

Seksuologia Polska

POLISH SEXOLOGY



Pismo Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego
Journal of the Polish Sexological Society

ROK 2021
TOM 19

Crying and sadness after sexual intercourse: a qualitative study of postcoital dysphoria
Magdalena Liberacka-Dwojak, Helena Ostrowicka, Paweł Izdebski

Kwestionariusz Nadseksualizacji — polska adaptacja metody
Katarzyna Szymczak, Iwona Lidia Janicka

Edukacja seksualna a ocena własnego ciała w populacji kobiet we wczesnej dorosłości
Maja Em-Kamieniec, Martyna Kaźmierska, Magdalena Gawrych

Rectal foreign bodies: the role of gender
Francesk Mulita, Ioanna-Maria Troupi, Elias Liolis, Levan Tchabashvili, Ioannis Perdikaris, Ioannis Maroulis

Pudendal nerve block as a countermeasure to postoperative chronic pain after removal of Bartholin's cyst
Ivan Malkodanski, Ilia Mihaylov, Diana Strateva, Angel Yordanov

Knowledge of comprehensive sexuality education (HIV-component) among young girls in Africa: implications for sex education policies and programmes
Miracle Ayomikum Adesina, Adesola O. Abiodun, Tolulope I. Olajire, Isaac I. Olufadewa, Doha Garba Muhammad, Ogheneruona F. Onothoja

Lights, Camera and Action Against Dating Violence — przykład programu profilaktycznego nastawionego na przeciwdziałanie przemocy w związkach intymnych nastolatków
Katarzyna Maria Waszyńska, Jacek Pyżalski, Sylwia Jaskulska, Iwona Chmura-Rutkowska, Barbara Jankowiak

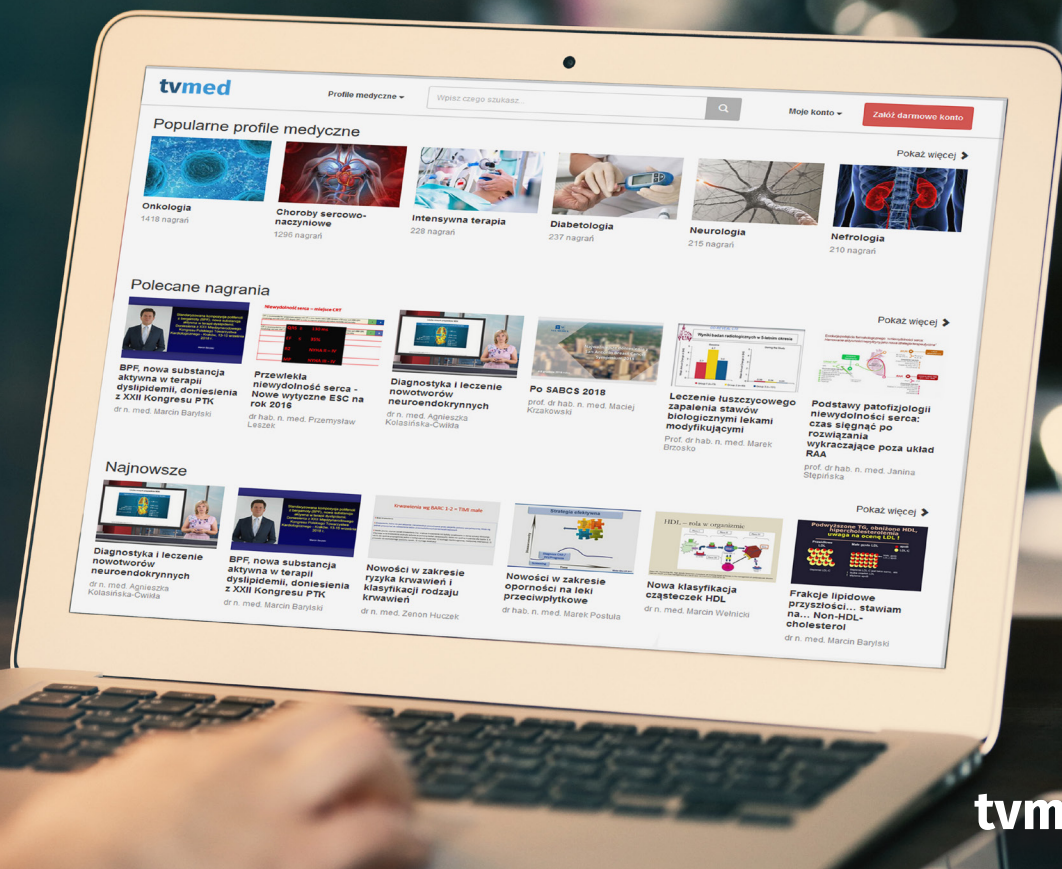
Psychospołeczne wyznaczniki komunikacji seksualnej — przegląd badań
Magdalena Liberacka-Dwojak, Paweł Izdebski

Rozważania teoretyczne nad zastosowaniem fallopletyzmografii w badaniu zinternalizowanej homofobii
Dominik Haak, Aleksandra Plewka

Rozpoznawanie ofiar przemocy seksualnej wśród dzieci i jej skutki w dorosłym życiu
Bogumiła Szewczak, Emil Bartosz Rozenek, Alicja Cichocka, Karolina Michałowska, Wiktor Orlof, Napolen Waszkiewicz

„Nihil novi sub sole”, czyli zespół Lizystraty
Kinga Filipek, Marek E. Marcyniak

Detranzycja — przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny dysforii płciowej (F64.0)
Dominik Haak, Olga Madej



tvmed | OGLĄDAJ
TERAZ

12029_TVmed_2019

MULTIMEDIALNA
PLATFORMA
WIEDZY MEDYCZNEJ

tvmed

- Ponad 5000 wyemitowanych nagrań
- Ponad 300 transmitowanych konferencji
- Ponad 2000 współpracujących z nami specjalistów
- Ponad 1600 godzin materiałów wideo

Dostęp do najlepszej wiedzy medycznej
w ramach jednej prostej opłaty.
Warto skorzystać już dziś!

www.tvmed.pl



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)

Redaktor prowadzący

Kamila Reclaw (Gdańsk)

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, e-ISSN 1731-9544) jest rocznikiem wydawanym w trybie continuous publishing przez VM Media Sp. z o.o. VM Group Sp. K. ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk tel.: 58 320 94 94, faks: 58 320 94 60 e-mail: redakcja@viamedica.pl https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska



20-0832.001.001

Adres Redakcji:

ul. Husarska 6b, 02-489 Warszawa
tel.: 0601 230 892, 22 621 16 72
e-mail: s.jakima@wp.pl

Istnieje możliwość zamówienia pojedynczego artykułu w cenie 12 zł. Zamówienia drogą elektroniczną.

Reklamy: należy kontaktować się z działem reklamy,

tel.: 58 320 94 94; 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 jakikolwiek 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 98.03), MEiN (40), Polskiej Bibliografii Lekarskiej, Scopus, SJR, Ulrich's Periodicals Directory oraz WorldCat.

Polish Sexology (ISSN 1731-6677, e-ISSN 1731-9544) is published once a year as a continuous publishing by VM Media Sp. z o.o. VM Group Sp. K. ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland phone: 58 320 94 94, fax: 58 320 94 60 e-mail: redakcja@viamedica.pl https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska

Editorial Address:

ul. Husarska 6b, 02-489 Warszawa
tel.: 0601 230 892, 22 621 16 72
e-mail: 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
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 98.03), Polish Medical Bibliography [Polska Bibliografia Lekarska], MEiN (40), Scopus, SJR, Ulrich's Periodicals Directory, WorldCat.



Spis treści

PRACE ORYGINALNE

- Crying and sadness after sexual intercourse: a qualitative study of postcoital dysphoria**
Magdalena Liberacka-Dwojak, Helena Ostrowicka, Paweł Izdebski 1
- Kwestionariusz Nadseksualizacji — polska adaptacja metody**
Katarzyna Szymczak, Iwona Lidia Janicka 8
- Edukacja seksualna a ocena własnego ciała w populacji kobiet we wczesnej dorosłości**
Maja Em-Kamieniec, Martyna Kaźmierska, Magdalena Gawrych 18
- Rectal foreign bodies: the role of gender**
Francesk Mulita, Ioanna-Maria Troupi, Elias Liolis, Levan Tchabashvili, Ioannis Perdikaris, Ioannis Maroulis 26
- Pudendal nerve block as a countermeasure to postoperative chronic pain after removal of Bartholin's cyst**
Ivan Malkodanski, Ilia Mihaylov, Diana Strateva, Angel Yordanov 30
- Knowledge of comprehensive sexuality education (HIV-component) among young girls in Africa: implications for sex education policies and programmes**
Miracle Ayomikum Adesina, Adesola O. Abiodun, Tolulope I. Olajire, Isaac I. Olufadewa, Daha Garba Muhammad, Ogheneruona F. Onothoja 34
- PRACE POGLĄDOWE**
- Lights, Camera and Action Against Dating Violence — przykład programu profilaktycznego nastawionego na przeciwdziałanie przemocy w związkach intymnych nastolatków**
Katarzyna Maria Waszyńska, Jacek Pyżalski, Sylwia Jaskulska, Iwona Chmura-Rutkowska, Barbara Jankowiak 42
- Psychospołeczne wyznaczniki komunikacji seksualnej — przegląd badań**
Magdalena Liberacka-Dwojak, Paweł Izdebski 48
- Rozważania teoretyczne nad zastosowaniem fallopletyzometrii w badaniu zinternalizowanej homofobii**
Dominik Haak, Aleksandra Plewka 59
- Rozpoznawanie ofiar przemocy seksualnej wśród dzieci i jej skutki w dorosłym życiu**
Bogumiła Szewczak, Emil Bartosz Rozenek, Alicja Cichocka, Karolina Michałowska, Wiktor Orlof, Napolen Waszkiewicz 64
- „Nihil novi sub sole”, czyli zespół Lizystraty**
Kinga Filipek, Marek E. Marcyniak 72
- Detranzycja — przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny dysforii płciowej (F64.0)**
Dominik Haak, Olga Madej 76

Contents

ORIGINAL ARTICLES

- Crying and sadness after sexual intercourse: a qualitative study of postcoital dysphoria**
Magdalena Liberacka-Dwojak, Helena Ostrowicka, Paweł Izdebski 1
- Oversexualization Questionnaire: Polish adaptation**
Katarzyna Szymczak, Iwona Lidia Janicka 8
- Relationship between sexual education and body estimation among women in early adulthood**
Maja Em-Kamieniec, Martyna Kaźmierska, Magdalena Gawrych 18
- Rectal foreign bodies: the role of gender**
Francesk Mulita, Ioanna-Maria Troupi, Elias Liolis, Levan Tchabashvili, Ioannis Perdikaris, Ioannis Maroulis 26
- Pudendal nerve block as a countermeasure to postoperative chronic pain after removal of Bartholin's cyst**
Ivan Malkodanski, Ilia Mihaylov, Diana Strateva, Angel Yordanov 30
- Knowledge of comprehensive sexuality education (HIV-component) among young girls in Africa: implications for sex education policies and programmes**
Miracle Ayomikum Adesina, Adesola O. Abiodun, Tolulope I. Olajire, Isaac I. Olufadewa, Daha Garba Muhammad, Ogheneruona F. Onothoja 34
- REVIEW ARTICLES**
- Lights, Camera and Action Against Dating Violence: exemplary project to counteract violence in intimate relations of teenagers**
Katarzyna Maria Waszyńska, Jacek Pyżalski, Sylwia Jaskulska, Iwona Chmura-Rutkowska, Barbara Jankowiak 42
- Psychosocial factors related to sexual communication: a systematic review**
Magdalena Liberacka-Dwojak, Paweł Izdebski 48
- Theoretical considerations on penile plethysmography usage in research on internalized homophobia**
Dominik Haak, Aleksandra Plewka 59
- Recognizing the victims of child sexual abuse and future implications for individual children**
Bogumiła Szewczak, Emil Bartosz Rozenek, Alicja Cichocka, Karolina Michałowska, Wiktor Orlof, Napolen Waszkiewicz 64
- „Nihil novi sub sole”, or syndrome of Lisistrata**
Kinga Filipek, Marek E. Marcyniak 72
- Detransition: causes and impact of the phenomenon on the gender dysphoria diagnostic proces (F64.0)**
Dominik Haak, Olga Madej 76

Crying and sadness after sexual intercourse: a qualitative study of postcoital dysphoria

Magdalena Liberacka-Dwojak, Helena Ostrowicka, Paweł Izdebski

Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Abstract

Introduction: A phenomenon of postcoital dysphoria is the experience of negative effect after sexual intercourse, specifically tearfulness, a sense of melancholy or depression, anxiety, or aggression, which is hard to control or minimize. The causes of this phenomenon are unknown. This article presents a content analysis of personal descriptions published on online forums from women suffering from postcoital dysphoria. The study aimed to determine the problem of this phenomenon in personal experiences, to exhibit if psychological description coincides with women's descriptions, and to check how often women write on forums about their problem.

Material and methods: The study was qualitative research: the content analysis of posts appearing on online forums. The study included six online forums related to mental health, relationship and sexuality. All descriptions have been divided into three groups connected with emotions, behaviour, and partner's response. Due to the qualitative research, the most popular PCD symptoms are crying and sobbing what might result from both positive and negative emotions.

Results: Based on the theoretical description of PCD symptoms do not coincide with personal experiences. Furthermore, the partner's response is relevant for understanding and coping with sexual difficulties symptoms.

Conclusion: The postcoital dysphoria causes remain multifactorial.

Key words: postcoital dysphoria, sexual difficulties, qualitative research

Seksuologia Polska 2021; 19: 1–7

Introduction

Sexual dysfunctions among women relate to desire, arousal, orgasm, or pain, which occur before or during sexual activities [1]. They may have existed for their entire adult life or have occurred after a period of normal functioning. Moreover, the dysfunctions may be generalized or happen only in certain situations. One of the most important criteria is that sexual dysfunction causes significant distress or interpersonal difficulties. In developing sexual dysfunctions several factors take part: neurological and biological (e.g. illness, surgery, medications, ageing), psychological (e.g. attitudes toward sex, early negative conditioning experiences, sexual trauma) and social (e.g. conflicts, communication, dislikes) factors [2].

Unfortunately, little attention has been given to emotional problems occurring post-coitally. Postcoital dysphoria (PCD) is the experience of negative affect after sexual intercourse. Specifically speaking, tearfulness, a sense of melancholy or depression, anxiety or aggression can appear [1]. The dysphoria can last for over an hour, and it is hard for a partner or individual to control or minimize [3]. The causes of this phenomenon are unknown, but probably they are multifactorial, mostly with a contribution of psychological factors. According to Basson's model [2], not only physical pleasure is important for women, but also intimacy with their partner, so it is possible that also attachment plays a great role in those symptoms [1]. Postcoital dysphoria can be associated with distress, sexual abuse, or sexual dysfunctions [4]. PCD is also related to hormonal changes during sexual intercourse, specifically in the endocrine system, which can cause sadness or a sense of depression. Women who suffer from postnatal depression are also at risk of having postcoital dysphoria, which confirms hormonal

Adres do korespondencji: Magdalena Liberacka-Dwojak
 Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
 e-mail: li.magda@wp.pl

Przyjęto: 2.10.2020

Zaakceptowano: 16.03.2021

Table 1. Selection of forums

English sites	1. Psychforum.com	11. Theattractionforum.com
	2. Bodybuilding.com	12. Citydata.com
	3. Thetfp.com	13. Babyandbump.com
	4. Huggies.com	14. Netmums.com
	5. Rsdnation.com	15. Rooshuforum.com
	6. Suave.com	16. Self.com
	7. Mpuaforum.com	17. Quora.com
	8. Citydata.com	18. Menshealth.com
	9. Thenakedscientists.com	19. Reddit.com
	10. Mazewomenshealth.com	20. Thestudentroom.co.uk
German sites	1. Elitepartner.com	6. Desired.de
	2. Gofeminin.de	7. Onmedia.de
	3. Befriends.begritte.de	8. Pickupforum.de
	4. Netdokter.at	9. Kleiderkreisel.de
	5. Psychotherapistpraxis.at	
Polish sites	1. Netkobiety.pl	6. Psychologia.net.pl
	2. kafeteria.pl	7. Forum.szafa.pl
	3. Gazeta.pl	8. Forum.abc.zielone.pl
	4. Wizaz.pl	9. Braciasamcy.pl
	5. Menway.interia.pl	

¹Key words and phrases chosen in German and Polish: *weinen nach dem Sex, schlechtes Gefühl nach dem Sex, placz po seksie, smutek po seksie*

fluctuations as a mechanism of understanding these symptoms [5]. Not only psychological or biological factors lead to PCD but also physical pain. For those, who suffer from dyspareunia or vaginismus, PCD symptoms can be a response to pain [3]. In men, this phenomenon occurs also as an auto-immune response to semen or sexual beliefs [6].

It has been mostly reported among females [7]. Bird et al. [3] reported that 32.9% of women had experienced postcoital dysphoria. Experiencing sadness or tearfulness after sexual intercourse may lead to reducing the desire for sexual activities or even avoiding them.

It is relevant to underline, that there is a limited number of research about postcoital dysphoria conducted by specialists. Nevertheless, an internet search identifies a significant number of personal experiences described by individuals. It confirms that PCD symptoms exist and are important for many women and their partners.

Internet forums

The Internet allows people to share information via forums, chat rooms, or blogs [7]. The most important aspect of using them is that individuals can benefit from getting support from other people with the same difficulties [8]. This support includes informational, emotional, instrumental, and appraisal factors, which give motivation or encouragement [7].

Forums allow participants to get information related to their problem: they receive motivation, discuss the same goals, experiences. Moreover, members can

read about personal struggles with overcoming problems. They take responsibility for each other, standing by their goals and what is also relevant, they can laugh at themselves, which helps in overcoming difficulties. Moreover, people can communicate without judgment, staying anonymous [7]. It may also be facilitation for individuals, who are socially isolated, ashamed, or geographically dispersed, but are nevertheless seeking help. The Internet has been held as a safe place for many societies, where users can raise a discussion which they would not do face-to-face, which can be defined as a self-help category [9, 10]. Furthermore, online support via forums or blogs can bring education for participants with the same issue, which can lead to normalizing illness or reducing stigma [8].

Material and methods

Research questions

This study attempted to describe the problem of postcoital dysphoria as described by women. The authors were interested in investigating how often women write on online forums about their problem and what phrases they use to describe their experiences. Moreover, it was attempted to ascertain whether the theory-based phenomenon of postcoital dysphoria is coherent with personal descriptions of its symptoms (Table 1).

Method

A qualitative and quantitative method of research was chosen to elucidate research questions. The aim

of the qualitative methods in the psychology field is to investigate the background of a phenomenon and understand human behaviour. They help answer *why* and *how* questions [11]. More specifically, content analysis is one of the most widely used qualitative techniques. It is defined as a method for studying documents and communication [12]. It is used to describe a phenomenon, containing an emotional sphere [13]. There are four factors necessary for content analysis: being objective, systematic, explicit, and clear [14]. The content analysis consists of six steps: the selection of research material; multiple readings of chosen texts; coding, grouping, and categorization; defining the categories; building tables with quotations and creating a model. This method may be used with qualitative or quantitative data [12].

Selection of empirical materials

Forums that have been included in quantitative research:

Forums that have been included in qualitative research: quora.com, forum.bodybuilding.com, psychforums.com, elitepartner.de, netkobiety.pl, wizaz.pl, all connected with motivation, mental health, relationships, and sexuality.

Only forums with the highest number of posts during the most recent years were included in qualitative research, with posts referring only to emotions, behaviour, and partner responses.

Results

It is relevant to point out how often women write about their problem. No comments were included in the analysis, only main posts.

The first sign of this phenomenon was found in 2001. The results show that the postcoital dysphoria phenomenon is a more and more frequently raised topic.

Women's descriptions of this phenomenon have been included in three categories:

1. Emotions — all mental states which refer to pleasure or displeasure,
2. Behaviour — all actions made by women which refer to their emotions and feelings during or after sexual intercourse,
3. Partner's response — partner's reactions to presented behaviour. It is defined by specific questions, behaviour, or by an attempt to comfort their partner.

Description of phenomenon by women

Emotions

Women describe postcoital dysphoria symptoms as strong, overwhelming feelings. Mostly it relates to

Table 2. The number of posts regarding postcoital dysphoria

2001	1	2011	8
2002	1	2012	12
2003	1	2013	9
2004	4	2014	11
2005	3	2015	5
2006	3	2016	9
2007	9	2017	10
2008	9	2018	15
2009	15		
2010	9		

pleasure, love, attachment, and the need to release emotions. Less often symptoms appear as an effect of frustration or displeasure (Table 2).

Sometimes I have cried when I needed to release emotions and wasn't aware of it [...]. I felt totally open to expressing my emotions and to release whatever was bothering me. It's very cathartic for me when I have a lot on my plate.

It's a horrible thing for a woman to do to a man unless it occurs because of love/overwhelming feelings, and it's fully explained to him so he understands it's a good thing/he has moved you emotionally in a good way.

I cry during sex, but it's because it's so intense and feels so freaking good. I can't control it. When it feels good, I cry.

Never personally but I do get a huge emotional release and can totally understand women who cry afterwards, it is just a physical sign of being completely overwhelmed by emotion.

It happens to me too. If I have lots of stress at work then after good sex I start to relax and cry. That's my body response (translation).

[...] Having sex and being intimate is extremely vulnerable. I've cried with partners that I was in love with [...]

I had something like that once when I felt very good. But it resulted from many factors, more from humour and attachment to my partner, so that I want to be with him and I feel good with him, that we are a long-time together and it was connected with our future plans (translation).

It is relevant to underline that postcoital dysphoria symptoms can appear also as a response to negative feelings or pain.

I suffer from vaginismus, a condition where penetrative intercourse is painful. I was having sex with my boyfriend and experiencing pain and discomfort when

I started crying. Not from the physical pain, but from the complications and frustrations that came along with the experience that was supposed to be magical and pleasant. While my partner was experiencing those very feelings, I was simultaneously conflicted, in pain, and unhappy. I couldn't help killing the mood with some tears.

Behaviour

Women describe the most frequent/common PCD symptoms as tearfulness, crying, sobbing, or bursting into tears. None of them describes aggression or anxiety (Table 3).

[...] However, oftentimes post-orgasm I feel very emotional and often tear up or cry for no apparent reason [...].

I never cry after sex, but I will often sob for a few moments during sex. It's at that moment when I'm reaching a higher pleasure zone — the one right below orgasm. It's so intense that it will bring tears to my eyes, and especially if I can't orgasm as soon as humanly possible at that point, I'll sob vocally as well.

I burst into tears, and not from pain [...].

[...] I was having sex with my boyfriend and experiencing pain and discomfort when I started crying [...].

Partner's response

Another relevant topic that appears in women's descriptions of postcoital dysphoria is their partner's response. Some of the partners were unsure or scared about the situation. Most partners try to comfort women by hugging them or asking about their feelings.

[...] It was a strange feeling, and I was shocked by my own tears. My boyfriend immediately wrapped me in his arms and asked if I was OK.

[...] He would just keep asking me what was wrong, and I wouldn't know. He would just hold me, but I couldn't really be comfortable. [...]

Man asked: „Why are you crying?“. Woman said: “I don't know”.

My partner asked me unsurely what happened. (translation).

He asked me what happened, and I only said that „everything is ok“ (translation).

My partner got used to it, but at first, he didn't understand it (translation).

I felt something like that a few times and my boyfriend got scared (translation).

My partner always laughs and says: „don't cry, it wasn't so bad“ and then hugs me and kisses me (translation).

Based-on theory and personal description of postcoital dysphoria

It is relevant to underline differences in based-on theory and personal description of postcoital dysphoria. Only keywords that describe emotions or behaviour were selected from the texts. Then a table with quotes was created.

As presented above, the description of personal experiences does not coincide with the based-on theory description of postcoital dysphoria. Psychology concentrates only on the negative effect after sexual intercourse, precisely speaking tearfulness, melancholy, anxiety, or aggression. Personal experiences also contain such feelings as feeling intense, overwhelming emotions, the need to release emotions, or feeling attachment. In women's experiences crying and being sad is only a response to stronger and more intense emotions and feeling close to their partner. Both descriptions contain behaviour that is hard to control.

Discussion

Quantitative research shows that women probably have become more open or courageous in writing about sexual difficulties. This may result from the fact that the global network allows people to stay anonymous or to share information with people experiencing the same difficulties. Moreover, the Internet has become more and more popular during the last decade [7, 8]. Furthermore, research shows that our culture has witnessed cultural and social movements since the sexual revolution in the early 20th century [15]. Women often experience the desire to communicate about their problems: they feel comfortable discussing sexual matters [16].

Table 3. Comparison of based-on theory and personal description of PCD symptoms

<ul style="list-style-type: none"> • Negative effect after sexual intercourse • Tearfulness • Sense of melancholy • Sense of depression • Anxiety • Aggression • Hard to control or minimize 	<ul style="list-style-type: none"> • Crying, sadness • Feel very emotional, overwhelming emotions, express emotions, intense emotions (feeling intimacy), emotional release • Need to release emotions • Attachment • Frustration, unhappiness • Hard to control
---	--

Personal experiences and the psychological theory of postcoital dysphoria

Psychological theory concentrates only on negative effects after sexual intercourse, which are hard to control or minimize, without emotions experienced before or during sexual activity, or the causes of the appearance of these symptoms.

Personal experiences include not only negative emotions like sadness, a sense of depression, and frustration, but also underline the role of strong emotions. Women describe it as intense emotions and intimacy when they are overcome with emotions. It contributes to the need to release these emotions which manifest themselves in crying or feeling sad. Moreover, women also talk about a strong sense of self-loathing or shame due to their behaviour.

Emotional closeness, sexual stimuli, and relationship satisfaction play an important role in sexual intercourse. According to Basson's model [2], the most important factors, which take part in the motivation to have sex are emotional intimacy, physical pleasure, and expressing love and attraction. It refers to surroundings, whereas a relationship characterized by trust, emotions, and flirting is increasing the strength of sexual response [17], which coincides with women's description of feeling overcome with emotions, like intimacy, happiness, closeness to a partner.

Women's descriptions of postcoital dysphoria

Emotions

Women often talk about intense emotions and the need to release them. They underline that crying might result from feeling pleasure and comfort. Felt emotions are so intense and overwhelming that they are hard to control. Furthermore, it might result from the need to release problems, difficulties, or things that bothered the women during the day. Sexual intercourse with a loving partner makes them feel open, comfortable, and relaxed so that expressing emotions is easier. Crying after sexual activity might also result from an impression of intimacy and attachment. It confirms that the sexual response cycle [17] clarifies the phenomenon of postcoital dysphoria. It is relevant to underline that crying after sexual intercourse results not only from positive emotions but also from pain or displeasure. Some women underline the role of frustration and feeling unhappy. It pertains to emotions during or after crying.

Behaviour

It is relevant to underline what behaviours women present most often and if it coincides with the based-on theory description. As presented above from the

women's description we can see that crying, sobbing, and bursting into tears are the most common PCD symptoms. This partly coincides with the psychological description of postcoital dysphoria.

Partner's response

It is relevant to underline the partner's role and response in experiencing postcoital dysphoria symptoms. According to the women's descriptions, their partners mostly ask what is wrong, try to comfort them, and minimize crying by hugging or kissing. It is also very common that men are unsure, they do not realize what is wrong. Support from a partner might play a key role in women's difficulties. Moreover, the perception of support is related to greater satisfaction [18]. According to Granero-Molina et al. [19], women are searching for understanding in socio-family support. Perhaps the partner's response is relevant in further understanding and coping with PCD syndrome.

Seeking help

Women writing on forums are also seeking help. They are trying to find someone with similar difficulties with whom to share information and support, what is relevant in overcoming problems and coping with them – feeling that one is not alone. In this case, internet forums can be very helpful, because they are anonymous and available for most people. Furthermore, some women are worried as to whether they are normal. Perhaps it may result from the fact that there is a limited amount of information about postcoital dysphoria. It contributes to a lack of knowledge and education about sexual dysfunctions, which might bring negative emotions, misapprehension, or insecurity when sexual functioning is disturbed.

Positive or negative emotions?

According to the psychological description, the causes of this phenomenon are multifactorial. It might be associated with distress, sexual dysfunctions, hormonal changes during sexual intercourse, pain, or psychological factors [4–6]. The reading of multiple chosen texts has verified that in personal experiences there are two main factors for feeling sad and crying:

1. Positive emotions, like feeling overcome with emotions, intense emotions, intimacy, happiness, attachment. For many women feeling so close to their partner during sexual intercourse makes them feel relaxed, comfortable, and pleasant causing them to cry.
2. Negative emotions, like frustration or pain. For those who suffer from pain, PCD symptoms can be a response to pain.

Postcoital dysphoria as a disorder or natural phenomenon?

The noticeable presence of the theme of PCD on online forums indicates that problems related to women's sexuality have been introduced into the public space. From the perspective of the feminist paradigm [20], this phenomenon could be interpreted in the categories of women clamouring for a voice in matters that concern them. As this research has shown, this voice is not synonymous with theoretical knowledge about postcoital dysphoria. Women's experiences are described as positive emotions and behaviours, which highlight the normalization process of PCD, simultaneously questioning the classification of this state as sexual dysfunction. Basson's Model, adopted by Koslyn and Rosenberg [2], emphasizes the importance of gender in understanding and explaining differences in sexual experiences. In the context of the data obtained in our research, the question arises of whether the concentration of PCD theory on negative states and their consequences for women is not the result of treating what is male as a norm. Concerning this norm, women's behaviours are presented as a disorder or deviation. The affirmative answer to this question would also mean that the pejoratively connected connotations with PCD only strengthen the centuries-old myth of the female being (over) sensitive and weak.

In some cases, postcoital dysphoria is understood as a disorder. Sexual dysfunctions are a heterogeneous group of disorders that are typically characterized by a clinically significant disturbance in a person's ability to respond sexually or to experience sexual pleasure. If severe relationship distress, partner violence, or significant stressors better explain the sexual difficulties, then a sexual dysfunction diagnosis is not made, but an appropriate V or Z code may be listed. In many cases, a precise etiological relationship between another condition and sexual dysfunction cannot be established [21].

Regarding personal descriptions of PCD symptoms, crying and feeling sad after sexual intercourse does not always contribute to a disturbance in the ability to respond sexually or experience pleasure. On the contrary, these symptoms often appear as a response to pleasure. Still, the aetiology of this phenomenon remains unknown. Nevertheless, postcoital dysphoria might appear as a response to pain or distress which contributes to significant distress. Postcoital dysphoria should not be always operationalized as a mental disorder. While making a diagnosis, the causes of this phenomenon should be taken into consideration, which should be a key to diagnosing postcoital dysphoria as a mental disorder with an appropriate V or Z code

because of possible disturbance in a person's ability to respond sexually.

Conclusions

1. Based-on theory description of PCD symptoms does not coincide with personal experiences. The first one concentrates only on negative affect after sexual intercourse, not including feeling intense and overwhelming emotions.
2. Postcoital dysphoria symptoms can result from both positive and negative emotions, whereas the most common behaviours in personal experiences are crying, sobbing, and bursting into tears.
3. Partner's responses include trying to comfort their partners, but they are often also unsure and scared. Positive response and support might help cope with difficulties.
4. Postcoital dysphoria causes might be explained by the sexual response cycle, which relates to emotional intimacy and expressing love as factors taking part in motivation to sexual intercourse.

References:

1. Schweitzer RD, O'Brien J, Burri A. Postcoital Dysphoria: Prevalence and Psychological Correlates. *Sex Med.* 2015; 3(4): 235–243, doi: [10.1002/sm2.74](https://doi.org/10.1002/sm2.74), indexed in Pubmed: [26797056](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26797056/).
2. Kosslyn MS, Rosenberg RS. *Introducing psychology*. Brain, Person, Group 2010: 495–515.
3. Bird B, Schweitzer R, Strassberg D. The Prevalence and Correlates of Postcoital Dysphoria in Women. *J Sex Health.* 2011; 23(1): 14–25, doi: [10.1080/19317611.2010.509689](https://doi.org/10.1080/19317611.2010.509689).
4. Maczkowiack J, Schweitzer RD. Postcoital Dysphoria: Prevalence and Correlates Among Males. *J Sex Marital Ther.* 2019; 45(2): 128–140, doi: [10.1080/0092623X.2018.1488326](https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1488326), indexed in Pubmed: [30040588](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30040588/).
5. Mehta D, Schweitzer RD, Maczkowiack J. Overlap of Postnatal Depression and Postcoital Dysphoria in Women- Implications for Common Underlying Mechanisms. *Journal of Depression and Anxiety.* 2017; s12, doi: [10.4172/2167-1044.s12-002](https://doi.org/10.4172/2167-1044.s12-002).
6. Serefoglu EC. Post-Orgasmic Illness Syndrome: Where Are We? *J Sex Med.* 2017; 14(5): 641–642, doi: [10.1016/j.jsxm.2017.03.250](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.250), indexed in Pubmed: [28499517](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28499517/).
7. Hwang KO, Ottenbacher AJ, Green AP, et al. Social support in an Internet weight loss community. *Int J Med Inform.* 2010; 79(1): 5–13, doi: [10.1016/j.ijmedinf.2009.10.003](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2009.10.003), indexed in Pubmed: [19945338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19945338/).
8. Moore D, Ayers S. Virtual voices: social support and stigma in postnatal mental illness Internet forums. *Psychol Health Med.* 2017; 22(5): 546–551, doi: [10.1080/13548506.2016.1189580](https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1189580), indexed in Pubmed: [27218265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27218265/).
9. Seale C, Charteris-Black J, MacFarlane A, et al. Interviews and internet forums: a comparison of two sources of qualitative data. *Qual Health Res.* 2010; 20(5): 595–606, doi: [10.1177/1049732309354094](https://doi.org/10.1177/1049732309354094), indexed in Pubmed: [20008955](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20008955/).
10. Davison K, Pennebaker J, Dickerson S. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist.* 2000; 55(2): 205–217, doi: [10.1037/0003-066x.55.2.205](https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.2.205).
11. Given L. *Q Methodology*. The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods. SAGE Publications 2008.

12. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008; 62(1): 107–115, doi: [10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x), indexed in Pubmed: [18352969](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18352969/).
13. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15(9): 1277–1288, doi: [10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687), indexed in Pubmed: [16204405](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16204405/).
14. Franzosi R. Content Analysis: Objective, Systematic and Quantitative. In: *From Words to Numbers: narrative, data and social science*. Cambridge University Press, Cambridge 2004: 32–35.
15. Sigusch V. On cultural transformations of sexuality and gender in recent decades. *Ger Med Sci*. 2004; 2: 1–14.
16. Eldridge KF, Giraldi A. Communication About Sexual Matters With Women Attending a Danish Fertility Clinic: A Descriptive Study. *Sex Med*. 2017; 5(3): e196–e202, doi: [10.1016/j.esxm.2017.06.005](https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.06.005), indexed in Pubmed: [28823315](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28823315/).
17. Basson R, Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(1): 51–65, doi: [10.1080/009262300278641](https://doi.org/10.1080/009262300278641), indexed in Pubmed: [10693116](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10693116/).
18. Kinsinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, et al. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychol Health*. 2011; 26(12): 1571–1588, doi: [10.1080/08870446.2010.533771](https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533771), indexed in Pubmed: [21598184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21598184/).
19. Granero-Molina J, Matarín Jiménez TM, Ramos Rodríguez C, et al. Social Support for Female Sexual Dysfunction in Fibromyalgia. *Clin Nurs Res*. 2018; 27(3): 296–314, doi: [10.1177/1054773816676941](https://doi.org/10.1177/1054773816676941), indexed in Pubmed: [29421939](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29421939/).
20. Butler J. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Routledge, London 1990.
21. American Psychiatric Association. *Sexual dysfunctions*. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. 2013.

Kwestionariusz Nadseksualizacji — polska adaptacja metody

Oversexualization Questionnaire: Polish adaptation

Katarzyna Szymczak, Iwona Lidia Janicka

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Streszczenie:

Wstęp: Seksualność wkracza w pozaintymne obszary życia człowieka. Wiąże się z kreowaniem obrazu własnej osoby i ujawnia w relacjach społecznych i komunikacji. Przypisywanie seksualności szczególnego znaczenia przez współczesnych, zwłaszcza młodych, dorosłych uzasadnia potrzebę badania nadseksualizacji. Pomiar tego zjawiska wymagał zaadaptowania Adult Oversexualization Questionnaire (AOQ) do polskich warunków.

Materiał i metody: W artykule przedstawiono kolejne etapy adaptacji AOQ. Dokonano oceny jego właściwości psychometrycznych w badaniach, które objęły 1945 osób dorosłych w wieku od 18 do 44 lat ($M = 20$; $SD = 2,82$).

Wyniki: Przeprowadzone analizy wykazały, że polski Kwestionariusz Nadseksualizacji jest narzędziem trafnym i rzetelnym. Obejmuje 15 pozycji, które mierzą trzy czynniki: uwodzenie, seksualizowany język i seksualizowany wygląd.

Wniosek: Kwestionariusz Nadseksualizacji spełnia wymagane kryteria i może być stosowany w badaniach naukowych.

Słowa kluczowe: kwestionariusz, nadseksualizacja, ocena psychometryczna

Seksuologia Polska 2021; 19: 8–17

Abstract

Introduction: Sexuality enters in the non-intimate areas of human life. It is associated with creating an image of oneself and is revealed in relationships and social communication. Giving sexuality a special meaning, especially among young adults justifies the need to study oversexualization. The measurement of this phenomenon required adaptation of the Adult Oversexualization Questionnaire (AOQ) to Polish conditions.

Material and methods: The article presents the stages of adaptation of the AOQ Questionnaire. Psychometric properties have been examined in the study of 1945 adults aged 18 to 44 years ($M = 20$; $SD = 2.82$).

Results: The conducted analyzes showed that the Polish Oversexualization Questionnaire is an accurate and reliable tool. It includes 15 items that measure three factors: seduction, sexualized language, and sexualized appearance.

Conclusion: The Oversexualization Questionnaire meets the required criteria and can be used in research.

Key words: questionnaire, hypersexualisation, psychometric evaluation

Seksuologia Polska 2021; 19: 8–17

Wstęp

Seksualność jest uznawana za jeden z najważniejszych aspektów życia człowieka, integralny element jego kondycji i tożsamości [1, 2]. Oddziałując na nią czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczno-

-kulturowe. Trudno ją jednoznacznie zdefiniować. Zwykle jest sprowadzana do sfery intymnej związanej z pożądaniem, podnieceniem, pragnieniem seksu i doświadczaniem przyjemności. Jej przejawem jest dążenie do obniżenia napięcia seksualnego i aktywność seksualna występująca między dwojgiem ludzi lub praktykowana samotnie [3, 4].

We współczesnym świecie seks wykracza poza sferę intymną, co ujawnia się liberalizacją postaw i poglądów oraz jego obecnością w pozaseksualnych

Adres do korespondencji: Katarzyna Szymczak
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, Smugowa 10/12, 91-433 Łódź,
e-mail: katarzyna.szymczak@edu.uni.lodz.pl

Nadesłano: 23.04.2021

Przyjęto do druku: 7.05.2021

obszarach życia człowieka [5]. Seks stał się ważną konotacją innych przekazów, co wpływa na procesy poznawczo-emocjonalne odbiorcy. Jest obecnie nieodłącznym elementem reklamy. Obrazy nasycone seksualnością, które można dostrzec wszędzie, zachęcają do kupna samochodów czy ubrań. Seks sam w sobie, również jest bardzo łatwo dostępny tak samo jak pornografia czy gadzety erotyczne. Dostęp do potencjalnych partnerów seksualnych obecnie jest nieograniczony dzięki Internetowi. Możliwość nawiązywania, szybkich i określonych specyfiką potrzeb partnerów, kontaktów sprzyja nie tylko obniżaniu napięcia, ale ma też na celu uzyskiwanie korzyści materialnych czy podejmowanie ryzyka będącego źródłem przyjemności. Wszelkie ogólnodostępne źródła dyktują ludziom, w jaki sposób powinny ujawniać swoją kobiecość i męskość, kreować seksualność i kierować intymnymi relacjami. W każdej kulturze media promują określony i pożądany typ osoby idealnej, co opiera się przede wszystkim na wyglądzie zewnętrznym wymagającym łączenia atrakcyjności z seksownością. Seksualizacja społeczeństwa prowadzi do poważnych konsekwencji związanych z kształtowaniem samooceny, której ważnym atrybutem staje się własna seksualność i przymus bycia sexy. Skutkiem tego bywa ingerowanie w ciało (operacje plastyczne, modelowanie sylwetki, zaburzenia odżywiania) czy wczesne inicjacje seksualne [3, 6, 7].

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, *American Psychological Association*) [8] każdy może doświadczać seksualizacji. Wiek czy płeć nie mają znaczenia. Kiedy jednak dziecko nasycy się seksualnością dorosłego, jego własna seksualność jest bardziej narzucona niż wybrana. Raport APA skupia się na płci żeńskiej i sugeruje, że seksualizacja dziewcząt odbywa się w trzech sferach: społecznej (poprzez kulturowe normy, oczekiwania i wartości przekazywane na wiele sposobów, w tym przez media, co sugeruje, że seksualizacja jest dobra i normalna); interpersonalnej (dziewczęta mogą być zachęcane i traktowane przez rodzinę, rówieśników i inne osoby jako obiekty seksualne); samoseksualizacyjnej (dziewczęta mogą traktować i postrzegać siebie jako obiekty seksualne). W APA dokonano przeglądu dowodów na rozpowszechnianie się seksualizacji wśród dziewcząt i dorosłych kobiet w każdej z trzech sfer (kulturowej, interpersonalnej, intrapsychicznej).

Należy zaznaczyć, że seksualizacja dotyczy szczególnie osób w wieku między 18. a 25. rokiem życia, który jest określany jako wschodząca dorosłość (*emerging adulthood*). Jest to czas wielu wyzwań, nowej wolności, obaw oraz niestabilności związanej z eksploracją tożsamości, intymności i seksualności. Wyraźnie zaznacza się w kulturach, które pozwalają młodym

ludziom na dłuższy okres niezależności [9, 10]. Wyniki badań wskazują, że to, w jaki sposób przyswajają oni seksualne treści oraz normy seksualne, może wpływać znacząco na postrzeganie intymności i bliskich relacji [11, 12], satysfakcję seksualną [4, 13] oraz ryzykowne zachowania seksualne [3–5, 10, 14, 15]. Dzieje się tak, ponieważ podczas wczesnej dorosłości następuje wzrost zainteresowania sferą seksualną, która przejawia się w poszukiwaniu różnych sposobów ekspresji seksualnej [16].

Wszechobecność seksu we współczesnym świecie, jego komercjalizacja, nadmierne eksponowanie, wartościowanie, złamanie tabu jakim owiane były kwestie intymne, to nieliczne przykłady prowadzące do wspomnianej seksualizacji, a nawet hiperseksualizacji.

Hiperseksualizacja, albo inaczej nadseksualizacja, po raz pierwszy została zdefiniowana przez APA w 2007 roku jako zjawisko, które występuje wtedy, kiedy dana osoba spełnia przynajmniej jeden z czterech warunków: 1) jej wartość opiera się na atrakcyjności fizycznej lub zachowaniach i wyklucza wszystkie inne cechy; 2) utożsamia atrakcyjność fizyczną z byciem seksownym, dopasowując się do normy; 3) jest uprzedmiotowiona pod względem seksualnym, co oznacza, że jest przedmiotem seksualnym dla innych, a nie osobą, która ma zdolność do samodzielnego działania i podejmowania decyzji; 4) seksualność jest jej niewłaściwie narzucona. Wiele dowodów ocenianych w raporcie odnosi się właśnie do trzeciego warunku — uprzedmiotowienia ciała. Z kolei czwarty warunek, czyli niewłaściwie narzucona seksualność, jest szczególnie istotny w odniesieniu do dzieci [8].

Przeprowadzono wiele badań mających na celu konceptualizację i operacjonalizację zjawiska nadseksualizacji dorosłych. W pierwszym badaniu (o charakterze jakościowym) na drodze triangulacji danych zebranych od dorosłych kobiet i mężczyzn, lekarzy konsultujących młodych dorosłych oraz z literatury powstała definicja tego zjawiska. Uznano, że nadseksualizacja (*oversexualization*) to przyjmowanie socjokulturowych standardów i seksualnych treści promowanych przez społeczeństwo, których wynikiem jest seksualne uprzedmiotowienie własnego ciała mające na celu podobanie się innym osobom. Jest to osiągamane poprzez seksualizację relacji na drodze uwodzicielskiego zachowania, silnego wydzźwięku seksualnego w rozmowach oraz inspirowanego filmami pornograficznymi repertuaru zachowań seksualnych [1].

Przyjęta definicja nadseksualizacji i kolejne badania miały na celu stworzenie i walidację kwestionariusza *Adult Oversexualization Questionnaire* (AOQ). Kwestionariusz składa się z 30 pozycji i mierzy sześć wymiarów nadseksualizacji. Należą do nich: Uwodzenie (opisywanie siebie jako osoby, która uwodzi innych niezależnie

od ich stanu cywilnego); Nadmierne zaangażowanie w seksualizację swojego wyglądu (wkładanie dużego wysiłku w wizerunek swojego ciała, atrakcyjność zewnętrzną, które jednostka opiera na społecznych normach); Seksualizowany język (rozmawianie z innymi o swoich doświadczeniach seksualnych oraz uwzględnianie treści seksualnych, niezależnie od kontekstu rozmowy); Seksualne uprzedmiotowienie własnego ciała (instrumentalne wykorzystanie swojego ciała jako narzędzia przyciągającego potencjalnych partnerów, zdobycia uwagi czy popularności); Seksualność oparta na wydajności (presja podejmowania czynności seksualnych nakładana na osobę przez potrzeby partnera, zewnętrzne standardy czy pornografię); Znaczenie seksualności (postrzeganie seksualności jako pełnego szacunku, znaczącego i intymnego działania w związku) — skala odwrócona. Rzetelność, dla każdej podskali, została zmierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha, który oceniany był w trzech kolejnych badaniach ($N_1 = 872$; $N_2 = 540$; $N_3 = 1275$) przeprowadzonych z udziałem młodych dorosłych z Francji i Kanady. Wyniki (odpowiednio dla każdego z badań) prezentują się następująco: 0,85–0,84–0,82 uwodzenie; 0,85–0,83–0,81 seksualizowany wygląd; 0,82–0,84–0,87 seksualizowany język; 0,87–0,86–0,87 uprzedmiotowienie; 0,74–0,68–0,65 seksualność oparta na wydajności; 0,72–0,66–0,61 znaczenie seksualności [1].

Termin „nadseksualizacja” może mieć niesłusznie pejoratywny odbiór. Autorzy kwestionariusza [1] argumentują to faktem, iż każda kobieta i każdy mężczyzna w jakimś stopniu internalizują seksualne przekazy wysyłane przez społeczeństwo, co za tym idzie nadseksualizacja nie jest konstruktem patologicznym. Określana jest na kontinuum poszczególnych wymiarów. Wyniki wspomnianych trzech kolejnych badań obejmujących młodych dorosłych, dowiodły, że większość wymiarów nadseksualizacji wiązała się z negatywnymi skutkami, takimi jak niska samoocena, większy odczuwany wstyd z powodu wyglądu własnego ciała, niepokój, lęk, przedwczesny rozwój seksualny oraz podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych. Zbytne zaangażowanie w seksualizowanie swojego wyglądu współwystępowało z odczuwaniem wyższego poziomu bólu podczas stosunku seksualnego, a seksualne uprzedmiotowienie własnego ciała z określaniem orgazmu jako słabszy, mniej satysfakcjonujący. Jedynie seksualizowany język oraz znaczenie seksu łączyły się z wyższą samooceną odnośnie do własnej seksualności, a uwodzenie i presja do podejmowanie aktywności seksualnej z wyższym pożądanym seksualnym.

Badania dotyczyły również ujawniania się nadseksualizacji w bliskich relacjach i jej uwarunkowań psychologicznych. Ich rezultaty wskazały, że nadseksu-

alizacja wiąże się z pozabezpiecznym stylem przywiązania oraz z niską intymnością w związku. Zależność między nadseksualizacją a niską intymnością, autorzy badań tłumaczą relatywnie nowymi formami relacji seksualnych takich jak: *hook ups*, *friends with benefits*, *sex buddies* czy też *booty calls* [12].

Wspominane wyżej doniesienia badawcze oraz popularność nowego zjawiska, jakim jest nadseksualizacja, oraz planowanie jego pomiaru było inspiracją do przeprowadzenia adaptacji AOQ do polskich warunków.

Materiał i metody

Procedurę adaptacji AOQ [1] rozpoczęto, za zgodą, od tłumaczenia AOQ na język polski. Zastosowana metoda translacji zakładała wierny przekład z języka angielskiego na polski. Tłumaczenia dokonali autorzy artykułu oraz studenci piątego roku psychologii, z bardzo dobrą znajomością języka angielskiego. Porównano 5 niezależnych tłumaczeń oraz ich zgodność z wersją oryginalną w procesie zwrotnego tłumaczenia (*back translation*). Zgodność efektów tłumaczeń i uwag (odnośnie do aspektów stylistycznych), wszystkich zaangażowanych ekspertów, doprowadziła do ustalenia ostatecznej wersji językowej kwestionariusza. Zastosowano ją w badaniu pilotażowym. Osoby badane nie zgłaszały uwag dotyczących rozumienia pozycji zawartych w kwestionariuszu. Stanowiło to podstawę do ostatecznego zatwierdzenia polskiej wersji i przystąpienia do dalszych badań mających na celu ocenę psychometryczną kwestionariusza.

Konstrukcji polskiej wersji i weryfikacji struktury czynnikowej Kwestionariusza Nadseksualizacji dokonano na podstawie wyników uzyskanych od 1945 osób badanych (1632 kobiet i 313 mężczyzn). Wiek osób badanych mieścił się w przedziale 18–44 lat ($M = 20$; $SD = 2,82$). Rekrutacja prowadzona była w latach 2020–2021 z wykorzystaniem mediów społecznościowych. Uczestnikom przedstawiono cel badań oraz informacje o sposobie ich przeprowadzania. Badani wypełniali przetłumaczony na język polski AOQ składający się z 30 pozycji.

Wszystkie procedury przeprowadzone, w tym badaniu, były zgodne z obowiązującymi normami etycznymi instytucjonalnej komisji badawczej. Wszystkie osoby świadomie zgodziły się na udział w badaniu.

Wyniki

Trafność kwestionariusza Nadseksualizacji

Weryfikacja struktury czynnikowej Kwestionariusza wymagała losowego podzielenia grupy badanej ($N = 1945$) na dwa podzbiory ($N_1 = 953$; $N_2 = 992$). Na

podstawie wyników z badania pierwszego podzbioru ($N_1 = 953$) zbudowano strukturę wewnętrzną kwestionariusza dla populacji polskiej i oceniono jej trafność. Przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową metodą głównych składowych z rotacją nieortogonalną Promax, gdyż dopuszczono, że czynniki mogą być ze sobą skorelowane. Wyniki drugiego podzbioru ($N_2 = 992$) wykorzystano do zweryfikowania zbudowanego modelu za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej. Do analiz statystycznych wykorzystano pakiety SPSS 25 oraz SPSS AMOS 26.

Badanie 1

Opierając się na wynikach badania pierwszego podzbioru ($N_1 = 953$) przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową z rotacją nieortogonalną Promax metodą głównych składowych. Po merytorycznej analizie danych statystycznych uzyskano model składający się z trzech czynników, do których zaklasyfikowano 15 pozycji (twierdzeń). W polskiej wersji kwestionariusza pozostawiono tylko kluczowe pod względem merytorycznym i o relatywnie dobrych właściwościach psychometrycznych.

W celu sprawdzenia przydatności próby, do przeprowadzenia analizy czynnikowej, zastosowano test KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy). W stworzonym modelu miernik ten wynosi 0,829. Zgodnie z propozycją Kaisera [17] wartość ta

mieści się w przedziale 0,80–0,89 i pozwala uznać przydatność próby do przeprowadzenia eksploracyjnej analizy czynnikowej za „zasługującą na uznanie” (*meritorious*).

Ładunki czynnikowe dla poszczególnych pozycji pokazano w tabeli 1. Okazały się one wysokie, tj. przewyższające przyjęte kryterium wagi na poziomie 0,5 [18]. W tabeli zaprezentowana jest nowa numeracja pozycji oparta na modelu z polskich danych. Numeracja pozycji z kwestionariusza oryginalnego została uwzględniona w nawiasach.

Model trzyczynnikowy (uwodzenie, seksualizowany język, seksualizowany wygląd) okazał się najlepiej odzwierciedlać aspekty teoretyczne oraz rezultaty empiryczne (struktura czynnikowa) dla oceny nadseksualizacji w populacji polskiej. Nazwy czynników są tożsame z nazwami pochodzącymi z kwestionariusza oryginalnego.

Czynnik pierwszy — uwodzenie — zawiera te same twierdzenia i ma tą samą nazwę co ten, ujęty w metodzie oryginalnej. Obejmuje on 5 pozycji: 1, 4, 7, 10 i 13, które dotyczą „zdobywania”, oczarowywania, flirtowania oraz łatwości w podejmowaniu tychże aktywności. Czynniki drugi — seksualizowany język — występuje również w kwestionariuszu oryginalnym, ale w wersji polskiej zawiera jedną pozycję mniej. Uwzględnia 4 pozycje: 2, 5, 8, 15, które odnoszą się do swobody w rozmowach na tematy seksualne, intymne

Tabela 1. Ładunki czynnikowe dla poszczególnych pozycji polskiej wersji Kwestionariusza Nadseksualizacji

Pozycje kwestionariusza		Uwodzenie	Sekualizowany język	Sekualizowany wygląd
1.	(24) Opisuję siebie jako uwodzicielkę/uwodziciela	0,836		
4.	(12) Oczarowywanie innych jest dla mnie naturalne	0,835		
7.	(18) Potrafię uwieść niemal każdego	0,831		
10.	(6) Lubię flirtować	0,703		
13.	(30) Próbuję oczarowywać nawet tych którzy są w związkach	0,635		
2.	(27) Kiedy mówię o swojej seksualności, czuję się tak samo komfortowo jak wtedy, kiedy mówię o czymkolwiek innym		0,866	
5.	(9) Nie wstrzymuję się przed mówieniem o mojej seksualności, nawet jeśli wokół są ludzie		0,844	
8.	(15) Mówię dużo o swojej seksualności		0,836	
15.	(21) W kręgu najbliższych przyjaciół, omawiamy intymne detale z mojego życia seksualnego		0,628	
3.	(20) Mój wygląd jest głównym wskaźnikiem tego jak oceniam swoją wartość			0,782
6.	(14) Chciałabym/chciałbym wyglądać jak aktorki/aktorzy			0,686
9.	(26) Wkładam duży wysiłek w zmianę tego, co uważam w moim wyglądzie za złe			0,674
12.	(2) Sprawdzam mój wygląd kilka razy dziennie, żeby upewnić się, czy wyglądam atrakcyjnie			0,585
14.	(25) Wierzę, że muszę ubierać się seksownie, żeby być postrzegana/postrzegany jako atrakcyjna/atrakcyjny i pożądana/pożądany			0,557
11.	(8) Mój wygląd to ważna część mojego życia			0,515

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Korelacja r-Pearsona pomiędzy czynnikami Kwestionariusza Nadseksualizacji

	1	2	3
1. Uwodzenie (U)	–	0,284*	0,346*
2. Seksualizowany język (SJ)	0,284*	–	0,022
3. Seksualizowany wygląd (SW)	0,346*	0,022	–

*p < 0,001

Źródło: opracowanie własne

oraz braku ograniczeń w mówieniu o swojej seksualności. Czynnik trzeci — seksualizowany wygląd — łączy pozycje, z czynnika nazwanego w oryginale, „wygląd” (5 pozycji) oraz „uprzedmiotowienie” (1 pozycja). Na seksualizowany wygląd, w wersji polskiej kwestionariusza, składa się 6 pozycji: 3, 6, 9, 12, 14, 11. Wiążą się one z postrzeganiem swojej wartości, atrakcyjności dla innych jako zależnej od bycia seksownym i ujawniania aspektów seksualnych w wyglądzie, ubiorze.

Ocena stopnia, w jakim osoba zgadza się z podanymi twierdzeniami, dokonywana była (podobnie jak w wersji oryginalnej) na sześciostopniowej skali (gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 6 „zdecydowanie się zgadzam”).

Interkorelacje czynników

Sprawdzono korelacje (r Pearsona) pomiędzy poszczególnymi czynnikami. Istotne korelacje wystąpiły pomiędzy uwodzeniem a seksualizowanym wyglądem i seksualizowanym językiem. Korelacje między tymi czynnikami okazały się słabe, co oznacza, że mimo prawdopodobnych różnic istnieją też pewne podobieństwa między tymi kategoriami. Nie wykazano istotnej korelacji jedynie pomiędzy seksualizowanym językiem i seksualizowanym wyglądem (tab. 2).

Wyniki, zamieszczone w tabeli 2, potwierdzają przyjęte założenie o występowaniu niezależności między czynnikami oraz dopuszczalnej zależności, która wynika z przesłanek teoretycznych.

Badanie 2

Wyniki z drugiego podzbioru ($N_2 = 992$) posłużyły do przeprowadzenia confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA, *confirmatory factor analysis*), co miało na celu zweryfikowanie poprawności zbudowanego, w badaniu pierwszym, modelu.

Uzyskana, dla testowanego modelu, wartość wskaźnika RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) wyniosła 0,068. Wartość ta mieści się w przedziale 0,05–0,08 co wskazuje na dobre dopasowanie modelu do danych empirycznych [19, 20].

Stworzony model przedstawiono na rycinie 1. Zamieszczona numeracja twierdzeń dotyczy polskiej wersji Kwestionariusza Nadseksualizacji. Na rysunku pokazano standaryzowane oszacowania współczynników.

Ładunki czynnikowe wszystkich pozycji, Kwestionariusza Nadseksualizacji, tworzących dany czynnik były istotne statystycznie. Wahają się w przedziale od 0,53 do 0,82 dla czynnika uwodzenie, od 0,56 do 0,78 dla czynnika seksualizowany język oraz 0,42 do 0,63 dla czynnika seksualizowany wygląd.

Analiza współczynników determinacji, czyli wartości R^2 , umieszczonych nad pozycjami, wskazała na dopasowanie równań i wartość predyktywną każdej pozycji w relacji do reprezentowanego przez niego czynnika. Powyższe dane zaprezentowano w tabeli 3.

Wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej pozwalają uznać zbudowany, w analizie eksploracyjnej, model za poprawny. Zamieszczony, w tabeli 3, arkusz wyników potwierdził istotność statystyczną parametrów modelu ($p < 0,001$), co oznacza, że wszystkie pozycje okazały się istotne w ramach „swoich” czynników. Rozwiązanie trzyczynnikowe jest akceptowalnie dopasowane do danych.

Rzetelność Kwestionariusza Nadseksualizacji

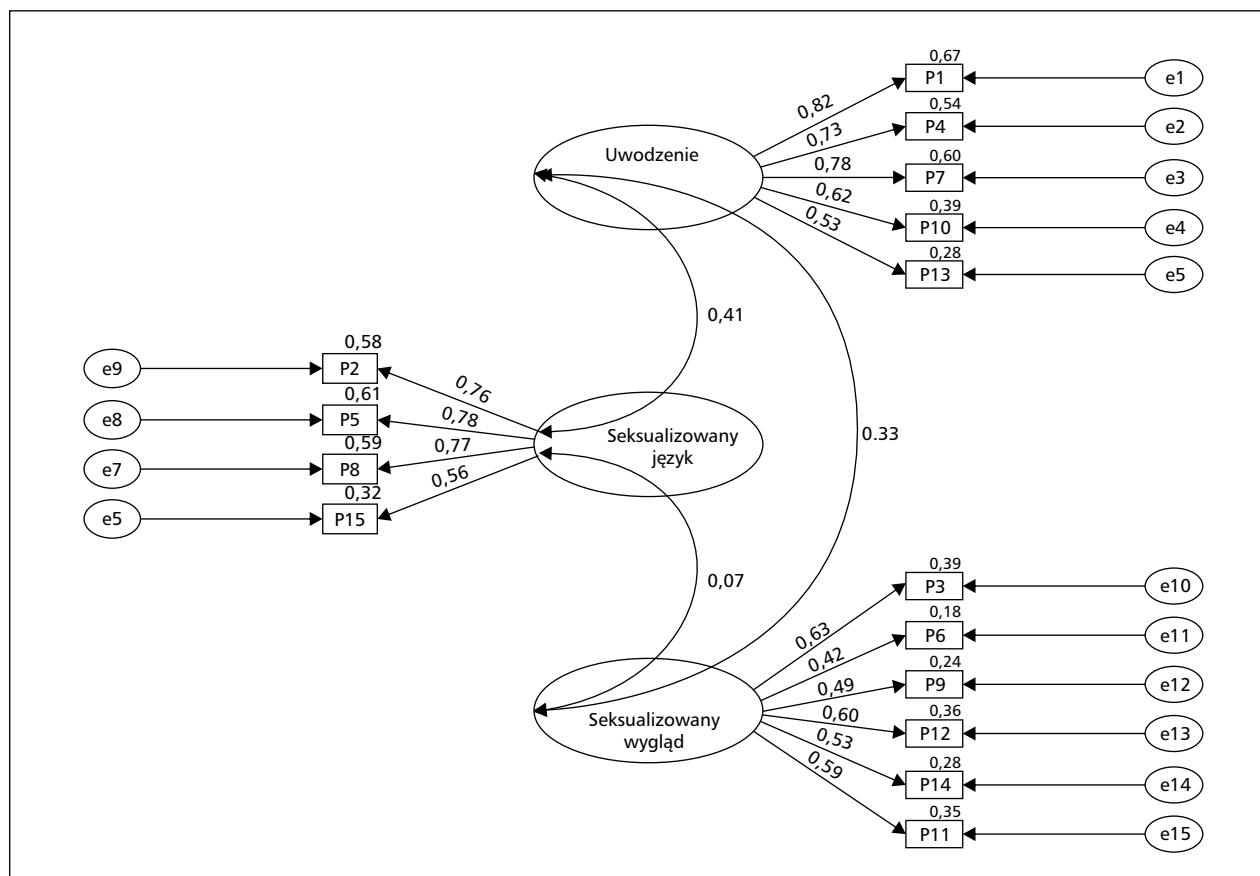
Analizę rzetelności poszczególnych czynników Kwestionariusza Nadseksualizacji przeprowadzono, oceniając ich zgodność wewnętrzną współczynnikiem α -Cronbacha. Wartości tych współczynników, uzyskanych w badanej grupie, przedstawiono w tabeli 4.

Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza okazała się zadawalająca dla każdego z trzech czynników. Wyniosła: 0,831 — dla czynnika uwodzenie; 0,804 — dla czynnika seksualizowany język; 0,724 — dla czynnika seksualizowany wygląd.

Polski Kwestionariusz Nadseksualizacji okazał się narzędziem trafnym i rzetelnym, co pozwoliło na ocenę nadseksualizacji u osób o różnej płci oraz o różnej orientacji seksualnej.

Nadseksualizacja u kobiet i mężczyzn

Porównanie nadseksualizacji u osób o różnej płci wymagało losowego dobrania kobiet i mężczyzn do równolicznych grup. Z całej grupy osób heteroseksualnych ($N = 1336$) wylosowano 300 kobiet i 300 mężczyzn. Badani — kobiety i mężczyźni okazali się homogeniczni pod względem wieku ($p > 0,05$). Średnia wieku wyniosła: dla kobiet — $M = 20,71$ ($SD = 2,64$), dla mężczyzn — $M = 21,84$ ($SD = 3,36$) (tab. 5).



Rycina 1. Schemat modelu. Źródło: opracowanie własne

Tabela 3. Wyniki analizy konfirmacyjnej

Nr pytania	Nazwa czynnika	Oszacowanie	S.E.	C.R.
1.	Uwodzenie	1,000		
4.	Uwodzenie	,877*	,037	23,406
7.	Uwodzenie	,972*	,039	24,919
10.	Uwodzenie	,776*	,040	19,531
13.	Uwodzenie	,662*	,041	16,202
2.	Seksualizowany język	1,000		
5.	Seksualizowany język	1,255*	,077	16,354
8.	Seksualizowany język	1,385*	,084	16,494
15.	Seksualizowany język	1,288*	,079	16,331
3.	Seksualizowany wygląd	1,000		
6.	Seksualizowany wygląd	,714*	,068	10,433
9.	Seksualizowany wygląd	,676*	,058	11,630
12.	Seksualizowany wygląd	,882*	,065	13,497
14.	Seksualizowany wygląd	,722*	,058	12,347
11.	Seksualizowany wygląd	,704*	,053	13,340

* $p < 0,001$. S.E. — przybliżony błąd standardowy; C.R. — współczynnik krytyczny; Źródło: opracowanie własne

Uwodzenie nie różnicowało badanych kobiet i mężczyzn. Istotne różnice dotyczą seksualizowanego języka ($p < 0,05$; efekt słaby: d -Cohena = 0,20) oraz

seksualizowanego wyglądu ($p < 0,005$; efekt słaby: d -Cohena = 0,33). Częściej nadseksualizacyjny język i wygląd ujawniały kobiety, w porównaniu do mężczyzn.

Nadseksualizacja u osób hetero- i nieheteroseksualnych

Porównano wymiary nadseksualizacji u badanych o różnej orientacji seksualnej. Osoby hetero- i nieheteroseksualne były homogeniczne pod względem wieku ($p > 0,05$). Średnia wieku wynosiła dla osób: heteroseksualnych — $M = 21,19$ ($SD = 2,91$), dla nieheteroseksualnych — $M = 20,48$ ($SD = 2,59$) (tab. 6).

Osoby hetero- i nieheteroseksualne różniły się istotnie pod względem częstości występowania jednego z wymiarów nadseksualizacji — seksualizowanego języka ($p < 0,05$; efekt umiarkowany: d -Cohena = 0,53). Osoby nieheteroseksualne częściej prowadzą rozmowy o tematyce seksualnej, intymnej, w porównaniu do heteroseksualnych.

Tabela 4. Ocena zgodności wyróżnionych czynników w Kwestionariuszu Nadseksualizacji

Czynniki	Alfa-Cronbacha
Uwodzenie (U)	0,831
Seksualizowany język (SJ)	0,804
Seksualizowany wygląd (SW)	0,724

Źródło: opracowanie własne

Porównano również grupy kobiet hetero — i nieheteroseksualnych (tab. 7) oraz mężczyzn hetero — i nieheteroseksualnych (tab. 8). Aby grupy były równoliczne podzielono je losowo po 50 osób badanych. Liczebność ta wynikała z faktu, iż w całej próbie występowało jedynie 58 nieheteroseksualnych mężczyzn. Badane grupy kobiet hetero- i nieheteroseksualnych oraz mężczyzn hetero- i nieheteroseksualnych były homogeniczne pod względem wieku ($p > 0,05$). Średni wiek wynosił: dla kobiet heteroseksualnych — $M = 21,50$ ($SD = 2,82$) i nieheteroseksualnych — $M = 19,90$ ($SD = 1,79$); dla mężczyzn heteroseksualnych — $M = 21,68$ ($SD = 3,34$) i nieheteroseksualnych — $M = 20,96$ ($SD = 2,15$) (tab. 7, 8).

Porównanie nadseksualizacji u kobiet o różnej orientacji seksualnej pokazało, że różnicuje je istotnie ($p < 0,05$) seksualizowany język (efekt silny, d -Cohena = 0,78) i seksualizowany wygląd (efekt umiarkowany, d -Cohena = 0,62). Istotnie wyższe wyniki, odnośnie do tych dwóch wymiarów nadseksualizacji, wystąpiły u kobiet o orientacji nieheteroseksualnej, w porównaniu do heteroseksualnych. Orientacja seksualna mężczyzn nie różnicuje ich nadseksualizacji.

Tabela 5. Nadseksualizacja u heteroseksualnych kobiet i mężczyzn

Nadseksualizacja	Kobiety (N = 300)		Mężczyźni (N = 300)		t	p	d-Cohena
	M	SD	M	SD			
Uwodzenie	15,65	5,34	14,97	5,19	1,57	0,116	–
Seksualizowany język	14,71	4,58	13,78	4,25	2,59	0,01	0,20
Seksualizowany wygląd	20,78	5,48	19,07	5,02	3,97	< 0,005	0,33

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; t — wynik testu t-Studenta; d-Cohena — wielkość efektu. Źródło: opracowanie własne

Tabela 6. Nadseksualizacja u osób hetero- i nieheteroseksualnych

Nadseksualizacja	Osoby				t	p	d-Cohena
	Heteroseksualne (N = 300)		Nieheteroseksualne (N = 300)				
	M	SD	M	SD			
Uwodzenie	16,18	4,99	15,94	5,32	0,57	0,569	–
Seksualizowany język	13,80	4,26	16,04	4,40	–6,34	< 0,05	0,53
Seksualizowany wygląd	20,66	5,24	20,09	5,19	1,35	0,176	–

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; t — wynik testu t-Studenta; d-Cohena — wielkość efektu. Źródło: opracowanie własne

Tabela 7. Nadseksualizacja u kobiet heteroseksualnych i nieheteroseksualnych

Nadseksualizacja	Kobiety				t	p	d - Cohena
	Heteroseksualne (N = 50)		Nieheteroseksualne (N = 50)				
	M	SD	M	SD			
Uwodzenie	14,54	6,01	15,74	5,66	–1,03	0,306	–
Seksualizowany język	13,50	4,31	16,58	3,63	–3,87	< 0,05	0,78
Seksualizowany wygląd	19,82	5,44	22,10	5,20	–2,14	0,035	0,62

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; t — wynik testu t-Studenta; d-Cohena — wielkość efektu. Źródło: opracowanie własne

Tabela 8. Nadseksualizacja u mężczyzn heteroseksualnych i nieheteroseksualnych

Nadseksualizacja	Mężczyźni				t	p
	Heteroseksualni (N = 50)		Nieheteroseksualni (N = 50)			
	M	SD	M	SD		
Uwodzenie	15,44	4,81	15,00	4,74	0,46	0,646
Seksualizowany język	14,54	3,63	14,44	4,94	0,12	0,908
Seksualizowany wygląd	19,54	4,03	19,64	5,48	-0,11	0,917

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; t — wynik testu t-Studenta; d-Cohena — wielkość efektu. Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Potrzebę analizy zjawiska nadseksualizacji uzasadniają obserwowane zmiany seksualności i przypisywania jej szczególnej wartości przez współczesnych, zwłaszcza młodych, dorosłych. Seksualność jest coraz częściej łączona nie tylko z intymnością i pożądaniem, ale ze standardami piękna i akceptacją społeczną. Dlatego jej znaczenie wzrasta i ujawnia się w procesie kreowania własnej osoby, w komunikacji społecznej, w relacjach z innymi ludźmi, nie tylko tych bliskich.

Pomiar nadseksualizacji, w polskiej grupie, wymagał przeprowadzenia procedury adaptacji AOQ [1]. Oryginalna wersja składa się z 30 pozycji. Potwierdzenie struktury czynnikowej tej miary zobowiązywało do zbadania dużej próby. Uczestnikami badań było 1945 osób w wieku od 18 do 44 lat. Na drodze analizy czynnikowej wyróżniono 15 pozycji, które mierzą trzy czynniki nadseksualizacji: uwodzenie, seksualizowany język i seksualizowany wygląd. Są one integralne z zawartymi w oryginalnej wersji — AOQ i dobrze opisują treściowo zjawisko nadseksualizacji.

Kwestionariusz Nadseksualizacji (KNS) okazał się trafnym i rzetelnym narzędziem. Można go stosować do diagnozowania osób dorosłych, żyjących w pojedynkę oraz pozostających w bliskich związkach emocjonalnych. Podobnie, jak wersja oryginalna, sprawdza się w badaniu osób o różnej płci. W badaniach własnych jeden czynnik nadseksualizacji, uwodzenie, nie różnicował kobiet i mężczyzn. Wskazano natomiast na istotne różnice, między płciami, odnośnie seksualizowanego wyglądu ($p < 0,05$) oraz seksualizowanego języka ($p < 0,005$). Okazało się, że kobiety częściej niż mężczyźni nadmiernie inwestowały w seksualizację swojego wyglądu i chętniej rozmawiały z innymi o swoich doświadczeniach seksualnych, intymnych, niż mężczyźni. Jednak efekt tych porównań okazał się słaby. We wcześniej prowadzonych badaniach [1, 12] uzyskano podobny kierunek różnic, dotyczący płci, dla seksualizowanego wyglądu, jednak zachowania nadseksualizacyjne dla języka i uwodzenia częściej występowały u mężczyzn, niż u kobiet. Może to wynikać z różnic kulturowych, choć takie wnioskowanie wymaga dalszych badań.

Nadseksualizacja nie była analizowana u osób o różnej orientacji seksualnej. Wstępna prezentacja takich badań zawarta w niniejszym artykule pokazała, że osoby hetero- i nieheteroseksualne różnią się istotnie pod względem częstości występowania jednego z wymiarów nadseksualizacji — seksualizowanego języka ($p < 0,05$; efekt umiarkowany). Osoby nieheteroseksualne częściej prowadzą rozmowy o tematyce seksualnej, w porównaniu z heteroseksualnymi. Uznaje się, że osoby pozostające w związkach jednopłciowych mogą nie mieć dostępu do ogólnych skryptów kulturowych [21] dotyczących sposobu urzeczywistniania swojej seksualności, a więc mogą częściej lub bardziej otwarcie komunikować się na temat swojej seksualności [22]. Orientacja seksualna kobiet nie różnicuje uwodzenia. Obie grupy kobiet były podobnie zorientowane na flirtowanie, oczarowywanie innych. Natomiast różnice zaobserwowano w seksualizowanym wyglądzie i języku. Kobiety nieheteroseksualne bardziej zabiegały o swój seksualizowany wygląd (efekt umiarkowany) oraz częściej i chętniej mówiły o swojej seksualności (efekt silny), w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi ($p < 0,05$). Z badań polskich [23] poświęconych satysfakcji seksualnej kobiet wynika, że nieheteroseksualne wyżej ją oceniają, niż heteroseksualne ($p < 0,001$), co może wyjaśniać ich większą otwartość w ujawnianiu potrzeb seksualnych. Liberacka-Dwojak i Izdebski [24] na podstawie przeglądu prac badawczych uzasadniają, że otwartość w komunikowaniu potrzeb seksualnych przyczynia się do satysfakcjonującego życia seksualnego. Z kolei badania mężczyzn nieheteroseksualnych, dowodzą, że są oni bardziej zorientowani na przygodne kontakty seksualne, mniej ekskluzywni seksualnie oraz częściej zmieniają partnerów, niż heteroseksualni [25–28]. Te charakterystyki wpisują się w kryteria nadmiernej seksualności dorosłych [29] — hiperseksualizacji. Dlatego oczekiwano wyższej nadseksualizacji u mężczyzn nieheteroseksualnych niż heteroseksualnych, co jednak nie znalazło potwierdzenia w wynikach badań własnych.

Weryfikacja narzędzia na gruncie polskim wymaga dalszych badań dotyczących nadseksualizacji. Może być ono przydatne do poszerzania zakresu wiedzy nad obserwowaną nadmierną seksualnością u młodych dorosłych, z uwzględnieniem ich wieku, orientacji seksualnej, stanu cywilnego. Należy zaznaczyć, że zjawisko nadseksualizacji jest stosunkowo nowym konstruktem, bo opisanym w 2016 roku. Badanie go jest niezmiernie ważne, ponieważ jest to obszar niewystarczająco poznany. Ponadto, zgodnie z tym co podają autorzy metody oryginalnej [1], zjawisko nadseksualizacji jest czułe kulturowo i należy je analizować w kontekście społeczeństwa, kultury w jakiej żyje jednostka.

Ograniczeniem prezentowanych badań, związanych z adaptacją AOO, był brak możliwości porównania wyników uzyskanych z badania kwestionariuszem nadseksualizacji (KNS) z innymi narzędziami oceniającymi podobną zmienną. Nie było to możliwe, ponieważ w Polsce brakuje tego typu wystandaryzowanych narzędzi. Przedstawione wyniki nadseksualizacji odnośnie płci, a zwłaszcza orientacji seksualnej wymagają dalszych badań uwzględniających różne orientacje w ramach nieheteroseksualnej. Należy również zaznaczyć, że weryfikacja zjawiska nadseksualizacji oraz jego narzędzia zobowiązuje do prowadzenia badań porównawczych w różnych grupach wiekowych wczesnej dorosłości. Szczególnie cenne byłoby obserwowanie ewentualnego procesu zmian nadseksualizacji w populacji polskiej, co wymaga badań longitudinalnych. Takie badania są również niezbędne do oszacowania stabilności czasowej KNS.

Wniosek

Kwestionariusz Nadseksualizacji spełnia wymagane kryteria związane z oceną właściwości psychometrycznych i może być stosowany w badaniach naukowych.

Piśmiennictwo:

- Brassard A., Houde F., Caouette C., Lussier Y., & de Pierrepont C. Validation of a new questionnaire assessing adult oversexualization among emerging adults. Manuscript submitted for publication 2016. (udostępniony przez A. Bassard).
- Nomejko A, Dolinska-Zygmunt G. Satysfakcja seksualna kobiet i mężczyzn w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości — uwarunkowania psychospołeczne. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2019.
- Bancroft J. Seksualność człowieka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
- Izdebski Z. Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Izdebski Z, Ostrowska A. Seks po polsku. Zachowania Seksualne jako element stylu życia Polaków. Muza, Warszawa 2003.
- Mottier V. Sexuality: A Very Short Introduction. Oxford University Press, Oxford, New York 2008.
- Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *J Psychol.* 2002; 136(6): 581–596, doi: [10.1080/00223980209604820](https://doi.org/10.1080/00223980209604820), indexed in Pubmed: [12523447](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12523447/).
- American Psychological Association. Report of the APA Task Force on the sexualisation of Girls. DC: APA, Washington 2007.
- Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000; 55(5): 469–480, indexed in Pubmed: [10842426](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10842426/).
- Arnett J. Emerging Adulthood: The Winding Road From the Late Teens Through the Twenties. Oxford University Press, New York 2015.
- Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, et al. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *J Sex Res.* 2015; 52(1): 110–119, doi: [10.1080/00224499.2013.838744](https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744), indexed in Pubmed: [24350570](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24350570/).
- Brassard A, Perron-Laplante J, Lachapelle É, et al. Oversexualization among emerging adults: Preliminary associations with romantic attachment and intimacy. *The Canadian Journal of Human Sexuality.* 2018; 1–12, doi: [10.3138/cjhs.2017-0031](https://doi.org/10.3138/cjhs.2017-0031).
- Plopa M. Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej. *Polskie Forum Psychologiczne.* 2017; 22(4): 519–543.
- Studenski R. Psychologiczne, kulturowe i biologiczne determinanty zachowań ryzykownych. *Kolokwia Psychologiczne.* 2000; 8: 157–172.
- Zuckerman M. Sensation Seeking and Risk Taking. *Emotions in Personality and Psychopathology.* 1979: 161–197, doi: [10.1007/978-1-4613-2892-6_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2892-6_7).
- Lew-Starowicz Z, Waszyńska K. Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym: Teoria i rzeczywistość. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
- Kaiser H. An index of factorial simplicity. *Psychometrika.* 1974; 39(1): 31–36, doi: [10.1007/bf02291575](https://doi.org/10.1007/bf02291575).
- Thompson B. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. Understanding Concepts and Applications. Third Printing. DC: American Psychological Association, Washington 2008.
- Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS, basic concepts, applications and programming. Routledge, New York London 2010.
- Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modeling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods.* 2008; 6(1): 53–60.
- Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts: permanence and change. *Arch Sex Behav.* 1986; 15(2): 97–120, doi: [10.1007/BF01542219](https://doi.org/10.1007/BF01542219), indexed in Pubmed: [3718206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3718206/).
- Holmberg D, Blair KL. Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *J Sex Res.* 2009; 46(1): 57–66, doi: [10.1080/00224490802645294](https://doi.org/10.1080/00224490802645294), indexed in Pubmed: [19116863](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19116863/).
- Janicka I, Cieślak M. Satysfakcja seksualna i jej znaczenie w bliskich związkach emocjonalnych. *Polskie Forum Psychologiczne.* 2020; 4: 389–405.
- Liberacka-Dwojak M, Izdebski P. Psychospołeczne wyznaczniki komunikacji seksualnej: przegląd badań. *Seksuologia Polska.* 2021; 19: 2–12, doi: [10.5603/sp.2021.0002](https://doi.org/10.5603/sp.2021.0002).
- Da Silva Mendes JC, Pereira HM. Monogamy and Marital Adjustment: A Study of Same Sex Couples and Different Sex Couples. *Psychology, Community & Health* 2013. 2(1): 1–19.
- Goldberg AE, Smith JZ, Kashy DA. Preadoptive factors predicting lesbian, gay, and heterosexual couples' relationship quality across the transition to adoptive parenthood. *J Fam Psychol.* 2010; 24(3): 221–232, doi: [10.1037/a0019615](https://doi.org/10.1037/a0019615), indexed in Pubmed: [20545395](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20545395/).

27. Huebner DM, Mandic CG, Mackaronis JE, et al. The impact of parenting on gay male couples' relationships, sexuality, and HIV risk. *Couple Family Psychol.* 2012; 1(2): 106–119, doi: [10.1037/a0028687](https://doi.org/10.1037/a0028687), indexed in Pubmed: [25674355](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25674355/).
28. Balsam KF, Beauchaine TP, Rothblum ED, et al. Three-year follow-up of same-sex couples who had civil unions in Vermont, same-sex couples not in civil unions, and heterosexual married couples. *Dev Psychol.* 2008; 44(1): 102–116, doi: [10.1037/0012-1649.44.1.102](https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.102), indexed in Pubmed: [18194009](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18194009/).
29. Blais M, Raymond S, Manseau H, et al. La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens. Regard critique sur le concept d'« hypersexualisation ». *Globe.* 2011; 12(2): 23–46, doi: [10.7202/1000705ar](https://doi.org/10.7202/1000705ar).

Edukacja seksualna a ocena własnego ciała w populacji kobiet we wczesnej dorosłości

Relationship between sexual education and body estimation among women in early adulthood

Maja Em-Kamieniec, Martyna Kaźmierska, Magdalena Gawrych

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy było sprawdzenie zależności między oceną własnego ciała a: (1) braniem udziału w formalnych zajęciach z zakresu edukacji seksualnej w przeszłości oraz (2) subiektywną oceną wiedzy z zakresu seksualności wśród kobiet we wczesnej dorosłości.

Materiał i metody: W celu sprawdzenia zależności zbadano 159 kobiet w wieku od 18 do 35 lat. Posłużono się ankietą, składającą się z metryczki oraz Skali Oceny Ciała, obejmującej 35 pozycji związanych z ciałem i składającej się trzech podskal dla kobiet (Atrakcyjność Seksualna, Kontrola Wagi, Kondycja Fizyczna) oraz trzech podskal dla mężczyzn (Atrakcyjność Fizyczna, Siła Ciała, Kondycja Fizyczna). Do każdej pozycji badane musiały ustosunkować się na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznaczało „mam silnie negatywne odczucia”, a 5 – „mam mocno pozytywne odczucia”. Badanie przeprowadzono online, zamieszczając ankietę na platformie MS Forms.

Wyniki: Wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy odebraniem edukacji seksualnej w przeszłości a postrzeganiem własnej kondycji fizycznej wśród kobiet. Analizy wykazały również istnienie związku między subiektywną oceną własnej wiedzy z zakresu seksualności a oceną własnej atrakcyjności seksualnej, a także postrzeganiem tych elementów ciała, które można zmienić poprzez zastosowanie ćwiczeń fizycznych lub diet. Dodatkowo, wykazano istotnie statystyczny związek między oceną własnej wiedzy z zakresu seksualności a ogólną oceną własnego ciała.

Wnioski: Poprzez prowadzenie rzetelnej edukacji seksualnej, można wpływać na lepszy stosunek do własnego ciała w grupie młodych dorosłych kobiet, będących w okresie sensorywnym dla budowania stabilnych związków interpersonalnych. Tym samym można poprawiać ich dobrostan psychiczny, relacyjny i społeczny.

Słowa kluczowe: edukacja seksualna, wiedza dotycząca seksualności, ocena własnego ciała, dobrostan

Seksuologia Polska 2021; 19: 18–25

Abstract

Introduction: The aim of the research was to check a relationship between body estimation and (1) taking part in formal sex education classes in the past and (2) subjective rating of one's knowledge in the field of sexuality among women in early adulthood.

Material and methods: In order to check this relationship, we examined 159 women between 18 and 35 years. We used a survey, consisted of respondents' particulars and Body Esteem Scale including 35 items related to body. BES consists of three subscales for women (Sexual attractiveness, Weight concern, Physical condition) and three subscales for men (Physical attractiveness, Upper body strength and Physical condition). Respondents had to pick one of the answers on a five-point scale, where 1 meant „strong negative feelings” and 5 meant „strong positive feelings”. The study was conducted online, via MS Forms platform.

Results: There was a statistically significant relationship between taking part in formal sex education classes in the past and perception of physical condition among women. The analysis also proved the relationship between subjective rating of one's knowledge in the field of sexuality and rating of one's sexual attracti-

Adres do korespondencji: Martyna Kaźmierska
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa,
e-mail: martyna.kazmierska@gmail.com

Nadesłano: 20.08.2021

Przyjęto do druku: 22.10.2021

veness and perception of these parts of body that can be changed through physical exercises or dieting. Additionally, the research showed a statistically significant relationship between rating of one's knowledge in the field of sexuality and general estimation of one's body.

Conclusions: By leading reliable sexual education one may affect better attitude to bodies among young adults, who are in a sensitive phase for building stable relationships with other people. Simultaneously one may improve their mental, physical and social well-being.

Key words: sexual education, knowledge in the field of sexuality, body estimation, well-being

Seksuologia Polska 2021; 18: 24–25

Wstęp

Edukacja seksualna

Edukacja seksualna jest wielodyscyplinarną dziedziną naukową, która przyjmuje różne formy oraz pełni równoległe różne funkcje. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje edukację seksualną jako naukę o poznawczych, emocjonalnych, społecznych, interaktywnych i fizycznych aspektach seksualności [1]. Jej początek nastąpił około 1955 roku w Szwecji, natomiast w Europie rozpowszechniła się ona w latach 70' i 80' XX wieku. W następnych latach zainteresowanie tą dyscypliną nauki wzrastało, a po 1990 roku zaczęła być ona strukturyzowana i wprowadzana do wielu programów nauczania.

Edukację seksualną możemy podzielić na dwa komponenty: formalny i nieformalny. Formalną edukacją seksualną są oddziaływania edukacyjne realizowane przez specjalistów takich jak lekarze, nauczyciele, pedagodzy czy psychologowie. Natomiast nieformalną edukacją seksualną możemy nazwać spektrum informacji dotyczących seksualności człowieka, które docierają do nas dzięki rodzicom, rówieśnikom, mediom społecznościowym, książkom, artykułom i innym źródłom. Nieformalna edukacja seksualna pełni bardzo istotną rolę, ponieważ to z nią człowiek ma głównie styczność. Dostęp do profesjonalistów, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, nie jest tak częsty i swobodny jak wśród populacji osób dorosłych. Natomiast większość osób ma możliwość korzystania z Internetu, gdzie znajduje się ogrom informacji.

W edukacji seksualnej punktem wyjścia jest seksualność człowieka, wpisana w kontekst szeroko rozumianego zdrowia jednostki, dlatego warto przytoczyć również jej definicję zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia: „Seksualność człowieka stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i dotyczy płci, tożsamości i ról płciowych, orientacji seksualnej, erotyzmu, przyjemności, intymności oraz prokreacji. Seksualność jest przeżywana i wyrażana w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach, zachowaniach, praktykach, rolach i związkach. Podczas gdy seksualność może

obejmować każdy z tych aspektów, nie wszystkie one są doświadczane bądź wyrażane. Na seksualność wpływają interakcje pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, ekonomicznymi, politycznymi, etycznymi, prawnymi, historycznymi, religijnymi i duchowym” [2]. Definicja ta podkreśla jak istotna jest edukacja seksualna w kontekście dbania o zdrowie seksualne, dobrostan oraz relacje społeczne, ponieważ seksualność jest nieodłącznym elementem życia człowieka.

Podstawowym zadaniem edukacji seksualnej jest podkreślenie seksualności człowieka jako pozytywnej dyspozycji, która stanowić może źródło satysfakcji i przyjemności. Następnie edukacja seksualna wyposaża w wiedzę i umiejętności chroniące przed zarażeniem się różnymi chorobami. Dostęp do edukacji seksualnej jest także jednym z praw człowieka, w ramach praw seksualnych, które obejmują przede wszystkim swobodną możliwość korzystania z edukacji oraz prawo do informacji [3].

Badaczki Goldfrab i Lieberman [4] dokonały przeglądu badań dotyczących realizacji programów edukacji seksualnej w Stanach Zjednoczonych w szkołach, które wykazują szereg korzyści. Według analiz, edukacja seksualna istotnie przyczynia się do obniżenia homofobii, poszerzenia wiedzy z zakresu spektrum płci oraz prewencji przemocy w związkach. Dodatkowo wykazano istotne polepszenie kompetencji relacyjnych, postaw i umiejętności emocjonalnych dotyczących własnego bezpieczeństwa. Istotne są również wnioski dotyczące związku edukacji seksualnej z pozytywnym odbiorem siebie (*self-image*), w tym korzystniejszym odbiorem własnego ciała [5–7]. Odbiór własnego ciała w kontekście seksualności i podejmowania zachowań seksualnych analizowany był przez szereg badaczy [8–10]. Badania przeprowadzone przez Gillen i wsp. [8] wykazały, że negatywny odbiór własnego ciała przez kobiety i nastolatki często współwystępuje z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, które mogą skutkować zarażeniem się chorobami przenoszonymi drogą płciową (STI, *sexually transmitted infections*), wirusem HIV (*human immunodeficiency virus*) czy nieplanowaną

ciążą. Dodatkowo wykazano, że grupa kobiet, która pozytywnie odbiera własne ciało rzadziej angażuje się w ryzykowne kontakty seksualne. Dla tej populacji badanych świadczy to o fakcie, że lepszy odbiór własnego ciała pełni funkcję ochronną w kontekście niepożądanych skutków ryzykownych zachowań seksualnych.

Powyższe badania dowodzą, że edukacja psychoseksualna jest istotna w wielu sferach życia, a wiedza dotycząca seksualności swojej oraz innych podnosi poziom funkcjonowania zdrowotnego jednostki oraz wpływa istotnie na relacje interpersonalne.

Obraz ciała

Definicji obrazu ciała można znaleźć wiele, zarówno w obszarze nauk medycznych, humanistycznych, jak i społecznych. Za protoplastę tego pojęcia uznaje się Paula Schindlera, który rozumiał obraz ciała jako postrzegany przez jednostkę wizerunek ciała [11]. Zdaniem Banfielda i McCabe [12] obraz ciała jest subiektywną informacją o nim, którą przechowujemy w pamięci. Informacja ta zawiera w sobie trzy aspekty: emocjonalny, warunkujący nasze nastawienie emocjonalne do ciała oraz jego części, behawioralny, związany z podejmowanymi w jego kierunku aktywnościami oraz poznawczy, składający się z sądów bądź przekonań, które żyjemy na temat własnego ciała.

Wizerunek własnego ciała, który tworzymy jest labilny i podatny na oddziaływanie czynników zewnętrznych, do których zaliczyć można m.in. wpływy rodzinne, obowiązujące w społeczeństwie standardy piękna propagowane m.in. przez współczesne przekazy medialne [13], a także oceny i wskazówki innych [14]. Chrisler [15] podkreśla, że szczególnie wśród kobiet częstym zjawiskiem jest „postrzeganie siebie oczami innych” [za: 16].

Negatywny obraz własnego ciała jest często predyktorem różnego rodzaju zaburzeń związanych z cielesnością. Uznaje się między innymi, że brak satysfakcji z własnego ciała może być jednym z determinantów zaburzeń odżywiania. U osób chorujących na anoreksję częściej pojawiają się negatywne emocje, zachowania czy myśli dotyczące ciała [17]. Również osoby otyłe mają zaburzony obraz własnej cielesności i charakteryzują się błędnymi schematami poznawczymi i percepcyjnymi dotyczącymi tejże sfery [17]. Innym zaburzeniem ściśle wiążącym się z obrazem ciała jest dysmorfobia. Zaburzenie to charakteryzuje się posiadaniem błędnego przekonania, bądź przekonań, o deformacji własnego ciała. W klasyfikacji *International Classification of Diseases and Health Related Problems* (ICD-10 dysmorfobia przyporządkowana została do zaburzeń hipochondrycznych (ICD-10 – F45.2) należących do grupy zaburzeń somatoformicznych.

Krueger twierdził, że ja cielesne i obraz ciała stanowią pewnego rodzaju fundamenty dojrzewania organizmu, odpowiadające za ukształtowanie poczucia spójności i ciągłości cielesnej [za: 18]. Także Nitsch i wsp. [17] w swojej pracy poglądowej podkreślają istotność aspektu cielesności w kształtowaniu tożsamości jednostki. To jakie mamy nastawienie do własnej cielesności przekłada się na wiele sfer funkcjonowania. Badania Raźny [19] wykazały, że w przypadku kobiet w okresie wyłaniającej się dorosłości występuje istotny, pozytywny związek między wizerunkiem ciała a samooceną i dobrostanem eudajmonistycznym. Analizy Wąsowicz-Kiryło i Barana [20] wykazały z kolei, że wyższa samoocena przekłada się na większą satysfakcję z życia zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Dąbkowska [21] ukazuje natomiast, że pozytywny obraz własnego ciała wiąże się z lepszą oceną satysfakcji seksualnej. Co więcej, konstrukt jakim jest obraz ciała łączy się także ze zdolnością do tworzenia i podtrzymywania znaczących relacji interpersonalnych, zdolnością do doceniania własnego ciała, a nawet umiejętnością nawiązywania kontaktów z przedstawicielami różnych płci [16].

Jak wskazują w swej książce Głębocka i Kulbata [11] obserwujemy obecnie lawinowy wzrost dysatisfakcji w odniesieniu do wyglądu zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Okazuje się, że brak zadowolenia z własnego ciała jest obecnie normą, która dotyczy już także dzieci. Wczesne zainteresowania Gustawson-Larson i Terry wykazują, że spośród amerykańskich dzieci w wieku 9–11 33% dziewcząt i 17% chłopców uznawało się za zbyt grubych [za: 11]. Inne analizy przeprowadzane w latach 90. XX wieku przez Wood, Becker, Thompson wśród dzieci w wieku 8–10 lat podają, że aż 55% dziewczynek i 35% chłopców było niezadowolonych z kształtów swojego ciała [za: 11]. Nowsze badania ukazują natomiast, że od 13,4% do 31,8% Amerykanek jest niezadowolonych z własnego ciała. Wśród mężczyzn pochodzących z USA wyniki te osiągnęły od 9% do 28,4% [22]. Badania *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) [23] przeprowadzone już w XXI wieku naświetlają z kolei smutną prawdę dotyczącą polskich dzieci. Okazuje się, że aż 43% dziewczynek i 33% chłopców w wieku 11 lat sądziło, że są zbyt grubi. Spośród 39 krajów stawało to Polskę na pierwszym miejscu w zakresie negatywnego obrazu ciała wśród dzieci. Co istotne, polskie dzieci oceniają się jako najgrubsze, mimo że – biorąc pod uwagę zobiektywizowane wskaźniki medyczne – ich masa ciała nie jest najwyższa wśród badanych populacji. Na to samo wskazują analizy przeprowadzone przez HBSC w 2018 roku [24]. 36% badanych dzieci w wieku 11–15 lat oceniało swoją masę jako zbyt dużą, mimo,

że obiektywnie taka nie była. W grupie 13- i 15-letnich dziewcząt więcej badanych oceniało swoją masę jako za dużą, niż jako prawidłową [24]. Niestety, informacje dotyczące istotności tworzenia pozytywnego obrazu własnego ciała, a także przekazywanie wiedzy na temat sposobów kształtowania go, bardzo często nie są integralną częścią edukacji seksualnej, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach [16, 25, 26].

Paradygmat badań w obszarze edukacji seksualnej jest mało rozwinięty w polskiej literaturze, co skłoniło nas do wybrania tego obszaru badawczego. Uważamy, że edukacja seksualna jest istotna ze względu na wymienione wcześniej funkcje oraz korzyści. Drugim istotnym aspektem jest pozytywny odbiór własnego ciała, który przekłada się na jakość życia oraz zdrowie psychiczne jednostek. W związku z tym postanowiono zbadać związek zadowolenia z własnego ciała: z odebraniem formalnej edukacji seksualnej oraz z subiektywną oceną wiedzy z zakresu edukacji seksualnej. Założono następujące hipotezy:

H1. Istnieje zależność między odebraniem formalnej edukacji seksualnej w przeszłości a aktualną oceną własnego ciała wśród kobiet we wczesnej dorosłości.

H2. Istnieje zależność między subiektywną oceną wiedzy z zakresu edukacji seksualnej a aktualną oceną własnego ciała wśród kobiet we wczesnej dorosłości.

Materiał i metody

Uczestnicy

W celu zebrania respondentek użyto metody kuli śniegowej, publikując kwestionariusz w Internecie. W badaniu wzięło udział 159 kobiet ($n = 159$). Najmłodsze respondentki miały 18 lat, a najstarsze 35 lat [M (mean) = 23,52; SD (standard deviation) = 3,51]. Na pytanie o dostęp do formalnej edukacji seksualnej odpowiedzi twierdzącej udzieliło 89 badanych (56%), natomiast 70 respondentek odpowiedziało przecząco (44%). Wśród respondentek, które odbyły formalną edukację seksualną minimalny czas jej trwania określany w wymiarze semestralnym wynosił 1 semestr, a maksymalny 12 semestrów. Zmierzono również subiektywną ocenę własnej wiedzy z zakresu seksualności, na skali 1-5 najczęściej udzieloną odpowiedzią była liczba 4 ($D = 4$), a średnia odpowiedzi wyniosła $M = 3,94$; $SD = 0,84$.

Dane dotyczące wieku oraz oceny własnej wiedzy z zakresu seksualności zebrane od badanych przedstawiono w tabeli 1.

Procedura

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą anonimowego kwestionariusza on-line skierowanego do ochotniczek, żadne dane respondentek nie były pobierane i przetwarzane. W celu zebrania danych o osobach badanych poproszono jedynie o udzielenie informacji dotyczących płci oraz wieku. W procedurze uwzględniono wytyczne Deklaracji Helsińskiej. Pytano o aspekty ilościowe odebranej formalnej edukacji seksualnej (długość nauki w semestrach, np. w szkole) oraz o to, jak subiektywnie oceniają swoją wiedzę z zakresu seksualności na skali od 1 punktu do 5 punktów, gdzie 1 oznaczało „bardzo słabo”, 3 oznaczało „przeciętnie”, a 5 oznaczało „bardzo dobrze”.

Następnie osoby badane wypełniły Skalę Oceny Ciała (wersję dla kobiet) w polskiej adaptacji Lipowskiej i Lipowskiego [27]. Oryginalne narzędzie *Body Esteem Scale* (BES) zostało stworzone przez Franzoi i Shields [28]. Rzetelność dla całego narzędzia wynosi $\alpha = 0,93$. Natomiast w podskalach oddzielnie dla kobiet $\alpha = 0,92$, a dla mężczyzn $\alpha = 0,94$. Na tej podstawie należy wnioskować o wysokiej rzetelności narzędzia. Skala Oceny Ciała składa się z 35 pozycji budujących trzy podskale odmienne dla kobiet i mężczyzn. Odpowiedzi na każdą z pozycji skali osoba badana udziela na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie „1 – mam silnie negatywne odczucia”, „3 – nie posiadam żadnych odczuć”, a „5 – mam mocno pozytywne odczucia”. Podskale BES dla kobiet dla mierzyły Atrakcyjność Seksualną ($\alpha = 0,80$), Kontrolę Wagi ($\alpha = 0,89$) oraz Kondycję Fizyczną ($\alpha = 0,82$). Podskala „Atrakcyjność Seksualna” mierzy stosunek do tych części ciała, których nie można zmienić poprzez ćwiczenia fizyczne, a jedynie stosowaniem zabiegów kosmetycznych, np. makijażem. Podskala „Kontrola Wagi” bada stosunek do tych części ciała, które można zmienić poprzez stosowanie ćwiczeń fizycznych lub diet. Podskala „Kondycja Fizyczna” bada parametry takie jak wytrzymałość, siła czy zwinność. Podskale BES dla płci męskiej badają kolejno Atrakcyjność Fizyczną ($\alpha = 0,85$), Siłę Ciała ($\alpha = 0,85$) oraz Kondycję Fizyczną ($\alpha = 0,88$). Podskala „Atrakcyjność Fizyczna” bada stosunek do wszystkich elementów ciała, które składają się na

Tabela 1. Dane dotyczące wieku oraz oceny własnej wiedzy z zakresu seksualności zebrane od badanych

Dane zebrane od respondentek						
Zmienna	N	M	SD	D	Minimum	Maksimum
Wiek	159	23,52	3,51	22	18	35
Ocena własnej wiedzy z zakresu seksualności	159	3,94	0,84	4	1	5

ocenę męczyzny jako przystojnego. Włączając w to ocenę organów płciowych, jednak nie w kontekście funkcji czy aktywności seksualnej, a jedynie pod kątem estetycznym. Podskala „Siła Ciała” ocenia stosunek do wyglądu i jednocześnie funkcji poszczególnych części ciała, które to przyczyniają się do uznania męczyzny jako osoby silnej i aktywnej. Podskala „Kondycja Fizyczna” bada te same parametry co w populacji kobiet, czyli siłę, zwinność i wytrzymałość.

Wyniki

Wyniki analizowano używając programu statystycznego IBM SPSS wersji 7.0.

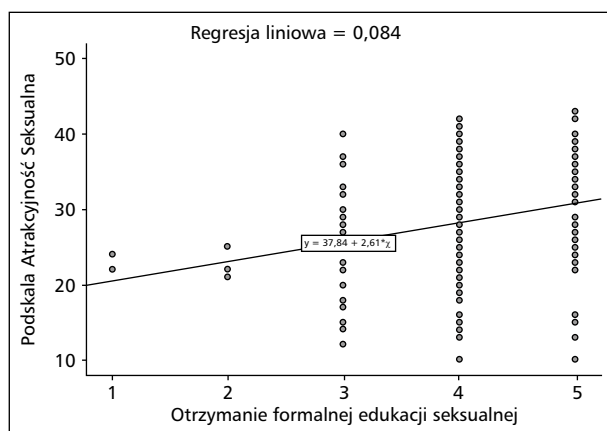
W celu weryfikacji hipotezy pierwszej „Istnieje zależność między odebraniem formalnej edukacji seksualnej a oceną własnego ciała” wykonano analizę korelacji *r*-Pearsona. Analizie statystycznej poddano zmienną mierzącą formalne odbycie edukacji seksualnej kolejno z każdą z podskal BES oraz wynikiem ogólnym.

Związek między odbyciem kursu formalnej edukacji seksualnej a podskalą „Atrakcyjność Seksualna” Skali Oceny Ciała okazał się nieistotny statystycznie, $p > 0,05$. Zależność między odbyciem kursu formalnej edukacji seksualnej a podskalą „Kontrola Wagi” okazał się nieistotny statystycznie, $p > 0,05$. Wykazano natomiast istnienie słabej zależności między posiadaniem formalnej edukacji seksualnej a podskalą „Kondycja Fizyczna”, $r = 0,21$; $p < 0,05$. Zależność tą przedstawiono na rycinie 1. Można wnioskować, że istnieje zależność pomiędzy uczestnictwem w formalnej edukacji seksualnej a lepszym postrzeganiem własnej wytrzymałości, siły i zwinności u kobiet.

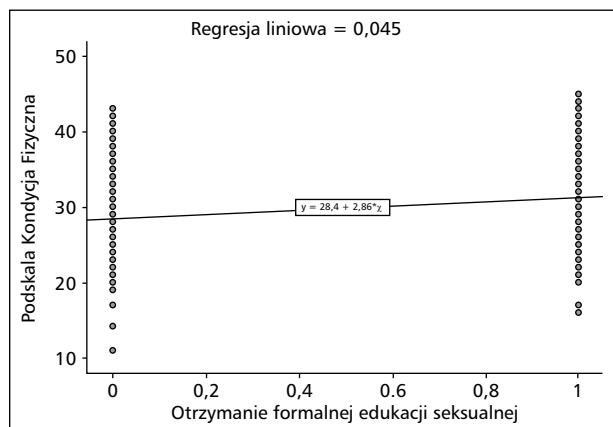
W celu zweryfikowania drugiej hipotezy „Istnieje zależność między subiektywną oceną wiedzy z zakre-

su seksualności a oceną własnego ciała” dokonano analizy korelacji *r*-Pearsona zmiennej mierzącej subiektywną ocenę wiedzy z zakresu edukacji seksualnej z podskalami Skali Oceny Ciała oraz wynikiem ogólnym badanej populacji kobiet. Analiza pierwsza wykazała istnienie istotnie statystycznego związku o słabej sile między oceną własnej edukacji seksualnej a podskalą „Atrakcyjność Seksualna”, $r = 0,29$; $p < 0,05$. Przewiduje ją rycina 2. Wyniki wskazują, że korzystniejsza ocena tych elementów własnego ciała, których nie można zmienić poprzez ćwiczenia fizyczne czy stosowanie diet wiąże się z wyższą oceną własnej wiedzy o seksualności.

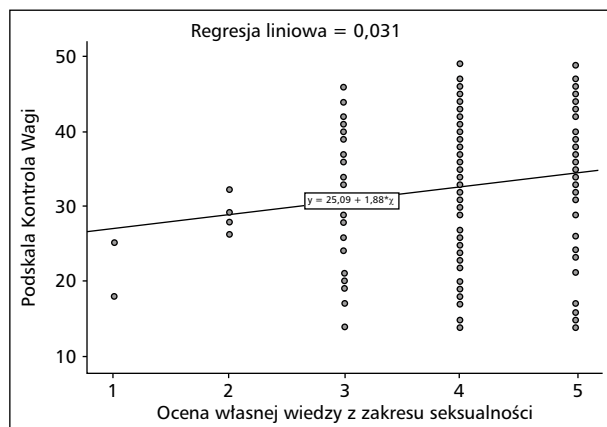
Kolejna analiza wykazała istnienie istotnie statystycznej słabej zależności między subiektywną oceną wiedzy z zakresu edukacji seksualnej a podskalą „Kontrola Wagi”, $r = 0,18$; $p < 0,05$. Zależność została przedstawiona na rycinie 3. Świadczy to o współwystępowaniu oceny własnej wiedzy o seksualności



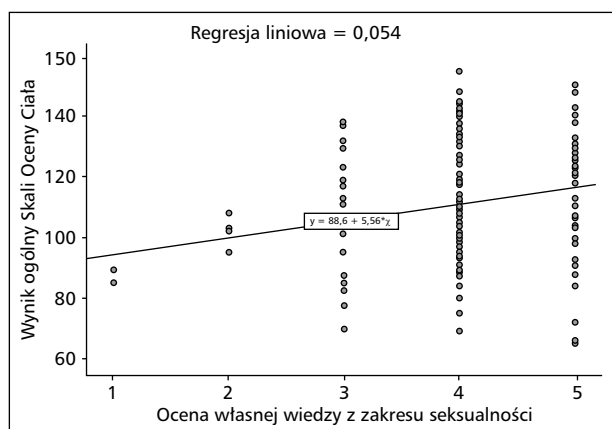
Rycina 2. Graficzne przedstawienie zależności między oceną własnej wiedzy z zakresu seksualności a wynikiem podskali „Atrakcyjność Seksualna”



Rycina 1. Graficzne przedstawienie zależności między odbyciem formalnej edukacji seksualnej a wynikiem podskali „Kondycja Fizyczna”



Rycina 3. Graficzne przedstawienie zależności między własną wiedzą z zakresu seksualności a wynikiem podskali „Kontrola Wagi”



Rycina 4. Graficzne przedstawienie zależności między oceną własnej wiedzy z zakresu seksualności a wynikiem ogólnym Skali Oceny Ciała

z lepszym postrzeganiem tych elementów ciała, które można zmienić poprzez zastosowanie ćwiczeń fizycznych lub diet.

Dodatkowo, wykazano istotnie statystyczny słaby związek między oceną własnej wiedzy z zakresu edukacji seksualnej a wynikiem ogólnym Skali Oceny Ciała wśród badanych respondentek, $r = 0,23$; $p < 0,05$. Istotnie statystyczny związek został przedstawiony graficznie na rycinie 4. Można wnioskować, że im lepiej badane oceniają swoją wiedzę dotyczącą seksualności, tym ogólnie lepiej postrzegają swoje ciało.

Dyskusja

Hipoteza pierwsza „Istnieje zależność między odbyciem formalnej edukacji seksualnej a oceną własnego ciała” została potwierdzona tylko dla podskali „Kondycja Fizyczna” Skali Oceny Ciała w populacji kobiet. Wynika z tego, że odbycie formalnej edukacji seksualnej współwystępuje wśród kobiet z lepszym postrzeganiem własnej wytrzymałości, siły i zwinności. Nie istnieje natomiast istotny statystycznie związek między odbyciem formalnej edukacji seksualnej a oceną własnego ciała wśród kobiet dla podskal „Atrakcyjność Seksualna” i „Kontrola Wagi”.

Wyniki badania prowadzonego przez Grupę Edukatorów Seksualnych „Ponton” wskazują na niski stan edukacji seksualnej w Polsce [29]. Tak niski poziom edukacji seksualnej, na który wskazują cytowane w raporcie wypowiedzi uczniów, może oznaczać, że młodzi ludzie nie nabywają rzetelnej i niezbędnej wiedzy z zakresu edukacji seksualnej, co przekłada się może na wyniki naszego badania. Dodatkowo przypuszczać można, że problematyka akceptacji własnej cielesności nie jest kwestią często poruszaną

na zajęciach „wychowania do życia w rodzinie”. Wskazuje na to kolejny raport grupy „Ponton” z 2014 roku, w którym respondenci podają, że tematyka szacunku i afirmacji własnej cielesności nie była zagadnieniem poruszonym na lekcjach WdŻ [30]. Jeżeli tematyka ta – przynajmniej w odbiorze uczniów – nie jest integralną częścią formalnej edukacji seksualnej, to nic dziwnego, że nie obserwujemy zależności między takową edukacją a oceną ciała wśród Polek. Warto także podkreślić, że przebadana grupa była niewielka i nierównoliczna, co mogło dodatkowo zakłócić wyniki. Ważnym jest także fakt, że badanie przeprowadzone było w wersji elektronicznej, co ograniczyło pulę odbiorców do tych, korzystających z technologii cyfrowej.

Postawić należy, jednakże pytanie: dlaczego wynik okazał się istotny statystycznie w podskali „Kondycja Fizyczna” dla populacji kobiet? Być może w szkołach, miastach, w których brakuje edukacji seksualnej, standard życia jest ogólnie niższy, co wpływa pośrednio na poczucie własnej siły czy wytrzymałości. Elementy te wymagają dalszych analiz.

Hipoteza druga „Istnieje zależność między subiektywną oceną wiedzy z zakresu edukacji seksualnej a oceną własnego ciała” została potwierdzona. Co za tym idzie, im lepiej oceniana jest własna wiedza z zakresu seksualności człowieka, tym lepiej postrzegane jest własne ciało. Warto podkreślić, że powyższy związek jest umiarkowanie słaby. „Standardy edukacji seksualnej w Europie” opracowane przez Światową Organizację Zdrowia [1] głoszą, że jedną z zasad, na których powinna opierać się holistyczna edukacja seksualna jest „koncepcja holistycznie rozumianego dobrostanu, w tym zdrowia”. Pod tą nazwą kryje się zarówno dobrostan fizyczny, o który dbać możemy między innymi poprzez unikanie ryzykownych zachowań seksualnych, zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową czy dbanie o higienę, ale także dobrostan psychiczny, którego jedną ze składowych jest wykształcenie pozytywnego obrazu własnego ciała. Właściwa i wyczerpująca edukacja seksualna może więc kształtować owy dobrostan, co zaprezentowane zostało w wynikach naszego badania. Osoby, które lepiej oceniały swoją wiedzę dot. edukacji seksualnej, lepiej postrzegały własne ciało. Jest to, naszym zdaniem, bardzo istotny wniosek, skłaniający do wielu refleksji. Poprzez prowadzenie rzetelnej edukacji seksualnej, można wpływać na lepszy stosunek do własnego ciała w grupie młodych dorosłych, będących w okresie sensorywnym dla budowania stabilnych związków interpersonalnych. Tym samym można poprawiać ich dobrostan psychiczny, relacyjny i społeczny. Przytoczone argumenty sugerują wagę właściwie skonstruowanych i prezentowanych

formalnych programów edukacyjnych z zakresu edukacji seksualnej w Polsce.

Niniejsze badanie cechują pewne ograniczenia, które należy wziąć pod uwagę przy interpretacji wyników. Przede wszystkim osobami badanymi były ochotniczki, istnieje prawdopodobieństwo, że osoby zgłaszające swój udział w badaniu kierowały się skrajnymi osobistymi przesłankami do uczestniczenia w nim (tj. skryzalizowane postawy i silne emocje wobec własnego ciała, doświadczenia edukacji seksualnej). Drugim czynnikiem, na który należy zwrócić uwagę, jest sposób uzyskiwania wyników: on-line, poprzez zamieszczenie zaproszeń w mediach społecznościowych. Z jednej strony jest to powszechne kanał wymiany informacji w grupie młodych dorosłych, z drugiej jednak jest to czynnik ograniczający dobór do grupy.

Wnioski

Wskazując kierunek dalszych analiz oraz ograniczenia niniejszego badania, warto wskazać, że w podjętych tu analizach brały udział jedynie osoby określające swoją przynależność do płci „kobieta”. W przyszłości należałoby wykonać analogiczne badanie wśród osób z całego spektrum płci, w celu sprawdzenia, czy istnieje związek między formalną edukacją seksualną i subiektywną oceną wiedzy z zakresu edukacji seksualnej a oceną ciała osób, które nie wpisują się w tradycyjną dychotomię płciową. Analizy należy także przeprowadzić wśród większej ilości respondentów i zadbać o równoliczność grup.

Piśmiennictwo:

1. WHO Regional Office for Europe and BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, education and health authorities and specialists. 2010, Cologne. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf (28.06.2021).
2. WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. 2006; Geneva. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1 (28.06.2021).
3. International Planned Parenthood Federation. Sexual rights: an IPPF declaration. 2008; IPPF: London. <https://www.ippf.org/NR/rdonlyres/9EAD697C-1C7D-4EF6-AA2A-6D4D0A13A108/0/SexualRightsIPPFDeclaration.pdf> (28.06.2021).
4. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *J Adolesc Health*. 2021; 68(1): 13–27, doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.07.036, indexed in Pubmed: 33059958.
5. Kater KJ, Rohwer J, Londre K. Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *J Sch Health*. 2002; 72(5): 199–204, doi: 10.1111/j.1746-1561.2002.tb06546.x, indexed in Pubmed: 12109175.
6. McCabe MP, Ricciardelli LA, Karantzas G. Impact of a healthy body image program among adolescent boys on body image, negative affect, and body change strategies. *Body Image*. 2010; 7(2): 117–123, doi: 10.1016/j.bodyim.2009.10.007, indexed in Pubmed: 20089463.
7. Halliwell E, Yager Z, Paraskeva N, et al. Body Image in Primary Schools: A pilot evaluation of a primary school intervention program designed by teachers to improve children's body satisfaction. *Body Image*. 2016; 19: 133–141, doi: 10.1016/j.bodyim.2016.09.002, indexed in Pubmed: 27693763.
8. Gillen M, Lefkowitz E, Shearer C. Does Body Image Play a Role in Risky Sexual Behavior and Attitudes? *Journal of Youth and Adolescence*. 2006; 35(2): 230–242, doi: 10.1007/s10964-005-9005-6.
9. Merianos A, King K, Vidourek R. Body Image Satisfaction and Involvement in Risky Sexual Behaviors Among University Students. *Sexuality & Culture*. 2013; 17(4): 617–630, doi: 10.1007/s12119-013-9165-6.
10. Ricciardelli L, McCabe M. Children's body image concerns and eating disturbance. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(3): 325–344, doi: 10.1016/s0272-7358(99)00051-3.
11. Głębocka A, Kulbata J. Wizerunek ciała: Portret Polek. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2005 : Opole.
12. Banfield SS, McCabe MP. An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*. 2002; 37(146): 373–393, indexed in Pubmed: 12144166.
13. Borzucka-Sitkiewicz K. Kształtowanie pozytywnego wizerunku ciała jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia somatycznego i psychospołecznego. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2013 : 55–78.
14. Myers P, Biocca F. The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women. *Journal of Communication*. 2006; 42(3): 108–133, doi: 10.1111/j.1460-2466.1992.tb00802.x.
15. Chrisler J. Feminist Psychology and the "Body Problem". *Psychology of Women Quarterly*. 2011; 35(4): 648–654, doi: 10.1177/0361684311426688.
16. Winter VR, Ward M, Pilgrim S, et al. Want to improve sexual health education for girls? Include body image. *American Journal of Sexuality Education*. 2019; 14(2): 152–164, doi: 10.1080/15546128.2018.1531362.
17. Nitsch K, Prajs E, Kurpisz J, et al. Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2012; 12(3): 1765–1825.
18. Mirucka, B. Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*. 2003; 46(2): 209S–223S.
19. Rażny, A. Związek wizerunku ciała z dobrostanem i samooceną kobiet w okresie wyłaniającej się dorosłości. Praca magisterska. Uniwersytet Jagielloński; 2019.
20. Wąsowicz-Kiryło G, Baran T. Wpływ samooceny i dobrostanu ekonomicznego na satysfakcję z życia kobiet i mężczyzn w różnym wieku. *Chowanna* 2013: 85S–101S.
21. Dąbkowska M. Obraz własnego ciała u kobiet a satysfakcja seksualna. *Przegląd Badań Edukacyjnych*. 2016; 2(21): 107, doi: 10.12775/pbe.2015.050.
22. Fallon EA, Harris BS, Johnson P. Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eat Behav*. 2014; 15(1): 151–158, doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.11.007, indexed in Pubmed: 24411768.
23. Roberts C, Freeman J, Samdal O, et al. International HBSC Study Group. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health*. 2009; 54 Suppl 2: 140–150, doi: 10.1007/s00038-009-5405-9, indexed in Pubmed: 19639259.
24. Mazur J, Małkowska-Szkućnik A. Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018.

25. Alford S, Bridges E, Gonzalez T, et al. Science and success: Sex education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV, and sexually transmitted infections. *Advocates for Youth: 2012 Executive Summary*. Washington, DC 2012.
26. Haberland NA. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015; 41(1): 31–42, doi: [10.1363/4103115](https://doi.org/10.1363/4103115), indexed in Pubmed: [25856235](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25856235/).
27. Lipowska M, Lipowski M. Original article Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report*. 2013; 1: 72–81, doi: [10.5114/hpr.2013.40471](https://doi.org/10.5114/hpr.2013.40471).
28. Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *J Pers Assess*. 1984; 48(2): 173–178, doi: [10.1207/s15327752jpa4802_12](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4802_12), indexed in Pubmed: [6726603](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6726603/).
29. Grupa Edukatorów Seksualnych „Ponton”. Jak naprawdę wygląda edukacja seksualna w Polsce? Raport. 2009. <https://ponton.org.pl/wp-content/uploads/2018/08/Raport2009.pdf> (29.06.2021).
30. Grupa Edukatorów Seksualnych „Ponton”. Raport. „Sprawdzian (z)WDŻ”, czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach. 2014. https://ponton.org.pl/wp-content/uploads/2018/09/raport_jaka_educacja_2014_21112014.pdf (28.06.2021).

Rectal foreign bodies: the role of gender

Francesk Mulita¹, Ioanna-Maria Troupi¹, Elias Liolis², Levan Tchabashvili¹, Ioannis Perdikaris¹,
Ioannis Maroulis¹

¹Department of Surgery, General University Hospital of Patras, Greece

²Department of Internal Medicine, University Hospital of Patras, Rion, Greece

Abstract

Introduction: Rectal foreign bodies are being encountered more frequently in clinical practice nowadays.

Material and methods: Between 2015 and 2019, five patients with foreign objects in the rectum were diagnosed and treated at General University Hospital of Patras. We retrospectively reviewed the medical records of these patients.

Results: All patients were males and their mean age was 50 years (range: 25–64). In all patients, foreign bodies were removed transanally under general anesthesia. There was no complication and all patients were discharged home 24 hours after the removal of a foreign object.

Conclusion: Incidents with rectal foreign bodies are very common nowadays. Cases with males are more frequent and according to the literature, the proportion between male and female patients is very high.

Key words: foreign body, rectal, gender

Seksuologia Polska 2021; 19: 26–29

Introduction

Incidents with rectal foreign bodies are no longer rare nowadays. However, epidemiological data are lacking [1]. The first report was published in 1919, although cases have been described since the 16th century. Although there are a wide variety of types of foreign bodies and reasons for insertion, objects such as bottles or glasses for autoeroticism is one of the most common reason. According to the literature, the frequency of rectal foreign bodies in the two populations — males and females — is much greater in the population of male patients compared to the population of female patients [2]. We performed a retrospective review of all cases of rectal foreign bodies at our institute over the last 5 years.

Material and methods

We retrospectively reviewed the cases of all retained rectal foreign bodies that were managed in

our department over a 5-year period, 2015 to 2019. Permission was secured from the local institutional review board to carry out this study. The records of all patients identified with rectal foreign bodies over a 5-year period from January 1, 2015, to December 30, 2019, were retrieved and reviewed. Data collected relate to patients' demography, mechanism of insertion, clinical presentation, the treatment offered, and types of the rectal foreign object extracted.

Results

A total of five patients presented to our emergency department with retained rectal foreign bodies and were treated. The cases' details are outlined in Table 1. All patients were men at a mean age of 50 (range: 25–64). Four patients (80%) admitted using the object for sexual gratification. Only one patient (20%) was symptomatic and complained of lower abdominal pain, while others were asymptomatic. In all cases, patients were taken to the operating room for examination under anesthesia and transanal removal was possible in all of them. All patients remained 24 hours after the transanal removal and were discharged home in a good condition.

Adres do korespondencji: Department of Surgery, General University Hospital of Patras, Greece, e-mail: oknarfmulita@hotmail.com

Nadesłano: 10.08.2021

Przyjęto do druku: 14.10.2021

Table 1. Demographics of patients with retained rectal foreign bodies

Case	Sex	Age	Insertion mechanism	Clinical Presentation	Extraction method	Object
1	M	52	Self-insertion for sexual gratification	Asymptomatic	Transanal retrieval under anesthesia	Deodorant bottle
2 (Fig. 1)	M	25	Accidentally sat on it	Asymptomatic	Transanal retrieval under anesthesia	Small ball
3 (Fig. 2)	M	56	Self-insertion for sexual gratification	Asymptomatic	Transanal retrieval under anesthesia	Glass jar
4	M	64	Self-insertion for sexual gratification	Asymptomatic	Transanal retrieval under anesthesia	Deodorant bottle
5 [3] (Fig. 3)	M	53	Self-insertion for sexual gratification	Lower abdominal pain	Transanal retrieval under anesthesia	Orange

Discussion

Rectal insertion of foreign bodies is commonly seen in adults and in the majority of cases is used for anal sexual stimulation [1]. In our department, all patients identified with rectal foreign bodies over a 5-year period were men.

Definition of gender identity

When discussing one's sex identity we have to distinguish their biological sex and their gender identity [4]. Biological sex is determined by sex-related variations in chromosomes; the presence of the Y chromosome in one's karyotype characterizes someone as male, whereas the absence of it characterizes one as female [5]. Although, we have to keep in mind that there are many conditions that lead to a non-typical development of sex characteristics (primary or secondary) and it is not clear the sex of these people. These characteristics are gathered under the definition of intersex conditions (note: the intersex definition is lately displaced by the term: Disorders of Sex Development, DSD). Many of these conditions are results of chromosome abnormalities, gene malfunctions, and mutations or dysfunction of proteins and hormones. The effects of the above are generally anomalies of the external sex organs and internal reproductive organs, the chromosomes which define the sex, and hormones that are important in the expression of sex and its normal function [6].

Gender identity, however, is defined as the condition of being within a spectrum of sociological and psychological expression of identity, from feminine to masculine — though there have been people with non-conforming gender identity that describe themselves as nothing within the previous spectrum [7]. The term of gender identity was introduced as it was an imperative need to understand how people with non-conforming biological indicators of sex make their way through society and how they develop their gender identity in many variable ways from the spectrum mentioned.

Another major subject that should be discussed is gender dysphoria. This term is related to people who feel experience and express their gender in a different way from what they have been nominated from their nature. A significant amount of these people will develop stress or dysphoria due to the fact that there is no way for some of them (hormone therapy and/or surgery) to acquire their desired physical form, which will be according to their gender expression [8]. Nevertheless, it should become clear that some people want to be or be treated not only as of the other gender but also as an alternative gender, which explains why gender identity forms a spectrum [9].

Presentation of statistics from older surveys about the percentage of rectal foreign bodies in men compared to women

According to a survey which was completed by Cologne, Ault there are many conclusions as far as foreign bodies in the rectum are concerned and the difference between the frequency of this event in female and male population becomes clear [2]. It is important to refer to the cases that are not diagnosed due to the fact that the patients do not ask for medical treatment as it is an untouchable situation for a great quota not only of the general population but also of the medical population [2].

If we want to refer to the epidemiology of these cases, the first parameter that we notice is the mean age of these patients, which is about 44 years. Although, to be more accurate, the range of the patients' age begins from about 20 years old and exceeds 90 years old. The proportion between male and female patients varies from 17:1 to 37:1 [2].

Another survey by Munter [10] has come to a similar conclusion as the first one. It should be noted that the patients seek medical help and visit Emergency Department due to the pain and complaint derived from the foreign body. Many of the patients have tried to eject the object on their own, before asking for a help because of their fear of criticism from the others and this many times worsens their condition.



Figure 1. Abdominal radiography demonstrating a small ball in the rectum of a 25-year-old male

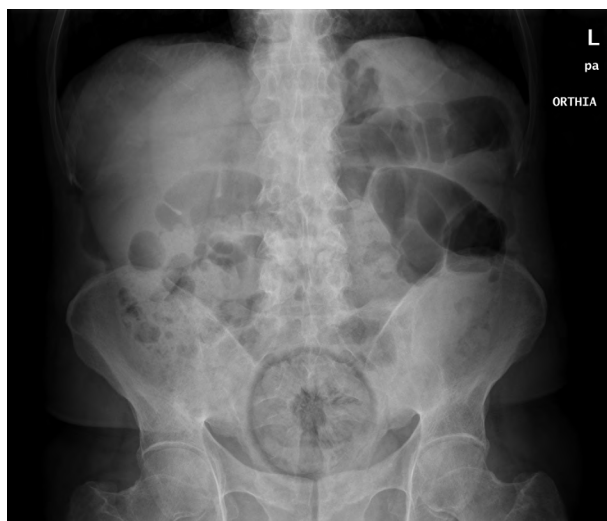


Figure 3. Abdominal radiography showing an orange in the rectum of a 53-year-old male



Figure 2. Abdominal radiography showing a glass jar in the rectum of a 56-year-old male

The epidemiologic data from this survey does not refer to the older literature, as there were only a few cases reported. The age distribution presents two peaks, one at the age of 20 and another one at the age of 60. Most cases are mentioned in the age range of 20–40 years old. The proportion between male and female patients is again high and about 28:1 [10].

Explanation of the above differences in the frequency of cases between male and female population

From the results that are detailed by the above surveys, it is obvious that the frequency of rectal foreign bodies in the two populations — males and females

— is much greater in the population of male patients compared to the population of female patients. Many reasons can explain this dissimilar frequency in the two populations.

According to the surveys someone has firstly to quest after the erotic motivation of such practice and sexual pleasure. The anatomic differences between a male and a female patient — as it was defined by sex identity — play a major role for the observed dissimilarities. It is widely known that male people have a gland located between the bladder and the penis. This gland is named the prostate and its location allows it to be reached via the rectum cavity. The specific gland is connected with sexual arousal and pleasure due to the fact that it secretes fluids which not only protect the sperm, but also during the ejaculation (when the climax is reached) the prostate empties its content into the urethra, and these fluids with the sperm comprise the semen. So, many men use foreign bodies in order to have a prostatic massage and thus sexual arousal, which can give a possible explanation for this difference [11].

Furthermore, there are many other motivations that can explain the reasons which drive someone in such practice. As the first reason is erotic self-satisfaction, the following reasons are given from more to less possible: a) hide illegal substances (such as narcotics) or guns, b) people who crave attention, c) people who have a purpose to injure the medical provider during an examination of the rectum, d) people who suffer from gastrointestinal problems and especially constipation.

From the above, it is significant to labor the point of attention-seeking people and people who want to harm the practitioners. As far as the people who need attention are concerned, we have to search for psychiatric patients who have this quality. According to DSM-V,

people with histrionic personality disorder, among the other characteristics have a tendency to develop an attention-seeking behavior. The gender-related diagnostic criteria for this disorder support that the ratio between male and female patients is not significantly different. Some studies explain that there is almost the same prevalence between the two populations. Other disorders which include attention-seeking behavior have mostly to do with adolescents.

The intention to harm the practitioner has again to do with psychiatric patients. There are many psychiatric disorders that embody aggressive behavior and behavior harmful to others. Among these disorders, the main is antisocial personality disorder, in which the patients can harm others without any feeling of remorse. It should be noted that this disorder is much more common in male than in females [12]. Other psychiatric conditions that can explain an intention to harm others are schizophrenia and bipolar disorder, especially in a manic episode [13, 14].

From the above, it is clear that the dissimilarity between the two populations and the advantage of frequency in male patients compared to females has to do firstly with the existence of prostate gland in men and their motivation for self-satisfaction. The psychiatric disorders which are accompanied by the intention to harm others, and especially antisocial personality disorder, are again more common in the male population. On the other hand, attention-seeking behavior has to do with both sexes.

Conclusions

There is an increasing trend in retained rectal foreign bodies nowadays. In the majority of cases, patients are males.

Study limitations

The main limitations of this study are the retrospective design and small sample size of 5 cases because

this does not allow for statistical analysis of the data presented.

Statement of ethics

Written informed consent was obtained from patients for the publication of this manuscript.

References:

1. Ayantunde AA, Unluer Z. Increasing trend in retained rectal foreign bodies. *World J Gastrointest Surg.* 2016; 8(10): 679–684, doi: [10.4240/wjgs.v8.i10.679](https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i10.679), indexed in Pubmed: [27830039](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27830039/).
2. Cologne KG, Ault GT. Rectal foreign bodies: what is the current standard? *Clin Colon Rectal Surg.* 2012; 25(4): 214–218, doi: [10.1055/s-0032-1329392](https://doi.org/10.1055/s-0032-1329392), indexed in Pubmed: [24294123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24294123/).
3. Mulita F, Theofanis G, Tchabashvili L, et al. Rectal foreign bodies: retained orange. *Gastroenterology Review.* 2021, doi: [10.5114/pg.2021.105409](https://doi.org/10.5114/pg.2021.105409).
4. American Psychological Association, "APA Dictionary of Psychology", 2nd edition, 2015, author: Gary R. VandenBos, PhD.
5. Springer International Publishing, "The search for human chromosomes, a history of discovery", 1st edition, 2016, author: Wilson John Wall.
6. American Psychology Association, pamphlet with title: "Answers to Your Questions About Individuals With Intersex Conditions", printed in 2006.
7. VandenBos GR. American Psychological Association, "APA Dictionary of Psychology", 2nd edition. VandenBos 2015.
8. American Psychiatric Association, "DSM-V", 5th edition, 2013, Chapter: "Gender Dysphoria".
9. American Psychiatric Association, "DSM-V", 5th edition, 2013, Chapter: "Gender Dysphoria", Diagnostic Criteria about Gender Dysphoria in Adolescents and Adults.
10. David D. Munter, Rectal Foreign Bodies Clinical Presentation. <https://emedicine.medscape.com/article/776795-overview> (8.06.2020).
11. Moore KL, Dalley A, Agur A. Pelvis and Perineum. *Clinically Oriented Anatomy*, 8th edition. Wolters Kluwer 2021.
12. American Psychiatric Association, "DSM-V", 5th edition, 2013, Chapter: Personality Disorders.
13. American Psychiatric Association, "DSM-V", 5th edition, 2013, Chapter: Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.
14. American Psychiatric Association, "DSM-V", 5th edition, 2013, Chapter: Bipolar and Related Disorders.

Pudendal nerve block as a countermeasure to postoperative chronic pain after removal of Bartholin's cyst

Ivan Malkodanski¹, Iliia Mihaylov², Diana Strateva³, Angel Yordanov³

¹Department of Anesthesiology, Medical University Pleven, Bulgaria

²Medical University Pleven, Bulgaria

³Department of Gynecologic Oncology, Medical University Pleven, Bulgaria

Abstract

Introduction: Chronic pain syndrome is a serious postoperative complication. In our practice, we have discovered a certain percent of neuralgia of the pudendal nerve in vaginal surgery — more precisely in Bartholin's cyst removal. As a highly efficient countermeasure, we propose a nerve block of the pudendal nerve.

Material and methods: We have performed a retrospective study of patients who underwent a Bartholin's cyst removal in the span of 1 year from January 1, 2019 to December 31, 2019. All of the patients included were diagnosed with chronic pain in the area innervated from the pudendal nerve. In all of the patients, a pudendal nerve block with local anesthetic was performed under the guidance of ultrasound.

Results: A total of 11 patients were included in the study. There was a time interval between the Bartholin's cyst removal surgery and the performance of the nerve block. All patients expressed moderate pain before the procedure. In only 1 case a repeat of the nerve block was imposed. There were no short- or long-term complications of any kind. The patients have been followed up for the duration of 1 year and 100% have been reported. Accurate and precise pain assessment is vital for the diagnosing and subsequent treatment of the chronic pain syndrome. There are many ways of treating the syndrome, both conventional (non-steroidal anti-inflammatory drugs, opioids, topical analgesics, and adjuvant analgesics) and unconventional.

Conclusions: Chronic pain syndrome is an important multilayered problem that requires individual approach. The nerve block of the pudendal nerve is a highly efficient method of coping with that disease.

Key words: pudendal nerve block, chronic pain, Bartholin's cyst, surgery

Seksuologia Polska 2021; 19: 30–33

Introduction

The nerve block is a highly efficient and often underrated technique that has both operative and post-operative advantages in certain cases. It is heavily used in thoracic and breast surgery and has a great perspective in urology. It is a very potent method in vaginal surgery [1] and specifically in Bartholin's cyst removal [2–4].

In cases of the latter phantom pain is often observed. Phantom pain is the phenomenon of feeling pain in a part of the body that has been removed. In some cases, phantom pain is exhibited for a week,

in others for months, and chronic pain syndrome is developed. In our study, we will introduce the pudendal nerve block as an effective solution for chronic pain syndrome after Bartholin's cyst removal.

Material and methods

A retrospective study of all cases of pudendal nerve block after Bartholin's cyst removal in Saint Marina Hospital, Pleven, Bulgaria between January 1, 2019, and December 31, 2019 was performed. Clinical data were collected from the patients' medical records. Eleven patients were identified as suitable for the study. None of the patients included displayed symptoms of chronic disease of any kind that could somehow correlate with the chronic pain syndrome, nor had disclosed other sources of chronic pain except the postoperative vulvar pain.

Adres do korespondencji: Angel Yordanov, Department of Oncogynecology, Georgy Kochev 8A Bul., e-mail: angel.yordanov@gmail.com

Nadesłano: 3.07.2021

Przyjęto do druku: 25.08.2021

The pudendal block itself is performed via visualizing the sacrospinous ligament (SSL) and the sacrotuberous ligament (STL) and then inserting a needle in a medial-to-lateral direction. After the needle penetrates the STL, 10 ml solution of 1 ampule long term corticosteroid and 50 mg ropivacaine is injected.

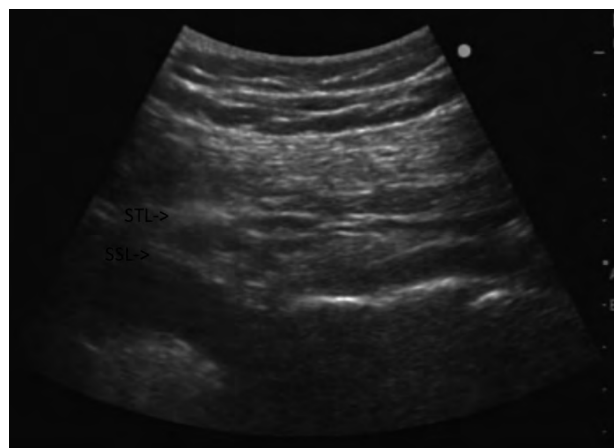


Figure 1. Ultrasound image

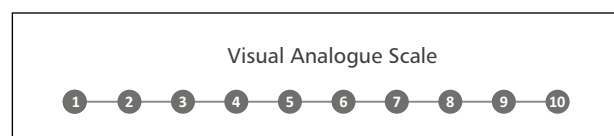


Figure 2. Visual analogue scale for vulvar pain

Ultrasound image is presented on Figure 1.

The 1-year follow-up reported the results obtained from verbal visual analogue scale (VAS) assessment for vulvar pain as Bartholin's cyst removal is considered a vulvar surgical intervention (Fig. 2). Follow-up visits were performed at the beginning and 3–5 months after treatment.

Results

We retrospectively collected the data of 11 patients that exhibited chronic pain after Bartholin's cyst removal. Nine patients had developed unilateral (6 left and 3 right) and 2 patients had developed bilateral Bartholin's cyst (Table 1). All 11 patients experienced pain levels 5–7 according to VAS before the nerve block and after the cyst removal. There was roughly a 4-month interval between the surgical intervention and the nerve block.

The median age of the patients enrolled was 31.7 (18–50).

The patients previously diagnosed with bilateral Bartholin's cyst underwent a bilateral pudendal block. In all 9 patients with unilateral Bartholin's cyst unilateral pudendal block was performed. None of them experienced complications of any kind. In 2 the block was ineffective and the procedure was repeated 5 days after. The pain was assessed 0 according to VAS. No symptoms are exhibited up to a year after the procedure (Table 1).

Table 1. Patients' characteristics

Nº	Age	Diagnosis	Period after surgery (months)	VAS assessment – starting levels	VAS assessment – 1st day after treatment	VAS assessment – 3–6 months
1	18	Right unilateral Bartholin's cyst	3	5	5	0
2	20	Left unilateral Bartholin's cyst	4	6	0	0
3	21	Right unilateral Bartholin's cyst	5	5	0	0
4	28	Left unilateral Bartholin's cyst	5	7	0	0
5	42	Left unilateral Bartholin's cyst	6	7	0	0
6	43	Bilateral Bartholin's cyst	6	6	0	0
7	50	Bilateral Bartholin's cyst	3	5	0	0
8	19	Left unilateral Bartholin's cyst	4	7	0	0
9	33	Right unilateral Bartholin's cyst	5	7	0	0
12	44	Left unilateral Bartholin's cyst	6	5	0	0
11	36	Left unilateral Bartholin's cyst	5	6	0	0

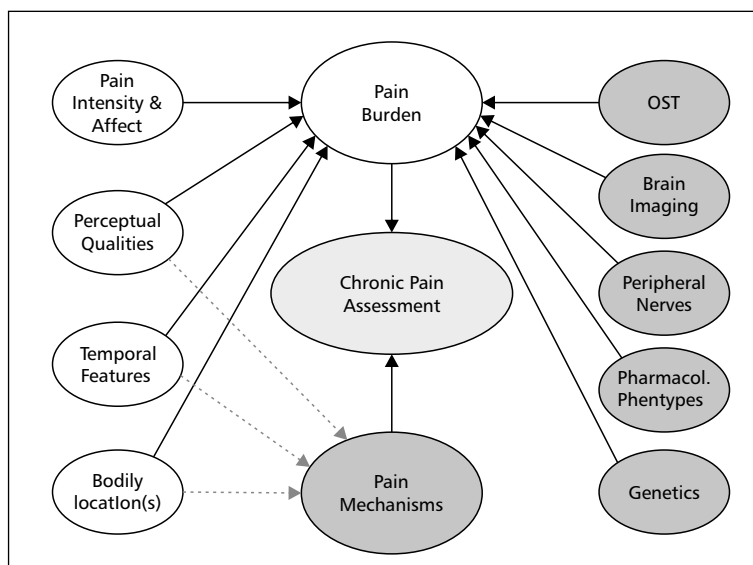


Figure 3. Chronic pain assessment [neural injury and local anaesthetic toxicity are common to all regional anaesthesia techniques, and individual techniques are associated with specific complications. All potential candidates for regional anaesthesia should be thoroughly evaluated and informed of potential complications. If there is significant risk of injury, then these techniques should be avoided. Central neural blockade (CNB)]

Discussion

Accurate pain assessment is critical to pain classification. It includes symptoms and signs of pain disorder. The assessment of pain allows the medical personnel to monitor and treat the pain in the most adequate way. For precise evaluation of the pain levels and the impact pain itself has on patients, it is vital to figure the pain mechanisms and the pain burden. Both are estimated by a number of factors that are in some cases overlapped (Fig. 3).

In order to assess the pain level, different scales are used such as VAS (visual analog scale), NRS (numerical rating scale), and other often used verbal expressions [5].

As pain is highly subjective, self-assessment of the patients is considered the gold standard.

Persisting pain after healing or absence of tissue is termed chronic pain. According to the International Association for the Study of Pain (IASP), the term chronic pain can refer to any pain lasting at least 3 months.

There are different approaches to treating chronic pain. The first is via analgesic medications. The first step of the "analgesic ladder" is non-steroidal anti-inflammatory drugs. It includes drugs such as paracetamol that reduce inflammation and provide pain relief by inhibiting COX-1 and COX-2 cyclooxygenase enzymes. COX-1 acts on a general level being constituent to most tissues of the body and producing prostaglandins and thromboxanes, while COX-2 is mainly induced in inflammatory cells in response to damage and is mainly responsible for the local inflammation.

The second step is to add opioids that mimic the effect of naturally occurring pain and therefore reduce the secretion of endorphins. However, usage of codeine for extended periods of time could lead to cardiovascular events in elderly people and possibly death. Other side effects may include respiratory depression, nausea, constipation sedation, and different hormonal effects.

Another conventional option are topical analgesics. They are absorbed through the skin and studies show that there is a positive effect in all non-cancer patients. Lidocaine for example is the preferred method in local pain relief when applied as a patch. Also, contrary to orally-applied opioids, topical analgesics rarely exhibit side effects.

Adjuvants and adjuvant analgesics are two terms that are often conflated. They are represented by different antidepressants and antiepileptics that are effective pain relievers in certain situations but are more often applied as a counter to the pain syndrome.

Chronic pain cannot always be treated effectively in the conventional biomedical sense as it is a multi-layer syndrome that includes persistent physical pain, emotional disability, and social withdrawal symptoms. Ergo, patients suffering from chronic pain are to undergo personal therapy that targets both the physical and mental symptoms. A simple and effective method is the interventional approach. A highly recommended method is the nerve block. As explained in our study, the nerve block provides full long-term pain relief vaginal surgery. The potential side effects mimic the ones of

loco-regional anesthesia such as contamination and possibly sepsis, peripheral nerve damage, and cardiac arrest due to intravascular injection of the local anesthetic [6]. We have encountered no side effects in our study.

Other interventional methods may include spinal cord stimulation or deep brain stimulation. However, both of those methods have considerably higher risks and do not present the same level of pain management.

Other methods of treating chronic pain syndrome include biopsychological treatment, physiotherapy and clinical psychology [7].

Conclusion

Pain is a multidimensional problem that requires individual approach in every patient. The pudendal nerve block is a simple and effective low-risk technique that provides high pain management and no side effects. However, individual approach to patients with chronic pain syndrome must always be taken in consideration and applied whenever possible.

The pudendal nerve block as a countermeasure to chronic pain syndrome after Bartholin's cyst removal is an innovative and effective solution.

Ethical approval

There is no conflict of interest and all patients included in the study gave their consent for publishing information from their medical records.

References:

1. Khandwala S, Cruff J. A Novel Method of Pudendal Nerve Blockade for Managing Pain Following Vaginal Reconstructive Surgery. *Journal of Gynecologic Surgery*. 2020; 36(5): 257–261, doi: [10.1089/gyn.2019.0136](https://doi.org/10.1089/gyn.2019.0136).
2. Bendtsen TF, Parras T, Moriggi B, et al. Ultrasound-Guided Pudendal Nerve Block at the Entrance of the Pudendal (Alcock) Canal: Description of Anatomy and Clinical Technique. *Reg Anesth Pain Med*. 2016; 41(2): 140–145, doi: [10.1097/AAP.0000000000000355](https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000355), indexed in Pubmed: 26780419.
3. Dickson E, Higgins P, Sehgal R, et al. Role of nerve block as a diagnostic tool in pudendal nerve entrapment. *ANZ J Surg*. 2019; 89(6): 695–699, doi: [10.1111/ans.15275](https://doi.org/10.1111/ans.15275), indexed in Pubmed: 31090184.
4. Anderson GV. The forgotten block. *J Emerg Med*. 1990; 8(4): 505–506, doi: [10.1016/0736-4679\(90\)90191-w](https://doi.org/10.1016/0736-4679(90)90191-w), indexed in Pubmed: 2278571.
5. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, et al. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *J Pain*. 2016; 17(9 Suppl): T10–T20, doi: [10.1016/j.jpain.2015.08.010](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010), indexed in Pubmed: 27586827.
6. Faccenda KA, Finucane BT. Complications of regional anaesthesia Incidence and prevention. *Drug Saf*. 2001; 24(6): 413–442, doi: [10.2165/00002018-200124060-00002](https://doi.org/10.2165/00002018-200124060-00002), indexed in Pubmed: 11368250.
7. Hylands-White N, Duarte RV, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int*. 2017; 37(1): 29–42, doi: [10.1007/s00296-016-3481-8](https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8), indexed in Pubmed: 27107994.

Knowledge of comprehensive sexuality education (HIV-component) among young girls in Africa: implications for sex education policies and programmes

Miracle Ayomikum Adesina, Adesola O. Abiodun, Tolulope I. Olajire, Isaac I. Olufadewa^{ORCID},
Daha Garba Muhammad, Ogheneruona F. Onothoja

Abubakar Tafawa Balewa University Teaching Hospital Bauchi, Nigeria

Abstract

Introduction: The sexual and reproductive health problems such as HIV or AIDS, faced by youths has been largely attributed to insufficiency or lack of necessary information to make informed choices and prevent adverse sexual and reproductive health outcomes. Hence, to reduce these problems, it is expedient that we embrace a potent prevention strategy: Comprehensive Sexuality Education. Therefore, this study seeks to investigate the knowledge of young African girls about comprehensive sexuality education, especially the HIV component.

Material and methods: This study made use of secondary data collated by the UNFPA on comprehensive knowledge about HIV among young girls between 15 and 24 years of age in 28 African countries. The data obtained from the UNFPA database was collated and analyzed using Microsoft Excel 2019.

Results: Namibia is the only African country surveyed that had more than 50% of young girls between 15 and 24 years of age with comprehensive knowledge about HIV. Chad had the poorest result with only 4% of young girls (15–24 years) with good and comprehensive knowledge of HIV. Four African countries had half or more of young girls between 20 and 24 years of age with comprehensive knowledge of HIV. Only six of the 28 nations surveyed had young girls (15–19 years of age) with very good and intensive knowledge of HIV.

Conclusion: There appears to be a poor knowledge of comprehensive sexuality education across African countries. Also, barriers to proper implementation and low effectiveness of CSE at the country level were also presented. These should be appropriately dissected in making youth, sexual, and reproductive health, as well as education policies and programs.

Key words: knowledge, sex education, HIV, young girls, africa, comprehensive

Seksuologia Polska 2021; 19: 34–41

Introduction

Early marriage, sexual coercion and violence, unintended pregnancy, unsafe abortion, and sexually transmitted diseases remain some of the menaces that plague youths and adolescents in low and middle-income countries [1, 2]. This is unsurprising as adolescence is a period of self-discovery, self-assertiveness, and questioning of parental and societal values [3]. The physical growth and hormonal surges that occur around this period make it crucial [4].

The sexual and reproductive health problems such as HIV or AIDS, unsafe abortion, etc., faced by this population have been largely attributed to insufficiency or lack of necessary information to make informed choices and prevent adverse sexual and reproductive health outcomes [1, 5, 6]. Aaro et al. [7] noted that apart from the lack of knowledge, the application of acquired knowledge to problematic situations is a skill that is lacking among most youths and adolescents. However, the problems faced by these adolescents are not evenly distributed between the sexes. Female adolescents and young women have been found to be more affected; they are more likely to be infected with HIV than their male counterparts [8, 9].

To combat the problems of sexual and reproductive health, several pieces of research have been carried

Adres do korespondencji: Daha Garba Muhammad, Hardawa Misau Bauchi State, 740213, Bauchi, Nigeria, e-mail: dahagarba@gmail.com

Nadesłano: 13.03.2021

Przyjęto do druku: 3.05.2021

out and policies have been formed. One of such is the Sexual and Reproductive Health and Rights that focuses on “the right and ability of all individuals (irrespective of sexuality) to decide over their own bodies, and to live healthy and productive lives” [10]. Comprehensive Sexual Education (CSE) is one of the efforts geared towards ensuring equal rights of all individuals in this regard.

Comprehensive Sexual Education comprises a rights-based approach that includes prevention of sexual harassment, gender-based violence, and discrimination with regards to LGBT (Lesbians, Gays, Bisexuals, and Transgenders), and PLWHA (People Living with HIV and AIDS), among other segregated groups [11]. UNESCO [12] stated that CSE is a method of sex education based on a curriculum that aims to equip students with the knowledge, attitudes, skills, and values to make appropriate and healthy sexual choices. It is generally aimed at reducing all the sexual and reproductive health problems [13]. The CSE curriculum primarily emphasizes sexual abstinence as the safest sexual choice. Notwithstanding, it acknowledges that there would be sexual activity in the future, hence, it includes topics to guide their future sexual choices [14]. Some of its topics include positive sexual behaviors, use of contraceptives, refusal skills, pregnancy, and its possible outcomes [14, 15].

Comprehensive Sexual Education has met with some criticisms in the past years. These include problems of regulation of the comprehensiveness of its curriculum, the inclusion of the LGBT community in the curriculum, and age appropriateness of some of the topics included in CSE [16–19]. Despite the criticism, literature has shown that CSE has a positive impact on sexual and reproductive health. There is evidence supporting its effectiveness in increasing knowledge about HIV and reducing the rate of sexually transmitted infections, as well as self-efficacy related to condom use and refusal of sexual intercourse, increased use of contraceptives and reduction in unintended adolescent pregnancies, reduced number of sexual partners, and later age at first sexual intercourse [14, 20–24].

Developing countries, mainly in Africa, have the highest population of adolescents and young individuals, most of which have sexual and reproductive health concerns. This could be largely attributed to the fact that most developing nations have not fully embraced the CSE curriculum. Hence, to reduce the burden of sexual and reproductive health problems in Africa, and in the world at large, it is expedient that we embrace a potent prevention strategy: Comprehensive Sexuality Education. Therefore, this study seeks to: investigate the knowledge of young African girls about comprehensive

sexuality education, especially the HIV component; assess the knowledge about HIV in different age groups of African girls; and present these findings in light of sex education policies and programs.

Results from this study will add to the pool of knowledge of young African girls about CSE, HIV, and STIs (Sexually Transmitted Infections). It would also clearly guide policymakers in developing sound and effective policies that would curb most sexual and reproductive health problems in Africa. Also, it would help non-government and government organizations plan programs that would tackle the menace of HIV in Africa.

Material and methods

This study made use of secondary data collated by the UNFPA on comprehensive knowledge about HIV among young girls between the ages of 15 and 24 years in 28 African countries. The data is available at www.unfpa.org/data. The data obtained from the UNFPA database was collated, grouped, and analyzed using Microsoft Excel 2019. Descriptive statistical tools were used in analyzing the data.

Results

Namibia is the only African country surveyed that had more than 50% of young girls between the ages of 15 and 19 years with comprehensive knowledge about HIV. Chad had the poorest result with only 4% of young girls (15–24 years) with good and comprehensive knowledge of HIV. Nine African countries (Cameroon, Chad, Comoros, Cote d’Ivoire, Democratic Republic of Congo, Gambia, Guinea, Mali, and Niger) had less than a quarter of late teenage girls (15–19 years) with comprehensive knowledge of the most common sexually transmitted diseases (HIV). The proportion of young girls (15–19 years) in the most populous African nation, Nigeria, was very low (27%).

Four African countries (Gabon, Kenya, Namibia, and Zimbabwe) had half or more of young girls between the ages of 20 and 24 years with comprehensive knowledge of HIV. Namibia had the highest proportion of girls between the ages of 20 and 24 years with comprehensive knowledge of HIV. Chad also had the poorest result in this age group as only 4% of girls aged 20–24 years had comprehensive knowledge of HIV. Only six (Cameroon, Chad, Comoros, Cote d’Ivoire, Guinea, and Niger) of the 29 nations surveyed had young girls (15–19 years) with very good and intensive knowledge of HIV. Additionally, only 32% of girls between the ages of 20 and 24 years in the most populous black nation (Nigeria) had comprehensive knowledge of HIV. Nami-

bia and Zimbabwe had the highest difference (12%) in the proportion of older and younger girls with good comprehensive knowledge of HIV.

No country had a higher proportion of younger girls (5–19 years) relative to the older ones (20–24 years) with comprehensive knowledge of HIV. However, two countries (Benin and Chad) had the same proportion of girls within age groups 15–19 years and 20–24 years with good knowledge of HIV. Liberia, Mali, and Sierra Leone had the lowest difference (2%) in the proportion of older and younger girls with good knowledge of HIV. More details of the comprehensive knowledge of girls with both age groups 15–19 years and 20–24 years are displayed in Table 1.

Discussion

Adolescence marks a developmental phase where one has relatively sound health, a time where physical sexual maturity is acquired [25]. Comprehensive Sexuality Education plays a key role in preparing young people for a safe world where HIV and AIDS, sexually transmitted infections (STIs), unintended pregnancies, gender-based violence (GBV), and inequality still pose serious risks to their well-being [12]. Although there is definitive evidence for the benefits of high-quality, curriculum-based CSE, few children and young people receive the knowledge needed for their entire lifetime [12]. Most countries are acknowledging the importance of equipping young people with the knowledge and skills to make responsible choices in their lives [12]. Hence, this study aims to analyze the proportion amongst young girls aged 15 to 24 years with comprehensive knowledge of HIV in Africa.

Namibia had the highest proportion (56%) of girls between the ages of 15 to 19 years with comprehensive knowledge about HIV. This is followed by Kenya with 49%, Gabon with 46%, Zambia and Zimbabwe with 40 and 41% respectively. Chad had the lowest proportion with 4% followed by Niger with 11%. Among the older ladies aged 20 to 24 years, Namibia still had the highest proportion with a good 68% showing a comprehensive knowledge about HIV, Kenya still followed behind with 60%, Zimbabwe, Gabon, Zambia with 53%, 50%, and 47% respectively. This trend shows that Namibia, Kenya, Gabon, Zambia, and Zimbabwe have a good knowledge of HIV across the two age groups. There appears to be a better knowledge amongst girls aged 20–24 years compared to 15–19 years. No country had a higher proportion of younger girls (5–19 years) relative to the older ones (20–24 years) with comprehensive knowledge of HIV. Benin and Chad had the same proportion of girls within age groups 15–19 years and 20–24 years with good knowledge of HIV. Namibia had the highest

Table 1. Percentage of young girls in 28 African countries within age groups 15–19 and 20–24 years who have comprehensive knowledge about HIV

Country	15–19 years old	20–24 years old
Benin	33	33
Burkina Faso	29	33
Cameroon	14	19
Chad	4	4
Comoros	18	21
Congo	35	38
Co ‘te d’Ivoire	18	22
Congo, the Democratic Republic of the	22	27
Ethiopia	25	25
Gabon	46	50
Gambia	22	30
Ghana	29	36
Guinea	18	24
Kenya	49	60
Liberia	35	37
Malawi	41	46
Mali	23	25
Mozambique	27	33
Namibia	56	68
Nepal	25	27
Niger	11	15
Nigeria	27	32
Senegal	26	33
Sierra Leone	28	30
Togo	32	38
Uganda	36	41
Zambia	40	47
Zimbabwe	41	53

percentage difference with 12% more girls aged 20 to 24 years showing a better knowledge of HIV.

This study shows poor knowledge across African countries as evidenced by the majority of the countries having less than 50% of girls having good knowledge of HIV. Namibia is the only African country surveyed that had more than 50% of young girls within age 15–19 years with comprehensive knowledge of HIV, while Gabon, Kenya, Namibia, and Zimbabwe had half or more of young girls within age 20–24 years. One of the major reasons for this poor knowledge across African countries is the fact that sexuality education policies and programs have only been recently implemented in a lot of African countries with some countries that do not have any policy [26]. Also, the majority of African tribes are limited to shyness when discussing sex [27]. In Africa, parent-adolescent communication on sexuality is a forbidden subject for fear that adolescents may become curious about their sexual desires [28].

Namibia has the highest proportion with 56% of young girls between the ages of 15 and 19 years and 68% of young women aged 20–24 years with comprehensive knowledge about HIV. Kenya followed with the second-highest proportion with 49% of young girls aged 15–19 years and 60% of young women aged 20–24 years. This is similar to a study conducted by UNFPA in seven East and South African countries which shows that there is an average knowledge about HIV as 45% of all youth have comprehensive knowledge of HIV while 74% of youth know about HIV prevention methods (from 59% of youth in South Africa to as high as 85% in Swaziland) [29]. This can be attributed to the implementation of laws and policies, high literacy rate, the dedication of the government towards education. Namibia is a resource-rich South African country with a population of 2 179 000 people, with an adult literacy rate of 76.5% [30]. Namibia has invested about 22% of its annual budget in education [30]. The historic East and Southern Africa (ESA) Ministerial Commitment was endorsed and affirmed at the 2013 International Conference on HIV and AIDS in Africa (ICASA) on December 7, 2013 by 20 countries. Education and Health Ministers in those African countries committed to accelerating access to Comprehensive Sexuality Education (CSE) and health services for young people in the region [29] including Namibia and Kenya. Various programs and campaigns such as Sexual Information, Mental and Behavioural Initiative for Health (SIMBIHealth), Health Promoting School Initiative (HPSI), Window of Hopes, and My Future My Choice (MFMC) have been introduced by the government as well as NGOs [24, 31] which targets youths on building healthy relationships.

Kenya was part of 20 countries in East and Southern Africa that affirmed a commitment to implement sexuality education in schools in the region [32]. Kenya has also incorporated sexuality education into different subjects taught in school [33]. In line with this study, the Kenya Bureau of Statistics also reported that only 49% of young female adolescents have comprehensive knowledge of HIV and AIDS. This average result has been blamed on the difficulty in enforcing new policies on sexuality education [33].

Nigeria is a large country with diverse geography and climate with a heterogeneous population [34]. Nigeria has an estimated population of 170 million [35] and approximately 22% are adolescents [36]. Nigeria, the most populous black nation has a low proportion of girls having comprehensive knowledge about HIV with 27% among girls aged 15 to 19 years and 32% among girls aged 20 to 24 years. This may be due to the overpo-

pulation, high illiteracy rate, socio-cultural and religious beliefs. This can be corroborated by the findings of a study by Asekun-Olarinmoye et al. [37] which showed that knowledge among teachers in Nigeria about key reproductive issues was poor and inadequate. This is due to wariness in teaching and lack of training about sexuality education. Therefore, if there is no knowledge among teachers, there would be most likely a lack of knowledge about adolescents in Nigeria. Contrary to this is a report by Akande and Akande [38] which showed a good awareness of sexuality education was high (72.3%) among the respondents though through informal strategy in a Kwara Secondary school in Nigeria. Also, a study by Orji and Esimai [39] done amongst students showed that only 40% of the students in the study were unaware of sex education. This knowledge may be based on widespread media about sex, HIV/AIDs, and condoms. The findings of the studies showed that informal knowledge about HIV/AIDS in Nigeria is high while formal knowledge seems to be poor. Nigeria has implemented the Family Life and HIV Education (FLHE) curriculum tailored to suit each state's needs which provides a comprehensive approach to HIV prevention education and general sexual health at the secondary levels of education [40]. Also, Different categories of user organizations serve different, but complementary functions to support government policies. Youth and reproductive health non-government organizations (YRH-NGOs) such as Action Health Incorporated (AHI), Girl Power Initiative, Slum and Rural Health Initiatives. Global Health and Awareness Research Foundation provided teacher in-service training on the FLHE curriculum and ongoing support to schools [24, 26]. The knowledge in Nigeria is also similar to that of a neighboring country, Ghana, which had girls aged 15 to 19 years with 29% and 20 to 24 years with 36% showing a comprehensive knowledge. Even though Ghana has a dedicated Comprehensive Sexuality Education system, there has been moderate management and administration of these programs with a poor effect from other agencies [5].

The Democratic Republic of Congo is present in Central Africa. The proportion of girls aged 15 to 19 years with comprehensive knowledge of HIV is 35% while among girls aged 20 to 24 years it is 38%. The total population of the DRC is estimated at 71.2 million according to the 2014 Population Reference Bureau [41]. Serious indications show that the sexual and reproductive health status of the population of the DRC is among the worst in sub-Saharan Africa [42]. This can be attributed to the prolonged conflict, high poverty, and illiteracy, among others.

Research in context

Comprehensive Sexuality Education is vital to the achievement of several Sustainable Development Goals (SDGs). Several countries have committed to accelerate efforts to scale up scientifically accurate age-appropriate comprehensive education, relevant to cultural contexts, that provides adolescent girls and boys and young women and men, in and out of school, with information on sexual and reproductive health and HIV prevention, gender equality and women's empowerment, human rights, physical, psychological and pubertal development and power in relationships between women and men, to enable them to build self-esteem, informed decision-making, communication and risk reduction skills and develop respectful relationships' [43].

Before reaching adolescence and adulthood, young people need to have a clear understanding of the physical and emotional changes they will experience and of how these changes are related to their development and reproduction. Non-availability of this information can lead to some health consequences for the young adult, one of which is early pregnancy and childbirth. It constitutes the leading cause of death for girls aged 15 to 19 years worldwide. And yet, approximately 16 million girls aged 15 to 19 years and 2.5 million girls under 16 years give birth each year in developing regions. About 3.9 million girls aged 15 to 19 years undergo unsafe abortions [44]. It was revealed that high teenage pregnancy is caused by insufficient information young people get about sexual behavior [27]. Learning about safer sexual behaviors can prevent sexually transmitted infections, including HIV. Young people account for 33% of all new HIV infections among adults (aged 15 and over). Yet, although knowledge about HIV has increased, only 36% of men and 30% of women aged 15 to 24 had comprehensive knowledge of HIV prevention and transmission in the 37 low- and middle-income countries according to data for 2011–2016 [45]. In addition to health outcomes, early pregnancy can affect girls' education opportunities. Data from Madagascar confirm that teenage pregnancy leads to early school leaving [46].

Studies have confirmed that a school-based CSE has a positive impact, resulting in increased and more effective use of contraception, a decreased number of adolescents having sex at a very young age, as well as early unintended adolescent pregnancies with a reduction in HIV and sexually transmitted infections among adolescents [23, 47].

Barriers to the implementation of CSE can be divided into two types: social opposition due to norms and power relations, and operational constraints [48].

Strong community resistance has also been shown to be preventing the enactment of laws and slow implementation of policies related to gender equality and sexual and reproductive rights. These misconceptions commonly include concerns that such education is inappropriate for young children, goes against local cultural or religious values, encourages early sexual initiation or causes 'gender confusion' and may be used to recruit young people into 'alternative lifestyles' or non-conforming sexual orientation or gender identity [48]. The public backlash led the Ministry of Education to withdraw the national sexuality education curriculum in Uganda in 2016 [48]. In Mali, after the High Islamic Council voiced opposition, the government canceled workshops that included modules with questions on sexual orientation, tolerance, inclusion, and respect [49].

The lack of government funding, together with a reliance on international donors, leads to discontinuity in program delivery, as funders have different priority areas and do not coordinate with each other [48]. In Nigeria, it was noted that the provision of funds both from state and federal budgets has been insufficient which has created logistical and management problems [26]. There would be greater coverage of teacher training, better distribution of teacher and learner resource materials, and routine monitoring of classroom implementation if more governmental support existed [50].

A study by Mufune [27] found that one of the main barriers is that teachers are not equipped well enough and with sufficient content to teach sexual education. Another barrier found is the lack of teaching resources in local languages. Lack of teacher skill as the main obstacle to success and have identified investing in teachers' capacities (through pre-service and in-service training) as the main priority [32]. Personal views on sex before marriage, the access to contraception, or same-sex relationships may influence the way that a teacher delivers curriculum content [48]. Most teachers and learners have also been found to have a lack of importance for CSE, as they believe it may not be as important for them in the future [27]. It was also discovered that both teachers and learners are not open to talking about sexually related matters because of their religious and cultural beliefs [27]. According to a study on sex education and HIV/AIDS in South-Eastern Nigeria by Oshi; Nakalema, and Oshi [51], teachers are not passing on this knowledge because of cultural and social inhibitions. In addition, teachers have not been receiving adequate training and motivation on information, education, and communication for HIV/AIDS sex education. The need for competent educators who approach adolescents with respect and encourage the development of communi-

cation, negotiation, and decision-making skills while delivering fact-based information is crucial for effective programs [33]. Therefore, sex education policies and programs should take into consideration the findings, their justifications, and barrier to strong CSE in African countries; this would enable the development of sound and effective policies and programs.

Limitations

This study focuses on the knowledge of girls about HIV; it does not cover the entirety of CSE in Africa. Although the results will help to narrow down the trend of countries with good and poor knowledge of HIV; It does not give a full indication of CSE in African countries. Therefore, a study that tests for knowledge in all domains in CSE, which includes relationships, values, rights, culture and sexuality, gender, violence, health and well-being, the human body and development, sexuality and sexual behavior, and sexual and reproductive health should be conducted.

Recommendations

In line with the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Policy Paper in 2019, CSE needs to be a part of education and health ministries' major business with appropriate laws, policies, and budgets. To avoid barriers to proper implementation of these programs, the government should be involved in developing appropriate curricula, training and supporting teachers appropriately, effectively monitoring and evaluating programs, engaging with community organizations and parent associations, supporting the creation of favorable and safe physical environments, and developing linkages with health services. Appropriate budget and funding should be given to various ministries of health and education in order to ease the administration of these programs. Also, more funding should be given to projects such as SIMBIHealth that tackle the menace of HIV/AIDS in Africa. Advocacy is therefore essential to ensure that governments uphold their financial commitments.

Sexual health education should be taught by certified, highly qualified, effective teachers. It is crucial that educators are given the necessary preparation and guidance to implement the curriculum. A training program which should include pre-service education and in-service training would teachers teach with current evidence. It should be mandatory for all teachers and should include aspects such as critical thinking and directing free and open discussions among students. Comprehensive sexuality education should

be of great quality and should contain complete and specific curricula. The development of a curriculum for CSE should be in accordance with a growing body of evidence documenting the specific characteristics.

Regular monitoring and evaluation of the curriculum are needed to determine how effective it is and what changes can be made. Effective CSE cannot be achieved by the education sector alone. Partnership with the private and health sector will help to scale up and improve these programs. Community members (parents, guardians, religious and traditional leaders) must also be involved in the development and implementation of the policies and program.

Conclusion

There appears to be a poor knowledge of CSE across African countries. This study has presented justifications and reasons for these findings. Also, barriers to proper implementation and low effectiveness of CSE at the country level were also presented. These should be appropriately dissected in making youth, sexual and reproductive health programs and education policies; this might make them more effective and productive.

Acknowledgements we hereby appreciate UNFPA for giving us an approval and access to the original data.

Authors' contributions

MA initiated and designed the study, analyze the data, wrote methodology, results section and coordinate the study. MA, AO, TI, II and OF contributed in performing literature review, discussion and manuscript review. DG prepared, formatted and submitted the manuscript for publication. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Availability of data and materials

Data was sourced from United Nation Population Fund (UNFPA) and is available at: www.unfpa.org/data

References:

1. Woog V, Kågesten A. The sexual and reproductive health needs of very young adolescents aged 10–14 in developing countries: what does the evidence show? New York: Guttmacher Institute. 2017.
2. Woog V., Singh S., Brown A., Pholbin J. Adolescent woman's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries. New York: Guttmacher Institute. 2015.
3. Alubo O. Adolescent reproductive health practices in Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2001; 5(3): 109–119, indexed in PubMed: [12471935](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12471935/).
4. Ajuwon A.J. Benefits of sexuality education for young people in Nigeria. Understanding human sexuality seminar series 3, African Regional Sexuality Resource Centre, Lagos. 2005.

5. Keogh SC, Stillman M, Awusabo-Asare K, et al. Challenges to implementing national comprehensive sexuality education curricula in low- and middle-income countries: Case studies of Ghana, Kenya, Peru and Guatemala. *PLoS One*. 2018; 13(7): e0200513, doi: [10.1371/journal.pone.0200513](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200513), indexed in Pubmed: [29995942](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29995942/).
6. Maqbool M, Khan M, Mohammad M, et al. AWARENESS ABOUT REPRODUCTIVE HEALTH IN ADOLESCENTS AND YOUTH: A REVIEW. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences and Research*. 2019; 1–5, doi: [10.31069/japsr.v2i3.1](https://doi.org/10.31069/japsr.v2i3.1).
7. Aarø L, Mathews C, Kaaya S, et al. Promoting sexual and reproductive health among adolescents in southern and eastern Africa (PREPARE): project design and conceptual framework. *BMC Public Health*. 2014; 14(1), doi: [10.1186/1471-2458-14-54](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-54).
8. Human Sciences Research Council. South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2017. http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/9234/SABSSMV_Impact_Assessment_Summary_ZA_ADS_cleared_PDFA4.pdf.
9. Naidoo K, Adeagbo O, Pleaner M. Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescent Girls and Young Women in Sub-Saharan Africa: Research, Policy, and Practice. *SAGE Open*. 2019; 9(3): 215824401985995, doi: [10.1177/2158244019859951](https://doi.org/10.1177/2158244019859951).
10. Sida. Comprehensive Sexuality Education. *Health Brief*. 2016.
11. Berglas N, Constantine N, Ozer E. A Rights-Based Approach to Sexuality Education: Conceptualization, Clarification and Challenges. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2014; 46(2): 63–72, doi: [10.1363/46e1114](https://doi.org/10.1363/46e1114).
12. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach (PDF). Paris: p. 2018. 16. ISBN 978-92-3-100259-5.
13. Loeber O, Reuter S, Apter D, et al. Aspects of sexuality education in Europe - definitions, differences and developments. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010; 15(3): 169–176, doi: [10.3109/13625181003797280](https://doi.org/10.3109/13625181003797280), indexed in Pubmed: [20465399](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20465399/).
14. Rubenstein R. Sex education: funding facts, not fear. *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*. 2017; 27: 525–553.
15. Burlingame, Julianne. "Sex Education in California Public Schools: Are Students Learning What They Need to Know?". August 2003.
16. Kendall N. *The Sex Ed Debates*. Chicago and London: The University of Chicago Press. 2012.
17. Mollon L. The forgotten minorities: health disparities of the lesbian, gay, bisexual, and transgendered communities. *J Health Care Poor Underserved*. 2012; 23(1): 1–6, doi: [10.1353/hpu.2012.0009](https://doi.org/10.1353/hpu.2012.0009), indexed in Pubmed: [22643458](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22643458/).
18. Curvino M, Fischer MG. Claiming comprehensive sex education is a right does not make it so: a close reading of international law. *New Bioeth*. 2014; 20(1): 72–98, doi: [10.1179/2050287714z.00000000044](https://doi.org/10.1179/2050287714z.00000000044), indexed in Pubmed: [24979877](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24979877/).
19. Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, et al. Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus*. 2017; 9(4): e1184, doi: [10.7759/cureus.1184](https://doi.org/10.7759/cureus.1184), indexed in Pubmed: [28638747](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28638747/).
20. UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris, UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>.
21. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016, doi: [10.1002/14651858.cd005215.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.cd005215.pub3).
22. Maticka-Tyndale E, Tenkorang EY. A multi-level model of condom use among male and female upper primary school students in Nyanza, Kenya. *Soc Sci Med*. 2010; 71(3): 616–625, doi: [10.1016/j.socscimed.2010.03.049](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.049), indexed in Pubmed: [20570426](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20570426/).
23. Fonner et al. School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. 2014.
24. Adesina M, Olufadewa I. Comprehensive Sexuality Education (CSE) Curriculum in 10 East and Southern African Countries and HIV Prevalence among the Youth. *Europe J of Environ and Public Health*. 2019; 4(1), doi: [10.29333/ejeph/6009](https://doi.org/10.29333/ejeph/6009).
25. Leung H, Lin Li. Adolescent Sexual Risk Behavior in Hong Kong: Prevalence, Protective Factors, and Sex Education Programs. *J Adolesc Health*. 2019; 64(6): S52–S58, doi: [10.1016/j.jadohe-alth.2018.12.007](https://doi.org/10.1016/j.jadohe-alth.2018.12.007).
26. UNESCO. Comprehensive Sexuality Education: The Challenges and Opportunities of Scaling Up. 2012.
27. Mufune P. Stakeholder perceptions and attitudes towards sexual and reproductive health education in Namibia. *Sex Education*. 2008; 8(2): 145–157, doi: [10.1080/14681810801980961](https://doi.org/10.1080/14681810801980961).
28. Baku E, Agbemaflle I, Kotoh A, et al. Parents' Experiences and Sexual Topics Discussed with Adolescents in the Accra Metropolis, Ghana: A Qualitative Study. *Advances in Public Health*. 2018; 2018: 1–12, doi: [10.1155/2018/5784902](https://doi.org/10.1155/2018/5784902).
29. United Nations Population Fund (UNFPA). *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Programmes: A Focus on the gender and empowerment outcomes*. New York, UNFPA. 2015. Viewed 18 February 2020. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPAEvaluationWEB4.pdf>.
30. UNESCO. Comprehensive sexuality education in teacher training in Eastern and Southern Africa. 2015. Viewed 20 February 2020, <http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/comprehensive-sexuality-education-teacher-training-eastern-and-southern-africa>.
31. Lillian P, Mumbango T. Statistical Modeling of Adolescent Pregnancy in Namibia. *J of Nursi Care*. 2015.4(262):2167-1168, viewed 19 February 2020. <https://www.omicsonline.org/open-access/statistical-modelling-of-adolescent-pregnancy-in-namibia-2167-1168-1000262.pdf>.
32. UNESCO. Measuring the education sector response to HIV and AIDS: guidelines for the construction and use of core indicators. Paris, UNESCO. 2013. Viewed 19 February 2020. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000223028>.
33. Sidze E, Stillman M, Keogh S, Mulupi S, Egesa CP, Leong E, et al. From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their Implementation in Kenya, New York: Guttmacher Institute. 2017. viewed 19 February 2020. <https://www.guttmacher.org/report/sexuality-education-kenya>.
34. National Population commission and ICF Macro. *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*. Abuja. National Population commission and ICF Macro. 2009.
35. World Bank. "Nigeria Home". 2013. viewed 18 February 2020. <http://www.worldbank.org/en/country/nigeria>.
36. UNICEF. At a Glance: Nigeria – Statistics. 2013. viewed 15 February 2010. http://www.unicef.org/infobycountry/nigeria_statistics.html.
37. Asekun-Olarinmoye EO, Fawole OI, Dairo MD, et al. Knowledge, attitudes and perceptions of the teacher's role in sexuality education in public schools in Nigeria. *Int J Adolesc Med Health*. 2007; 19(4): 425–434, doi: [10.1515/ijamh.2007.19.4.425](https://doi.org/10.1515/ijamh.2007.19.4.425), indexed in Pubmed: [18348418](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18348418/).
38. Akande AA, Akande TM. Knowledge and Perception of Sexuality Education among Students of a Rural Secondary School in Kwara State, Nigeria. *Nigerian Medical Practitioner*. 2008; 52(3), doi: [10.4314/nmp.v52i3.28893](https://doi.org/10.4314/nmp.v52i3.28893).
39. Orji EO, Esimai OA. Introduction of sex education into Nigerian schools: the parents', teachers' and students' perspectives. *J Obstet Gynaecol*. 2003; 23(2): 185–188, doi: [10.1080/07443361031000074772](https://doi.org/10.1080/07443361031000074772), indexed in Pubmed: [12745568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745568/).
40. Population Reference Bureau (PRB). *World Population Updates*. 2014. Viewed 20 February 2020. <https://www.prb.org/2014/>.
41. Federal Ministry of Education. *National family life and HIV education curriculum for junior secondary school in Nigeria*. FCT Abuja: NERDC, 2003.

42. Bosmans M, Cikuru MN, Claeys P, et al. Where have all the condoms gone in adolescent programmes in the Democratic Republic of Congo. *Reprod Health Matters*. 2006; 14(28): 80–88, doi: [10.1016/S0968-8080\(06\)28258-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)28258-2), indexed in Pubmed: [17101425](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17101425/).
43. United Nations. United Nations General Assembly. Draft Resolution submitted by the President of the General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. 2016. viewed 20 February 2020. http://www.hlm2016aids.unaids.org/wp-content/uploads/2016/06/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf.
44. World Health Organisation (WHO). Adolescent Pregnancy Fact-sheet. Geneva: World Health Organization. 2018. viewed 19 February 2020. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
45. UNAIDS. Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets, Global AIDS update, pp.1-198. Geneva: United Nations Programme on HIV/AIDS. 2017. viewed 15 February 2020. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
46. Herrera Almanza C, Sahn DE. Early Childbearing, School Attainment, and Cognitive Skills: Evidence From Madagascar. *Demography*. 2018; 55(2): 643–668, doi: [10.1007/s13524-018-0664-9](https://doi.org/10.1007/s13524-018-0664-9), indexed in Pubmed: [29564717](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29564717/).
47. UNESCO. International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach. 2018.
48. UNESCO. Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education. Global Education Monitoring Report. 2019. www.unesco.org/gemreport.
49. RFI. Mali: suspension du débat sur l'enseignement de l'éducation sexuelle [Mali. Debate called off on the teaching of sexual education]. Paris, Radio France International. 2018. viewed 16 February 2020. <http://www.rfi.fr/afrique/20181218-mali-debat-enseignement-education-sexuelle-suspendu>.
50. Esiet A. Institutionalizing sexuality education at federal and state levels in Nigeria', Presentation at Bogota Consultation on Sexuality Education. 2010.
51. Oshi DC, Nakalema S, Oshi LL. Cultural and social aspects of HIV/AIDS sex education in secondary schools in Nigeria. *J Biosoc Sci*. 2005; 37(2): 175–183, doi: [10.1017/s0021932004006820](https://doi.org/10.1017/s0021932004006820), indexed in Pubmed: [15768772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15768772/).

Lights, Camera and Action Against Dating Violence — przykład programu profilaktycznego nastawionego na przeciwdziałanie przemocy w związkach intymnych nastolatków

Lights, Camera and Action Against Dating Violence: exemplary project to counteract violence in intimate relations of teenagers

Katarzyna Maria Waszyńska¹, Jacek Pyżalski², Sylwia Jaskulska², Iwona Chmura-Rutkowska², Barbara Jankowiak²

¹Laboratorium Promocji Zdrowia i Psychoterapii, Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

²Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Streszczenie

Przemoc na randkach jest istotnym problemem, który może zaburzyć rozwój adolescentów. Wyniki europejskich badań ujawniły, że doświadczanie różnych rodzajów przemocy w związkach dotyczy znaczącego odsetka nastolatków. Istotne jest zatem projektowanie i wdrażanie opartych na wiedzy programów profilaktycznych, dotyczących tego zjawiska. Przykładem takiego programu jest realizowany w sześciu krajach (Hiszpania, Polska, Portugalia, Rumunia, Włochy, Wielka Brytania) program *Lights, Camera and Action Against Dating Violence*. Jego założenia oraz opis wdrożenia w Polsce przedstawiono w artykule.

Słowa kluczowe: związki intymne, przemoc na randkach, profilaktyka, młodzież

Seksuologia Polska 2021; 19: 42–47

Abstract

Dating violence is a significant problem that can disrupt the development of adolescents. European research has revealed that experiencing different types of violence in relationships affects a significant proportion of teenagers. It is therefore important to design and implement knowledge-based prevention programs related to this phenomenon. An example of such a program is the *Lights, Camera and Action Against Dating Violence* program implemented in six countries (Spain, Poland, Portugal, Romania, Italy, United Kingdom).

Key words: intimate relationships, violence in relationships, prevention, youth

Seksuologia Polska 2021; 19: 42–47

Wstęp

Okres adolescencji jest czasem intensywnych zmian rozwojowych, dla których związki intymne mogą

mieć stymulujące znaczenie. Relacje uczuciowe nastolatków odgrywają ważną rolę w rozwoju tożsamości, transformacji relacji rodzinnych. Przekładają się one także na relacje z rówieśnikami, rozwój seksualności oraz mają znaczenie dla osiągnięć szkolnych i planowania kariery, a więc dla kluczowych zadań rozwojowych tego okresu [1]. Można przyjąć, że nawiązywanie romantycznych relacji i inicjowanie aktywności seksu-

Adres do korespondencji: Katarzyna Maria Waszyńska, Laboratorium Promocji Zdrowia i Psychoterapii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, e-mail: psychologkw@wp.pl

Nadesłano: 3.09.2020

Przyjęto do druku: 3.05.2021

alnej to klucz do rozwoju w okresie dojrzewania [2]. Poniżej opisano znaczenie związków intymnych w transformacjach rozwojowych w następujących obszarach: psychologicznym (w aspekcie kształtowania tożsamości i rozwoju kariery), społecznym (w aspekcie zmian w relacjach z rówieśnikami i dorosłymi), seksualnym (rozwoju zachowań seksualnych).

Związki intymne młodzieży a rozwój w okresie adolescencji

W obszarze psychologicznym centralną kwestią rozwojową jest kształtowanie się tożsamości [3]. Doświadczenia zdobyte w związku uczuciowym mogą odgrywać istotną rolę w kontekście postrzegania siebie w zakresie funkcjonowania w obszarze relacji miłosnej i samooceny. Nastolatki, którzy będą mieli pozytywne doświadczenia, mogą budować koncepcję siebie jako ważnych partnerów, podczas gdy ci, którzy mają negatywne doświadczenia, mogą wątpić w swoją zdolność do bycia pożądanymi osobami w związku [1]. Ryzykowne natomiast dla procesu kształtowania się tożsamości w okresie dorastania może być rodzicielstwo nastolatków, które jest możliwą konsekwencją podejmowania życia seksualnego. Ze względu na stałe wymagania i obowiązki, pełnienie roli rodzica może istotnie utrudnić realizację charakterystycznych dla tego okresu zadań rozwojowych i uniemożliwić korzystanie z moratorium (odroczenia w podejmowaniu ról osób dorosłych), co jest niezwykle ważne w procesie poszukiwania odpowiedzi na pytania „kim jestem?“, „kim chcę być?“ [4].

Ważnym aspektem w rozwoju młodzieży jest kwestia osiągnięć szkolnych i planowania kariery. Wyniki badań w tym obszarze wskazują, że oceny szkolne romantycznego partnera są istotnym predyktorem ocen jego partnera/partnerki [5]. Można zatem przypuszczać, że funkcjonowanie w związku intymnym w tym okresie może mieć znaczenie dla planowania przyszłości edukacyjnej.

W okresie dorastania intensywne zmiany dotyczą także sfery społecznej. Do najważniejszych można zaliczyć przebudowę relacji z rodzicami i wzrastające znaczenie grupy rówieśniczej [6]. Rozwój związków z rówieśnikami postępuje od grup jednopłciowych, poprzez towarzystwo mieszane, na parach intymnych skończywszy [7]. Romantyczne doświadczenia mogą powodować zmiany w relacjach społecznych, ponieważ nastolatki, które tworzą związki intymne, spędzają mniej czasu z członkami rodziny i więcej czasu z partnerem/partnerką. Ich relacje uczuciowe są często również powszechnym źródłem konfliktów i napięć w rodzinach. Kwestie dotyczące zaangażo-

wania w relację intymną wywołując niejednokrotnie dyskusje pomiędzy dziećmi a rodzicami, przyczyniając się do redefiniowania wzajemnych potrzeb i oczekiwań. Sprzyja to także normatywnej transformacji procesu decyzyjnego w stosunkach rodzinnych [8].

W aspekcie rozwoju społecznego związki intymne przyczyniają się do rozwoju zdolności do współpracy, współtworzenia i współodpowiedzialności za relację. Ponadto „randkowanie” wpływa pozytywnie na popularność i reputację młodego człowieka wśród rówieśników [8].

Związki intymne mogą się również przyczyniać do zwiększenia aktywności w obszarze seksualności będąc głównym kontekstem podejmowanych zachowań seksualnych [9]. W tym okresie młodzież podejmuje różne formy aktywności seksualnej od autoerotycznych (masturbacja) do partnerskich (np.: petting, współżycie). Formy aktywności seksualnej zmieniają się [10, 11], a — jak wskazują wyniki badań, to uczucia do partnera/partnerki są jednym z podstawowych motywów podejmowania zachowań seksualnych [8].

Warto jednak pamiętać, że tworzenie związków intymnych może być korzystne dla rozwoju w okresie adolescencji jedynie wtedy, gdy w tych relacjach nie występuje zjawisko przemocy. Dlatego niezwykle ważne jest wyposażenie nastolatków w kompetencje ważne w budowaniu zdrowych związków.

Przemoc w związkach intymnych nastolatków

Przemoc w związkach intymnych dotyczy działań o charakterze fizycznym, emocjonalnym i/lub seksualnym wobec partnera/ki [12] i w szerszym kontekście jest ujmowana jako przejaw przemocy ze względu na płeć (GBV, *gender-based violence*) [13]. Jak wynika z badań Straussa [14], 30% nastolatków deklaruje, że byli ofiarami przemocy fizycznej ze strony partnera, a 50% doznało przemocy psychicznej. Również w innym badaniu wskazano na podobny zakres występowania tego zjawiska wśród młodych ludzi: 46% badanych podejmowało akty agresji fizycznej i 62% — agresji psychicznej [15]. Natomiast wyniki badań prowadzonych w Hiszpanii wśród osób od 16 do 20 lat, ujawniły, że 40% z nich stosowało przemoc fizyczną wobec partnera/ki, a 90% przemoc werbalną w związku [16]. W literaturze przedmiotu wyróżnia się nieco inne czynniki ryzyka występowania przemocy w związkach intymnych wśród osób dorosłych i nastolatków. W tej drugiej grupie łączą się bardziej z kwestiami, które mogą ulegać zmianie w procesie rozwoju, takimi jak: niedojrzałość emocjonalna, niższe umiejętności społeczne, intensywność uczuć roman-

tycznych, wpływ innych osób czy stereotypowe przekonania na temat ról płciowych [17]. Predyktorami przemocy są często w takich przypadkach trudności w radzeniu sobie z emocjami i stanami, takimi jak złość, zazdrość czy doświadczenie upokorzenia [18]. Z tego względu profilaktyka przemocy w związkach intymnych nastolatków polega na takich rozwiązaniach, jak rozwój kompetencji w zakresie radzenia sobie z trudnymi emocjami, rozwijanie umiejętności społecznych i komunikacji.

Wielu badaczy zajmujących się tym zjawiskiem pisze, że młodzi ludzie mają często problemy z rozpoznaniem przemocy w związku, ponieważ tłumaczą takie działania sposobem wyrażania uczuć, zaangażowania [19, 20]. Jest to związane z szeregiem mitów i stereotypów oraz norm kulturowych dotyczących ról płciowych, bliskich związków kobiet i mężczyzn, miłości, a także ze społeczną nierównością ze względu na płeć [21]. To powoduje, że spora część przypadków przemocy w związkach nie jest ujawniana. Milczenie nastolatków bywa odpowiedzią na postawy osób dorosłych i kulturowy klimat wokół kwestii rozwoju tożsamości płciowej oraz seksualności młodych ludzi [22]. Jeśli już natomiast młodzież szuka pomocy w takich przypadkach, najczęściej zwraca się do swoich rówieśników [23]. Podniesienie świadomości nastolatków na temat czynników ryzyka, sygnałów ostrzegawczych, przejawów oraz konsekwencji zjawiska przemocy pomoże im identyfikować takie zachowania już na wstępnych etapach relacji.

Rozwijanie osobistych zasobów, kompetencji społecznych, takich jak umiejętności komunikacji, rozwiązywania problemów i konfliktów, asertywność, empatia, pozytywna samoocena, jest istotną strategią minimalizującą wystąpienie zachowań ryzykownych związanych z przemocą. Dlatego w ostatnich latach powstało wiele programów wspierających młodych ludzi w tym obszarze, mających na celu w długofalowej perspektywie zminimalizowanie występowania zjawiska przemocy w związkach intymnych. Jednym z nich jest międzynarodowy program *Lights, Camera and Action. Against Dating Violence* [24], który, jak piszą autorzy projektu (M. Carmen Davó-Blanes, Rosario Ferrer-Cascales, Natalia Albaladejo-Blázquez, Miriam Sánchez-San Segundo, Vanesa Pérez-Martínez, Carmen Vives-Cases), opiera się na modelu „pozytywnego rozwoju młodzieży” skoncentrowanym na potencjale istniejącym zarówno w jednostkach, jak i otaczających je środowiskach (rodzynie, szkole i społeczności lokalnej), w celu wspierania kompetencji ochronnych przeciwko przemocy w związkach [25]. Program jest skierowany do młodych ludzi w wieku od 13 do 17 lat. Poniżej zostaną omówione jego założenia i etapy realizacji.

Opis projektu

Projekt *Lights, Camera and Action. Against Dating Violence* otrzymał finansowanie z Dyrekcji Generalnej Komisji Europejskiej ds. Sprawiedliwości (DG ds. sprawiedliwości), Program Przeciwdziałania Przemocy Wobec Kobiet, nr grantu 776905. Kierownikiem projektu ze strony polskiej był prof. Jacek Pyżalski, a wykonawczyniami: dr Iwona Chmura-Rutkowska, prof. Barbara Jankowiak, prof. hab. Sylwia Jaskulska i prof. Katarzyna Waszyńska. Projekt realizowano od 1 kwietnia 2018 roku do 30 września 2019 roku.

W projekcie uczestniczyli naukowcy i naukowczynie z zespołów uniwersyteckich z:

- Alicante — Universidad de Alicante, Instituto de Salud Carlos III (Hiszpania)
- Rzymu — La Lumsa — Libera Università Maria Santissima Assunta (Włochy)
- Cardiff — Cardiff Metropolitan University (Wielka Brytania)
- Iasi — Universitatea de Medicina si Farmacie Grigore T. Popa Iasi (Rumunia)
- Poznań — Wydział Studiów Edukacyjnych UAM (Polska)
- Matosinhos — Instituto Universitário da Maia — ISMAI (Portugalia)

Program opierał się na założeniu, że okres dojrzewania to ważny moment rozwojowy, w czasie którego tworzy się i wzmacnia obraz pozytywnych relacji intymnych. Wczesne oddziaływanie ze strony profesjonalistów może pomóc w budowaniu szacunku i samooceny, a także poprawić jakość tworzonych przez młodzież relacji.

Celem projektu było wzmocnienie i poprawa jakości relacji rówieśniczych, ze szczególnym uwzględnieniem związków intymnych poprzez:

- wzmocnienie czynników chroniących — indywidualnych i w środowisku;
- nabywanie umiejętności (w tym komunikacyjnych) niezbędnych do budowania pozytywnych relacji opartych na adekwatnej samoocenie i zaufaniu
- wzmacnianie postaw przeciwdziałających przemocy w związkach;
- promowanie rozwoju kompetencji społecznych w zakresie rozwiązywania konfliktów, mediacji i negocjacji;
- wzmocnienie świadomości własnych praw w relacjach z innymi i aktywnego działania w przypadku bycia świadkiem przemocy.

Uczestnikami projektu w Poznaniu były uczennice i uczniowie dwóch poznańskich liceów.

Pierwszy etap polegał na przeprowadzeniu (we wszystkich krajach) badań dotyczących zakresu i form przemocy na randkach wśród nastolatków oraz czynni-

ków chroniących i czynników ryzyka tego zjawiska. Następnie zrealizowano program w szkołach i ponownie, po zakończeniu zajęć, dokonano badań kontrolnych (druga fala). Realizacja programu profilaktycznego przebiegała według następujących etapów:

- opracowanie i adaptacja podręczników dla nauczycielek, nauczycieli (z opisem poszczególnych etapów i zadań) oraz zeszytów ćwiczeń do pracy dla uczniów i uczennic [26];
- szkolenie nauczycieli i nauczycielek dotyczące przebiegu projektu i prowadzenia warsztatów;
- warsztaty edukacyjne z uczennicami i uczniami prowadzone przez nauczycielki w szkołach;
- warsztaty filmowe dla młodzieży prowadzone przez profesjonalistów (reżyserów, aktorów, scenarzystów);
- przygotowanie przez uczniów filmów profilaktycznych;
- pokaz i projekcja filmów na gali kończącej projekt.

Plan warsztatów, szczegółowo opisany w podręcznikach, zakładał rozwijanie umiejętności i zasobów poszczególnych uczestniczek i uczestników, a także opierał się na procesach rozwoju grupy. W podręcznikach omówiono takie tematy, jak: obalanie mitów i irracjonalnych przekonań na temat związków; samokontrola i rozwiązywanie problemów; komunikacja, asertywność i samoocena.

Budując program warsztatów, założono, że niektóre przekonania, które młodzi ludzie mają na temat miłości, wiążą się z mitami miłości romantycznej. Może to wpłynąć na ich doświadczenia i wygenerować nierealne oczekiwania. Do mitów tych zaliczono:

- stereotypy związane z rolą płciową przyczyniające się do nierówności między mężczyznami i kobietami;
- mit miłości, która powinna przetrwać wszystko — sprawiający, że nastolatki kontynuują relacje, nawet jeśli jeden z nich nie czuje się dobrze w związku;
- mit „drugiej połówki”, w myśl którego ludzie są niekompletni i potrzebują kogoś, kto ich dopełni, aby mieć satysfakcjonujące życie;
- mit zazdrości będącej dowodem silnej miłości — prowadzący często do przemocy na randkach.

Wykrycie, nazwanie tych przekonań i praca z nimi była pierwszym krokiem do promowania zdrowych relacji. Położono też nacisk na rozwój umiejętności związanych z samokontrolą, pozwalających młodzieży na podejmowanie skutecznych sposobów reagowania w trudnych sytuacjach.

Celem warsztatów było też promowanie zasobów, które pomagają budować prawidłowe relacje w związkach intymnych. Były to, na przykład: wzajemny szacunek, zaufanie i wsparcie, uczciwość, umiejętność prowadzenia sporów, pewność siebie. Uczniowie i uczennice mogli też dowiedzieć się, jak rozpoznać

niektóre przejawy niezdrowych zjawisk w związku, takie jak: kontrola, wrogość, nieuczciwość, brak szacunku, zależność, zastraszanie, przemoc fizyczna, przemoc seksualna. Zwracano uwagę nie tylko na pracę w obszarze wiedzy, ale także rozwijanie kompetencji, umiejętności i zmianę postaw w omawianym zakresie. Wszystkie zagadnienia zrealizowano w formie aktywnej, poprzez metody aktywizujące i ćwiczenia. Nauczycielki i nauczyciele dostali też wskazówki dotyczące rozwiązywania sytuacji trudnych podczas warsztatów i wsparcie w postaci omówienia najważniejszych kwestii merytorycznych z psychologicznego punktu widzenia.

Zajęcia składały się z kilku części:

Moduł 1. Zasoby dla pozytywnego rozwoju i wzmacniania zdrowych relacji w intymnych związkach nastolatków. W ramach tego etapu uczennice i uczniowie skupiali się na umiejętnościach:

- rozpoznawania czynników ochronnych w związkach, w sobie, w rodzinie, szkole i społeczności;
- identyfikowania sytuacji i postaw seksistowskich i lub wzmacniających zachowania przemocowe;
- budowania umiejętności wyrażania swoich potrzeb;
- rozwijania pozytywnej komunikacji i sposobów rozwiązywania konfliktów w związkach partnerskich.

Moduł 2. Kompetencje, które budują zdrowe relacje. Moduł ten koncentruje się głównie na kompetencjach społecznych i emocjonalnych ułatwiających pozytywny rozwój i umożliwiających samorozwój. Kompetencje te obejmowały umiejętności społeczne, kontrolę emocji a także elementy asertywności i empatii.

Ważnym elementem modułu była edukacja na temat rozpoznawania zniekształceń poznawczych i irracjonalnych przekonań które legitymizują użycie przemocy w bliskich związkach oraz refleksja nad mitami i przekonaniami społeczno-kulturowymi na temat przemocy na randkach.

Ćwiczenia miały na celu określenie, czym są automatyczne myśli, zniekształcenia poznawcze i irracjonalne myśli oraz jaka jest ich rola w sytuacji konfliktu w związku.

Podstawowymi kompetencjami, które były ćwiczone w tym module, były:

- rozwijanie umiejętności zarządzania problemami i konfliktami w komunikacji interpersonalnej, w tym procesy mediacji i negocjacji między młodymi ludźmi.
- kontrola złości, samokontrola i rozwiązywanie problemów (rozpoznanie złości i irytacji oraz konsekwencji, jakie wywołują w związku partnerskim, uczenie się samokontroli i technik relaksacyjnych, które pozwalają uczestnikom panować nad emocjami i konstruktywnie je wyrażać, identyfikowanie

- faz rozwiązywania problemów).
- identyfikacją uprzedzeń i błędnych interpretacji poznawczych, które mogą mieć znaczenie dla jakości funkcjonowania związków partnerskich.
- kształtowanie kompetencji w obszarze: poszanowania własnych granic i praw rówieśników; zapobiegania i przeciwstawiania się występowaniu przemocy w relacjach.

Po zajęciach edukacyjnych i warsztatowych uczniowie brali udział w spotkaniach z profesjonalistami zajmującymi się produkcją filmów. Korzystając z wiedzy i doświadczeń gości, pisali własne scenariusze, zajmowali się scenografią i kostiumami i w efekcie nagrywali filmy na temat roli indywidualnych, rodzinnych, środowiskowych i szkolnych czynników chroniących przed przemocą na randkach.

Każdy z filmów, będący integralną częścią warsztatów uwzględniał, przepracowane wcześniej podczas zajęć edukacyjnych, typowe problemy pojawiające się w relacjach nastolatków i przedstawiał pozytywne sposoby radzenia sobie z nimi.

W filmach zrealizowanych przez polską młodzież, poruszono tematy takie, jak: presja rówieśnicza związana z określonym zachowaniem w związku; trudności w asertywnej odmowie; trudności związane z kreowaniem wizerunku online; konflikty w związku; problem komunikacji i zaufania w relacji; problem przeproszenia i przyjmowania przeprosin; zawstydzenia partnera wobec grupy rówieśniczej; atrakcyjności związanej z sytuacją materialną oraz popularności w grupie rówieśniczej oraz wsparcia rówieśniczego w sytuacjach kryzysowych.

Filmy z wszystkich krajów opatrzone napisami w języku angielskim są dostępne dla uczestników projektu. Mogą być okazją do odnalezienia podobieństw w podejściu do rozwiązywania problemów w związkach, mimo różnic kulturowych.

Podczas gali zakończenia projektu uczniowie i uczennice oglądali propozycje filmowe, swoje jak i pozostałych rówieśników, mieli też możliwość wzięcia udziału w naukowym seminarium na temat psychologicznych aspektów dorastania i wchodzenia w romantyczne relacje. W trakcie trwania spotkania, dzielili się również swoimi spostrzeżeniami i wnioskami z uczestnictwa w projekcie.

Uczniowie i uczennice wśród korzyści, które odnieśli w trakcie projektu wymieniali najczęściej:

- możliwość zdobywania wiedzy na temat zdrowych relacji intymnych,
- możliwość uczenia się strategii rozwiązywania problemów,
- uczenie się właściwych sposobów komunikacji,
- możliwość dyskusji w bezpiecznej atmosferze,

- możliwość zastosowania zdobytej wiedzy w przyszłości.

Projekt został bardzo pozytywnie oceniony zarówno przez nauczycieli jak i uczniów. Wyniki z przebiegu zarówno 1 jak i 2 fali, jak również ewaluacji programu, są na bieżąco publikowane w czasopiśmie naukowych [27, 28].

W projekcie wzięło udział 1555 uczniów w wieku 13–16 lat: z Alicante (130 dziewcząt i 125 chłopców), z Rzymu (206 dziewcząt i 79 chłopców) z ILasi (214 dziewcząt i 129 chłopców), z Matosinhos (125 dziewcząt i 134 chłopców), z Poznania (135 dziewcząt i 55 chłopców) i Cardiff (112 dziewcząt i 92 chłopców).

Szczegółowy opis projektu a także zapisy z przebiegu poszczególnych faz znajdują się na stronie <http://www.lights4violence.eu/>. Projekt ten może służyć jako wspomagający w realizacji zajęć odnoszących się do edukacji seksualnej, a także wchodzący w zakres programów profilaktycznych w obszarze promocji zdrowia seksualnego.

Rekomendacje

Zalecenia dotyczące sposobu wdrażania metod L4V

Program nie jest trudny do wdrożenia; nie potrzeba specjalistycznego sprzętu ani przestrzeni, aby mogły odbywać się warsztaty. Całość uatrakcyjniła fakt uwzględnienia twórczości młodych ludzi oraz wykorzystanie nowych technologii (tworzenie filmu). Profesjonalna kamera czy możliwość współpracy ze studiem filmowym może uatrakcyjnić zajęcia ale uczniowie mogą w swojej pracy korzystać również z własnych telefonów i ogólnodostępnych programów do montowania filmów.

Ponadto ze względu na prężny rozwój na świecie podejścia naukowego w oddziaływaniach praktycznych (tzw. praktyka oparta na dowodach naukowych) istotne jest, żeby także w Polsce dostępne były programy profilaktyczne wykazujące dowody skuteczności.

Istotną korzyścią jest także podejmowanie tematu przemocy na randkach, który jak dotąd nie doczekał się takiej uwagi praktyków jak inne obszary profilaktyki skierowane do nastolatków, na przykład przeciwdziałanie stosowaniu środków psychoaktywnych.

Ze względu na niewielkie doświadczenia polskiej młodzieży z rzetelną edukacją seksualną można jeszcze bardziej wzbogacić program warsztatów o treści powiązane z poruszonymi tematami np. prawidłowości i zaburzenia rozwoju emocjonalnego i seksualnego w okresie dorastania.

Należy także szczególnie zadbać o poczucie bezpieczeństwa uczestników i uczestniczek warsztatów. Muszą mieć oni pełne przekonanie o tym, że nikt nie

pozna treści ich wypowiedzi ani nie dowie się o tym, w jaki sposób prezentowali siebie podczas warsztatów. Z grupą należy zawrzeć kontrakt zabezpieczający wszystkie uczestniczki i wszystkich uczestników.

Jeśli jest to możliwe, warto dodać zajęcia poprzedzające warsztaty, które będą miały jedynie cele integracyjne i związane z budowaniem dobrej atmosfery emocjonalnej, nawet jeśli grupa zna się z innych zajęć.

Podsumowanie

W Polsce problem przemocy w związkach nastolatków jest rzadko podejmowany w opracowaniach naukowych, istnieje zatem potrzeba przeprowadzania ogólnokrajowych badań dotyczących tego problemu. Najbardziej jednak brakuje opartych na dowodach naukowych, skutecznych i atrakcyjnych dla młodzieży programów edukacyjnych. Dlatego dobrze się stało, że Polska dołączyła do międzynarodowego projektu wypełniającego tę lukę.

Wyniki badań zarówno pierwszej, jak i drugiej fali projektu są opisywane systematycznie i publikowane [28].

Projekt został oceniony zarówno pod względem skuteczności (przy zastosowaniu metodologii pre-test/post-test), jak i oceny procesu (wywiady z uczestnikami). Ta część będzie również opisana w innych artykułach.

Piśmiennictwo:

1. Furman W, Shaffer L. The role of romantic relationships in adolescent development. In: Florsheim P, Shaffer L. ed. *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research and practical implications*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah 2003: 35–45.
2. Tucker Halpern C. Biological Influences on Adolescent Romantic and Sexual Behavior. In: Florsheim P. ed. *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research and practical implications*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah 2003.
3. Erikson EH. *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Rebis, Poznań 1997.
4. Coley RL, Chase-Lansdale PL. Adolescent pregnancy and parenthood. Recent evidence and future directions. *Am Psychol*. 1998; 53(2): 152–166, doi: [10.1037//0003-066x.53.2.152](https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.2.152), indexed in Pubmed: [9491745](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9491745/).
5. Giordano PC, Manning WD, Longmore MA. Adolescent romantic relationships: An emerging portrait of their nature and developmental significance. In: Booth AC, Crouter AC. ed. *Romance and Sex in Adolescence and Emerging Adulthood: Risks and Opportunities*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah 2006: 141.
6. Peterson GW, Bush KR. Families and Adolescent Development. In: Gullotta TPW, Plant RW, Evans MAR. ed. *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. Springer Science+Business Media, New York 2015: 45.
7. Dunphy D. The Social Structure of Urban Adolescent Peer Groups. *Sociometry*. 1963; 26(2): 230, doi: [10.2307/2785909](https://doi.org/10.2307/2785909).
8. Furman W, Shaffer L. The role of romantic relationships in adolescent development. In: Florsheim P. ed. *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research and practical implications*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah 2003: 65–95.
9. B R, Beckett MK, Collins RL, Shaw R. Adolescent romantic relationships as precursors of healthy adult marriages. A review of theory, research, and programs. RAND Corporation, Santa Monica 2007: 22.
10. Beisert M. Trud dorastania seksualnego. In: Beisert M. ed. *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Zakład Wydawniczy - K. Domke, Poznań 2004.
11. Obuchowska I, Jaczewski A. *Rozwój erotyczny*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002.
12. Centers for Disease Control and Prevention. *Understanding teen dating violence. Fact sheet*. CDC 2016. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>.
13. Chmura-Rutkowska I. Być dziewczyną - być chłopakiem i przetrwać. Płeć i przemoc w narracjach młodzieży. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019.
14. Straus M. Prevalence of Violence Against Dating Partners by Male and Female University Students Worldwide. *Violence Against Women*. 2016; 10(7): 790–811, doi: [10.1177/1077801204265552](https://doi.org/10.1177/1077801204265552).
15. Cáceres Carrasco J. Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y Salud*. 2004; 15(1).
16. Muñoz-Rivas MJ, Graña Gómez JL, O’Leary KD, et al. Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema*. 2007; 19(1).
17. Vizcarra M, Poo A, Donoso T. Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. *Revista de Psicología*. 2013; 22(1): 48, doi: [10.5354/0719-0581.2013.27719](https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.27719).
18. Fernández-González L, Calvete E, Orue I, et al. The role of emotional intelligence in the maintenance of adolescent dating violence perpetration. *Personality and Individual Differences*. 2018; 127: 68–73, doi: [10.1016/j.paid.2018.01.038](https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.038).
19. González R, Santana JD. *Violencia en parejas jóvenes*. Pirámide, Madrid 2001.
20. Soldevila A., Domínguez A., Giordano R., Fuentes S., Consolini L. (2012, December). ¿Celos, amor, culpa o patología? Cómo perciben la violencia de género en sus relaciones de pareja los/as estudiantes de Trabajo Social. In *Actas del 2º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad: “Lo personal es político”* Vol. 1, No. 1.
21. Mmari K, Blum RW, Atnafou R, et al. Exploration of Gender Norms and Socialization Among Early Adolescents: The Use of Qualitative Methods for the Global Early Adolescent Study. *J Adolesc Health*. 2017; 61(4S): S12–S18, doi: [10.1016/j.jadohealth.2017.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.006), indexed in Pubmed: [28915986](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28915986/).
22. Chmura-Rutkowska I. Conspiracy of Silence. The Loneliness of Victims of Sexual and Gender-based Violence in Polish Junior High Schools. *Forum Oświatowe*. 2014; 1(51): 1135–1275.
23. Ashley OS, Foshee VA. Adolescent help-seeking for dating violence: prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help. *J Adolesc Health*. 2005; 36(1): 25–31, doi: [10.1016/j.jadohealth.2003.12.014](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.12.014), indexed in Pubmed: [15661593](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15661593/).
24. Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, et al. Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health*. 2019; 19(1): 389, doi: [10.1186/s12889-019-6726-0](https://doi.org/10.1186/s12889-019-6726-0), indexed in Pubmed: [30961558](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30961558/).
25. Benson P, Scales P, Hamilton S, et al. Positive Youth Development: Theory, Research, and Applications. *Handbook of Child Psychology*. 2007, doi: [10.1002/9780470147658.chps0116](https://doi.org/10.1002/9780470147658.chps0116).
26. Carmen Davo-Blanes M, Ferrer-Cascales R, Albaladejo-Blazquez N et al. *Lights, Camera and Action Against Dating Violence*. Podręcznik dla nauczycielek i nauczycieli. tłum. Neves A. S., Pyżalski J., Sanz-Barbero B, Jaskulska S, Chmura-Rutkowska I, Jankowiak B, Waszyńska K., Poznań 2018.
27. Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R et al. Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health* volume 19, Article number: 389 (2019). <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6726-0>.
28. Pérez-Martínez V, Sanz-Barbero B, Ferrer-Cascales R, et al. The Role of Social Support in Machismo and Acceptance of Violence Among Adolescents in Europe: Lights4Violence Baseline Results. *J Adolesc Health*. 2021; 68(5): 922–929, doi: [10.1016/j.jadohealth.2020.09.007](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.007), indexed in Pubmed: [33067152](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33067152/).

Psychospołeczne wyznaczniki komunikacji seksualnej — przegląd badań

Psychosocial factors related to sexual communication:
a systematic review

Magdalena Liberacka-Dwojak, Paweł Izdebski

Wydział Psychologii Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Streszczenie

Otwarta komunikacja dotycząca seksualności w związku jest jednym z głównych komponentów bliskich relacji partnerskich. Stanowi podstawowy czynnik zapewniający utrzymanie zdrowia seksualnego, satysfakcji seksualnych oraz jest kluczowym elementem umożliwiającym osiągnięcie seksualnych celów oraz zaspokojenia potrzeb. Celem niniejszej pracy jest przegląd badań określających czynniki psychospołeczne mających związek z komunikacją seksualną.

Przeprowadzono przegląd badań i uwzględniono 22 badania ilościowe oraz jakościowe opisujące wyniki badań spełniających kryteria włączenia. Przeszukano elektroniczne bazy danych: GoogleScholar, PsycArticles, Academic Research Source eJournals, Healthsource — Consumer Edition oraz Medline.

Komunikacja seksualna była związana z takimi czynnikami, jak: style przywiązania, samoocena, osobowość, świadomość ryzyka oraz własnej seksualności, lęk społeczny, poczucie własnej skuteczności, samoakceptacja, poczucie zagrożenia wobec siebie, partnera czy związku, asertywność w zachowaniach seksualnych, doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, stereotypy, normy kulturowe, komunikacja rodzicielska na tematy seksualne, a także odwaga, poczucie komfortu czy umiejętności komunikacyjne.

Na podstawie przedstawionego przeglądu badań podkreśla udział czynników intra- oraz interpersonalnych, a także kompetencji komunikacyjnych w komunikacji seksualnej. Podkreślone zostało znaczenie komunikacji w różnych sferach: partnerskiej, rodzicielskiej, profesjonalnej. Wyniki omówiono w perspektywach indywidualnej oraz relacyjnej.

Słowa kluczowe: komunikacja seksualna, przegląd badań, psychospołeczne wyznaczniki

Seksuologia Polska 2021; 19: 48–58

Abstract

Open sexual communication in the relationship is one of the main components of close partnership, as well as a key factor in maintaining sexual health, sexual satisfaction, but also a key element in achieving sexual goals and meeting the needs. The purpose of this paper is to review researches that determine psychosocial factors related to sexual communication.

A systematic review was conducted using GoogleScholar, PsycArticles, Academic Research Source eJournals, Healthsource — Consumer Edition and Medline. 22 quantitative and qualitative studies meeting the inclusion criteria were included.

Sexual communication was associated with: attachment, self-esteem, personality factors, awareness of risk and one's sexuality, social anxiety, self-efficacy, self-acceptance, perceived threats to oneself, partner or relationship, assertiveness in sexual behavior, experience of use in childhood, stereotypes, cultural norms, parental communication about sexual topics, courage, a sense of comfort or broadly understood communication skills.

Adres do korespondencji: Magdalena Liberacka-Dwojak
Wydział Psychologii Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
ul. Leopolda Staffa 1, 85–867 Bydgoszcz, e-mail: mldwojak@ukw.edu.pl

Nadesłano: 2.09.2020

Przyjęto do druku: 3.03.2021

The systematic review indicates the contribution of intra- and interpersonal factors, as well as communication competences in sexual communication. The importance of communication at various levels was emphasized: partnership, parental, communication with professionals. The results were discussed in an individual and relational perspective.

Key words: sexual communication, systematic review, psychosocial factors

Seksuologia Polska 2021; 19: 48–58

Wstęp

Otwarta komunikacja dotycząca seksualności w związku jest jednym z głównych komponentów bliskich relacji partnerskich, jak również podstawowym czynnikiem zapewniającym utrzymanie zdrowia seksualnego, satysfakcji seksualnej oraz kluczowym elementem umożliwiającym osiągnięcie seksualnych celów i zaspokojenia potrzeb [1–3]. Ten pogląd potwierdzają także MacNeil i Byers [4], którzy uważają ją za fundament rozwoju oraz utrzymania satysfakcjonującej relacji seksualnej. Dzielią oni komunikację na dwa rodzaje: ekspresyjną (*expressive pathway*) oraz instrumentalną (*instrumental pathway*). Pierwszy z nich dotyczy poczucia intymności i bliskości z partnerem, które mogą zostać osiągnięte dzięki przekazywaniu intymnych oraz emocjonalnych informacji związanych z aktywnością seksualną. Instrumentalna ścieżka polega na rozmowach o własnych preferencjach oraz potrzebach, co przekłada się na zwiększenie własnej satysfakcji. Może ona dotyczyć informowania i negocjacji zachowań seksualnych, takich jak uwodzenie, stosunek płciowy, masturbacja czy inne formy przynoszące zaspokojenie [5, 6]. Badacze podkreślają, że otwarta komunikacja na tematy seksualne niesie za sobą wiele korzyści, jednak może być również źródłem poczucia dyskomfortu czy lęku przed odrzuceniem [4, 7].

Zgodnie z wynikami badań otwarta komunikacja seksualna pełni również rolę profilaktyczną, stanowiąc czynnik chroniący przed zakażeniem infekcjami przenoszonymi drogą płciową [8]. Dotyczy to przede wszystkim stosowania prezerwatyw i informowania o własnej historii seksualnej [9–12]. Ryzyko zakażenia może wynikać z ograniczonej wiedzy wynikającej z braku edukacji seksualnej, presji odczuwanej ze strony rówieśników, niskiego statusu socjoekonomicznego, czynników osobowościowych oraz braku komunikacji pomiędzy partnerami seksualnymi [11–13].

Komunikacja seksualna jest istotnie związana z odczuwaniem satysfakcji seksualnej oraz satysfakcji ze związku [3, 14], co zapewnia negocjacja własnych preferencji, potrzeb czy emocji [14–16]. Mallory, Stanon i Handy [17] w przeprowadzonej przez siebie metaanalizie wykazali, że komunikacja seksualna jest pozytywnie skorelowana z odczuwaniem pobudzenia seksualnego, lubrykacją, orgazmem, utrzymaniem

wzrodu, rzadziej odczuwanym bólem oraz ogólną satysfakcją seksualną. W latach 90. XX wieku zaproponowano podejście, w którym do terapii małżeńskiej włączono terapię seksualną. Uważano, że otwartość względem potrzeb seksualnych wymaga szczególnej intymności między partnerami oraz podejmowania ryzyka interpersonalnego, co może przełożyć się na poprawę relacji w holistyczny sposób [18]. Efektywność stosowania tej metody została potwierdzona w dalszych badaniach badających wpływ uwzględnienia seksualności w terapii małżeńskiej [19, 20].

Komunikacja seksualna w związku różni się istotnie od komunikacji na tematy niezwiązane z seksualnością. Wyniki badań potwierdzają, że rozmowy na temat seksualności odczuwane są jako bardziej zagrażające i towarzyszy im większe natężenie lęku [21–23]. Potrzeby seksualne zmieniają się w ciągu lat, na co wpływ mają zmiany życiowe, biologiczne czy relacyjne. Wymaga to częstej renegocjacji własnej seksualności, preferencji, poszukiwania zmian, co może być źródłem lęku i niezgodności między partnerami [22, 24, 25]. Rehman, Lizdek, Fallis, Sutherland i Goodnight [22] przeprowadzili badanie wśród 15 par, których zadaniem było poprowadzenie rozmowy z partnerem na wcześniej zadany temat, dotyczący problemu seksualnego i nieseksualnego. Wykazano, że podczas rozmów na tematy seksualne natężenie lęku było istotnie wyższe. Wiązało się to również z większą intymnością oraz słabszą potrzebą dominacji niż podczas rozmów na tematy nieseksualne.

Celem przeglądu badań jest podsumowanie czynników psychospołecznych mających związek z komunikacją seksualną. Szczegółowe cele niniejszego przeglądu dotyczą: 1) wykazania jakie czynniki psychologiczne i społeczne mają związek z otwartą komunikacją seksualną, 2) dokonania syntezy wyszczególnionych czynników, 3) wskazania na aktualne luki w literaturze.

Przegląd badań

Badania zidentyfikowano, przeszukując elektroniczne bazy danych: *GoogleScholar*, *PsycArticles*, *Academic Research Source eJournals*, *Healthsource – Consumer Edition* oraz *Medline*. Przeszukiwanie

baz trwało od października do grudnia 2019 roku. Użyto następujących terminów do wyszukania tytułów: „komunikacja seksualna” lub „bariery komunikacyjne” lub „trudności komunikacyjne” oraz „zachowania seksualne” lub „aktywność seksualna”. Kryteria włączenia zakładały: a) badania ilościowe oraz jakościowe, b) badania w językach polskim, angielskim oraz niemieckim, c) populację osób aktywnych seksualnie, d) uwzględnienie czynników psychospołecznych. Nie zastosowano żadnych ograniczeń względem dat publikacji artykułów.

W przeglądzie zostały uwzględnione 22 badania, 17 badań ilościowych oraz 5 badań jakościowych. Przeszukanie baz pozwoliło na wyszukanie łącznie 2301 pozycji. Po sprawdzeniu tytułów i abstraktów oraz ewaluacji pełnych tekstów pod kątem kwalifikowalności pozostawiono 65 tekstów, z czego 22 zostało szczegółowo opisanych. Wszystkie badania spełniały kryteria włączenia. W tabeli 1 przedstawiono podsumowanie uzyskanych informacji.

Grupy w opisanych badaniach liczyły od 13 do 12 161 uczestników. Najczęściej były one prowadzone wśród adolescentów i młodych dorosłych. Niektóre z prac dotyczących komunikacji rodzicielskiej zakładały udział diady rodzic–adolescent [31, 32]. Trzy z badań zakładały medycyną rolę komunikacji seksualnej. Opisywały one związki pomiędzy: stylami przywiązania i satysfakcją seksualną [16, 26] oraz poczuciem własnej skuteczności i utrzymaniem zdrowia seksualnego [35].

Przegląd badań został przeprowadzony w celu określenia psychospołecznych wyznaczników komunikacji seksualnej, dokonania ich syntezy oraz analizy. Wyniki 22 badań potwierdzają, że różnorodne czynniki mają związek z prawidłową i otwartą komunikacją: style przywiązania, samoocena, osobowościowe wyznaczniki, świadomość ryzyka oraz własnej seksualności, lęk społeczny, poczucie własnej skuteczności, samoakceptacja, odczuwane zagrożenia względem siebie, partnera czy związku, asertywność w zachowaniach seksualnych, doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, stereotypy, normy kulturowe, komunikacja rodzicielska na tematy seksualne, a także odwaga, poczucie komfortu czy szeroko pojęte umiejętności komunikacyjne. Wyniki zostały podzielone na trzy grupy: czynniki intrapersonalne, czynniki interpersonalne oraz kompetencje komunikacyjne.

Czynniki intrapersonalne

Jednocześnie z uwzględnionych badań podejmuje tematykę czynników intrapersonalnych. Podsumowując, otwarta komunikacja seksualna ma związek z: bezpiecznym stylem przywiązania, wyższą samooceną

globalną, świadomością własnej seksualności oraz ryzyka, jakie niesie za sobą aktywność seksualna, poczuciem własnej skuteczności i kontrolą, doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, a także samoakceptacją [16, 26–28, 34, 35–40]. Dodatkowo, odczuwanie zagrożenia względem siebie, partnera czy związku, wyższy poziom lęku społecznego czy lęku przed oceną, poszukiwania doznań seksualnych oraz impulsywne podejmowanie decyzji ma związek z rzadszymi rozmowami na tematy seksualne [1, 7, 25, 33].

Czynniki interpersonalne

Osiem badań w przeglądzie dotyczy czynników interpersonalnych. Otwarta komunikacja seksualna ma zatem związek przede wszystkim z otwartą i pozytywną komunikacją rodzicielską na tematy seksualne [28–31]. Ponadto, silne stereotypy i normy panujące w danym społeczeństwie mają związek z niższą zdolnością do komunikowania się [41, 42, 44].

Kompetencje komunikacyjne

Cztery z przedstawionych badań wskazują na fakt, że asertywność, odwaga, poczucie komfortu, a także szeroko pojęte kompetencje komunikacyjne mają związek z otwartą komunikacją seksualną [38, 39, 42, 43].

Dyskusja

Otwarta i pozytywna komunikacja seksualna jest sposobem budowania więzi z partnerem, pomaga w utrzymaniu zdrowia seksualnego oraz jest jednym z czynników pozwalających na posiadanie satysfakcjonującego życia seksualnego, które jest jednym z elementów składowych jakości życia. Przeprowadzony przegląd badań uświadamia, że prawidłowa komunikacja seksualna w życiu dorosłym ma związek z mnogością czynników intra- oraz interpersonalnych.

Intra- i interpersonalne wyznaczniki komunikacji seksualnej

Zdolność do rozmów o własnych preferencjach, potrzebach czy negocjowania zachowań seksualnych wymaga wyjścia poza granice komfortu, otworzenia się przed drugą osobą, przy uwzględnieniu ryzyka, które może to za sobą nieść. Wyniki badań pokazują, że osoby z wyższą samooceną, poczuciem własnej skuteczności, o niższym natężeniu lęku oraz wyższą asertywnością, są bardziej skłonne do rozmów na tematy seksualne [7, 27, 35–39]. Koncepcja Carr [45] wskazuje, że to samoocena leży u podstaw poczucia wartości i własnej skuteczności. Przez samoocenę

Tabela 1. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
[16]	1989 uczestników: 1006 osób aktywnych seksualnie, 983 osoby z wcześniejszym doświadczeniem aktywności seksualnej, w wieku 15–75 lat (M = 25,46)	Style przywiązania	(1) Kwestionariusz ECR-R (Brennan, Clark, Shaver, 1998) (2) Skala neurotyzmu z kwestionariusza NEO-PI (Costa, McRae, 1985) (3) Skala Hamowania Wyrażania Własnych Potrzeb, stworzona na potrzeby badania (4) Skala Szacunku Dla Partnera, stworzona na potrzeby badania (5) Skala Seksu Jako Barometru Statusu Związku, stworzona na potrzeby badania. (6) Skala Satisfakcji Ze Związku, stworzona na potrzeby badania (7) Skala Satisfakcji Seksualnej, stworzona na potrzeby badania	Pozabezpieczne (lękowe i unikowe) style przywiązania mają związek z niższą satysfakcją seksualną, z medycyjną rolą komunikacji seksualnej
[26]	423 uczestników, w wieku 18–30 lat (M = 19,17; SD = 1,25)	Style przywiązania	(1) Kwestionariusz ECR-R (Brennan, Clark, Shaver, 1998) (2) Kwestionariusz Zachowań Komunikacyjnych po Aktywności Seksualnej (Muisse i in., 2014) (3) Kwestionariusz Satisfakcji Seksualnej (Lawrance, Byers, Cohen, 1998) (4) Kwestionariusz Komunikacji Nacechowanej Emocjonalnie (Floyd, 2002)	Wykazano związek pomiędzy pozabezpiecznymi stylami przywiązania a niższym poziomem satysfakcji seksualnej, z medycyjną rolą zachowań komunikacyjnych po stosunku seksualnym oraz komunikacji nacechowanej emocjonalnie
[27]	74 uczestników w wieku 19–56 lat (M = 27,39; SD = 9,05)	Samoocena globalna, samoocena seksualna	(1) Skala Ogólnej Komunikacji (Navran, 1967) (2) Skala Asertywności Seksualnej (Shafer, 1977) (3) Skala Samooceny Rosenberga (Rosenberg, 1965) (4) Skala Samooceny Seksualnej (Zenah, Schwarz, 1996)	Zarówno globalna jak i seksualna samoocena mają związek z wyższą zdolnością do komunikowania satysfakcjonujących zachowań seksualnych. Samoocena seksualna okazała się być silniejszym predyktorem
[1]	614 uczestników, powyżej 18 lat (M = 33,82; SD = 10,71)	Barier w komunikacji seksualnej oraz nieseksualnej	(1) Kwestionariusz Barier Komunikacyjnych (Rehman, Balan, Sutherland, McNeil, 2018) (2) Skala Globalnej Oceny Satisfakcji Seksualnej (Lawrence, Byers, 1995) (3) Indeks Jakości Małżeństwa (Norton, 1983)	Zarówno w komunikacji seksualnej jak i nieseksualnej odczuwane są trzy typy zagrożeń: względem siebie, partnera oraz związku. Pierwsze z nich silniejsze jest w komunikacji seksualnej.
[22]	109 uczestników w wieku 18–26 lat (M = 20,1)	Unikanie rozmów o przeszłych doświadczeniach seksualnych	(1) Pytanie otwarte: Jakich tematów unikasz w rozmowach w obecnym związku? (2) Pytanie otwarte: Z jakich powodów unikasz wyżej wymienionych tematów?	Wykazano, że ludzie nie rozmawiają o przeszłych doświadczeniach seksualnych, ponieważ: (1) przekonanie, że nie powinno się rozmawiać o przeszłości, (2) osobiste przyczyny: lęk przed oceną, (3) odczuwanie zagrożenia w stosunku do związku, (4) rozmowom towarzyszą negatywne emocje
[28]	1083 uczestników w wieku 13–17 lat (M = 15,0)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Wywiad dotyczący komunikacji rodzicielskiej: częstotliwości rozmów z rodzicami o problemach, próby zrozumienia problemów przez rodziców, rozmowy na temat oczekiwań, okazywanie miłości, zasad panujących w domu (2) Wywiad dotyczący zachowań seksualnych: oczekiwania dorosłych względem aktywności seksualnej adolescenta, rozmów z rodzicami na temat aktywności seksualnej oraz stosowania antykoncepcji	Wykazano, że pozytywna komunikacja rodzicielska na tematy seksualne ma związek z umiejętnością odmawiania, ustalania zasad, podejmowaniem rozmów na temat odrzucania w czasie aktywności seksualnej, a także na temat antykoncepcji oraz chorób przenoszonych drogą płciową



Tabela 1 cd. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
[29]	522 uczestników w wieku 14–18 lat (M = 16,0; SD = 1,2)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Skala Komunikacji Rodzicielskiej na Tematy Seksualne, stworzona na potrzeby badania (2) Ankieta ze zmiennymi socjodemograficznymi (3) Pytania dotyczące kontroli przez rodziców: jeśli nie ma cię poza domem, czy rodzic wie, gdzie się znajdujesz oraz z kim przebywasz (4) Pytania dotyczące częstości stosowania prezerwatyw: w ostatnich 6 miesiącach oraz przez ostatnich 5 stosunków seksualnych (5) Pytania dotyczące komunikacji seksualnej z partnerem (6) Ankieta dotycząca własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	Wykazano, że brak komunikacji rodzicielskiej ma związek z rzadszym stosowaniem antykoncepcji przez adolescentów oraz rzadszą komunikacją z partnerem seksualnym, a także słabszą skutecznością w negocjacji bezpiecznego seksu
[30]	219 uczestników w wieku 12–19 lat (M = 15,5; SD = 1,6)	Komunikacja seksualna pomiędzy matkami a córkami	(1) Kwestionariusz Zachowań Seksualnych Związanych z Chorobami Przenoszonymi Drogą Płciową (2) Pytania dotyczące komunikacji seksualnej z córkami (3) Ankieta ze zmiennymi socjodemograficznymi (4) Pytania dodatkowe: aktywność seksualna w ostatnich 3 miesiącach, akceptacja aktywności seksualnej przez matkę, umiejętność odmawiania	Wyższy poziom komunikacji seksualnej z matką miał pozytywny związek ze zmniejszeniem ilości stosunków seksualnych oraz stosowaniem prezerwatyw. Komunikacja nie miała związku z liczbą partnerów seksualnych
[31]	2965 par rodzic-adolescent (w wieku 12–16 lat)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Kwestionariusz Komunikacji Rodzicielskiej na Tematy Seksualne (2) Kwestionariusz Zachowań Seksualnych dla Adolescentów (3) Kwestionariusz Jakości Relacji Rodzic-Adolescent stworzone na potrzeby badania	Wykazano, że otwarta komunikacja rodzicielska na tematy seksualne ma związek ze stosowaniem antykoncepcji w przyszłości oraz z otwartymi rozmowami o seksualności z partnerem
Beckett MK, et al., 2008 [32]	141 par rodzic-adolescent (w wieku 13–17 lat)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Pytania dotyczące rozmów na wymienione tematy seksualne z adolescentem, skierowane do rodzica (2) Pytania dotyczące aktywności seksualnej adolescenta (3) Pytania dotyczące rozpoczęcia rozmów na tematy seksualne z adolescentem: przed lub po inicjacji seksualnej	Wykazano, że otwarte rozmowy rodzicielskie na tematy seksualne mogą poprawić jakość komunikacji seksualnej z partnerem (rozmowy o stosowaniu antykoncepcji, w tym prezerwatyw, umiejętność odmawiania)
[33]	1489 uczestników w wieku 18–26 lat (M = 21,3)	Osobowość, psychospołeczne wyznaczniki	(1) Skala Poszukiwania Doznań Seksualnych (Kalichman i in., 1994) (2) Skala Impulsywnego Podejmowania Decyzji Seksualnych (Donohew i in., 2000) (3) Skala Stosowania Prezerwatyw (Sacco, Levine, Reed, Thomspon, 1991) (4) Skala Przekonań dotyczących Stosowania Prezerwatyw, stworzona na potrzeby badania (5) Skala Skuteczności w Negocjowaniu Stosowania Prezerwatyw (Redding, Rossi, 1999) (6) Skala Zachowań związanych ze Stosowaniem Prezerwatyw, stworzona na potrzeby badania	Wykazano, że istnieje negatywny związek pomiędzy poszukiwaniem doznań seksualnych oraz impulsywnym podejmowaniem decyzji seksualnych a bezpiecznymi zachowaniami seksualnymi, związanymi ze stosowaniem prezerwatyw

Tabela 1 cd. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
[34]	748 uczestników w wieku w wieku 16–17 lat (M = 16,7; SD = 0,69)	Świadomość ryzyka seksualnego, świadomość własnej seksualności	(1) Inwentarz Świadomości Własnej Seksualności (O'Sullivan i in., 2006) (2) Kwestionariusz Świadomości Ryzyka Seksualnego (Shah i in., 1997) (3) Skala Komunikacji Seksualnej (Somer, Ganivez, 2003)	Świadomość własnej seksualności ma bezpośredni oraz pośredni wpływ na komunikację seksualną. Świadomość ryzyka seksualnego ma związek z poziomem własnej seksualności u adolescentów
[7]	206 uczestników (M = 22,4 roku; SD = 5,89)	Lęk społeczny	(1) Skala Lęku Społecznego (Mattick, Clark, 1998) (2) Skala Lęku przed Intymnością (Descutner, Thelen, 1991) (3) Inwentarz Satysfakcji z Komunikacji Seksualnej (Wheeles i in., 1984) (4) Inwentarz Braku Satysfakcji Seksualnej (Hudson i in., 1981) (5) Skala Dopasowania Partnerskiego (Spanier, 1976)	Wyższy poziom lęku społecznego jest predyktorem niższej satysfakcji z komunikacji seksualnej, co ma związek z niższą satysfakcją seksualną
[35]	12161 uczestników w wieku 13–18 lat (M = 16,29; SD = 1,05)	Poczucie własnej skuteczności, poczucie kontroli	(1) Pytania dotyczące poczucia własnej skuteczności w negocjacjach seksualnych (2) Pytania dotyczące stosowania antykoncepcji (3) Pytania dotyczące poczucia kontroli	Wykazano, że poczucie własnej skuteczności oraz kontroli ma związek z wyższą zdolnością do negocjowania potrzeb seksualnych, co przekłada się na utrzymanie zdrowszych zachowań seksualnych
[36]	948 uczestników w wieku 18–30 lat	Poczucie własnej skuteczności	(1) Pytanie o stosowanie prezerwatyw podczas inicjacji seksualnej (2) Pytania dotyczące stosowania prezerwatyw podczas ostatnich trzech stosunków seksualnych (3) Pytania dotyczące poczucia własnej skuteczności w zachowaniach seksualnych (4) Pytania dotyczące poczucia własnej skuteczności seksualnej	Wykazano, że poczucie własnej skuteczności ma związek z częstszym stosowaniem prezerwatyw, co przekłada się na utrzymanie zdrowia seksualnego, z medycyjną rolą komunikacji seksualnej
[37]	Uczestników w wieku 14–19 lat (M = 17,55)	Samoakceptacja	(1) Pytania dotyczące historii życia seksualnego (2) Skala Samoświadomości Seksualnej (Winter, 1988) (3) Pytania dotyczące komunikacji na temat antykoncepcji (4) Pytania dotyczące częstości oraz efektywności stosowania antykoncepcji	Wykazano, że kobiety odznaczające się wyższym poziomem samoakceptacji częściej rozmawiały z partnerami o aktywności seksualnej oraz antykoncepcji
[38]	904 uczestników w wieku 14–26 lat	Asertywność w zachowaniach seksualnych	(1) Skala Asertywności w Zachowaniach Seksualnych, stworzona na potrzeby badania	Wykazano, że kobiety charakteryzujące się niską asertywnością uważają, że nie mają prawa do rozmów ani decydowania o sprawach seksualnych, takich jak antykoncepcja, potrzeby, preferencje czy umiejętność odmawiania
[39]	816 uczestników (M = 30,4 lat)	Asertywność w zachowaniach seksualnych	(1) Pytania dotyczące asertywnej komunikacji w sytuacjach seksualnych (2) Pytania dotyczące asertywnej komunikacji związanej z ryzykiem zakażenia HIV (3) Pytania dotyczące aktywności seksualnej w ostatnich sześciu miesiącach (4) Inne: pytania dotyczące historii seksualnej, negatywnych doświadczeń interpersonalnych, historii przemocy w związkach, cech psychoseksualnych	Wykazano, że asertywność w zachowaniach seksualnych ma związek z komunikacją preferencji oraz informacją seksualnych, mających związek z prewencją HIV



Tabela 1 cd. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
[40]	3 18 uczestników w wieku 18–30 lat	Wykorzystanie seksualne	(1) Kwestionariusz Wykorzystania Seksualnego w Dzieciństwie (Finkelhor, 1979) (2) Kwestionariusz Przemocy w Adolescencji/Dorosłości (Koss, Gidycz, Wiśniewski, 1987) (3) Pytania dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych (4) Skala Asertywnej Seksualności (Morokoff i in., 1997)	Wykazano, że kobiety, które doświadczyły wykorzystania seksualnego w dzieciństwie charakteryzowały się niższą asertywnością seksualną: zdolnością do komunikowania się
[41]	60 uczestników w wieku 20–49 lat	Perspektywa socjokulturowa	(1) Wywiad dotyczący zdrowia seksualnego, zachowań seksualnych, przekonań zdrowotnych, sieci społecznej, prewencji	Wykazano, że komunikacja seksualna ma związek z naszymi przekonaniami, znaczeniem przypisywanemu komunikacji, wartościami, wiedzą, jak również z poszukiwaniem informacji oraz zmianami kulturowymi
[42]	38 uczestników (M = 48 lat), będących personelem medycznym	Przekazywanie informacji seksualnych przez personel medyczny	(1) Wywiad dotyczący umiejętności przekazywania informacji o seksualności pacjentów z nowotworem	Wykazano, że personel medyczny, który nie posiada wiedzy na tematy seksualne oraz brakuje mu odwagi lub komfortu w rozmowach na tematy seksualne nie przekazuje pacjentom po nowotworze informacji związanych z seksualnością
[43]	13 uczestników po nowotworze piersi w wieku 32–55 lat	Przekazywanie informacji seksualnych przez personel medyczny	(1) Wywiad dotyczący umiejętności przekazywania informacji o seksualności pacjentów po przebytych nowotworze	Wykazano, że personel medyczny, który zaniedbał problemy seksualne pacjentów lub któremu brakowało zdolności współpracy z pacjentem wykazywał słabsze umiejętności rozmów na tematy seksualne z pacjentami
[44]	59 uczestników w wieku w wieku 18–55 lat (M = 32,0; SD = 12,0)	Stereotypy i normy kulturowe	(1) Wywiad dotyczący: norm kulturowych, wierzeń, dzielenia się informacji o statusie HIV z partnerem seksualnym	Wykazano, że stereotypy oraz stygmatyzacja są jednymi z wyznaczników barier komunikacyjnych w zachowaniach seksualnych (status HIV)

rozumiemy uogólnioną, względnie trwałą ocenę siebie jako osoby, naszego statusu w społeczeństwie, zbiór oczekiwań wobec siebie i tych stawianych przez społeczeństwo [46–48]. Takie poczucie wykształcane jest już od najmłodszych lat, na bazie kontaktów z rodzicami, rówieśnikami, społeczeństwem, w trakcie różnych sytuacji społecznych. Wskazuje to na fakt, jak ważne jest otoczenie w wykształceniu takich konstruktów jak samoocena, poczucie własnej skuteczności czy asertywność. Faktycznie, wyniki przytoczonych badań wskazują na ważną rolę opiekunów i społeczeństwa w kształtowaniu się postaw wobec własnego Ja, które oddziałują na sposób, w jaki tworzone są przekonania wobec rozmów na tematy seksualne [1, 10, 12, 26, 28–32, 36, 36–38].

W wynikach badań zostało podkreślone, że jednym z czynników mających związek z otwartością na rozmowy seksualne, jest doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie [40]. Takie doświadczenie może nieść za sobą różne konsekwencje we wszystkich sferach rozwoju: emocjonalnym, społecznym, poznawczym i seksualnym. Długofalowe konsekwencje wykorzystania seksualnego mogą się objawiać poprzez zaburzenia emocjonalne, zaburzenia obrazu własnej osoby, lęk, napięcie, obniżenie samooceny, trudności interpersonalne oraz zaburzenia seksualne [49]. Jak wspomniano, bazą dla wykształcenia się prawidłowych postaw wobec seksualności są konstrukty związane z rozwojem własnego Ja, wyniesione na bazie wczesnych doświadczeń z opiekunami i środowiskiem zewnętrznym. Trudności w tych sferach mogą mieć związek z utrudnioną komunikacją seksualną w życiu dorosłym, co w konsekwencji miewa związek z pogorszeniem jakości życia seksualnego [40].

Pozytywna i otwarta komunikacja rodzicielska na tematy seksualne uczy, jak ważna jest seksualność w dorosłym życiu, oraz daje przyzwolenie na takie rozmowy z partnerem [28–32]. Pozwala nabrać większego doświadczenia dotyczącego tego, jak układać relacje seksualne, komunikować się, wyrażać życzenia, wyznaczać granice czy okazywać szacunek. Umożliwia wykształcenie w sobie tolerancji, otwartości, rozwój ról płciowych i tożsamości seksualnej, uczy, w jaki sposób dbać o własną seksualnością [50]. Wskazuje się także, że komunikacja seksualna rodzic–dziecko stanowi czynnik ochronny przed angażowaniem się w ryzykowne zachowania seksualne [51]. Taki przekaz jest dawany również przez szersze środowisko, w którym się wychowujemy. Zarówno stereotypy, jak i normy kulturowe panujące w danym społeczeństwie mogą mieć związek z otwartością komunikacji seksualnej pomiędzy partnerami [41, 44]. Niewątpliwie wskazuje to na rolę socjalizacji jako mechanizmu kulturowej transmisji.

W procesie socjalizacji grupa społeczna wywiera wpływ na zainteresowania i zdolności, emocje i ich ekspresję, poglądy oraz role i postawy społeczne [52]. W efekcie wpływów społecznych osoby w różny sposób postrzegają i hierarchizują rolę komunikacji seksualnej.

Komunikacja seksualna pomiędzy partnerami

Komunikacja seksualna z partnerem może dotyczyć takich tematów, jak: stosowanie antykoncepcji, przekazywanie pozytywnych i negatywnych informacji, informowanie o własnej historii seksualnej, negocjowanie preferencji i potrzeb [53]. W relacjach interpersonalnych niezwykle istotne jest właśnie uwzględnienie preferencji obojga partnerów [54], co może się przyczynić do wzmocnienia satysfakcji oraz uatrakcyjnienia życia seksualnego [14, 15, 54]. Dodatkowo, werbalizacja pragnień może wpłynąć na lepsze zrozumienie własnej seksualności, jak również potęgować pożądanie czy wzmacniać zainteresowanie aktywnością seksualną [55]. Urealnienie potrzeb pozwala na podkreślenie tego, co obecne w życiu seksualnym czy wyrażenie życzeń względem partnera [56]. Biorąc pod uwagę pozytywne, które niesie za sobą otwarta komunikacja seksualna, warto rozważyć możliwe przyczyny unikania takich rozmów. Jednymi z nich są, wcześniej wspomniane, przekaz rodzinny, stereotypy i normy kulturowe, jak również wykształcone konstrukty związane z rozwojem Ja, które mają związek z odczuwaniem większego lęku i obaw przed rozmowami na tematy seksualne.

Warto również zwrócić uwagę na zagadnienie wymiany społecznej w rozwoju bliskich relacji interpersonalnych. Zakłada ona bilans nagród i kar, zysków i strat, które stabilizują związek, bądź zagrażają jego istnieniu. Angażując się w relację, oceniamy przeszłe, obecne i przyszłe zyski i straty [52]. Zakłada się, że relacje partnerów będąc wzajemne, głębokie i stabilne, a skupienie się na pozytywnych aspektach związku, trosce i ekspresji pozytywnych emocji, są głównymi czynnikami decydującymi o satysfakcji ze związku [57–59]. Komunikacja seksualna opiera się jednak na przekazywaniu nie tylko pozytywnych aspektów, ale również tych negatywnych. Zakłada się także aktywną negocjację preferencji i potrzeb seksualnych, tak aby jakość życia seksualnego odpowiadała obojgu partnerów. Z tego względu, komunikacja seksualna może zostać oceniana jako zagrażająca trwałości związku, ponieważ może wyjawiać niezgodności między partnerami, co sprawia, że osoby decydują się unikać takich rozmów [1, 21, 25] i przyjąć to, co istnieje. Wyniki badań wskazują, że może to również wynikać z odczuwanego zagrożenia względem siebie lub partnera. Rozmowa

na tematy seksualne może być oceniana jako wstydliva czy nawet kompromitująca. Osoby mogą się obawiać, że okażą się niedoskonałe lub ujawni to ich brak zdolności seksualnych [1, 25]. W tym rozumieniu unikanie rozmów pomaga w ochronie własnego Ja. Może to jednak być próbą ochrony partnera przed pojawieniem się podobnych emocji [1, 21]. Anderson i wsp. [25] wykazali, że unikanie rozmów o fantazjach seksualnych w relacjach romantycznych jest spowodowane lękiem przed zranieniem partnera, wywołaniem zazdrości czy obniżeniem samooceny. W dalszej perspektywie może się to jednak wiązać z negatywnymi konsekwencjami, zarówno dla jednostki, jak i dla związku, ponieważ satysfakcja z życia seksualnego jest jedną ze składowych poczucia satysfakcji ze związku.

Komunikacja seksualna ze specjalistami ochrony zdrowia

Wyniki badań skupiają się głównie na komunikacji seksualnej w związkach. Niewątpliwie ważnym aspektem jest edukacja seksualna przekazywana przez specjalistów ochrony zdrowia. Wyniki badań wskazują, że lekarze często unikają tych tematów, a wręcz czują się niekomfortowo, podejmując tematykę seksualności pacjentów [42, 43, 60]. Edukacja seksualna w gabinecie lekarza może mieć rolę profilaktyczną dla wielu chorób przenoszonych drogą płciową, stanowiąc element niezbędny w utrzymaniu zdrowia seksualnego. Może również dostarczyć niezbędnych informacji i pomocy pacjentom chorującym somatycznie, u których seksualność w trakcie choroby ulega zmianie. Może to nie tylko dostarczyć informacji o możliwości wystąpienia trudności seksualnych, ale również przynieść niezbędną wiedzę o tym, jak radzić sobie z pojawiającymi się dysfunkcjami, co również daje przyzwolenie na takie rozmowy w związku [42, 43]. Niezwykle ważne jest również to, aby psychologowie byli gotowi podejmować tematykę seksualności ze swoimi klientami. Dotyczy to nie tylko trudności doświadczanych w sferze seksualnej, ale również innych zagadnień: płci, tożsamości, ról płciowych oraz seksualnych, identyfikacji, zachowań seksualnych, akceptacji własnej seksualności i zmian w jej obrębie oraz wiele innych [61].

Podsumowanie

Komunikacja seksualna na poziomie rodzic–dziecko, w związku, czy lekarz–pacjent, jest ważna z kilku względów: po pierwsze stanowi czynnik profilaktyczny wielu chorób przenoszonych drogą płciową, przyczynia się do ograniczenia angażowania w ryzykowne zachowania seksualne, jest ważnym czynnikiem dla posiadania

satysfakcjonującej relacji seksualnej, jak również pomaga w radzeniu sobie z trudnościami seksualnymi pojawiającymi się w wyniku różnych chorób somatycznych. Wyniki przedstawionych badań wskazują na wielość czynników intra- i interpersonalnych mających związek z gotowością do podejmowania rozmów na tematy seksualne. Wskazuje to na fakt, że konstrukty związane z rozwojem Ja (samoocena, poczucie własnej wartości, lęk, kompetencje komunikacyjne), kształtowane w ciągu życia, za sprawą oddziaływań rodzicielskich i społecznych, mają związek z otwartością na rozmowy seksualne w dorosłym życiu.

Wyniki przedstawionych badań wskazują na potrzebę zastosowania nie tylko psychoedukacji, ale również innych oddziaływań psychologicznych, takich jak trening umiejętności społecznych, praca nad obrazem własnego Ja czy praca nad relacjami może w dalszej perspektywie przynieść pozytywne skutki, jeśli chodzi o umiejętność stosowania komunikacji seksualnej, nie tylko w relacjach partnerskich, ale również w relacji rodzic–dziecko czy lekarz–pacjent.

Zagadnienie psychospołecznych wyznaczników komunikacji seksualnej wymaga dalszych badań i analiz. Ich przedmiotem mogłyby być:

- a) podjęcie dalszych badań nad określeniem czynników intra- oraz interpersonalnych mających wpływ na umiejętność komunikacji w zachowaniach seksualnych,
- b) podjęcie badań uwzględniających oddziaływanie psychologiczne na osoby aktywne seksualnie, między innymi psychoedukacja, trening umiejętności społecznych czy trening asertywności,
- c) podjęcie badań uwzględniających oddziaływanie psychologiczne na pacjentów chorujących somatycznie, między innymi psychoedukacja o zmieniającej się seksualności.

Ograniczenia badań własnych

Prezentowany przegląd badań nie był wolny od ograniczeń. Pierwsze z nich jest związane z kryteriami włączenia, które zakładały badania jedynie z udziałem osób aktywnych seksualnie. Dodatkowo brano pod uwagę tylko prace w językach polskim, angielskim oraz niemieckim. Po trzecie, znaczna część badań była oparta na danych samoopisowych. Odpowiedzi badanych mogły ulec zniekształceniu pod wpływem wielu czynników, co przyczynia się do ograniczenia trafności takich danych.

Wnioski

1. Otwarta oraz pozytywna komunikacja seksualna ma związek z wyższą satysfakcją ze związku,

- z życia seksualnego oraz pomaga w utrzymaniu zdrowia seksualnego.
2. Na umiejętności komunikacji seksualnej wpływają czynniki intra- i interpersonalne oraz umiejętności komunikacyjne.
3. Szczególnie ważna jest rola opiekunów w kształtowaniu się przekonań i postaw wobec rozmów na tematy seksualne.
4. Łatwość podejmowania rozmów na tematy seksualne może wynikać z indywidualnych oraz społecznych czynników.
5. Należy podjąć dalsze badania nad określeniem czynników mających wpływ na umiejętności komunikacyjne w zachowaniach seksualnych, w tym uwzględniające oddziaływanie psychologiczne.

Piśmiennictwo:

1. Rehman US, Balan D, Sutherland S, et al. Understanding barriers to sexual communication. *J Soc Pers Relatsh.* 2018; 1–20.
2. Psaros C, Milford C, Smit JA, et al. HIV prevention among young women in south africa: understanding multiple layers of risk. *Arch Sex Behav.* 2018; 47(7): 1969–1982, doi: [10.1007/s10508-017-1056-8](https://doi.org/10.1007/s10508-017-1056-8), indexed in Pubmed: [29134422](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29134422/).
3. Montesi J, Fauber R, Gordon E, et al. The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction. *J Soc Pers Relatsh.* 2010; 28(5): 591–609, doi: [10.1177/0265407510386833](https://doi.org/10.1177/0265407510386833).
4. MacNeil S, Byers E. Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships.* 2016; 22(2): 169–181, doi: [10.1177/0265407505050942](https://doi.org/10.1177/0265407505050942).
5. Young W, Goy R, Phoenix C. Hormones and sexual behavior. *Assoc Adv Science.* 1964; 143: 212–218.
6. Pringle J. The physiology of adolescent sexual behavior: a systematic review. *Cogent Soc Sci.* 2017; 3(1): 1–14.
7. Montesi J, Conner B, Gordon E, et al. On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of Sexual Behavior.* 2012; 42(1): 81–91, doi: [10.1007/s10508-012-9929-3](https://doi.org/10.1007/s10508-012-9929-3).
8. Alvarez C, Bauermeister JA, Villarruel AM. Sexual communication and sexual behavior among young adult heterosexual latinos. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2014; 25(6): 577–588, doi: [10.1016/j.jana.2014.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.06.005), indexed in Pubmed: [25305027](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25305027/).
9. Heijman T, Zuure F, Stolte I, et al. Motives and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. *BMC Infect Dis.* 2017; 17(1): 194, doi: [10.1186/s12879-017-2277-0](https://doi.org/10.1186/s12879-017-2277-0), indexed in Pubmed: [28264658](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28264658/).
10. Motsomi K, Makanjee C, Basera T, et al. Factors affecting effective communication about sexual and reproductive health issues between parents and adolescents in zandspruit informal settlement, Johannesburg, South Africa. *Pan Afr Med J.* 2016; 25: 120, doi: [10.11604/pamj.2016.25.120.9208](https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.120.9208), indexed in Pubmed: [28292083](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28292083/).
11. Psaros C, Milford C, Smit JA, et al. HIV prevention among young women in South Africa: understanding multiple layers of risk. *Arch Sex Behav.* 2018; 47(7): 1969–1982, doi: [10.1007/s10508-017-1056-8](https://doi.org/10.1007/s10508-017-1056-8), indexed in Pubmed: [29134422](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29134422/).
12. Warren C. Family sex communication quotient. In: Fisher T, Davis C, Yarber W, Davis S. ed. *Handbook of sexuality-related measures.* SAGE Publications, London 2011: London.
13. Zamboni BD, Crawford I, Williams PG. Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: implications for HIV prevention. *AIDS Educ Prev.* 2000; 12(6): 492–504, indexed in Pubmed: [11220502](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11220502/).
14. France BLA. Predicting Sexual Satisfaction in Interpersonal Relationships. *Southern Communication Journal.* 2010; 75(3): 195–214, doi: [10.1080/10417940902787939](https://doi.org/10.1080/10417940902787939).
15. Cupach WR, Metts S. The role of sexual attitude similarity in romantic heterosexual relationships. *Personal Relationships.* 1995; 2(4): 287–300, doi: [10.1111/j.1475-6811.1995.tb00093.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00093.x).
16. Davis D, Shaver P, Widman K, et al. „I can't get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships.* 2006; 13(4): 465–483, doi: [10.1111/j.1475-6811.2006.00130.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00130.x).
17. Mallory AB, Stanton AM, Handy AB. Couples' sexual communication and dimensions of sexual function: a meta-analysis. *J Sex Res.* 2019; 56(7): 882–898, doi: [10.1080/00224499.2019.1568375](https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1568375), indexed in Pubmed: [30777780](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30777780/).
18. Schnarch D. *Passionate marriage: keeping love and intimacy alive in committed relationships.* Owl Books, New York 1997.
19. Chesney AP, Blakeney PE, Chan FA, et al. The impact of sex therapy on sexual behaviors and marital communication. *J Sex Marital Ther.* 1981; 7(1): 70–79, doi: [10.1080/00926238108403442](https://doi.org/10.1080/00926238108403442), indexed in Pubmed: [7345151](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7345151/).
20. Turkestani NA, Alizadeh M, Oohadi B, et al. Effectiveness of cognitive behavioral counseling-based film therapy on the communication skills of females with low sexual Desire. *J Nurs Midwifery Sci.* 2019; 6(1): 8, doi: [10.4103/jnms.jnms_48_18](https://doi.org/10.4103/jnms.jnms_48_18).
21. Metts S, Cupach WR. The role of communication in human sexuality. In: McKinney K, Sprecher S. ed. *Human sexuality: The societal and interpersonal context.* Sage, Thousand Oaks 1989.
22. Rehman US, Lizdek I, Fallis EE, et al. How Is Sexual Communication Different from Nonsexual Communication? A Moment-by-Moment Analysis of Discussions Between Romantic Partners. *Arch Sex Behav.* 2017; 46(8): 2339–2352, doi: [10.1007/s10508-017-1006-5](https://doi.org/10.1007/s10508-017-1006-5), indexed in Pubmed: [28681190](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681190/).
23. Rehman US, Janssen E, Newhouse S, et al. Marital satisfaction and communication behaviors during sexual and nonsexual conflict discussions in newlywed couples: a pilot study. *J Sex Marital Ther.* 2011; 37(2): 94–103, doi: [10.1080/0092623X.2011.547352](https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.547352), indexed in Pubmed: [21400334](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21400334/).
24. Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts: permanence and change. *Arch Sex Behav.* 1986; 15(2): 97–120, doi: [10.1007/BF01542219](https://doi.org/10.1007/BF01542219), indexed in Pubmed: [3718206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3718206/).
25. Anderson M, Kunkel A, Dennis MR. „Let's (not) talk about that”: bridging the past sexual experiences taboo to build healthy romantic relationships. *J Sex Res.* 2011; 48(4): 381–391, doi: [10.1080/00224499.2010.482215](https://doi.org/10.1080/00224499.2010.482215), indexed in Pubmed: [20432132](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20432132/).
26. Bennett M, LoPresti B, Denes A. Exploring trait affectionate communication and post sex communication as mediators of the association between attachment and sexual satisfaction. *Personality and Individual Differences.* 2019; 151: 109505, doi: [10.1016/j.paid.2019.109505](https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109505).
27. Kristel OM, Alia O. Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Can J Hum Sex.* 2007; 16(3-4): 89–100.
28. Aspy CB. Parental communication and youth sexual behavior. *J Adolesc Health.* 2007; 30(3): 449–466.
29. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, et al. Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *J Pediatr.* 2001; 139(3): 407–412, doi: [10.1067/mpd.2001.117075](https://doi.org/10.1067/mpd.2001.117075), indexed in Pubmed: [11562621](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11562621/).
30. Hutchinson MK, Jemmott JB, Jemmott LS, et al. The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: a prospective study. *J Adolesc Health.* 2003; 33(2): 98–107, doi: [10.1016/s1054-139x\(03\)00183-6](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00183-6), indexed in Pubmed: [12890601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12890601/).
31. de Looze M, Constantine NA, Jerman P, et al. Parent-adolescent sexual communication and its association with adolescent sexual behaviors: a nationally representative analysis in the Netherlands. *J Sex Res.* 2015; 52(3): 257–268, doi: [10.1080/00224499.2013.858307](https://doi.org/10.1080/00224499.2013.858307), indexed in Pubmed: [24512029](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24512029/).

32. Beckett MK, Elliott MN, Martino S, et al. Timing of parent and child communication about sexuality relative to children's sexual behaviors. *Pediatrics*. 2010; 125(1): 34–42, doi: [10.1542/peds.2009-0806](https://doi.org/10.1542/peds.2009-0806), indexed in Pubmed: [19969618](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19969618/).
33. Noar SM, Zimmerman RS, Palmgreen P, et al. Integrating personality and psychosocial theoretical approaches to understanding safer sexual behavior: implications for message design. *Health Commun*. 2006; 19(2): 165–174, doi: [10.1207/s15327027hc1902_8](https://doi.org/10.1207/s15327027hc1902_8), indexed in Pubmed: [16548707](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16548707/).
34. Lou JH, Chen SH, Li RH, et al. Relationships among sexual self-concept, sexual risk cognition and sexual communication in adolescents: a structural equation model. *J Clin Nurs*. 2011; 20(11-12): 1696–1704, doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03358.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03358.x), indexed in Pubmed: [21040039](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21040039/).
35. Pearson J. Personal control, self-efficacy in sexual negotiation, and contraceptive risk among adolescents: the role of gender. *Sex Roles*. 2006; 54(9-10): 615–625, doi: [10.1007/s1199-006-9028-9](https://doi.org/10.1007/s1199-006-9028-9).
36. Xiao Z, Li X, Lin D, et al. Sexual communication, safer sex self-efficacy, and condom use among young Chinese migrants in Beijing, China. *AIDS Educ Prev*. 2013; 25(6): 480–494, doi: [10.1521/aeap.2013.25.6.480](https://doi.org/10.1521/aeap.2013.25.6.480), indexed in Pubmed: [24245595](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24245595/).
37. Tschann JM, Adler NE. Sexual self-acceptance, communication with partner, and contraceptive use among adolescent females: a longitudinal study. *J Res Adolesc*. 1997; 7(4): 413–430, doi: [10.1207/s15327795jra0704_4](https://doi.org/10.1207/s15327795jra0704_4), indexed in Pubmed: [12293783](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12293783/).
38. Rickert VI, Sanghvi R, Wiemann CM. Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspect Sex Reprod Health*. 2002; 34(4): 178–183, indexed in Pubmed: [12214907](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12214907/).
39. Quina K, Harlow L, Morokoff P, et al. Sexual communication in relationships: when words speak louder than actions. *Sex Roles*. 2000; 42(7/8): 523–549.
40. VanZile-Tamsen C, Testa M, Livingston JA. The impact of sexual assault history and relationship context on appraisal of and responses to acquaintance sexual assault risk. *J Interpers Violence*. 2005; 20(7): 813–832, doi: [10.1177/0886260505276071](https://doi.org/10.1177/0886260505276071), indexed in Pubmed: [15914703](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15914703/).
41. Lieber E, Chin D, Li Li, et al. National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative HIV Prevention Trial Group. Sociocultural contexts and communication about sex in China: informing HIV/STD prevention programs. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(5): 415–429, doi: [10.1521/aeap.2009.21.5.415](https://doi.org/10.1521/aeap.2009.21.5.415), indexed in Pubmed: [19842826](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19842826/).
42. Ussher JM, Perz J, Gilbert E, et al. Talking about sex after cancer: a discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychol Health*. 2013; 28(12): 1370–1390, doi: [10.1080/08870446.2013.811242](https://doi.org/10.1080/08870446.2013.811242), indexed in Pubmed: [23805956](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23805956/).
43. Marzieh M. Barriers to sexual health: communication in breast cancer survivors: a qualitative study. *J Clin Diagn Res*. 2019; 13(5): 1–4.
44. Haas SM, Perazzo JD, Ruffner AH, et al. Exploring Current Stereotypes and Norms Impacting Sexual Partner HIV-Status Communication. *Health Commun*. 2020; 35(11): 1376–1385, doi: [10.1080/10410236.2019.1636340](https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1636340), indexed in Pubmed: [31257927](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31257927/).
45. Carr A. *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Zysk i S-ka., Poznań 2009.
46. Strelau J. *Psychologia Podręcznik akademicki. Tom I-II*. GWP, Gdańsk 2000.
47. Leary M, Baumeister R. The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*. 2000: 1–62, doi: [10.1016/s0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(00)80003-9).
48. Oleś PK. *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Scholar, Warszawa 2008.
49. Beisert M. *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012.
50. Biuro Regionalne WHO dla Europy i BZgA. *Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*.
51. Leser KA, Francis SA. Mother-child communication about sexual health, HPV and cervical cancer among antenatal clinic attendees in Johannesburg, South Africa. *Afr J Reprod Health*. 2014; 18(1): 123–126, indexed in Pubmed: [24796176](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24796176/).
52. Mandal E. *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. PWN, Warszawa 2008.
53. Quinn-Nilas C, Milhausen RR, Breuer R, et al. Validation of the Sexual Communication Self-Efficacy Scale. *Health Educ Behav*. 2016; 43(2): 165–171, doi: [10.1177/1090198115598986](https://doi.org/10.1177/1090198115598986), indexed in Pubmed: [26286296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26286296/).
54. Katehakis A. Sexual fantasy and adult attunement. Differentiating preying from play. *Am J Play*. 2017; 9: 252–270.
55. Miller A. *Fantazje seksualne studentów dziennikarstwa i kosmologii*. Przegląd Terapeutyczny. 2013; 9: 1–16.
56. Lew-Starowicz Z. *Encyklopedia erotyki*. Muza, Warszawa 2011.
57. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, et al. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. *Br J Psychol*. 2004; 95(Pt 4): 411–428, doi: [10.1348/0007126042369794](https://doi.org/10.1348/0007126042369794), indexed in Pubmed: [15527530](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15527530/).
58. Mark KP, Jozkowski KN. The mediating role of sexual and nonsexual communication between relationship and sexual satisfaction in a sample of college-age heterosexual couples. *J Sex Marital Ther*. 2013; 39(5): 410–427, doi: [10.1080/0092623X.2011.644652](https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.644652), indexed in Pubmed: [23530670](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23530670/).
59. Butzer B, Campbell L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*. 2008; 15(1): 141–154, doi: [10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x).
60. Fuzzell L, Fedesco HN, Alexander SC, et al. „I just think that doctors need to ask more questions”: Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Educ Couns*. 2016; 99(9): 1467–1472, doi: [10.1016/j.pec.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.004), indexed in Pubmed: [27345252](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27345252/).
61. Byers E. Beyond the birds and the bees and was it good for you?: Thirty years of research on sexual communication. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2011; 52(1): 20–28, doi: [10.1037/a0022048](https://doi.org/10.1037/a0022048).

Rozważania teoretyczne nad zastosowaniem fallopletyzmografii w badaniu zinternalizowanej homofobii

Theoretical considerations on penile plethysmography usage
 in research on internalized homophobia

Dominik Haak¹, Aleksandra Plewka^{2, 3}

¹Absolwent kierunku psychologia na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz studiów podyplomowych Seksuologia Kliniczna – Opiniowanie, Edukacja, Terapia na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

²Uniwersytet SWPS w Warszawie, Katedra Różnic Indywidualnych

³Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Klinika Psychiatrii Sądowej

Streszczenie

Homofobia zinternalizowana to zjawisko polegające na przejawianiu uprzedzenia wobec homoseksualności i osób homoseksualnych, przy jednoczesnej obecności własnego, nieakceptowanego i tłumionego homoseksualizmu. Fallopletyzmografia (pomiar zmian objętościowych w narządzie) jest badaniem, które w zaskakujący sposób posłużyło już w 1996 roku do zweryfikowania teorii tłumaczących homofobię, własną nieakceptowaną homoseksualnością. Jego wyniki potwierdziły, że większość osób homofobicznych była w stanie wewnętrznego konfliktu między odczuwaniem pociągu seksualnego do osób tej samej płci a wypieraniem go.

Praca ma charakter teoretyczny, stanowi przegląd dotychczasowych badań oraz prezentuje możliwy kierunek rozwoju badań nad zinternalizowaną homofobią z użyciem fallopletyzmografii.

Zinternalizowana homofobia ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne (lęk, depresja, myśli samobójcze) osób LGBT+, implikuje również wiele innych społecznych problemów, na przykład ryzykowne zachowania seksualne, wzrost ryzyka zakażenia wirusem HIV. W rozumieniu psychoanalitycznym homofobia jest zjawiskiem o lękowej naturze, a konkretnie lękiem przed uznaniem za osobę homoseksualną. Fallopletyzmografia prąciowa (PPG) głównie stosowana w obszarze badań przestępców na tle seksualnym, może mieć także zastosowanie w badaniu zinternalizowanej homofobii. Literatura przedmiotu podkreśla zasadność brania pod uwagę indywidualnych czynników psychologicznych i społecznych w badaniach z użyciem PPG.

Słowa kluczowe: fallopletyzmograf, fallopletyzmografia, zinternalizowana homofobia, pletyzmograf prąciowy
Seksuologia Polska 2021; 19: 59–63

Abstract

Internalized homophobia is a disorder consisting in the manifestation of anti-social prejudices directed at homosexual persons with the simultaneous presence of one's own, unacceptable and suppressed homosexuality. Falloplethysmography (measurement of volumetric changes in an organ) is a study that was surprisingly used as early as 1996 to verify theories explaining homophobia, one's own unacceptable homosexuality. Its results confirmed that the majority of homophobic people were in a state of internal conflict between feeling sexual attraction towards people of the same sex and displacing it.

The work is theoretical, it is a review of the present research and shows a possible direction for the development of research on internalized homophobia with the use of phallopethysmography.

Internalized homophobia has a negative impact on the mental health (anxiety, depression, suicidal thoughts) of LGBT+ people, it also implies a number of other social problems, e.g. risky sexual behavior, which increased risk of HIV infection. In the psychoanalytical sense, homophobia is a phenomenon of a fearful

nature, namely the fear of being considered homosexual. Penile phalloglethysmography (PPG), mainly used in the field of research on sexual offenders, may also be used in the study of internalized homophobia. The literature on the subject emphasizes the legitimacy of taking into account individual psychological and social factors in research with the use of PPG.

Key words: phalloglethysmograph, phalloglethysmography, internalized homophobia, penile plethysmograph

Seksuologia Polska 2021; 19: 59–63

Zjawisko zinternalizowanej homofobii

O zinternalizowanych uprzedzeniach mówi się, gdy dotyczą grup mniejszościowych, kształtując się jednocześnie wśród nich i kierując przeciw nim samym [1]. Gdy dana osoba skieruje przeciwko sobie negatywne oceny wyznawane przez większość wobec mniejszości, tworzy w ten sposób wewnętrzne źródło stresu [2]. Dochodzi wtedy do obniżenia poczucia własnej wartości, konfliktów i wewnętrznego cierpienia, razem tworzących podwaliny dla zaburzeń psychicznych.

W opisie wewnętrznych uprzedzeń wśród przedstawicieli/przedstawicielek mniejszości można użyć terminu „zinternalizowana opresja” [3]. W przypadku mniejszości seksualnej mówi się natomiast o zinternalizowanej homofobii (również bifobii i transfobii). Rozumie się to zjawisko jako niechęć wobec homoseksualności i lęk przed homoseksualnością, przy jednoczesnym występowaniu orientacji homoseksualnej lub biseksualnej u danej jednostki. Osoby dorastające w heteronormatywnym społeczeństwie internalizują, w procesie socjalizacji, uprzedzenia traktujące nieheteroseksualność jako gorszą; co skutkuje konfrontacją z negatywnymi odczuciami wobec grupy, z którą nastolatek/nastolatka zaczyna się identyfikować, gdy odkrywa swoją nieheteronormatywność.

Negatywny wpływ zinternalizowanej homofobii na zdrowie psychiczne osób LGBT+ (*lesbian, gay, bisexual, transgender*) został udowodniony naukowo. Wyniki wieloletnich badań, w których wzięło udział ponad tysiąc homoseksualnych mężczyzn z Nowego Jorku, wykazały, że u mężczyzn z wysokim poziomem zinternalizowanej homofobii znacznie częściej występują lęk, depresja, myśli i próby samobójcze [4]. Wewnętrzna homofobia implikuje również wiele innych społecznych problemów osób homoseksualnych, na przykład podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych.

Wśród lesbijek poziom zinternalizowanej homofobii jest niższy niż u gejów, ale wyższy u kobiet biseksualnych niż homoseksualnych [5–7]. Można założyć, że wynika to ze wspomnianego wcześniej kulturowego zjawiska homohisterii łączącego homoseksualność męską z kobiecością. Dotyczy heteroseksualnej większości, która, by uniknąć posądzenia o nieheteronormatywność, utożsamia się ze stereotypowym postrzeganiem męskości. Być może niższy poziom zinternalizowanych

uprzedzeń u kobiet nieheteroseksualnych wynika z większego społecznego przyzwolenia dla intymnych relacji między kobietami.

W podejściu psychodynamicznym zinternalizowane uprzedzenia rozumie się jako efekt działania mechanizmów obronnych, takich jak np. zaprzeczanie, projekcja, racjonalizacja czy nawet identyfikacja z agresorem [8]. To ostatnie zjawisko przywodzi na myśl syndrom sztokholmski, w którym ofiary odczuwają solidarność i sympatię wobec oprawców/oprawczyń, w efekcie czego często pomagają im uzyskać zamierzone przez nich/nie cele.

Homofobia a własna homoseksualność – rozważania na podstawie teorii psychodynamicznych

Zygmunt Freud, twórca psychoanalizy, w swojej teorii rozwoju psychoseksualnego zakładał potencjał biseksualny każdego człowieka. Osoba miała według niego mieć w sobie zdolność do stworzenia silnej więzi z osobami obu płci (tak jak wobec obojga rodziców). Bazując na tym rozumieniu seksualności, twórcy i twórczynie kolejnych założeń teorii psychodynamicznych, uznawali, że wrogość wobec osób homoseksualnych może być reakcją obronną wobec własnych homoseksualnych impulsów [9].

Psychoanalityczne wyjaśnienie homofobii łączy ją z lękiem. Homofobię rozumie się jako lęk związany z tym, że dana osoba sama może być uznana za osobę homoseksualną. Uważa się, że homofobia jest stłumionym i wypartym pragnieniem homoseksualnym (lub wręcz orientacją homoseksualną) [10]. Bazując na mechanizmach obronnych, można uznać, że utajona homoseksualność to podniecenie o charakterze homoseksualnym, którego dana osoba nie jest świadoma.

Homofobia występuje zazwyczaj u osób, które nie są jawnie homoseksualne lub biseksualne (u takich osób mówimy o zinternalizowanych uprzedzeniach). Zjawisko to dotyczy osób opisujących siebie jako heteroseksualne, które przeżywają swoje homoseksualne odczucia jak zagrożenie [11]. Homofobia jest zatem w teoriach psychodynamicznych ukrytą homoseksualnością — zagrożeniem dla ego, wyparciem impulsów i zaprzeczeniem im [12].

Zastosowanie fallopletyzmografu w badaniach seksuologicznych w populacji męskiej

Terminem pletyzmografia określa się pomiar zmian objętościowych w narządzie, często funkcję napływu lub odpływu krwi. Wśród klinicznych i naukowych zastosowań pletyzmografia narządów płciowych została przyjęta jako empiryczna miara podniecenia seksualnego, gdzie związek między określonym bodźcem a przepływem krwi w genitaliach można zinterpretować jako jego wyznacznik. Wyróżnia się pletyzmografię waginalną oraz fallopletyzmografię, występującą także pod nazwą pletyzmografia prącia [13].

Wyróżnia się dwa rodzaje pletyzmografii prącia (PPG, *penile plethysmograph*). Wolometryczny PPG mierzy przemieszczenie powietrza w komorze umieszczonej nad peniszem spowodowane obrzękiem prącia. Obwodowe PPG wykorzystuje tensometr umieszczony wokół trzonu prącia do pomiaru zmian w obwodzie wraz ze wzrostem obrzęku. Wolometryczny PPG jest ogólnie uważany za bardziej precyzyjny [14], ponieważ jest bardziej wrażliwy na zmiany w obrzęku, który może zwiększać długość penisa zamiast jego obwód, co spotyka się w procesie erekcyjnym znaczącej grupy mężczyzn [15].

Po raz pierwszy pletyzmografię prącia wykorzystano, by dokonać rozróżnienia pomiędzy mężczyznami o heteroseksualnej i homoseksualnej orientacji [16]. Obecnie PPG jest częstym narzędziem do diagnozowania i leczenia przestępców seksualnych. Używa się go w badaniach sędowo-seksuologicznych do diagnozowania zainteresowania seksualnego dziećmi [17] i może być przydatny w odróżnianiu hebefilii (tj. zainteresowania seksualnego nastolatkami w okresie dojrzewania) od pedofilii (tj. zainteresowania seksualnego dziećmi w wieku przedpokwitaniowym) [18]. Ponadto odpowiedź fallometryczna na bodźce pedofilskie jest uważana za najbardziej wiarygodny predyktor recydywy wśród przestępców seksualnych [19]. Użyteczność PPG w rozróżnianiu zgwałceń jest przedmiotem wielu debat, chociaż wyniki badań sugerują, że może być pomocna w rozróżnianiu sadyzmu seksualnego — parafilii, od osób zdrowych i tych, które dopuścili się zgwałcenia niewynikającego z zaburzeń preferencji seksualnych [20]. Wątpliwości dotyczące dobrowolnego kontrolowania erekcji podczas testów zostały również udokumentowane zarówno w sytuacji jej wywoływania [21], jak i tłumienia [22]. Jednak włączenie do procedury zadań przypomnienia zmniejszyło możliwość dobrowolnej kontroli erekcji u mężczyzn androfilnych i ginefilnych, próbujących naśladować wzorce pobudzenia inne niż ich własna orientacja seksualna [23].

Badania fallopletyzmograficzne a homofobia

Fallopletyzmografia jest badaniem, które w zaskakujący sposób posłużyło do zweryfikowania teorii tłumaczących homofobię własną nieakceptowaną homoseksualnością. Najstarsze tego typu badanie pochodzi z 1996 roku i zostało przeprowadzone w grupie mężczyzn liczącej 64 badanych, których podzielono na homofobicznych i niehomofobicznych. Osobom tym prezentowano treści pornograficzne heteroseksualne, lesbijskie oraz gejowskie. Co ciekawe, w grupie mężczyzn zaklasyfikowanych jako homofobiczni aż 54% homofobów odczuło silne podniecenie. W grupie kontrolnej (mężczyzn niehomofobicznych) było to zaledwie 24% [24].

Jak należy rozumieć podniecenie seksualne (objawiające się erekcją mierzoną przez fallopletyzmograf) pojawiające się u mężczyzn heteroseksualnych jawnie deklarujących homofobię? Większość mężczyzn badana kiedykolwiek tym urządzeniem prezentowała niespójność między zakresem podniecenia deklarowanego a mierzonego urządzeniem [25]. Tym samym, mężczyźni homofobiczni twierdzili, że pornografia męsko-męska ich nie podnieca; podczas gdy wskaźniki fizjologiczne mówiły o czymś zupełnie innym. Wydawać by się mogło, że takie wyniki (choć na niewielkiej próbie) w jakimś sensie potwierdzają psychoanalityczne teorie mówiące o wypartej homoseksualnej orientacji osób homofobicznych. Nie mogą jednak zostać bezpośrednio przełożone na badania przedmiotowe.

Na erekcję może mieć wpływ również stres. Dlatego niektóre osoby komentujące tego typu badania podkreślały, że homofobia rzeczywiście wiąże się z lękiem. Skoro homofobiczni mężczyźni reagują wzrodem na pornografię gejowską, to znaczny, że odczuwają zagrożenie wobec własnej heteroseksualności [26]. Wspomniane wcześniej badania korespondują z tymi przeprowadzonymi przez profesora Richarda Ryana i opisanymi w „*Journal of Personality and Social Psychology*” w 2012 roku [27]. Tym razem przebadano 160 mężczyzn z Niemiec i USA, których również podzielono na homofobicznych i niehomofobicznych. Wyniki potwierdziły, że większość osób homofobicznych była w stanie wewnętrznego konfliktu między odczuwaniem pociągu seksualnego do osób tej samej płci a wypieraniem go.

Propozycje dalszych badań

Interesującym kierunkiem w badaniach pletyzmograficznych jest łączenie pletyzmografii z innymi metodami pomiarowymi, na przykład eye-trackingiem. Wyniki badań [28] sugerują, że próby kontrolowania

odpowiedzi erekcyjnych generując określone zmiany ruchów oczu, charakteryzujące się ogólnym spowolnieniem procesu eksploracji i ograniczoną eksploracją strefy erogennej w prezentowanych bodźcach. Odkrycia wskazują, że rejestrowanie ruchów oczu może dostarczyć znaczących informacji na temat obecności konkurujących ukrytych procesów odpowiedzialnych za zahamowanie erekcji, ale także zmiennych wzorców ruchów gałek ocznych u osób z zaburzeniami preferencji [29]. Zastosowanie technologii śledzenia wzroku podczas PPG może zatem prowadzić do poprawy wewnętrznej trafności procedury pletyzmograficznej. Inną metodą pomiarową możliwą do włączenia w procedury badawcze z PPG jest biofeedback. Doniesienia z badań sugerują, że może być on skuteczny w treningu zaburzeń erekcji [30] oraz adaptowany do terapii osób z zaburzeniem preferencji pod postacią pedofilii i transwestytyzmu fetyszystycznego [31]. Badania te mają limitację w postaci niedoszacowania znaczenia różnic indywidualnych (osobowościowych, poznawczych i afektywnych) w występowaniu erekcji w mężczyźni. Jak wspomniano, takim czynnikiem może być na przykład lęk. Zasadne jest zatem, aby badania uwzględniały nie tylko metody pomiarowe czynności narządów, ale także samoopisowe — odnoszące się do osobniczych różnic indywidualnych.

Wnioski

- Zinternalizowana homofobia ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne (lęk, depresja, myśli samobójcze) osób LGBT+, implikuje również wiele innych społecznych problemów, na przykład ryzykowne zachowania seksualne, wzrost ryzyka zakażenia wirusem HIV (*human immunodeficiency virus*), picie alkoholu, narkotyzowanie się.
- W rozumieniu psychoanalitycznym homofobia jest zjawiskiem o lękowej naturze, a konkretnie lękiem przed uznaniem za osobę homoseksualną. Uważa się wręcz, że homofobia jest stłumionym i wypartym pragnieniem homoseksualnym (lub nawet orientacją homoseksualną).
- Fallopletyzmoграфия prąciowa to jedna z lepiej udokumentowanych metod badających podniecenie seksualne. Obecnie głównie stosowana w obszarze badań przestępców na tle seksualnym, może mieć także zastosowanie w badaniu zinternalizowanej homofobii. Wyniki współczesnych badań wskazują na zasadność łączenia PPG z innymi metodami pomiaru (np. *eye-tracking*) nie tylko w celu poprawy wewnętrznej trafności procedury, ale także zyskania znaczących informacji na temat obecności konkurujących ukrytych procesów odpowiedzialnych za zahamowanie/wywoływanie erekcji.
- Literatura przedmiotu podkreśla również zasadność brania pod uwagę indywidualnych czynników psychologicznych i społecznych w badaniach z użyciem PPG.

Piśmiennictwo:

- Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Psychologia społeczna—umysł i serce. Zysk i S-ka, Poznań 1994.
- Weinberg GH. Society and the healthy homosexual. Macmillan 1972.
- Dworkin SH. Treating the bisexual client. J Clin Psychol. 2001; 57(5): 671–680, doi: [10.1002/jclp.1036](https://doi.org/10.1002/jclp.1036), indexed in Pubmed: [11304706](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11304706/).
- Meyer I, Dean L. Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. : 160–186, doi: [10.4135/9781452243818.n8](https://doi.org/10.4135/9781452243818.n8).
- Bell A, Weinberg MS. A study of diversity among men and women. Simon & Schuster 1978: Simon.
- Herek GM. Heterosexuals attitudes toward bisexual men and women in the United States. J Sex Res. 2002; 39(4): 264–274, doi: [10.1080/00224490209552150](https://doi.org/10.1080/00224490209552150), indexed in Pubmed: [12545409](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12545409/).
- Herek G. Attitudes toward lesbians and gay men. J Homosexuality. 2008; 10(1-2): 39–51, doi: [10.1300/j082v10n01_03](https://doi.org/10.1300/j082v10n01_03).
- Freud A. Identification with the aggressor. In: Freud A. ed. The ego and the mechanisms of defence. Taylor & Francis Ltd 1992.
- Smith I, Oades LG, McCarthy G. Homophobia to heterosexism: Constructs in need of re-visitation. Gay and Lesbian issues and Psychology Review. 2012; 8(1): 34–44.
- Bieschke K, DeBord KA, Perez RM. Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. APA PsycBooks. 2007, doi: [10.1037/11482-000](https://doi.org/10.1037/11482-000).
- Makuchowska M. Przemoc motywowana homofobią. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii. 2011.
- Morin S, Garfinkle E. Male homophobia. J Soc Issues. 1978; 34(1): 29–47, doi: [10.1111/j.1540-4560.1978.tb02539.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb02539.x).
- Holub A. Plethysmography. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. 2017: 1–3, doi: [10.1007/978-3-319-28099-8_795-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_795-1).
- McConaghy N. Unresolved issues in scientific sexology. Arch Sex Behav. 1999; 28: 285–318.
- Freund K, Langevin R, Barlow D. Comparison of two penile measures of erotic arousal. Behav Res Therap. 1974; 12(4): 355–359, doi: [10.1016/0005-7967\(74\)90010-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(74)90010-2).
- Freund K. A laboratory method for diagnosing predominance of homo- or heteroerotic interest in the male. Behav Res Ther. 1963; 1: 85–93.
- Freund K. Diagnosing heterosexual pedophilia by means of a test for sexual interest. Behav Res Ther. 1965; 3(4): 229–234, doi: [10.1016/0005-7967\(65\)90031-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(65)90031-8).
- Cantor JM, McPhail IV. Sensitivity and Specificity of the Phallogometric Test for Hebephilia. J Sex Med. 2015; 12(9): 1940–1950, doi: [10.1111/jsm.12970](https://doi.org/10.1111/jsm.12970), indexed in Pubmed: [26272778](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26272778/).
- Hanson R, Bussière M. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. J Cons Clin Psych. 1998; 66(2): 348–362, doi: [10.1037/0022-006x.66.2.348](https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.2.348).
- Clegg C, Fremouw W. Phallogometric assessment of rapists: A critical review of the research. Aggression and Violent Behavior. 2009; 14(2): 115–125, doi: [10.1016/j.avb.2009.01.001](https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.001).
- McAnulty R, Adams H. Voluntary control of penile tumescence: Effects of an incentive and a signal detection task. J Sex Res. 1991; 28(4): 557–577, doi: [10.1080/00224499109551624](https://doi.org/10.1080/00224499109551624).
- Rosen RC, Shapiro D, Schwartz GE. Voluntary control of penile tumescence. Psychosom Med. 1975; 37(6): 479–483, doi: [10.1097/00006842-197511000-00002](https://doi.org/10.1097/00006842-197511000-00002), indexed in Pubmed: [1202544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202544/).

23. Adams HE, Motsinger P, McAnulty RD, et al. Voluntary control of penile tumescence among homosexual and heterosexual subjects. *Arch Sex Behav*. 1992; 21(1): 17–31, doi: [10.1007/BF01542714](https://doi.org/10.1007/BF01542714), indexed in Pubmed: [1546933](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1546933/).
24. Adams H, Wright L, Lohr B. Is homophobia associated with homosexual arousal? *J Abnormal Psych*. 1996; 105(3): 440–445, doi: [10.1037/0021-843x.105.3.440](https://doi.org/10.1037/0021-843x.105.3.440).
25. Adams H, Wright L, Lohr B. Is homophobia associated with homosexual arousal? *Journal of Abnormal Psychology*. 1996; 105(3): 440–445, doi: [10.1037/0021-843x.105.3.440](https://doi.org/10.1037/0021-843x.105.3.440).
26. Barlow D, Sakheim D, Beck J. Anxiety increases sexual arousal. *J Abnormal Psych*. 1983; 92(1): 49–54, doi: [10.1037/0021-843x.92.1.49](https://doi.org/10.1037/0021-843x.92.1.49).
27. Weinstein N, Ryan WS, Dehaan CR, et al. Parental autonomy support and discrepancies between implicit and explicit sexual identities: dynamics of self-acceptance and defense. *J Pers Soc Psychol*. 2012; 102(4): 815–832, doi: [10.1037/a0026854](https://doi.org/10.1037/a0026854), indexed in Pubmed: [22288529](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22288529/).
28. Trottier D, Rouleau JL, Renaud P, et al. Using eye tracking to identify faking attempts during penile plethysmography assessment. *The Journal of Sex Research*. 2013; 51(8): 946–955, doi: [10.1080/00224499.2013.832133](https://doi.org/10.1080/00224499.2013.832133).
29. Letourneau EJ. A comparison of objective measures of sexual arousal and interest: visual reaction time and penile plethysmography. *Sex Abuse*. 2002; 14(3): 207–223, doi: [10.1177/107906320201400302](https://doi.org/10.1177/107906320201400302), indexed in Pubmed: [12087683](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12087683/).
30. Laws DR, Pawlowski AV. A multi-purpose biofeedback device for penile plethysmography. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1973; 4(4): 339–341, doi: [10.1016/0005-7916\(73\)90004-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(73)90004-9).
31. Rosen R, Kopel S. Penile plethysmography and biofeedback in the treatment of a transvestite-exhibitionist. *J Consult Clin Psychol*. 1977; 45(5): 908–916, doi: [10.1037/0022-006x.45.5.908](https://doi.org/10.1037/0022-006x.45.5.908).

Rozpoznawanie ofiar przemocy seksualnej wśród dzieci i jej skutki w dorosłym życiu

Recognizing the victims of child sexual abuse and future implications for individual children

Bogumiła Szewczak¹, Emil Bartosz Rozenek², Alicja Cichocka², Karolina Michałowska²,
Wiktor Orłof², Napolen Waszkiewicz³

¹Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

²Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie

³Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Streszczenie

Problem wykorzystywania seksualnego dzieci jest tematem trudnym pod wieloma względami. Aktualna sytuacja globalna związana z wybuchem epidemii SARS-CoV-2, przyczyniła się do zmniejszenia wykrywania wielu form przemocy, także tej skierowanej wobec dzieci. Wykrycie czynników predysponujących i objawów alarmujących mogących wzbudzić czujność lekarza pediatry niejednokrotnie polega na uważnym badaniu i odpowiedniej rozmowie z opiekunem, gdyż to właśnie on, spędzając najwięcej czasu z małym pacjentem, może wnieść wiele informacji o zmianach behawioralnych dziecka w czasie. Należy przy tym być ostrożnym w formułowaniu pytań, ponieważ większość osób wykorzystujących dzieci to ludzie z najbliższego ich otoczenia. Oprócz tego, ważna jest umiejętność dostrzegania objawów somatycznych oraz ocena zachowania dziecka w gabinecie lekarskim.

Opóźnienie rozpoznania ofiar molestowania, podobnie jak oddalona w czasie pomoc psychologiczna, mogą skutkować wieloma negatywnymi konsekwencjami, w szczególności w zakresie zdrowia psychicznego. Dorośli wykorzystywani w dzieciństwie mają trudności w utrzymywaniu trwałych relacji, a także częściej zmagają się z zaburzeniami odżywiania i wahaniem nastroju.

Słowa kluczowe: wykorzystywanie seksualne dzieci, przemoc wobec dzieci, przemoc domowa, pedofilia, rozwój dziecka
Seksuologia Polska 2021; 19: 64–71

Abstract

The problem of child sexual exploitation is a difficult topic in many aspects. The current global situation related to the outbreak of the SARS-CoV-2 pandemic has contributed to reducing the detection of many forms of violence, including those against children. The detection of predisposing factors and alarming symptoms that can increase the vigilance of a pediatrician often involves careful examination and proper conversation with the caregiver, since it is he/she who spends the most time with a small patient and who can provide a lot of information about the behavioral changes of the child over time. However, it is important to be careful when formulating questions because the majority of child abusers are the people from the immediate surroundings of their victims. It is also crucial to be able to notice somatic symptoms and to assess the child's behavior at the doctor's office.

Delays in recognizing victims of child abuse as well as time delayed psychological support can entail multiple negative consequences, in particular those related to mental health. Adults abused in their childhood have difficulties in maintaining long-lasting relationships and they struggle more often with eating disorders and mood swings.

Key words: child sexual abuse (CSA), child abuse, domestic violence, pedophilia, "child development"

Seksuologia Polska 2021; 19: 64–71

Adres do korespondencji: Bogumiła Szewczak, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15–276 Białystok, e-mail: bogumila.szewczak@poczta.fm

Nadesłano: 22.04.2021

Przyjęto do druku: 12.05.2021

Wstęp

Artykuł jest przeglądem wybranych publikacji z bazy PubMed oraz doniesień ze stron internetowych, z uwzględnieniem wydań od roku 1987 do 1 marca 2021 roku. Wyszukiwano kombinacje słów kluczowych, wpisywanych w języku angielskim, związanych z wykorzystywaniem seksualnym dzieci: "child sexual abuse (CSA)", "child abuse", "domestic violence", "pedophilia", "child development". Przegląd obejmuje 74 kluczowe publikacje, z których większość to oryginalne artykuły naukowe, artykuły przeglądowe (metaanalizy i przeglądy systematyczne), fragmenty książek oraz informacje dostępne w Internecie. Odrzucone zostały prace skupiające się w głównej mierze na innych formach przemocy wobec dzieci (psychicznej, słownej, przemocy fizycznej), traktujące o nadużyciach seksualnych wyłącznie na osobach dorosłych oraz pozycje historyczne.

Celem przeglądu jest przedstawienie zjawiska przemocy seksualnej wobec populacji pediatrycznej. Dokładna obserwacja dziecka pod kątem występowania objawów alarmowych podczas wizyt lekarskich jest szczególnie ważna w obliczu trwającej od 2020 roku epidemii COVID-19, która wymusiła widoczną zmianę w życiu społeczeństwa, ograniczając dostępność wczesnej pomocy. Dlatego opisany został profil sprawcy oraz grupy dzieci najbardziej narażonych na doświadczenie tego typu przemocy. Szczególną uwagę autorzy poświęcili możliwym sygnałom ostrzegawczym podczas badania przedmiotowego oraz ocenie zachowania dziecka pod kątem możliwości bycia ofiarą molestowania. Autorzy poruszają również kwestię możliwości rozwinięcia się zaburzeń w życiu dorosłym, wynikających z doświadczanej w dzieciństwie traumy.

Dzieci, ze względu na swoją niedojrzałość fizyczną, emocjonalną i społeczną stanowią grupę szczególnie narażoną na doświadczanie różnych form przemocy ze strony osób dorosłych. Należy do nich molestowanie seksualne (CSA, *child sexual abuse*), definiowane jako „zaangażowanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest on lub ona w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, naruszająca prawo i obyczaje danego społeczeństwa. Z wykorzystywaniem seksualnym mamy do czynienia wtedy, gdy występuje ono pomiędzy dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem i innym dzieckiem, w sytuacji zależności, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w stosunku opieki, zależności, władzy” [1]. Aktywność ta może obejmować kontakt cielesny (pobudzanie intymnych części ciała dziecka przez dorosłego bądź dorosłego przez dziecko, penetracja) oraz inne formy

znęcania się, jak rozmowy o treści erotycznej, zmuszanie do oglądania pornografii lub podglądactwo [2]. Przemocą seksualną jest również oglądanie i tworzenie materiałów pornograficznych z udziałem nieletnich.

Szacuje się, że na świecie 11,8% dzieci doświadcza tego rodzaju przemocy (dziewczynki w większym odsetku niż chłopcy: 15,0–19,7% v. 7,6–8,0%) [3]. Dane te znajdują potwierdzenie w badaniach ankietowych przeprowadzonych w Polsce w 2013 roku. Grupę 1005 nastolatków w wieku 11–17 lat zapytano, czy w którymkolwiek momencie życia zostały wykorzystane seksualnie — 12,4% z nich deklaruje doświadczenie co najmniej jednego rodzaju nadużycia, z czego około połowy nadużyć związanych było z kontaktem fizycznym (6,4%) [4].

Bardzo trudno oszacować prawdziwą skalę tego zjawiska. Wiąże się to między innymi ze strachem ofiary, wstydem oraz swoistym skrępowaniem z powodu tego, co zaszło; obwinianiem siebie za sprowokowanie sprawcy oraz, co dotyczy mniejszych dzieci, niedokładnym zrozumieniem przemocy, której doświadczyły i trudnościami w ich werbalnym przedstawieniu [5, 6].

Ogłoszona w 2020 roku pandemia wirusa SARS-CoV 2 wymusiła ograniczenie kontaktów społecznych oraz zamknięcie wielu instytucji, takich jak szkoły, żłobki czy przychodnie [7]. Obserwacje pokazują, że podczas takich izolacji, skala krzywdzenia dzieci jest dużo większa [8]. W raporcie UNICEF, dotyczącym epidemii wirusa Ebola w Sierra Leone w 2014–2016 stwierdzono, że epidemia ta skutkowała wzrostem liczby zgłaszanych przypadków zaniedbywania i znęcania się nad dziećmi, a liczba zachodzących w ciężę nastolatków podwoiła się w porównaniu z wcześniejszym okresem [9]. Ze względu na to, że samodzielnie o przestępstwie informują głównie nastolatki i młodzi dorośli [10], wiele podobnych sytuacji w młodszej populacji pozostanie jednak niezauważonych przez osoby na co dzień pracujące z dziećmi. Dodatkowo, poprzez ograniczony dostęp do pomocy psychiatrycznej, osoby dorosłe, które w standardowych okolicznościach skorzystałyby z pomocy specjalisty, swoje napięcia i trudności rozładują na najbardziej bezbronnych i niezdolnych do obrony osobach [7].

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione dane, widać wyraźnie, szczególnie podczas obecnej sytuacji w kraju i na świecie, jak ważne jest zachowanie czujności i podjęcie odpowiednich kroków przez lekarzy pierwszego kontaktu.

W polskim Kodeksie karnym przestępstwa seksualne ukierunkowane na ochronę seksualności małoletnich ujęte są w artykułach: 197 kk (zgwałcenie — Od 2010 r. w przepisie tym funkcjonuje także typ kwalifikowany zgwałcenia — zgwałcenie małoletniego poniżej

lat 15 (art. 197 § 3. pkt 2), 199 kk § 2 i 3 kk (obcowanie płciowe lub inna czynność seksualna z nadużyciem stosunku zależności na szkodę małoletniego), 200 kk (obcowanie płciowe z osobą poniżej lat 15 — tzw. *age of consent*) 200a kk (przepis zakazujący nawiązywania kontaktu z małoletnim poniżej lat 15 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej w celu popełnienia przestępstwa), 200b kk (pochwalanie zachowań pedofilskich), 202 kk (angażowanie małoletniego do tworzenia materiałów pornograficznych, posiadanie oraz rozpowszechnianie takich materiałów, a także prezentowanie małoletniemu treści pornografii cznych), 204 kk (stręczycielstwo, kuplerstwo, sutenerstwo z udziałem osoby małoletniej). W Polsce w 2018 roku za ww czyny prawomocny wyrok usłyszało 1117 dorosłych [11].

Osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych jako sprawcy przestępstw na tle seksualnym

W większości przypadków molestuje osoba z najbliższego otoczenia dziecka [12], której młody człowiek ufa, kocha bądź darzy pozytywnymi uczuciami. Może to być członek rodziny, przyjaciel czy bliski sąsiad [13]. Czynów zabronionych dopuszczają się zazwyczaj mężczyźni (w wieku ok. 30–40 lat) [13, 14], choć w ostatnich latach pojawiło się coraz więcej prac opisujących to zjawisko wśród kobiet [15]. Wuertele i wsp. [16] przeprowadzili anonimowe, internetowe badanie ankietowe na grupach 262 kobiet i 173 mężczyzn. Badacze szacują, że 3% kobiet i 9% mężczyzn z populacji ogólnej byłoby skłonnych oglądać pornografię dziecięcą, a 2% i odpowiednio 4% obcować płciowo z dzieckiem — pod warunkiem że nie poniosą za to kary. Przypuszcza się, że ryzyko popełnienia przestępstwa na dzieciach jest większe, gdy sprawca sam w dzieciństwie był ofiarą CSA. Przeciwnicy tego założenia podkreślają jednak, że może być to podjęta linia obrony, mająca na celu obniżenie wyroku sądu [17]. Smallbone and Wortley przeprowadzili badanie w 182-osobowej grupie mężczyzn odbywających wyrok w australijskich więzieniach za popełniony czyn pedofilski. 62,9% z nich było wcześniej skazanych w sądzie (dwa razy częściej byli oni ukarani za czyny niezwiązane z przestępstwami seksualnymi) [18].

Wśród osób wykorzystujących seksualnie dzieci można wyróżnić dwie grupy.

Pierwsza z nich to osoby, których jedyną lub dominującą metodą zaspokajania napięcia seksualnego jest kontakt z dzieckiem. Zaburzenie to nazywamy pedofilią, która zarówno w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10, *International Classification of Diseases*,

kod F65.4) [19], jak i amerykańskiej *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, kod 302.2) [20] zalicza się do grupy zaburzeń preferencji seksualnych (parafilii). Osoby zmagające się z tym schorzeniem czują pociąg seksualny do osób przed lub na wczesnym etapie dojrzewania płciowego (w aktualizacji ICD-10 i ICD-11 pominięte zostało kryterium wieku — uprzednio osoba, która dokonała czynności pedofilskich musiała mieć ukończone co najmniej 16 lat i być o 5 lat starsza od ofiary). Objawami są długotrwałe, silne i nawracające seksualnie podniecające fantazje, powodujące klinicznie znaczącą przykrość lub pogorszenie w społecznej, zarobkowej czy innej ważnej dziedzinie funkcjonowania.

W społecznym rozumieniu, pomiędzy rozpoznaniem preferencji pedofilskich a przemocą wobec dzieci należy postawić znak równości [21]. Okazuje się jednak, że skłonności te nie zawsze prowadzą do wykorzystywania nieletnich. Istnieje grupa „chorych”, tak zwanych *non-offending pedophiles*, którzy pomimo zmagania się z zaburzeniami nigdy nie skrzywdzili dziecka. Bardzo często osoby te charakteryzuje silna motywacja do leczenia i nieulegania swoim popędom [22]. Ważnym elementem pomocy takim chorym jest odpowiednio prowadzona terapia poznawczo-behawioralna, leczenie farmakologiczne oraz edukowanie społeczeństwa i zmniejszenie stygmatyzacji osób świadomie leczących i pragnących kontrolować swoje zaburzenia [23].

Okazuje się jednak, że nie u każdej osoby, która seksualnie skrzywdziła dziecko, można postawić rozpoznanie zaburzenia z grupy parafilii [24]. Drugą grupę stanowią bowiem osoby skłonne wykorzystać osobę małoletnią bez wcześniejszej fascynacji erotycznej (czyli np. bez poprzedzających akt fantazji erotycznych o osobie małoletniej) – inaczej niż ma to miejsce w grupie I, gdzie cechą charakterystyczną są uciążliwe fantazje. Do grupy 2 można zaliczyć między innymi niedoświadczonych seksualnie młodych dorosłych i nastolatków, osoby z upośledzeniem umysłowym, obciążone trudnym, przemocowym wywiadem rodzinnym (w tym bycie ofiarą CSA) [18]. Dopuszczają się oni przemocy seksualnej na dzieciach, ponieważ dzieci są łatwiej osiągalnym źródłem rozładowania napięcia seksualnego (rozładowanie napięcia bez wcześniejszej fascynacji erotycznej). Ze względu na niedostatecznie rozwinięte zdolności interpersonalne lub inne niż zaburzenia preferencji seksualnych zaburzenia osobowości, wykorzystują oni dziecko jako zastępstwo dojrzałego partnera, którego poznanie i zdobycie przekracza ich możliwości [25, 26]. Często w populacji tej do wykorzystania dziecka dochodzi w momencie, gdy „nadarzy się okazja” — między inny-

mi gdy dana osoba znajduje się pod wpływem środków odurzających, a okoliczności sprawiają, że w zasięgu jest bezbronna osoba małoletnia.

W pierwszej grupie istnieje dużo większe ryzyko wielokrotnego popełnienia CSA [27]. Beier [28] na podstawie przebadania 52 osób, które przynajmniej raz wykorzystaly dziecko (pierwsza lub druga grupa), stwierdza, że 63,5% pedofili (grupa pierwsza) ponownie dokonało tego czynu, podczas gdy osoby z drugiej grupy tylko w 10–25% [28].

Czynniki ryzyka doświadczenia przemocy seksualnej

Grupa ofiar CSA wśród dzieci jest bardzo zróżnicowana. Jak wspomniano, dzieci częściej doświadczają CSA ze strony osób, które już wcześniej znały [29]. Oprawcy zazwyczaj nie używają przemocy, lecz starają się stopniowo i powoli zaskarbić sobie zaufanie i posłuszeństwo dziecka, na przykład obdarowując je prezentami [30]. Szczególnie narażone są dzieci z niepełnosprawnościami fizycznymi i umysłowymi [31], wychowujące się w niepełnej rodzinie lub doświadczające innych form przemocy (zaniechywanie, przemoc fizyczna) [32]. Butler i wsp. [33] wskazuje, że dziewczynki mieszkające z obojgiem biologicznych rodziców są mniej zagrożone wykorzystaniem seksualnym. Wyniki licznych badań wskazują, że to dziewczynki są bardziej niż chłopcy narażone na doświadczenie przemocy seksualnej (nawet do 3 razy częściej padają ofiarami nadużycia) [34].

Czynnikiem ryzyka jest również niekontrolowany przez osobę dorosłą dostęp Internetu [35]. Coraz młodsze dzieci potrafią bez trudu obsłużyć smartfona, często bez wcześniejszej dostatecznej edukacji o możliwych zagrożeniach, jakie niesie korzystanie z mediów społecznościowych, wyszukiwarek internetowych. Miejsca te zwiększają możliwość poznania potencjalnego sprawcy, który może wykorzystać dziecko poprzez prośby o wysyłanie zdjęć, erotycznych wiadomości lub kontakt przez kamerę [36]. Ten rodzaj nadużycia nazywany jest wykorzystaniem seksualnym z użyciem technologii (TA-CSA, *technology-assisted child sexual abuse*) [37]. Choć nie dochodzi tu do bezpośredniego kontaktu między oprawcą a małoletnim, zwiększone jest ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji w późniejszym czasie

Odchylenia w badaniu przedmiotowym oraz dane z wywiadu u ofiary molestowania

Według szacunków większość dzieci dotkniętych CSA podczas badania przedmiotowego nie demonstruje żadnych nieprawidłowości [38]; nie zwalnia to

jednak lekarza z obowiązku dokładnego i skrupulatnego badania całego ciała. Ocenę utrudnia fakt, że dzieci zazwyczaj nie donoszą od razu o zaistniałej sytuacji — do ujawnienia dochodzi zwykle po pewnym czasie, gdy wszelkie uszkodzenia mogą już ulec zagojeniu.

Ciężkie urazy i fizyczne ślady na ciele dzieci skrzywdzonych seksualnie należą do rzadkości, gdyż sprawcy rzadko używają przemocy [39]. Podejrzenia powinny wzbudzić niedające wyjaśnić się zasinienia, otarcia, opuchlizna i swędzenie okolic intymnych, a także szyi. Urazy zewnętrznych narządów płciowych i odbytu mogą obejmować również: uszkodzenie błony dziewiczej (lub zmiany jej morfologii, jeśli osoba badająca ma porównanie obrazu błony z wcześniejszej konsultacji), krwawienia z pochwy u dziewczynek przed wystąpieniem menarche lub nieregularne krwawienia u miesiączkujących dziewcząt [40, 41]. Dziecko może zgłaszać ból podczas siedzenia, oddawania moczu lub defekacji, obecność śladów krwi w stolcu. Mogą pojawić się czynnościowe choroby przewodu pokarmowego — zespół jelita drażliwego (IBS, *irritable bowel syndrome*), dyspepsja czynnościowa, przewlekłe bóle brzucha, zaparcia czynnościowe [42]. W badaniu śluzówek jamy ustnej czujność lekarza i lekarza dentystry powinny wzbudzić afty, brodawki wirusowe, drobne wybroczyny [43]. Choroby przenoszone drogą płciową — rzeżączka, kiła, zakażenie wirusem *human papillomavirus* (kłykciny kończyste), chlamydia czy zakażenie *Trichomonas vaginalis* również nie należą do powszechnych objawów mogących wskazywać na CSA [40]. Cięża stwierdzona u dziewczynki przed wiekiem wyrażenia świadomej zgody na czynności seksualne jest bezspornym dowodem wykorzystania.

Alarmowe zmiany behawioralne wskazujące na ofiarę molestowania

W przeciwieństwie do dość charakterystycznych objawów somatycznych, rozpoznanie CSA na podstawie zachowania dziecka może nastęrczać więcej trudności. Wynika to z faktu, że większość z tych objawów występować może również u dzieci niekrzywdzonych. Dlatego ważną kwestią jest umiejętność nie tylko rozpoznawania niepokojących zachowań dziecka, ale i umiejętność interpretowania całości obrazu klinicznego pacjenta małoletniego, w tym zwrócenie uwagi na zachowywanie opiekuna podczas wizyty lekarskiej. Dziecku bardzo często towarzyszy silny lęk i poczucie winy, ponieważ na tym etapie rozwoju dominuje myślenie egocentryczne, przekonanie, że jest się centrum i sprawcą wszystkiego [44].

W przeciwieństwie do osób dorosłych, dzieci swoje problemy będą manifestować zmianami behawioral-

nymi. Najbardziej charakterystyczne są nieprawidłowe do wieku zachowania seksualne [45], które stają się tym bardziej użytecznym markerem rozpoznawania CSA, im młodszy jest pacjent. Wynika to z faktu, że dzieci w wieku przedszkolnym nie są jeszcze na tyle dojrzałe emocjonalnie, by zrozumieć, że wykonywane gesty są niestosowne w przestrzeni publicznej. Budzić niepokój powinny erotyczne zabawy lalkami, wkładanie przedmiotów do odbytu lub pochwy, wyzywające, niestosowne zachowanie w stosunku do dorosłych [46].

Nieadekwatna do wieku wiedza o seksualności wydaje się bardzo pomocnym narzędziem, ze względu na możliwość obiektywizacji (rzetelne zestawienie i porównanie do siebie uzyskanych wyników u różnych dzieci). Ciekawym badaniem, oceniającym posiadaną wiedzę holenderskich dzieci w wieku 2–6 lat, był test polegający na opisie pokazywanych przez naukowców obrazków. Piętnaście różnych zdjęć przedstawiało osoby dorosłe i dzieci w różnych sytuacjach — między innymi jedzenie razem posiłku, kąpanie dzieci przez dorosłych, badanie lekarskie, zbliżenie płciowe między dorosłymi, kobietę w ciąży i rodzicą. Miały one na celu poznanie wiedzy dotyczącej płci, różnic między kobietą a mężczyzną, funkcji narządów płciowych, różnic pomiędzy bliskością fizyczną a seksualną między dorosłymi. Rodzice przed badaniem wypełniali ankietę dotyczącą edukacji seksualnej w domu [47, 48].

Wyniki pokazały, że dzieci miały ograniczoną wiedzę, a obrazki interpretowały przez pryzmat własnych doświadczeń oraz sposobu, w jaki o seksualności mówi się w ich domu. O narządach płciowych myślały w kategorii czynnościowej (mikcja, defekacja, tylko 5% dzieci podawało pochwę jako miejsce z którego „wychodzi” noworodek), najczęściej potrafiły opowiadać o tym, co zaobserwowały na swoim ciele lub najbliższym otoczeniu. Około 1/3 dzieci informowała, że zdjęcie leżącej nagiej pary jest zrobione niepoprawnie - powinno być wykonane w pozycji stojącej. Tylko 11% dzieci wiedziało, że może być to związane z prokreacją („wkładanie nasionka do jajeczka”) jednak nie umiały podać szczegółów. Świadczy to o tym, że dzieci nie miały wiedzy o zbliżeniu płciowym, którego celem jest osiągnięcie przyjemności.

Zachowania, takie jak próba podglądania innych dzieci lub dorosłych podczas przebierania lub kąpieli, nieumiejętność zachowywania granic cudzej przestrzeni (jak stawianie zbyt blisko czy dotykanie swoich narządów płciowych i ich stymulacja w celu osiągnięcia przyjemnych doznań), uważane są za nieodłączające od normy na pewnym etapie rozwoju (2–5 lat) i są obserwowane u około 20% zdrowych dzieci [46].

Ponieważ dzieci, jak wspomniano, nie potrafią słowami opisać tego, co się z nimi dzieje, dobrym

indykatorem sugerującym CSA, może być analiza ich rysunków. Wynik badania przeprowadzone w grupie 112 dzieci w wieku od 3 do 7 lat wykazał, że te wykorzystywane seksualnie częściej niż ich rówieśnicy, przedstawiały na swoich rysunkach narządy płciowe [49].

Potencjalne skutki wykorzystania seksualnego dziecka w jego dorosłym życiu

Dorośli wykorzystywani seksualnie w dzieciństwie, w wielu przypadkach będą się mierzyć z konsekwencjami swoich wcześniejszych doświadczeń. Zabranie dziecku prywatności i stanowienia o swoim ciele we wczesnych latach może odcisnąć piętno na rozwoju emocjonalnym, a czasem zaburzyć prawidłowy rozwój człowieka [14]. Niektóre z badań wskazują, że: długość trwania, rodzaj przemocy seksualnej wobec dziecka, powiązanie dziecka z oprawcą oraz rola, jaką przyjmuje matka dziecka, mają duży wpływ na zakres późniejszych problemów [50]. Często dziecko narażone jest również na inne formy przemocy, takie jak zaniedbywanie, obojętność, przemoc słowną lub fizyczną. Każda z nich sumuje się, nasilając istniejące już ryzyko powikłań zdrowotnych związane z CSA [51]. Zarówno kobiety jak i mężczyźni doświadczający CSA mają wyższy wskaźnik podejmowania próby leczenia psychiatrycznego, w porównaniu z rówieśnikami (12,4% v. 3,6%) [52]. Statystycznie częściej specjalistycznej pomocy wymagają mężczyźni [52].

Powtórne wykorzystanie seksualne

Metaanaliza opublikowana w 2019 roku, opisująca rangę zjawiska powszechności powtórnego wykorzystania seksualnego w przyszłości (*revictimization*), pozwala wysnuć wniosek, że odsetek ten sięga aż około 50% wśród dorosłych dotkniętych w przeszłości CSA [53]. Autorzy badania podkreślają jednak, że istnieją znaczące różnice między poszczególnymi badaniami, co wymaga głębszej analizy, służącej między innymi określeniu czynników predysponujących.

Przemoc seksualna w dzieciństwie jest skorelowana z ryzykiem doświadczenia przemocy ze strony przyszłego partnera — zjawisko określane jest terminem *intimate partner victimization* (IPV) [54] i może wynikać z błędnych wzorców, na jakie dziecko było narażone we wczesnych latach swojego rozwoju. Przemoc, poniżanie i wykorzystywanie w relacji mogą być uznawane później przez taką osobę za normę [55]. Inne konsekwencje związane z seksualnością to spadek zainteresowania zbliżeniami płciowymi lub odczuwanie lęku, złości czy dystansu do partnera podczas zbliżeń, występowanie zaburzeń kompulsywnych [56].

U kobiet dotkniętych CSA dużo częściej dochodziło do ryzykownych zachowań seksualnych (rozumiane jako częste zmiany partnerów seksualnych, nieużywanie barierowych środków antykoncepcyjnych) [57, 58]. U mężczyzn dotkniętych w przeszłości CSA pojawić się mogą zaburzenia erekcji lub przedwczesny wytrysk [59].

Depresja i zaburzenia nastroju

Wystąpienie depresji oraz uogólnionego zaburzenia lękowego może być skutkiem doświadczanych w dzieciństwie krzywd. Metaanaliza przeprowadzona w 2019 roku, w której badano zależność różnych form przemocy wobec dziecka wykazała, że to przemoc seksualna częściej niż fizyczna prowadzi do wystąpienia depresji i zaburzeń lękowych [60]. Uważa się, że ze względu na odmienny układ hormonów płciowych (testosteron i estrogeny) to kobiety stają się bardziej wrażliwe na wahania nastrojów, rozwój zaburzeń nastroju i depresji po traumatyzującym przejściu [61]. U dzieci wykorzystanych seksualnie zwiększone jest ryzyko dużego epizodu depresji (MDD, *major depressive disorder*), co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem popełnienia próby samobójczej [62, 63].

Zaburzenia odżywiania

Trauma związana z CSA jest powiązana ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń odżywiania w przyszłości [64]. W badaniu przeprowadzonym w populacji amerykańskiej, dotyczącym wpływu różnych form przemocy na wystąpienie problemów z odżywianiem, molestowanie seksualne wymienia się jako najbardziej sprzyjającą temu formę (zarówno u kobiet jak i mężczyzn) [65]. Wiąże się to z zakrzywionym, na skutek przykrych doświadczeń, poczuciem własnej wartości oraz nieprawidłowym postrzeganiem swojego wyglądu. Dodatkowo silne, negatywne doświadczenia mogą też prowadzić do zaburzeń wydzielania i metabolizowania substancji sygnałowych, takich jak noradrenalina, dopamina czy serotonina, co uniemożliwia prawidłową pracę przewodu pokarmowego [66, 67].

Udowodniony związek z CSA występuje dla bulimii i napadów obżarstwa (*binge eating disorders*) [68, 69]. Nie udało się potwierdzić tego związku z anoreksją [70].

Zaburzone postrzeganie własnej osoby

Niski poziom własnej wartości, nieumiejętność odnalezienia własnej tożsamości, trudności w nawiązywaniu trwałych, szczęśliwych, dających satysfakcję relacji również jest częste wśród ofiar CSA [71, 72].

Osoby takie są bardziej podejrzliwe i nieufne, problemem staje się również odpowiednia komunikacja z partnerem [73].

Uzależnienia

Ofiary przemocy seksualnej w dzieciństwie częściej sięgają po substancje psychoaktywne, nawet jeszcze przed ukończeniem 18. roku życia. Substancje te są między innymi sposobem na poradzenie sobie z przykrymi wspomnieniami [74].

Podsumowanie

Przemoc seksualna wobec dzieci to proceder przypuszczalnie znacznie częstszy niż wskazują na to wyniki badań, ponieważ wiele przypadków CSA pozostaje niezgłoszonych od razu, a ofiary wyjawiają prawdę dopiero po wielu latach od zdarzenia (jeśli w ogóle). Często to lekarz, obok nauczycieli i innych dorosłych, jest pierwszą osobą, która podejrzewa, że dziecku wyrządzana jest krzywda. Podczas pandemii wirusa SARS-CoV-2, gdy placówki oświaty pozostają zamknięte, gabinet lekarski pozostaje jedynym miejscem gdzie dziecko może otrzymać odpowiednie wsparcie i pomoc. Wykorzystywanie dzieci przez sprawców najczęściej jest objawem chorobowym — zaburzeń preferencji seksualnych, lub może pojawiać się zastępczo — w przypadku braku równoletniego partnera. Trudności w diagnostyce CSA polegają na utrudnionej komunikacji z najmłodszym pacjentem, dlatego niezwykle ważna jest ocena zmian zachowania, manifestująca się między innymi niestosowną do wieku dziecka wiedzą dotyczącą seksualności, prowokującym zachowaniem względem dorosłych i rówieśników. Dokładne badanie przedmiotowe często nie odbiega od normy. Mogą być widoczne ślady przemocy w okolicach intymnych oraz jamie ustnej. Zebrany wywiad może sugerować występowanie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. Molestowanie seksualne jest skorelowane z wieloma negatywnymi konsekwencjami w dorosłym życiu: częstszym występowaniem depresji, problemów z seksualnością, skłonnością do uzależnień, zaburzeń odżywiania czy nieprawidłowej samooceny.

Piśmiennictwo:

1. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, Switzerland, 2003. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/ (2.02.2021).
2. Kluczyńska S. Przemoc seksualna wobec dzieci. Niebieska Linia. 2002(3).

3. Sanjeevi J, Houlihan D, Bergstrom KA, et al. A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. *J Child Sex Abus.* 2018; 27(6): 622–641, doi: [10.1080/10538712.2018.1486934](https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1486934), indexed in Pubmed: [30064308](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30064308/).
4. Włodarczyk J, Sajkowska M. Wykorzystywanie seksualne dzieci. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2013; 12(3): 825–1005.
5. Brilleslijper-Kater SN, Friedrich WN, Corwin DL. Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse Negl.* 2004; 28(10): 1007–1017, doi: [10.1016/j.chiabu.2004.06.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.005), indexed in Pubmed: [15519432](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15519432/).
6. Gagnier C, Collin-Vézina D. The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abus.* 2016; 25(2): 221–241, doi: [10.1080/10538712.2016.1124308](https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1124308).
7. Đapić MR, Flander GB, Prijatelj K. Djeca iza zatvorenih vrata COVID-19 izolacije: zlostavljanje, zanemarivanje i nasilje u obitelji. *Archives of Psychiatry Research.* 2020; 56(2): 181–192, doi: [10.20471/dec.2020.56.02.06](https://doi.org/10.20471/dec.2020.56.02.06).
8. COVID-19: Children at heightened risk of abuse, neglect, exploitation and violence amidst intensifying containment measures. <https://www.unicef.org/guineabissau/press-releases/covid-19-children-heightened-risk-abuse-neglect-exploitation-and-violence-amidst> (12.02.2021).
9. Rothe D, Gallinetti J, Lagaay M, Campbell L. Plan International; Monrovia, Liberia: 2015. Ebola: beyond the health emergency.
10. <https://plan-international.org/publications/ebola-beyond-health%2%A0emergency>. (15.02.2021).
11. Kaufman M. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics.* 2008; 122(2): 462–470, doi: [10.1542/peds.2008-1581](https://doi.org/10.1542/peds.2008-1581), indexed in Pubmed: [18676568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18676568/).
12. Dane dostępne w opracowaniu Ministerstwa Sprawiedliwości „Skazania prawomocne – dorośli w latach 2008–2018”.
13. <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/>. (1.02.2021).
14. Rotenberg C. Police-reported sexual assaults in Canada. 2009–2014: A statistical profile.
15. www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2017001/article/54866-eng.htm. (12.02.2021).
16. Fortin K, Jenny C. Sexual abuse. *Pediatr Rev.* 2012; 33(1): 19–32, doi: [10.1542/pir.33-1-19](https://doi.org/10.1542/pir.33-1-19), indexed in Pubmed: [22210930](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22210930/).
17. Clayton E, Jones C, Brown J, et al. The Aetiology of Child Sexual Abuse: A Critical Review of the Empirical Evidence. *Child Abuse Review.* 2018; 27(3): 181–197, doi: [10.1002/car.2517](https://doi.org/10.1002/car.2517).
18. McLeod DA. Female offenders in child sexual abuse cases: a national picture. *J Child Sex Abus.* 2015; 24(1): 97–114, doi: [10.1080/10538712.2015.978925](https://doi.org/10.1080/10538712.2015.978925), indexed in Pubmed: [25635900](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25635900/).
19. Wurtele SK, Simons DA, Moreno T. Sexual interest in children among an online sample of men and women: prevalence and correlates. *Sex Abuse.* 2014; 26(6): 546–568, doi: [10.1177/1079063213503688](https://doi.org/10.1177/1079063213503688), indexed in Pubmed: [24215791](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24215791/).
20. Thomas SP, Phillips K, Carlson K, et al. Childhood experiences of perpetrators of child sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care.* 2013; 49(3): 187–201, doi: [10.1111/j.1744-6163.2012.00349.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00349.x), indexed in Pubmed: [23819669](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23819669/).
21. Smallbone S., Wortley R. Child sexual abuse: offender characteristics and modus operandi. *Trends & issues in crime and criminal justice.* 2001; 193. <https://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi193> (13.02.2021).
22. World Health Organization International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (10th Revision) ICD-10.
23. Arlington, VA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association, 2013.
24. Jahnke S, Hoyer J. Stigmatization of People With Pedophilia: A Blind Spot in Stigma Research. *Int J Sex Health.* 2013; 25(3): 169–184, doi: [10.1080/19317611.2013.795921](https://doi.org/10.1080/19317611.2013.795921).
25. Cantor J, McPhail I. Non-offending Pedophiles. *Current Sexual Health Reports.* 2016; 8(3): 121–128, doi: [10.1007/s11930-016-0076-z](https://doi.org/10.1007/s11930-016-0076-z).
26. Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, et al. The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med.* 2015; 12(2): 529–542, doi: [10.1111/jsm.12785](https://doi.org/10.1111/jsm.12785), indexed in Pubmed: [25471337](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25471337/).
27. Gerwinn H, Weiß S, Tenbergen G, et al. Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending - Differentiating sexual preference from offence status. *Eur Psychiatry.* 2018; 51: 74–85, doi: [10.1016/j.eurpsy.2018.02.002](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.02.002), indexed in Pubmed: [29625377](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29625377/).
28. Rice ME, Harris GT. Men who molest their sexually immature daughters: is a special explanation required? *J Abnorm Psychol.* 2002; 111(2): 329–339, doi: [10.1037/0021-843x.111.2.329](https://doi.org/10.1037/0021-843x.111.2.329), indexed in Pubmed: [12003454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12003454/).
29. Greenberg DM, Firestone P, Nunes KL, et al. Biological fathers and stepfathers who molest their daughters: psychological, phallometric, and criminal features. *Sex Abuse.* 2005; 17(1): 39–46, doi: [10.1177/107906320501700105](https://doi.org/10.1177/107906320501700105), indexed in Pubmed: [15757004](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15757004/).
30. Seto MC, Eke AW. Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law Hum Behav.* 2015; 39(4): 416–429, doi: [10.1037/lhb0000128](https://doi.org/10.1037/lhb0000128), indexed in Pubmed: [25844514](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25844514/).
31. Beier KM. Differential typology and prognosis for dissexual behavior — a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med.* 1998; 111(3): 133–141, doi: [10.1007/s004140050133](https://doi.org/10.1007/s004140050133), indexed in Pubmed: [9587795](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9587795/).
32. Johnson C. Child sexual abuse. *The Lancet.* 2004; 364(9432): 462–470, doi: [10.1016/s0140-6736\(04\)16771-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16771-8).
33. Smith T, Chauvin-Kimoff L, Baird B, et al. The medical evaluation of prepubertal children with suspected sexual abuse. *Paediatr Child Health.* 2020; 25(3): 180–194, doi: [10.1093/pch/pxaa019](https://doi.org/10.1093/pch/pxaa019), indexed in Pubmed: [32296280](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32296280/).
34. Westcott H, Jones D. Annotation: The Abuse of Disabled Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2003; 40(4): 497–506, doi: [10.1111/1469-7610.00468](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00468).
35. Finkelhor D, Hammer H, Sedlak A. Sexually assaulted children: national estimates and characteristics. *PsycEXTRA Dataset.* 2008, doi: [10.1037/e479612008-001](https://doi.org/10.1037/e479612008-001).
36. Butler AC. Child sexual assault: risk factors for girls. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(9): 643–652, doi: [10.1016/j.chiabu.2013.06.009](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.06.009), indexed in Pubmed: [23899536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23899536/).
37. Gault-Sherman M, Silver E, Sigfúsdóttir ID. Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: a national study of Icelandic youth. *Soc Sci Med.* 2009; 69(10): 1515–1522, doi: [10.1016/j.socscimed.2009.08.037](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.037), indexed in Pubmed: [19765873](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19765873/).
38. Jonsson LS, Fredlund C, Priebe G, et al. Online sexual abuse of adolescents by a perpetrator met online: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2019; 13: 32, doi: [10.1186/s13034-019-0292-1](https://doi.org/10.1186/s13034-019-0292-1), indexed in Pubmed: [31462925](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31462925/).
39. Leonard M. “I did what I was directed to do but he didn’t touch me”: The impact of being a victim of internet offending. *Journal of Sexual Aggression.* 2010; 16(2): 249–256, doi: [10.1080/13552601003690526](https://doi.org/10.1080/13552601003690526).
40. Joleby M, Lunde C, Landström S, et al. „All of Me Is Completely Different”: Experiences and Consequences Among Victims of Technology-Assisted Child Sexual Abuse. *Front Psychol.* 2020; 11: 606218, doi: [10.3389/fpsyg.2020.606218](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606218), indexed in Pubmed: [33365004](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33365004/).
41. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, et al. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Dis Child.* 2008; 93(10): 851–856, doi: [10.1136/adc.2007.123604](https://doi.org/10.1136/adc.2007.123604), indexed in Pubmed: [18456688](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18456688/).
42. Smith TD, Raman SR, Madigan S, et al. Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(2): 79–83, doi: [10.1016/j.jpog.2017.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jpog.2017.10.006), indexed in Pubmed: [29111300](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29111300/).

43. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, et al. Physical examination in child sexual abuse. *Dtsch Arztebl Int*. 2014; 111(41): 6925–703S.
44. Gallion HR, Milam LJ, Littrell LL. Genital Findings in Cases of Child Sexual Abuse: Genital vs Vaginal Penetration. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(6): 604–611, doi: [10.1016/j.jpag.2016.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.05.001), indexed in Pubmed: [27184537](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27184537/).
45. Melmer M.N., Gutovitz S. Child sexual abuse and neglect. [https://www.statpearls.com/articlelibrary/viewarticle/19407?utm_source=pubmed&utm_campaign=CME&utm_content=19407\(5.01.2021\)](https://www.statpearls.com/articlelibrary/viewarticle/19407?utm_source=pubmed&utm_campaign=CME&utm_content=19407(5.01.2021)).
46. Garrocho-Rangel A, Márquez-Preciado R, Olguín-Vivar AI, et al. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent*. 2015; 7(3): e428–e434, doi: [10.4317/jced.52301](https://doi.org/10.4317/jced.52301), indexed in Pubmed: [26330943](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330943/).
47. Lamers-Winkelmann F. Signalen van incest (Indicators of incest) A. Noordhof (red.). *Signalen van incest*, Swets & Zeitlinger, Lisse 1988: 65S–76S.
48. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*. 1993; 113(1): 164–180, doi: [10.1037/0033-2909.113.1.164](https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164), indexed in Pubmed: [8426874](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8426874/).
49. Friedrich W, Grambsch P, Damon L, et al. Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychol Assess*. 1992; 4(3): 303–311, doi: [10.1037/1040-3590.4.3.303](https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.303).
50. Brilleslijper-Kater SN, Baartman H. About the flowers and the bees: What do young children between the ages of 2 and 7 years know about sexuality? *Tijdschrift voor Seksuologie*. 1997; 21: 65S–73S.
51. Brilleslijper-Kater S, Baartman H. What do young children know about sex? Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6 years. *Child Abuse Review*. 2000; 9(3): 166–182, doi: [10.1002/1099-0852\(200005/06\)9:3<166::aid-car588>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1099-0852(200005/06)9:3<166::aid-car588>3.0.co;2-3).
52. Hibbard RA, Roghmann K, Hoekelman RA. Genitalia in children's drawings: an association with sexual abuse. *Pediatrics*. 1987; 79(1): 129–137, indexed in Pubmed: [3540833](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3540833/).
53. Chaffin M, Wherry JN, Dykman R. School age children's coping with sexual abuse: abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse Negl*. 1997; 21(2): 227–240, doi: [10.1016/s0145-2134\(96\)00148-2](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(96)00148-2), indexed in Pubmed: [9056102](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9056102/).
54. Goodyear-Brown P. *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment*. John Wiley & Sons, Hoboken 2012: 49.
55. 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/).
56. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, et al. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2019; 20(1): 67–80, doi: [10.1177/1524838017692364](https://doi.org/10.1177/1524838017692364), indexed in Pubmed: [29333937](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29333937/).
57. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negl*. 2006; 30(6): 599–617, doi: [10.1016/j.chiabu.2005.12.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.12.005), indexed in Pubmed: [16782195](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16782195/).
58. Wareham J, Boots D, Chavez J. A test of social learning and intergenerational transmission among batterers. *J Crim Justice*. 2009; 37(2): 163–173, doi: [10.1016/j.jcrimjus.2009.02.011](https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2009.02.011).
59. Burgiü Radmanoviü M. Mental disorders in sexually abused children. *Psychiatr Danub*. 2020; 32(3): 349S–352S.
60. Brener ND, McMahon PM, Warren CW, et al. Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in the United States. *J Consult Clin Psychol*. 1999; 67(2): 252–259, doi: [10.1037//0022-006x.67.2.252](https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.2.252), indexed in Pubmed: [10224736](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10224736/).
61. Miner MH, Flitter JM, Robinson BB. Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *J Interpers Violence*. 2006; 21(4): 503–524, doi: [10.1177/0886260505285913](https://doi.org/10.1177/0886260505285913), indexed in Pubmed: [16501217](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16501217/).
62. Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The Impact of Child Sexual Abuse on Men's Sexual Function: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2020 [Epub ahead of print]: 1524838020939134, doi: [10.1177/1524838020939134](https://doi.org/10.1177/1524838020939134), indexed in Pubmed: [32691693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32691693/).
63. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2019; 96: 104082, doi: [10.1016/j.chiabu.2019.104082](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082), indexed in Pubmed: [31374447](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374447/).
64. Chaney A, Carballedo A, Amico F, et al. Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants. *J Psychiatry Neurosci*. 2014; 39(1): 50–59, doi: [10.1503/jpn.120208](https://doi.org/10.1503/jpn.120208), indexed in Pubmed: [23900024](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23900024/).
65. Devries KM, Mak JYT, Child JC, et al. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014; 133(5): e1331–e1344, doi: [10.1542/peds.2013-2166](https://doi.org/10.1542/peds.2013-2166), indexed in Pubmed: [24733879](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24733879/).
66. Brabant ME, Hébert M, Chagnon F. Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: a 12-month prospective study. *J Child Sex Abus*. 2014; 23(4): 387–397, doi: [10.1080/10538712.2014.896842](https://doi.org/10.1080/10538712.2014.896842), indexed in Pubmed: [24641573](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24641573/).
67. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(10): 1277–1283, doi: [10.1097/00004583-200010000-00015](https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00015), indexed in Pubmed: [11026182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11026182/).
68. Afifi TO, Sareen J, Fortier J, et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *Int J Eat Disord*. 2017; 50(11): 1281–1296, doi: [10.1002/eat.22783](https://doi.org/10.1002/eat.22783), indexed in Pubmed: [28990206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28990206/).
69. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011; 13(3): 263–278, indexed in Pubmed: [22034143](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22034143/).
70. Dakanalís A, Carrà G, Calogero R, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24(8): 997–1010, doi: [10.1007/s00787-014-0649-1](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1), indexed in Pubmed: [25416025](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25416025/).
71. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord*. 2007; 15(4): 285–304, doi: [10.1080/10640260701454311](https://doi.org/10.1080/10640260701454311), indexed in Pubmed: [17710567](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17710567/).
72. Jaite C, Schneider N, Hilbert A, et al. Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. *Psychopathology*. 2012; 45(1): 61–66, doi: [10.1159/000328580](https://doi.org/10.1159/000328580), indexed in Pubmed: [22123517](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22123517/).
73. Lejonclou A, Nilsson D, Holmqvist R. Variants of potentially traumatizing life events in eating disorder patients. *Psychol Trauma*. 2014; 6(6): 661–667, doi: [10.1037/a0034926](https://doi.org/10.1037/a0034926).
74. Golding JM, Wilsnack SC, Cooper ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. *J Trauma Stress*. 2002; 15(3): 187–197, doi: [10.1023/A:1015247110020](https://doi.org/10.1023/A:1015247110020), indexed in Pubmed: [12092910](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12092910/).
75. Romans S, Belaise C, Martin J, et al. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom*. 2002; 71(3): 141–150, doi: [10.1159/000056281](https://doi.org/10.1159/000056281), indexed in Pubmed: [12021556](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12021556/).
76. DiLilio D, Long P. Perceptions of Couple Functioning Among Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1999; 7(4): 59–76, doi: [10.1300/j070v07n04_05](https://doi.org/10.1300/j070v07n04_05).
77. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, et al. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav*. 2007; 32(6): 1272–1283, doi: [10.1016/j.addbeh.2006.09.007](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.007), indexed in Pubmed: [17098370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17098370/).

„Nihil novi sub sole”, czyli zespół Lizystraty

„Nihil novi sub sole”, or syndrome of Lisistrata

Kinga Filipek¹, Marek E. Marcyniak²

¹Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej, Warszawa

²II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Opisano zespół Lizystraty polegający na wymuszaniu przez kobiety na partnerach, poprzez narzuconą abstynencję seksualną, realizacji określonych żądań. Miano zespołu pochodzi od imienia tytułowej bohaterki (Lisistrata) wystawionej w 411 roku p.n.e. komedii Arystofanesa. Przedstawiono uwarunkowania, tło historyczne powstania utworu, starano się wykazać nieodmienność, na przestrzeni 2500 lat, kobiecych metod, sposobów poczynania z mężczyznami („Nihil novi sub sole”).

Słowa kluczowe: zespół Lizystraty, wymuszona abstynencja seksualna, niezmiennność kobiecej natury.

Seksuologia Polska 2021; 19: 72–75

Abstract

Syndrome of Lisistrata was described, which consist women forcing on their partners realization definable demands, trough prevailed sexual abstinence.

Designation of the syndrome comes from the name of Lisistrata, title heroine of Aristophanes comedy set in 411 BC.

The condition and the historical background of comedy were presented. Authors tried to show, that over 2500 years the woman's methods and ways of dealing with men were not different („Nihil novi sub sole”).

Key words: syndrome of Lisistrata, forced sexual abstinence, invariability, constancy of woman's nature

Seksuologia Polska 2021; 19: 72–75

Intermezzo II, aforyzm VIII. (14)

Jeżeli w małżeństwie istotnie panuje miłość prawdziwa, a żona, będąc zdrowa, życzenia męża spełnia bez kaprysów i sobkostwa, to nie ulega chyba kwestji, że mąż bez szemrania znośić będzie przykrości, spowodowane przez względy należne zdrowiu żony.

S. Ribbing

Lizystrata to młoda, piękna, mądra, charyzmatyczna kobieta, z żelazną wolą, zdolna, zwłaszcza w słusznej sprawie, narzucać ją innym [1–3]. Postać fikcyjna, której imię (Lisistrata) Arystofanes złożył ze słów *lyèjn stratòn* o znaczeniu: rozbroicielka, demobilizująca armię, rozpuszczająca wojska do domów, kończąca poczynania wojenne, jest tytułową bohaterką jednej z jego komedii [1, 2].

By należycie przedstawić treść i wymowę utworu, należy odnieść się do historycznego tła jego powstania.

Arystofanes (ok. 445 r. p.n.e. do ok. 385 r. p.n.e.) uzyskał staranne wykształcenie w dziedzinach tak ważnych w starożytnej Grecji, jak: literatura, muzyka, taniec. Swą pierwszą komedię („Biesiadnicy”) wystawił w 427 r. p.n.e., nie mając jeszcze 20 lat. Równocześnie tworzył wiersze i pieśni, komponował do nich melodie, układał choreografię [1].

W ciągu całego życia napisał 44 komedie, zaliczane do tak zwanych „komedii starych” (w tym 4 uważane za nieautentyczne), z których w całości zachowało się 11. Pozostałe znane są z tytułów, a ich treść z relacji [1, 2]. W swych sztukach przedstawiał aktualne problemy społeczności ateńskiej, szermując groźnym, bo przesmiewczym narzędziem walki politycznej. Wysztychał

Adres do korespondencji: Kinga Filipek, Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej, ul. Karowa 2, 00–312 Warszawa

Nadesłano: 1.09.2021

Przyjęto do druku: 21.10.2021

swego najzgorzalszego wroga Kleona, występował przeciwko Sokratesowi, Alkibiadesowi czy, pośmiertnie, Eurypidesowi.

Twórczość Arystofanesa zbiegła się z toczoną 29-letnią okrutną i wyniszczającą wojną peloponeską między Atenami a Spartą o dominację nad Helladą [2]. Walki rozpoczęły się w 433 r. p.n.e. sporem o Kerkyrę (obecnie Korfu). Toczone je ze zmiennym szczęściem.

W 421 r. p.n.e. Arystofanes wystawił komedię „Pokój”, co o kilka dni wyprzedziło zawarcie rzeczywistego pokoju między stronami, zwanego pokojem Nikiasza. Miał obowiązywać przez 50 lat, jednak szybko okazał się nietrwały. Już w 415 r. p.n.e. wojska ateńskie zaatakowały Syrakuzy, co w 413 r. p.n.e. zakończyło się sromotną klęską (ateńczycy utracili 200 okrętów wojennych, śmierć poniosło 4000 hoplitów). W odpowiedzi spartański król Agis w 413 r. p.n.e., z pomocą Persów wtargnął do Attyki [2]. Wojna zakończyła się ostatecznie w 404 r. p.n.e. zburzeniem murów obronnych Aten. Spartański agresor nie považył się jednak zrównać z ziemią świętego najważniejszego z miast greckich. Był to zarazem początek ostatecznego kresu ateńskiej pełnej i wolnej demokracji stanowiący dla potomnych doskonałą ilustrację, do czego może prowadzić obłądana polityka nawiedzonych przywódców [2].

„Lizystratę” wystawiono na święcie Lenajów (koniec stycznia – początek lutego) w 411 r. p.n.e., gdy wojna trwać jeszcze miała 7 lat [1]. Falliczna komedia ukazywała długotrwałe oderwanie wojujących mężów od żon, indukujące u obu płci niezaspokojenie potrzeb erotycznych, niweczące trwałość ognisk domowych, negatywnie wpływające na prokreację. Chcąc temu przeciwdziałać Lizystrata mobilizuje ogół greckich kobiet z Aten, Sparty, Koryntu, Teb, z wysp do podjęcia seksualnego strajku. Zabarykadowane na Akropolu uczestniczki przepędzają starców chcących podpalić przybytek, gromią łuczników scytyjskich, przejmując pieczę nad skarbcem miasta. Wreszcie składają solenną przysięgę całkowitego odmawiania mężom zbliżeń, do czasu, gdy ci zdecydują się na rezygnację z wojaczki, pozostając na trwałe w domostwach, przy żonach i dzieciach [1].

Takie wyrzeczenia nie były dla kobiet łatwe. Słabsze próbują pod rozmaitymi pretekstami rezygnować, czemu jednak zapobiega czujna i konsekwentna Lizystrata [1]. Ostatecznie kobiety odnoszą pełne zwycięstwo, stawiając na swoim („Make love not war”). Małżonkowie odzyskują żony, a Spartanie i Ateńczycy wspólnie uczują, radując się muzyką i tańcem [1]. Wszystko to stanowi niepodważalny dowód tego, jak skuteczna jest solidarna, gremialna akcja społecznego oporu w pokonywaniu wszelakich patologii, w konsekwencji godząc zwaśnione strony.

Arystofanes na potrzeby komedii wykazał się, może celowo, pewną łatwowierną naiwnością w ukazaniu udreńczonych abstynencją małżonków krążących po scenie ze wzwiedzionymi penisami.

Ateny posiadały wiele domów publicznych, w tym oficjalnie prowadzonych przez państwo [4–6]. Ateńczycy dysponowali trzema kategoriami nierządnic. Były to dykteriady, auletrydy i hetery [4, 6]. Sławny orator i mąż stanu Demostenes głosił: „Mężczyzna ma hetery dla przyjemności erotycznej, konkubiny do codziennej posługi i żony ze swojej własnej sfery, by rodziły mu dzieci i były wiernymi paniami jego domu”.

Wielki prawodawca Solon (ok. 640 r. p.n.e. – ok. 560 r. p.n.e.) świadom zysków płynących z prostytucji zarówno sakralnej jak i świeckiej, tworzył burdele państwowe [2, 5, 6]. Prawdopodobnie port w Pireusie zbudowano za środki uzyskane z tego procederu. Solon wyrazem wdzięczności wznosił wspaniałą świątynię Afrodyty.

Poeta Filemon w zaginionej komedii „Delfijczycy” głosił apoteozę Solona: „O Solonie! Solonie! Stałeś się dobroczyńcą swoich współziomków, powołując do życia instytucję gwarantującą spójność swemu narodowi. Była ona bezwzględnie potrzebna w mieście, w którym gorąco krwista młodzież nie potrafiła przeciwstawić się władczyim nakazom natury. Zapobiegłeś nieszczęściu nieuniknionego zamętu, umieszczając w pewnych domach specjalnie wybrane kobiety, zakupione przez Ciebie w celu zaspokojenia potrzeb ludności, gotowe udostępnić swe wdzięki każdemu kto im zapłaci” [4, 6].

Wracając do współczesności należy stwierdzić, że zespół Lizystraty, czyli wymuszonej przez kobiety abstynencji seksualnej partnerów jest zjawiskiem powszechnym [7].

Autorzy ryzykują stwierdzenie, że nie ma kobiety, która w określonej sytuacji życiowej nie odmówiła mężczyźnie cielesnego współżycia.

W codziennej mowie pozostają zwroty: „daj mi spokój, boli mnie głowa” (to już przysłowiowe), „dzisiaj śpisz na kanapie w drugim pokoju”, „lepiej zaprzyjaźnij się z Renią Rączkowską”. Oczywiście eliminuje się przypadki prawdziwych, realnych, somatycznych przypadłości kobiet wyłączających czasowo libido. Zespół Lizystraty dzieli się na sporadyczny i permanentny, penalizacyjny i wymuszeniowy. Ten ostatni ma na celu spełnienie pod presją ściśle sprecyzowanej zachcianki (np. zakup biżuterii, nowego futra czy wyjazd zagraniczny – przykłady niewydumane).

Zespół penalizacyjny stanowi dla partnera karę za rzeczywiste czy wymaginowane przewinienia (np. niewyniesienie śmieci, nieopuszczenie deski sedesowej, rozrzucanie brudnych skarpet, czy bokserek,

mało uprzejme odezwanie się do teściowej – przykłady wzięte z obserwacji autorów można mnożyć w nieskończoność). Ukorzenie się partnera powoduje po pewnym czasie amnestię, darowanie winy. Sporadyczność zespołu, niezbyt częsta, okazjonalna, krótkotrwała realizacja z reguły nie niesie za sobą negatywnych skutków. Może nawet przydawać związkowi pikanterii („Jak miłe jest godzenie się ze sobą! Ile to daje nam satysfakcji! Jak potęguje wzajemną atrakcyjność! Przynajmniej nie popadamy w rutynę!”).

Istotny problem stanowi permanentne, przeciągające się w czasie, powyżej 6 miesięcy, stosowanie założeń zespołu Lizystraty. Uzasadnione wynika na przykład z alkoholizmu partnera, jego brutalności, egoistycznej bezwzględności w domaganiu się spełnienia „obowiązku małżeńskiego”, bo „mulier semper parata”, ze świadomości zdrad, których dopuszcza się partner, z odstręczającego nieprzestrzegania przez niego zasad higieny. Przyczyny ze strony kobiet to na przykład niedojrzałość, infantylnizm psychiczny, popołogowe zjawisko „zespołu królowej pszczoł”. Tak czy inaczej zespół Lizystraty jest szczególnie szkodliwy dla trwałości układu partnerskiego. („Prawidłowa realizacja pożycia seksualnego wpływa na stabilizację i powodzenie związku małżeńskiego”) [8]. Staje się przyczyną konfliktów, kłótni, obrażania się na siebie, „krzywych klusek”, „cichych dni”. Mężczyźni wśród nierozładowanych napięć odczuwają lęk przed odrzuceniem emocjonalnym. Popadają w stany obniżonego nastroju, do depresji włącznie. Mają poczucie utraty sensu, radości życia. Pojawiają się objawy nerwicowe zaburzenia erekcji i ejakulatu [9–14]. Trudno im realizować pracę zawodową („Udany, satysfakcjonujący seks bardzo czułym barometrem dobrostanu, zdrowia organizmu, ogólnie pojmowanej aktywności mężczyzny, w tym pozapłciowej”).

Związkom partnerskim grozi rozpad. Niekiedy partnerzy, doprowadzeni do desperacji, którym nie wystarcza masturbacja, nawet przy użyciu gadżetów mogą zacząć szukać innych możliwości rozładowania doskwierających napięć. Uciekają w nadużywanie alkoholu, dopuszczają się zdrady przy pierwszej nadarzącej się okazji („Niezaspokojeni mężczyźni są podatni na uwiedzenie”), zaczynają odwiedzać agencje towarzyskie. Ratunkiem staje się zaniechanie wymuszania abstynencji. Często nieodzowna jest pomoc seksuologa, psychologa czy psychiatry (poradnie małżeńskie) [10].

Po uświadomieniu partnerom ewentualnej niewłaściwości postępowania względem partnerek, uwagę kieruje się w stronę kobiet. Bywa, że pomaga zaapelowanie do właściwego im zmysłu praktycznego. Utrata partnera może zaowocować liczącym się pogor-

zeniem sytuacji materialnej, konfliktami rodzinnymi, problemami towarzyskimi w gronie znajomych bądź w miejscu pracy. Ostatnią szansę stwarza farmakoterapia [9–12]. Poddawane leczeniu kobiety przestrzegają się przed udawaniem, bo może to obrócić się przeciwko nim. („Jak raz zaczniesz udawać, będziesz musiała czynić to zawsze”).

Lektura „Lizystraty” (komedia niestety nie gości na polskich scenach) jest prawdziwą uczcą, napawając podziwem dla maestrii Arystofanesa, zwłaszcza jego znajomości kobiecej duszy. Autorzy zdobywają się na odwagę nieśmiało, proponując, by zapoznanie się z „Lizystratą” stało się obligatoryjne dla specjalistów z zakresu seksuologii.

Maistersztykiem jest monolog Lizystraty o sposobie ekscytowania i uwodzenia mężczyzny, wers 150, czy scena z udziałem Myrriny i Kinesjasa ukazującą finezję gry żony z napalonym mężem, wers 870–915 [1].

Nawiązując do tytułu prezentowanej pracy „Nihil novi sub sole” stwierdzić trzeba, że kobiety w kontaktach z mężczyznami nie zmieniły się na przestrzeni 2500 lat. Przetrwały analogiczne techniki podniecania partnerów:

„Siądźmy w domu pięknie pachnąc w cienkich, przejrzystych zupełnie chitonach całkiem jak nagie”, wers 150 [1].

Podobnie jak kobiety współczesne, starożytne Greczynki kochały się w klasycznym ułożeniu ciał, z wysokim uniesieniem nóg „wznoszenie do góry perskich sandałów”, wers 225, a tergo: „na czworakach nie stanę jak lwica”, wers 230, na jeźdźca [1].

Używały dildo: „nasza jedyna skórzana pociecha”, wers 110, „skórą trzecią skórę”, wers 155 [1]. Starannie depilowały okolice intymne: „piękne poletko i cała trawka dokładnie wyrwana”, wers 85, „wyskubane z dołu”, wers 150 [1]. Głosiły znajomo brzmiące, jak ze współczesnych poradników hasła: „nie znajdzie rozkoszy mąż nigdy, jeśli nie da jej kobiecie”, wers 165 [1].

Identyczne, jak 4 stulecia przed naszą erą, jest słownictwo erotyczne (chuj, kuśka, kutas, chęć dupy, poruchanie, złapać za jaja, flądra). Czyli po prostu nic nowego.

Piśmiennictwo:

1. Arystofanes: „Trzy komedie”, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk. Wydawnictwo Zakład Naukowy Imienia Ossolińskich 1981; 1–105.
2. Everitt A. Chwała Aten. Dzieje najwspanialszej cywilizacji na świecie. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2019; 17: 384.
3. Lew-Starowicz Z. Seks w jesieni życia. Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa 2000; 105–106.
4. Dufour F.S.P. Historia prostytucji od czasów najdawniejszych do XX w. Wydawnictwo URAEUS, Gdynia 1997; 81–88.
5. Reinsberg C. Obyczaje seksualne starożytnych Greków, Wydawnictwo URAEUS, Gdynia 1998; 68–123.

6. Roberts M. Dziwki w historii. Prostyucja w społeczeństwie zachodnim. Oficyna Wydawnicza ALFA, Warszawa 1997; 31–59.
7. Aresin L, Starke K. Leksykon erotyki. Wydawnictwo „Książnica” Sp. z o.o. Katowice 1998; 9–10.
8. Knotz OFM, Cap K. Akt małżeński. Wydawnictwo „M”, Kraków 2001; 250.
9. Depko A, Wełnicki M, Mamcarz A. Farmakoterapia zaburzeń seksualnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021; 65–145.
10. Jakima S. Dysfunkcje seksualne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019; 74–129.
11. Leiblum SR, Rosen RC. Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 107–382.
12. Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 192–215.
13. Marcuse M. Encyklopedia wiedzy seksualnej. Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap”, Sp. z o.o., Warszawa 1937; Tom I 12–22, Tom II 300–311.
14. Van De Velde. Małżeństwo doskonałe. Jego fizjologia i technika. Wydawnictwo J. Przeworskiego, Warszawa 1936; 146–245.

Detranzycja — przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny dysforii płciowej (F64.0)

Detransition: causes and impact of the phenomenon on the gender dysphoria diagnostic proces (F64.0)

Dominik Haak, Olga Madej

Psychologia, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Seksuologia Kliniczna – Opiniowanie, Edukacja, Terapia, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zjawiska detranzycji rozumianej jako zaprzestanie terapii prowadzonych w ramach tranzycji medycznej i/lub próba cofnięcia zmian, które zaszły w jej wyniku. Detranzycja nie u każdej osoby przebiega tak samo; może oznaczać zaprzestanie terapii hormonalnej i przestawienie się z powrotem na endogenne hormony i/lub chirurgiczne zabiegi przywracające poprzedni wygląd (zgodny z pierwotnie nadaną płcią metrykalną). Zjawisko dotyczy społeczności osób transpłciowych i można rozważać w kontekście znaczenia społeczno-kulturowego oraz medycznego.

Praca ma charakter teoretyczny, stanowi przegląd badań oraz swoistą próbę integracji dotychczasowej wiedzy. Przedstawia definicję zjawiska detranzycji, dane dotyczące jej rozpowszechnienia, możliwe przyczyny podjęcia decyzji o detranzycji, wnioski z badań osób transpłciowych. Autorzy proponują możliwe sposoby wzbogacenia procesu diagnostycznego oraz psychoedukacyjnego osób w procesie tranzycji tak, aby zminimalizować potencjalne szkody psychiczne i fizyczne.

Autorzy zakładają na podstawie dostępnej literatury, że na występowanie zjawiska znaczący wpływ mają: błędnie prowadzony proces diagnostyczny; niezadowolające rezultaty zabiegów chirurgicznych; niedostateczne konfrontowanie osób ubiegających się o rozpoczęcie procesu tranzycji z ich oczekiwaniami wobec efektów zabiegów; nieuwzględnianie niebinarności w procesie diagnostycznym; niedostateczna opieka psychologiczna po zakończeniu procesu tranzycji; brak wsparcia ze strony najbliższych; odrzucenie społeczne.

Słowa kluczowe: dysforia płciowa, tranzycja, korekta płci, detranzycja

Seksuologia Polska 2021; 19: 76–80

Abstract

The purpose of this article is to present the phenomenon of detransition. Detransition understood as the stop of therapies being a part of medical sex reassignment procedures and/or attempts to undo the changes that occurred as a result of them. Detransition is not the same for all people; For some it can mean quit of hormone therapy and switching back to endogenous hormones and/or surgical procedures that restore the previous appearance (congruent with the metrical sex). The phenomenon apply to the transgender people and can be considered, on the basis of socio-cultural and medical significance.

The thesis is theoretical, it reviews existing research and it is a specific attempt to integrate existing knowledge. It presents the definition of the detransition phenomenon, data on its prevalence, presents the possible reasons for making decisions on detransition, conclusions from studies of transgender people, and proposes possible ways to enrich the diagnostic and psychoeducational process of people in the process of transition to minimize potential psychological and physical damage.

The authors assumption based on the literature – the occurrence of the phenomenon is significantly influenced by: incorrectly conducted diagnostic process; unsatisfactory results of GAS surgery; insufficient

Adres do korespondencji: Dominik Haak
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
ul. Wieniawskiego 1, 61–712 Poznań
e-mail: psycholog@dominikhaak.pl

Nadesłano: 20.08.2021

Przyjęto do druku: 22.10.2021

confrontation of applicants for the start of the transition process with their expectations about effects of the procedures; not considering non-binary in the diagnostic process; insufficient psychological care after the transition process; lack of family support; social rejection.

Key words: gender dysphoria, transition, gender affirmation, detransition

Seksuologia Polska 2021; 19: 76–80

Wstęp — zjawisko detranzycji

Detranzycja rozumiana jest jako zaprzestanie terapii prowadzonych w ramach tranzycji medycznej i/lub próba cofnięcia zmian, które zaszły w jej wyniku [1]. Są to wszystkie działania nakierowane na przywrócenie cech płciowych zgodnych z płcią nadaną przy narodzinach [2]. Detranzycja nie u każdej osoby przebiega tak samo, może oznaczać na przykład zaprzestanie terapii hormonalnej i przestawienie się z powrotem na endogenne (czyli produkowane wewnątrz organizmu człowieka) hormony, chirurgiczne zabiegi przywracające poprzedni wygląd (zgodny z pierwotnie nadaną płcią metrykalną) [3]. Niektóre osoby po dokonaniu detranzycji pragną powrócić do poprzedniego funkcjonowania — to nazwisko nosi nazwę retranszycji [2]. Zjawisko dotyczy społeczności osób transpłciowych i można je rozważać w kontekście znaczenia społeczno-kulturowego oraz medycznego.

Na gruncie społeczno-kulturowym detranzycja może skłaniać ku przemyśleniom związanym z płynnością płciową (gender fluidity), ale też stanowić argument dla środowisk transfobicznych, sprzeciwiających się korektom płci. Z punktu widzenia seksuologii rezygnacja z korekty płci jest sytuacją bardzo rzadką (od 0,8% do 2,2%). Niestety, osoby dokonujące detranzycji muszą mierzyć się z niechęcią i odrzuceniem również ze strony społeczności osób transpłciowych, w której osoby poddające się detranzycji traktuje się jako podważające wagę zjawiska transpłciowości [4]. Pomimo tak niskiego procentu występowania zjawiska, warto pochylić się nad jego przyczynami i, bazując na tym, rozważyć możliwość zmiany w skomplikowanej w Polsce procedurze opiniowania osób ubiegających się o rozpoczęcie tranzycji medycznej oraz wzbogacić ofertę wsparcia psychologicznego dla osób doświadczających dysfornii płciowej, będących w trakcie oraz po tranzycji. Autorzy niniejszego opracowania uważają ponadto za niezwykle istotne, by możliwie ujednocilić proces diagnostyczny dotyczący osób transpłciowych, koncentrując się na niezwykle istotnej roli psychologa diagnosty.

Autorzy na podstawie dostępnych danych zakładają, że na występowanie zjawiska znaczący wpływ mają: błędnie prowadzony proces diagnostyczny, niezadowolające rezultaty zabiegów chirurgicznych z zakresu GAS (gender affirmation surgeries), niedostateczne

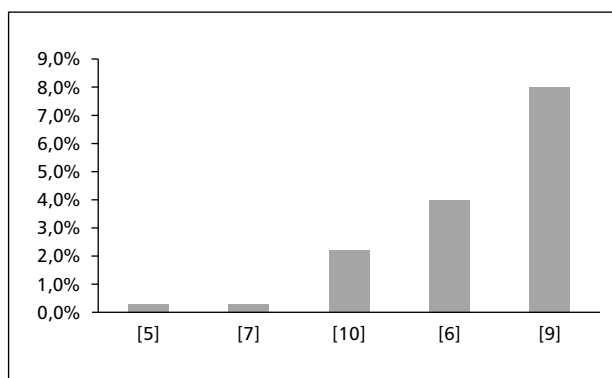
konfrontowanie osób ubiegających się o rozpoczęcie procesu tranzycji z ich oczekiwaniami wobec efektów zabiegów, nieuwzględnianie niebinarności w procesie diagnostycznym oraz niedostateczna opieka psychologiczna po zakończeniu procesu tranzycji i w jego trakcie.

Detranzycja — rozpowszechnienie w populacji osób przechodzących proces korekty płci

Badania nad zjawiskiem detranzycji są nieliczne i prowadzone od stosunkowo niedawna. Dotychczas prowadzono badania przede wszystkim nad poczuciem zadowolenia/żału po dokonaniu korekty płci. Samo poczucie żalu niejednokrotnie nie jest wystarczające do podjęcia decyzji o detranzycji, jednak stanowi jej istotną przyczynę. Tak rozumiane poczucie żalu i/lub wynikająca z niego detranzycja, nie są częste. Według różnych badań oscylują między 0,3% [5] a 4% [6].

W badaniu przeprowadzonym w 2018 roku przez *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) pokazano, że zaledwie 0,3% osób, które przeszły zabiegi związane z korektą płci, poprosiło później zabiegi związane z detranzycją [7]. Wynik badania *Transgender Survey* [8] przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych wykazał, że tylko 8% osób, które przeszły tranzycję, zgłosiło, że kiedykolwiek dokonało detranzycji. Co ważne, do 62% z tej grupy osób, w przyszłości ponownie identyfikowało się jako transpłciowe i zdecydowało na ponowną korektę płci — dokonało retranszycji [9].

W szwedzkich badaniach [10] wykazano, że z 681 osób przechodzących tranzycję, tylko 15 osób (5 mężczyzn trans i 10 kobiet trans) żałowało tej decyzji i wystąpiło z prośbą o zabiegi z zakresu detranzycji. Było to 2,2% dla obu płci (2,0% mężczyzn i 2,3% kobiet). Z upływem czasu tych osób jest coraz mniej – badanie z 2014 roku obejmowało metaanalizę danych uzyskiwanych w latach 1960–2010. W kolejnych latach liczba osób występujących z prośbą o zabiegi o charakterze retranszycji, spadała — w latach 1960–1971 było to 27%, w latach 1972–1980 — 5,8%, w latach 1981–1990 — 1,3%, w latach 1991–200 — 2,4%, w latach 2001–2010 było to 0,3% [10]. Dokładne przyczyny tego stanu rzeczy nie zostały zbadane, można jednak domniemywać, że związane były z rozwojem medycyny, a co za tym idzie, coraz bardziej zadowolającymi efektami zabiegów GAS.



Rycina 1. Rozpowszechnienie detranzycji w populacji osób przechodzących proces korekty płci. Przegląd dostępnych badań

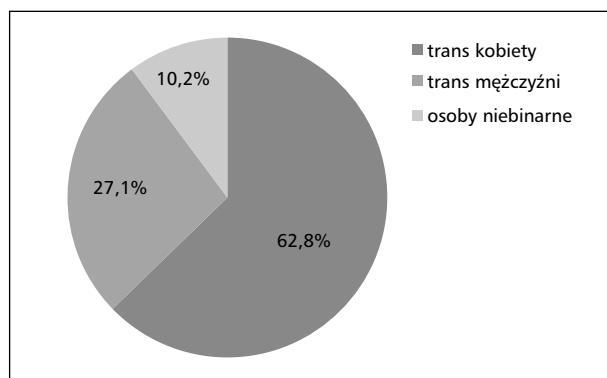
Badanie z sierpnia 2018 roku [7] pozwala na dokładne prześledzenie typów zabiegów z zakresu korekty płci, po których osoby żałowały i decydowały się na cofnięcie ich efektów. Według badacza i badaczki było to 13 zabiegów na klatce piersiowej (mastektomia lub powiększenie piersi) i 45 operacji na genitaliach. Żałowało ich 16 mężczyzn trans, 37 kobiet trans i 6 osób niebinarnych. Można wnioskować, że zabiegi rekonstrukcji waginy (neowaginoplastyki) w przypadku tranzycji typu MTF (male to female) ze względu na swoją inwazyjność, zmniejszenie odczuwania satysfakcji seksualnej (czyli najpowszechniej znanych skutków ubocznych operacji z zakresu korekty płci) i powikłania pooperacyjne, mogą rzeczywiście powodować u osób poczucie żalu i chęć odwrócenia zmian.

Wśród europejskich i amerykańskich chirurgów 49% nigdy nie spotkało osoby, która żałowała poddania się zabiegom z zakresu korekty płci [7]. Niektórzy specjaliści podkreślają jednak, że zjawisko zauważają i istnieje potrzeba mówienia o nim [11].

Procentowe przedstawienie rozpowszechnienia zjawiska detranzycji w piśmiennictwie prezentuje rycina 1 [5, 7, 10, 6, 9].

Typy osób rezygnujących z tranzycji

Wnioski nasuwające się po przeanalizowaniu procentowego udziału osób o poszczególnych tożsamościach płciowych wśród osób dokonujących detranzycji nie są zaskakujące. Jak pokazuje wykres, najliczniejszą grupą dokonującą detranzycji są kobiety trans. Skłania to do przemyśleń dotyczących trudności związanej z wykonywaniem zabiegów rekonstruujących genitalia u kobiet trans, ale też większym społecznym wykluczeniem dla transpłciowych osób kobiecych, które są bardziej odrzucane niż mężczyźni trans. Warto też podkreślić, że wielu mężczyzn trans nie decyduje się na zabieg rekonstrukcji prącia ze względu na niezado-



Rycina 2. Typy tożsamości płciowej osób ubiegających się o detranzycję [4]

dowalające efekty. Badania dotyczące detranzycji pokazują procentowy udział osób niezadowolonych z tranzycji w ogóle, ale wart podkreślenia jest fakt, że na zabieg rekonstrukcji genitaliów decydują się najczęściej kobiety trans, które później z tej operacji bywają niezadowolone.

Procentowy rozkład osób dokonujących zabiegów o charakterze retranszycji z podziałem na identyfikację płciową przedstawiono na rycinie 2.

Możliwe przyczyny podejmowania decyzji o detranzycji

Danker i Narayan [7] wyróżniają cztery główne przyczyny detranzycji. Są to: zmiany w tożsamości płciowej, odrzucenie ze strony rodziny i społeczeństwa, trudności w relacjach romantycznych oraz chroniczne bóle po operacjach. Dhejne i Oberg [10] również podkreślają istotę braku wsparcia ze strony najbliższego otoczenia jako przyczynę detranzycji, ale wymieniają także: błędne rozpoznanie dysforii płciowej przy występowaniu transwestytyzmu lub innych zaburzeń. Wyniki niemieckich badania [12] mówią też o takich czynnikach predysponujących do rezygnacji z tranzycji, jak: błędna diagnoza różnicowa, spadek satysfakcji seksualnej po przejściu zabiegów z zakresu GAS (gender affirmation surgeries) oraz po prostu niezadowolające efekty operacji chirurgicznych. Landen [13] podaje przyczyny, takie jak odrzucenie i alienacja od rodziny oraz brak wsparcia społecznego. Lawrence [14] zwraca uwagę przede wszystkim na niezadowolające efekty zabiegów z zakresu korekty płci. Badania z 1993 roku [15] koncentrują się na błędnej diagnozie różnicowej, niedostatecznym wsparciu i zaopiekowaniu się społeczną warstwą procesu tranzycji, a więc zapobieganiu odrzucenia i alienacji. Co za tym idzie — zwraca się uwagę na brak adekwatnego wsparcia psychologicznego, które mogłoby niwelować wszelkie

możliwe przyczyny detranzycji, zarówno te związane z warstwą społeczną, medyczną jak i psychologiczną.

Autorzy niniejszego opracowania uważają również, że niebinarność, a właściwie brak wiedzy na jej temat, bądź uprzedzenia wobec niej, również mogą być przyczynami detranzycji po stronie specjalistów. Niebinarność rozumie się jako spektrum tożsamości płciowych poza binarnym podziałem na kobiety i mężczyzn [16]. Co jest najważniejsze, osoby niebinarnie nie zawsze decydują się na całościową tranzycję, czasami potrzebują jedynie suplementacji hormonalnej lub rekonstrukcji klatki piersiowej. Niestety w niektórych przypadkach nie ma możliwości przejścia częściowych elementów procesu korekty płci, w konsekwencji czego osoby niebinarne bywają niejako zmuszone do zdecydowania się na wszystkie części tranzycji, co może skutkować niezadowolaniem i chęcią powrotu.

Metaanaliza dowiodła [10], że detranzycja wynika najczęściej z braku wsparcia podczas tranzycji oraz/lub z nieudanych zabiegów chirurgicznych, które mogą być powiązane chociażby z przestarzałymi technikami. Autorzy artykułu uważają, że wpływ na zjawisko detranzycji mogą mieć również inne czynniki. Bierze się pod uwagę również społeczne oczekiwania wobec tranzycji, deklarowane przez same osoby transpłciowe, zgodnie z którymi sama kuracja hormonalna nie wystarczy, aby być w pełni osobą trans (truetransy). Tworzy to pewną presję na osoby niebinarne i inne, które z różnych powodów (w tym zdrowotnych i finansowych) nie chcą decydować się na cały repertuar zabiegów z zakresu korekty płci. Po stronie psychologów leży też odpowiedzialność za niedostateczne konfrontowanie oczekiwań pacjentów wobec faktycznych rezultatów po zabiegach chirurgicznych. Psychologowie powinni więc podkreślać, że tranzycja nie jest lekiem na całe zło, co w konsekwencji może prowadzić do poczucia zawodu u pacjenta.

Transfobia jako uprzedzenie wobec osób transpłciowych i transpłciowości w ogóle, również może być czynnikiem powodującym detranzycję. Osoby trans przeżywają ją przed tranzycją, w jej trakcie (niejednoznaczny wygląd), ale również i po zabiegach mogą spotykać się z jej formami (np. misgendering — używanie niewłaściwych form gramatycznych — zaimków — wobec osoby transpłciowej). Korekta płci niestety nie kończy magicznie problemów z passingiem (stopień wpasowania się w stereotypowy wygląd przypisany danej płci), na co też warto przygotowywać osoby będące przed tym procesem. Dodatkowo uważa się, że samodzielne przyjmowanie hormonów, bez konsultacji z lekarzem, również może prowadzić do komplikacji, które będą skłaniały taką osobę do cofnięcia zmian.

Usprawnienie procesu opiniowania

Usprawnienie procesu opiniowania osób ubiegających się o rozpoczęcie procesu tranzycji (z uwzględnieniem zjawiska detranzycji) w nawiązaniu do polskich standardów [17] powinno zakładać:

1. Wystandaryzowanie procesu opiniowania — testy zdolności poznawczych, wykluczające urojeniowy charakter dysforii płciowej, badanie wtórnych korzyści wynikających z korekty płci.
2. Otwarcie się na niebinarność i płynność płciową, w tym uwolnienie od stereotypu, zgodnie z którym wszystkie osoby transpłciowe muszą przechodzić całościową korektę płci.
3. Konfrontowanie oczekiwań osoby transpłciowej co do efektów zabiegów oraz funkcjonowania społecznego z rzeczywistością.
4. Przepisywanie hormonów egzogennych, podejmowanie się pierwszych zabiegów chirurgicznych po dokładnym zapoznaniu się lekarza prowadzącego z opinią psychologiczną.
5. Praca w zespołach interdyscyplinarnych przez cały czas trwania procesu wraz z interwizjami grupowymi dotyczącymi danej jednostki.
6. Psychologiczne wsparcie najbliższego otoczenia osoby transpłciowej (ale i jej samej) w trakcie całego procesu tranzycji, ale również po jego zakończeniu.
7. Wzbogacenie opieki psychologicznej wobec osób, które zakończyły proces tranzycji — zalecenie podjęcia terapii skoncentrowanej na wsparciu.

Znaczenie tranzycji dla dobrostanu psychicznego osób transpłciowych

Projekt badawczy „What We Know”, prowadzony przez Cornell University, dokonał przeglądu 56 badań przeprowadzonych od 1991 do czerwca 2017 w zakresie wpływu tranzycji na zdrowie i samopoczucie osób transpłciowych. Spośród nich 52 (93%) potwierdza pozytywne oddziaływanie tranzycji, a pozostałe 4 donoszą o rezultatach mieszanych bądź neutralnych dla zdrowia. Żadne z nich nie stwierdziło, że tranzycja szkodzi zdrowiu, co jest kluczowe dla sprawy.

W literaturze naukowej wyraźnie stwierdza się, że tranzycja jest jedyną formą wsparcia w dysforii płciowej. Od 66% do 90% osób transpłciowych jest zadowolonych z korekty płci [5]. Korekta płci wpływa pozytywnie na takie obszary, jak: jakość życia, satysfakcja ze związku, samoocena, pewność siebie, ale także zmniejsza ryzyko depresji, prób samobójczych i występowania uzależnień.

Niewielki procent osób trans żąda decyzji o korekcie płci. Dane zebrane z licznych badań ujętych w metaanalizie „What we know” pokazują, że odsetek osób żądających to od 0,3% do 3,8%. Żał najczęściej

wynika po prostu z braku poparcia społecznego dla praw osób transpłciowych oraz przestarzałych zabiegów z zakresu korekty płci.

Wnioski

Osoby decydujące się na przejście detranzycji są w trudnej sytuacji z kilku powodów — spotyka je odrzucenie i niechęć ze strony społeczności osób transpłciowych, niezrozumienie ze strony środowiska specjalistów, ale także obciąża je ryzyko bycia wykorzystanymi do medialnej batalii przeciwko prawom dla osób trans. Konsensus naukowy wynikający z przytoczonych w publikacji badań jest jasny: detranzycja jest zjawiskiem marginalnym. Wynik nowego badania z 2018 roku przeprowadzonego w Holandii (wśród osób z dysforią płciową przyjmowanych w latach 1972–2015) wykazał, że tylko 0,6% kobiet trans i 0,3% mężczyzn trans żałowało zabiegów z zakresu korekty płci [18]. Są za to niezliczone dowody na poparcie tezy, że korekta płci jest słusznym medycznie i prozdrowotnym działaniem na rzecz osób transpłciowych.

Piśmiennictwo:

1. Stewart C. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Americans at Risk: Problems and Solutions. 2. 2018: 247.
2. Dora M, Grabski B, Dobroczyński B. Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji—zmiany i wyzwania diagnostyczne. *Psychiatria Polska*. 2021; 55(1): 23–37, doi: [10.12740/PP/OnlineFirst/113009](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009).
3. Yarbrough E. *Transgender Mental Health*. American Psychiatric Pub. 2018.
4. Pollock N. I Wanted to Take My Body Off: Detransitioned. *The Atlantic* (Documentary notes). 2018.
5. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
6. Yoo A. Transition regret and detransition. In: Stewart C. ed. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Americans at Risk: Problems and Solutions*. Volume 2. Praeger, Santa Barbara 2018: 181–191.
7. Danker S, Narayan S, Bluebond-Langner R, et al. Abstract. *Plastic and Reconstructive Surgery — Global Open*. 2018; 6: 189, doi: [10.1097/01.gox.0000547077.23299.00](https://doi.org/10.1097/01.gox.0000547077.23299.00).
8. James S, Herman J, Rankin S, i wsp. *The report of the 2015 US transgender survey*. 2016.
9. Boslaugh S. *Transgender Health Issues*. Greenwood Publishing Group Inc, Santa Barbara 2018.
10. Dhejne C, Öberg K, Arver S, et al. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav*. 2014; 43(8): 1535–1545, doi: [10.1007/s10508-014-0300-8](https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8), indexed in Pubmed: [24872188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24872188/).
11. Borrelli L. Transgender surgery: regret rates highest in male-to-female reassignment operations. *Newsweek*. 2017.
12. Olsson SE, Möller A. Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: a long-term follow-up. *Arch Sex Behav*. 2006; 35(4): 501–506, doi: [10.1007/s10508-006-9040-8](https://doi.org/10.1007/s10508-006-9040-8), indexed in Pubmed: [16900416](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16900416/).
13. Landén M, Wålinder J, Lambert G, et al. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 97(4): 284–289, doi: [10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x), indexed in Pubmed: [9570489](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9570489/).
14. Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2003; 32(4): 299–315, doi: [10.1023/a:1024086814364](https://doi.org/10.1023/a:1024086814364), indexed in Pubmed: [12856892](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12856892/).
15. Pfafflin F. Regrets After Sex Reassignment Surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*. 1993; 5(4): 69–85, doi: [10.1300/j056v05n04_05](https://doi.org/10.1300/j056v05n04_05).
16. Usher R. *North American Lexicon of Transgender Terms*. GLB Publishers, San Francisco 2006.
17. Grabski B, Rachoń D, Czernikiewicz W et al. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych—stanowisko panelu ekspertów. <https://docplayer.pl/203057820-Komunikacja-i-zrozumienie-pacjentow-lgbt.html>.
18. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*. 2018; 15(4): 582–590, doi: [10.1016/j.jsxm.2018.01.016](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016), indexed in Pubmed: [29463477](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463477/).



dla lekarzy



dla pacjentów



dla studentów

Ogromna oferta wydawnicza obejmująca pozycje skierowane do lekarzy i pacjentów, książki autorów polskich i zagranicznych z dziedziny medycyny jest dostępna w jednym miejscu — księgarni internetowej IKAMED!



książki



czasopisma



e-booki



**rabaty dla
stałych klientów**



sprzęt medyczny



**książki sprowadzane
na zamówienie**

**Zapraszamy do zapoznania się
z ofertą IKAMED już teraz!**

www.ikamed.pl

12295_VM_2019



**Od ponad 25 lat aktywnie uczestniczymy
w rozwoju nauki i edukacji medycznej**



wydajemy ponad 1200
publikacji oraz broszur



wydajemy
ponad 40 czasopism



organizujemy ponad
180 konferencji rocznie



udostępniamy ponad
8000 godzin filmów edukacyjnych



prowadzimy ponad
40 serwisów internetowych

**Zapraszamy do zapoznania się z różnorodną ofertą produktów
proponowanych przez Via Medica już teraz!**

www.viamedica.pl

Znajdź nas na

