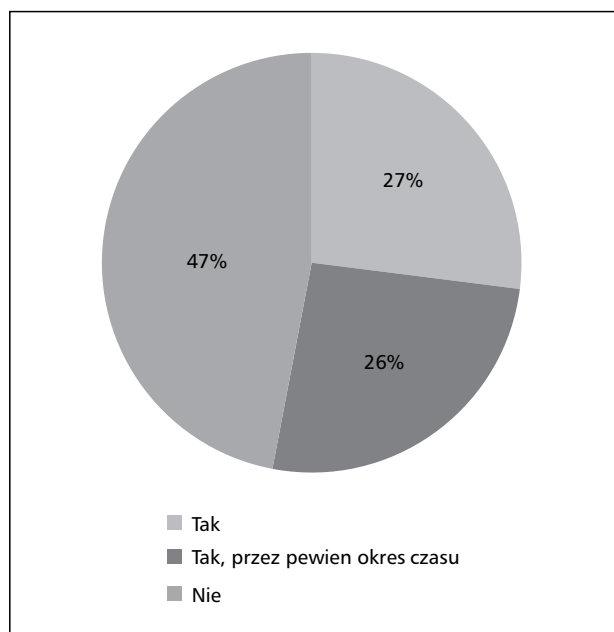
W odniesieniu do czynników wywołujących stres rodzicielski analizowana grupa charakteryzowała się narażeniem na stres przewlekły. Odsetek ankietowanych równy 55% uważał, że sytuacja materialna uległa pogorszeniu od momentu podjęcia leczenia dziecka. Następnie 53% ankietowanych musiało zrezygnować z zatrudnienia w związku z przewlekłą chorobą, w tym 27% na stałe. Ponadto w 32% rodzin leczenie dziecka było powiązane z częstą hospitalizacją jego. Szczegóły przedstawiono na rycinach 1–3.



**Rycina 1.** Ocena ankietyowanych ich sytuacji materialnej od momentu podjęcia leczenia dziecka



**Rycina 3.** Ocena ankietyowanych ich sytuacji materialnej od momentu podjęcia leczenia dziecka



**Rycina 2.** Konieczność rezygnacji z pracy zawodowej jednego z rodziców, w związku z przewlekłą chorobą dziecka

### Analizy statystyczne

Zebrane dane poddano analizie statystycznej w programie SPSS Statistics 23.0. W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe oraz statystyki normalności rozkładu częstości zaburzeń seksualnych, natężenia stresu oraz czasu trwania choroby dziecka.

Zaobserwowano zgodność rozkładu wyników z rozkładem normalnym wyłącznie w przypadku natężenia stresu ( $p > 0,05$ ). Rozkłady wyników częstości dysfunkcji seksualnych oraz czasu trwania choroby odbiegały od rozkładu normalnego ( $p > 0,05$ ). W związku z tym dalsze analizy wykonano z zastosowaniem testów nieparametrycznych.

Na potrzeby dalszych analiz podzielono badane matki pod względem natężenia stresu oraz czasu trwania choroby dziecka. Kryterium podziału stresu stanowiły normy stenowe zaproponowane przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik [15] zakładające, że wyniki w granicach 1–4 stena to wyniki niskie, w granicach 5–6 stena to wyniki przeciętne, natomiast w granicach 7–10 stena to wyniki wysokie. Strukturę natężenia stresu badanych matek przedstawiono na rycinie 4.

Kryterium podziału czasu trwania choroby dziecka stanowiła wartość mediany wynosząca 4,5 roku. Przyjęto, że wyniki poniżej wartości mediany świadczyły o zachorowaniu krótkotrwałym, a powyżej wartości mediany o zachorowaniu długotrwałym. Strukturę czasu trwania choroby dziecka przedstawiono na rycinie 5.

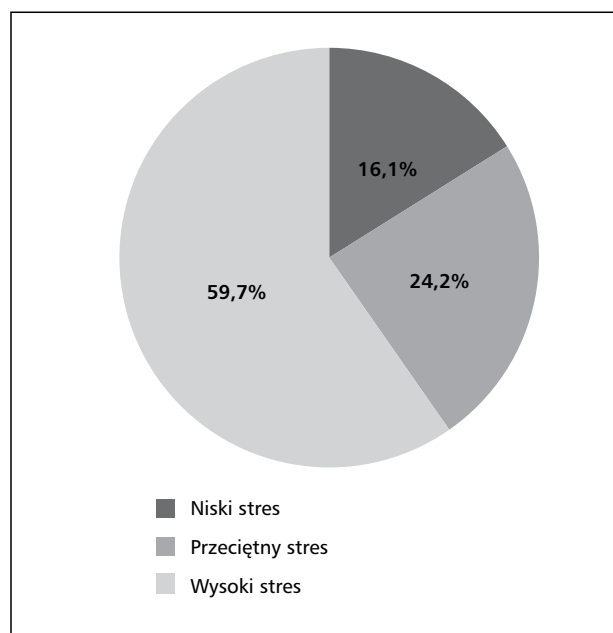
### Natężenie stresu a zaburzenia seksualne matek dzieci chorych na epilepsję

Pierwsza hipoteza badań zakładała, że osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej ujawniały objawy dysfunkcji seksualnych od matek z niższym na-

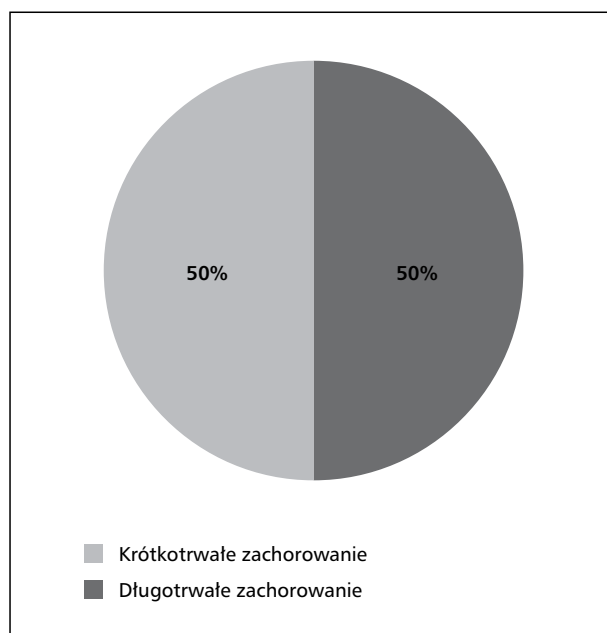
Tabela 2. Statystyki opisowe i statystyki normalności rozkładu badanych zmiennych

|                                        | n  | Min  | Max   | M     | SD   | Z    | p     |
|----------------------------------------|----|------|-------|-------|------|------|-------|
| 1. Libido                              | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,34  | 1,10 | 0,27 | 0,001 |
| 2. Potrzeba — częstość                 | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,31  | 1,21 | 0,28 | 0,001 |
| 3. Częstość orgazmu                    | 62 | 1,00 | 5,00  | 2,87  | 1,23 | 0,19 | 0,001 |
| 4. Częstość orgazmu w stosunkach       | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,10  | 1,26 | 0,20 | 0,001 |
| 5. Częstość stosunków                  | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,08  | 1,09 | 0,20 | 0,001 |
| 6. Odsetek stosunków z orgazmem        | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,61  | 1,59 | 0,31 | 0,001 |
| 7. Podniecenie przed stosunkiem        | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,11  | 1,17 | 0,21 | 0,001 |
| 8. Odczucia podczas stosunku           | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,39  | 1,38 | 0,20 | 0,001 |
| 9. Szybkość osiągania orgazmu          | 62 | 1,00 | 5,00  | 2,92  | 1,22 | 0,22 | 0,001 |
| 10. Zgranie z partnerem w orgazmie     | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,35  | 1,58 | 0,22 | 0,001 |
| 11. Nastroj przed stosunkiem           | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,40  | 1,23 | 0,27 | 0,001 |
| 12. Nastroj po stosunku                | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,45  | 1,39 | 0,23 | 0,001 |
| 13. Samoocena                          | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,24  | 1,14 | 0,31 | 0,001 |
| 14. Aktywność podczas stosunku         | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,48  | 1,28 | 0,21 | 0,001 |
| 15. Pozycje                            | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,32  | 1,14 | 0,24 | 0,001 |
| 16. Zachowanie podczas orgazmu         | 62 | 1,00 | 5,00  | 2,97  | 1,43 | 0,22 | 0,001 |
| 17. Skurcze pochwy podczas orgazmu     | 62 | 1,00 | 5,00  | 2,60  | 1,37 | 0,22 | 0,001 |
| 18. Częstość reakcji pochwy w orgazmie | 62 | 1,00 | 5,00  | 2,58  | 1,49 | 0,22 | 0,001 |
| 19. Orgazmy nocne                      | 62 | 1,00 | 5,00  | 1,98  | 1,02 | 0,24 | 0,001 |
| 20. Czas trwania zaburzeń seksualnych  | 62 | 1,00 | 5,00  | 3,08  | 1,42 | 0,23 | 0,001 |
| Natężenie stresu                       | 62 | 5,00 | 37,00 | 22,05 | 8,41 | 0,10 | 0,18  |
| Czas trwania choroby dziecka           | 63 | 0,50 | 27,00 | 7,32  | 7,00 | 0,19 | 0,001 |

Min — wartość minimalna; Max — wartość maksymalna; M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Z — statystyki testu Kolmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa; p — istotność testu



Rycina 4. Struktura natężenia stresu matek dzieci chorych na epilepsję



Rycina 5. Struktura czasu trwania choroby

tężeniem stresu. Zastosowano test  $H$  Kruskala-Wallisa do porównywania trzech grup, porównania parami wykonano testem  $U$  Manna-Whitneya dla dwóch grup. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie czternastu wymiarów zaburzeń seksualnych, w tym w zakresie chęci i potrzeby kontaktów płciowych, częstości orgazmów, częstości sto-

Tabela 3. Zależność pomiędzy natężeniem stresu a częstotliwością ujawniania objawów dysfunkcji seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

|                                        | Niski stres<br>n = 10 |      | Przeciętny stres<br>n = 15 |      | Wysoki stres<br>n = 37 |      | Porównanie parami | $\chi^2(2)$ | p     |
|----------------------------------------|-----------------------|------|----------------------------|------|------------------------|------|-------------------|-------------|-------|
|                                        | M                     | SD   | M                          | SD   | M                      | SD   |                   |             |       |
| 1. Libido                              | 3,80                  | 0,42 | 3,93                       | 0,70 | 2,97                   | 1,21 | 1, 2 > 3          | 9,32        | 0,01  |
| 2. Potrzeba — częstość                 | 3,70                  | 0,48 | 3,87                       | 0,83 | 2,97                   | 1,36 | 1, 2 > 3          | 5,64        | 0,05  |
| 3. Częstość orgazmu                    | 3,10                  | 0,99 | 3,40                       | 1,06 | 2,59                   | 1,30 | 1, 2 > 3          | 4,96        | 0,05  |
| 4. Częstość orgazmu w stosunkach       | 3,00                  | 1,15 | 3,67                       | 0,98 | 2,89                   | 1,35 |                   | 4,32        | 0,12  |
| 5. Częstość stosunków                  | 3,30                  | 0,67 | 3,60                       | 0,83 | 2,81                   | 1,20 | 1, 2 > 3          | 5,80        | 0,05  |
| 6. Odsetek stosunków z orgazmem        | 4,10                  | 1,66 | 4,47                       | 0,92 | 3,14                   | 1,64 | 1, 2 > 3          | 7,57        | 0,02  |
| 7. Podniecenie przed stosunkiem        | 3,50                  | 0,71 | 3,60                       | 1,06 | 2,81                   | 1,24 | 1, 2 > 3          | 5,95        | 0,05  |
| 8. Odczucia podczas stosunku           | 3,90                  | 1,10 | 4,27                       | 1,10 | 2,89                   | 1,35 | 1, 2 > 3          | 12,12       | 0,001 |
| 9. Szybkość osiągania orgazmu          | 3,20                  | 1,23 | 3,13                       | 0,99 | 2,76                   | 1,30 | -                 | 1,49        | 0,47  |
| 10. Zgranie z partnerem w orgazmie     | 3,70                  | 1,49 | 3,80                       | 1,42 | 3,08                   | 1,64 | -                 | 2,66        | 0,26  |
| 11. Nastroj przed stosunkiem           | 3,90                  | 0,32 | 4,00                       | 1,00 | 3,03                   | 1,34 | 1, 2 > 3          | 7,52        | 0,02  |
| 12. Nastroj po stosunku                | 4,20                  | 0,92 | 3,93                       | 1,28 | 3,05                   | 1,41 | 1, 2 > 3          | 6,75        | 0,03  |
| 13. Samoocena                          | 3,70                  | 0,67 | 3,80                       | 0,86 | 2,89                   | 1,22 | 1, 2 > 3          | 8,78        | 0,01  |
| 14. Aktywność podczas stosunku         | 4,10                  | 0,74 | 3,93                       | 1,03 | 3,14                   | 1,38 | 1, 2 > 3          | 6,23        | 0,04  |
| 15. Pozycje                            | 3,80                  | 0,92 | 3,80                       | 0,86 | 3,00                   | 1,20 | 1, 2 > 3          | 6,77        | 0,03  |
| 16. Zachowanie podczas orgazmu         | 3,30                  | 1,34 | 3,73                       | 1,03 | 2,57                   | 1,46 | 1, 2 > 3          | 7,29        | 0,03  |
| 17. Skurcze pochwy podczas orgazmu     | 3,10                  | 1,45 | 2,93                       | 1,28 | 2,32                   | 1,36 | -                 | 4,06        | 0,13  |
| 18. Częstość reakcji pochwy w orgazmie | 3,10                  | 1,45 | 3,00                       | 1,46 | 2,27                   | 1,47 | -                 | 4,16        | 0,13  |
| 19. Orgazmy nocne                      | 2,20                  | 1,03 | 2,20                       | 0,94 | 1,84                   | 1,04 | -                 | 2,81        | 0,25  |
| 20. Czas trwania zaburzeń seksualnych  | 3,80                  | 1,14 | 3,73                       | 1,10 | 2,62                   | 1,44 | 1, 2 > 3          | 9,23        | 0,01  |

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe;  $\chi^2(2)$  — statystyka testu H Kruskala-Wallis; p — istotność testu H; porównanie parami przedstawia wyniki podsumowania testu U Manna-Whitneya, gdzie 1 — niski stres; 2 — przeciętny stres; 3 — wysoki stres

sunków, odsetka stosunków z orgazmem, podniecenia przed stosunkiem, odczuć podczas stosunku, nastroju przed i po stosunku, oceny samej siebie jako partnerki seksualnej, aktywności podczas stosunku, różnorodności pozycji podczas stosunku, zachowania podczas orgazmu i czasu trwania zaburzeń seksualnych. Matki z wysokim natężeniem stresu wykazały istotnie wyższą częstotliwość występowania objawów dysfunkcji seksualnych niż matki z niskim i przeciętnym natężeniem stresu. Omówione wyniki przedstawiono na rycinie 6.

Przedstawione wyniki stanowią podstawę częściowego przyjęcia pierwszej hipotezy badań zakładającej, że osoby z wysokim natężeniem stresu będą częściej ujawniały dysfunkcje. Wniosek ten dotyczy wyłącznie matek chorych dzieci!

### Czas trwania choroby a zaburzenia seksualne matek dzieci chorych na epilepsję

Druga hipoteza badań zakładała, że rodzice dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych niż rodzice dzieci krótkotrwale chorych na padaczkę. Zastosowano test

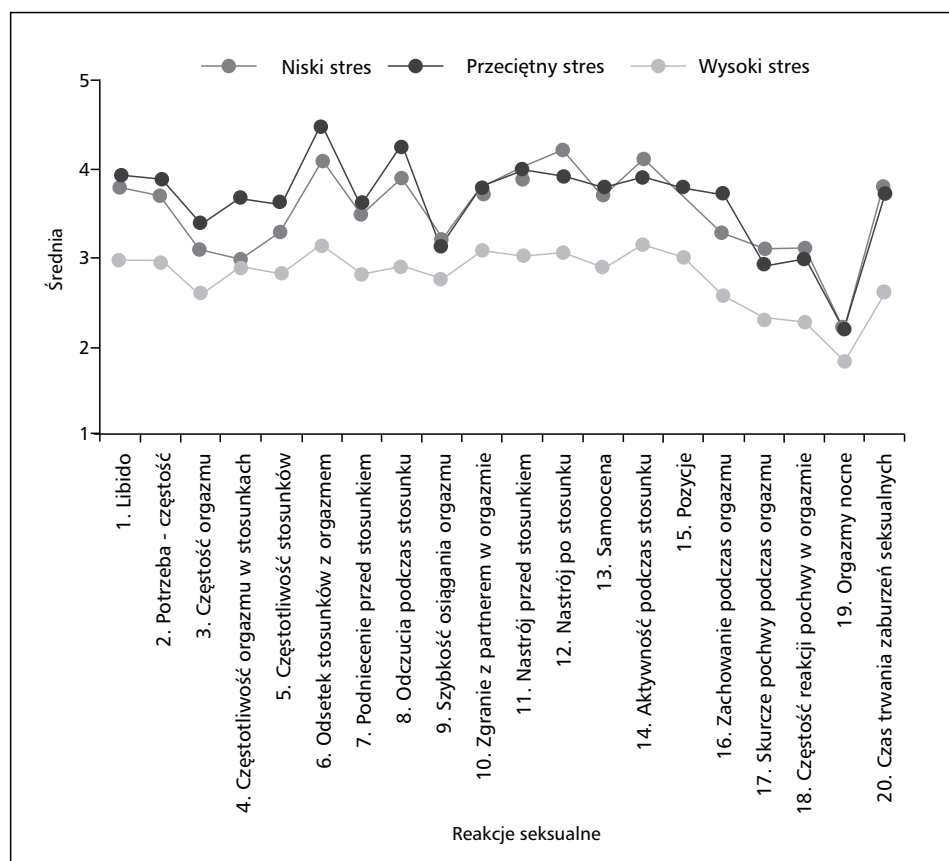
U Manna-Whitneya dla dwóch grup. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie sześciu wymiarów zaburzeń seksualnych, w tym w zakresie chęci kontaktów płciowych, częstości stosunków, szybkości osiągania orgazmu, nastroju przed i po stosunku oraz częstości orgazmów nocny. Matki dzieci krótkotrwale chorych wykazały istotnie wyższą częstotliwość objawów dysfunkcji seksualnych niż matki dzieci długotrwale chorych. Omówione wyniki przedstawiono na rycinie 7.

Przedstawione wyniki stanowią podstawę częściowego odrzucenia drugiej hipotezy badań zakładającej, że rodzice dzieci długotrwale chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych. Wyniki badania dotyczą wyłącznie matek dzieci chorych na padaczkę! Zaobserwowano natomiast odwrotną od zakładanej zależność — im dłuższy czas mijał od zdiagnozowania choroby u dziecka, tym matki rzadziej ujawniały dysfunkcje w obszarze seksualności.

### Wnioski

Niniejsza praca miała na celu analizę roli stresu w zaburzeniach seksualnych, na przykładzie stresu

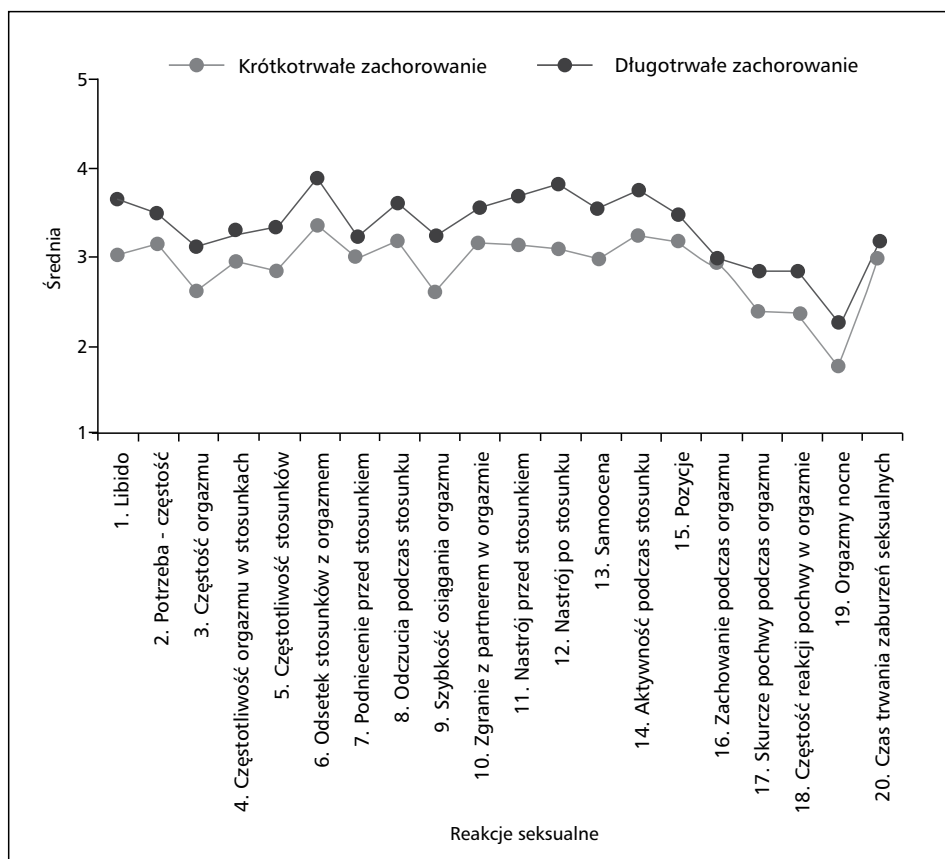


Rycina 6. Zależność pomiędzy natężeniem stresu a częstotliwością objawów dysfunkcji seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

Tabela 4. Zależność pomiędzy czasem trwania choroby dziecka a częstotliwością zaburzeń seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

|                                        | Krótkotrwałe zachorowanie<br>n = 31 |      | Długotrwałe zachorowanie<br>n = 31 |      | U      | p    |
|----------------------------------------|-------------------------------------|------|------------------------------------|------|--------|------|
|                                        | M                                   | SD   | M                                  | SD   |        |      |
| 1. Libido                              | 3,03                                | 1,17 | 3,65                               | 0,95 | 334,50 | 0,03 |
| 2. Potrzeba — częstość                 | 3,13                                | 1,43 | 3,48                               | 0,93 | 426,00 | 0,42 |
| 3. Częstość orgazmu                    | 2,61                                | 1,38 | 3,13                               | 1,02 | 361,50 | 0,08 |
| 4. Częstość orgazmu w stosunkach       | 2,94                                | 1,36 | 3,26                               | 1,15 | 428,50 | 0,45 |
| 5. Częstość stosunków                  | 2,84                                | 1,27 | 3,32                               | 0,83 | 356,50 | 0,05 |
| 6. Odsetek stosunków z orgazmem        | 3,35                                | 1,64 | 3,87                               | 1,52 | 394,00 | 0,19 |
| 7. Podniecenie przed stosunkiem        | 3,00                                | 1,29 | 3,23                               | 1,06 | 431,00 | 0,47 |
| 8. Odczucia podczas stosunku           | 3,19                                | 1,49 | 3,58                               | 1,26 | 404,00 | 0,27 |
| 9. Szybkość osiągnięcia orgazmu        | 2,61                                | 1,28 | 3,23                               | 1,09 | 343,00 | 0,04 |
| 10. Zgranie z partnerem w orgazmie     | 3,16                                | 1,75 | 3,55                               | 1,39 | 434,50 | 0,50 |
| 11. Nastrój przed stosunkiem           | 3,13                                | 1,28 | 3,68                               | 1,14 | 365,50 | 0,04 |
| 12. Nastrój po stosunku                | 3,10                                | 1,35 | 3,81                               | 1,35 | 330,50 | 0,03 |
| 13. Samoocena                          | 2,97                                | 1,35 | 3,52                               | 0,81 | 375,00 | 0,11 |
| 14. Aktywność podczas stosunku         | 3,23                                | 1,26 | 3,74                               | 1,26 | 363,50 | 0,09 |
| 15. Pozycje                            | 3,16                                | 1,21 | 3,48                               | 1,06 | 406,50 | 0,28 |
| 16. Zachowanie podczas orgazmu         | 2,94                                | 1,50 | 3,00                               | 1,37 | 476,50 | 0,95 |
| 17. Skurcze pochwy podczas orgazmu     | 2,39                                | 1,41 | 2,81                               | 1,33 | 395,50 | 0,21 |
| 18. Częstość reakcji pochwy w orgazmie | 2,35                                | 1,54 | 2,81                               | 1,42 | 384,50 | 0,16 |
| 19. Orgazmy nocne                      | 1,74                                | 1,06 | 2,23                               | 0,92 | 324,50 | 0,02 |
| 20. Czas trwania zaburzeń seksualnych  | 3,00                                | 1,51 | 3,16                               | 1,34 | 454,00 | 0,70 |

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; U — statystyka testu U Manna-Whitneya; p — istotność testu U



Rycina 7. Zależność pomiędzy czasem trwania choroby dziecka a częstotliwością zaburzeń seksualnych matek dzieci chorych na epilepsję

rodzicielskiego w rodzinach z co najmniej jednym dzieckiem chorym na epilepsję. Jest to choroba, którą można ujmować w kategoriach wydarzenia traumatycznego. Powoduje zmianę dotychczasowego funkcjonowania członków rodziny, wynikającą z utraty kontroli i realnego zagrożenia życia. W efekcie pojawiają się silne negatywne emocje, jak na przykład lęk, przerażenie czy bezradność. Proces leczenia (hospitalizacje, diagnozowanie, efekty uboczne leczenia farmakologicznego itp.) oraz zmianę sytuacji materialnej i zawodowej, należy traktować jako bodźce stresogenne [8].

W badanej populacji zaobserwowano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie czternastu wymiarów zaburzeń seksualnych, w tym w zakresie chęci i potrzeby kontaktów płciowych, częstości orgazmów, częstości stosunków, odsetka stosunków z orgazmem, podniecenia przed stosunkiem, odczuć podczas stosunku, nastroju przed i po stosunku, oceny samej siebie jako partnerki seksualnej, aktywności podczas stosunku, różnorodności pozycji podczas stosunku, zachowania podczas orgazmu i czasu trwania zaburzeń seksualnych. W pozostałych sześciu wymiarach natężenie strasu nie stanowiło czynnika różnicującego. W ocenie globalnej wyniki badań potwierdziły jednak pierwszą hipotezę, ale wyłącznie w odniesieniu do matek chorych dzieci.

Drugie założenie zakładało, że rodzice dzieci długotrwałe chorych na padaczkę będą częściej ujawniali objawy dysfunkcji seksualnych niż rodzice dzieci krótkotrwałe chorych na padaczkę. Według literatury sama epilepsja posiada już charakter przewlekły, gdyż jej leczenie polega na długim okresie oraz powolnych postępach (*World Health Organization*, 2009) [16]. Na potrzeby niniejszej pracy ustalono kryterium podziału grupy, ze względu na czas trwania choroby dziecka. Przyjęto wartość mediany wynoszącej 4,5 roku. Pozwoliło to na podzielenie grupy na dwie równoliczne grupy. Zatem wyniki poniżej wartości mediany świadczyły o zachorowaniu krótkotrwałym, a powyżej wartości mediany o zachorowaniu długotrwałym. Formułując drugą hipotezę, kierowano się dwoma założeniami. Po pierwsze doświadczanie stresu jest procesem, w którego przebiegu następują po sobie 3 fazy. Fazy te nazwane są przez Selye kolejno reakcją alarmową, stadium odporności, stadium wyczerpania. Po drugie, epilepsja dziecka kreuje ciąg krytycznych wydarzeń, które powodują przewlekły stres u rodziców prowadzący do wyczerpania organizmu. Zgromadzony materiał stanowi podstawę odrzucenia drugiej hipotezy badań. W badanej populacji natomiast obserwuje się odwrotną od zakładanej zależność — im dłuższy czas mijał od zdiagnozowania choroby u dziecka, tym matki rzadziej

przejawiały zaburzenia seksualne. Matki dzieci krótkotrwale chorych wykazały istotnie wyższą częstotliwość występowania objawów dysfunkcji seksualnych niż matki dzieci długotrwale chorych, w zakresie sześciu wymiarów zaburzeń seksualnych, tj. chęci kontaktów płciowych, częstości stosunków, szybkości osiągnięcia orgazmu, nastroju przed i po stosunku oraz częstości orgazmów nocny. Powyższe wyniki badań sugerują zatem, że następuje adaptacja do zmienionej sytuacji życiowej. Jest to wniosek zgodny z badaniami Tedeschi i Calhoun w 1996 roku opisanymi przez Ogińską-Bulik (2010) [17], którzy wprowadzili pojęcie potraumatycznego rozwoju. Pojęcie to definiowane jest jako wynik wielu prób poradzenia sobie z sytuacją stresową, jakie podejmują osoby doświadczające wydarzeń krytycznych. Objawia się ono w trzech obszarach, tj. zmiana postrzegania siebie, dotychczasowych relacji z innymi oraz zmiana w filozofii życiowej.

Wnioski z powyższych badań dotyczą jednak wyłącznie matek chorych dzieci, nie mogą być uogólnione na rodziców, gdyż ojcowie nie stanowili grupy badawczej. W przyszłości warto byłoby rozszerzyć badania właśnie o grupę ojców, którzy zmagają się z chorobą swoich dzieci.

## Piśmiennictwo:

1. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
2. Selye H. Stres okiełznany. PZWL, Warszawa 1978.
3. Terelak J. Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001.
4. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. In: Obuchowska I. ed. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1999.
5. Heszen I. Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
6. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. GWP, Gdańsk 2005.
7. Łosiak W. Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Łośgraf, Warszawa 2008.
8. Józwiak S, Kotulska K. Padaczka. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 11–18.
9. Kędziora S. Wpływ przewlekłej choroby dziecka na funkcjonowanie rodziny. Nauczyciel i Szkoła. 2007(3-4): 57–66.
10. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. In: Obuchowska I. ed. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1999: Warszawa.
11. Rozenek H, Owczarek K. „Padaczka u dziecka i jej wpływ na wybrane aspekty funkcjonowania rodziny” Vol. Neurologia Dziecięca. 2008; 17(34).
12. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i postraumatyczny wzrost. Psychiatria. 2012; 9.
13. Lew-Starowicz Z. O seksie, partnerstwie i obyczajach. Wydawnictwo Współczesne, Warszawa 1988.
14. Lew-Starowicz Z. Raport seksualności Polaków 2002. SMG/KRC, Warszawa 2002.
15. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
16. World Health Organization (2009). [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases](http://www.who.int/topics/chronic_diseases).
17. Ogińska-Bulik N. Postraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej -rola prężności. Polskie Forum Psychologiczne. 2010; 15(2): 125–136.



# Seks-roboty w Chinach. Rozwój technologii a moralność społeczeństwa

Sex robots in China. The development of technology facing the society's morals

Katarzyna Zakliczyńska

Zakład Sinologii, Wydział Orientalistyczny Uniwersytetu Warszawskiego

## Streszczenie

*W pracy przedstawiono problematykę seks-robotów i perspektywy, jakie stoją przed rozwojem podobnej technologii w Chińskiej Republice Ludowej. Aby dokonać analizy wskazanego dylematu, autorka przedstawia doniesienia medialne dotyczące powstania i rozwoju rynku seks-robotów. W pracy przywołano założenia związane z zagadnieniem miłości obecne u współczesnych filozofów zachodnich. Są one porównywane z przewidywaniami i teoriami ukazanymi w pracach na temat relacji intymnych z podmiotami sztucznymi. By zbadać możliwe nastawienie do seks-robotów we współczesnej ChRL, autorka odwołuje się do klasycznych chińskich tekstów konfucjańskich, buddyjskich i taoistycznych, a także współczesnych badań seksuologicznych przeprowadzanych w ChRL. W podsumowaniu znajdują się wnioski wyciągnięte na podstawie obserwacji i interpretacji przedstawionych tekstów, podjęta jest również próba zobrazowania możliwego nastawienia Chińczyków do rozwoju technologii seks-robotów w przyszłości.*

**Słowa kluczowe:** seks, seksuologia, seks-roboty, Chiny, miłość, etyka, problemy etyczne, podmiotowość

*Seksuologia Polska 2019; 17: 75–83*

## Abstract

*The article presents a look at the issues of sex robots and the prospects on the development of this technology in the People's Republic of China. To analyze the given dilemma, the author presents media reports about the creation and expansion of the sex robot market. The paper introduces premises related to the issue of love present in contemporary Western philosophy. Ideas shown are later compared with predictions and theories shown in works on intimate relationships with artificial entities. To examine the possible attitude towards sex robots in the contemporary PRC, the author refers to classic Chinese Confucian, Buddhist and Taoist texts, as well as contemporary sexological research conducted in the PRC. The summary contains conclusions drawn on the basis of observation and interpretation of the presented texts, as well as an attempt to illustrate the possible attitude of the Chinese to the development of sex robot technology in the future.*

**Key words:** sex, sexology, sex-robots, China, love, ethics, ethical issues, personhood

*Seksuologia Polska 2019; 17: 75–83*

## Wstęp

Od kilku lat media masowe regularnie biją na alarm, wieszcząc nadejście seks-robotów. Autorzy publikacji w popularnych internetowych tabloidach często starają się uwydatnić perwersyjność, a wręcz niehumanizm tworzenia i korzystania z takich urządzeń.

Podobne artykuły często nie ograniczają się do samego przekazu informacji, ale również podejmują się osądów moralnych. Dyskusja na ten temat jest niezwykle chętnie podejmowana przez rzeszę komentujących internautów wyrażających swoje bardzo pozytywne bądź bardzo krytyczne opinie. Jeszcze większe oburzenie zdają się wzbudzać doniesienia [1], mówiące o po-

Adres do korespondencji: Katarzyna Zakliczyńska

Meksykańska 8/65, 03–948 Warszawa

Tel.: +48 506 032 507

e-mail: k.zakliczynska@student.uw.edu.pl

Nadesłano: 10.09.2019

Przyjęto do druku: 10.10.2019

dobnej technologii produkowanej w Chinach. Czemu właśnie Chiny wzbudzają takie oburzenie? Być może wynika to z potrzeby odsunięcia się od niezręcznego i trudnego moralnie problemu, jakim są seks-roboty. Być może jest to chęć jeszcze większej orientalizacji krajów dalekiego wschodu. Czy nie łatwiej przypisać te niepokojące i dziwne urządzenia wyobraźni mieszkańców egzotycznych krajów jak chociażby Chiny? Od dawna burzliwą dyskusję wywołują przecież seks-lalki produkowane i użytkowane w Japonii. Z perspektywy europocentrycznej często mówi się o wynaturzonych i perwersyjnych nawykach [2–4] jakoby bezustannie spotykanych w społeczeństwach dalekowschodnich. Warto zastanowić się, czy poza głęboko zakorzenionymi stereotypami są ku temu jakieś powody i czy seks-roboty mają szansę przyjąć się lepiej w Chinach oraz co mogłoby się kryć za takim zjawiskiem.

W sieci publikowanych jest wiele artykułów dość po-bieżnie analizujących zjawisko seks-robotów, podobne publikacje często stanowczo zajmują jednoznaczne stanowisko w moralnym konflikcie o słuszność wykorzystania i produkcji tego typu urządzeń. Tabloidy wydają się często ostracyzować zjawisko, czy to na potrzeby stworzenia przyciągającego uwagę czytelnika tytułu, czy to faktycznie starając się wprowadzić pewien rodzaj komentarza. Wśród rzeczonych nagłówek znajdując się chociażby takie jak: „Inside China’s disturbing sex robot factory where perverts can order custom AI dolls the size of children” [1] opublikowany w dzienniku Daily Mail; „Inside Chinese sex robot lab mass producing ‘affordable’ cyborgs to dominate global market” [5] dziennika „Daily Star”; „‘Hello baby, I’m Lucy’: Inside China’s disturbing sex robot factory where perverts can order custom ‘child-sized’ AI dolls” [6] w witrynie należącej do dziennika „Mirror”. Artykuły o znacznie łagodniejszym profilu pojawiają się jednak w mediach zachodnio-azjatyckich, jak chociażby w liberalnym „South China Morning Post” — „Sex and robots: How mechanical dolls may press all the right buttons for lonesome guys” [7] — czy w angielsko-chińskim czasopiśmie „Asia Times”: „For the love of technology! Sex robots and virtual reality” [8].

Coraz częściej mówi się także o zjawisku digiseksualności [9] czy seksualności cyfrowej (*digital sexuality*). Zjawisko to odnosi się w dużej mierze do nawiązywania relacji intymnych i kontaktów seksualnych między ludźmi za pomocą nowoczesnych technologii, z naciskiem na programy komputerowe i połączone z Internetem aplikacje i portale, takie jak chociażby Tinder (utworzony w 2012 roku internetowy portal randkowy dedykowany na urządzenia mobilne, korzystający z usług lokalizacyjnych) [10]. W kulturze popularnej kojarzony jest przede wszystkim jako platforma umożliwiająca

spotkania o charakterze seksualnym. Specjaliści zajmujący się digiseksualnością badają przede wszystkim wpływ medium technologicznego na podtrzymywanie, a także tworzenie nowych relacji. Pojawiają się również dyskusje na temat uczuć romantycznych wobec bytów wirtualnych, choć nieucieleśnionych. W zakresie analiz tej dziedziny powinny też wchodzić badania nad seks-robotami. Seksuologowie i psychologowie zajmujący się digiseksualnością nie podjęli jeszcze na ten temat intensywnej rozmowy, aczkolwiek z miesiąca na miesiąc można usłyszeć o nowych wypowiedziach specjalistów ze świata akademickiego. Dziedziny te o dziwo są o wiele mniej zaangażowane w tematykę seks-robotów niż filozofia, a zwłaszcza etyka. Dotychczasowe dyskursy psychologiczny i seksuologiczny skupiały się na wykorzystaniu robotów w terapii [11]. Na prace dokładniej analizujące sztuczne podmioty w relacjach intymnych, które mogłyby udzielić komentarza do rozwijającego się zjawiska seks-robotów, należy jeszcze poczekać.

Autorka niniejszej pracy przygląda się seks-robotom jako technologii, z którą nigdy nie mieliśmy do czynienia. Omawiana problematyka jest bardzo szeroka i dotyka wielu kluczowych dla kultur świata kwestii, dlatego w niniejszej poddano analizie aspekt miłości i tworzenia związku z perspektywy filozofii zachodniej i współczesnego spojrzenia na problematykę relacji z podmiotami sztucznymi. Zgromadzono poglądy specjalistów na temat konsekwencji, jakie ta technologia może ze sobą nieść, a także przeprowadzono analizę tekstów filozoficznych dotyczących problemów miłości i relacji intymnych, by móc rozważyć możliwość nawiązywania podobnych związków z robotami. Następnie zostaną wprowadzone zagadnienia związane z seksualnością obecne w tradycyjnej chińskiej myśli filozoficznej i porównane z badaniami seksuologicznymi przeprowadzonymi w współczesnych Chinach. W podsumowaniu znajdują się wnioski z przeprowadzonych analiz i próba odpowiedzi na pytanie, czy seks-roboty mają szansę cieszyć się powodzeniem w Chinach.

## Seks-roboty

Na potrzeby pracy przyjęto podaną przez Johna Danahera definicję, według której seks-robot to sztuczna jednostka stworzona do celów seksualnych, która posiada humanoidalną budowę, zachowanie i ruch podobny do ludzkiego oraz w pewnym stopniu działa na podstawie sztucznej inteligencji [12]. Tekst będzie się odnosił jedynie do robotów skonstruowanych z myślą o mężczyznach na podobieństwo kobiecego ciała. Roboty naśladujące męską anatomię nadal

stanowią rzadkość, jest na nie mniejszy popyt, a kwestia różnic w potrzebach i celach, jakie w korzystaniu z seks-robotów mają kobiety to osobny problem, który wymaga odrębnej analizy. Definicja Danahera [12] wyklucza z dyskusji proste i pozbawione wyrafinowanej technologii lalki, a także nieprzypominające całego ludzkiego ciała akcesoria, z którymi nie wiążą się tak poważne pytania etyczne. Roboty, o których mowa, są obecne w kulturze już od jakiegoś czasu [13], nadal jednak wydają się jedynie elementem fikcyjnych światów. Mimo to powoli przenikają do rzeczywistości.

Z pierwszym widocznym odzewem w mediach spotkała się stworzona przez Douglasa Hinesa Roxxy [14] — jeden z pierwszych seks-robotów o jakich usłyszał świat. Roxxy została zaprezentowana po raz pierwszy w 2010 roku podczas targów Adult Entertainment Expo, oferowała 5 różnych osobowości, z których każda mogła ulegać dalszej modyfikacji pod wpływem wyborów i zachowań użytkownika. Użytkownik mógł także wprowadzać swoje upodobania na stronie internetowej producenta i później wprowadzić je bezpośrednio do własnego robota. Poza walorami charakteru kupujący mogli wybierać spośród przeróżnych rozmiarów i kształtów części ciała. Podczas premiery Roxxy zapowiedziano także jej męskiego odpowiednika nazwanego Rocky, słuch o projekcie jednak zaginął. Od tego czasu na rynku pojawiło się sporo innych producentów oferujących podobne produkty, a wiele przedsiębiorstw podejmujących się takich projektów to firmy z Chin. W gęsto zaludnionych skupiskach przemysłu wysokich technologii powstają takie przedsiębiorstwa, jak szanghajskie Hitdoll, kantońskie Shenzhen Atall Intelligent Robot Technology czy pochodzące z północnego miasta Dalian Exdoll. Poza szeroką gamą możliwych opcji personalizacji fizycznych aspektów robotów, implementowane algorytmy pozwalają na analizę zachowania właściciela i proste rozmowy, a kolejne roboty są reklamowane jako jeszcze bardziej realistyczne i jeszcze bardziej modyfikowalne. Z każdym nowym modelem widać postęp zarówno w aspekcie informatycznym, jak i w fizycznym wykonaniu. Seks-roboty faktycznie coraz bardziej przypominają ludzi, chociaż, jak mówią sami producenci niektórych z nich [15], minie jeszcze dużo czasu, zanim będziemy mogli z nimi przeprowadzić w pełni inteligentną rozmowę. Media donoszą jednak o coraz nowszych modelach, widać więc, że pomimo niedoskonałości, popyt na podobne produkty rośnie, a technologia nie przestaje się rozwijać i doskonalić — czy to w zakresie rozmów i charakteru, czy w aspekcie mechaniczno-fizycznym.

## Możliwe konsekwencje używania seks-robotów dla społeczeństwa i kultury

Pojawienie się nowego, nieznanego jeszcze elementu w życiu intymnym może prowadzić do wielu zmian

i wahań w dotychczasowej równowadze zarówno pojedynczych związków, jak i całych społeczeństw. Głosy takie pojawiają się wśród etyków i badaczy relacji z robotami. Największy ruch przeciw produkcji i użytkowaniu seks-robotów *Campaign Against Sex Robots* działa pod przywództwem prof. Kathleen Richardson z Uniwersytetu De Montfort. Prowadzona przez Richardson kampania postuluje wstrzymanie rozwijania technologii seks-robotów ze względu na możliwe uprzedmiotowienie kobiet i dzieci, wzmocnienie istniejących już nierówności, zmniejszenie poziomu empatii i powielanie wzorców prostytucji [16]. Podobny pogląd podzieliła także Marianne Brandon podczas prezentacji wskazującej, że przynajmniej w Stanach Zjednoczonych można spodziewać się legalizacji seks-robotów jako narzędzi terapeutycznych dla pacjentów z dysfunkcjami seksualnymi [9]. Niektórzy badacze twierdzą natomiast, że wprowadzenie do użytku codziennego seks-robotów spowoduje efekty wręcz przeciwne. David Levy w swojej pracy „Love and Sex with Robots” [17] twierdzi, że już w 2050 roku [18] stosunki płciowe z robotami będą zupełnie powszechne i uznawane za normalne. Ponadto uważa, że interakcja ze sztucznymi podmiotami może rozwiązać problemy, takie jak chociażby prostytucja. Te dwa sporne poglądy uwydatnia także prowadzony przez Noela Sharkeya raport Fundacji „Responsible Robotics” [19]. Opublikowana w 2017 roku praca zbiorowa uwzględnia poglądy czołowych naukowców związanych z etyką robotyki i sztucznej inteligencji, bazuje jednak jedynie na wzorcach kulturowo-społecznych świata zachodniego. Na podstawie przeprowadzonej dyskusji grupa badaczy stwierdziła między innymi, że rynek robotów skierowanych do męskich odbiorców będzie kontynuował swój rozwój. Zebrani nie osiągnęli jednak konsensusu co do przewidywanych konsekwencji dla kultury i społeczeństwa, które miałyby płynąć z wprowadzenia seks-robotów do życia codziennego. Kwestia ta wydaje się tak złożona, że prognostyczna ekspertyza może nie wystarczyć odpowiedniemu zrozumieniu całego problemu. Seks-roboty są czymś niepoznanym, z czym ludzkość nie miała do tej pory do czynienia. Badacze pozostają więc w sferze dyskusji, przewidywań i oczekiwania.

## Roboty a relacje intymne

Poza wieloma słowami sprzeciwu uwzględniającymi możliwe zmiany społeczne, znaczącą rolę w dyskusji stanowi problem etyczny ewentualnych związków z seks-robotami. Na podstawie tradycji i uwarunkowań kulturowych można przyrzeć się możliwej perspektywie lepszego bądź gorszego przyjęcia się seks-robotów jako podmiotów w związkach romantycznym lub ero-

tycznym. Czym jest dla człowieka seks-robot i jaki jest cel jego użycia? Towarzystwem czy narzędziem? Czy w użytkowaniu chodzi o spełnienie potrzeb seksualnych czy o wypełniającą samotność kompanię? Powróciło także od dawna zajmujące etyków pytanie o podmiotowość robotów. Czy powinniśmy je traktować jak ludzi, jak innego rodzaju podmioty, czy może jednak jak przedmioty? Czy powinniśmy nadać im prawa? Czym dla nas są? Odpowiedzi są trudne i niejednoznaczne, a wątpliwości wciąż się mnożą.

Żeby się zastanowić nad możliwym nawiązywaniem relacji intymnych i związków romantycznych z robotami, należy najpierw przeanalizować, co leży u etycznej podstawy związku. Intuicyjnie można powiedzieć, że udany związek zależy od miłości. Skąd jednak się ona bierze i co ją wywołuje? Według Frankfurta [20] miłość do innej osoby sama w sobie jest źródłem wszystkich powodów, dla których kochamy innych. Bierze się z uznania dla drugiej osoby, z poczucia wartości osoby kochanej. Nie musi być jednak tak w każdym przypadku. Frankfurt zauważa, że można kochać osoby, które wydają się nam zupełnie złe w sensie moralnym. Stwierdza, że to, co kochamy, zyskuje dla nas wartość ze względu na to, że darzymy ten podmiot miłością. Sama miłość staje się obiektem wartościowym, godnym podtrzymywania uczucia. Velleman proponował, aby za elementy wywołujące w ludziach uczucia do drugiej strony uznać pewne racjonalne cechy i zdolność dokonywania sądów. Kolodny [21] krytykuje ten pomysł, zauważając, że w tak wykalkulowanym, kantowskim podejściu można by dojść do wniosku, że osoba kochająca pewną jednostkę zadowolony się w pełni jakkolwiek inną jednostką posiadającą ten sam zestaw cech, co jednostka, którą kochała pierwotnie. Wprowadzając teorię związków, stwierdza jednak, że miłość bierze się z samego związku właśnie, a więc wzajemnej relacji dwóch świadomych podmiotów. Każdy z powyższych myślicieli opisywał miłość, bazując na założeniu, że pojawia się między ludźmi. Kolodny, opierając się na analizie języka, zaznacza jednak, że zdanie o kochaniu jakiegoś podmiotu nieludzkiego lub przedmiotu nie jest fałszywe. Wydaje się więc, że filozoficznie można założyć możliwość darzenia sztucznego podmiotu uczuciem, jest to jednak uczucie niepełne. W przypadku teorii związków Kolodnego kluczowy jest element relacji międzyludzkiej prowadzonej z obu stron. Frankfurt również zwraca uwagę na ważny element opiekuńczości i uznania dla działań podmiotu obdarzonego miłością. Są to, jak na razie, warunki niemożliwe do spełnienia dla robotów i sztucznej inteligencji. Jednostki sztuczne mogą symulować i prowadzić projekcje uczuć zgodnie z zadanymi im komendami, jednak już podstawowy problem niezrozumienia dla semantyki absolutnie wy-

klucza je z możliwości udziału w świadomym związku o jakimkolwiek charakterze, a więc i romantycznym. Kwestia tego, jak ta jednostronna miłość miałaby wyglądać ze strony użytkownika robota, pozostaje problemem do osądu psychologów czy też specjalistów związanych z seksualnością cyfrową. Obecny stan badań nie pozwala jednak odnieść się do podobnego zagadnienia, natomiast jest ono obecne w kulturze. Przykład takiej relacji pokazano chociażby w filmie Spike'a Jonzego „Ona” z 2013 roku, gdzie zarysowano charakter kontaktów i współżycia między mężczyzną a systemem operacyjnym.

W myśleniu o sztucznym podmiocie jako o partnerze w romantycznym związku pojawia się także kontrowersyjny problem własności i niezależności. Użytkownik seks-roboty jest równocześnie jego właścicielem. W zdrowych relacjach międzyludzkich nie zachodzi relacja właściciel — posiadany, więc jeśli uznać robota za osobny podmiot, ze względu na pewien stopień autonomii (zapewniony oczywiście w ramach danej sieci neuronowej), sytuacja staje się dość kłopotliwa etycznie. Jesteśmy przyzwyczajeni do przypisywania zwierzętom, a zwłaszcza ssakom, pewnego ograniczonego statusu moralnego [22]. Zwierzęta odczuwają ból i przyjemność, skupiają się na dążeniu do komfortu i podejmują decyzje pozwalające im na przetrwanie. Robot wyposażony w sztuczną inteligencję również ma przed sobą pewien zakres decyzyjny, w ramach którego może poruszać się zgodnie z własnym osądem, możliwym czasami do zmodyfikowania przez ustalenie pewnych warunków dla sieci neuronowej, z której korzysta. Czy moralne jest więc posiadanie na własność tego typu podmiotu, a co więcej, wykorzystywanie go w celach seksualnych? Z pewnością zależy od osobistego odbioru i systemu wartości. Czy relacja oparta na własności i podległości jest moralna dla człowieka? Czy, wreszcie, jest to szkodliwe z psychologicznego punktu widzenia? To pytania, na które jeszcze nie ma bądź nigdy nie będzie poprawnej odpowiedzi.

## Seksualność w Chinach

### Tradycyjne wartości i nurty myślowe

U podstaw tradycyjnych wartości etycznych Chin stoją oczywiście zupełnie inne źródła kulturowe niż w przypadku cywilizacji zachodniej. Wśród współczesnych badaczy najszerzej przyjmuje się tezę o chińskiej filozofii (skupionej zresztą w dużej mierze wokół problematyki moralnej właśnie), jako amalgamacie nauk konfucjańskich, taoizmu i buddyzmu [23]. Należy od razu zaznaczyć, że całość chińskiej myśli filozoficznej jest wyraźnie oparta na poczuciu grupy i dynamice społeczeństwa, w przeciwieństwie do filozofii zachod-

niej, która na swój temat zazwyczaj wybiera jednostkę i związaną z nią problematykę. Myśl chińska nie będzie się więc skupiać na relacjach między pojedynczymi ludźmi, a raczej systemie zależności i zachowań ogółu, które mają rzutować na każdą kolejną osobę tworzącą społeczność [24]. Wśród tych trzech szkół konfucjanizm wydaje się najwyraźniej nakreślać zasady etyki. Wartości omawiane w konfucjańskim czteroksięgu [25] były przez wieki powtarzane i komentowane przez kolejnych uczonych, ewoluowały w ramach kolejnych nurtów filozoficznych, tworzyły szkoły pochodne i synkretyczne [25]. Taoizm filozoficzny stał się natomiast podstawą dla taoizmu religijnego i wraz z przybyłym później buddyzmem zajął ważną rolę w kształtowaniu życia duchowego ludu Chin. W ciągu wieków można było obserwować zmiany w proporcjach sił tych trzech ideologii, co zależało przede wszystkim od pozostającej u władzy dynastii. Oprócz regulowania zasad etykiety i relacji społecznych wszystkie trzy nurty poruszały także problematykę życia w związku, która bezpośrednio wiąże się z wartościami rodzinnymi, których zrozumienie jest kluczowe do pojęcia pewnej dynamiki mającej miejsce w społeczeństwie chińskim po dziś dzień.

Konfucjusz pochwalał wstrzemięźliwość i przypisywał aktywności seksualnej jedynie rolę pronatalistyczną. Funkcja kobiety w relacji seksualnej sprowadzała się tylko do wydawania potomstwa, a sam seks nie powinien był nigdy służyć celom innym niż rozrodczość. Zachowanie podobnej czystości było jedną z cech 君子 (*junzi*) — człowieka doskonałego moralnie, wypełniającego wszystkie cnoty konfucjańskie [26] (takie jak choćby posłuszeństwo synowska czy sprawiedliwość) — ideału, do którego każdy powinien dążyć. Konfucjusz mówi: „za młodu, gdy jego (*junzi*) wigor nie osiągnął swej pełni, powinien wystrzegać się lubieżności” [27]. Kobiety w etycznej teorii konfucjanizmu pełniły tylko rolę środka do celu, a w życiu kierować musiały się zawsze zasadami „三从四德” (*sancong side*) — trzech posłuszeństw i czterech cnót mówiących o subordynacji w stosunku do ojca, męża i syna oraz o cnotach etykiety i sposobu wypowiedzania się w małżeństwie, pięknego wyglądu i prac domowych. Kobieta w filozofii konfucjańskiej jest więc podległym, zależnym elementem rodziny, niezbędnym trybikiem koniecznym do funkcjonowania społeczeństwa. Poza ustaleniem koniecznych dla funkcjonowania rodziny wartości i zależności Konfucjusz nie skupia się na miłości jako takiej — w tak zbudowanym systemie moralnym może się ona jawić jako coś niepragmatycznego, nienamacalnego i przede wszystkim indywidualnego. Seks pojawia się jednak chociażby w rozmyślaniach Gaozi [28], krytykowanych w klasycznym dziele Mencjusz. Gaozi uważał, że natura ludzka jest neutralna i należą do niej odżywianie się i seks.

Nie poddawał więc czynności seksualnych osobnemu osądowi moralnemu czy też kategoryzacji i przypisaniu jakiejś funkcji. Podczas rozwoju wieloletniej tradycji komentowania wzajemnych pomysłów w ramach szkoły konfucjańskiej powstało wiele różnych teorii na temat i natury ludzkiej, jednak próby definicji, takie jak pogląd Gaozi, nie przetrwały w dyskursie i znamy je jedynie z tekstów krytycznych, takich jak właśnie Mencjusz.

Tradycyjny taoizm filozoficzny, opierający się między innymi na koncepcji 太極 (*taiji*), znanej na zachodzie bliżej jako 阴阳 (*yin i yang*), zdaje się przychylniej patrzeć na kobiety. Stawia je w pozycji sypialnianych mistrzyń [29, 30] przekazujących bezcenną, przypisaną jedynie kobietom, energię 阴 (*yin*) [31]. W celu osiągnięcia koniecznej dla dobrego życia równowagi między energią *yin* i *yang* mężczyzna tę pierwszą pobierać musi przez stosunki seksualne z przedstawicielkami płci przeciwnej. Taoistyczny obraz kobiety przewodniczki po świecie erotyki mógł się przedostać do zachodniego postrzegania ze względu na atrakcyjną egzotyczność i wrażenie uznania dla kobiet [32], można jednak zaryzykować stwierdzenie, że podobnie jak w przypadku zasad konfucjańskich, rola kobiety jest tu czysto utylitarna. Zadaniem kobiet było bowiem wzbudzenie jak największej przyjemności u mężczyzny, równocześnie nie pozwalając na jego orgazm. Im więcej jednak przyjemności mężczyzna sprawił swojej partnerce, tym więcej zyskiwał energii *yin*. Brak orgazmu u mężczyzny zapobiegał utracie esencji życiowej, która, jak uważano, znajdowała się w spermie właśnie. Jak stwierdza Bodde: „Although from the woman's point of view the Taoist insistence on her satisfaction is certainly praiseworthy, doubt arises as soon as we consider its motivation” [25] (mimo że z punktu widzenia kobiety taoistyczny nacisk na jej satysfakcję jest z pewnością godny pochwały, jeśli wziąć pod uwagę motywację tego dążenia, nasuwają się pewne wątpliwości). Tak więc i w przypadku praktyk taoistycznych rola kobiety jest sprowadzona do pewnego rodzaju narzędzia. Pomimo nawet tego powierzchownego uznania dla płci żeńskiej, niektórzy specjaliści taoizmu religijnego dochodzą do wniosków odmawiających jakiegokolwiek poważania kobietom. Schipper [25] w komentarzu do jednego z tekstów stwierdza wręcz, że kobieta z całą pewnością jest wrogiem mężczyzny. Taoistyczne podejście nie sprowadza więc seksu do narzędzia prokreacji, ale podkreśla rolę przyjemności i wysublimowane wartości duchowe, które za nim stoją.

Najbardziej łagodnym wobec kobiet systemem etycznym panującym w Chinach wydaje się buddyzm, krytykowany z resztą przez Chińczyków na przestrzeni wieków właśnie ze względu na równouprawnienie kobiet i mężczyzn. Teksty buddyjskie może nie stwierdzają

wyższości kobiet nad mężczyznami w zakresie erotyki, ale kładą nacisk na zasadniczą równość między dwoma płciami [33]. Przez wieki kobiety bardzo faworyzowały buddyzm, właśnie ze względu na jego podejście do płci i obecne bóstwa opiekuńcze (jak chociażby Guanyin), o czym w kontekście okresu panowania dynastii Ming pisał van Gulik [27].

Rozmawiając o trzech nakreślonych powyżej szkołach filozoficznych, należy pamiętać, że nie są one od siebie odrębne i funkcjonują jako pewien konglomerat, łącząc się bez szczególnych poróżnień. W Chinach imperialnych powszechnym zjawiskiem była przynależność do kilku szkół filozoficznych, a łączenie ich i wzajemny na siebie wpływ są czymś zupełnie normalnym. Tak więc obecna w innych odmianach buddyzmu równość mogła być ograniczana przez tłumaczących teksty buddyjskie na język chiński konfucjanistów. Ze względu na wspomniany synkretyzm istnieje wiele problemów i pytań, na które filozofia chińska nie będzie mogła odpowiedzieć jednoznacznie. Mimo to można dokonać analizy wskazującej na stanowisko najbliższe i najbardziej faworyzowane przez ogół myślicieli. Obserwując nastawienie społeczne i kulturowe Chińczyków wobec kobiet, można zaryzykować stwierdzenie, że zasadniczy pogląd zbliża się najbardziej do wartości przedstawianych w tekstach konfucjańskich.

## Seksualność i technologia we współczesnych Chinach

Wprowadzone po 1949 roku reformy Komunistycznej Partii Chin zdecydowanie naruszyły dotychczasowe wzorce rodzinne i społeczne. Starano się wyrugować tradycyjne wartości konfucjańskie i zastąpić je nowymi wartościami komunistycznymi, jednak po tysiącach lat przyzwyczaję i powtarzania określonych wzorców nie było to do końca możliwe. Nagłe wycięcie pewnej części tożsamości Chińczyków, w połączeniu z nieustającym i silnym działaniem tradycji wywołało wiele zmian i sprzeczności w myśleniu współczesnych obywateli ChRL. Ostatnimi laty zaczęły się pojawiać komentarze, jakoby seks-roboty miały zapęłnić lukę między liczbą kobiet a liczbą mężczyzn w Chinach [34]. Dysproporcja jest znacząca, a wyraźny brak kobiet stanowi coraz większy problem. Jak do tego doszło? Poza czynnikami obecnymi w mentalności Chińczyków od setek lat, największy wpływ na tę ilościową wyrwę miała wprowadzona w 1977 roku polityka jednego dziecka. W jej konsekwencji wykonywano aborcje spowodowane selekcją płci — o męskie potomstwo starano się zwłaszcza w regionach wiejskich. Urodzenie chłopca zapewniało pomoc w gospodarstwie, ale też umożliwiało dziecku osiągnięcie znaczącej

kariery zawodowej. W 2015 roku *one-child policy* została zniesiona, a w jej miejsce weszła w życie polityka przyzwalająca na posiadanie dwojga dzieci. Nie podniosła jednak ona dzietności wśród par na tyle, żeby rozwiązać gwałtownie wzrastający problem [35]. Rząd ChRL zdaje sobie sprawę ze skali problemu — na rok 2030 przewidywany jest nadmiar mężczyzn w liczbie około 30 mln [36], co może poważnie zmienić układy i relacje społeczne. Problem demograficzny jest więc istotny i silnie odczuwany przede wszystkim przez młodych mężczyzn, którzy mają coraz większe trudności ze znalezieniem partnerek [37]. Z pewnością na dany moment robotyka nie rozwiąże demograficznego problemu ChRL — seks-roboty nie podniosą poziomu przyrostu naturalnego. System nie boi się jednak poważnie ingerować w życie rodzin swojego kraju, co potwierdza przypadek polityki ograniczonej dzietności czy też kampanie antykoncepcyjne prowadzone już od czasów rewolucji kulturalnej. Wiele z ostatnich spotkań KPCh poświęconych było AI i wykorzystaniu technologii w polityce państwa. Przykładowe nowe pomysły to chociażby *smart-town* [38] kontrolujące poziom dzietności w zależności od aktualnych potrzeb społeczności danego obszaru.

Zmiany w proporcji między kobietami a mężczyznami to jedno z wielu fluktuacji w społeczeństwie chińskim, jakie można dzisiaj zaobserwować. Trudno nie zauważyć niezwykle intensywnego rozwoju technologicznego, jaki ma miejsce na terenie tego kraju. Za tym rozwojem podąża bardzo chętnie wykorzystywanie nowej technologii, od intensywnego użytkowania Internetu, po różnego rodzaju gadżety elektroniczne. Naturalnie to zwrócenie się ku technologii następuje także w sferze związków romantycznych i usług seksualnych. Dobrym przykładem tego zjawiska, a także ciekawym przypadkiem dla specjalistów z zakresu digiseksualności, jest aplikacja *Ta Qu* (od angielskiego: *touch*). Była to (a nie istniała zbyt długo) usługa typu *sharing economy*, pozwalająca na wynajmowanie seks-lałek przez wielu użytkowników. Po głośnej dyskusji i ekscytacji w mediach społecznościowych władze ChRL doprowadziły do szybkiego zamknięcia serwisu — co podkreśla nietypową relację kapitalistycznego rynku i autorytarnych rządów dzisiejszej ChRL. Niebezpieczne byłoby stwierdzenie, że podobne usługi nadal działają, jednak wymykają się komentarzowi mediów, by pozostać nie tyle niezauważone, ile uznane za niezagrożące rządowi i nieprzyczyniające się do złej sławy i deformacji podstawowych idei KPCh.

Innym ciekawym przypadkiem z obszaru seksualności cyfrowej jest chatbot *Xiaoice* [39] — program komputerowy z zaimplementowaną sztuczną inteligencją, stworzony w celu prowadzenia konwersacji

z dowolnym użytkownikiem. Zakodowana w aplikacji postać jest wykreowana na 17-letnią dziewczynę, która jest zawsze dostępna, gotowa wysłuchać użytkownika, zatroszczyć się o niego i przeprowadzić z nim rozmowę na jakikolwiek temat. Jest w stanie analizować emocje płynące z wypowiedzi użytkownika, zapamiętywać informacje, które wcześniej się jej poda, a także modyfikować swoje wypowiedzi na podstawie zebranych w czasie rozmowy danych. *Xiaoice* wzbudziła ogromne zainteresowanie wśród chińskich internautów. Gdy w ramach testu po raz pierwszy udostępniono program w aplikacji WeChat w maju 2015 roku, otrzymała 1,5 miliona zaproszeń do rozmowy w przeciągu pierwszych 72 godzin. Popularność technologii związanych z nawiązywaniem kontaktu i usługami seksualnymi jest w Chinach niezaprzeczalnie bardzo duża. Być może wynika to z coraz szybszego trybu życia i potrzeby dostosowania się do zmieniających realiów tradycyjno-nowoczesnego społeczeństwa [40], a być może korzystanie z wynalazków technologicznych jest po prostu prostsze i bardziej dostępne niż fizyczne relacje międzyludzkie. Problem ten wymaga dalszych rozważań i badań.

By dopełnić obrazu współczesnej seksualności w Chinach, należy przyrzeć się badaniom z zakresu socjologii. Do niedawna (z perspektywy wielusetletniej cywilizacji) brakowało badania zachowań i trendów seksualnych wśród Chińczyków na skalę narodową. Badanie takie zostało przeprowadzone przez Centrum Badań nad Populacją Uniwersytetu w Chicago w latach 1999–2000 i nosi nazwę „The China Health and Family Life Survey”. Dokładną analizę badania przeprowadzili Parish i wsp. [41]. Wyciągnięte z analizy wnioski badacze porównali z trendami zaobserwowanymi w społeczeństwach zachodnich. Wśród swoich konkluzji wymienili znaczące zmiany zachodzące w relacjach seksualnych nawiązywanych przez ludzi w wieku 20–40 lat, które wynikają z o wiele bardziej złożonej narracji niż ta, z którą pojawiła się podczas rewolucji seksualnych na zachodzie. Niewiele zmieniły się jednak aspekty, takie jak zachowanie dziewictwa przed ślubem czy inicjacja seksualna w późnym wieku. Zespół zwrócił także uwagę na niski poziom edukacji seksualnej, prowadzący do rzadkiego korzystania z antykoncepcji i wysokiego ryzyka zarażeń chorobami przekazywanymi drogą płciową. Co ciekawe, wskazano na wzrastającą wśród kobiet tendencję do angażowania się w seks przedmałżeński oraz wzrastającą wśród mężczyzn tendencję do korzystania z wszelkich rodzajów seksu komercyjnego (od pornografii do usług seksualnych). Tendencja pojawiająca u mężczyzn zdaje się pokrywać z podnoszonymi wcześniej w niniejszej pracy poglądami, chociaż ankieta przeprowadzona

przez badaczy z Uniwersytetu w Chicago wyprzedza o wiele lat stworzenie pierwszych zaawansowanych technologicznie urządzeń erotycznych. Na tę swoistą detradycjonalizację podejścia do związków zwracają uwagę także specjaliści z Chin [42]. Zespół Parisha podsumował swój wywód, zadając pytanie o charakter dzisiejszych relacji intymnych między młodymi Chińczykami. Z pewnością są one w trakcie gwałtownych zmian, konstruuje się nowe znaczenie małżeństwa i związków jako takich. Badacze podkreślili, że niejasnym jest, czy zaobserwowana dynamika stanowi część podświadomego być może ruchu liberalizacji kobiet czy może jednak potwierdzenie obecnego od tysiący lat patriarchy.

Warto zwrócić uwagę także na doniesienia dotyczące seks-robotów, które pojawiają się w chińskim Internecie. Co ciekawe, prowadzona w nich narracja jest bardzo podobna do tej, którą można zaobserwować w mediach zachodnich [43, 44]. Roztrząsa się tam podobne problemy społeczno-etyczne, takie jak możliwa zmiana charakteru relacji międzyludzkich, nastawienie ludzi do kontaktów z podmiotami sztucznymi czy legalność korzystania i produkcji seks-robotów. Jedyną zauważalną różnicą jest geograficzna lokalizacja problemu. Tak jak zachodnie tabloidy za cel swoich wywodów obierają Chiny, tak chińskie artykuły wypowiadają się raczej o europejskich i amerykańskich przypadkach wytwarzania i zastosowania seks-robotów. Najczęściej pojawiającym się przykładem jest historia seks-robotu *Harmony* [45], stworzonego w 2017 roku przez Matta McMullena. W komentarzach internautów przejawia się pewien rodzaj szyderstwa i stereotypizacji obecnej z kolei w środowisku azjatyckim. Użytkownicy przypisują Europejczykom i Amerykanom te same perwersyjne tendencje, co zachodni komentatorzy przypisują Chińczykom. Widać tu więc pewną paralelę — zachód egzotyzuje daleki wschód i vice versa.

## Wnioski

Czy w takim razie seks-roboty przyjmą się w Chinach? Z czysto teoretycznego punktu widzenia wielusetletni, ustandaryzowany i popularny wśród elit system moralny nie wydaje się w żaden sposób przeciwny relacjom z robotami, oczywiście jednak różnica czasu między okresem powstawania czołowych chińskich szkół myśli a powstaniem komputerów jest epokowa. Ortodoksyjni konfucjaniści sprzeciwiliby się korzystaniu z seks-robotów ze względu na ich główną funkcję spełniania potrzeb seksualnych — nie prowadzą one do narodzin potomstwa. Współcześnie tego typu poglądy odchodzą już jednak niejako w niepamięć i można zauważyć narastające nastawienie do seksu jako czyn-

ności niosącej ze sobą wartości inne niż prokreacja. Zapewne najważniejszym dla tradycyjnych filozofów chińskich pytaniem byłoby właśnie to, czy seks-roboty naruszają obecną w społeczeństwie harmonię i czy są jakiegoś rodzaju zagrożeniem dla spokoju i podstawowych wartości obecnych w państwie. Jest to problem, nad którym zastanawiają się także współcześni badacze zachodni i który nie jest obecnie możliwy do rozwiązania. Można natomiast z pewnością założyć, że seks-roboty, jako niezwykle innowacyjne i nowoczesne technicznie elementy sztuczne ingerujące w bardzo bazowe i pierwotne warstwy człowieczeństwa, będą miały pewien, nieokreślony jeszcze, wpływ na społeczeństwo i kulturę. Ze względu na postępującą globalizację i kulturowe zbliżanie się różnych systemów, będzie można zapewne zastosować przeprowadzone na zachodzie analizy do badania sytuacji chińskiej, jednak konieczne będzie przystosowanie i modyfikacja niektórych założeń — pewne wartości i zachowania nigdy nie będą się w pełni pokrywać, nie należy tego faktu ignorować. Często podnoszona kwestia negatywnych konsekwencji płynących z popularyzacji seks-robotów i normalizacji wchodzenia z nimi w relację wydaje się już teraz mieć jakieś odniesienie w społeczeństwie chińskim, nawet wyłączając z równania jakiegokolwiek roboty. Wraz z upowszechnieniem tego typu urządzeń pozycja i rola kobiet mogą zostać jeszcze bardziej zdegradowane — w mentalności młodych mężczyzn spowodowane do funkcji rozrodczej, zgodnie z tradycyjnymi ideologiami i panującym dotąd patriachatem. Może się także pojawić jeszcze silniejsze uprzedmiotowienie żeńskiej części populacji, a więc także przemoc i dyskryminacja. Sytuacja musi zostać poddana obserwacji w czasie, będzie się bowiem dynamicznie zmieniać wraz z wzrastającą różnicą między liczbą kobiet i mężczyzn, a także wraz z postępującym rozpowszechnianiem technologii seks-robotów. Niezwykle interesująca będzie też kwestia postępowania, jakie podejmie wobec tego zjawiska rząd ChRL.

Bardzo ciekawe jest podejście chińskich internautów do tego zagadnienia. Korzystanie z różnych komercyjnych produktów erotycznych nie wydaje się stygmatyzowane, co potwierdza przypadek aplikacji *Ta Qu* opisywanej w ostatnim rozdziale. Usługa opierająca się na schemacie *sharing economy* co do zasady polega na dzieleniu się czymś i tworzenia wokół tego pewnej społeczności. Technologie seksualne nie stanowią powodu do wstydu, o czym dobrze świadczy przypadek inżyniera z Kantonu, założyciela firmy zajmującej się robotami wyposażonymi w sztuczną inteligencję. Zheng Jiajia [46] zbudował, a następnie poślubił (rzecz jasna nieoficjalnie, ale w tradycyjnym chińskim obrzędku) robota o imieniu Yingying. Być może był to jedynie

marketingowy chwyt mający zwrócić uwagę mediów na firmę, jednak odzew internautów choć mieszany, skupiał się raczej na krytyce wydarzenia jako zjawiska wykreowanego w celach marketingowych bądź na drwieniu ze statusu matrymonialnego Zhenga. Pojawiło się jednak niewiele komentarzy oceniających moralność i etyczność intymnego związku inżyniera z robotem. W ceremonii ślubnej brała udział rodzina twórcy, a także jego przyjaciele, co pokazuje pewnego rodzaju zgodę na podobne zjawisko, chociażby był to chwytliwy zabieg reklamowy.

Kwestia możliwości zaangażowania się w autentyczną z ludzkiej perspektywy relację intymną z robotem jest dyskusyjna i zapewne nie zostanie jednogłośnie rozstrzygnięta nawet w przypadku wprowadzenia seks-robotów do życia codziennego. W pewnym stopniu jest to sprawa indywidualnego osądu. Dyskusja na temat przyczyn miłości i życia w związkach międzyludzkich jest już niezwykle trudna, ze względu na bardzo dużo czynników. Dodanie do tego równania aktora nieludzkiego, sztucznego podmiotu o nieokreślonym statusie moralnym, jeszcze bardziej komplikuje sytuację. Problem ten jest podnoszony przez wielu zachodnich badaczy, wydaje się jednak, że brakuje podobnie intensywnie refleksji ze strony chińskich naukowców. Być może wynika to z inaczej skonstruowanego aparatu filozoficznego, będącego rezultatem odmiennych tradycji myślicielskich i priorytetów. Być może jednak w najbliższej przyszłości będzie się można zapoznać z dotyczącymi tego drażliwego tematu wypowiedziami chińskich specjalistów. Z pewnością wraz z następującym rozwojem rynku seks-robotów w chińskim duchu pragmatyzmu i innowacji przyjdą także analizy badawcze i jeszcze pełniejszy komentarz ze strony samego społeczeństwa.

## Piśmiennictwo:

1. Weston P. Inside China's disturbing sex robot factory where perverts can order custom AI dolls the size of children, Daily Mail, (2017). <https://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-5766047/Inside-Chinas-disturbing-sex-robot-factory-perverts-order-AI-dolls-size-children.html> (24.05.2019).
2. Kuo R. How Rape Culture and Racism Combine to Hurt Asian Women, (2017) The Huffington Post. [https://www.huffpost.com/entry/how-rape-culture-and-racism-combine-to-hurt-asian-women\\_b\\_592a15ade4b0a7b7b469cb22?guccounter=1&guce\\_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLnNvbS8&guce\\_referrer\\_sig=AQAAABTlp-BEXeL3CO6IBFKFjY0Lmimi4qFt0vDTY-DR1cxXbXyTi8pnqCmVER\\_7T2vZ9epbgpDBtVliJCINQyRO1klLo-suY57QSnuxXCsbDrHxPz41g1jRQtRdya\\_jBp82jss-HkCrjmJZ-bY351\\_ID9-T-tqBpir1nRGNsfXnBnRru7Zw](https://www.huffpost.com/entry/how-rape-culture-and-racism-combine-to-hurt-asian-women_b_592a15ade4b0a7b7b469cb22?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLnNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAABTlp-BEXeL3CO6IBFKFjY0Lmimi4qFt0vDTY-DR1cxXbXyTi8pnqCmVER_7T2vZ9epbgpDBtVliJCINQyRO1klLo-suY57QSnuxXCsbDrHxPz41g1jRQtRdya_jBp82jss-HkCrjmJZ-bY351_ID9-T-tqBpir1nRGNsfXnBnRru7Zw) (16.08.2019).
3. Sun C. Korean Men's Pornography use, Their Interest in Extreme Pornography, and Dyadic Sexual Relationships, (2014). International Journal of Sexual Health. 2015; 27: 2015.
4. Ramsey F. The Weird History of East Asian Sex Stereotypes, (2016) Everyday Feminism. <https://everydayfeminism.com/2016/09/east-asian-sex-stereotypes/> (16.08.2019).



5. Nevett J. Inside Chinese sex robot lab mass producing „affordable” cyborgs to dominate global market, Daily Star. <https://www.daily-star.co.uk/news/latest-news/692478/china-sex-robot-factory-video-ds-dolls-lab-affordable-global-market-news> (24.05.2019).
6. Bishop R. „Hello baby, I’m Lucy’: Inside China’s disturbing sex robot factory where perverts can order custom „child-sized” AI dolls, Mirror, (2018) . <https://www.mirror.co.uk/news/world-news/hello-baby-im-lucy-inside-12982894> (24.05.2019).
7. Karacs S., Sex and robots: How mechanical dolls may press all the right buttons for lonesome guys, South China Morning Post, (2016) . <https://www.scmp.com/news/hong-kong/education-community/article/1997056/sex-and-robots-how-mechanical-dolls-may-press-all> (26.05.2019).
8. McArthur N, Twist M. For the love of technology! Sex robots and virtual reality, Asia Times, (2019). <https://www.asiatimes.com/2019/05/article/for-the-love-of-technology-sex-robots-and-virtual-reality/> (30.05.2019).
9. Nash CJ, Gorman-Murray A. The geographies of digital sexuality. Palgrave Macmillan, Singapur 2019.
10. Seidman G. Is Tinder Really a Hookup App?, Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/close-encounters/201706/is-tinder-really-hookup-app> (4.07.2019) .
11. Geher G. Sex Robots and the End of Civilization, Psychology Today, (2019) . <https://www.psychologytoday.com/us/blog/darwins-subterranean-world/201906/sex-robots-and-the-end-of-civilization?page=1&fbclid=IwAR1sXfv2R1fd6QLrVXEM05cYCI0T5AQi2mrHtLcXgWS6gvC2aY-HZEzc5N6c>, (12.06.2019).
12. Danaher J, McArthur N. Robot sex, social and ethical implications. The MIT Press, Cambridge 2017.
13. Lee J. Sex robots, the future of desire. Palgrave Macmillan 2017.
14. Dillow C. A Customizable, Anatomically Correct Robotic Girlfriend With Multiple Personalities, Popular Science, (2010). <https://www.popsoci.com/technology/article/2010-01/customizable-anatomically-correct-robotic-girlfriend-multiple-personalities/?page=> (23.05.2019).
15. Griffith E. Henry the Sexbot wants to know all your hopes and dreams, Wired, (2018) . <https://www.wired.com/story/henry-the-sexbot-wants-to-know-all-your-hopes-and-dreams/> (23.05.2019).
16. Richardson K. About us: Campaign Against Sex Robots. <https://campaignagainstsexrobots.org/about/> (20.05.2019) .
17. Cheok AD, Devlin K, Levy D. Love and sex with robots. Springer, Londyn 2016.
18. Goldhill O. Experts predict human-robot marriage will be legal by 2050, Quartz. <https://qz.com/871815/sex-robots-experts-predict-human-robot-marriage-will-be-legal-by-2050/> (21.05.2019).
19. Sharkey N, van Wynsberghe A, Robbins S, Hancock E. Our Sexual Future with Robots, (2017) . <https://responsible-robotics-myxf6p-n3xr.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2017/11/FRR-Consultation-Report-Our-Sexual-Future-with-robots-.pdf> (25.05.2019).
20. Frankfurt HG. The reasons of love. Princeton University Press, Princeton 2004.
21. Kolodny N. Love as valuing a relationship. Philosophical Review. 2003; 112(2): 135–189, doi: [10.1215/00318108-112-2-135](https://doi.org/10.1215/00318108-112-2-135).
22. Singer P. Animal liberation. Harper Collins, Nowy Jork 1975.
23. Fung Y. A short history of chinese philosophy. The Free Press, New York 1948.
24. Bodde D. Chinese Philosophy and the Social Sciences, Pacific Affairs 1947; 20(2).
25. Gardner D. K. Four books, The Basic Teachings of the Later Confucian Tradition 2006.
26. Liu Sh. A Philosophic Analysis of the Confucian Approach to Ethics. Philosophy East and West. 1972; 22(4): 417, doi: [10.2307/1397883](https://doi.org/10.2307/1397883).
27. Konfucjusz. Analekta, tłum. K. Pejda. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2018: 7.
28. Mencjusz. Mencius. tłum. I. Bloom. Columbia University Press, Columbia 2009.
29. Lew-Starowicz Z., Erotyzm i techniki seksualne Wschodu. Warszawa 1991.
30. Lew-Starowicz Z. Pomykało W, Jacoby M. Encyklopedia chińskiej wiedzy o seksie i seksuologii, Wydawnictwo Wielkiej Encyklopedii Chin. Warszawa 2011.
31. Bodde D. Sex in Chinese Civilization. Proceedings of the American Philosophical Society. 1985; 129(2).
32. Lew-Starowicz Z. Seks w kulturach świata. Ossolineum, Wrocław 1988.
33. van Gulik RH. Sexual life in Ancient China. Brill , Leiden 2003: 113.
34. Fong M. Sex Dolls Are Replacing China’s Missing Women, Foreign Policy (2017). <http://foreignpolicy.com/2017/09/28/sex-dolls-are-replacing-chinas-missing-women-demographics/> (6.06.2019).
35. Roberts M. China’s two child policy is starting to have some impact, Mercatornet (2017). <https://www.mercatornet.com/demography/view/chinas-two-child-policy-not-working/19276> (5.06.2019).
36. Trent K, South SJ. Too Many Men? Sex Ratios and Women’s Partnering Behavior in China. Social Forces. 2011; 90(1): 247–267, doi: [10.1093/sf/90.1.247](https://doi.org/10.1093/sf/90.1.247).
37. Ebenstein A, Sharygin E. The Consequences of the „Missing Girls” of China. The World Bank Economic Review. 2009; 23(3): 399–425.
38. Huang K. 《人工智能将彻底颠覆传统人口问题》(Rengong zhineng jiang chedi dianfu chuantong renkou wenti – „Sztuczna inteligencja całkowicie obali tradycyjny problem populacji”), 经济观察网 (jingji huancha wang), Pekin, (2018) . <http://www.eeo.com.cn/2018/0115/320794.shtml> (17.06.2019).
39. Wang Y, Your Next Best Friend Might Be a Robot, Nautilus (2016). <http://nautil.us/issue/33/attraction/your-next-new-best-friend-might-be-a-robot> (17.06.2019).
40. Malovic D. Miłość made in China. Znak Horyzont 2018.
41. Parish W, Laumann E, Mojola S. Sexual Behavior in China: Trends and Comparisons. Population and Development Review. 2007; 33(4): 729–756, doi: [10.1111/j.1728-4457.2007.00195.x](https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2007.00195.x).
42. Zheng W, Zhou X, Zhou C, et al. Detraditionalisation and attitudes to sex outside marriage in China. Cult Health Sex. 2011; 13(5): 497–511, doi: [10.1080/13691058.2011.563866](https://doi.org/10.1080/13691058.2011.563866), indexed in Pubmed: [21452090](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21452090/).
43. Shang W. 发明人工智能性爱机器人，他被外界认为奇谈中说出了原因》(Yin fangming rengong zhineng xing'ai jiqiren, ta bei waijie renwei qiguai, fangtanzhong shuochule yuanyin – „Ze względu na tworzenie seks-robotów zewnętrzny świat uznał go za dziwnego – powód przytacza w wywiadzie”). <https://www.bilibili.com/read/cv133631/> (26.06.2019).
44. Du X. 《物化女性，禁锢社交？性爱机器人是“大逆不道”吗？》(Wuhua nuxing, jingu shejiao? Xing'ai jiqiren shi “dani budao” ma? – „Obiektywizacja kobiet, ograniczenie więzi społecznych? Czy seks-roboty są sprzeczne z normami moralnymi?”), <https://www.shangyexinzhi.com/article/details/id-151346/>, data dostępu: 26.06.2019 r.; Y. Zheng, 《把性爱机器人用作商业用途究竟合不合法？》(Baxing'ai jiqiren yongzuo shangyetu jiuqing hebuhefa? – „Czy korzystanie w seks-robotów w celach komercyjnych jest faktycznie legalne?”), <https://www.roboticschina.com/news/20180326xdolls.html>, data dostępu: 26.06.2019 r.
45. Xiao F. 《男版性爱机器人来了》(Nanban xing'ai jiqiren laile – „Męska wersja seks-roboty już tu jest”). <https://www.roboticschina.com/news/201801120941.html> (26.06.2019).
46. Haas B. Chinese man ‘marries’ robot he built himself, The Guardian, (Hong Kong, 2017). <https://www.theguardian.com/world/2017/apr/04/chinese-man-marries-robot-built-himself> (2.06.2019).

# Specyfika leczenia zaburzeń preferencji seksualnych i terapeutyczne doświadczenia osób leczonych

Specificity of sexual disorders (pedophilia) treatment and experience of the treated ones

Aleksandra Dymowska

Zakład Patologii Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Gdańskiego

## Streszczenie

*W artykule przedstawiono sposób postrzegania terapii przez preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci. Sprawcy podejmują te zachowania seksualne z uwagi na zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii (ICD-10 — F65.4; DSM-V — 302.2).*

*W artykule zaprezentowano wyniki badań własnych, które stanowią rezultat rozmów z pedofilami na temat podjętej przez nich terapii. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problematykę leczenia sprawców przestępstw seksualnych przy uwzględnieniu ich osobistych przekonań. Badani doświadczają terapii głównie poprzez budowanie oraz kształtowanie relacji terapeutycznej i to jej przypisują duże znaczenie w procesie zmiany. Dane empiryczne badania jakościowego pokazują nie tylko instrumentalny charakter procesu leczenia, ale także jego podmiotowość — odsłaniają potrzebę zaufania i budowania relacji z terapeutą. Okazuje się, że przestępcy deklarują chęć uczenia się o swojej seksualności, zwracają uwagę na doświadczanie terapii w zaangażowanym działaniu oraz duże znaczenie przypisują wsparciu w środowisku poza izolacją. Praca może skłaniać profesjonalistów do krytycznego, refleksyjnego myślenia o procesie terapii oraz zachęcać do dyskusji na temat zapewnienia specjalistycznego wsparcia poprzez zapewnienie osób i miejsc udzielających pomocy.*

**Słowa kluczowe:** preferencyjni sprawcy, pedofilia, psychoterapia

*Seksuologia Polska 2019; 17: 84–94*

## Abstract

*In the text author presents the perception of therapy by preferential perpetrators of sexual offenses against children. Perpetrators commit those sexual behaviors due to the sexual preference disorders in the form of pedophilia (ICD-10 — F65.4; DSM-V — 302.2). The article is a summary of original research, which contain the result of a conversation with pedophiles about their treatment. The purpose of the work is to focus attention to the issue of treating perpetrators of sexual offenses related to their personal beliefs. Respondents often experience therapy by building and shaping therapeutic relationships and they attribute it to great importance in the process of change. Empirical qualitative research data contains not only and the characteristic nature of the treatment process, but also its subjectivity — it reveals the need for trust and relationships with the therapist. It turns out that the perpetrators declare their willingness to learn about their sexuality; they relate to the experienced therapy and stress the involvement and perceive support outside the isolation as a factor of great importance. The work can be seen as a critical reflection on the therapy process.*

**Słowa kluczowe:** sexual disorders, pedophilia, psychotherapy

*Seksuologia Polska 2019; 17: 84–94*

## Wstęp

Podjęcie pracy terapeutycznej ukierunkowanej na redukcję deficytów poznawczo-behawioralnych i emocjonalnych ma istotne znaczenie w procesie leczenia sprawców przestępstw seksualnych popełnianych wobec osób małoletnich. Oddziaływania terapeutyczne w zasadniczej względnie polegają na psychoedukacji sprawców między innymi w obszarze rozumienia znaczenia popełnionego czynu, czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, rozwoju człowieka (w tym jego seksualności), konieczności kontynuacji terapii po odbyciu kary pozbawienia wolności. Ważnym zakresem oddziaływań terapeutycznych wobec osób molestujących dzieci jest ten odnoszący się do ochrony prawa do wolności seksualnej. Obejmuje on indywidualną możliwość jednostki do wyrażania potencjału seksualnego, wykluczając przy tym jakiegokolwiek formy przymusu seksualnego, wykorzystywania innych i nadużyć seksualnych. Jednym z nadrzędnych celów resocjalizacji jest stwarzanie możliwości i szans do nauczania się, rozwijania i utrwalania umiejętności społecznych oraz pożądaných nawyków prawidłowego funkcjonowania po to, by przestępca mógł powrócić do życia w społeczeństwie. Niestety, wiele czynników nie tylko środowiskowych, ale i intrapsychicznych zakłóca proces readaptacji skazanych za przestępstwa seksualne. W pracach z zakresu seksuologii wskazuje się na statyczne i dynamiczne czynniki ryzyka [1–4]. Pierwsze z nich są zbliżone do psychologicznego rozumienia cech jednostki i odnoszą się do: deficytów w sferach intymnej, seksualnej samoregulacji na niewystarczającym poziomie, przekonań sprawców o swoich czynach wobec ofiary, samoregulacji w ogólnym jej rozumieniu oraz współpracy między innymi z zespołem terapeutycznym. Drugie natomiast są zbliżone do psychologicznego rozumienia stanu i dotyczą poziomu społecznej izolacji, poczucia gniewu sprawców, poziomu funkcjonowania psychologicznego, dostępu do ofiar oraz poziomu zaabsorbowania seksem. Czynniki statyczne służą do oceny globalnego ryzyka recydywy, a dynamiczne okazują się przydatne w ocenie sytuacyjnego ryzyka recydywy [3]. Poznanie ich pozwoli nie tylko na bardziej precyzyjne oszacowanie ryzyka powrotności do przestępstwa, ale także będzie sprzyjało zaplanowaniu możliwie bardziej szczegółowych metod pracy ze sprawcą jeszcze w warunkach izolacji penitencjarnej. Niewątpliwie dokonując wszelkich starań wobec zorganizowania warunków umożliwiających skuteczne oddziaływania psychokorekcyjne — jednocześnie oddziałuje się na wzrost poziomu bezpieczeństwa dzieci i zapewnia im tym samym skuteczniejszą ochronę przed krzywdzeniem. W kontekście rozwoju nauki podjęcie tematu obejmującego proces leczenia

(w tym resocjalizacji i terapii) pedofilów jest niezwykle ważny. Warto poszukiwać sposobów rozumienia rzeczywistości i samej terapii, poznawać indywidualne doświadczenia sprawców między innymi z obszarów funkcjonowania społecznego, emocjonalnego, seksualnego. Poznanie przekonań badanych na temat procesu terapii, jej najtrudniejszych etapów, relacji z terapeutą, możliwości budowania zaufania i uzyskiwania wsparcia w postaci leczenia to tylko niektóre z pól badawczych, które wymagają poznawczej i naukowej eksploracji. Rozumienie motywacji sprawcy do popełnienia przestępstwa, jego linii życia, wcześniejszych doświadczeń konstytuujących jego osobowość i funkcjonowanie psychiczne pozwoli na bardziej precyzyjne zaplanowanie oddziaływań psychokorekcyjnych. Zwłaszcza dane uzyskane w bezpośrednim kontakcie, na podstawie wywiadu ze sprawcami czynów pedofilnych przyczynią się do odpowiedniego wnioskowania oraz postulowania za ewentualną intensyfikacją działań terapeutycznych w warunkach izolacyjnych w kierunku motywowania do kontynuacji terapii po odbyciu kary pozbawienia wolności. Obecny dyskurs społeczny odnosi się do pedofilii jako zjawiska powszechnego, już nie marginalnego. Media coraz częściej informują opinię publiczną na temat prac rządu wobec organizacji warunków leczenia, otwierania specjalistycznych ośrodków, zwiększania liczby miejsc na oddziałach szpitalnych, gdzie przebywają pedofile. Jednak niezmiennie wydaje się pytanie o najbardziej skuteczny sposób postępowania ze sprawcami czynów pedofilnych — za pomocą izolacji czy resocjalizacji?

## Definiowanie pedofilii jako zaburzenia preferencji seksualnych

Wielu badaczy i praktyków z dziedzin, takich jak: psychologia, pedagogika, prawo, poszukuje kompletnej i całościowej definicji tego zjawiska, która spełniałaby społeczne oczekiwania w kontekście dobra dziecka. Znalezienie odpowiedniej definicji wpływa nie tylko na diagnozę rozpowszechnienia tego zjawiska, ale także na sposoby reagowania na nie pod postacią odpowiednich sankcji prawnych, przebiegu leczenia oraz działań prewencyjnych [5]. Pedofilia jest zjawiskiem bardzo szerokim, które przede wszystkim polega na relacji seksualnej osoby dorosłej z dzieckiem. Nawiązując do klinicznego obrazu pedofilii w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, oznaczaną kodem klasyfikacyjnym 302.2 (F65.4), określa się ją jako angażowanie dzieci przed okresem dojrzewania w seksualną aktywność przez dorosłych według kryteriów diagnostycznych:

A. Trwające przez okres ponad sześciu miesięcy, powracające, silnie podniecające fantazje seksualne,

impulsy seksualne lub zachowania dotyczące aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi, które nie wkroczyły jeszcze w okres dorastania (ogólnie przed trzynastym rokiem życia).

B. Seksualne impulsy są realizowane, albo powodują one wraz z seksualnymi fantazjami, znaczny stres i trudności w kontaktach interpersonalnych.

C. Osoba dokonująca aktu pedofilnego ma przynajmniej szesnaście lat i jest co najmniej pięć lat starsza niż dziecko lub dzieci z kryterium A. Uwaga: nie dotyczy osób w późnym okresie dorastania będących w relacji z dwunasto- lub trzynastolatkiem [6].

Omawiana klasyfikacja określa także podtypy zaburzeń pedofilnych prezentowanych przez osoby o tej charakterystyce: typ wyłączający (zainteresowany jedynie dziećmi), typ niewyłączający, zainteresowany płcią męską, zainteresowany płcią żeńską, zainteresowany obydwoma płciami, ograniczony do kazirodztwa. Nawiązując do diagnostyki zaburzeń pedofilnych, zauważono, że odnoszą się one zarówno do osób, które w sposób jawny prezentują te skłonności, jak i do tych, które zaprzeczają występowaniu zainteresowania osobami w wieku przed okresem dojrzewania (zwykle poniżej 13. roku życia), pomimo ewidentnych dowodów takich zachowań. Ujawnienie tej parafilii polega na uświadomieniu sobie intensywnego zainteresowania seksualnego dziećmi, które jest zwykle większe lub porównywalne do pożądania w kierunku osób dorosłych. Trudności w kontaktach społecznych z powodu cierpienia powodowanego uświadomieniem sobie zainteresowania seksualnego małoletnimi jest czynnikiem diagnostycznym. Jeśli jednak osoba nie odczuwa poczucia winy, wstydu ani lęku z powodu swoich zainteresowań pedofilnych i jest w stanie nad nimi panować, czyli nigdy nie dopuściła się czynów pedofilnych (co określa się na podstawie wywiadu oraz oficjalnego rejestru karnego), zostanie ona prawdopodobnie diagnozowana jako osoba o pedofilnej seksualnej orientacji, ale nie jako osoba cierpiąca na zaburzenia pedofilne [7]. Natomiast obowiązująca w Europie klasyfikacja *International Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD-10)* określa pedofilię jako „preferencję seksualną osoby dorosłej w stosunku do dzieci, zwykle w wieku przedpokwitaniowym lub we wczesnym okresie pokwitania” [8]. By zdiagnozować u danej osoby pedofilię, musi ona spełniać jednocześnie kryteria ogólne dla zaburzeń preferencji seksualnych (F 65) przy jednoczesnym spełnieniu specyficznych kryteriów dla pedofilii. Poniżej znajdują się kryteria diagnostyczne dla zaburzenia preferencji seksualnych:

1. Osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań.

2. Osoba zarówno realizuje ten popęd oraz odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie.

3. Preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy.

Specyficzne kryteria dla diagnozy pedofilii (F 65.4) to: a) utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem; b) osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci z kryterium B [8].

W przytoczonych powyżej definicjach i klasyfikacjach obecne jest słowo: „dziecko”, dlatego zasadne dla procesu diagnostycznego jest przyjęcie jednolitego sposobu rozumienia tego terminu. W kontekście biologii dziecko to osobnik w wieku przedpokwitaniowym, o czym świadczy brak oznak procesu dojrzewania. Beisert [9] zwraca uwagę na fakt, że zgodnie z powyższymi założeniami wszyscy ci, u których wskaźniki dojrzewania występują w stopniu początkowym czy zaawansowanym — nie są dziećmi, a więc nie spełniają kryterium koniecznego do definiowania pedofilii. W celu szerszego spojrzenia na problem definicyjny dziecka należy zwrócić uwagę na kryterium prawne (do 15. roku życia) oraz seksuologiczne (zdolność do reprodukcji). W Polsce, w perspektywie prawnej, czynami pedofilijnymi określa się zachowania seksualne podejmowane wobec osób, które nie ukończyły właśnie 15. roku życia [10]. Problem definicyjny jest także wyraźny wśród polskich autorów zajmujących się tematyką seksualności człowieka. Dlatego pojawiają się dokładniejsze określenia, które wiążą preferencję seksualną osoby dorosłej z dzieckiem [11, 12]. Określenia typu: infantofilia (seksualne zainteresowanie dzieckiem poniżej 5. roku życia) czy efebofilia (seksualne zainteresowanie dzieckiem we wczesnym wieku pokwitaniowym, między 13. a 15. rokiem życia). Pojawiają się także takie określenia jako korofilia czy partenofilia odnoszące się do płci sprawców oraz dzieci, a także do specyficznych właściwości dzieci (np. dziewictwo). O innych niż kliniczne ujęciach definiowania pedofilii pisała Beisert, wskazując również na aspekty społeczne i prawne tego zjawiska [9].

Praca ze sprawcami przestępstw seksualnych jest w głównej mierze realizowana w nurcie poznawczo-behawioralnym. Zgodnie z jego założeniami terapia opiera się na przyjęciu, że myśli prowadzą do emocji oraz zachowań, zaburzenia emocjonalne posiadają swój wpływ w myśleniu, które jest negatywnie zniekształcone. Oznacza to, że zaburzenia emocjonalne oraz niepożądane zachowania mogą podlegać leczeniu właśnie przy zmianie sposobu myślenia, który jest uznawany za wyuczony [13]. Terapia poznawczo-behawioralna koncentruje się zatem na myślach o charakterze automatycznym oraz przekonaniach,

które leżą u ich podstaw. Jak pisze Kratochvil [14] terapeuta w tym typie leczenia wspiera pacjenta w uświadamianiu sobie przerysowanego sposobu myślenia oraz dysfunkcjonalnego zachowania. Jednym z celów terapii jest zaoferowanie możliwości uczenia się opartego na nowych schematach poznawczych odnoszących się do różnorodnych sytuacji życiowych i doświadczeń. Programy terapii wykorzystują zestaw technik dydaktycznych i stosują behawioralne oraz poznawcze — z uwzględnieniem aktualnej potrzeby osoby ukierunkowanej na zmianę. Nieadekwatne treści poznawcze powinny być zatem uwzględnione w stworzeniu strategii zaradczych ukierunkowanych na zmianę sposobu myślenia i zachowania osób niedostosowanych społecznie [15]. Do głównych cech podejścia behawioralno-poznawczego zalicza się: krótkotrwałość wraz z czasowym ograniczeniem, punkt wyjścia z teorii uczenia się, otwartą oraz aktywną współpracę będącą podstawą relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem, orientację na teraźniejszość, orientację na konkretne problemy oraz na to, co jest świadome i obserwowalne, dążenie do samowystarczalności pacjenta (wspieranie go w zyskiwaniu umiejętności, opanowywaniu sytuacji oraz w budowaniu i wzmacnianiu jego samooceny) [16]. Podejście poznawczo-behawioralne jako efekt łączenia teorii poznawczej z teorią społecznego uczenia się opiera się jednocześnie na zewnętrznym zachowaniu jednostki oraz jej wewnętrznych procesach rozumianych jako uczucia i myśli. Konsultant Krajowy w dziedzinie seksuologii wskazuje, że oddziaływania wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności i obyczajności seksualnej można podzielić na specjalistyczne i niespecialistyczne [17]. Pierwsze z nich powstają i znajdują swe zastosowanie wobec precyzyjnie określonej grupy sprawców, jak na przykład terapia przeznaczona dla preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych na oddziale terapeutycznym jednostki penitencjarnej. Drugie zaś swym zakresem obejmują właśnie tych oraz innych sprawców przestępstw — przykładem jest tu kara pozbawienia wolności [18]. Wyniki zagranicznych metaanaliz, które w swej pracy prezentują polscy seksuologowie, przyjmując za wskaźnik skuteczności terapii poziom recydywy, podkreślają korzyść realizowania oddziaływań psychokorekcyjnych u sprawców przestępstw seksualnych [19]. Izolacja przestępców seksualnych nie wydaje się jedynym i słusznym rozwiązaniem dotyczącym postępowania z tą kategorią osób. Sama kara pozbawienia wolności nie zmniejsza prawdopodobieństwa powrotu do zachowań dewiacyjnych w stopniu znaczącym [3]. W dużej mierze powrotność do przestępstwa jest zależna od oddziaływań terapeutycznych, jakim poddawane są osoby w trakcie odbywania kary za popełnione

czyny. Resocjalizacja tych osób stanowi wyzwanie dla specjalistów z różnych dziedzin nauki, takich jak: pedagogika, psychologia, seksuologia czy kryminologia. Interdyscyplinarność w spojrzeniu na metodykę leczenia zaburzeń preferencji seksualnych stanowi ogromny potencjał pracy zespołu terapeutycznego od poziomu konceptualizacji, poprzez planowanie terapii i jej realizację.

## Zarys problematyki leczenia pedofilii w polsce

### Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej

Tematyka resocjalizacji osób skazanych za przestępstwa seksualne nie jest nowym tematem. Jako jeden z pierwszych badaczy, w polskim piśmiennictwie uwagę na ten problem zwrócił Imieliński [20], który powoływał się na specyfikę pracy terapeutycznej z tą grupą. W Polsce jeden z pierwszych projektów systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności został zaproponowany przez pracowników Zakładu Karnego w Rzeszowie. Na podstawie swoich doświadczeń, obserwacji i piśmiennictwa stworzyli program dla osób osadzonych, na którym kolejne jednostki penitencjarne mogły się wzorować [21]. Pierwszego stycznia 2006 roku pojawiła się nowelizacja Ustawy z dnia 6 stycznia 2007 roku, która obliguje Służbę Więzienną do objęcia specjalistycznymi oddziaływaniami osoby skazane za przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych (w tym pedofilii). Oddziaływania te nie mają na celu zmiany ich preferencji. Terapia ma umożliwić między innymi edukację w zakresie wiedzy i umiejętności, która wzmocni mechanizmy samokontroli i samoregulacji, zmodyfikuje sferę poznawczą, jednocześnie osłabiając zniekształcenia poznawcze, ułatwić pracę nad przejmowaniem odpowiedzialności za własne czyny i zdolności do przejawiania empatii wobec ofiar. Głównym celem programu terapeutycznego jest nabywanie kompetencji, które zmniejszą prawdopodobieństwo ponownego dopuszczenia się przestępstwa [22]. Przy tej okazji warto ponownie podkreślić, że odbywanie kary w systemie terapeutycznym nie oznacza tego, że skazany ma ją odbywać przez cały okres orzeczonej kary, a jedynie przez okres trwania terapii. Terapeutyczny system wykonywania kary z założenia ma być systemem przechodnim, który powinien być stosowany przez określony czas, w którym skazani wymagają specjalistycznego oddziaływania, rozumianego jako specjalistyczna opieka psychologiczna, lekarska i rehabilitacja [23]. Tym samym należy zaznaczyć,

że skuteczność odbywania kary w systemie terapeutycznym jest zależna w znacznym stopniu od samego skazanego w odbywanie kary w tym systemie, a także jego zaangażowania w zajęciach terapeutycznych. Po przyjęciu na oddział terapeutyczny rozpoczyna się proces przygotowywania osadzonego. W głównej mierze polega on na budowaniu właściwej motywacji do przejścia programu terapeutyczno-resocjalizacyjnego dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Czas realizacji programu terapeutyczno-resocjalizacyjnego jest określany przez zespół terapeutyczny, który projektuje i realizuje wskazane oddziaływania psychokorekcyjne. Termin zakończenia ustala się indywidualnie na podstawie oceny postępów skazanego w terapii. Natomiast po zakończeniu programu praca ze skazanym koncentruje się głównie na utrwalaniu efektów programu. Program terapeutyczno-resocjalizacyjny dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności jest w przeważającej części prowadzony w formie zajęć grupowych. Osadzeni mają możliwość spotkań indywidualnych z psychologiem penitencjarnym, jednak w głównej mierze mają one charakter doraźnej pomocy psychologicznej, a nie psychoterapii. Tym spotkaniom towarzyszy między innymi cel oparty na rozwiązywaniu problemów osobistych skazanego oraz wspieraniu zmian zachodzących w procesie terapii. Program zajęć grupowych jest przygotowywany na podstawie założeń terapii poznawczo-behawioralnej. Do podstawowych celów programu należą: identyfikacja i restrukturyzacja procesów poznawczych, akceptacja odpowiedzialności za popełnione przestępstwo, rozwój rozumienia na poziomie emocjonalnym ofiary, doświadczenie poczucia winy w odniesieniu do przestępstwa, rozwój sfery moralnej, wzrost samokontroli zachowania, nabycie umiejętności kontrolowania własnego pobudzenia seksualnego, rozwój umiejętności społecznych i zmiana stylu życia. Z uwagi na brak wystarczającej wiedzy na temat życia seksualnego, rozwoju psychospołecznego i wiążących się z nim norm, a także dostrzegalnych trudności już na poziomie nazewnictwa części intymnych człowieka — niezwykle ważnym elementem oddziaływań terapeutycznych jest prowadzenie grupowych zajęć z zakresu edukacji seksualnej.

### **Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach pozawieziennych**

Jak wspomniano w poprzedniej części artykułu, leczenie sprawców z zaburzoną preferencją seksualną odbywa się w trybie zamkniętym lub ambulatoryjnym. Wobec sprawcy może zostać wydany nakaz leczenia

nie tylko w warunkach izolacji więziennej, ale i po odbyciu kary pozbawienia wolności, także w ośrodku (oddział w szpitalu) zamkniętym. Należy przy tym mocno podkreślić, że z chwilą kiedy osadzony za przestępstwo seksualne (po odbyciu kary pozbawienia wolności) zostaje skierowany na leczenie do zakładu psychiatrycznego, traci on status skazanego na rzecz statusu pacjenta. Kodeks karny wykonawczy reguluje te okoliczności w Rozdziale XIII o środkach zabezpieczających. Zakład psychiatryczny jest podmiotem leczniczym, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej. Zakłady psychiatryczne mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami: podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia (o tym, kto może być skierowany do określonego zakładu psychiatrycznego z określonym stopniem zabezpieczenia mówi między innymi art. 200a i Art. 200b K.k.w.). Natomiast sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający (tę kwestię reguluje art. 200c K. k. w.), obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym — również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem. Kwestie leczenia poza środowiskiem więziennym należy także rozpatrywać w trybie leczenia ambulatoryjnego. Dzięki możliwości umieszczenia sprawców na oddziale zamkniętym bądź skierowania na specjalistyczną terapię w warunkach ambulatoryjnych otoczenie może mieć większe poczucie ochrony przed samym sprawcą. Zatem kara pozbawienia wolności nie jest już tylko jedyną możliwością nakłonienia sprawcy do leczenia [24]. Dodatkową możliwością jest również stosowanie środków farmakologicznych. W Polsce do leczenia pedofilii wykorzystuje się wsparcie farmakoterapii w postaci: leków blokujących receptory testosteronu, leków obniżających stężenie testosteronu, leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) obniżających poziom popędu seksualnego. W celu uzyskania jak najlepszych efektów leczenia, środowisko lekarskie i psychologiczne oraz terapeutyczne przyjmuje stanowisko uwzględniające farmakoterapię przy jednoczesnym prowadzeniu psychoterapii wobec pacjenta. Należy wspomnieć także o trudnościach z obszaru psychoterapii wobec osób, które przebywają poza środowiskiem więziennym, a są objęte leczeniem. Omawiane trudności odnoszą się do dwóch typów pacjentów: pierwszy to ten,

który przyznaje się, że jest pedofilem, drugi w swoich czynach nie dostrzega krzywdy dzieci i nie przyznaje się do winy. W przypadku osób, które przyznają się do tego, że są pedofilami, postępowanie psychoterapeutyczne obejmuje cztery podstawowe etapy [25]. Pierwszy z nich to wstęp, czyli diagnoza. Na tym etapie psycholog, klinicysta głównie na podstawie wywiadu zbiera dane niezbędne do postawienia rozpoznania nozologicznego. Drugi etap to kontrakt, który obejmuje decyzję o abstynencji oraz przyznanie się do czynu. Kolejny etap to właściwa terapia, czyli czas na wypracowanie życiorysu sprawcy oraz czynników, które mogły mieć wpływ na jego późniejsze czyny. W ramach analizy scenariuszy czynu dokonuje się zmiana schematu myślenia oraz zachowania seksualnego sprawcy. Praca dotyczy między innymi zniekształceń poznawczych, rozwoju umiejętności psychologicznych i społecznych, których sprawcy często brakuje. Po zakończeniu takiej terapii należy poddać weryfikacji to, czy dała ona rezultaty. Wówczas można przejść do tak zwanego wyrównywania krzywd. To etap, na którym sprawca czynu rozumie, co zrobił i dlaczego poniósł karę pozbawienia wolności. Pacjent przyjmuje tę myśl, zastanawia się nad rekompensatą społeczną. Ostatni, czyli czwarty etap dotyczy zapobiegania nawrotom. Sprawca uczy się rozpoznawać sygnały, które mogą poprzedzać jego czyn przestępczy i uczy się na nie odpowiednio reagować. W przypadku osób, które nie przyznają się do winy prowadzi się terapię, która w swym założeniu opiera się na modelu dobrego życia, czyli nie obejmuje ona elementu konfrontacji. Sprawca nie jest zmuszany do przyznania się do winy. Głównym celem terapeutycznym staje się wypracowanie przez sprawcę takich umiejętności społecznych, które pozwolą mu na powrót do społeczeństwa — bez stanowienia dla niego zagrożenia. To niezwykle trudny rodzaj terapii, który rzadko przynosi pożądane efekty [25]. Podobnie prezentuje się sytuacja, kiedy osoba o skłonnościach pedofilnych trafia do specjalisty i nie ma przesłanek do tego, by twierdzić, że popełniła ona przestępstwo przeciwko wolności i obyczajności seksualnej dziecka. Praca psychoterapeutyczna z pedofilem w warunkach otwartego środowiska opiera się na pomocy w zrozumieniu tego, czym jest zaburzenie preferencji seksualnych pod postacią pedofilii, jakie wiążą się z tym konsekwencje prawne i społeczne. To także wnikliwa analiza historii życia pacjenta oraz tak zwanego cyklu dewiacyjnego [26] w celu zidentyfikowania czynników ryzyka, które mogą w przyszłości poprzedzić akt nadużycia wobec dziecka. Jedno z kryteriów diagnostycznych pedofilii, czyli cierpienie osoby odczuwającej popęd seksualny wobec dzieci — uprątności sensu i potrzebę pracy psychoterapeutycznej

z pacjentem o takich skłonnościach. Wymaga to od terapeuty bardzo dużej uważności oraz orientacji na to, co dzieje się w życiu pacjenta, bowiem w przebiegu procesu leczenia być może będzie on zobowiązany do powiadomienia organów ścigania o wysokim stopniu prawdopodobieństwa tego, że ich pacjent dopuścił się czynu pedofilnego. Niezwykle istotne znaczenie ma wsparcie dla samych terapeutów, czyli superwizja. Pozwala na uniknięcie ewentualnego zmanipulowania terapeuty przez pacjenta, aby ze poziomu zrozumienia sprawcy nie przejść na poziom usprawiedliwiania jego czynów. Wspomniane powyżej szczegółowe zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie seksuologii, dotyczące leczenia preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych za cel terapii stawiają zapobieganie recydywie w leczeniu sprawców przestępstw seksualnych. Natomiast głównym celem jest przeciwdziałanie ponownemu podjęciu zachowań seksualnych, które są niezgodne z prawem, czyli recydywie przez osoby, wobec których sądy orzekły, że są winne takim zachowaniom. Główny cel terapii będzie osiągany poprzez: ocenę ryzyka recydywy u leczonych, monitorowanie ryzyka recydywy u leczonych, wskazanie i wykształcenie u leczonych umiejętności osiągania ważnych osobiście doświadczeń „dóbr” w akceptowalny społecznie sposób [17].

## Badania własne

Efektem podstawowych analiz badań doświadczeń terapeutycznych pedofilów był artykuł naukowy pt.: „The problem of pedophilia treatment in Poland” opublikowany w czasopiśmie naukowym „The Polish Journal of Criminology”. Praca powstała w ramach projektu Młodych Naukowców Uniwersytetu Gdańskiego: „Doświadczenia terapeutyczne sprawców przestępstw seksualnych z diagnozą pedofilii” (nr zadania: 538-7300-B635-17) [27].

Fragmenty badania były przedstawione podczas Międzynarodowej Konferencji „Seksuolog w procesie kształcenia ustawicznego” cz. III „Norma i patologia rozwoju seksualnego”, organizowanej przez Studia Podyplomowe Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i Polskie Towarzystwo Seksuologiczne w 2019 roku. Poster prezentujący opisywane badania został wyróżniony Nagrodą Komitetu Naukowego przyznaną przez Komisję Naukową oraz Nagrodą publiczności pozyskaną na podstawie wyników głosowania przeprowadzonego wśród uczestników konferencji, zajmując w konkursie pierwsze miejsce. Ten wyraz zainteresowania i docenienia wybranego przeze mnie obszaru badawczego stanowi uzasadnienie zajmowania się pedofilią jako przedmiotem wielu, interdyscyplinarnych badań.

## Narracja jako sposób rozumienia rzeczywistości

Na potrzebę prezentowanej pracy, przyjęto rozumienie narracji za Trzebińskim i Ziębą określającymi narrację jako pewien sposób rozumienia społecznej rzeczywistości, który odbiera fakty przy uwzględnieniu aktorów, motywów i problemów z ich realizacją [28]. Rozumienie narracyjne aktywizuje wiedzę jednostki na temat ludzkich motywów i komplikacji oraz pokonywania ich w pewnych warunkach. Jak podaje autor, zazwyczaj ta wiedza jest zorganizowana w schematach poznawczych. Rozumienie narracyjne charakteryzuje się pewnymi ogólnymi właściwościami. Struktura schematu i narracji ułatwia w pewien sposób uwzględnienie kontekstu oraz uwrażliwia na kontekst w interpretacji faktów. W rezultacie, podczas interpretacji osoby w ujęciu narracyjnym, jednostka łatwiej przetwarza informacje o danej osobie, szczególnie jeśli dotyczą one ważnych dla niej zdarzeń, czy jej działania. Kolejny istotny wątek przemawia za tym, że struktura narracji ułatwia wykorzystanie osobistego doświadczenia jednostki na poziomie rozumienia faktów. Jedną z najważniejszych konsekwencji, o której wspomina autor, jest to, że informacje, które w sposób bezpośredni odnoszą się do sposobu doświadczania przez jednostkę jakiś wydarzeń są łatwiej asymilowane z otoczenia i generowane przez umysł, co na przykład odbywa się przy przypominaniu sobie pewnych sytuacji, doświadczeń. Informacje takie odnoszą się do intencji działania i przeżywania zdarzeń przez inną osobę. Należy dodać, że narracyjna interpretacja sprzyja identyfikacji z drugą osobą i ułatwia empatyzowanie z nią [29]. Jest to szczególnie istotne w procesie psychoterapii, zwłaszcza na etapie pierwszego kontaktu i budowania relacji terapeutycznej, kiedy wzajemne poznawanie się i rozumienie ma zasadnicze znaczenie i oddziałuje na przebieg i dynamikę procesu. Dzięki umiejętności narracyjnego rozumienia otoczenia, doświadcza się konsekwencji wpływających na jakość relacji z innymi. Zauważono, że sposób rozumienia drugiego człowieka jawi się jako bardziej złożony, uwzględniający jego indywidualne cechy, a także dynamikę jego przemian w czasie. Być może rozumienie staje się bardziej trafne i bliższe procesom doświadczania zdarzeń, które cechują poznawaną osobę? To, co czyni narracyjną interpretację doświadczeń w obszarze oddziaływań psychokorekcyjnych podejmowanych z pedofilami zasadną — to specyfika procesu terapii. Biorąc pod uwagę kontekst oraz warunki, w jakich odbywa się terapia, niezmiernie ważne (jeśli nie najważniejsze) wydaje się stworzenie relacji między pacjentem/klientem, w której będzie on się czuł bezpiecznie. Oprócz treningów umiejętności społecznych i innych form pracy, z jakimi można się zapoznać, czytając o pro-

gramach terapeutycznych adresowanych do osób, które popełniły przestępstwo seksualne — to ważne by przy rozpoczynaniu procesu leczenia pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii poświęcić uwagę właśnie relacji terapeutycznej.

Badania nad skutecznością psychoterapii odnoszą się do znaczenia relacji między pacjentem a terapeutą, szczególnie we wczesnej fazie zaangażowania [30, 31]. Decydują o tym między innymi trzy grupy czynników związane ze wsparciem, uczeniem się, a także działaniem [32]. Ważne jest uwzględnienie perspektywy pacjenta, jego subiektywna percepcja cech, zachowań i sposobów pracy terapeuty [33].

Badania zostały przeprowadzone w jednostce penitencjarnej z okręgu gdańskiego i szpitalu wśród osób, które popełniły przestępstwo z art. 200 kodeksu karnego. Badani przebywali wówczas na oddziale terapeutycznym dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonymi oraz na szpitalnym oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Analizie poddano wypowiedzi 13 sprawców z rozpoznaniem zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Badaniem objęto osoby, które popełniły przynajmniej jeden czyn pedofilny i zostały za niego skazane prawomocnym wyrokiem sądu na karę pozbawienia wolności oraz uczestniczyły bądź były w trakcie terapii dla sprawców przestępstw seksualnych. Każdy z mężczyzn wyraził zgodę na udział w badaniu. Zaprezentowane poniżej wypowiedzi są fragmentem pracy naukowej, do której inspiracją stały się doświadczenia kliniczne autorki niniejszej pracy. Głównym celem pracy było poznanie doświadczeń terapeutycznych sprawców czynów przeciwko wolności i obyczajności seksualnej wobec dzieci. W celu poszukiwań jednostkowych perspektyw odbioru zagadnień terapeutycznych, ich przyjęcia oraz konceptualizacji przez uczestników – dokonano wyboru, aby osadzić pracę w paradygmacie interpretatywnym. Powołując się na unikatowość doświadczeń, wiążące się z nimi odczuwanie emocji oraz pojawienie się myśli, odnosimy się do jednostkowych doświadczeń badanych osób. Wówczas pojawia się możliwość zaprezentowania prawdziwego, opartego na świecie wewnętrznym obrazu interesujących zagadnień [34]. Jednocześnie poszukuje się wyjaśnień, podczas których odwołuje się ona do świadomości, doświadczeń, wyobrażeń oraz przekonań ludzi, którzy stale konstruują i rekonstruują swoje działania [35]. Właśnie na owym konstruowaniu i rekonstruowaniu swoich działań i przekonań opiera się proces psychoterapii w kontekście leczenia pacjentów z zaburzeniem preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. W opracowaniu danych empi-



rycznych wykorzystano analizę strukturalną typową dla psychologii poznawczej. Proces rozumienia ma więc formę interpretowania pewnych danych, jakie napływają z zewnątrz i są generowane przez ludzki umysł. Rozumienie zdarzeń, jakie aktualnie dzieją się wokół, w tym także i tych, w których ważną rolę odgrywa działanie jednostki, jest równoważone z doświadczeniem tychże zdarzeń. Biorąc pod uwagę istotę dość złożonych związków pomiędzy doświadczeniem, występującą refleksją a wypowiedzią, można traktować je jako oparty właśnie na refleksji przekaz pewnej historii, którą się obserwowało bądź przeżyło, jako dobry wskaźnik narracyjnego rozumienia zdarzeń, w tym ich doświadczenia, który jest charakterystyczny dla danej osoby [36]. Na podstawie analizy strukturalnej wywiadów z osobami z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii wyłoniono powtarzające się w wypowiedziach badanych kategorie. Odnoszą się do doświadczenia przez badanych pewnych zdarzeń, które w opisie ich rzeczywistości odegrały istotną rolę w ich sposobie rozumienia świata.

### Kategoria — empatia

Empatia jako zdolność odczuwania stanów psychicznych innych osób jest jedną z umiejętności, na którą zwraca się szczególną uwagę w procesie oddziaływań psychokorekcyjnych przestępców. Empatia może hamować zachowania agresywne i poszerzać perspektywę rozpoznawania potrzeb oraz kierowania swoim zachowaniem w sposób, który uwzględniałby niekrzywdzenie innych osób, w tym w szczególności dzieci. W przedstawionych poniżej fragmentach wypowiedzi badanych pedofilów empatia znajduje się na niskim poziomie, jeśli w ogóle jest obecna w perspektywie postrzegania czynów przez sprawców. Wskazują na to przytoczone słowa:

„Nie potrafię na to odpowiedzieć, co mogą czuć w ogóle ofiary”.

„Nie wiem. Trzeba by było je zapytać, co czuły.”

Powyższe zdania wskazują na brak umiejętności odniesienia się do innego niż swój punkt widzenia danej sprawy. Ta rozbieżność może wynikać z odmiennej roli w sytuacji nadużycia seksualnego; perspektywa sprawcy molestowania zazwyczaj bardzo różni się od perspektywy ofiary, zwłaszcza małoletniej. Kluczowym w procesie terapii jest wzmacnianie i rozwijanie umiejętności empatii u przestępców. Wskazują na to liczne programy adresowane do tej grupy osób, które w swoich modułach tematycznych szczególnie uwzględniają te treści [37]. Warto jednak zwrócić uwagę na to, czy empatia jest umiejętnością, którą można nabyć w tak specyficznych warunkach jak izolacja więzienna lub przymusowe leczenie? Niewystarczająca autorefleksyjność (rozumiana psychoterapeutycznie jako tzw.

„wgląd w siebie”) sprawców często nie sprzyja, czy wręcz utrudnia, rozumienie tak abstrakcyjnych pojęć jak empatia. Przykładowy brak refleksyjności w omawianym obszarze, można dostrzec między innymi w poniższym fragmencie wypowiedzi badanego:

„Ofiar seksualnych nie było. To, co tam w aktach jest, to jest. Gdyby molestowanie seksualne było, to rodziny by nie było ogólnie. Nie obserwowałem ich, nigdy nie miałem do czynienia z taką osobą. Ze spraw więziennych nie będę tutaj mieszał. Nie było przymuszania z mojej strony.”

Zaprzeczanie jako jedno ze zniekształceń poznawczych silnie dominuje zwłaszcza u osób, które popełniły czyn zabroniony w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych. Pomimo prawomocnego wyroku sądu i skazania za popełnione przestępstwa, badany wydaje się nie dostrzegać wagi swoich działań. Rodzina mężczyzny wciąż utrzymuje z nim kontakt, co w indywidualnej perspektywie rozumienia sytuacji oznacza potwierdzenie jego osobistych przekonań o braku molestowania seksualnego. Obecność rodziny w życiu badanego staje się dla niego realnym dowodem niedopuszczenia się nadużycia seksualnego wobec dzieci i jego racji w tej sprawie. Mechanizm zaprzeczania uniemożliwia pracę psychoterapeutyczną ukierunkowaną na minimalizowanie poziomu ryzyka recydywy.

„Jakbym powiedział, że krzywdę mu zrobiłem, to bym kłamał. Ja rozumiem jakbym wziął jakiegoś dziecka na siłę. Bardziej bym się do tego nie przyznał, utrzymywał to w tajemnicy.”

Badany w wyraźny sposób prezentuje znajomość prawa karnego mającego na celu między innymi ochronę seksualności osób małoletnich, jednak w jego przekonaniu sytuacja, którą opisuje, nie nosi znamion czynu zabronionego. Dewaluacja popełnionego czynu jest jedną z najczęstszych technik zniekształcania rzeczywistości przez badanych. Być może stanowi ona jedną z nieuświadomionych metod radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami czy zastaną rzeczywistością? Dzięki niej możliwe jest obniżenie poziomu lęku czy frustracji i przede wszystkim poczucia winy.

### Kategoria — ja jako ofiara

Sposób postrzegania siebie jako ofiary sytuacji, błędnie postawionej przez specjalistów diagnozy czy przekonanie na temat tego, że to nie sprawca jest odpowiedzialny za popełniony czyn, a młody człowiek, który został przez niego nadużyty seksualnie, to kolejne ujęcia, jakie uwidaczniają się w poniższych fragmentach wypowiedzi pedofilów.

„Nie było żadnej ofiary, to mi jest trudno mówić. To była zwykła zemsta. To ja jestem ofiarą, a nie on. Ja go nigdy nie molestowałem.”

„To jest osoba, która tego chciała. Tak jak już mówiłem, nie byłem bierny. To ja się mu dałem wykorzystać”

„Przykro mi jest. Może nie pedofil, to ofiara, tylko to nieszczęśliwy człowiek.”

„No ciężko jest. Człowiek tego nie zrobił, a jest przestrzegany. No ja tego nie zrobiłem. Jest przykro kiedy całej prawdy nie znają, a tak mówią.”

Rodzaj atrybucji w psychologii, który zakłada, że przyczyną zachowania danej osoby były określone właściwości sytuacji albo inne czynniki zewnętrzne względem tej osoby (np. przypadek czy zachowanie innych ludzi) w przeciwieństwie do jego własnych cech oraz wyborów (np. zdolności lub ich brak, motywacji, cech osobowości) nazywany jest atrybucją zewnętrzną czy sytuacyjną [38]. Ją także możemy zaobserwować na etapie analizy wypowiedzi pedofilów.

„Tu też są tacy, co gwałcą i mordują. To już jest tragedia. Ja na przykład nie miałem zamiaru gwałcić. U mnie nic takiego nie było. Po prostu zaniedbanie nastąpiło i wyszło, jak wyszło.”

„Jak słuchałem na zajęciach tutaj, żeby wykryć u kogoś pedofilię, to myśli muszą występować pół roku. U mnie czegoś takiego nie było, seksu nie było. Raz się zdarzył, bo to nie z mojej winy. Po prostu to, do czego doszło, nie było moim zamierzeniem.”

### Kategoria — edukacja seksualna

Bez wątpienia edukacji seksualnej można przypisać wiele istotnych funkcji, nie tylko z poziomu zyskiwania wiedzy w obszarze seksualności, ale również konsekwencji, jakie się z tym wiążą, czyli między innymi określania własnych, ale i poszanowania cudzych granic w zakresie seksualności, wolności i podmiotowości w kontaktach seksualnych z innymi. Potrzeba edukacji seksualnej stanowi kluczową kwestię w kontekście wspierania w prawidłowym procesie rozwoju psychoseksualnym człowieka w zasadzie na każdym z jego etapów.

„Gdybym wiedział, że takim kosztem jest zaspokojenie potrzeby seksualnej... Bo jestem facetem. Gdybym ja miał chociaż minimum wiedzy, to bym tego nie zrobił. Myślałem, że to co robię, to dobrze.”

„Ja sobie wtedy nie zdawałem sprawy, że wykorzystuję niedojrzałość dzieci. Byłem pewny, że to co robię, jest dobre.”

„No ja takich rzeczy to nie wiedziałem, co się dowiedziałem na terapii.”

Powyższe fragmenty wypowiedzi pedofilów odnoszą się do braku wiedzy na temat własnej seksualności z poziomu: preferencji, potrzeb i sposobów jej spełniania. Badani mężczyźni deklarowali, że ich aktywność seksualna z dziećmi miała wymiar normatywny, niebudzący żadnych wątpliwości ani w obszarze

przestrzegania norm prawnych, ani obyczajowych, a przede wszystkim podmiotowości i prawa do wolności seksualnej najmłodszych.

### Kategoria — kara i co dalej?

Pytanie o karę zainicjowało projekt wspomniany w części otwierającej podrozdział o badaniach własnych. Kwestia była i jest poruszana zarówno przez specjalistów, jak i osoby ze zdiagnozowaną pedofilią. Uzasadnieniem tak stawianego pytania, a w efekcie wyłonienia tej kategorii są powtarzające się w wypowiedziach odniesienia do kontynuacji leczenia po odbyciu kary pozbawienia wolności i późniejszej re-adaptacji społecznej sprawców. Ta kategoria zwraca szczególną uwagę na problematykę leczenia pedofilii w Polsce. Warto spojrzeć na dyskurs o przemocy seksualnej z perspektywy doświadczeń kraju jeszcze przed transformacją ustrojową. Dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku pojawiła się dyskusja dotycząca przestępstw przeciwko wolności i obyczajności seksualnej. Odnosiła się ona między innymi do debaty na temat odpowiedzialności ofiary za zachowanie sprawcy [39]. W przypadku krzywdzenia seksualnego dzieci przez dorosłych i ponoszenia konsekwencji za dokonane czyny społeczeństwo nadal pozostaje mocno skoncentrowane na izolacji tych osób, nie wykazując dużego zainteresowania formami zapobiegania czy leczenia sprawców. W ostatnich doniesieniach medialnych dziennikarze coraz częściej zajmują się uwidacznianiem problematyki postępowania ze sprawcami czynów pedofilnych, jednak często zachowują przy tym stronnictwo w odniesieniu do wykluczenia społecznego tych osób. Temat okazuje się bardziej wielowątkowy, co w pewnej części ukazują poniższe fragmenty wypowiedzi pedofilów.

„Ja zapłacę z własnej kieszeni, żeby rozwiązać swój problem. Chcę zrobić komplet badań, ale nie podważyć diagnozę, to jak mam zaufać komuś?”

„Nie chcę pigułki – ją trzeba kiedyś odstawić, mogą być skutki jeszcze gorsze.”

„Będę się starał sam sobie jakoś z tym poradzić, ale nie wykluczam spotkania z psychologiem, jak zajdzie taka potrzeba, okoliczność.”

Sprawcy dostrzegają potrzebę leczenia zaburzeń preferencji seksualnych, ale i wsparcia w postaci kontaktu z psychologiem, seksuologiem czy psychoterapeutą. Zwiększa się świadomość na temat możliwości korzystania z różnych form oddziaływań psychokorekcyjnych, jednak ich dostępność wciąż pozostaje tematem wymagającym zarówno gruntownego omówienia w środowisku specjalistów, jak i systemowych rozwiązań w skali kraju. Warto przyglądać się do świadczeń innych państw, gdzie od lat funkcjonują

instytucje pomocowe i ośrodki badawcze zajmujące się między innymi wsparciem i terapią osób dokonujących przestępstw seksualnych, przykładem tych działań jest „Rockwood. Psychotherapy & Consulting” prowadzone przez Liama E. Marshalla w Kanadzie.

### **Kategoria — relacja terapeutyczna**

To niewątpliwie jedna z najważniejszych kategorii, jaka wyłoniła się w analizowanych wypowiedziach osób badanych. To właśnie relacji terapeutycznej poświęca się wiele uwagi w procesie terapii. Terapeuci wywodzący się różnych nurtów uznają ją za niezwykle ważny element pracy z pacjentem, który niejednokrotnie niesie za sobą potencjał „w zdrowieniu pacjenta”. Biorąc pod uwagę specyfikę pracy w warunkach izolacji, często jest ona obwarowana sądowym przymusem leczenia wykluczającym zasadę dobrowolności, jaka towarzyszy ludziom podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu psychoterapii. Poniżej znajdują się wypowiedzi pedofilów na temat formy terapii indywidualnej i grupowej oraz relacji z osobą udzielającą wsparcia.

„Tam są seksuolodzy. Potrzeba leczenia, bo mają wiedzę praktyczną. Bo go obowiązuje tajemnica lekarska. To zostaje u niego w gabinecie. [...] Teraz psychoterapia tylko indywidualna. Ja widzę pewne rzeczy, lekarz zobaczy też inne.”

„Terapia indywidualna... no to z tą Panią jak na spowiedzi, taki pełen komfort miałem, rozmawiając z nią. A uważam, że grupowa daje... i indywidualna też. Grupowa daje więcej swobody. Da się zauważyć, że niektórzy mogą się otworzyć, a niektórym to i nawet łała się zakręciła. W indywidualnej więcej można takich, poruszyć więcej... więcej daje takiej prywatności.”

Badani pedofile nie rozstrzygali jednoznacznie, która z form terapii — indywidualna czy grupowa — jest w ich odczuciu bardziej skuteczna. Opowiadali się głównie za potrzebą łączenia w procesie leczenia możliwości spotkań grupowych przy jednoczesnym indywidualnym wsparciu, powołując się przy tym na istotę relacji terapeutycznej, wskazuje na to między innymi poniżej przytoczony fragment wypowiedzi mężczyzny:

„Grupowa terapia może być, ale jeśli chodzi o otwartość człowieka, to się otworzy w cztery oczy. Zawsze człowiek stara się coś zataić, a ta indywidualna to inaczej. To tłamsi człowieka, jest tłamszące jak zareagują inni. Terapia mogłaby być ogólna, ale żeby były jakieś spotkania indywidualne. Można wtedy zadać konkretne pytania i człowiek się bardziej otwiera, niż tak, że wszyscy słuchają tego.”

W przypadku leczenia pedofilów w warunkach ambulatoryjnych trudności pacjentów klarują się w obszarze lęku o ujawnieniu swoich preferencji, niepokoju przed ewentualną interwencją terapeuty

w związku z ryzykiem popełnienia przestępstwa, jakie pacjent stwarza w społeczeństwie. Ograniczeń i trudności w procesie leczenia pedofilów jest bardzo wiele — zarówno ze strony pacjenta, jak i terapeuty. Warto poświęcać temu uwagę, zarówno w piśmiennictwie, jak i dyskusjach w środowisku. Problematyka leczenia pedofilii nadal pozostaje aktualna, należy zatem stale poszukiwać rozwiązań, które mogłyby ustrukturalizować proces leczenia zarówno z perspektywy jednostki, jak i społeczeństwa.

### **Wnioski**

Problematyka leczenia sprawców przestępstw seksualnych powinna uwzględniać ich osobiste przekonania. To, w jaki sposób ludzie wyrażają swoje przekonania i odnoszą się do swoich doświadczeń, pozwala na poznanie schematów, które w głównej mierze powstały na podstawie ich przeszłych doświadczeń. Analizowanie poszczególnych schematów poznawczych może przybliżyć specjalistów do trafnej konceptualizacji problemu i zaplanowania terapii adekwatnej do potrzeb leczenia. Podczas planowania oddziaływań psychokorekcyjnych należy uwzględnić wiedzę o tym, że schemat to pewien ogólny wzorzec myślenia, postępowania; składa się ze wspomnień, emocji, przekonań, a także doznań cielesnych; dotyczy jednostki i jej relacji z innymi; został wykształcony w dzieciństwie albo w okresie dojrzewania i jest rozwijany w zasadzie przez całe życie [40]. Wnioski ogólne płynące z badań empirycznych wskazują na to, że badani pedofile cechują się niskim poziomem empatii wobec ofiar swojego przestępstwa, w narracjach o przestępstwie posługują się licznymi zniekształceniami poznawczymi; postrzegają siebie jako ofiary zdarzenia, w które zostali uwikłani. Ich wiedza na temat ludzkiej seksualności jest ograniczona, jednocześnie zauważają potrzebę edukacji w tym zakresie. Deklarują chęć kontynuacji leczenia, nie posiadając wiedzy, gdzie mogą uzyskać specjalistyczną pomoc. Duże znaczenie przypisują relacji terapeutycznej, zwłaszcza w kontekście indywidualnej pracy z profesjonalistą i to jej przypisują istotne znaczenie w procesie dążenia do zmiany swoich przekonań i zachowań. Dopełnieniem tego wniosku jest zwrócenie uwagi na podmiotowy charakter procesu leczenia, który odnosi się do potrzeby zaufania i tworzenia bezpiecznej relacji z terapeutą. Tego typu kierunek myślenia o terapii pedofilów wiąże się z wieloma trudnościami i ograniczeniami wpisującymi się w specyfikę pracy w środowisku izolacji społecznej czy w późniejszym rozumieniu procesu readaptacji społecznej pacjenta, który wcześniej został skazany za molestowanie seksualne dzieci. Nie należy przy

tym lekceważyć wniosku, że badani sprawcy deklarują chęć uczenia się o swojej seksualności, zwracając uwagę na doświadczanie terapii w zaangażowanym działaniu oraz duże znaczenie przypisują wparciu w środowisku poza izolacją. Przedstawiona praca ma charakter rozważań o procesie terapii osób z zaburzeniem preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Jest także wyrazem uznania dla pracy osób wspierających ich proces zmiany. Wyrażam dużą nadzieję na to, że tekst skłoni do krytycznego, refleksyjnego myślenia o procesie terapii wśród profesjonalistów oraz zachęci do dyskusji na temat zapewnienia specjalistycznego wsparcia w postaci miejsc i osób zaangażowanych w proces leczenia pedofilów.

### Piśmiennictwo:

1. Beisert M. Kazirodstwo. Rodzice w roli sprawców. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
2. Pospiszyl K. Przestępstwa seksualne. Wydawnictwo APS, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
3. Marcinek P, Peda A. Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej. *Seksuologia Polska* 2009; 7(2): 59–64.
4. Juszcak D, Korzeniewski K. Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców przestępstw seksualnych działających pod i bez wpływu alkoholu. *Seksuologia Polska* 2016; 14(1) 1–6.
5. Beisert M. Pedofilia: geneza i mechanizm zaburzenia. GWP, Sopot 2012.
6. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Psychopatologia. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
7. Mic A, Lew-Starowicz Z. Zaburzenia parafilne w ujęciu DSM-5. *Przegląd Seksuologiczny* 2014; 38.
8. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne (1998). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków 2000.
9. Beisert M. Pedofilia: geneza i mechanizm zaburzenia. GWP 2012.
10. Porzecka B., Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck 2005.
11. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. PZWL, Warszawa 2000.
12. Imieliński K. Seksiatria. PWN, Warszawa 1990.
13. Curwen B, Palmer S, Ruddel P, Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa. GWP, Sopot 2006: 29.
14. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. Zysk i S-ka, Poznań 2003: 86.
15. Opora R. Terapia poznawczo-behawioralna w resocjalizacji. [w:] *Terapia w resocjalizacji. Cz. 1. Ujęcie teoretyczne.* (red.). Szczepaniak P, Rejzner A. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009: 138–149.
16. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. [za:] Prasko J, Slepecky M, Kognitivne-behawioralni terapie depresivnich poruch. Praha, Psychiatrické centrum 1995. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
17. Lew-Starowicz Z. Leczenie sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej. PZWL, Warszawa 2017.
18. Gierowski JK, Kasperek K. Nowe regulacje dotyczące postępowania ze sprawcami tzw. przestępstw seksualnych na tle aktualnego stanu wiedzy w zakresie redukcji recydywy seksualnej. *Psychiatria i Psychologia Sądowa* 2011; 4: 1.
19. Czernikiewicz W, Baran D. Terapia grupowa preferencyjnych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej w nurcie poznawczo-behawioralnym. [w:] *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna.* (red.) Rawińska M. PZWL, Warszawa 2019.
20. Bilikiewicz T, Imieliński K. Seksuologia kliniczna. PZWL, Warszawa 1978.
21. Rutkowski R, Sroka W. Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. *Seksuologia Polska* 2007; 5(1) 1–8.
22. Majcherczyk A. Model terapii sprawców przestępstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, stosowany w polskich zakładach karnych. *Przegląd Seksuologiczny* 2007; 9.
23. Kolarczyk T. Terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności. *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 1995; 10: 36.
24. Marcinek P, Kapała A. Pedofilia w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym. *Seksuologia Polska* 2012; 10 (2): 76–84.
25. Wrzesień A. Pedofilia między kontrolą a wyleczeniem. *Psychiatria po dyplomie* 2013.
26. Salter A. Drapieżcy. Pedofile, gwałciciele i inni przestępcy seksualni. Media Rodzina, Poznań 2005.
27. Dymowska A. The problem of pedophilia treatment in Poland. *The Polish Journal of Criminology* 2019; 4.
28. Trzebiński J, Zięba M. Narracyjne rozumienie innego człowieka a jakość więzi społecznych. *Psychologia Jakości Życia* 2006; 5(2): 143–160.
29. Trzebiński J, Zatorski M. Narracje wśród ludzi. *Studia psychologiczne* 2003; 41(4).
30. Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. [w:] *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
31. Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. [w:] *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
32. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. [w:] *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
33. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Nobile S, Wong E, Therapis variables. [w:] *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
34. Przybyliński S. Więźniowie niebezpieczni. Oficyna Impuls: Kraków 2012: 203.
35. Sławewski B. Znaczenie paradygmatów w badaniach jakościowych. [w:] *Badania jakościowe. Podejścia i teorie.* Jemieliński D. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012: 78.
36. Trzebiński J., Autonarracje nadają kształt życiu człowieka. [w:] *Narracja jako sposób rozumienia świata.* (red.). Trzebiński J. GWP, Sopot 2002.
37. Craig AL, Dixon L, Gannon TA. What works in offender rehabilitation. An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment. John Wiley & Sons, Ltd, New Jersey 2013.
38. Zimbardo PG. Psychologia i życie. PWN, Warszawa 2004.
39. Kościńska A. Płeć, przyjemność i przemoc. Kształtowanie wiedzy eksperckiej o seksualności w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2014.
40. Young J, Klosko J, Weishaar M, Terapia schematów. Przewodnik praktyka. GWP, Sopot 2013.

# Zasady edycji oraz informacje dla autorów

## ZASADY EDYCJI ORAZ INFORMACJE OGÓLNE

Czasopismo *Seksuologia Polska* (nazywane dalej SP) jest oficjalnym pismem Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, w którym są publikowane artykuły pogładowe, oryginalne prace badawcze z zakresu seksuologii, opisy przypadków, listy, recenzje książek oraz komentarze redakcyjne, a także artykuły tłumaczone, pochodzące z pism zagranicznych.

Redakcja SP przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej i oczekuje, że badania dotyczące ludzi zostały przeprowadzone zgodnie z tymi zasadami. Prace odnoszące się do ludzi muszą być zaakceptowane przez odpowiednią lokalną Komisję Etyczną, co należy zaznaczyć w tekście.

**Zasady recenzowania prac.** Nadsyłane prace wstępnie ocenia redakcja SP. Prace niespełniające podstawowych warunków publikacji są odrzucane. Manuskrypty niekompletne lub przygotowane w stylu niezgodnym z zasadami podanymi poniżej redakcja odsyła autorom bez oceny merytorycznej. Pozostałe manuskrypty zostają zarejestrowane i są następnie przekazywane do oceny niezależnych recenzentów. Autorzy mogą wskazywać nazwiska recenzentów. Redakcja zastrzega sobie jednak prawo ostatecznego wyboru. Akceptacja pracy do druku odbywa się na podstawie pozytywnych opinii recenzentów.

**Konflikt interesów.** Jednocześnie ze złożeniem manuskryptu autorzy prac badawczych są zobowiązani do ujawnienia, jeżeli takie istnieją, wszelkich zobowiązań finansowych pomiędzy autorami i firmą, której produkt ma istotne znaczenie w nadesłanej pracy lub firmą konkurencyjną. Po akceptacji manuskryptu do druku Redakcja omawia z autorami formę w jakiej informacje o źródłach finansowania powinny zostać udostępnione Czytelnikom.

W związku z tym, że artykuły pogładowe i komentarze redakcyjne polegają na wyborze i interpretacji danych z dostępnego piśmiennictwa redakcja SP oczekuje, iż autorzy tego typu opracowań będą wolni od finansowych związków z firmami, których produkty są przedmiotem artykułu (lub z firmami konkurencyjnymi).

Wymaga się, by recenzenci, członkowie redakcji, zastępcy redaktora naczelnego ujawnili w liście do redaktora naczelnego wszelkie zobowiązania i okoliczności mogące wpłynąć niekorzystnie na proces wydawniczy manuskryptu podlegającego recenzji. List ten powinien zawierać oświadczenie o jakichkolwiek powiązaniach finansowych (o ile takie istnieją) z firmą produkującą lek będący przedmiotem publikacji.

Ewentualne spory z Wydawcą dotyczące publikacji rozstrzygane będą przez Sąd Rejonowy właściwy dla siedziby Wydawcy. Stosunki prawne łączące Wydawcę i autora podlegają prawu polskiemu i obowiązującym Polskę konwencjom międzynarodowym.

**Pozwolenie na druk.** Do materiałów poprzednio opublikowanych należy dołączyć pismną zgodę na ponowne wydanie, zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy. Jeżeli informacje zawarte w opisie przypadku, na ilustracji lub w tekście pracy oryginalnej pozwalają na identyfikację osób, należy dostarczyć ich pismną zgodę na publikację.

**Przekazanie praw autorskich.** Przesyłając maszynopis wraz z ilustracjami i tabelami, autor (autorzy) oświadcza, że nadesłana praca nie była uprzednio publikowana ani nie została złożona do redakcji innego czasopisma (z wyłączeniem streszczeń nieprzekraczających 400 słów). Ponadto oświadcza, że automatycznie i nieodpłatnie przenosi wszelkie prawa autorskie do wydawania i rozpowszechniania nadesłanych materiałów we wszystkich znanych formach i na wszystkich znanych polach eksploatacji na Wydawcę, pod warunkiem, iż materiały te zostaną zaakceptowane do publikacji. Jednocześnie zgadza się, że praca nie zostanie opublikowana gdziekolwiek i w jakimkolwiek języku bez wcześniejszej pisemnej zgody nabywcy praw autorskich, jakim jest Wydawca.

**Zastrzeżenie.** Redakcja oraz Wydawca dokładają wszelkich starań, by informacje opublikowane w SP były wiarygodne i dokładne. Jednakże opinie wyrażane w artykułach, czy reklamach są publikowane na wyłączną odpowiedzialność autorów, sponsorów lub reklamodawcy. W związku z tym ani Redakcja, ani Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania jakichkolwiek nieścisłych informacji. Dawki leków i inne wartości liczbowe są sprawdzane z należytą starannością, jednak wszelkie schematy leczenia opisywane w SP powinny być stosowane w zgodzie z informacjami o leku publikowanymi przez producenta.

## PRZYGOTOWANIE MANUSKRYPTU

Regulamin zgłaszania artykułów do druku opracowano na podstawie *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* N. Engl. J. Med. 1997; 336: 309–315.

Każda z części artykułu powinna zaczynać się na nowej stronie: strona tytułowa, streszczenie (polskie i angielskie), słowa kluczowe (polskie i angielskie), tekst, podziękowania, piśmiennictwo, tabele i ryciny. Kolejne strony należy ponumerować, rozpoczynając od strony tytułowej. Skróty pochodzące od słów angielskich, wraz z rozwinięciem, należy podać w nawiasie za skracanym określeniem przy pierwszym jego wystąpieniu w tekście. Powinno się unikać skrótów nieakceptowanych przez międzynarodowe grupy ekspertów.

## Prace powinny mieć następującą strukturę:

**Strona tytułowa.** Powinna zawierać: pełny tytuł pracy (polski i angielski), tytuł skrócony (polski i angielski), zawierający maksimum 40 znaków (łącznie z odstępami), imiona i nazwiska autorów oraz tytuły naukowe, nazwę instytucji, z której pochodzi praca, imię i nazwisko, adres, numer telefonu i faksu autora odpowiedzialnego za korespondencję z redakcją. Ponadto należy umieścić informację o grantach i innych źródłach finansowania oraz aktualne miejsce pracy autorów.

**Streszczenie (polskie i angielskie).** Nie powinno zawierać więcej niż 250 słów. W streszczeniu pracy oryginalnej należy wyodrębnić cztery akapity zatytułowane: Wstęp, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski. Pod streszczeniem należy umieścić 3–10 słów lub wyrażen kluczkowych (polskie i angielskie), w miarę możliwości zgodnych z *Medical Subject Headings Index Medicus*.

**Tekst.** Prace oryginalne należy podzielić na następujące części: Wstęp, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja, Wnioski. Prace pogładowe mogą być podzielone w inny sposób.

Nie należy przekraczać zalecanych objętości prac: praca oryginalna — 3000 słów, pogładowa — 6000 słów, opis przypadku — 2000 słów, list — 1000 słów. Przedstawione limity nie obejmują streszczenia, tabel, piśmiennictwa. Dodatkowe informacje i podziękowania mogą się znaleźć po zakończeniu tekstu, przed wykazem piśmiennictwa.

**Piśmiennictwo.** Należy drukować z podwójnym odstępem, pozycje ponumerowane zgodnie z kolejnością cytowania w tekście (nie w porządku alfabetycznym). Zalecenia dotyczące piśmiennictwa są zgodne z *Index Medicus*.

**Czasopisma.** Należy podać: kolejny numer pozycji, nazwiska autorów i pierwsze litery imion (jeśli autorów jest nie więcej niż sześciu, należy wymienić wszystkich, jeśli siedmiu i więcej, należy podać trzech pierwszych z dopiskiem „i wsp.”, tytuł pracy, tytuł czasopisma (skrót tytułów czasopism powinny być zgodne z *Index Medicus*), rok, tom (cyframi arabskimi), numer strony początkowej i końcowej. Prosimy nie używać określeń: „w druku”, „w przygotowaniu”, „informacja ustna” — w uzasadnionych wypadkach można je zastosować w odpowiednim miejscu w tekście.

**Przykład:** Eliasson M., Jansson J., Nilsson P., Asplund K. Increased levels of tissue plasminogen activator antigen in essential hypertension. A population-based study in Sweden. *J. Hypertens.* 1997; 15: 349–356.

**Książki.** Należy podać: kolejny numer pozycji, nazwisko i inicjały imion autora, tytuł, wydawcę, miejsce i rok wydania. Powołując się na treść rozdziału książki, należy podać: nazwisko autora rozdziału, inicjały imion, tytuł rozdziału, nazwisko autora (redaktora) książki, inicjały imion, tytuł książki, wydawcę, miejsce i rok wydania, przedział stron.

**Przykład:** (autor i redaktor są różnymi osobami): Rosen M.R. Principles of cardiac electrophysiology. W: Kelley W.N. red. Internal Medicine. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1992; 90–95. (autor jest redaktorem): Braunwald E. Heart Disease. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1992; 393–418.

**Tabele, ryciny, fotografie.** Powinny być czarno-białe, ponumerowane, wydrukowane na osobnych kartkach. Fotografie: czarno-białe, trzy odbitki, na blyszczącym papierze, format od 13 × 18 cm do 15 × 20 cm, o jakości gwarantującej czytelność po 2-krotnym zmniejszeniu wielkości. Na odwrocie fotografii i rycin należy zaznaczyć: numer zgodny z kolejnością zamieszczania w tekście, nazwisko pierwszego autora, początek tytułu; należy też wskazać górną część. Opisy tabel, rycin i fotografii powinny być drukowane na oddzielnych kartkach. Materiały ilustracyjne poprzednio publikowane należy zaopatrzyć w pismną zgodę Wydawcy na ponowną publikację.

**Elektroniczny zapis manuskryptu.** Prosimy autorów o przygotowanie tekstów z wykorzystaniem powszechnie używanych edytorów tekstu. Zalecane jest stosowanie standardowych czcionek o rozmiarze 12 punktów.

Materiały należy przesłać do publikacji pocztą elektroniczną. Używany program pocztowy powinien umożliwiać dołączanie plików do przesyłanej informacji. Zaleca się, by poszczególne części pracy (tekst, ilustracje, tabele, zdjęcia itp.) były wysyłane jako oddzielne pliki. Ryciny w wersji elektronicznej powinny być przesłane w pliku programu, w którym zostały wykonane. Aby usprawnić przysyłanie danych, należy dokonać ich kompresji za pomocą formatów \*.arj lub \*.zip.

Do każdego artykułu należy dołączyć list przewodni stwierdzający, że:

- praca nie została opublikowana ani nie została złożona do innej redakcji;
- praca została zaakceptowana przez wszystkich współautorów i kierownictwo ośrodków, w których została wykonana;
- autor (autorzy) zgadza (zgadzają) się na automatyczne i nieodpłatne przeniesienie wszelkich praw autorskich na Wydawcę w momencie zaakceptowania materiałów do publikacji;
- ujawniono wszelkie źródła finansowania;
- autor (autorzy) zna (znają) zasady edycji i informacje dla autorów ogłaszane w piśmie „Seksuologia Polska” i będą ich przestrzegać;
- autor (autorzy) jest gotów (są gotowi) pokryć ewentualne koszty wydrukowania kolorowych ilustracji.

Schemat listu przewodniego jest dostępny pod adresem:  
[www.sp.viamedica.pl](http://www.sp.viamedica.pl)

Korespondencję zawierającą materiały do publikacji należy wysłać na adres: Redakcja, ul. Husarska 6b, 02–489 Warszawa, tel.: (+48) 0601 230 892, e-mail: [s.jakima@wp.pl](mailto:s.jakima@wp.pl)

## Editorial policy & instructions for authors

### EDITORIAL POLICY AND GENERAL INFORMATION

*Polish Sexology* hereinafter referred to as PS or 'the Journal' is the official journal of the Polish Sexology Society and publishes review articles, original investigations in the field of sexology, case reports, letters, book reviews and editorial comments as well as translations of articles from recognized international journals.

The PS editors endorse the principles embodied in the Helsinki Declaration and expect all research involving humans to be conducted in accordance with these principles. All human research must gain acceptance of the local ethical committee, which acceptance should be indicated in the manuscript.

**The review process.** Received manuscripts are initially examined by the PS editors. Manuscripts with insufficient priority for publication are rejected immediately. Incomplete submissions or manuscripts not prepared in the required style (see below) are sent back to the authors without scientific review. Accepted manuscript will be registered and sent to outside reviewers. We encourage authors to suggest the names of possible reviewers, but we reserve the right of final selection. Submitted papers are accepted for publication after a positive opinion has been returned by the independent reviewers.

**Conflicts of interest.** Authors of research articles should disclose at the time of submission any financial arrangement they may have with a company whose product figures prominently in the submitted manuscript or with a company making a competing product. If the article is accepted for publication, the editors will usually discuss with the authors the manner in which such information is to be communicated to the reader.

Because the essence of reviews and editorials is selection and interpretation of the literature, the Journal expects that authors of such articles will not have any financial interest in a company (or its competitor) that makes a product discussed in the article.

Journal policy requires that reviewers, associate editors, editors, and senior editors reveal in a letter to the Editor-in-Chief any relationships that they have that could be construed as causing a conflict of interest with regard to a manuscript under review. The letter should include a statement of any financial relationships with commercial companies involved with a product under study.

Legal relations between the Publisher and the author(s) are in accordance with Polish law and with international conventions binding on Poland. Any potential conflict of interest will be dealt with by the local court specific to the Publisher.

**Permissions.** Materials previously published should be accompanied by written consent for reprinting both from the relevant Publishers and the original authors. If it is possible to identify a patient from a case report, illustration or paper, etc. his/her written consent should be provided prior to publication.

**Copyright transfer.** In sending the manuscript the author(s) confirm(s) that (s)he has (they have) not previously submitted it to another journal (except for abstracts of no more than 400 words) or published it elsewhere. The author(s) also agree(s), if and when the manuscript is accepted for publication, to automatic and free transfer of copyright to the Publisher allowing for the publication and distribution of the material submitted in all available forms and fields of exploitation. The author(s) accept(s) that the manuscript will not be published elsewhere in any language without the written consent of the copyright holder, i.e. the Publisher.

**Disclaimer.** Every effort is made by the Publisher and Editorial Board to see that no inaccurate or misleading data, opinion or statement appear in the PS. However, they wish to make it clear that the data and opinions appearing in the articles and advertisements herein are the responsibility of the respective contributor, sponsor or advertiser. Accordingly, the Publisher and the Editorial Board accept no liability whatsoever for the consequences of any such inaccurate or misleading data, opinion or statement. Every effort is made to ensure that drug doses and other quantities are presented accurately. Nevertheless, readers are advised that methods and techniques involving drug usage and other treatments described in the Journal, should only be followed in conjunction with the drug or treatment manufacturer's own documentation as published in the country of the reader.

### PREPARATION OF MANUSCRIPTS

These guidelines are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. (The complete document appears in *N. Engl. J. Med.* 1997; 336: 305–315).

Every part should begin on a separate sheet: title page, summary and key words, text, acknowledgements, references, individual tables and figures. Pages should be numbered consecutively, beginning with the title page. Abbreviations, if used, should be defined on their first appearance in the text and those not accepted by international bodies should be avoided.

#### Articles should have the following structure:

**Title page.** The title page should carry the full title of the paper and a short title, consisting of not more than 40 characters including spaces, to be used as a running head (and which should be so identified). The first name, middle initial, last name of each author and scientific title should appear. If the work is to be attributed to

a department or institution, its full name should be included. The name, address and telephone/fax number of the author responsible for correspondence concerning the manuscript should appear on the title page. The title page should include the affiliations of the authors and the sources of any support for the work in the form of grants, equipment or drugs.

**Abstracts.** Provide on a separate page an abstract of not more than 250 words. Articles containing original data should include a structured abstract with the following four paragraphs, labeled: Background, Methods, Results, and Conclusions. The abstract should be followed by a list of 3–10 keywords or short phrases. When possible, the terms used should be from the Medical Subject Headings list of the Index Medicus.

**Text.** Full papers of an experimental or observational nature may be usefully divided into sections headed: Introduction, Methods, Results and Discussion, although reviews may have a different format. Do not exceed the allowed space for a specific type of article: original article — 3000 words, review article — 6000 words, case report — 2000 words, letters — 1000 words (not including abstract, tables and references).

**References.** References must be double-spaced and numbered consecutively as they are cited. The style of references is that of *Index Medicus*. Acknowledgments or any additional information may be included between the main text and the references.

**Journals.** List consecutive reference number, list all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list the first three, then 'et al.', list title, journal title (abbreviated according to *Index Medicus*), year, volume (Arabic numerals), first and last page. Numbered references to personal communication, unpublished data, and manuscripts either 'in preparation' or 'submitted for publication' are unacceptable. If essential, such material may be incorporated in the appropriate place in the text. The following is a sample reference: Eliasson M., Jansson J., Nilsson P., Asplund K. Increased levels of tissue plasminogen activator antigen in essential hypertension. A population-based study in Sweden. *J. Hypertens.* 1997; 15: 349–356.

**Books.** List consecutive reference number, last name and initial(s) of the author(s)/editor(s), title, the editor, place and year of publication. Reference to a specific chapter should include: last name and initials of its author(s), chapter title, last name and initials of the book author(s)/editor(s), title, the editor, place and year of publication and pages.

The following is a sample reference:

(book reference with different author and editor) Rosen M.R. Principles of cardiac electrophysiology. In: Kelley W.N. ed. Internal Medicine. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1992; 90–95.

(book reference with identical author and editor) Braunwald E. Heart Disease. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1992; 393–418.

**Tables and illustrations.** Tables and illustrations (numbered, black and white) must be prepared on separate pages. Black and white glossy prints (two copies 13 × 18 cm up to 15 × 20 cm) should be of quality sufficient to maintain desired details with twofold decrease in size. Prints should be submitted with numbers on the back according to their order in the text, and labeled with author's name, a short title of the paper and the indication of the top of the figure. Description to the figures should be provided on separate pages. Written permission from publishers for any figure previously published must be submitted with the initial manuscript.

**Electronic version of manuscript.** Authors are requested to process text with any of the commonly used text editors. Standard fonts are advised, 12-point typeface.

Work-files should be sent using standard e-mail software. The e-mail software must have an option to send data files attached to the e-mail message. In such case all parts of the work should be sent as separate files: text file, picture file(s), table file(s), photo file(s) etc. Illustration should be sent as file of a program in which they were prepared. To speed up the data transfer please compress the files if possible, using \*.arj or \*.zip formats before transmission.

All manuscripts submitted should be accompanied by a covering letter including signed confirmation that:

- Work has not been published or submitted elsewhere as defined earlier in this document;
- Manuscript has been approved by all co-authors (if any), as well as by the responsible authorities at the institution where the work has been carried out;
- Author(s) agree to the automatic and free copyright transfer to the Publisher, if and when the work is accepted for publication;
- All sources of financial support have been fully disclosed;
- Author(s) confirm(s) that (s)he is (they are) familiar with and will observe the Editorial Policy and Information for Authors included in 'Polish Sexology';
- Author(s) agree to accept appropriate invoice from the Publisher in case color illustrations are implemented.

The covering letter formula can be found at:

[www.sp.viamedica.pl](http://www.sp.viamedica.pl)



