



Złożenie pracy online:
2026-01-29 08:12:59
Kod pracy:
25331/51813/CloudA

Mateusz Perdek
(nr albumu: 28100)

Praca magisterska

**Relacje między doświadczeniami heteroseksizmu,
mechanizmem hamowania i pobudzenia seksualnego a
ryzykownymi zachowaniami seksualnymi wśród mężczyzn
nieheteronormatywnych w Polsce.**

**Associations between experiences of heterosexism, sexual
excitation and inhibition, and sexual risk behaviors among
non-heteronormative men in Poland.**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Joanna Felczak

Składam serdeczne podziękowania dr Joannie Felczak za nieocenione wsparcie merytoryczne, inspirujące wskazówki oraz życzliwość okazaną podczas seminarium i procesu pisania tej pracy. Dziękuję również wszystkim osobom, które wzięły udział w badaniu ankietowym.



Streszczenie

Niniejsza praca podejmuje złożoną problematykę uwarunkowań ryzykownych zachowań seksualnych (RSB) wśród mężczyzn nieheteronormatywnych w Polsce. Jako taka stanowi próbę integracji socjopsychologicznej koncepcji stresu mniejszościowego Meyera z seksuologicznym modelem podwójnej kontroli (Dual Control Model) Bancrofta i Janssena. Badanie o charakterze korelacyjnym przeprowadzono w procedurze online (CAWI) na grupie 92 mężczyzn, posługując się Kwestionariuszem Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu (DHEQ), skalą SIS/SES-PL oraz autorską listą pytań dotyczących ryzykownych zachowań seksualnych, m.in. chemseksu, seksu bez prezerwatywy i cyberseksu, w celu weryfikacji hipotez o mediacyjnej roli temperamentu seksualnego. Uzyskane rezultaty wykazały, że wysoka pobudliwość (SES) jest silnym predyktorem wszystkich analizowanych form ryzyka, podczas gdy hamowanie wynikające z lęku przed konsekwencjami (SIS2) pełni kluczową funkcję ochronną. Najważniejszym wnioskiem płynącym z pracy jest zidentyfikowanie zjawiska „konkurencyjnej mediacji”, polegającego na tym, że doświadczanie stygmatyzacji jednocześnie nasila pobudliwość (traktowaną jako mechanizm regulacji afektu) i wzmacnia hamowanie lękowe. Prowadzi to do efektu supresji statystycznej, co sugeruje, że ostateczne zachowanie seksualne jednostki jest wypadkową ścierających się sił: dążenia do ulgi w seksie i unikania zagrożenia, co ma istotne implikacje dla projektowania nowoczesnych oddziaływań profilaktycznych uwzględniających profil neurofizjologiczny.

Słowa kluczowe

stres mniejszościowy, ryzykowne zachowania seksualne, model podwójnej kontroli, mężczyźni nieheteronormatywni, chemseks, pobudliwość seksualna, hamowanie seksualne

Abstract

This thesis explores the complex issue of the determinants of risky sexual behaviors (RSB) among non-heteronormative men in Poland. It attempts to integrate Meyer's sociopsychological concept of minority stress with Bancroft and Janssen's sexological Dual Control Model. A correlational study was conducted via an online procedure (CAWI) on a group of 92 men, using the Daily Heterosexist Experiences Questionnaire (DHEQ), the SIS/SES-PL scale, and an original survey concerning risky sexual behaviors, including chemsex, condomless sex, and cybersex, to verify hypotheses regarding the mediating role of sexual temperament. The results indicated that high sexual excitation (SES) is a strong predictor of all analyzed forms of risk, whereas sexual inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2) plays a key protective role. The main conclusion of the study is the identification of a "competitive mediation" phenomenon, whereby experiencing stigmatization simultaneously intensifies excitation (viewed as an affect regulation mechanism) and strengthens anxious inhibition. This leads to a statistical suppression effect, suggesting that an individual's final sexual behavior is the resultant of conflicting forces: the pursuit of relief through sex and the avoidance of threat. These findings have significant implications for designing modern preventive interventions that account for neurophysiological profiles.

Keywords

minority stress, risky sexual behaviours, Dual Control Model, non-heteronormative men, chemsex, sexual excitation, sexual inhibition

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	3
ROZDZIAŁ 1	
RYZYKOWNE ZACHOWANIA SEKSUALNE.....	5
1.1 PROBLEMY DEFINICYJNE	6
1.2 EWOLUCJA KONCEPCJI RYZYKOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH	8
1.3 WSPÓŁCZESNE BADANIA NAD RSB	14
ROZDZIAŁ 2	
STRES MNIEJSZOŚCIOWY	20
2.1 EWOLUCJA POJĘCIA	21
2.2 OPERACJONALIZACJA MODELU ORAZ NARZĘDZIA POMIARU	24
2.3 BADANIA NAD STRESEM MNIEJSZOŚCIOWYM W POLSCE	26
2.4 MIĘDZYNARODOWE BADANIA NAD STRESEM MNIEJSZOŚCIOWYM.....	28
ROZDZIAŁ 3	
MODEL PODWÓJNEJ KONTROLI HAMOWANIA I POBUDZENIA SEKSUALNEGO	32
3.1 PODSTAWY TEORETYCZNE MODELU	32
3.2 BIOLOGICZNE KORELATY MODELU	34
3.3 NARZĘDZIE POMIARU I WSPÓŁCZESNE BADANIA NAD MECHANIZMEM PODWÓJNEJ KONTROLI	36
ROZDZIAŁ 4	
PROBLEM BADAWCZY, HIPOTEZY I OPIS PROCEDURY BADAWCZEJ	40
ROZDZIAŁ 5	
OPIS OSÓB BADANYCH ORAZ NARZĘDZI	46
5.1 OPIS OSÓB BADANYCH	46
5.2 OPIS NARZĘDZI WYKORZYSTANYCH W BADANIU	54
5.2.1 Kwestionariusz codziennych doświadczeń heteroseksizmu.....	54
5.2.2 Kwestionariusz SIS/SES-PL.....	56
5.2.3 Pomiar ryzykownych zachowań seksualnych	58
ROZDZIAŁ 6	
ANALIZA DANYCH I WERYFIKACJA HIPOTEZ	62
6.1 PODSTAWOWE STATYSTYKI OPISOWE WRAZ Z TESTEM SHAPIRO-WILKA	62
6.2 WERYFIKACJA HIPOTEZY 1	63
6.3 WERYFIKACJA HIPOTEZ 2A I 2B.....	65
6.4 WERYFIKACJA HIPOTEZY 3A I 3B.....	66
ROZDZIAŁ 7	
DYSKUSJA WYNIKÓW BADANIA.....	74
7.1 STRES MNIEJSZOŚCIOWY A RYZYKOWNE ZACHOWANIA SEKSUALNE	74
7.2 MECHANIZM PODWÓJNEJ KONTROLI A RYZYKOWNE ZACHOWANIA SEKSUALNEJ	77
7.3 MECHANIZM MEDIACJI.....	79
ZAKOŃCZENIE.....	83



BIBLIOGRAFIA.....	85
SPIS WYKRESÓW	98
ZAŁĄCZNIK 1	99
ZAŁĄCZNIK 2.....	101



Wstęp

Zrozumienie ludzkiej seksualności, we wszystkich jej wymiarach, wymaga wyjścia poza proste schematy przyczynowo-skutkowe. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do zjawisk, które w dyskursie naukowym i społecznym obciążone są znacznym bagażem normatywnym. Do takich niewątpliwie należą ryzykowne zachowania seksualne (RSB), których, jak wskazano w dalszej części pracy, definicja zależna jest w dużej mierze od kontekstu społecznego, politycznego, medycznego i kulturowego.

Podjęcie przedstawionej w pracy tematyki wydaje się kluczowe, z uwagi na fakt, że odpowiedzi na pytania o mechanizmy sterujące zachowaniami seksualnymi mają fundamentalne znaczenie dla projektowania nowoczesnych, celowanych oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych, uwzględniających specyfikę polskiego kontekstu kulturowego. Dotychczasowa wiedza wskazuje na istnienie odrębnych tradycji badawczych: z jednej strony analizuje się wpływ stygmatyzacji na zdrowie (model stresu mniejszościowego), z drugiej zaś bada neurofizjologiczne podstawy reakcji seksualnej (model podwójnej kontroli). Wiadomo, że korelacje między stresem mniejszościowym a RSB były przedmiotem licznych analiz (Meyer, 1995, 2003), podobnie jak, choć w mniejszym stopniu, związki między mechanizmem podwójnej kontroli a ryzykiem (Bancroft et al., 2004). Jednakże korelacje zachodzące łącznie między stresem mniejszościowym, mechanizmem pobudzenia/hamowania a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi nie były, według wiedzy autora, do tej pory badane, co stanowi istotną lukę poznawczą.

Zasadniczym celem teoretycznym niniejszej pracy jest zatem próba integracji dwóch, funkcjonujących dotąd w pewnej separacji, paradygmatów badawczych. Pierwszym z nich jest ugruntowana w psychologii społecznej koncepcja stresu mniejszościowego Ilana Meyera, wyjaśniająca wpływ stygmatyzacji i dyskryminacji na dobrostan jednostek nieheteronormatywnych (Meyer, 2003). Drugim jest wywodzący się z psychofizjologii i seksuologii model podwójnej kontroli Bancrofta i Janssena, traktujący reaktywność seksualną jako wypadkową procesów pobudzenia i hamowania (Bancroft & Janssen, 2000). Specyfika podjętego tu podejścia polega na zestawieniu tych modeli w jednej przestrzeni analitycznej, by sprawdzić, w jaki sposób dystalne czynniki społeczne (stres mniejszościowy) wchodzi w interakcję z proksymalnymi czynnikami temperamentalnymi (pobudliwość i hamowanie), kształtując ostatecznie behawioralną odpowiedź jednostki.

W toku procedury badawczej postawiono szereg pytań, z których kluczowe brzmi: czy, i w jakim stopniu, ryzykowne zachowania seksualne stanowią nieadaptacyjną strategię radzenia sobie z napięciem wynikającym z życia w heteronormatywnym społeczeństwie? Pytano również, w jaki sposób indywidualna konstrukcja neurofizjologiczna (profil SES/SIS) modyfikuje reakcje na stresory środowiskowe oraz czy pobudliwość seksualna i hamowanie pełnią funkcję mediatorów w relacji między stresem a zachowaniem. W oparciu o te pytania sformułowano hipotezy badawcze. Założono, że wyższy poziom stresu mniejszościowego koreluje dodatnio z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych (H1). W odniesieniu do modelu podwójnej kontroli przyjęto, że wyższy poziom pobudzenia (SES) jest predyktorem RSB (H2a), natomiast niższy poziom hamowania wynikający z obawy przed konsekwencjami

(SIS2) wiąże się z częstszym podejmowaniem takich zachowań (H2b) (Bancroft et al., 2009). Postawiono również hipotezy mediacyjne (H3a i H3b), zakładające pośredniczącą rolę SES i SIS2 w związku między stresem a RSB.

W celu weryfikacji powyższych założeń wykorzystano zestaw rzetelnych narzędzi psychometrycznych. Do pomiaru stresu mniejszościowego użyto polskiej adaptacji *Kwestionariusza Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu* (DHEQ) autorstwa Mijas i Koziary (2020). Profil neurofizjologiczny badanych określono za pomocą *Kwestionariusza Skal Pobudzania i Hamowania Seksualnego* (SIS/SES-PL) w adaptacji zespołu Nowosielskiego (Nowosielski et al., 2021). Natomiast zmienną dotyczącą ryzykownych zachowań seksualnych zoperacjonalizowano przy użyciu autorskiego zestawu pytań analitycznych, dotyczących m.in. pytania o seks analny bez prezerwatywy, chemseks, cyberseks oraz konsumpcję pornografii.

Struktura niniejszej rozprawy została podporządkowana logice procesu badawczego, prowadzącego od ogólnych rozważań teoretycznych, przez operacjonalizację zmiennych, aż po weryfikację empiryczną. Część teoretyczną (Rozdział 1) otwierają rozważania na temat definicji i ewolucji pojęcia ryzykownych zachowań seksualnych. Następnie (Rozdział 2) zaprezentowano koncepcję stresu mniejszościowego oraz (Rozdział 3) dokonano szczegółowej analizy modelu podwójnej kontroli. Część metodologiczna (Rozdziały 4 i 5) zawiera opis procedury badawczej, pytań badawczych, hipotez, charakterystykę dobranej grupy oraz prezentację wykorzystanych narzędzi. W części empirycznej (Rozdział 6) przedstawiono wyniki analiz statystycznych, w tym zaawansowane modele mediacji. Pracę zamyka dyskusja wyników (Rozdział 7), w której uzyskane dane skonfrontowano z literaturą światową, wskazując na zjawisko „konkurencyjnej mediacji” oraz formułując wnioski końcowe. Całość stanowi zatem próbę holistycznego ujęcia problematyki RSB, łączącą rygor metodologiczny z wrażliwością na specyfikę doświadczenia badanego środowiska.



Rozdział 1

Ryzykowne zachowania seksualne

Wojciech Kalaga (2001), nawiązując do teorii gier językowych Wittgensteina oraz m.in. dekonstrukcjonizmu Derridy, wprowadził do współczesnej humanistyki termin „pojęcia nebuliczne” na określenie pojęć, które nie mają jednej ścisłej definicji, lecz nabierają znaczenia w konkretnych kontekstach użycia. Wydaje się, że określenie to doskonale oddaje naturę interesującej nas tu koncepcji „ryzykownych zachowań seksualnych” (*risk sexual behavior, high risk sexual behavior, risky sexual behavior, RSB*). I nie idzie tu tylko o zmianę zakresu znaczeniowego tego pojęcia w ujęciu diachronicznym. Ostatecznie nie ma nic dziwnego w tym, że pojęcia ewoluują, a także się dewaluują, wraz z rozwojem domeny wiedzy czy też nauki, której są częścią. Jednak w przypadku RSB nawet analiza synchroniczna przeprowadzona dla jakiegokolwiek okresu funkcjonowania tej koncepcji ujawnić musi brak zgody wśród specjalistów, co do tego, co interesujący nas tu termin denotuje; jaką wartość znaczeniową ze sobą niesie. Sytuacja nie przedstawia się lepiej i obecnie. Jak donosi Emanuel Fino (2021), systematyczny przegląd współczesnej literatury przedmiotu jasno pokazuje, że brak jest nadal *szczegółowej i unikalnej definicji ryzykownych zachowań seksualnych* (Fino, 2021, s.151). Paradoks polega na tym, że braki owe nie przeszkodziły we wzroście popularności owego pojęcia, które, o czym będzie jeszcze mowa, pojawiwszy się w oficjalnym dyskursie naukowym zapewne dopiero pod koniec lat 80-tych, stało się wcale pojemną i często stosowaną kategorią. Można było do niej włączyć tak jednostki nozologiczne (AIDS, różne choroby przenoszone drogą płciową) jak i zachowania, które bardziej niż medycyny znajdowały się w orbicie zainteresowań socjologii czy pedagogiki, by wspomnieć o ciężach nastolatków i ich społecznych i ekonomicznych konsekwencjach. Za owym sukcesem stoi nie tylko fakt, że interesujące nas tu pojęcie jest po prostu poręczne i spełnia wymóg ekonomii języka. Równie istotne jest i to, że jest ono a przynajmniej być może częścią dyskursu wiedzy-władzy (Gagnon, 2000) a więc może pełnić funkcję instrumentalną w realizacji partykularnych interesów określonych grup społecznych.

W niniejszym rozdziale postaramy się rozwinąć każdy z zasygnalizowanych powyżej wątków. Najpierw przedstawimy zagadnienia związane z problemami definicyjnymi ryzykownych zachowań seksualnych, by następnie zarysować w formie anegdotycznej, bo przytaczając jedynie kilka faktów historycznych mających walor symptomu (por. Foucault, 2010), historię formowania się samej interesującej nas tu kategorii oraz pojęć wchodzących w



jej skład. Następnie poruszymy kwestie modeli teoretycznych, których składową są RSB, by przejść do zreferowania głównych kierunków badań ryzykownych zachowań seksualnych w ostatnim dwudziestoleciu. Rozdział ten zamyka krótkie podsumowanie.

1.1 Problemy definicyjne

Jak już wspomniano, w badaniach nad ryzykownymi zachowaniami seksualnymi widoczna jest duża heterogeniczność i brak jednej, spójnej i powszechnie stosowanej definicji zjawiska. Mimo to, w źródłach można zidentyfikować wspólne, kluczowe elementy w podejściu do tego, co uznaje się za ryzykowne. I tak większość definicji łączy ryzykowne zachowania seksualne z negatywnymi skutkami zdrowotnymi, społecznymi lub prawnymi. Ryzykowne zachowania seksualne są więc najczęściej definiowane jako:

- działania zwiększające prawdopodobieństwo zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową (STI), w tym HIV/AIDS; (Jest to najczęściej wymieniany typ ryzyka.)
- praktyki zwiększające prawdopodobieństwo niechcianej/wczesnej ciąży lub aborcji;
- zachowania, które mają negatywne konsekwencje społeczne lub prawne, takie jak konflikty rodzinne, szkody w relacjach lub spory prawne.

Niezależnie więc od badanej populacji badacze mierzą zazwyczaj te same typy zachowań (patrz tab.1), z których na miejscu pierwszym znajdują się kontakty seksualne bez zabezpieczenia zarówno w populacji hetero- jak i nieheteronormatywnej.

Tabela 1: *Typy ryzykownych zachowań seksualnych.*

Typ zachowania	Charakterystyka	Prace teoretyczne/ badania
brak zabezpieczenia /niekonsekwentne użycie prezerwatyw	Niekonsekwentne używanie lub całkowite nieużywanie prezerwatyw/środków ochronnych podczas stosunku (w tym analnego, waginalnego, a czasami oralnego). Jest to podstawowy element w kontekście prewencji STI/HIV.	Chawla, Sarkar, 2019; Jepsen i in., 2024; Kempieńska i Malinowski, 2023; Thomsen i in., 2024
wielu partnerów seksualnych	Posiadanie dużej liczby partnerów seksualnych, często definiowane jako relacje z przypadkowymi partnerami (<i>casual partners</i>).	Chawla, Sarkar, 2019; Lukhele i in. 2019; Thomsen i in., 2024



używanie substancji psychoaktywnych / alkoholu	Uprawianie seksu pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji. Jest to również często traktowane jako czynnik poprzedzający, a nie sam atrybut ryzyka.	Chawla, Sarkar, 2019; Jepsen i in., 2024; Thomsen i in., 2024; Wagenaar i in., 2018
seks transakcyjny/usługi seksualne	Otrzymywanie pieniędzy lub prezentów za seks, świadczenie lub korzystanie z usług seksualnych.	Chawla, Sarkar, 2019; Jepsen i in., 2024; Mgwaba, 2019; Thomsen i in., 2024

Różnice w definicjach wynikają głównie z ewolucji samej koncepcji ryzyka, której trajektoria rozwoju przebiegała od ryzyka ujmowanego w kategoriach prostych zagrożeń infekcyjnych do ryzyka rozumianego w kontekście złożonych uwarunkowań psychospołecznych. Niebagatelne znaczenie miało tu również pojawienie się nowych technologii i mediowanych przez nie nowych typów zachowań seksualnych a także nieznanej wcześniej, bądź niedostrzeganej, roli substancji psychoaktywnych w RSB. I tak w najnowszych badaniach, zwłaszcza w kontekście studentów i młodych dorosłych, definicja ryzyka w RSB jest rozszerzona o konsekwencje afektywne i relacyjne (Jepsen i wsp., 2024):

- poczucie wstydu/winy związane z seksualnością (*sexuality-related feelings of shame/guilt*);
- pogorszenie ważnych relacji wynikające z takiego a nie innego zachowania seksualnego.

Rozszerzeniu uległ także katalog typów zachowań ryzykownych, do którego włączono ryzykowne zachowania online oraz chemsex. Te pierwsze obejmują sexting (wysyłanie/udostępnianie treści seksualnie jawnych) a także cyberseks i oglądanie pornografii. Ryzyko występujące w przypadku tego ostatniego zjawiska polega na tym, że z czasem prowadzi ono, w wyniku habituacji i hipersensytyzacji układu nagrody w mózgu (Gola i in., 2017; Berridge, K. C., & Robinson, T. E. 2016), do zwiększenia motywacji do oglądania (zachowania apetytywne) treści pornograficznych i jednocześnie zmniejsza zdolność jednostki do kontroli zachowania (Gola, 2024;). Zjawisko to wespół z wykorzystywaniem pornografii do radzenia sobie ze stresem, wypycha użytkownika z satysfakcjonujących interakcji w realnym świecie w stronę coraz bardziej ekstremalnych, ryzykownych i/lub dokonywanych w samotności zachowań, co ostatecznie prowadzi do pogorszenia zdrowia psychicznego (Gola, 2022; Gola i in. 2016).



W przypadku chemseksu natomiast stwierdzić należy, że nie ma jego jednej akceptowanej przez różne kręgi badaczy definicji (Barrett i in., 2019; Torres i in., 2020). Zmienia się także zakres uznawanych za konstytutywne dla chemseksu substancji psychoaktywnych. Podczas gdy niektóre badania koncentrują się ściśle określonym katalogu substancji (Amundsen i in., 2024; Sewell i in., 2019), inne uwzględniają szerszą gamę narkotyków.

Zachowując powyższe uwagi w pamięci, chemsex można więc zdefiniować jako *używanie substancji psychoaktywnych przed aktywnością seksualną lub w jej trakcie w celu wzmocnienia, wydłużenia i zintensyfikowania doświadczenia seksualnego* (Amundsen i in., 2024; Wang i in., 2023). Jest to więc forma używania substancji (*sexualized substance use*) mająca na celu wywołanie *specyficznych efektów fizycznych lub/i psychicznych podczas aktu seksualnego, takich jak intensywniejsze podniecenie, lepsza sprawność seksualna czy zwiększona przyjemność* (Deimel i in., 2016; Wong i in., 2020). W kontekście tematu niniejszej pracy zjawisko to jest o tyle interesujące, że praktyka chemseksu pojawiła się na początku lat 2000 w wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM) (Choi i in., 2017; Choi i in., 2021). Do dziś zresztą większość badaczy ogranicza stosowanie tego terminu do tej właśnie populacji. Co więcej, jak wspomniano uprzednio, zazwyczaj do definicji chemsexu włączane są jedynie określone substancje takie, jak: metamfetamina, mefedron, GHB/GBL (gamma-hydroksymaślan/gamma-butyrolakton).

Wymienione środki mają za zadanie m.in. *zwiększyć wytrzymałość fizyczną, zrelaksować mięśnie, zintensyfikować przyjemność a przede wszystkim zmniejszyć lęki lub zahamowania seksualne* (Maxwell i in., 2018).

Inne środki psychoaktywne, jak kokaina, ketamina (Frankis i in., 2018; Wang i in., 2023), poppersy lub konopie indyjskie (Íncera-Fernández i in., 2021) włączane są do definicji chemsexu sporadycznie.

Jak widać więc z naszych dotychczasowych rozważań, kategoria ryzykownych zachowań seksualnych wydaje się być kategorią prototypową, w której centralne miejsce zajmuje seks bez użycia prezerwatywy (element prototypowy). Dalej od centrum znajdują się: seks z wieloma partnerami, rozpoczęcie współżycia w młodym wieku, itp. Można zaryzykować twierdzenie, że najmniej prototypowe dla kategorii RSB jest oglądanie pornografii.

1.2 Ewolucja koncepcji ryzykownych zachowań seksualnych



Analiza korpusu tekstów w [semanticscholar.com](https://www.semanticscholar.com)¹ wydaje się wskazywać, że kategoria ryzykownych zachowań seksualnych pojawiła się w piśmiennictwie w latach 80-tych XX wieku. Związane było to z pojawieniem się wirusa HIV i epidemii AIDS. Upředzając niejako dalsze rozważania, wskazać należy, że interesująca nas tu koncepcja stanowiła wyraz zmiany paradygmatu postrzegania ryzyka seksualnego, definiując je jako zagrożenie życia lub zdrowia a nie przede wszystkim w kategoriach stygmatyzacji społecznej lub konsekwencji prawnych. Przeniosła także uwagę tak badaczy jak i szerszej opinii publicznej na grupy najbardziej dotknięte epidemią, w tym mężczyzn mających seks z mężczyznami. I zasadniczo u swoich początków odnoszona była jedynie do tej właśnie populacji.

Nasuwa się w związku z powyższym podstawowe pytanie: czy, parafrazując Latoura (2010), ryzykowne zachowania seksualne istniały zanim je „wynaleziono” w latach osiemdziesiątych?

Oczywiście sama leksykalizacja kategorii nie oznacza, że zjawiska, do jakich się ona odnosi, nie istniały wcześniej – nie tylko w sensie ontologicznym ale także w świadomości powszechnej lub w dyskursie naukowym. Pytanie więc, jakie należałoby postawić brzmi - jakie to zjawiska i jak je traktowano?

W końcu wieku XIX oraz w pierwszej połowie XX kwestie określone później zbiorczym terminem RSB koncentrowały się na zagrożeniach dla zdrowia reprodukcyjnego oraz koniecznością kontroli chorób wenerycznych (Baldwin, 1999; Lundqvist, 1982). W praktyce więc w kręgach naukowych oznaczało to próby medykalizacji i regulacji ryzykownych zachowań seksualnych, ze szczególnym uwzględnieniem prostytutki jako głównego źródła chorób wenerycznych.

Równolegle, w dyskursie publicznym i edukacyjnym, dominowała walka o czystość moralną oraz debaty eugeniczne na temat wpływu RSB i niechcianych ciąż na "zdrowie rasy" (Gawin, 2003; Herzen, 1904).

Medykalizacja interesującej nas tu kwestii związana była ze zmianami zachodzącymi w epoce post-wiktoriańskiej, kiedy to medycyna zaczęła odgrywać główną rolę w definiowaniu i kontrolowaniu zachowań seksualnych, zwłaszcza tych odbiegających od normy (Cacchioni, 2015). Praca Richarda von Krafft-Ebinga, *Psychopathia Sexualis*, była pomyślana jako

¹ Jako słowa / frazy kluczowe w wyszukiwaniu podano: *risky sexual behaviour / behavior, sexual risky behaviour / behavior, RSB*. Uzyskane wyniki potwierdza też analiza google N-gram z wykorzystaniem tych samych słów / fraz kluczowych

medyczno-sądowe studium "patologii psychiczno-seksualnych" i zjawisk "nienormalnych" (Weeks, 2012). Aby zachować dyskrecję przed niepowołanymi czytelnikami, Krafft-Ebing stosował łacinę do opisu zachowań seksualnych w swoich historiach przypadków (Weeks, 2012). Pokazuje nam to, że proces obiektywizacji poprzez medykację RSB był pozorny, bo od samego początku kształtowany przez obowiązującą podówczas pocztę moralności (Evans, 1992; Mort, 1987; Temkin, 1977; Towers, 1980). Choroba weneryczna była więc (i w wielu populacjach jest nadal) postrzegana nie tylko jako choroba, ale jako ciche świadectwo transgresji moralnej (Davidson, Hall, 2001; Hall, 1991; Quétel, 1990). Pogląd taki przenosił ciężar odpowiedzialności za chorobę, a więc *eo ipso* za moralne wykroczenie, na osobę zarażoną. Nie może dziwić zatem, że pacjenci często unikali leczenia IST, gdyż mogło ono pośrednio potwierdzić ich grzeszne zachowanie (Davidson, Hall, 2001). Najlepiej rozważania powyższe podsumowuje konstatacja Foucaulta (2010), że wraz z narodzinami seksuologii dawne sądy moralne przybrały formę orzeczeń medycznych.

Jak już napisano, odpowiedzialność za rozprzestrzenianie kiły była nieproporcjonalnie często przypisywana prostytutkom (Blaschko, 1893; Davidson, Hall, 2001; Dubois-Havenith, 1899) i w związku z tym lekarze oraz państwo angażowali się w projekty regulacji samej prostytucji (Azúa, 1905; Guereña, 1997). Miało to na celu tak kontrolę zbiorowego leczenia jak i profilaktykę.

Kluczowe środki regulacyjne obejmowały zazwyczaj (za: Davidson, Hall, 2001): rejestrację (obowiązek rejestracji kobiet pracujących w prostytucji), przymusowe badania lekarskie (wymóg okresowych, przymusowych badań medycznych), obowiązkowa hospitalizacja (przymusowa hospitalizacja w przypadku wykrycia choroby zakaźnej).

Pamiętać należy, że powyższe działania podejmowane były w szerszym kontekście popularnej podówczas eugeniki. Uregulowanie prostytucji a więc i zapanowanie nad chorobami wenerycznymi a także, dodajmy, niechcianymi ciążami, leżało w interesie "zdrowia rasowego" i narodowego (Gawin, 2003, p. 79–83; Gawin, Crozier, 2006, p. 311–33), gdyż zapobiegało degeneracji narodu.

Oczywiście równoległe do postaw regulacyjnych kształtowały się postawy przeciwne, czego przykładem ruchy abolicjonistyczne. Zdecydowanie opowiadały się one przeciwko państwowej regulacji prostytucji, krytykując system, który obwiniał głównie kobiety za rozprzestrzenianie chorób i tym samym utrzymywał podwójne standardy moralne (Dahlbäck, 1903; Nevins, 1875; Stéenhoff, 1904).



W okresie powojennym, dzięki zastosowaniu penicyliny do zwalczania kiły i innych IST, polityka względem chorób wenerycznych uległa zmianie (choć nadal stosowano wobec nich mniej lub bardziej jawnie kategorie moralne) a sama wenerologia była czasami określana jako *dziedzina schyłkowa* (King, 1958, za: Davidson, Hall 2001, p. 220). Jednak nie tylko dokonania na polu farmakologii stały za owym przełomem, który w równym stopniu był też wynikiem ewolucji w postrzeganiu seksualności za sprawą badań Alfreda Kinseya i współpracowników (Conrad , Schneider, 1992; Parker, 1995). Pierwszy tom, *Sexual Behavior in the Human Male*, ukazał się w 1948 roku (Kinsey i in., 1948), a pięć lat później *Sexual Behavior in the Human Female* (Kinsey i in., 1953), oferując bezprecedensowy wgląd w życie seksualne ludzi poza kontekstem szpitala czy kościoła (Conrad , Schneider, 1992, p. 197). W pracach tych Kinsey postawił rewolucyjną podówczas tezę o nieskończonej różnorodności ludzkiej reakcji seksualnej (Conrad , Schneider, 1992) oraz odrzucił kategoriale ujęcie heteroseksualizmu i homoseksualizmu, uznając je za *syntetyczne konstrukty mentalne* (Kinsey i in., 1948, pp. 638).

Konkluzje poczynione przez Kinseya były niewątpliwie jedną z przyczyn przemian obyczajowych, które doprowadziły do tzw rewolucji seksualnej. Osiągnęła ona apogeum w latach 60. i 70. XX wieku, wywołując gruntowną transformację zachowań i postaw seksualnych (Sauerteig i in., 1994). Z pewnym uproszczeniem można powiedzieć, że odrzucono wówczas wiktoriańskie zasady wstrzemięźliwości na rzecz większej liberalizacji, tolerancji i demedycyzacji różnorodności seksualnej (Davidson, Hall, 2001; Weeks, 2012). Nastąpiła redefinicja seksualności, zwłaszcza kobiet, w kategoriach możliwości czerpania przyjemności i niezależności, co było wyzwoleniem się z wcześniej narzuconych ról, w których seks podporządkowany był głównie jeśli nie jedynie celom reprodukcyjnym (Weeks, 2012, p. 320).

W połowie lat 70 XX wieku, w miejskich środowiskach gejowskich (głównie w USA), nastąpiła wzmożona publiczna manifestacja nieheteronormatywnej seksualności. Proces ten charakteryzował się m.in.: zwiększoną aktywnością seksualną z dużą liczbą partnerów (Levine, 1998; White, 1980, za: Gagnon, Simon, 2005, p. 251) a także eksploracją mniej „ortodoksyjnych” form seksualności. W badaniach z tamtego okresu odnotowano rosnące zainteresowanie transwestytyzmem, transseksualizmem a nawet pedofilią, co częściowo podważyło dotychczasowe kategorie „normalności” i „dewiacji” (Plummer, 1979; Rossman, 1979; za: Weeks, 2012, p. 337).



Rewolucja seksualna była również związana ze wzrostem spożycia substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu, którego picie postrzegano jako ułatwiające kontakty seksualne poprzez “odhamowanie” (Cooper, 2002; Patrick, Maggs, 2009).

Jak widać więc, rewolucja przynosząc seksualną wolność, wpłynęła również na akceptację zachowań uznawanych - podówczas jak i obecnie - za ryzykowne. Aż przyszły lata 80.

Najlepiej ducha tamtego okresu i przejście od rewolucji seksualnej do rzeczywistości, w której dyskurs dotyczący nie tylko seksualności zdominowany został przez kwestię HIV / AIDS, oddaje fragment anonimowej *How to Have Sex in an Epidemic* (1981) jednej z pierwszych ulotek dotyczących bezpiecznego seksu między mężczyznami: *zabawa, która trwała w latach 70., skończyła się. Wchodzenie z niewiedzą do łaźni i zapleczy (miejsc anonimowego seksu w subkulturze gejowskiej) nie jest wolnością seksualną, lecz opresją. (op.cit. s. 39)*

Jak napisano, HIV sprawił, że percepcja i reakcja na postrzegane ryzyko seksualne stały się centralnym elementem badań nad seksualnością (Parker , Gagnon, 1995), nie tylko w kontekście AIDS, ale także innych chorób przenoszonych drogą płciową, niechcianych ciąży i przemocy seksualnej (Parker , Gagnon, 1995). Skupiono się przede wszystkim na identyfikacji i definicji behawioralnych czynników ryzyka oraz ich dystrybucji w populacji (Catania i in., 1990; Zwi , Cabral, 1990) głównie mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), ponieważ to w tej grupie HIV/AIDS początkowo szerzyło się najszybciej (Koblin i in., 2000; McKusick i in., 1985).

Warto przywołać w tym kontekście prowadzone już w połowie lat 80. XX wieku badania nad AIDS i zachowaniami seksualnymi gejów w San Francisco (McKusick i in., 1985). Dokumentowały one częstość występowania czynników ryzyka związanych z AIDS oraz użyciem prezerwatyw (Catania i in., 1992). Innymi obszarami badań było między innymi zjawisko powrotu (*relapse*) do niebezpiecznych zachowań seksualnych (*unsafe sexual behaviour*) wśród gejów w latach 90 (Hart i in., 1992; Kippax i in., 1993). Skupiono się także na korelacjach zachodzących między RSB a tożsamością gejowską w kontekście zagrożenia AIDS (Joseph i in., 1991). Odkryto, że czynniki psychologiczne, takie jak stres i radzenie sobie, miały związek z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych (Folkman i in., 1992; Halkitis i in., 2005; Yep i in., 2002). Analizowano także zagadnienie współwystępowania przyjmowania substancji psychoaktywnych i RSB (Stall , Leigh, 1994). Badania wykazały, że, co nie jest zaskakujące, spożycie alkoholu przed i podczas seksu oraz spożycie narkotyków



(Klitzman i in., 2000) są silnymi predyktorami ryzykownych zachowań seksualnych w populacji MSM, zarówno seropozytywnych, jak i seronegatywnych (Dolezal i in., 1997; Kalichman, Cain, 2004; Kalichman i in., 1996; Klitzman i in., 2000).

Mimo dominacji zagadnień związanych z HIV, w latach 80 i 90 odnotowywano również powrót lub wzrost klasycznych badań nad STI, by przywołać badania nad korelacją między zachorowaniem na kiłę a nawiązywaniem kontaktów personalnych przez internet (Klausner i in., 2000).

Dotychczas nasz zarys historii ryzykownych zachowań seksualnych pokazywał te zjawiska, które tak w przeszłości jak i dziś stanowią część kategorii RSB. Wydaje się jednak, że wielce pouczające będzie choćby nawet pobieżne przyjrzenie się tym zachowaniom, których obecnie już nie byłibyśmy gotowi uznać za zachowania ryzykowne. Doskonałym tego przykładem jest masturbacja (Dora, Mijas, 2012). Teksty medyczne w epoce wiktoriańskiej rutynowo opisywały ją jako chorobę, uzależnienie (*disease, addiction*) (Comfort, 1967; Englehardt, 1974) lub jako główną przyczynę zaburzeń tak fizycznych jak i psychicznych (Bullough, 1976; Comfort, 1967; Englehardt, 1974, za:;), przekładając tym samym kategorie moralne na język medycyny. Jedną z głównych obaw dotyczyła tego, że onanizm może prowadzić do eksperymentowania z homoseksualizmem, który, pamiętajmy, aż do lat 70 uważany był za "zбочenie". Przywoływany już tu Richard von Krafft-Ebing, pomimo przesunięcia akcentu na przyczyny dziedziczne inwersji seksualnej, zgodził się, że powtarzająca się masturbacja mogła wzbudzić lub przyspieszyć homoseksualne tendencje zwłaszcza wśród mężczyzn w okresie pokwitania. Uważano także, że masturbacja prowadzi do utraty sił witalnych i wyczerpania organizmu a nawet bezpłodności (Rosenberg, 1978, za: Conrad, Schneider, 1992, p. 181).

W odpowiedzi na to ryzyko, teksty medyczne przepisywały mechaniczne i chirurgiczne metody leczenia oraz profilaktyki (Comfort, 1967). Jeszcze w latach 20. XX wieku rekomendowano metalowe "zbroje" (*little metal suits of armour*) zakładane na genitalia i przymocowane do zamykanego pasa jako środek profilaktyczny przeciwko masturbacji (Weeks, 2012, p. 63). Do mniej drastycznych środków należała beztłuszczowa i bezalkoholowa dieta, z małą ilością czerwonego mięsa, ale bogata w skrobię, owoce i warzywa (Gawin, Crozier, 2008, p. 220). Najlepszą jednak profilaktyką masturbacji był stały nadzór nad dziećmi służący zapobieganiu dotykaniu się lub podrażnianiu genitaliów (Gawin, Crozier, 2008).



Przykład powyższy pokazuje ideologiczny wymiar interesującej nas tu kategorii, na co uwagę zwrócił Gagnon (2000). Według tego autora uznanie jakiegoś zachowania za ryzykowne polega na przekształceniu jednostkowego kłopotu (ang. *trouble*) w problem, który jest obiektywny, ponadjednostkowy i którym zajmuje się dana dziedzina nauki. Jednak decyzja, co zostanie uznane za problem dokonywana zostaje niejako poza nauką i jest zależna od kontekstu społeczno - kulturowego. Jest więc zasadniczo decyzją o charakterze polityczno - moralnym, która, dodajmy, konstytuuje relację władzy. Ostatecznie bowiem, czyż kontrola społeczna nad masturbacją w populacji dorosłych mężczyzn nie jest replikacją relacji siły - władzy egzekwowanej przez rodziców (figura ojca) nad swymi dziećmi?

1.3 Współczesne badania nad RSB

Przechodząc do kwestii współczesnych badań nad RSB wypada zatrzymać się najpierw na zagadnieniu wykorzystywanych w nich ogólnych modelach zachowań ryzykownych. Już nawet pobieżna lektura wyników owych badań pokazuje, że modele takie są rzadko omawiane wprost a jeżeli już, to przede wszystkim w pracach dotyczących profilaktyki lub terapii RSB. Na podstawie skąpego materiału można zaryzykować stwierdzenie, że teorie ryzykownych zachowań dzielą się na te, w których akcent pada na czynniki indywidualne, jednostkowe oraz ujęcia psychospołeczne, ekologiczne.

Do grupy pierwszej zaliczyć należy m.in. wpływowy model przekonań zdrowotnych (*Health Belief Model, HBM*) (Becker, 1974; Rosenstock i in., 1994), który nadal jest szeroko stosowany w prewencji HIV. Zakłada on, że prawdopodobieństwo podjęcia działania zdrowotnego zależy od postrzegania:

- podatności na chorobę, np. HIV;
- poważnych konsekwencji choroby;
- korzyści z podjęcia działania zapobiegawczego;
- barier utrudniających podjęcie działania zapobiegawczego.

Jak więc widzimy, podstawowym czynnikiem prewencyjnym w modelu jest edukacja zdrowotna a jej brak może prowadzić do RSB.

Innym modelem, tym razem tłumaczącym wprost RSB, jest ten odwołujący się do subiektywnej oceny ryzyka. Według niego podjęcie przez jednostkę ryzykownych zachowań powinno być rozumiane jako wynik racjonalnej kalkulacji, w której postrzegane korzyści (fizyczne, emocjonalne) przeważają nad postrzeganym zagrożeniem (Pinkerton , Abramson,



1992; Bishop , Limmer, 2018). W kontekście zachowań seksualnych, racjonalna kalkulacja ryzyka oprócz opisaną tu postaci jednostkowej nierzadko przybiera formę negocjacji między jednostkami - partnerami seksualnymi. Na podobnym mechanizmie kalkulacji opiera się model, w którym przyjmuje się, że RSB jest rezultatem porównania spodziewanej przyjemności oraz ryzyka jakie niesie ze sobą jej osiągnięcie. *Ryzyko i przyjemność więc w tym modelu się nie wykluczają, przeciwnie, ludzie często świadomie podejmują ryzyko fizyczne i emocjonalne, aby wzmocnić przyjemność (ale także i więź z partnerem) płynącą z aktu seksualnego* (Bollen , McInnes, 2004, s. 33; por. też: Cameron-Lewis , Allen, 2013; Carballo-Diéguez i in., 2011; Vance, 1984). Na koniec omawiania modeli jednostkowych warto przywołać koncepcję impulsywności i poszukiwania wrażeń (*Sensation-Seeking and Impulsivity*), która koncentruje się na stałych cechach osobowości, deficytach psychologicznych jako czynnikach zwiększających skłonność do podejmowania ryzyka. Model ten wskazuje, że poszukiwanie wrażeń jest silnie skorelowane z różnymi formami RBS (Miller i in., 2004; Turchik , Garske, 2009; Zuckerman, 1994). Zauważyć należy, że chociaż poszukiwanie wrażeń i impulsywność nie są tym samym, są ze sobą silnie skorelowane. Impulsywność więc rozumiana jako cecha osobnicza może częściowo tłumaczyć tendencję jednostki do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.

Do koncepcji społeczno-ekologicznej z kolei zaliczyć należy model oparty na pracach Bronfenbrennera (Bronfenbrenner, 1995), który jest szeroko stosowany do analizy RBS. Zakłada on, że zachowanie seksualne jest wynikiem złożonej i równoczesnej interakcji czynników, jaka zachodzi na takich poziomach, jak:

- poziom indywidualny, np.: wiek, płeć, cechy osobowości, umiejętności, biologiczne predyspozycje, używanie substancji;
- poziomie relacyjnym, np. normy grupy rówieśniczej, wsparcie rodzinne;
- społecznościowy, np. dostępność usług zdrowotnych);
- społeczny/strukturalny, np. prawo, polityka, normy kulturowe i społeczne, nierówności płciowe.

Model ten uwzględnia więc szerszy kontekst zachowań seksualnych, nie sprowadzając tych ostatnich jedynie do funkcji indywidualnych decyzji (Aggleton, 2004; Arabi-Mianrood i in., 2019). Podobnie czynią koncepcje oparte na teorii płci i władzy (Connell, 1987), czy działania społecznego (Ewart, 1991).

Gdzieś na przecięciu ujęć jednostkowych i strukturalnych plasują się modele odwołujące się do kwestii rozwojowych, które (Sitnick i in., 2014) podkreślają, że wczesnodziecięce doświadczenia (np. wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie), mogą



prowadzić do ryzykownych zachowań w dorosłości. Za czynnik mediacyjny w tym procesie uważa się używanie substancji psychoaktywnych czy deficyty samokontroli (Maker i in., 2001; Schraufnagel i in., 2010; Watson i in., 2013; Walsh i in., 2014).

Badania nad RSB przeprowadzone w ciągu ostatniego półwiecza koncentrują się głównie na populacjach zwiększonego ryzyka występowania takich zachowań. Jedną z najczęściej badanych grup są studenci i młodzi dorośli ze względu na częste praktykowanie RBS w tym okresie rozwojowym (Jepsen i in., 2024; Rood i in., 2018, za.; Fino i in., 2021; Kalina, 2019). Charnigo i in. (2013), pokazał na przykład, że wśród adolescentów w USA istnieje dodatnia korelacja między poszukiwaniem wrażeń, impulsywnością oraz ilością partnerów seksualnych a RBS definiowanymi jako seks bez zabezpieczenia. Natomiast badanie przeprowadzone wśród młodzieży w Etiopii (Handebo, S., Kebede, Y., , Morankar, S. N. 2018) pokazało, że poczucie przynależności do grupy religijnej było silnym predyktorem negatywnym RBS. Innymi słowy, młodzież silniej utożsamiająca się z grupami religijnymi była mniej narażona na podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych. Odkryto także, że młodzi ludzie, którzy używali alkoholu i narkotyków podczas kontaktów seksualnych, są bardziej skłonni do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (Braun-Courville , Rojas, 2009, za: Massey i in., 2024).

Oprócz studentów kolejną grupą o podwyższonym ryzyku występowania RBS są więźniowie. Badanie przeprowadzone przez Łukaszka (2014) wykazało wysoki lub wybitny stopień ryzykowności zachowań seksualnych u ponad 46% badanych. Wyższy RBS korelował z: byciem ofiarą przemocy seksualnej przed osiągnięciem dojrzałości, deklarowaną orientacją biseksualną / homoseksualną oraz przynależnością do podkultury więziennej.

Populacjami szczególnie narażonymi na RBS są mniejszości seksualnych (Alexis Long i in., 2024, za:). Ayer i in. (2021) / Hotton i in. (2013) / Benotsch i in. (2016), przy użyciu m.in. kwestionariusza samoopisowego (QT) mierzącego: typ partnera, wierność seksualna wobec partnera, użycie internetu do znalezienia partnerów seksualnych, użycie narkotyków/alkoholu przed / w trakcie stosunku seksualnego oraz częstość seksu analnego bez prezerwatywy w ciągu 3 lub 12 miesięcy, odkryli korelacje zachodzące między większą ekspozycją na stres, alkoholem i tendencją do unikania radzenia sobie a RBS. Dodatkowo, badanie pokazało, że użycie internetu do znalezienia partnerów seksualnych było związane ze zwiększonym ryzykiem podjęcia ryzykownych zachowań seksualnych. Badaniem objęte były osoby transpłciowe.

Frankis i Flowers (2009) przeprowadzili natomiast badanie kwestionariuszowe w populacji mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami i angażujących się w *cruising*



(uprawianie seksu w miejscach publicznych) w Anglii. Niemal co trzeci respondent (31%) zadeklarował posiadanie ponad 50 partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku. Jednocześnie ponad jedna czwarta badanych (26%) przyznała się do podejmowania kontaktów analnych bez zabezpieczenia. Co ciekawe, mężczyźni z pozytywnym wynikiem testu na HIV byli znacząco bardziej skłonni do raportowania niebezpiecznego seksu w publicznych miejscach w ostatnich 12 miesiącach.

W badaniu podłużnym przeprowadzonym w Londynie przez Eforda i współpracowników (2002) wśród mężczyzn homoseksualnych zaobserwowano wzrost ryzykownych zachowań seksualnych między 1998 a 2001 rokiem. Badacze sugerują, że przyczyną tej zmiany zachowań mógł być optymizm związany z poprawą leczenia HIV.

W 2017 roku z Erika D. Storholma przeprowadził badanie złożonych interakcji między stosowaniem profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP), używaniem substancji psychoaktywnych (takich jak alkohol i metamfetamina), przestrzeganiem zaleceń dotyczących leków, a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi w grupie MSM. Autorka, wykorzystując wywiady częściowo ustrukturyzowane z 30 młodymi mężczyznami w San Francisco, zidentyfikowała zarówno korzyści psychospołeczne ze stosowania PrEP (np. zmniejszony lęk przed HIV), jak i zagrożenia w postaci zwiększenia liczby stosunków seksualnych bez zabezpieczenia.

Inne badania natomiast (Scheer, McConocha, Behari, Pachankis 2021)) wykazały, że przemoc seksualna jest mediatorem między orientacją seksualną a RBS i nadużywaniem alkoholu. U młodzieży z mniejszości seksualnych zaobserwowano podwyższone ryzyko ryzykownych zachowań seksualnych (np. wielu partnerów seksualnych).

Oprócz grup zwiększonego ryzyka od 2000 roku kluczowym tematem w badaniach jest chemseks. Metaanaliza Ritchwood i współpracowników (2015) pokazała, że aż 87 badań (przeprowadzonych głównie po 2000 r.) dotyczyło właśnie relacji między kontaktem seksualnym pod wpływem narkotyków a RBS. Dobrymi przykładami takich badań jest analiza problematycznego użycia alkoholu i narkotyków wśród gejów i biseksualnych mężczyzn w Londynie (Keogh 2009), czy badanie podłużne na temat ryzyka HIV i wzorców używania substancji wśród m.in. MSM (Roth 2021).

Na koniec warto też wspomnieć o badaniach skoncentrowanych na powiązaniach ryzykownych zachowań seksualnych z nadużyciami w dzieciństwie. Badania podłużne przeprowadzone przez Scheidell i jej zespół (2017) pokazały, że bycie ofiarą nadużyć seksualnych w dzieciństwie wiąże się ze wzrostem ilości partnerów seksualnych wśród



mężczyzn oraz prawdopodobieństwem uprawiania chemseksu. Z kolei związki między historią przemocy fizycznej lub seksualnej a niedawnymi ryzykownymi zachowaniami seksualnymi badał Littleton ze współpracownikami (2007).

Wielość i różnorodność badań nad RBS nie może jednak przesłonić problemów metodologicznych, jakie są z nimi związane. Przede wszystkim wskazać należy brak standaryzowanego i używanego powszechnie narzędzia do badania interesującego nas tu zjawiska. W praktyce oznacza to, że niemal do każdego badania tworzona jest nowa, autorska skala. Jest to, oczywiście, konsekwencją braku jednolitej definicji i w związku z tym także operacjonalizacji RBS. Aby zobrazować tę kwestię wystarczy wspomnieć, że w referowanych powyżej badaniach użyto m.in.:

- *Sexual Risk Survey (SRS)* (Turchik, Garske, 2009) - jest to 18-itemowa skala samoopisu, mierząca przygodny seks partnerami i impulsywne zachowania seksualne w ciągu ostatnich 6 miesięcy,,.
- *Sexual Risk Behavior Questionnaire (RSBQ)* - szczegółowy kwestionariusz do oceny RBS (Schuster i in., 2012, za:), zaadaptowany z *AIDS Risk Behavior Assessment*. Mierzy historię seksualną, liczbę partnerów, seks z zabezpieczeniem oraz używanie narkotyków/alkoholu podczas seksu.
- *Sexual Risk Behavior Scale (SRBS)* - nowa, krótka skala (5 itemów) mierząca częstotliwość angażowania się w RBS u studentów (np. seks analny/waginalny bez prezerwatywy, seks pod wpływem substancji) (Fino i in., 2021).
- Inna wersja *SRBS* (Ferrer-Urbina i in., 2019, za:) to 12-itemowy samoopis mierzący m.in. seks z wieloma partnerami i niewystarczające użycie środków ochronnych podczas seksu.

Oczywiście ów brak standaryzacji narzędzi czyni niemożliwym lub zdecydowanie utrudnionym porównywanie między sobą wyników poszczególnych badań (Chawla , Sarkar, 2019).

Drugi problem związany jest z celowym udzielaniem przez respondentów odpowiedzi uznanych za społecznie akceptowalne [Schroder i in., 2003, za: Schroder i in., 2003]. Kwestia zachowań seksualnych jest, jak staraliśmy się pokazać, nadal silnie nacechowana moralnie i poddana społecznej ocenie. Tłumaczy to chęć niektórych respondentów do “zachowania twarzy” poprzez wybór takich odpowiedzi, które w ich mniemaniu są moralnie dodatnie lub co najmniej neutralne a także społecznie “poprawne”. W badaniach podłużnych dodatkowo istotną



barierą interpretacyjną jest trudność w odróżnieniu rzeczywistych zmian behawioralnych od artefaktów wynikających z retrospektywnego zniekształcenia pamięci (Catania i in., 1990). Zjawisko to jest szczególnie widoczne w deklaracjach dotyczących odległych w czasie zdarzeń, takich jak wiek inicjacji seksualnej czy moment pierwszego kontaktu z pornografią (*op.cit.*). Przedstawione tu dwa powiązane ze sobą problemy tłumaczą między innymi, dlaczego rozkład wyników ryzykownych zachowań seksualnych charakteryzuje się niesymetrycznością i jest skośny dodatnio (tj. większość wyników jest niska, a tylko niewielki odsetek wykazuje wysoki poziom ryzyka).

W niniejszym rozdziale staraliśmy się pokazać zmienność oraz brak wyraźnych granic kategorii RSB oraz związany z tym problem w operacjonalizacji zjawiska, co bezpośrednio wpływa na trudności w skonstruowaniu wystandaryzowanych narzędzi pomiaru. W rozwiązaniu tej kwestii nie pomaga również ideologiczne i polityczne “uwikłanie” interesującej nas tu kategorii. Mimo jednak tych przeciwności badania nad ryzykownymi zachowaniami seksualnymi jako nad palącym problemem społecznym rozwijane są od lat 80. Koncentrują się na grupach podwyższonego ryzyka RSB oraz zachowaniach, jak chemseks czy spożywanie alkoholu, to ryzyko zwiększających.



Rozdział 2

Stres mniejszościowy

[...] jeśli spojrzeć na rzecz z tamtej strony – dałoby się odnaleźć sporo analogii między cierpieniami tych, którzy wyzuci są z narodowego bytu, a owych ludzi, którzy od młodości dławieni w swoich najbardziej przyrodzonych pragnieniach i ukochaniach, hańbieni piętnem niewoli, gnący się pod jarzmem przemocy, wiodą z pewnością nieraz – kiedy się znajdują w serdecznym gronie – ciche, nocne, bolesne rozmowy. Mają oni i swoją martyrologię, aby tylko wymienić Oscara Wilde... I oni mają swoje „księgi pielgrzymstwa”” (T. Boy-Żeleński, za: W. Śmieja, 2008)

Jak pokazuje przytoczony tu cytat, kwestia dyskryminacji osób LGBTQ+ istniała w dyskursie publicznym od dawna, opierając się zazwyczaj na anegdotycznych egzemplifikacjach problemu. Jej skala jednak a także formy przez długi czas pozostawały poza obszarem zainteresowań naukowych. Zmiany w tej materii przyniosły lata osiemdziesiąte XX wieku, kiedy to Virginia Brooks (1981) w 1981 roku wprowadziła do nauk społecznych concept stresu mniejszościowego (*minority stress, MS*), który w kolejnych latach podlegał dalszemu rozwojowi tak w aspekcie teoretycznym jak i poprzez jego operacjonalizację i tworzenie narzędzi pomiaru.

Niestety, naukowe opracowanie MS nie wpisuje się w heglowski bon-mot, że sowa Minerwy wylatuje o zmierzchu. Dyskryminacja osób LGBTQ+ nadal jest zjawiskiem globalnym. Według organizacji Stonewall, która zajmuje się prawami mniejszości seksualnych na świecie, 64% osób LGBTQ+ doświadczyło przemocy na tle swojej przynależności do mniejszości seksualnej, z czego w 92% przypadków była to przemoc słowna, 29% przemoc fizyczna a aż 17% stanowiły akty wykorzystywania seksualnego (*LGBTQ+ Facts and Figures*, 2016). W Polsce statystyki dotyczące dyskryminacji przedstawicieli społeczności LGBTQ+ są nawet wyższe. W największym ogólnopolskim badaniu przeprowadzonym w latach 2019–2020 (Winiewski, Świder, 2021) 68,54% osób należących do mniejszości seksualnych zadeklarowało, że doświadczyło przynajmniej jednej formy zachowania przemocowego - w tym przemocy werbalnej, gróźb, szantażu, wandalizmu, dyskryminacji, przemocy fizycznej i seksualnej - ze względu na swoją orientację seksualną lub tożsamość płciową (Winiewski, Świder, 2021). Odsetek ten jest zbliżony do wyników badania z lat 2015–2016 (70,40%), co oznacza, że pomimo częściowego lockdownu spowodowanego pandemią w latach 2019–2020,



skala przemocy nie uległa istotnemu zmniejszeniu (Winiewski , Świder, 2021). Najbardziej powszechną formą dyskryminacji jest agresja słowna (przemoc werbalna) (Świder , Winiewski, 2017; Winiewski , Świder, 2021). Co jednak ciekawe i jednocześnie niepokojące badania pokazały wzrost odsetka osób, które doświadczyły przemocy seksualnej. O ile w latach 2015–2016 było to 14,11%, o tyle w latach 2019–2020 aż 21,80% respondentów zadeklarowało doświadczenie przemocy seksualnej (Winiewski , Świder, 2021; Świder, Winiewski, 2017).

Polska, na tle Unii Europejskiej, konsekwentnie zajmuje też jedno z najniższych miejsc w rankingach oceniających sytuację prawną i polityczną osób LGBTQ+. Dla przykładu, według rankingu ILGA-Europe z 2024 roku, Polska osiągnęła wskaźnik równości wynoszący 20,5%, wyprzedzając jedynie takie kraje, jak m.in. Białoruś (10,16%), czy Ukraina (18,76%) (ILGA-Europe, 2024). Dla porównania, państwa takie jak Malta, Belgia i Francja osiągnęły odpowiednio: 88,3%, 85,31% i 61,38% (ILGA-Europe, 2024). Jak więc widać, kwestia stresu mniejszościowego pozostaje nie tylko problemem natury teoretycznej, ale jak najbardziej kwestią praktyczną o żywotnym znaczeniu dla dużego odsetka populacji.

W niniejszym rozdziale najpierw przedstawimy trajektorię rozwoju koncepcji stresu mniejszościowego, po czym przejdziemy do kwestii operacjonalizacji modelu a także omówienia narzędzi jego pomiaru, szczególny nacisk kładąc na analizę kwestionariusza Kimberly Balsam (2013). Następnie dokonamy przeglądu polskich oraz światowych badań nad MS oraz jego korelatami, by zakończyć nasze rozważania krótkim podsumowaniem.

2.1 Ewolucja pojęcia

Już w latach 80 XX wieku badacze zwrócili uwagę, że ogólne warunki społeczne, w jakich funkcjonuje jednostka mogą być dla niej źródłem stresu (Pearlin, 1989; Mirowsky, Ross, 1989). Prowadziło to do sformułowania teorii stresu psychospołecznego, która zakłada, że stany emocjonalne są konsekwencją niekorzystnych zjawisk psychospołecznych, głównie, ale nie jedynie o symbolicznym znaczeniu (Kaplan, 1996; Iniewicz, 2015). Leonard Pearlin (1999) rozwijając wspomnianą teorię ukuł pojęcie stresora pochodzącego z otoczenia (*ambient stressors*) w odniesieniu do obciążeń związanych z pozycją społeczną. Koncepcja ta wniosła istotny wkład do późniejszych badań nad mniejszościami (Iniewicz, 2015) a zwłaszcza nad MS.

Pierwszą, o czym już powiedziano, choć mniej uszczegółowioną definicję stresu mniejszościowego w kontekście mniejszości seksualnych zaproponowała Virginia Brooks w 1981 roku (Brooks, 1981; Iniewicz, 2015; Pinciotti, Feinstein, 2025). Określiła ona MS jako obciążenie psychiczne jednostki związane z jej niższym statusem społecznym i codziennymi problemami wynikającymi z dyskryminacji lub braku takich samych możliwości



funkcjonowania jak w grupie większościowej (Brooks, 1981; Iniewicz, 2015). Jednak dopiero Meyer, który rozpoczął pracę nad swoim modelem jeszcze w latach 90 XX wieku, koncentrując się początkowo na zinternalizowanej homofobii (Meyer, 1995; Meyer, Dean, 1998; Iniewicz, 2015), zaproponował w 2003 roku pierwsze integracyjne ujęcie koncepcji stresu mniejszościowego (Meyer, 2003; Frost, Meyer, 2023). Model, jaki stworzył, miał na celu wyjaśnienie zidentyfikowanej nierówności w zdrowiu psychicznym i dobrostanie osób należących do mniejszości seksualnych (Frost, Meyer, 2023). Od tamtego czasu koncepcja stresu mniejszościowego stanowi zasadniczą ramę teoretyczną w badaniach nad zdrowiem psychicznym osób należących do mniejszości seksualnych i płciowych (Frost, Meyer, 2023). Model MS bowiem działa jak soczewka (Richardson, 2009) – pozwala naukowcom skupić się nie tylko na pojedynczych problemach zdrowotnych, ale na całym kontekście społecznym i charakterystyce tożsamości przedstawicieli LGBTQ+. Zauważmy też, że model ten umożliwił przejście od wspomnianego na początku niniejszego rozdziału anegdotycznego ujęcia, w którym obciążenia mniejszości były traktowane jedynie jako zbiór niespójnych wydarzeń życiowych (Mirowski, Ross, 1989), do ujęcia dyskryminacji osób LGBTQ+ jako strukturalnego zjawiska opartego na społecznej opresji (Meyer, 2003a; Iniewicz, 2015).

Sam interesujący nas tu model opierał się na założeniu, że stres mniejszościowy od innych rodzajów stresu odróżniają trzy podstawowe cechy (Meyer, 2003):

1. unikatowość (*uniqueness*) - MS stanowi nadmiarowe obciążenie psychofizyczne, które nie ma charakteru uniwersalnego. Dotyka on wyłącznie jednostek należących do grup stygmatyzowanych, wymuszając na nich mobilizację dodatkowych zasobów adaptacyjnych w celu poradzenia sobie z dyskryminacją (Meyer, 2003; Grabski, Iniewicz, Mijas, 2012)
2. chroniczność (*chronicity*) - MS cechuje się trwałością, ponieważ wynika ze względnie stałych fundamentów społeczno-kulturowych. Uprzedzenia i negatywne postawy wobec mniejszości są zakorzenione w strukturze społecznej, co sprawia, że jednostka jest narażona na ich oddziaływanie w sposób ciągły;
3. społeczne uwarunkowanie (*socially based*) - stres wynika z procesów, instytucji i struktur społecznych, które istnieją poza jednostką (np. tradycja, religia, system prawny czy klimat ideologiczny), a nie z indywidualnych cech biologicznych, genetycznych czy psychologicznych osoby (Meyer, 2003; Grabski, Iniewicz, Mijas, 2012).

Meyer (2003) umieścił czynniki stresogenne na kontinuum, którego krańce wyznaczają: środowisko (stresory dystalne) i wewnętrzne stany psychiczne (stresory proksymalne). Stresory dystalne (zewnętrzne) były przez niego definiowane jako obiektywne i łatwo mierzalne.



Obejmują one doświadczenia dyskryminacji, nękania, odrzucenia lub wiktylizacji (przemocy fizycznej i psychicznej), wynikające ze statusu mniejszościowego (Meyer, 2003). Stresory proksymalne (wewnętrzne) zdefiniowane zostały natomiast jako subiektywne stany psychiczne, które powstają, gdy jednostka poznawczo przetwarza a więc interpretuje stygmatyzację. Zauważmy, że tak ujęte stresory wewnętrzne biorą aktywny udział w kształtowaniu tożsamości jednostki (Meyer, 2003). Dodajmy jeszcze, że według Meyera (2003) dystalne postawy społeczne zyskują znaczenie psychologiczne poprzez ocenę poznawczą dokonaną przez jednostkę i stają się dla niej stresorami proksymalnymi. Wśród tych ostatnich autor wyróżnił:

- zinternalizowaną homofobię (*internalized homophobia*) - zinternalizowanie negatywnych postaw społecznych wobec homoseksualności lub biseksualności, co prowadzi do obniżonego poczucia własnej wartości, konfliktów wewnętrznych i w rezultacie do znacznego cierpienia;
- oczekiwanie odrzucenia (*expectations of rejection*) - antycypowanie przez osoby LGBTQ+ dyskryminacji lub negatywnej reakcji otoczenia, co pociąga za sobą ciągłą, wzmożoną czujność (*vigilance*);
- ukrywanie tożsamości (*concealment*) - aktywne kontrolowanie lub zatajanie informacji o swojej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, który to proces pochłania zasoby poznawcze oraz emocjonalne jednostki, a także ogranicza jej dostęp do wsparcia społecznego i utrudnia samoakceptację.

Model Meyera (2003) uwzględniał także elementy, które mogą łagodzić lub wzmacniać negatywne skutki stresu mniejszościowego. Pierwszym z nich są mechanizmy radzenia sobie i wsparcia społecznego, które modyfikują wpływ stresorów na funkcjonowanie psychiczne. W badaniach (Meyer, 2003) wykazano, że zwracanie się o pomoc i wsparcie społeczne redukuje negatywne konsekwencje psychiczne takich stresorów, jak: mikroagresja, ukrywanie tożsamości, czy oczekiwanie odrzucenia. Drugim elementem jest zespół czynników określanych jako charakterystyka tożsamości mniejszościowej (Iniewicz, 2015). Obejmuje ona takie aspekty jak: ważność w definiowaniu siebie (jako członka LGBTQ+), wartościowanie (w kontekście przynależności do mniejszości LGBTQ+) i integracja (ze społecznością LGBTQ+). Czynniki te mogą same w sobie być źródłem stresu ale także modyfikować (obniżyć) jego poziom. W jednym z badań (Meyer, 2003) pokazano, że silna identyfikacja z grupą mniejszościową (wysoki poziom integracji) może ograniczać negatywny wpływ doznanej przemocy seksualnej na samoocenę.



Po wstępnym sformułowaniu w 2003 roku, model Meyera był dynamicznie rozwijany i modyfikowany w ciągu kolejnych dwóch dekad. Teoria została rozszerzona o mniejszości płciowe - osoby transpłciowe i niebinarne (Matsuno, Bricker, Savarese, Mohr Jr, , Balsam, 2022). Podkreślono unikalną rolę *cis*-normatywności (Tan, Treharne, Ellis, Schmidt, , Veale, 2020). Choć nie miejsce tu na szczegółową charakterystykę wszystkich zmian, jakim podlegał model, warto w tym miejscu przywołać M. L. Hatzenbuehlera (2009), który wprowadził do niego integracyjną koncepcję mediacji psychologicznej. Wyjaśnia ona, jak mechanizm stresu mniejszościowego (w tym stresory dystalne, takie jak dyskryminacja i przemoc, oraz proksymalne, takie jak oczekiwanie odrzucenia) przekłada się na konkretne diagnozy zaburzeń psychicznych (np. depresja, lęk, uzależnienia). Zgodnie z nią stres jest traktowany jako początkowy punkt w łańcuchu przyczynowym prowadzącym do psychopatologii: stres → mediatory psychologiczne → psychopatologia (Hatzenbuehler, 2009).

2.2 Operacjonalizacja modelu oraz narzędzia pomiaru

Szczególnym, bo stanowiącym próbę jego operacjonalizacji i uszczegółowienia (Mijas , Koziara, 2020), przypadkiem rozszerzenia interesującego nas tu modelu jest *Kwestionariusz Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu* (ang.: *Daily Heterosexist Experiences Questionnaire, DHEQ*) autorstwa Kimberly Balsam i współpracowników (Balsam i in., 2013). Jego analizie zostanie poświęcona poniższa część niniejszego rozdziału.

Narzędzie Balsam miało na celu mierzenie unikalnych, codziennych stresorów mniejszościowych, które wynikają z heteroseksizmu, jakiego doświadczają przedstawiciele LGBTQ+ (Balsam i in., 2013). Sam heteroseksizm zdefiniowany został jako uprzedzenia i dyskryminacja wobec osób nieheteroseksualnych motywowane przekonaniem, że heteroseksualność jest jedyną normatywną orientacją seksualną (Mijas , Koziara, 2020).

Główna wartość DHEQ polegała na tym, że rozszerzeniu uległa w nim pierwotna lista stresorów a same stresory, w koncepcji Meyera (2003) dość ogólne, poddano uszczegółowieniu. Zmiany te zostały opracowane na podstawie obszernych wywiadów i dyskusji fokusowych, które pozwoliły wyodrębnić rzeczywiste, bardziej konkretne, bo bliższe doświadczeniu, i unikalne przejawy heteroseksizmu, z jakimi spotykają się osoby LGBTQ+ (Mijas , Koziara, 2020). I tak DHEQ, składający się w oryginalnej wersji z 50 pozycji i dziewięciu podskal (Balsam i in., 2013), uwzględniał następujące szczegółowe stresory, które były marginalizowane lub nie występowały w ogóle w pierwotnym modelu Meyera:



Tabela 2: Dodatkowe stresory uwzględnione w kwestionariuszu DHEQ.

Unikalny/ rozszerzony stresor	Charakterystyka
zastępcza trauma (<i>vicarious trauma</i>)	Stres dystalny, który występuje, gdy osoba negatywnie przeżywa informacje o dyskryminacji, wiktymizacji lub przemocy doświadczanej przez inne znane lub obce osoby LGBTQ+ (Mijas , Koziara, 2020; Balsam i in., 2013). Jest to istotny czynnik w dobie łatwego dostępu do internetu i związanego z tym szybkiego rozpowszechniania informacji o tragicznych zdarzeniach (Mijas , Koziara, 2020).
ekspresja płciowa (<i>gender expression</i>)	Czynnik opisujący ostracyzm lub wykluczenie doświadczane ze względu na ekspresję płciową (Rogowska , Cisek, 2023; Mijas , Koziara, 2020). Jest to fenomen rzadko mierzony w analogicznych narzędziach, a ma kluczowe znaczenie, zwłaszcza dla osób transpłciowych, których nonkonformizm płciowy wiąże się częstszym doświadczaniem przemocy (Mijas , Koziara, 2020).
wyobcowanie (<i>isolation</i>)	Wewnętrzny (proksymalny) stresor opierający się na poczuciu samotności, trudnościach w nawiązaniu kontaktu z innymi osobami LGBTQ+ oraz poczuciu “bycia niewidzialnym” w społeczności LGBTQ+ (Mijas , Koziara, 2020; Balsam i in., 2013).
rodzicielstwo (<i>parenting</i>)	Czynnik odzwierciedlający stygmatyzację doświadczaną przez pary LGBTQ+ w związku z posiadaniem przez nie i wychowywaniem dzieci (Mijas , Koziara, 2020; Balsam i in., 2013).
stygma HIV (<i>HIV stigma</i>)	Czynnik opisujący doświadczanie stygmatyzacji w związku byciem nosicielem wirusa HIV, który uznawany jest za problem głównie przedstawicieli społeczności LGBTQ+ (Mijas , Koziara, 2020; Balsam i in., 2013).

Znamienną innowacją metodologiczną, którą DHEQ wprowadził do pomiaru stresu mniejszościowego, był format odpowiedzi (Mijas , Koziara, 2020). Kwestionariusz bowiem nie tylko ocenia, czy dane zdarzenie (stresor) miało miejsce, ale także w jakim stopniu było ono subiektywnie dotkliwe lub martwiące dla respondenta (Balsam i in., 2013). Instrukcja kwestionariusza precyzuje też okres, do którego odnoszą się pytania – jest to ostatnie 12 miesięcy (Mijas , Koziara, 2020; Rogowska , Cisek, 2024), co ma na celu określenie aktualnej ekspozycji respondentów na procesy stresu mniejszościowego i zmniejszenie ryzyka błędów retrospektywnych (Mijas , Koziara, 2020).

DHEQ jest więc narzędziem, które podtrzymywało całą ramę teoretyczną Meyera a modyfikacje wprowadzone przez Balsam miały charakter jedynie uzupełniający i precyzujący. Dzięki włączeniu podskal takich jak trauma zastępcza, ostracyzm związany z ekspresją płciową, rodzicielstwo i stygmatyzacja HIV, interesujący nas tu kwestionariusz dostarczył



bardziej inkluzywnego i zróżnicowanego pomiaru doświadczeń mniejszości seksualnych i płciowych niż wcześniejsze narzędzia (Mijas, Koziara, 2020).

Podsumowując nasze rozważania, powiedzieć można, że trajektoria rozwoju koncepcji stresu mniejszościowego przebiegała od wstępnych hipotez dotyczących związku stygmatyzacji ze statusem mniejszościowym (Brooks, lata 80. XX wieku), poprzez ugruntowanie i pogłębienie teorii stresu mniejszościowego (Meyer, 2003) a następnie jej rozszerzenia uwzględniające mediacje psychologiczne (Hatzenbuehler) czy różnice między mniejszościami płciowymi aż po operacjonalizację modelu i opracowanie narzędzia pomiarowego uwzględniającego chroniczne, codzienne doświadczenia heteroseksizmu (DHEQ, Balsam) (por. Margasiński, 2019)

2.3 Badania nad stresem mniejszościowym w Polsce

Warto zauważyć, że historia polskich badań nad interesującym nas zjawiskiem jest, co nie dziwi, niepomernie uboższa (Izdebski, 2012). Jeśli pominiemy publicystyczną pozycję pod redakcją Sypniewskiego i Warkockiego (2004), to pierwszą pracą, według wiedzy piszącego niniejsze słowa, dotyczącą wyłącznie MS jest artykuł w „Psychiatrii Polskiej” autorstwa Grabskiego, Iniewicza i Mijasa (2012). Natomiast pierwszą i jak dotąd jedyną polską monografią poświęconą modelowi Meyera jest praca Iniewicza (2015), która zawiera także raport z badań własnych autora oraz propozycję modyfikacji wyjściowego modelu. Pozycja ta opublikowana w 2015 roku i naukowe zainteresowania Iniewicza pracującego w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego były impulsem do powstania na tejże uczelni serii w większości niepublikowanych prac magisterskich z psychologii stresu mniejszościowego i jego korelatów.

Wspomniane powyżej badania były ilościowe, wewnątrzgrupowe przeprowadzone wśród mężczyzn i kobiet biseksualnych ($N=62$) i homoseksualnych ($N=206$). Zastosowano w nich m.in. skalę SMS (*The Sexual Minority Stress Scale*), która mierzy czynniki stresu mniejszościowego zgodnie z modelem Meyera². Badanie pokazało m.in. korelacje między oczekiwaniem odrzucenia a lękiem jako stanem i depresją u mężczyzn homoseksualnych (Iniewicz, 2015). Przynależność do społeczności mniejszościowej pełniła w tej grupie funkcję moderatora, który uruchamia (wzmacnia) wpływ zinternalizowanej homofobii na depresję i lęk

² W badaniu zastosowano też takie narzędzia, jak: Kwestionariusz CES-D (do pomiaru depresji), Kwestionariusz STAI (do pomiaru lęku jako stanu i cechy) (Iniewicz, 2015, s. 156); Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) (do pomiaru czynnika chroniącego – prężności) (Iniewicz, 2015, s. 159), i w końcu Skalę Poczucia Przynależności i Skalę Tożsamości (do pomiaru relacji ze społecznością mniejszościową) (Iniewicz, 2015, s. 153, 281).



jako stan w(Iniewicz, 2015). Prężność natomiast okazała się moderatorem, który likwiduje (chroni) wpływ oczekiwań odrzucenia na depresję u biseksualnych kobiet (Iniewicz, 2015).

Szczególne miejsce, z uwagi na tematykę niniejszej pracy, zajmuje badanie adaptacyjne DHEQ przeprowadzone przez Mijas i Koziarę (2020), które było kluczowe dla dalszej operacjonalizacji modelu MS na gruncie polskim. O ile szczegółowo omówimy je w części pracy poświęconej narzędziom wykorzystanym w badaniu autorskim, w tym miejscu warto zwrócić uwagę na wnioski ogólne płynące z walidacji kwestionariusza. Wspomniane autorki stwierdziły, że *Kwestionariusz Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu* może być z powodzeniem stosowany w badaniach prowadzonych wśród osób LGBTQ+ w Polsce, jednak, biorąc pod uwagę specyfikę polskiego kontekstu społecznego i demograficznego badanej próby, zaleciły ostrożność w interpretacji wyników w obrębie niektórych czynników (zwłaszcza tych o słabszych właściwościach psychometrycznych lub niskiej liczebności, jak „Rodzicielstwo”), (Mijas , Koziara, 2020, s. 149, 150).

Ostatnie polskie badanie, ilościowe i korelacyjne, oparte na ankiecie online, jakie w tym miejscu przywołamy, miało na celu zbadanie związku między stresem mniejszościowym a objawami depresji (Rogowska , Cisek, 2024). Przeprowadzono je na próbie końcowej 509 osób, które: a) w chwili badania miały co najmniej 18 lat i b) ich tożsamość była inna niż cisplciowa lub heteroseksualna (Rogowska , Cisek, 2024, s. 1002). Badanie to jest dla nas o tyle interesujące, że zastosowano w nim DHEQ jako główne narzędzie badawcze. Na drodze analizy danych uzyskano następujące wyniki:

- 99.80% uczestników zgłosiło co najmniej jedną ekspozycję na stres mniejszościowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
- Średnio respondenci doświadczyli *niepokoju w związku z czterema różnymi doświadczeniami heteroseksizmu* (Rogowska , Cisek, 2024, s. 1002).
- Osoby z podwójnym statusem SGM (np. transplciowe i biseksualne) zgłosiły znacząco wyższy poziom stresu mniejszościowego niż osoby z pojedynczym statusem SGM w zakresie nękania, dyskryminacji, ekspresji płciowej i rodziny pochodzenia (Rogowska , Cisek, 2023, s. 204).
- Trauma Zastępcza (Vicarious trauma) była najczęściej zgłaszanym doświadczeniem (99.80%) (Rogowska , Cisek, 2023, s. 204).

2.4 Międzynarodowe badania nad stresem mniejszościowym

Na tle skromnego dorobku nauki polskiej badania przeprowadzone nad MS w innych krajach wydają się imponujące. Przerasta kompetencje autora wymienić nie tyle wszystkie ale nawet wszystkie najważniejsze analizy poświęcone interesującemu nas tu zjawisku. Z tego też względu w poniższych paragrafach przedstawimy zbiorczą charakterystykę niektórych pozycji, więcej miejsca poświęcając jedynie tym, które wydają się istotne z punktu widzenia tematu niniejszej pracy.

Zdecydowana większość analizowanych badań to badania o charakterze ilościowym (Meyer, 2003; Iniewicz, 2015). Koncentrują się one na konsekwencjach heteroseksizmu i stygmatyzacji dla zdrowia psychicznego, relacji intymnych i zachowań ryzykownych w społecznościach mniejszości seksualnych i płciowych (Meyer, 2003, s. 674–697; Frost, Meyer, 2023, s. 101579). Model stresu mniejszościowego Meyera (1995, 2003) stanowi dominującą ramę teoretyczną dla wszystkich przedstawionych tu badań (Meyer, 2003, s. 674–697; Meyer, 1995, s. 38–56).

O ile w przeszłości stosowano adaptacje narzędzi używanych do mierzenia doświadczeń rasistowskich (Landrine, Klonoff, 1996) lub stygmatyzacji pacjentów psychiatrycznych (Link, 1987), o tyle *współcześnie dominującą metodą pomiaru stresu mniejszościowego w badaniach na świecie są kwestionariusze SMSS oraz DHEQ* (Iniewicz, 2015, s. 183)

Początkowe badania koncentrowały się na populacji lesbijek, gejów i osób biseksualnych. W nowszych ujęciach model MS jest rozszerzany i stosowany do osób transpłciowych (transgender) i osób o różnorodnej tożsamości płciowej (*gender non-conforming people*) (Valentine, Shipherd, 2018), często w ramach szerszej kategorii SGM (*Sexual and Gender Minority*).

Jeśli idzie o wyniki badań to konsekwentnie potwierdzają one silny związek między stresem mniejszościowym a nierównościami w zdrowiu psychicznym (Meyer, 2003b; Pereira, Costa, 2016; Lick, Durso, Johnson, 2013). Korelacje między stresem mniejszościowym a negatywnymi skutkami dla zdrowia przedstawiono w tabeli 3.

Tabel 3: Korelacje między MS a innymi zmiennymi.

Stresor	Korelacja
Zinternalizowana Homofobia	Wyższy poziom lęku i depresji (Szymanski, 2006). Korelacja z gorszą jakością relacji wśród lesbijek, gejów i osób biseksualnych (Frost, Meyer, 2009).



U biseksualnych mężczyzn może być potęgowana przez negatywne poglądy ze strony osób heteroseksualnych i homoseksualnych (Dworkin, 2000; Rust, 1995, 2003b).

Oczekiwanie odrzucenia

Wyższy poziom lęku, depresji i myśli samobójczych.

Może mieć większy wpływ na zdrowie psychiczne niż faktyczne negatywne doświadczenia (Ross, 1985).

Ukrywanie tożsamości (Concealment)

Niższa satysfakcja z życia (Meyer, 1995).

Pochłanianie zasoby poznawcze i energetyczne, co negatywnie wpływa na funkcjonowanie psychiczne i procesy psychoneuroimmunologiczne (Cole i in., 1996; Cole, 2006; Meyer, 1995; Meyer, Dean, 1998).

Wiktyimizacja / Przemoc

Zwiększone ryzyko depresji, zaburzeń lękowych, PTSD (np. PTSD po doznanej przemocy) oraz uzależnień (Meyer, 2003b; Rogers, Ahn 2017).

Wzrost ryzyka myśli samobójczych, szczególnie w przypadku przemocy seksualnej.

U kobiet homoseksualnych depresja może być powodowana głównie realnymi sytuacjami przemocy, a nie zinternalizowaną homofobią (Kite, Whitley, 1996; 2003).

Mikroagresje

Związane z obniżoną samooceną, podwyższonym poziomem stresu (Woodford i in., 2014).

Determinują poziom zinternalizowanej homofobii (Wright, Wegner, 2012).

Związane z nasileniem symptomów depresji oraz większym prawdopodobieństwem upijania się (Blume i in., 2012).

Badania potwierdziły też hipotezę Meyera (2003b) o istnieniu czynników, które mogą moderować lub chronić przed negatywnym wpływem poszczególnych stresorów (por. Koziara i in. 2022). Wykazano bowiem, że:

- Uzyskiwanie wsparcia społecznego (np. od przyjaciół lub partnera/partnerki) i silna identyfikacja z grupą mniejszościową (Kertzner i in., 2009; Frost, Meyer, 2009) zmniejsza poziom MS.



- Stosowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie zmniejsza negatywne efekty stresu mniejszościowego (Meyer, 2003b). Przykładowo, poszukiwanie pomocy i mobilizacja łagodziły konsekwencje mikroagresji i oczekiwania odrzucenia.
- W badaniach par jedнопłciowych stwierdzono, że zaufanie do partnera/partnerki może działać jako bufor niwelujący negatywny wpływ doświadczanej dyskryminacji na satysfakcję ze związku, zwłaszcza przy średnim lub wysokim poziomie zaufania między partnerami (Kamen, Burns, , Beach, 2011).
- Wymiary prężności, takie jak możliwość przystosowania się do nowych warunków, działają jako istotny czynnik chroniący przed konsekwencjami stresu mniejszościowego, obniżając lęk i depresję (Bonanno , Galea, 2007).

Badania populacyjne sugerują, że różne podgrupy w ramach mniejszości LGBTQ+ doświadczają stresu i jego konsekwencji w różnym stopniu (Meyer, 2003b). I tak w populacji osób o orientacji biseksualnej występuje największe ryzyko pojawienia się zaburzeń psychicznych w porównaniu z grupami homoseksualnymi i heteroseksualnymi (Bostwick i in., 2010). Jest to często tłumaczone podwójnym statusem mniejszościowym i zwielokrotnioną marginalizacją, zarówno ze strony większości, jak i społeczności homoseksualnej (Meyer, 2003b). Z kolei stygmatyzacja mężczyzn homoseksualnych jest zazwyczaj większa w porównaniu z kobietami (Bostwick i in., 2010). Mężczyźni homoseksualni mają tendencję do eksternalizacji stresu (uzależnienia, zaburzenia zachowania), podczas gdy kobiety mają tendencję do internalizacji (zaburzenia nastroju) I w końcu, jak pokazują badania, osoby transpłciowe są w największym stopniu narażone na przemoc (bez względu na jej formę), a nonkonformizm płciowy łączy się z większą ekspozycją na dyskryminację, próbami samobójczymi i zachowaniami ryzykownymi, takimi jak nadużywanie alkoholu (Coulter , Rankin).

W kwestii wyników badań nad korelacją pomiędzy MS a szczególnie nas tu interesującymi ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, stwierdzić należy, że wskazują one na istnienie silnego związku pomiędzy tymi dwiema zmiennymi.

Meyer i Dean (1998) rozpoczęli jeszcze w latach osiemdziesiątych badanie longitudinalne na próbie ponad tysiąca mężczyzn z Nowego Jorku. Koncentrowało się na związku między uwewnętrzną homofobią a problemami w relacjach intymnych i zachowaniach seksualnych u mężczyzn. Pokazało ono, że wysoki poziom zinternalizowanej homofobii koreluje z bardzo ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, które zdefiniowano jako seks analny bez użycia prezerwatywy z wieloma partnerami seksualnymi. Mężczyźni z uwewnętrzną homofobią 8.75 razy częściej angażowali się w zachowanie bardzo wysokiego



ryzyka. Badacze sugerowali, że wysoki poziom uwewnętrznionej homofobii prowadzi do problemów w akceptacji własnej seksualności oraz lęku przed zakażeniem HIV. Zwrotnie czynniki te mogą prowokować zachowania unikające (np. nadużywanie alkoholu i narkotyków), które z kolei ułatwiają ryzykowne zachowania seksualne. Późniejsze badania potwierdziły korelacje między uwewnętrzną homofobią a uprawianiem seksu analnego bez użycia prezerwatywy z partnerami, którzy są seropozytywni bądź których status serotoniczny jest nieznany (Johnson i in., 2008 za: Jordan, 2018). Warto zauważyć, że badanie wykazało, iż związek ten był mediowany przez poczucie skuteczności użycia prezerwatywy (*condom self-efficacy*).

W badaniu dotyczącym chemseksu (Rolt, Margetts, 2023; Smith, Tasker, 2017) natomiast stwierdzono, że czynniki istotnie związane z angażowaniem się w tę praktykę to, między innymi, wysoki wynik na skali zinternalizowanej homonegatywności oraz posiadanie większej liczby niezabezpieczonych kontaktów seksualnych. Badanie Dewa i Chaney'a (2005) pokazało, że wyższe wyniki na skali zinternalizowanej homofobii korelowały z większą kompulsywnością seksualną ($\beta=.23, p<.001$). Kompulsywność seksualna natomiast była z kolei związana z zachowaniami seksualnymi wysokiego ryzyka, takimi jak niezabezpieczony seks oralny i analny.

W rozdziale tym staraliśmy się pokazać, że stres mniejszościowy to kluczowy koncept w badaniach nad dyskryminacją osób LGBTQ+, wprowadzony w latach 80. XX wieku. Model Meyera (2003) wyjaśnia jego unikatowość, chroniczność i społeczne uwarunkowanie. Kwestionariusz DHEQ rozszerza i uszczegóławia pomiar MS, przede wszystkim poprzez uwzględnienie nowych stresorów. Badania potwierdzają związek MS z takimi zaburzeniami psychicznymi, jak lęk i depresja, szczególnie u osób z podwójnym statusem mniejszościowym. Wskazują też na korelacje zachodzące między MS, zwłaszcza zinternalizowaną homofobią, a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi.



Rozdział 3

Model podwójnej kontroli hamowania i pobudzenia seksualnego

Model podwójnej kontroli (*Dual Control Model, DCM*) to jedna z najważniejszych koncepcji teoretycznych współczesnej seksuologii. Charakteryzuje go odejście od tradycyjnego, jednowymiarowego ujęcia ludzkiej reaktywności seksualnej, w stronę rozumienia jej jako wyniku stałego współdziałania dwóch przeciwstawnych, przebiegających równolegle procesów: pobudzania i hamowania seksualnego (Bancroft, Janssen, 2000; Kurpisz i in., 2015).

Rozdział niniejszy poświęcony jest przedstawieniu szczegółów tak teoretycznego opracowania modelu jak i jego operacjonalizacji. W końcowej części zreferujemy prowadzone w paradygmacie DCM badania a całość zakończymy krótkim podsumowaniem.

3.1 Podstawy teoretyczne modelu

Model narodził się w Instytucie Kinseya (*Kinsey Institute*) w wyniku prac badawczych prowadzonych przez Bancrofta, Janssena i ich zespół. O ile jego zręby zostały opracowane już w 1995 roku, o tyle publikacja w pełni skonsolidowanego modelu nastąpiła w roku 1996 (Janssen, Bancroft, 1996).

Choć twórcy niekiedy podkreślają jego wyjątkowość (Bancroft, Janssen, 2000), to jednak zrozumiałe jest, że omawiany model nie powstał w naukowej próżni a odkrycie i określenie jego naukowych afiliacji może samo w sobie być interesującym zajęciem. Przekracza jednak tak kompetencje piszącego te słowa jak i ramy tematyczne niniejszej pracy śledzenie oraz analiza wszystkich związków DCM z innymi koncepcjami teoretycznymi, dlatego też ograniczymy się do wskazania jedynie dwóch kluczowych z nich. Są nimi:

- Model Barlowa (1986), który podkreślał rolę lęku i interferencji poznawczej (np. zmartwień o sprawność seksualną) w powstawaniu dysfunkcji seksualnych (Barlow, 1986, za: Janssen, 2011). DCM rozszerzył to ujęcie, uznając, że wcześniejsze modele często traktowały hamowanie jako jedynie "brak pobudzenia" (*lack of excitation*), podczas gdy w rzeczywistości mamy do czynienia z aktywnym mechanizmem hamującym (Bancroft, Janssen, 2000).



- Model podwójnej kontroli Graya (BAS/BIS) jest związany z teorią wrażliwości na wzmocnienia (*behavioral activation system / behavioral inhibition system*), która opisuje ogólne mechanizmy wzajemnej regulacji sił pobudzających (dążenia) i hamujących (unikania) zachowanie (Gray, 1987, za: Janssen , Bancroft, 2007). Różnica między nim a DCM polega na tym, że ten ostatni koncentruje się na mechanizmach specyficznych dla sfery seksualnej, podczas gdy model Graya jest ze swej natury bardziej ogólny i dotyczy zachowania w ogóle.

Warto też zauważyć, że DCM ugruntowany został w badaniach klinicznych i farmakologicznych, które wykazały, że zahamowanie reakcji fizjologicznej, w tym genitalnej (np. erekcji), może nastąpić w wyniku oddziaływania bodźców нефизjologicznych, (Bancroft , Malone, 1995, za: Janssen , Bancroft, 2007).

Rdzeniem DCM są trzy wzajemnie się uzupełniające założenia, które razem tworzą koncepcyjny model neurobiologicznych właściwości jednostki. Najważniejsze z nich, o którym wspomnieliśmy na początku niniejszego rozdziału, głosi, że pobudzenie seksualne i jego efekty wynikają z neurobiologicznych właściwości jednostki, zarówno w sferze pobudzenia, jak i hamowania (Bancroft , Janssen, 2000; Kurpisz, 2016). Innymi słowy, zgodnie z przyjętym modelem, regulacja reakcji seksualnej opiera się na działaniu dwóch autonomicznych, aczkolwiek interakcyjnych mechanizmów neurofizjologicznych: systemu aktywacji (*sexual excitement system, SES*) oraz systemu inhibicji (*sexual inhibition system, SIS*) (Bancroft, 2011). Finalna reakcja seksualna ma być, według DCM, wypadkową przewagi pobudzania nad hamowaniem w danym momencie (Bancroft , Janssen, 2000; Bancroft, 2011; Kurpisz, 2015). Doświadczenie pokazuje nam, że owe reakcje mogą być różne w zależności od kontekstu a przede wszystkim jednostki będącej ich podmiotem. Model więc, i jest to drugie założenie, podkreśla osobniczą zmienność a więc fakt, że ludzie różnią się indywidualną podatnością lub skłonnością (*propensities*) do reagowania pobudzeniem i hamowaniem seksualnym. Same te skłonności należy rozumieć jako względnie stałe cechy psychologiczne (Janssen i in., 2002). Warto w tym miejscu postawić pytanie o czynniki wpływające na kształtowanie się owych cech. Odpowiedź autorów jest dość ostrożna, asekuracyjna; ma postać szeregu hipotez, które, jak sami przyznają, wymagają falsyfikacji. Uznają więc (Bancroft, 2020) że:

- a. cechy psychologiczne i neurofizjologiczne jednostki mają podłoże w genach oraz we wczesnych doświadczeniach rozwojowych (które wpływają na ekspresję genów ale także są procesem uczenia się);
- b. owe psychologiczne i neurofizjologiczne cechy jednostki mediują wpływy środowiskowe i kulturowe na zachowanie seksualne.



Badania prowadzone w ramach DCM sugerują również, że skłonność do hamowania (SIS) jest bardziej stała i w związku z tym może być w dużej mierze dziedziczona. Skłonność natomiast do pobudzania (SES) jest kształtowana w większej mierze przez środowisko oraz procesy poznawcze jednostki. Oczywiście, tak SIS jak i SES pełnią funkcję adaptacyjną dla organizmu. Jest to trzecie założenie DCM o charakterze ewolucyjno-neurobiologicznym. O ile przystosowawcza funkcja SES nie budzi wątpliwości, o tyle wyjaśnienia wymaga kwestia adaptacyjnych właściwości SIS. Jeśli zatem hamowanie jest procesem rozpraszania efektów pobudzenia, to tak zdefiniowana neurobiologiczna inhibicja redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia odpowiedzi seksualnej w sytuacji, w której odpowiedź ta byłaby niekorzystna lub niebezpieczna dla przetrwania. Innymi słowy, system hamowania umożliwia organizmowi koncentrowanie się na innych ważnych sferach życia a jego brak lub nieprawidłowe działanie mógłby zakłócić radzenie sobie z wymaganiami środowiska (Bancroft, 2011; Bancroft, Janssen, 2000).

Zauważmy zatem, że zaburzenia w zakresie działania SIS i SES mogą być źródłem podatności jednostki na dysfunkcje. Przewaga hamowania przy niskim poziomie pobudzenia predysponuje jednostkę do zaburzeń seksualnych (np. zmniejszonej odpowiedzi seksualnej), podczas gdy nadaktywność systemu pobudzania przy niskim hamowaniu może tłumaczyć podejmowanie impulsywnych czy też ryzykownych zachowań seksualnych (Bancroft, 2004, 2009a, 2009b; Bancroft i in., 2009; Kurpisz, 2016).

3.2 Biologiczne korelaty modelu

Chociaż DCM jest modelem koncepcyjnym, wywodzącym wnioski o strukturze neurofizjologicznej mózgu z obserwowanych zachowań, to jednak liczne badania z użyciem technik neuroobrazowania, w szczególności funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI), dostarczyły dowodów na istnienie neuronalnych korelatów owych mechanizmów. Szczegółowe omówienie tego zagadnienia przekracza zarówno kompetencje autora jak i ramy tematyczne niniejszej pracy. W związku z tym ograniczymy się do krótkiej charakterystyki najważniejszych, naszym zdaniem, korelatów anatomicznych modelu a także neurochemicznego podłoża jego funkcjonowania.

W kwestii pierwszej wskazać należy, że neuronalne korelaty DCM zlokalizowane są w tych strukturach OUN, które wiążą się z kontrolą poznawczą, motywacją i emocjami. Wymienić to należy:



1. System Pobudzania (SES) – aktywacja związana z SES obejmuje układy dążenia, motywacji i nagrody (Bancroft, 2011; Kühn , Gallinat, 2011; Pfaus, 2009), w szczególności:
 - a. brzuszną nakrywkę śródmózgowia (VTA) (*ventral tegmental area*), której aktywacja koreluje z SES u kobiet i odgrywa ważną rolę w procesach motywacji i nagrody (Frończuk, 2022; Stoléro , Mouras, 2007);
 - b. prążkowie brzuszne (jądro półleżące), które ulega aktywacji w odpowiedzi na sygnały erotyczne (Georgiadis , Kringelbach, 2012; Poepl i in., 2016).
 - c. jądro ogoniaste (*caudate nucleus*) (Rodriguez i in., 2018)
 - d. przednia wyspa (*anterior insula*) (Rodriguez i in., 2018)
2. System Hamowania (SIS) – jest powiązany z regionami odpowiedzialnymi za wyższe funkcje kontrolne:
 - a. dolna kora czołowa (IFG), której aktywność jest związana ze wskaźnikami SIS/SES (Rodriguez i in., 2018);
 - b. kora oczodołowo-czołowa boczna (OFC), której aktywacja koreluje z wynikami SIS2 (obawy przed konsekwencjami, o czym będzie mowa w dalszej części niniejszego rozdziału). W komponencie poznawczym DCM (klasyfikacja bodźców) aktywuje się prawa boczna OFC (Bancroft, 2011);

Na poziomie biochemicznym, DCM bazuje na przeciwstawnych układach neuroprzekaźnikowych, wśród których wymienić należy dopaminę oraz serotoninę i GABA.

Pierwszy z wymienionych odpowiada za wzrost pożądania oraz zadowolenie z kontaktów seksualnych (poprzez przekaznictwo w jądrze półleżącym), co związane jest z aktywacją mezolimbicznego szlaku dopaminergicznego (układu nagrody) (Georgiadis, Kringelbach, 2012; Poepl i in., 2016; Suchanecka, 2013; Vetulani, 2012). Warto zauważyć, że nie jest on jedynym elementem biochemicznym odpowiedzialnym za funkcjonowanie SES. Frończuk (2022), Bancroft (2011) oraz Jakima i Lew-Starowicz (2010) wskazują na testosteron oraz m.in. glutaminian, które wpływają na regulację pobudzenia (Frończuk, 2022). Przeciwnie do tego ostatniego działanie ma GABA, który hamuje uczucie seksualnego pobudzenia (Frończuk, 2022). Badania eksperymentalne na gryzoniach dostarczyły dowodów na inhibitoryjne działanie GABA na erekcję (Bitran i in., 1989, za: Bancroft, 2011). Supresyjne oddziaływanie serotoniny na reaktywność seksualną wiąże się z obecnością tego neuroprzekaźnika w strukturach bocznego podwzgórza (Bancroft, 2011). Należy również odnotować, że nasilona transmisja serotonergiczna koreluje z występowaniem dysfunkcji związanych z ejakulacją w populacji męskiej (Jakima , Lew-Starowicz, 2010).



3.3 Narzędzie pomiaru i współczesne badania nad mechanizmem podwójnej kontroli

Psychometrycznym narzędziem do pomiaru tendencji do pobudzania i hamowania seksualnego zgodnie z założeniami DCM jest Kwestionariusz Skal Pobudzania i Hamowania Seksualnego (ang.: *Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales (SIS/SES)*) (Janssen i in., 2002a; Janssen i in., 2002b; Kurpisz i in., 2015; Nowosielski i in., 2021; Rodriguez-Nieto i in., 2019). Narzędzie to, które pierwotnie zostało zaprojektowane do badania mężczyzn (Kurpisz i in., 2015; Janssen i in., 2002), w wersji oryginalnej składa się z 45 pozycji testowych (Janssen i in., 2002; Janssen, Bancroft, 2007; Kurpisz i in., 2015; Rodriguez-Nieto i in., 2019; Bancroft i in., 2009; Stoléru i in., 2003). Odnoszą się one do trzech czynników wyższego rzędu, jakie wyodrębniono na drodze eksploracyjnej analizy czynnikowej (Janssen i in., 2002a; Hodgson i in., 2015; Janssen i in., 2002). Pierwszym z tych czynników jest, co nie zaskakuje, skala pobudzania seksualnego, która mierzy ogólną skłonność do aktywacji seksualnej i łatwość jej uzyskiwania w odpowiedzi na różnorodne bodźce (Kurpisz i in., 2015; Nowosielski i in., 2020). Składa się ona z 20 pozycji (Bancroft i in., 2009; Nowosielski i in., 2021), z których 9 dotyczy interakcji społecznych, 4 pozycje odnoszą się do bodźców wizualnych, kolejne 4 do fantazjowania a 3 pozycje do reagowania podnieceniem na niespecyficzne bodźce (Kurpisz, 2015; Hodgson i in., 2015).

Wynikiem prac nad kwestionariuszem było wyodrębnienie dwóch niezależnych czynników hamowania: SIS1 i SIS2 (Kurpisz i in., 2015; Janssen i in., 2002; Bancroft, Janssen, 2000; Bancroft i in., 2009; Janssen i in., 2002a). Choć wyróżnienie tych dwóch skal wydaje się *primo facie* zaskakujące, to jednak bliższa analiza DCM oraz wyciągnięcie płynących z niego logicznych związków pokazują, że skale owe są konsekwencją przyjętych w modelu założeń. Skoro bowiem hamowanie jest procesem adaptacyjnym, który redukuje reakcję seksualną w celu unikania lub redukcji zagrożenia (Bancroft, Janssen, 2000; Janssen i in., 2002; Bancroft i in., 2009; Stoléru i in., 2003; Nowosielski i in., 2021), to odpowiedź tego systemu musi być dostosowana do typu zagrożenia. Przyjętym przez autorów w wyniku analizy czynnikowej podziałem rodzajów zagrożeń, które prowadzą do aktywnej inhibicji seksualnej, jest dualistyczny model wyróżniający zagrożenia wewnętrzne (SIS1) oraz zewnętrzne (SIS2).

SIS1 odnosi się do hamowania wynikającego z wewnętrznych obaw intrapersonalnych i dotyczy zagrożenia niepowodzeniem w realizacji potrzeb seksualnych (Janssen i in., 2002; Bancroft, Janssen, 2000; Hodgson i in., 2015). Obejmuje ono hamowanie pobudzenia z powodu rozproszenia uwagi, braku stymulacji fizycznej, obawy o własną sprawność seksualną (erekcję u mężczyzn) lub lęku przed niesprostaniem oczekiwaniom partnera (Rodriguez-Nieto i in., 2019; Kurpisz, 2015; Janssen i in., 2002a). SIS1 interpretuje się jako bazowy próg



hamowania, który organizm musi przełamać, by w ogóle rozpocząć reakcję seksualną (Kurpisz, 2016). Odpowiada on wyjściowemu poziomowi inhibicji, gdy organizm nie jest aktywnie stymulowany bodźcem seksualnym (Bancroft, Janssen, 2000; Kurpisz i in., 2015). Aby odpowiedź seksualna mogła w ogóle zaistnieć, a następnie, aby nie została zakłócona (Kurpisz, 2015; Bancroft, 2011), poziom ten musi zostać przekroczony lub aktywnie obniżony. Wysoki wynik na SIS1 wskazuje na powtarzający się brak zaufania do własnych możliwości prawidłowego reagowania w sytuacji seksualnej (Bancroft, Janssen, 2000; Kurpisz, 2015) i stąd wiąże się ze zwiększoną podatnością na dysfunkcje seksualne (Nowosielski i in., 2021; Bancroft i in., 2005).

SIS1 zawiera 14 pozycji (Semenyna i in., 2024), które dotyczą łatwości utraty pobudzenia/erekcji (8 pozycji), obaw związanych z interakcją z partnerem (3 pozycje) oraz obaw dotyczących kontekstu seksualnego i dystraktorów zewnętrznych (3 pozycje) (Kurpisz, 2015; Hodgson i in., 2015).

SIS2 obejmuje hamowanie wynikające z zewnętrznych zagrożeń interpersonalnych lub środowiskowych, czyli groźby negatywnych konsekwencji spełnienia seksualnego (Janssen i in., 2002; Bancroft, Janssen, 2000; Hodgson i in., 2015). Zagrożenia te to: choroby (w tym choroby weneryczne oraz AIDS), niechciana ciąża, bycie przyłapanym (widzianym lub słyszonym) podczas realizacji aktu seksualnego, naruszenie norm moralnych lub ból (Kurpisz, 2015; Janssen i in., 2002a; Bancroft, 2011; Janssen i in., 2002). SIS2 zatem mierzy reaktywność systemu hamującego na postrzegane, aktualnie istniejące zagrożenie (Kurpisz i in., 2015; Bancroft, Janssen, 2000). Niski wynik na tej skali (w połączeniu z wysokim SES) jest silnie związany z większym prawdopodobieństwem podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, co tłumaczone jest słabą bądź bardzo słabą obawą przed konsekwencjami (Nowosielski i in., 2021; Bancroft i in., 2003).

Na koniec warto zauważyć, że obydwie skale wykazały się różną trafnością kliniczną (SIS1 silniej wiąże się z dysfunkcjami, SIS2 z zachowaniami ryzykownymi) a także okazały się być względnie niezależne (Janssen i in., 2002; Bancroft i in., 2009; Nowosielski i in., 2021).

SIS2 zawiera 11 pozycji (Semenyna i in., 2024), z których 4 dotyczą obaw przed byciem "przyłapanym", 3 negatywnych konsekwencji seksu a 4 pozycje odnoszą się do bólu lub łamania norm moralnych i wartości (Kurpisz, 2015; Hodgson i in., 2015).

Kwestionariusz wykorzystuje czteropunktową skalę Likerta (od 1 – *zdecydowanie się nie zgadzam* do 4 – *zdecydowanie się zgadzam*) (Rodriguez-Nieto i in., 2019; Semenyna i in., 2024; Janssen i in., 2002; Hodgson i in., 2015). Surowe wyniki są przetwarzane (odwracane),



tak aby wyższy wynik oznaczał wyższą skłonność do pobudzenia lub hamowania (Rodriguez-Nieto i in., 2019; Janssen i in., 2002).

Choć DCM w intencji jego twórców miał służyć jako podstawa koncepcyjna dla nowego podejścia do leczenia dysfunkcji, problemów seksualnych oraz jako rama teoretyczna do prowadzenia badań, przyznać należy, że przynajmniej w tym ostatnim obszarze jego wykorzystanie nie wydaje się imponujące.

Pomijając badania psychometrycznych właściwości kwestionariusza, wśród prac wykorzystujących sam kwestionariusz i / lub odnoszących się do DCM jako ramy teoretycznej wymienić należy: badanie zaburzeń seksualnych u mężczyzn z zespołem zależności alkoholowej (Frończuk, 2022), badania DCM nad zachowaniami ryzykownymi w grupie MSM (w kontekście chemseksu) (Obarska, 2021), badanie impulsywności i przetwarzania emocji u sprawców przestępstw seksualnych (Krasowska, 2015), wpływ czynników genetycznych i środowiskowych na pobudzanie (SES) i hamowanie seksualne (SIS1, SIS2) (Varjonen i wsp., 2007), weryfikacja różnic i zależności w poziomie pobudliwości seksualnej, impulsywności, agresji i motywacjach seksualnych między mężczyznami o różnej orientacji seksualnej (Rymarczyk, 2024). W tym miejscu ograniczymy się jedynie do wskazania tych wykrytych w badaniach korelacji, które wydają się istotne z punktu widzenia tematu niniejszej pracy. I tak:

- Na hamowanie reakcji seksualnych (SIS1 i SIS2) istotny wpływ mają czynniki genetyczne, podczas gdy pobudzenie seksualne (SES) w znacznej mierze wydaje się być pod wpływem czynników środowiskowych (Varjonen i wsp., 2007; Kurpisz, 2016).
- Sprawcy przestępstw seksualnych charakteryzowali się wyższą impulsywnością behawioralną. Dłuższy czas hamowania reakcji był istotnym predyktorem przynależności do tej właśnie grupy przestępców (Krasowska, 2015).
- Wyższe wyniki SES wiązały się z większym ryzykiem podejmowania kontaktów seksualnych poza związkiem i większą liczbą partnerów seksualnych (Obarska, 2021).
- Wyższy wynik SIS1 (brak zaufania do własnych możliwości seksualnych/obawa przed utratą erekcji) wiązał się z większym ryzykiem podejmowania kontaktów seksualnych bez prezerwatywy (Obarska, 2021).
- Niskie wyniki SIS2 (obawy przed konsekwencjami) i wysokie SES były związane z większym prawdopodobieństwem podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (Obarska, 2021).
- Dysregulacja DCM (wysokie SES i/lub niskie SIS2) jest czynnikiem prowadzącym do ryzykownych zachowań (Obarska, 2021).

Jak widać, nieliczne badania empiryczne pokazały korelacje zachodzące między skalami kwestionariusza a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, potwierdzając tym samym przydatność stosowania DCM jako ramy teoretycznej do badań nad tym właśnie typem zachowań. Wydaje się jednak, że możliwości DCM w tym zakresie nie zostały jak dotąd w pełni wykorzystane. Jest to tym ciekawsze, że już w 2000 roku Bancroft (2000) nakreślił możliwe związki DCM z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Koncepcja ryzyka seksualnego, do której odwołuje się wspomniany autor zakłada istnienie trzech głównych czynników mediujących zarządzanie ryzykiem:

1. wzbudzenie seksualne (*sexual arousal*),
2. nastrój (*mood*),
3. władza/kontrola (*power/control*) w związku.

Związek między DCM a tymi czynnikami polega na tym, że wzbudzenie seksualne jest traktowane jako mechanizm, który może zakłócać racjonalne zarządzanie ryzykiem. Gdy seksualne wzbudzenie jest wysokie, jednostka może doświadczać natychmiastowej nagrody (przyjemności) kosztem odroczenia lub utraty kontroli nad kalkulacją ryzyka i korzyści. Zdolność jednostki do odczuwania i utrzymywania wzbudzenia oraz do jego hamowania (czyli jej indywidualna wariancja w DCM) bezpośrednio wpływa na rolę wzbudzenia seksualnego jako regulatora nastroju i ryzyka. Innymi słowy, wzbudzenie seksualne jest uznawane przez Bancrofta za kluczowy czynnik zakłócający (lub mediator) w procesie zarządzania ryzykiem (*risk management*).

Jak staraliśmy się pokazać DCM nie tylko jest jedną z kluczowych koncepcji wyjaśniających reaktywność seksualną w seksuologii, ale także doskonałą ramą teoretyczną do analizy ryzykownych zachowań seksualnych; ramą, dodajmy, której pełny potencjał jak dotąd nie został wykorzystany. Jednocześnie, skonstruowany kwestionariusz SES/SIS, który operacjonalizuje wspomniany model, wydaje się odpowiednim narzędziem do badań nad interesującym nas tu zjawiskiem. Dotychczasowe badania z jego użyciem wykazały, że wyższe wyniki w skali SES wiążą się z większą liczbą partnerów i kontaktów poza związkiem, podczas gdy wysokie wyniki na skali SIS1 korelują z ryzykiem seksu bez prezerwatywy. Dysregulacja DCM (wysokie SES i/lub niskie SIS2) jest natomiast czynnikiem prowadzącym do ryzykownych zachowań seksualnych.



Rozdział 4

Problem badawczy, hipotezy i opis procedury badawczej

Ramy teoretyczne badań korelacyjnych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wyznaczają trzy konstrukty, które staraliśmy się opisać w poprzednich rozdziałach:

- ryzykowne zachowania seksualne;
- stres mniejszościowy - model Meyera (2003) rozwinięty przez Balsam i współpracowników (2013);
- model podwójnej kontroli hamowania i pobudzenia seksualnego (Bancroft, Janssen, 2000).

O ile korelacje między ryzykownymi zachowaniami seksualnymi a stresem mniejszościowym były przedmiotem badań od momentu sformułowania przez Meyera jego koncepcji a korelacje między mechanizmem podwójnej kontroli a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi nie tylko doczekały się weryfikacji empirycznej, ale również były zakładane w ramach samego modelu teoretycznego, o tyle korelacje między stresem mniejszościowym, mechanizmem pobudzenia / hamowania a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi nie były, o ile mi wiadomo, do tej pory badane. Dodatkowo, jak pokazaliśmy to w naszych dotychczasowych rozważaniach, w Polsce badania nad związkami między stresem mniejszościowym a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi w grupie MSM nie były dotychczas, o ile wiem, przedmiotem zainteresowania naukowego. Podobnie rzecz się ma z modelem podwójnej kontroli, którym zainteresowanie jako takim w nauce polskiej było relatywnie niskie, jak i korelacji między mechanizmem hamowania / pobudzenia seksualnego a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi.

Biorąc pod uwagę zidentyfikowane luki badawcze, w badaniu postawiono następujące pytania:

1. Pytanie o związek stresu mniejszościowego z zachowaniami ryzykownymi:

Czy istnieje związek między poziomem stresu mniejszościowego oraz jego wymiarami: wiktymizacją, czujnością, wyobcowaniem, stygmatyzacją HIV/AIDS, traumą zastępczą, problemami z rodziną, a częstotliwością podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych?



2. Pytanie o związek temperamentu seksualnego z zachowaniami ryzykownymi:

Czy poziom pobudliwości seksualnej (SES) oraz hamowania seksualnego (SIS – lęk przed porażką i lęk przed zagrożeniem zewnętrznym) wiąże się istotnie z częstotliwością podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych?

3. Pytania o mechanizm mediacyjny:

Czy pobudliwość seksualna oraz hamowanie z powodu lęku przed zagrożeniem zewnętrznym pełnią funkcję mediatorów w relacji między poziomem stresu mniejszościowego a częstotliwością uprawiania seksu bez prezerwatywy? Czy ryzykowne zachowania seksualne stanowią nieadaptacyjną strategię radzenia sobie z napięciem wynikającym z życia w heteronormatywnym społeczeństwie? W jaki sposób indywidualna konstrukcja neurofizjologiczna (profil SES/SIS) modyfikuje reakcje na stresory środowiskowe?

W badaniu postawiliśmy oraz dokonaliśmy weryfikacji następujących hipotez badawczych:

1. Hipoteza dotyczące stresu mniejszościowego:

- H1: Wyższy poziom stresu mniejszościowego koreluje dodatnio z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych w postaci:
 - seksu bez prezerwatywy;
 - seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
 - cyberseksu;
 - oglądania pornografii.

2. Hipotezy dotyczące Modelu Podwójnej Kontroli:

- H2a (pobudzenie): Wyższy poziom pobudzenia seksualnego (SES) jest predyktorem podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, w szczególności:
 - seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
 - częstszego uprawiania seksu bez prezerwatywy;
 - chemseksu;
 - oglądaniem pornografii.
- H2b (hamowanie): Niższy poziom hamowania wynikający z obawy przed konsekwencjami (SIS2) wiąże się z częstszym podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych, w szczególności z:



- częstszym uprawianiem seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
- częstszym uprawianiem seksu bez prezerwatywy;
- chemseksu;
- oglądaniem pornografii.

3. Hipotezy dotyczące zmiennych pośredniczących (model mediacyjny):

- H3a: Poziom pobudliwości seksualnej (SES) pełni rolę mediatora w związku między stresem mniejszościowym a
 - częstszym uprawianiem seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
 - częstszym uprawianiem seksu bez prezerwatywy;
 - chemseksu;
 - oglądaniem pornografii.
 - cyberseksem.
- H3b: Poziom hamowania seksualnego wynikającego z obawy o konsekwencje (SIS2) pośredniczy w związku między stresem mniejszościowym a
 - częstszym uprawianiem seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
 - częstszym uprawianiem seksu bez prezerwatywy;
 - chemseksu;
 - oglądaniem pornografii.

Hipoteza dotycząca stresu mniejszościowego (H1) wynika z założeń teorii Meyera (2003) oraz modelu mediacji psychologicznej (Hatzenbuehler, 2009) omówionych w rozdziale drugim, które wskazują, że chroniczny stres spowodowany stygmatyzacją prowadzi do rozwoju dezadaptacyjnych strategii radzenia sobie i dysregulacji emocjonalnej. W szczególności wykazano, że wysoki poziom zinternalizowanej homofobii (jako proksymalnego stresora mniejszościowego) jest skorelowany z rzadszym stosowaniem prezerwatyw oraz częstszym podejmowaniem seksu analnego bez zabezpieczenia (Kashubeck-West, Szymanski, 2008). Ponadto, jak sugerują badania, stres mniejszościowy obniża samoocenę i poczucie własnej wartości, co może osłabiać motywację do ochrony zdrowia własnego i partnera, prowadząc do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (Williamson, 2000). Dodatkowo, stygmatyzacja związana z HIV / AIDS oraz lęk przed odrzuceniem utrudniają komunikację z partnerami na temat ich statusu serologicznego, co zwiększa prawdopodobieństwo kontaktów



seksualnych z osobami o nieznanym statusie (Mimiaga i in., 2009). Osobom należącym do mniejszości seksualnych często internet służy jako przestrzeń do bezpiecznego odkrywania swojej tożsamości bez narażania się na bezpośrednią dyskryminację, co sprzyja angażowaniu się w cyberseks (Boonmongkon i in., 2013). Natomiast pornografia i aktywność seksualna online służą jako silne dystraktory, które pozwalają na chwilowe odcięcie się od stresu, lęku i poczucia pustki wynikającego z izolacji społecznej (Gola i in., 2018).

Hipotezy 2a i 2b, są oparte są na teorii Bancrofta, która wskazuje, że silne pobudzenie seksualne oraz obniżona reakcja mechanizmu hamowania może zakłócać procesy poznawcze i ocenę ryzyka, prowadząc do tzw. "krótkowzroczności seksualnej" (*sexual myopia*), kiedy to natychmiastowa nagroda dominuje nad odroczonymi konsekwencjami (Bancroft, 2009; Gola, 2024). Wynik na skali SES wiąże się z łatwością ulegania pobudzeniu seksualnemu i tendencją do jego wzrostu pod wpływem bodźców (Kurpisz, 2016). Skala SIS2 natomiast odzwierciedla "hamowanie reaktywne", czyli zdolność do wygaszenia podniecenia w obliczu zewnętrznych zagrożeń, takich jak ryzyko niechcianej ciąży, choroby czy konsekwencji społecznych (Kurpisz, 2016; Bancroft i in., 2009).

W przypadku hipotez mediacyjnych zaznaczyć należy, że nie były one przedmiotem analizy empirycznej ani też nie były wysuwane wprost jako propozycja teoretyczna w żadnej znanej autorowi pracy naukowej. Ich sformułowanie w ramach niniejszego badania opiera się na próbach zestawienia trzech przedstawionych w rozdziałach poprzednich koncepcji i ustaleniu korelacji (bądź ich braku), jakie zachodzą między proponowanymi przez nie konstruktami.

W procedurze badawczej jednym z zasadniczych kroków był odpowiedni dobór badanej próby. W tym względzie podążyliśmy za Iniewiczem (2016), rezygnując z doboru grupy kontrolnej. Decyzja ta podjęta była przede wszystkim z uwagi na cel niniejszego badania, którym jest zbadanie procesów unikalnych dla mężczyzn nieheteronormatywnych (Meyer, 2003). Ponadto, jak zauważył Iniewicz (2016), dobór próby kontrolnej w kontekście badań osób nieheteronormatywnych stwarzałby istotne problemy metodologiczne. Jak bowiem zidentyfikować ekwiwalent stresu mniejszościowego - zjawiska typowego dla mniejszości seksualnych - w populacji osób heteronormatywnych? Porównywanie z jakąkolwiek grupą kontrolną mogłoby więc zacierać istotne, a wynikające z modyfikacji przez stygmatyzację procesów psychologicznych, korelacje zachodzące wewnątrz interesującej nas tu populacji (Hatzenbuehler, 2009; Semlyen, Rohleder, 2023).



W kontekście doboru próby zdefiniować należy także kryterium nieheteronormatywności / orientacji nieheteronormatywnej zastosowanej w badaniu. Rozumiemy je jako konstrukt opisujący osoby odczuwające pociąg emocjonalny, romantyczny, seksualny lub uczuciowy do jednostek tej samej płci lub więcej niż jednej płci. Odróżnia je to od normatywnego wzorca heteroseksualnego. W literaturze przedmiotu termin ten często stosuje się wymiennie z pojęciem mniejszości seksualnych lub parasolowym określeniem LGBTQ i obejmuje on takie wymiary jak: tożsamość seksualna, pociąg seksualny i zachowanie seksualne. Zaznaczyć trzeba, że często spotykany jest brak spójności między tożsamością a zachowaniem. Zgodnie ze współczesną praktyką badawczą określenie orientacji w badaniu oparliśmy na metodzie samoopisowej. Badani mieli wskazać w kwestionariuszu, jak siebie postrzegają. Mieli do wyboru pięć odpowiedzi: osobę heteroseksualną, osobę homoseksualną, osobę biseksualną, osobę aseksualną oraz odpowiedź „inna / nie chcę odpowiadać”.

Populacja osób nieheteronormatywnych uznawana jest za trudno dostępną lub „ukrytą”, co wynika z utrzymującej się nadal, zwłaszcza poza środowiskiem wielkomiejskim, stygmatyzacji zachowań homoseksualnych (Choi i in., 2025; Ye, Giri, 2018). W związku z tym tradycyjny dobór losowy jest praktycznie niemożliwy a najbardziej efektywnymi metodami dotarcia do respondentów są techniki nielosowe (*op.cit.*). Biorąc pod uwagę powyższe, pozyskiwanie osób do badania odbywało się:

- a. metodą kuli śnieżnej;
- b. za pośrednictwem ogłoszeń o badaniu wraz z hyperlinkiem do kwestionariuszy zamieszczanych na grupach na Facebooku zrzeszających mężczyzn nieheteronormatywnych;
- c. za pośrednictwem ogłoszeń o badaniu wraz z hyperlinkiem do kwestionariuszy na grupach zrzeszających mężczyzn nieheteronormatywnych na komunikatorze “Messenger”.

Tak zrekrutowani respondenci wypełniali kwestionariusz utworzony w google forms i dostępny on-line. Rekrutacja do badania odbywała się od 1 czerwca do 17 grudnia 2025 roku. Ogłoszenia o badaniu wraz z hyperlinkami umieszczane były w w./w. grupach średnio raz na miesiąc.

Zaznaczyć należy, że choć, jak wspomniano, takie techniki doboru próby ułatwiają dotarcie do respondentów, którzy w innych okolicznościach nie wzięliby udziału w badaniu, to



jednak niosą ze sobą ryzyko, które trzeba uwzględnić przy interpretacji pozyskanych danych. Najistotniejsze z nich związane jest z tym, że populacja użytkowników internetu różni się od populacji ogólnej, co uniemożliwia proste uogólnianie wyników na całe społeczeństwo. W związku z tym osoby niemające dostępu do sieci lub nie korzystające z mediów społecznościowych będą pominięte w badaniu.



Rozdział 5

Opis osób badanych oraz narzędzi

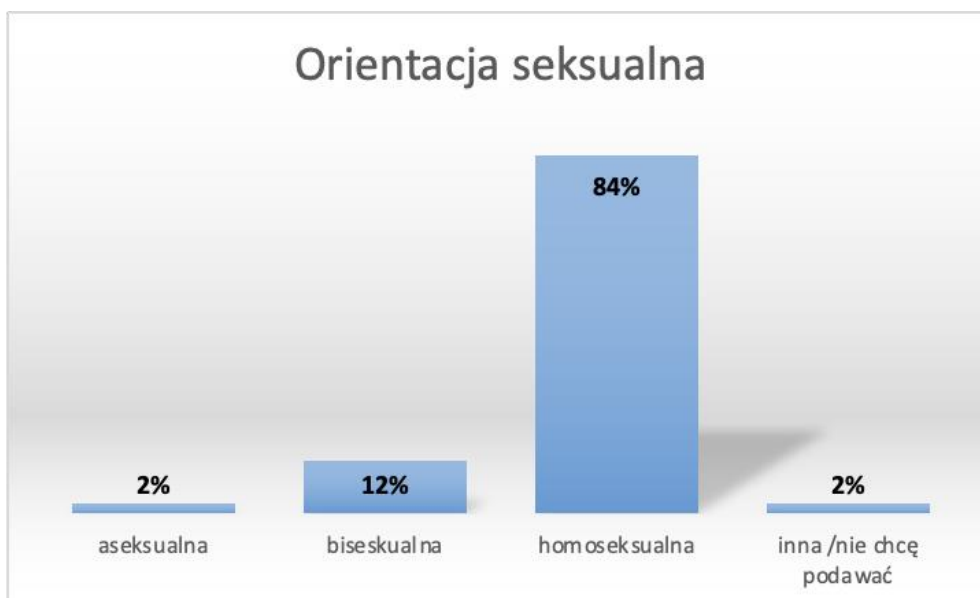
5.1 Opis osób badanych

W badaniu łącznie wzięło udział 126 osób. Z wypełnionych 126 ankiet po wstępnej analizie odrzucono 34 ankiety z uwagi na to, że:

- 19 ankiet zostało wypełnionych jedynie częściowo;
- 12 ankiet zostało wypełnionych przez mężczyzn określających się jako osoby heteroseksualne;
- 3 ankiety zostały wypełnione przez osoby określające swoją płeć jako żeńską.

Dalszej analizie poddano 92 ankiety (N=92). Były one wypełnione przez mężczyzn, z których 84% identyfikowało się jako osoby homoseksualne, 12% jako osoby biseksualne, 2% jako aseksualne a 2% respondentów wybrało odpowiedź “inna / nie chcę podawać”. Na uwagę zasługuje więc względna homogeniczność grupy w zakresie deklarowanej orientacji seksualnej.

Wykres 1 *Orientacja seksualna badanej grupy*



Analiza struktury wieku (Tabela 4) wskazuje, że badana grupa składała się głównie z młodych dorosłych. Mediana w badanej grupie wynosi 32,00 lata. Średnia wieku natomiast wynosi 33,26 lata (SD=10,17) i jest niższa od średniej wieku w populacji generalnej Polski, która wynosi 42,7 lat. Z drugiej strony, średnia wieku uzyskana w badaniu jest znacząco wyższa

od średniej wieku - 24,62 lata ($SD=7,78$) - uczestników ogólnopolskiego badania przeprowadzonego przez Kampanię Przeciw Homofobii (2021) na dużej próbie ($N=22883$) z wykorzystaniem również ankiet internetowych. Jedną z przyczyn skonstatowanych różnic jest zastosowanie odmiennych kryteriów wieku przy rekrutacji respondentów - dla badania ogólnopolskiego dolna granica wieku wynosiła 13 lat, podczas gdy do naszego badania dopuszczone były jedynie osoby pełnoletnie.

Mimo koncentracji wokół trzeciej dekady życia, próba charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem wiekowym – rozstęp wynosi 50 lat, obejmując osoby od 17 do 67 roku życia. Wskazuje to na udział przedstawicieli różnych pokoleń, z dominacją osób w wieku produkcyjnym.

Tabela 4 Statystyki dotyczące struktury wieku

Statystyki	
N	92
Braki danych	0
Średnia	33,26 lata
Mediana	32,00 lata
Odchylenie standardowe	10,17 lat
Rozstęp	50 lat
Minimum	17 lat
Maksimum	67 lata

Szczególną uwagę zwraca profil społeczno - demograficzny (miejsce zamieszkania, wykształcenie, status zawodowy) badanej grupy. Przeważają bowiem osoby mieszkające w miastach (83 osoby), z których większość (51 osób) mieszka w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców. Procentowy rozkład zmiennej przedstawiony jest na poniższym wykresie.

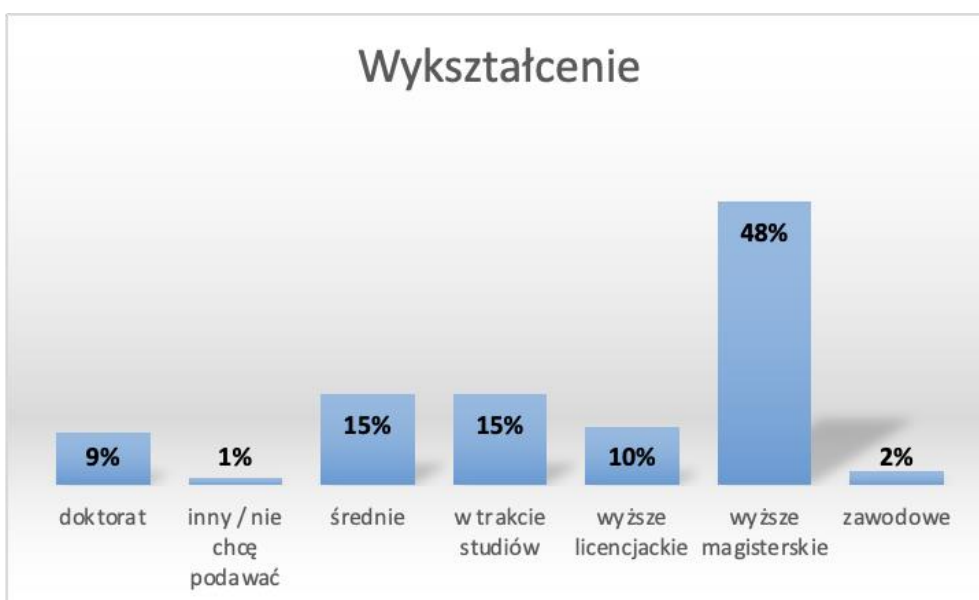


Wykres 2 Rozkład zmiennej "miejsce zamieszkania" w badanej grupie



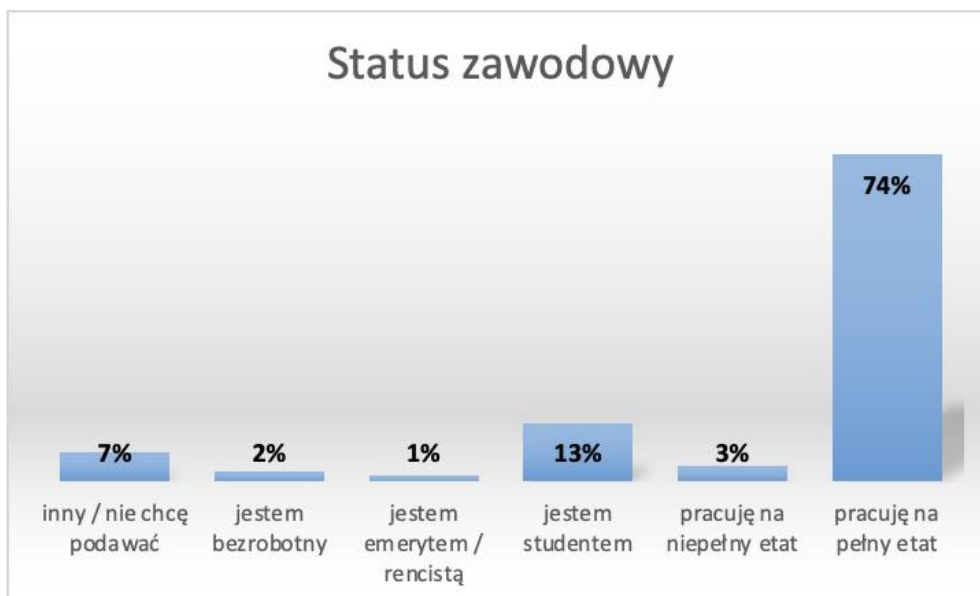
W badanej populacji 53 osoby mają wykształcenie wyższe - magisterskie bądź licencjackie -, 14 osób jest w trakcie studiów i aż 8 osób posiada doktorat. Jedynie 14 osób ma wykształcenie średnie a 2 osoby zadeklarowały wykształcenie zawodowe. Wskazuje to, że zdecydowana większość badanych posiada wysoki kapitał edukacyjny, co może być jednym z czynników tłumaczących relatywnie wysokie wskaźniki w obszarze ochrony zdrowia seksualnego, które omówione zostały w dalszej części niniejszego podrozdziału. Procentowy rozkład danych prezentuje wykres nr 3.

Wykres 3 Rozkład zmiennej "wykształcenie" w badanej grupie



Jak można było przypuszczać, biorąc pod uwagę wiek respondentów, zdecydowana większość, bo aż 68 osób, pracuje na pełny etat a 3 osoby na niepełny etat. 12 osób studiuje (i nie pracuje) a 6 osób zaznaczyło odpowiedź: “inny / nie chcę podawać”. 2 osoby określiły siebie jako bezrobotnych a jedna jest na rencie / emeryturze.

Wykres 4 Rozkład zmiennej “status zawodowy” w badanej grupie



Założyć należy, że tak opisany profil społeczno - demograficzny jest częściowo konsekwencją zastosowanych technik pozyskiwania respondentów, które faworyzują:

- osoby relatywnie młode;
- osoby z **wyższym wykształceniem** oraz uczniów i studentów (Batorski, Olcoń-Kubicka, 2006; Træen i in., 2020);
- **mieszkańców dużych miast i metropolii**, którzy mają statystycznie łatwiejszy dostęp do internetu i częściej z niego korzystają (Batorski, Olcoń-Kubicka, 2006).

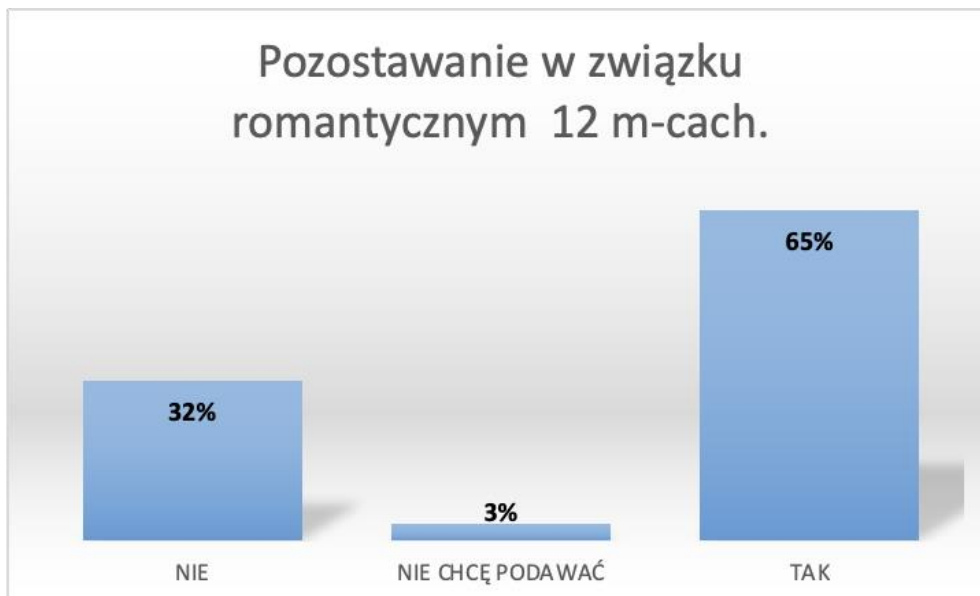
Osobną, szczególnie nas interesującą w kontekście tematyki badania, kategorię tworzą dane na temat relacji partnerskich i zdrowia seksualnego.

Analiza porównawcza danych pokazuje, że wskaźnik osób będących w relacjach romantycznych (65,2%) w badanej próbie jest wyższy niż w raporcie ogólnopolskim (KPH, 2021), gdzie odsetek gejów pozostających w relacjach wynosi 53,6%. Wynika to z odmiennej struktury wieku respondentów, ale także z faktu, że w naszym badaniu pytaliśmy respondentów o pozostawanie w związku romantycznym w ostatnich 12 miesiącach, co jest znacznie szerszą kategorią niż pytanie z raportu KPH (2021), które dotyczyło pozostawania aktualnie w związku



z osobą tej samej płci. Zebrane przez nas dane obejmują więc także osoby, które były w związku w ciągu ostatniego roku, ale go zakończyły, co naturalnie zawyża wynik.

Wykres 5 Rozkład zmiennej “pozostawanie w związku romantycznym” w badanej grupie



Ponadto analiza danych wykazała, że dominującym typem związków są związki niemonogamiczne konsensualne, w których pozostaje 67% respondentów. 23% badanych tworzy związki monogamiczne a 8% związki niemonogamiczne niekonsensualne. 2% pozostaje w związku polifideicznym.

Wykres 6 Rozkład zmiennej “typ związku” w badanej grupie



Jedynymi znanymi autorowi badaniami nad modelami związków romantycznych wśród mężczyzn nieheteronormatywnych w Polsce jest to przeprowadzone przez Mizielińską i współpracowników (2014). Pokazuje ono, że wśród mężczyzn nieheteronormatywnych preferencja do związków otwartych zmienia się wraz z wiekiem. O ile w grupie 18 - 25 lat 85% respondentów wybrało model monogamiczny, o tyle w grupie 31 - 40 lat 62% natomiast w grupie 41 - 50 lat za związkiem monogamicznym opowiedziało się jedynie 45% badanych (*op.cit.*). Analiza statystyczna danych zebranych w niniejszym badaniu nie potwierdza stwierdzonej w badaniu Mizińskiej (*op.cit.*) korelacji między wiekiem a preferowanym typem związku romantycznego w badanej grupie. Średni wiek osób preferujących różne typy związków jest do siebie zbliżony a różnice między grupami są niewielkie i statystycznie nieistotne ($p > 0,05$). Brak statystycznego potwierdzenia wspomnianej zależności może wynikać ze specyfiki doboru małej próby badawczej, ale także może być odzwierciedleniem głębszych przemian kulturowych ostatniej dekady (Stasińska, 2018) w tym popularyzacji alternatywnych modeli relacji romantycznych a także wpływu technologii i profilaktyki zdrowotnej (PrEP/PEP) na egalitaryzację zachowań seksualnych niezależnie od wieku. W tym kontekście warto też zauważyć, że skonstatowany przez Mizielińską efekt wieku może być efektem kohorty, który wydaje się nie mieć zastosowania obecnie, gdzie obserwuje się znaczącą konwergencję międzypokoleniową.

Można przyjąć, że odnotowany w badaniu odsetek osób seropozytywnych (10%) jest zbliżony z szacunkami epidemiologicznymi dla grupy mężczyzn nieheteronormatywnych w Polsce. Choć brak jest precyzyjnych danych dla całej populacji, raporty NIZP PZH – PIB z lat 2022 - 2023 wskazują, że grupa ta stanowi większość (ok. 70% przypadków o znanej etiologii) nowo zdiagnozowanych zakażeń. Badania środowiskowe (np. EMIS) natomiast szacują rozpowszechnienie wirusa w tej społeczności na poziomie kilku-kilkunastu procent, szczególnie w wyższych grupach wiekowych i w dużych ośrodkach miejskich, co odpowiada profilowi demograficznemu badanej próby.



Wykres 7 Rozkład zmiennej "seropozytywność" w badanej grupie



Analiza zachowań profilaktycznych ujawnia wysoki poziom świadomości zdrowotnej badanej grupy. Odsetek osób stosujących profilaktykę przedekspozycyjną (PrEP) wynosi 15% i jest wyższy niż odsetek osób, które kiedykolwiek korzystały z profilaktyki poekspozycyjnej PEP (9%). Nie ma, niestety, danych, z którymi moglibyśmy porównać uzyskany wynik. Szacunki Krajowego Centrum ds. AIDS (2023/2024) mówią, że w całej Polsce PrEP stosuje obecnie około 4,5 – 5 tysięcy osób. Jeśli przyjmiemy ostrożnie, że w Polsce żyje kilkaset tysięcy mężczyzn nieheteronormatywnych, to realny odsetek stosujących PrEP w skali kraju wynosi prawdopodobnie ok. 1–2%. Jeśli zgodzimy się z tymi szacunkami, to uzyskany w badaniu wynik jest znacząco wyższy od średniej krajowej.

W przypadku danych dotyczących PEP jesteśmy w nieco bardziej komfortowej sytuacji, dysponując raportem EMIS-2017 za rok 2017. Wskazuje on na relatywnie niski, bo wynoszący 2% - 3%, wskaźnik stosowania PEP w grupie mężczyzn nieheteronormatywnych w Polsce. Jako główne bariery w stosowaniu terapii poekspozycyjnej badani w badaniu EMIS-02017 wskazywali:

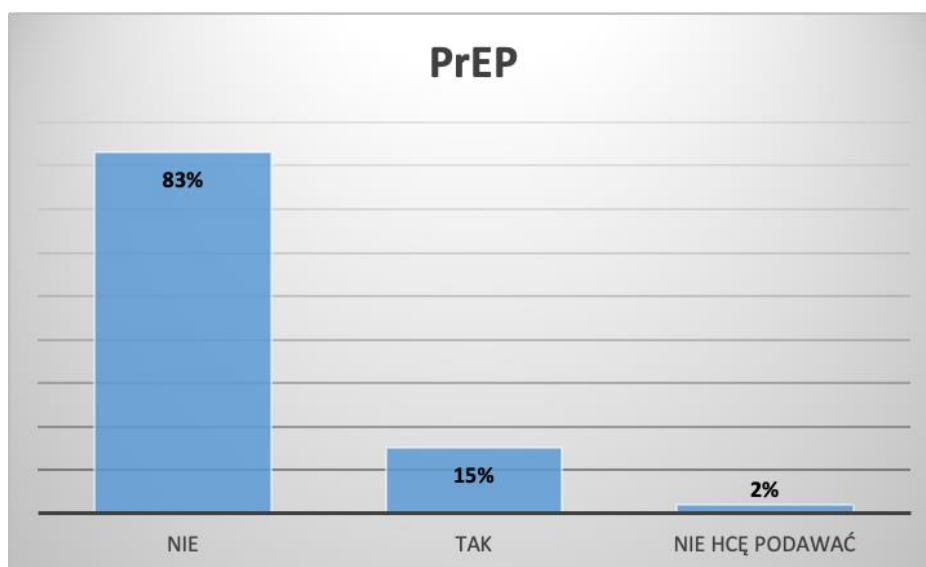
- koszt - w Polsce PEP był i jest w pełni płatny (koszt ok. 1000–1500 zł);
- brak wiedzy lekarzy - respondenci deklarowali trudność w znalezieniu lekarza, który wie, co przepisać i gdzie skierować pacjenta.

Co ciekawe w kontekście uzyskanych w naszym badaniu wyników, omawiany powyżej raport wskazywał, że z PEP korzystali częściej mężczyźni mieszkający w dużych miastach.

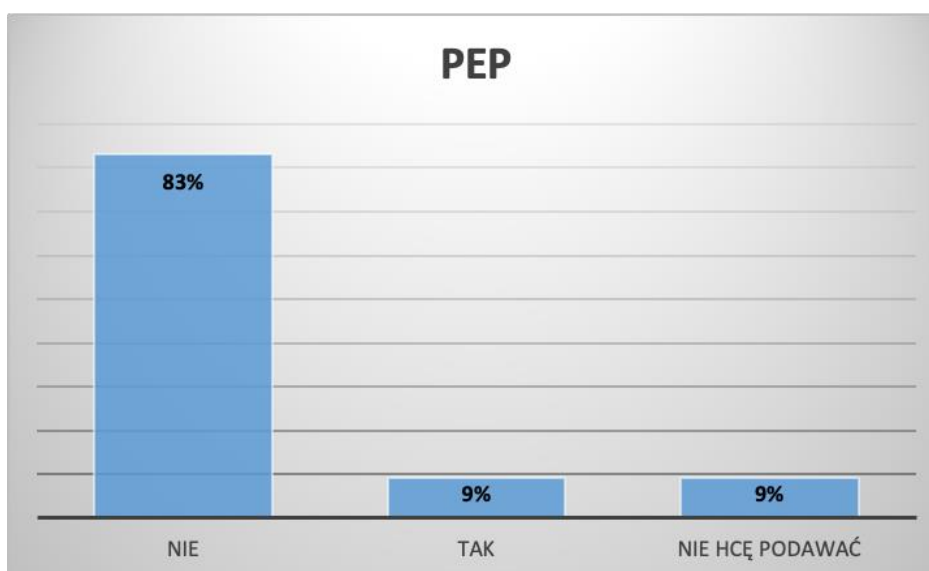


Opisana struktura danych - przewaga PrEP nad PEP - sugeruje, że badani mężczyźni odchodzą od modelu “zarządzania kryzysowego” (interwencja po ryzykownym kontakcie) na rzecz planowanej i systematycznej ochrony zdrowia seksualnego. Relatywnie wysoki odsetek osób stosujących i PrEP i PEP może świadczyć natomiast o medykalizacji życia seksualnego w badanej grupie.

Wykres 8 Rozkład zmiennej “stosowanie PrEP” w badanej grupie



Wykres 9 Rozkład zmiennej “PEP” w badanej grupie



Na podstawie przeprowadzonych analiz można stworzyć spójny profil badanej grupy, która z pewnością nie jest reprezentatywna dla populacji mężczyzn nieheteronormatywnych w Polsce. Stanowi ona bardziej odzwierciedlenie populacji mężczyzn nieheteronormatywnych żyjących w środowisku wielkomiejskim, wysoko wykwalifikowanych, będących w większości

w wieku produkcyjnym (a więc prawdopodobnie o dużym potencjale dochodowym i konsumpcyjnym) członków klasy średniej / wyższej klasy średniej, którzy dysponują dużym kapitałem edukacyjnym. W badanej grupie uwidacznia się tendencja do stabilizacji życiowej poprzez budowanie związków romantycznych opartych nie tylko na modelu związków monogamicznych, co pośrednio może świadczyć o odseparowaniu w praktyce relacji emocjonalnych od seksu. Jednocześnie zauważalna jest w tej grupie postawa prozdrowotna w zakresie zdrowia seksualnego a także pewna medykalizacja życia seksualnego.

5.2 Opis narzędzi wykorzystanych w badaniu

5.2.1 Kwestionariusz codziennych doświadczeń heteroseksizmu

Jak napisano powyżej, do pomiaru stresu mniejszościowego wykorzystano w badaniu polską adaptację *Kwestionariusza codziennych doświadczeń heteroseksizmu* (ang. *Daily Heterosexist Experiences Questionnaire – DHEQ*) (Mijas , Koziara, 2020). Oryginalny kwestionariusz DHEQ został skonstruowany przez Kimberly Balsam i współpracowników (2013). Składa się z 50 itemów i koncentrują się głównie na pomiarze i weryfikacji psychometrycznej stresorów mniejszościowych (dystalnych i proksymalnych) w zróżnicowanych grupach osób LGBT/LGBTQ+. Opiera się on, jak wspomniano w rozdziale 2 niniejszej pracy, na modelu teoretycznym Meyera (2003), którego elementy operacjonalizuje (i rozbudowuje).

Polska adaptacja kwestionariusza została opracowana przez Magdalenę Mijas i Karolinę Koziarę w 2020 roku. Kwestionariusz został przetłumaczony przez cztery osoby, a następnie poddany tłumaczeniu zwrotnemu. Po analizie porównawczej i opracowaniu redakcyjnym dokonano weryfikacji wersji testowej kwestionariusza w celu potwierdzenia jasności zawartych w nim sformułowań oraz zachowania standardów języka włączającego (inkluzywnego).

Kwestionariusz składa się z 50 itemów podzielonych na dziewięć czynników (podskal) (za: Mijas, Koziara, *op.cit.*):

1. Wiktyimizacja – przemoc fizyczna.
2. Napastowanie – nękanie i gorsze traktowanie.
3. Rodzina pochodzenia – odrzucenie ze strony bliskich.
4. Czujność – starania o ukrycie własnej tożsamości (stresor proksymalny).
5. Wyobcowanie – poczucie samotności i alienacji (stresor proksymalny).



6. Ekspresja płciowa – ostracyzm wynikający z nonkonformizmu płciowego.
7. Zastępcza trauma – przeżywanie dyskryminacji dotyczącej inne osoby LGBT.
8. Rodzicielstwo – stygmatyzacja doświadczana przez rodziców LGBT.
9. HIV-stygma – stygmatyzacja związana z HIV.

Zgodnie z procedurą opisaną przez Mijas i Koziarę (2020), badani proszeni są o odniesienie się do sytuacji z ostatniego roku. Taki ramowy czasookres ma na celu zwiększenie trafności pomiaru poprzez redukcję błędów pamięciowych. Specyfika narzędzia polega na tym, że respondent, oceniając każde zdarzenie na 6-stopniowej skali, informuje nie tylko o fakcie wystąpienia dyskryminacji ale także o poziomie towarzyszącego jej dystresu. Wszystkie możliwe odpowiedzi na skali to:

- 0 – nie zdarzyło się to / nie dotyczy mnie to;
- 1 – zdarzyło się to, ale zupełnie się tym nie przejąłem/nie przejęłam;
- 2 – zdarzyło się to i troszkę się tym przejąłem/przejęłam;
- 3 – zdarzyło się to i umiarkowanie się tym przejąłem/przejęłam;
- 4 – zdarzyło się to i mocno się tym przejąłem/przejęłam;
- 5 – zdarzyło się to i bardzo mocno się tym przejąłem/przejęłam

Wyniki końcowe dla każdego czynnika oblicza się poprzez zsumowanie punktów uzyskanych dla każdego z itemów wchodzących w skład danej podskali. W celu uzyskania całościowego obrazu stopnia stresu mniejszościowego sumować należy punkty uzyskane w każdej z podskal. Im wyższy uzyskany wynik, tym większy stres, jakiego doświadcza jednostka. Co ważne, poszczególne podskale mogą być wykorzystywane jako niezależne narzędzia pomiaru danego wskaźnika.

Badania walidacyjne polskiej wersji narzędzia, zrealizowane wiosną 2017 roku drogą internetową, objęły grupę niemal 200 osób nieheteronormatywnych (Mijas, Koziara, 2020). W próbie dominowali mężczyźni (ponad 60%), a średnia wieku wynosiła około 32 lat. O ile narzędzie uzyskało wysoki ogólny wskaźnik rzetelności (alfa Cronbacha = 0,89), o tyle wartości uzyskane dla każdej z dziewięciu podskal różnią się od siebie i, w przypadku przynajmniej niektórych czynników, autorki polskiej wersji narzędzia zalecają ostrożność w interpretacji pozyskanych danych.

Wyniki alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal prezentują się następująco:

1. Czujność: $\alpha=0,87$;
2. Napastowanie: $\alpha=0,80$;
3. Ekspresja płciowa: $\alpha=0,80$;



4. Wyobcowanie: $\alpha=0,77$;
5. Rodzina pochodzenia: $\alpha=0,75$;
6. Zastępcza trauma: $\alpha=0,75$;
7. HIV stygma: $\alpha=0,73$;
8. Wiktyimizacja: $\alpha=0,64$;
9. Rodzicielstwo: $\alpha=0,50$.

Jak widać, w analizie rzetelności najsłabiej wypadła podskala „Rodzicielstwo” ($\alpha=0,50$), co autorki adaptacji wiąże z małą liczebnością rodziców w badanej próbie oraz rzadkością występowania tego typu stygmatyzacji wśród respondentów (maksymalny wynik 1,83/5). Z tego względu zaleca się dużą ostrożność w interpretacji danych z tego obszaru. Z kolei podskala „Ekspresja płciowa”, mimo akceptowalnej rzetelności ($\alpha=0,80$), wykazała niespójność w ogólnej analizie czynnikowej. Mijas i Koziara (2020) zauważają, że ta podskala jest szczególnie trafne dla grupy osób transpłciowych, u których wskaźniki w tym wymiarze były istotnie wyższe niż u osób cisplciowych. Wydaje się więc słuszną konkluzja, że jej stosowanie jest uzasadnione do badania przede wszystkim w tej specyficznej podgrupie.

W badaniach autorskich wykorzystano 7 z 9 podskal składających się na kwestionariusz. Odrzucono czynnik „Ekspresja płciowa” oraz „Rodzicielstwo”. Podyktowane to było opisanymi powyżej właściwościami psychometrycznymi tych podskal i oparte na założeniu, że liczba respondentów uzyskujących statystycznie istotne wyniki w zakresie tych dwóch czynników będzie bardzo niska lub respondenci tacy w ogóle nie znajdą się w badanej próbie. Niebagatelne znaczenie miała także intencja skrócenia czasu potrzebnego na wypełnienie wszystkich skal wykorzystanych w badaniu, co pozwoliłoby na ograniczenie liczby formularzy wypełnionych jedynie częściowo.

Kwestionariusz wykorzystany w badaniu jest zamieszczony w załączniku nr 2 w niniejszej pracy.

5.2.2 Kwestionariusz SIS/SES-PL

Do weryfikacji przyjętych wskaźników pobudliwości i hamowania seksualnego posłużono się polską wersją *Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales* (SIS/SES) (Janssen i in., 2002a; 2002b). Za proces adaptacji kulturowej, obejmujący procedurę tłumaczenia zwrotnego (*back-translation*) oraz pilotażową ocenę zrozumiałości i adekwatności treści (N=25), odpowiedzialny był zespół pod kierunkiem Nowosielskiego (Nowosielski i wsp., 2020; 2021).



Finalna polska wersja narzędzia cechuje się strukturą hierarchiczną, w której 32 twierdzenia tworzą 8 podskal, które z kolei redukując się do trzech głównych wymiarów:

- SES (17 pozycji) - w ymiar ten agreguje wskaźniki związane z podatnością na bodźce seksualne, w tym: fantazje, aspekty wizualne, cechy partnera oraz kontekst interakcji społecznych;
- SIS1 (12 pozycji) - czynnik ten koncentruje się na mechanizmach hamujących wynikających z lęku przed porażką, obejmując takie aspekty jak: obawy o sprawność seksualną, ryzyko dekoncentracji czy groźbę bycia zauważonym przez osoby trzecie;
- SIS2 (3 pozycje) - skala ta mierzy poziom zahamowania indukowany przewidywaniem negatywnych następstw aktywności seksualnej, odnosząc się do norm moralnych oraz lęku przed bólem.

Analiza właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia wymusiła istotne zmiany w jego strukturze. Jak wskazują Nowosielski i in. (2020), różnice kulturowe wpłynęły na konieczność usunięcia pytań dotyczących antykoncepcji i ryzyka ciąży, które w Polsce są postrzegane odmiennie niż w USA. Zmieniła się również przynależność niektórych pozycji do odpowiednich czynników. Zachowania partnerki w polskiej próbie okazały się silniej związane z pobudzeniem (SES) niż z redukcją lęku. Z kolei obawy sytuacyjne, takie jak ryzyko bycia przyłapanym, zostały przesunięte z czynnika konsekwencji (SIS2) do czynnika lęku przed porażką (SIS1), co autorzy tłumaczą ich bezpośrednim wpływem na utratę erekcji u polskich mężczyzn. W wyniku opisanych modyfikacji 11 czynników ze SIS2 zostało zredukowanych do 3 z podskali “ból, normy i wartości”.

Weryfikacja psychometryczna polskiej wersji narzędzia, przeprowadzona na próbie niemal 500 mężczyzn, potwierdziła jego trafność i rzetelność (Nowosielski i in., 2020). Analiza konfirmacyjna wykazała akceptowalne dopasowanie modelu do danych ($CFI=0,87$; $RMSEA=0,054$). Wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha) dla podskal SES i SIS1 były wysokie (powyżej 0,80), natomiast dla podskali SIS2 współczynnik ten okazał się niższy (0,59), co – jak zauważają autorzy adaptacji – jest zjawiskiem typowym również dla innych wersji językowych tego kwestionariusza. Narzędzie cechuje się także wysoką stabilnością w czasie (test-retest $r=0,93$).

Analiza trafności teoretycznej polskiej wersji narzędzia ujawniła z kolei istotne związki między skalami SIS/SES a innymi zmiennymi psychologicznymi i behawioralnymi. Jak podają Nowosielski i współpracownicy (2020), skala pobudzenia (SES) koreluje dodatnio m.in. z



zachowaniami hiperseksualnymi, częstością masturbacji, neurotycznością oraz skłonnością do ryzykownych zachowań seksualnych. W przypadku hamowania, skala SIS1 wykazuje związek z wiekiem badanych oraz występowaniem dysfunkcji seksualnych, podczas gdy SIS2 wiąże się ujemnie z podejmowaniem ryzyka seksualnego. Co istotne, w polskiej adaptacji odnotowano silniejszą niż w badaniach oryginalnych korelację między obiema skalami hamowania (SIS1 i SIS2), co Kurpisz (2016) interpretuje jako sygnał, że w polskich warunkach kulturowych te dwa mechanizmy mogą być ze sobą silniej powiązane i mniej rozłączne funkcjonalnie.

W autorskim badaniu zastosowano w całości wersję kwestionariusza SIS/SAS-PL, która stanowi załącznik nr 3 niniejszej pracy.

5.2.3 Pomiar ryzykownych zachowań seksualnych

Pomiar ryzykownych zachowań seksualnych stanowił wyzwanie metodologiczne, odróżniające ten etap badań od procedur opisanych wcześniej, w których posłużono się standaryzowanymi testami psychometrycznymi. Jak napisano, analiza literatury przedmiotu (por. Rozdział 2) wskazuje na znaczną heterogeniczność w sposobie operacjonalizacji tej zmiennej oraz brak powszechnie akceptowanego, ujednoliconego kwestionariusza. W konsekwencji zaistniała konieczność opracowania autorskiego narzędzia pomiaru.

Pierwotnym zamierzeniem autora była konstrukcja skali mierzącej nasilenie zachowań ryzykownych. W tym celu na podstawie przywołanej i omówionej uprzednio literatury, przede wszystkim raportów z badań empirycznych, zidentyfikowano najczęściej pojawiające się operacjonalizacje badanego zjawiska, w wyniku czego powstała lista zawierająca poniższe pozycje:

- stosunek analny bez prezerwatywy (w roli pasywnej i aktywnej);
- stosunek oralny (w roli pasywnej i aktywnej);
- aktywność seksualna po spożyciu alkoholu;
- kontakt seksualny z partnerem o nieznanym statusie serologicznym;
- seks grupowy.

Lista ta została uzupełniona o operacjonalizacje zachowań rzadziej opisywanych w klasycznej literaturze, lecz stanowiących istotny, współczesny obszar eksploracji badawczej. Zaliczono do nich:

- chemseks ;



- cyberseks;
- konsumpcję pornografii.

W celu skonstruowania narzędzia sformułowano serię pytań dotyczących wyżej wymienionych aktywności. Aby zminimalizować błąd wynikający z retrospekcji oraz zachować spójność metodologiczną z narzędziem badającym stres mniejszościowy, ramy czasowe dla wszystkich pytań ograniczono do ostatnich 12 miesięcy. Wstępna wersja narzędzia (9 pozycji) została poddana ocenie sędziów kompetentnych (N=12) pod kątem trafności treściowej, komunikatywności oraz poprawności językowej. Po wprowadzeniu sugerowanych korekt redakcyjnych ustalono ostateczny kształt kwestionariusza.

Tabela 5: Kwestionariusz ryzykownych zachowań seksualnych.

l.p.	pytanie	forma odpowiedzi
1	W ostatnich 12 miesiącach z iloma osobami, które nie były twoimi stałymi partnerami, odbyłeś stosunek analny bez prezerwatywy?	otwarty
2	W ostatnich 12 miesiącach z iloma osobami, które nie były twoimi stałymi partnerami, odbyłeś stosunek oralny, w którym byłeś stroną aktywną?	otwarty
3	W ostatnich 12 miesiącach z iloma osobami, które nie były twoimi stałymi partnerami, odbyłeś stosunek oralny, w którym byłeś stroną pasywną?	otwarty
4	Ile razy w ostatnich 12 miesiącach zdarzyło ci się uprawiać seks pod wpływem środków psychoaktywnych (n.p.: amfetaminy, kokainy, mefedronu, 3MMC, 4MMC, GHB/GBL, marihuany) z osobą, która nie jest twoim stałym partnerem?	otwarty
5	Ile razy w ostatnich 12 miesiącach zdarzyło ci się uprawiać seks pod wpływem alkoholu z osobą, która nie jest twoim stałym partnerem?	otwarty
6	Ile razy w ostatnich 12 miesiącach zdarzyło ci się uprawiać seks oralny bądź analny z osobą, której statusu serologicznego (czy jest nosicielem wirusa HIV / jest chora na AIDS) nie znałeś?	otwarty
7	Ile razy w ostatnich 12 miesiącach brałeś udział w seksie grupowym (w którym brało udział 3 lub więcej osób)?	otwarty



- 8 Jak często w ostatnich 12 miesiącach oglądałeś zdjęcia i/lub filmy a)codziennie
pornograficzne i/lub erotyczne w internecie? b)średnio 1 – 2 razy w tygodniu
c)średnio 1- 2 razy w miesiącu
d)średnio kilka razy w ostatnim
roku
e) w ogóle nie oglądałem
- 9 Jak często w ostatnich 12 miesiącach uprawiałeś seks przez a)codziennie
internet (cyberseks)? b)średnio 1 – 2 razy w tygodniu
c)średnio 1- 2 razy w miesiącu
d)średnio kilka razy w ostatnim
roku
e) raz w ostatnim roku
f) w ogóle nie uprawiałem

W zakresie formatu odpowiedzi przyjęto rozwiązanie mieszane. Dla dwóch pozycji (pytania 8 i 9) zastosowano skalę Likerta, podczas gdy dla pozostałych pytań wybrano format otwarty (numeryczny), obligujący respondenta do podania dokładnej liczby zdarzeń. Pozwoliło to na uzyskanie danych na skali ilorazowej. Decyzja ta podyktowana była dążeniem do uniknięcia arbitralnej kategoryzacji (np. sztucznego podziału na zachowania ryzykowne i nieryzykowne powyżej ustalonego progu liczbowego), co jest przedmiotem częstej krytyki metodologicznej.

Weryfikacja psychometryczna w badaniu pilotażowym (N=15, metoda CAWI) wykazała niską spójność wewnętrzną narzędzia (wskaźniki alfa Cronbacha $< 0,50$). Wynik ten wskazuje na znaczną niejednorodność mierzonych zjawisk. Odmienna etiologia i specyfika poszczególnych zachowań - np. oglądanie pornografii *versus* niezabezpieczony stosunek analny -, w połączeniu ze specyfiką rozkładu danych w pytaniach otwartych, uniemożliwiają traktowanie ich jako jednowymiarowego konstruktów. Co więcej, ewentualna agregacja wyników utrudniłaby porównania z innymi badaniami, które stosują odmienne definicje „ogólnego wskaźnika ryzyka”.

W świetle powyższych ustaleń metodologicznych odstąpiono od tworzenia sumarycznej skali. Ponieważ w dalszej procedurze analitycznej każda z pozycji testowych traktowana miała być jako odrębny wskaźnik, czyli jako niezależna zmienna analityczna, zdecydowano się na ograniczenie ilości itemów. Wybrano więc do zastosowania w badaniu



pytania o stosunek analny, status serologiczny partnera, chemseks, konsumpcję pornografii i cyberseks. Grupa tych itemów łączy w sobie pozycje o ugruntowanej tradycji badań (dwa pierwsze) z nowymi, które dopiero od niedawna znajdują się w orbicie zainteresowań nauki. Załącznik nr 1 zawiera ostateczną listę pytań użytych w badaniu.



Rozdział 6

Analiza danych i weryfikacja hipotez

Aby zweryfikować postawione hipotezy oraz odpowiedzieć na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne zebranych danych przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 30. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro-Wilka, analizę regresji liniowej, analizy korelacji ρ Spearmana i analizy mediacji. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $\alpha = 0,05$.

6.1 Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka

W celu sprawdzenia rozkładów zmiennych ilościowych obliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka badającym normalność rozkładu. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 6 Podstawowe statystyki opisowe zmiennych wraz z testem Shapiro - Wilka

Zmienna zależna	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
<u>DHEQ</u>									
Poziom stresu mniejszościowego	32,89	24	27,32	0,92	0,02	0	106	0,9	<0,001
Wiktyimizacja	2,96	0	4,9	2,07	3,71	0	20	0,65	<0,001
Czułość	7,23	4	8,1	1,25	0,53	0	30	0,83	<0,001
Wyobcowanie	4,43	3	5,07	1,36	1,28	0	20	0,81	<0,001
Stygmatyzacja HIV/AIDS	3,68	2	4,83	1,77	3,56	0	23	0,75	<0,001
Zastępcza trauma	11,08	10,5	7,94	0,37	-0,64	0	30	0,94	<0,001
Problemy z rodziną pochodzenia	3,51	0	5,78	1,89	2,86	0	25	0,67	<0,001
<u>SES</u>									
Poziom pobudliwości seksualnej	43,1	44	7,32	-0,34	0,7	21	62	0,97	0,056
<u>SIS</u>									
Hamowanie z powodu lęku przed porażką	25,54	25,5	5,79	-0,25	-0,42	12	37	0,97	0,065
Hamowanie z powodu lęku zagrożenia zewnętrznego	7,43	7	2,15	0,3	-0,73	3	12	0,95	0,001
<u>Pytania własne</u>									
L. partnerów (analny bez prez.)	1.53	0.00	4.59	3.55	11.26	0	20	0.36	<0.001
Chemseks (ile razy)	1.18	0.00	3.38	04.06	17.93	0	20	0.40	<0.001
Seks (nieznany status HIV)	1.82	0.00	4.91	2.97	7.50	0	20	0.42	<0.001
Oglądanie pornografii	2.61	3.00	1.32	-0.82	-0.52	0	4	0.82	<0.001
Cyberseks	0.38	0.00	0.84	2.60	6.30	0	4	0.50	<0.001



Adnotacja. *M* - średnia; *Me* - mediana; *SD* - odchylenie standardowe; *Sk.* - skośność; *Kurt.* - kurtoza; *Min.* - wartość minimalna; *Maks.* - wartość maksymalna; *W* - wynik testu Shapiro-Wilka; *p* - wartość *p* dla testu Shapiro-Wilka.

Jak widać wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku większości zmiennych okazał się istotny statystycznie, co oznacza, że ich rozkłady istotnie odbiegają od rozkładu normalnego. Należy jednak zwrócić uwagę, że skośność rozkładu wielu zmiennych, zwłaszcza z ankiety własnej, przekracza umowną wartość bezwzględną równą 2 (George, Mallery, 2016), co oznacza, że ich rozkłady są asymetryczne w znacznym stopniu. Zaznaczyć trzeba, że w badaniach nad ludzką seksualnością, a zwłaszcza nad zachowaniami ryzykownymi, zmienne często przyjmują rozkład silnie skośny dodatnio (prawoskośny). Wynika to z faktu, że w typowej populacji większość respondentów nie zgłasza lub zgłasza niewiele takich zachowań, podczas gdy nieliczna grupa uczestników zgłasza bardzo wysoką częstotliwość tych zdarzeń (Tukey, 1977; Gardner, Mulvey, , Shaw, 1995). Do tak rozumianej wysokiej asymetrii przyczynia się również zastosowanie zmiennych licznikowych (Berk, MacDonald, 2008), o czym wspomnieliśmy przy okazji omawiania kwestii pomiarów RSB.

W związku z powyższym zasadne jest przeprowadzenie analizy w oparciu o testy nieparametryczne w analizach z wykorzystaniem tych zmiennych.

6.2 Weryfikacja hipotezy 1

Hipoteza 1: Wyższy poziom stresu mniejszościowego koreluje dodatnio z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych w postaci:

- seksu analnego bez prezerwatywy;
- seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
- cyberseksu;
- oglądania pornografii

została w badaniu potwierdzona jedynie częściowo.

W celu sprawdzenia czy poziom stresu mniejszościowego oraz podskale na niego się składające są związane z częstością seksu bez prezerwatywy z osobami niebędącymi stałymi partnerami, częstość seksu z osobami nieznanego statusu serologicznego, częstością oglądania pornografii częstością uprawiania seksu przez internet wykonano nieparametryczną analizę korelacji *rho* Spearmana. Posłużono się korelacją nieparametryczną ze względu, jak wspomniano uprzednio, na zaburzenie rozkładu normalnego zmiennych dotyczących ryzykownych zachowań (tabela 2).



Tabela 7 Związek pomiędzy poziomem stresu mniejszościowego a częstotnością uprawiania ryzykownych zachowań seksualnych

Zmienna		Częstość seksu bez prezerwatywy z osobami niebędącymi stałymi partnerami	Częstość seksu z osobami nieznanego statusu serologicznego	Częstość oglądania pornografii	Częstość uprawiania seksu przez internet
Poziom stresu mniejszościowego	<i>rho</i> Spearmana	0,05	0,25	0,29	0,05
	istotność	0,628	0,016	0,005	0,612
Wiktyimizacja	<i>rho</i> Spearmana	-0,01	0,14	0,01	-0,03
	istotność	0,912	0,190	0,962	0,779
Czułość	<i>rho</i> Spearmana	-0,19	-0,07	0,33	-0,11
	istotność	0,078	0,529	0,001	0,305
Wyobcowanie	<i>rho</i> Spearmana	0,15	0,09	0,26	0,10
	istotność	0,153	0,396	0,012	0,346
Stygmatyzacja HIV/AIDS	<i>rho</i> Spearmana	0,26	0,43	0,30	0,24
	istotność	0,014	<0,001	0,004	0,020
Zastępcza trauma	<i>rho</i> Spearmana	0,06	0,36	0,14	0,08
	istotność	0,558	<0,001	0,195	0,451
Problemy z rodziną pochodzenia	<i>rho</i> Spearmana	-0,02	0,05	0,33	-0,13
	istotność	0,868	0,653	0,001	0,221

Analiza wykazała istotny statystycznie, pozytywny i słaby związek między częstotnością seksu bez prezerwatywy z osobami niebędącymi stałymi partnerami a stygmatyzacją HIV lub AIDS. Oznacza to, że wyższy poziom stygmatyzacji z uwagi na HIV/AIDS korelował dodatnio z częstszym uprawianiem seksu analnego bez zabezpieczeń z osobami z którymi badani nie są w związku. Częstość seksu z osobami nieznanego statusu serologicznego natomiast była pozytywnie skorelowana z wynikiem ogólnym poziomu stresu mniejszościowego, stygmatyzacją HIV/AIDS oraz zastępczą traumą. Częstość oglądania pornografii w internecie była także pozytywnie związana z ogólnym poziomem stresu mniejszościowego, w tym przede wszystkim z: czułością, wyobcowaniem, i stygmatyzacją HIV/AIDS oraz problemami z rodziną pochodzenia. Jedynie podskale “wiktyimizacji” i “zastępczej traumy” nie były istotnie związane częstotnością oglądania pornografii. Związki te wahały się od słabych po umiarkowane. Częstość uprawiania seksu przez internet z kolei była związana istotnie i pozytywnie tylko ze stygmatyzacją HIV/AIDS. Związek ten był jednak słaby.



6.3 Weryfikacja hipotez 2a i 2b

Hipoteza 2a (pobudzenie): Wyższy poziom pobudzenia seksualnego (SES) jest predyktorem podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, w szczególności:

- seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
- częstszego uprawiania seksu bez prezerwatywy;
- chemseksu;
- uprawianiem seksu przez internet
- oglądaniem pornografii,

została w badaniu potwierdzona jedynie częściowo.

Hipoteza 2b (hamowanie): Niższy poziom hamowania wynikającego z zagrożenia zewnętrznego wiąże się z częstszym podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych, w szczególności z:

- częstszym uprawianiem seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
- częstszym uprawianiem seksu bez prezerwatywy;
- chemseksu;
- uprawianiem seksu przez internet
- oglądaniem pornografii,

została potwierdzona w całości dla wszystkich analizowanych zmiennych

Za pomocą nieparametrycznej analizy korelacji *rho* Spearmana zweryfikowano czy poziom pobudliwości seksualnej oraz hamowaniem z powodu lęku przed porażką (SIS1) i hamowaniem z powodu przed konsekwencjami (SIS2) były związane ze zmiennymi składającymi się na ryzykowne zachowania seksualne. Posłużono się korelacją nieparametryczną ze względu na porządkowy charakter (tabela 3).

Tabela 8 Związek pomiędzy poziomem pobudliwości seksualnej i hamowaniem z powodu lęku przed porażką oraz zagrożenia zewnętrznego a częstością uprawiania ryzykownych zachowań seksualnych

Zmienna	Poziom pobudliwości seksualnej (SES)	Hamowanie z powodu lęku przed porażką (SIS1)	Hamowanie z powodu lęku przed konsekwencjami (SIS2)
Częstość seksu bez prezerwatywy z osobami niebędącymi stałymi partnerami	0,39	-0,32	-0,51
<i>rho</i> Spearmana	<0,001	0,002	<0,001
istotność			



Częstość seksu z osobami nieznanego statusu serologicznego	<i>rho</i> Spearmana istotność	0,31 0,003	-0,20 0,056	-0,12 0,278
Częstość oglądania pornografii	<i>rho</i> Spearmana istotność	0,26 0,011	0,12 0,268	0,01 0,956
Częstość uprawiania seksu przez internet	<i>rho</i> Spearmana istotność	0,27 0,011	-0,21 0,047	-0,14 0,193
Częstość uprawiania seksu pod wpływem środków psychoaktywnych z osobą, która nie jest stałym partnerem	<i>rho</i> Spearmana istotność	0,34 0,001	-0,20 0,068	-0,39 <0,001

Poziom pobudliwości seksualnej (SES) był pozytywnie związany z każdą ze zmiennych wskazujących na ryzykowne zachowania seksualne. Stwierdzono dodatnią korelację między seksem bez prezerwatywy oraz z osobami nieznanego statusu serologicznego, cyberseksem i oglądaniem pornografii a także częściej chemskesem. Hamowanie z powodu lęku przed porażką (SIS1) i hamowanie z powodu lęku przed konsekwencjami (SIS2) natomiast były negatywnie związane z częstością seksu bez prezerwatywy z osobami niebędącymi stałymi partnerami. Siła związku dla hamowania z powodu lęku przed konsekwencjami była duża a dla hamowania z powodu lęku przed porażką umiarkowana. Hamowanie z powodu lęku przed konsekwencjami było także negatywnie związane z częstością uprawiania seksu pod wpływem środków psychoaktywnych.

6.4 Weryfikacja hipotezy 3a i 3b

W celu pogłębienia wyników wcześniej przeprowadzonych analiz korelacji wykonano analizę regresji metodą wprowadzenia (z procedurą bootstrappingu na podstawie 10 000 prób), co pozwala na precyzyjne oszacowanie przedziałów ufności dla efektów pośrednich, nawet przy mniejszych liczebnościach prób lub skośnych rozkładach zmiennych. W modelach jako zmienną niezależną (X) wprowadzono poziom stresu mniejszościowego (DHEQ). Zmiennymi



pośredniczącymi (M) były odpowiednio: pobudliwość seksualna (SES) dla hipotezy 3a oraz hamowanie seksualne wynikające z zagrożenia zewnętrznego (SIS2) dla hipotezy 3b. Zmiennymi zależnymi (Y) były wskaźniki częstości zachowań ryzykownych. Dla zmiennej "częstość seksu bez prezerwatywy" zastosowano korektę polegającą na usunięciu trzech obserwacji skrajnych, które zniekształcały błąd standardowy w pierwotnych danych, co pozwoliło na uzyskanie statystycznie rzetelnego obrazu zależności.

Hipoteza 3a: poziom pobudliwości seksualnej pełni rolę mediatora w związku między stresem mniejszościowym a:

- seksem bez prezerwatywy;
- seksem z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
- chemseksem;
- oglądaniem pornografii
- cyberseksem,

została potwierdzona w całości dla wszystkich analizowanych zmiennych. Szczegółowe wyniki analiz przedstawiono w Tabelach 1–4.

Tabela 9 Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu bez prezerwatywy

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,07	0,03	0,28	2,72	0,008	0,02	0,12
	b	0,18	0,07	0,29	2,69	0,009	0,05	0,31
	c	0,01	0,02	0,05	0,44	0,658	-0,03	0,04
	c'	-0,01	0,02	-0,03	-0,31	0,758	-0,04	0,03
	c – c'	0,01	0,01	—	—	—	0	0,03

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem pobudliwość B – niestandardyzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy współczynnika B; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; t – wartość statystyki testowej t-Studenta; p – poziom istotności statystycznej (wynik jest istotny, gdy $p < 0,05$); LL 95% / UL 95% – granice 95-procentowego przedziału ufności; c – c' to efekt pośredni, testujący efekt mediacji; jeśli przedziały ufności nie zawierają wartości „0” wynik testu jest istotny statystycznie na poziomie $p < 0,05$ seksualna, a zmienną zależną częstość seksu bez prezerwatywy.

Wyniki wskazują na istotną mediację całkowitą. Stres mniejszościowy istotnie zwiększa poziom pobudliwości seksualnej (ścieżka a), co z kolei przekłada się na częstsze podejmowanie



seksu bez prezerwatywy (ścieżka b). Efekt pośredni jest istotny statystycznie (przedział ufności nie zawiera zera).

Tabela 10 Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu z osobą o nieznanym statusie serologicznym

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,07	0,03	0,26	2,53	0,013	0,02	0,12
	b	0,18	0,07	0,26	2,48	0,015	0,04	0,31
	c	0,01	0,02	0,04	0,38	0,707	-0,03	0,04
	c'	-0,01	0,02	-0,03	-0,27	0,79	-0,04	0,03
	c – c'	0,01	0,01	—	—	—	0	0,03

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem pobudliwość seksualna, a zmienną zależną częstość seksu z osobą o nieznanym statusie.

Analiza potwierdza, że wyższa pobudliwość seksualna, wynikająca ze stresu mniejszościowego, jest mechanizmem wyjaśniającym częstsze kontakty seksualne z osobami o nieznanym statusie serologicznym.

Tabela 11 Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością oglądania pornografii

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,07	0,03	0,26	2,53	0,013	0,02	0,12
	b	0,06	0,02	0,34	3,52	<0,001	0,03	0,1
	c	0,01	0	0,31	3,08	0,003	0,01	0,02
	c'	0,01	0	0,22	2,25	0,027	0	0,02
	c – c'	0	0	—	—	—	0	0,01



Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem pobudliwość seksualna, a zmienną zależną częstość oglądania pornografii.

Zaobserwowano silny efekt mediacyjny - stres mniejszościowy nasila pobudliwość, która istotnie koreluje ze zwiększoną częstotliwością korzystania z pornografii oraz, jak pokazują poniższe tabele, chemseksem oraz cyberseksem.

Tabela 12 Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością podejmowania chemseksu

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,07	0,03	0,26	2,53	0,013	0,02	0,12
	b	0,13	0,05	0,26	2,49	0,015	0,03	0,23
	c	0	0,01	-0,02	-0,17	0,867	-0,03	0,02
	c'	-0,01	0,01	-0,09	-0,81	0,42	-0,04	0,02
	c – c'	0,01	0	—	—	—	0	0,02

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem pobudliwość seksualna, a zmienną zależną częstość chemseksu.

Tabela 13 Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością cyberseksu

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,07	0,03	0,25	2,45	0,016	0,01	0,12
	b	0,04	0,01	0,34	3,24	0,002	0,02	0,06
	c	0	0	0,1	0,92	0,363	0	0,01
	c'	0	0	0,01	0,12	0,908	-0,01	0,01
	c – c'	0	0	—	—	—	0	0,01

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem pobudliwość seksualna, a zmienną zależną częstość cyberseksu.



Hipoteza 3b: poziom hamowania seksualnego wynikającego z obawy o konsekwencje (SIS2) pośredniczy w związku między stresem mniejszościowym a

- częstszym uprawianiem seksu z partnerami o nieznanym statusie serologicznym;
- częstszym uprawianiem seksu bez prezerwatywy;
- chemseksu;
- oglądaniem pornografii,

została potwierdzona w specyficzny sposób (efekt supresji/ochronny) w odniesieniu do chemseksu. W przypadku pozostałych zmiennych nie odnotowano istotnych statystycznie efektów mediacyjnych w badanej próbie. Dyskusyjne są niejednoznaczne wyniki analiz dla seksu analnego bez prezerwatywy. Wyniki analizy przedstawiono w tabelach 5–9.

Tabela 14 Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu bez prezerwatywy

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,02	0,01	0,21	1,99	0,05	0	0,03
	b	-0,33	0,22	-0,16	-1,48	0,142	-0,77	0,11
	c	0,01	0,02	0,05	0,44	0,658	-0,03	0,04
	c'	0,01	0,02	0,08	0,75	0,457	-0,02	0,05
	c – c'	-0,01	0,01	—	—	—	-0,02	0

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem hamowanie (SIS2), a zmienną zależną częstość seksu bez prezerwatywy.

Ponieważ w analizie po usunięciu wartości skrajnych widoczny był trend ujemny (ścieżka b), ale efekt mediacji nie osiągnął poziomu istotności statystycznej, przeprowadzono dodatkową analizę z uwzględnieniem wartości skrajnych. Było to podyktowane założeniem, że efekt ochronny SIS2 mógł być silniejszy właśnie w grupie o wysokim ryzyku.



Tabela 15 Mediacyjny wpływ hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu bez prezerwatywy. Analiza z uwzględnieniem wartości skrajnych.

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,02	0,01	0,22	2,11	0,037	0	0,03
	b	-0,93	0,42	-0,23	-2,22	0,029	-1,76	-0,1
	c	-0,01	0,03	-0,04	-0,34	0,738	-0,08	0,05
	c'	0	0,03	0,02	0,15	0,883	-0,06	0,07
	c – c'	-0,02	0,01	—	—	—	-0,05	0

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem hamowanie (SIS2), a zmienną zależną częstość seksu bez prezerwatywy.

Analiza z uwzględnieniem wartości skrajnych potwierdziła hipotezę. Stres zwiększa hamowanie (SIS2), co istotnie obniża ryzyko seksu bez prezerwatywy.

Tabela 16 Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością podejmowania chemseksu

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,02	0,01	0,22	2,11	0,037	0	0,03
	b	-0,64	0,17	-0,38	-3,82	<0,001	-0,97	-0,31
	c	0	0,01	-0,02	-0,17	0,867	-0,03	0,02
	c'	0,01	0,01	0,07	0,65	0,514	-0,02	0,03
	c – c'	-0,01	0,01	—	—	—	-0,03	0

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem hamowanie (SIS2), a zmienną zależną częstość chemseksu.

Wynik ten potwierdza istotny efekt supresji. Stres mniejszościowy zwiększa poziom hamowania (SIS2), co z kolei istotnie i silnie obniża prawdopodobieństwo podejmowania chemseksu.



Tabela 17 Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu z osobą o nieznanym statusie serologicznym

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,02	0,01	0,22	2,11	0,037	0	0,03
	b	-0,45	0,24	-0,2	-1,85	0,068	-0,92	0,03
	c	0,01	0,02	0,04	0,38	0,707	-0,03	0,04
	c'	0,01	0,02	0,08	0,78	0,44	-0,02	0,05
	c – c'	-0,01	0,01	—	—	—	-0,02	0

Brak istotnego statystycznie efektu mediacji SIS2 na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu z osobami o nieznanym statusie serologicznym.

Tabela 18 Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością oglądania pornografii

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,02	0,01	0,22	2,11	0,037	0	0,03
	b	-0,02	0,06	-0,03	-0,26	0,794	-0,14	0,11
	c	0,01	0	0,31	3,08	0,003	0,01	0,02
	c'	0,02	0	0,31	3,04	0,003	0,01	0,02
	c – c'	0	0	—	—	—	0	0

Brak istotnego statystycznie efektu mediacji SIS2 na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością oglądania pornografii.



Tabela 19 Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością cyberseksu

Mediator	Efekt	B	SE	Beta	t	p	CI95%	
							LL	UL
(SES)	a	0,02	0,01	0,22	2,08	0,041	0	0,03
	b	-0,08	0,04	-0,2	-1,83	0,07	-0,16	0,01
	c	0	0	0,1	0,92	0,363	0	0,01
	c'	0	0	0,14	1,3	0,196	0	0,01
	c – c'	0	0	—	—	—	0	0

Adnotacja. W modelu zmienną niezależną był poziom stresu mniejszościowego, mediatorem hamowanie (SIS2), a zmienną zależną częstość cyberseksu.

Przeprowadzone analizy wskazują na dwoisty charakter oddziaływania stresu mniejszościowego. Z jednej strony, zgodnie z hipotezą 3a, stres działa jako czynnik aktywujący ryzyko poprzez zwiększenie pobudliwości seksualnej (istotne dla wszystkich badanych zachowań). Z drugiej strony, zgodnie z hipotezą 3b, w przypadku najbardziej ryzykownych zachowań (chemseks), stres może uruchamiać mechanizm ochronny w postaci zwiększonego hamowania i lęku przed zagrożeniem.



Rozdział 7

Dyskusja wyników badania

7.1 Stres mniejszościowy a ryzykowne zachowania seksualne

Pierwsze postawione przez nas pytanie badawcze brzmiało: czy istnieje związek między poziomem stresu mniejszościowego oraz jego wymiarami: wiktymizacją, czujnością, wyobcowaniem, stygmatyzacją HIV/AIDS, traumą zastępczą, problemami z rodziną, a częstotliwością podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych? W odpowiedzi na nie zaznaczyć należy, że uzyskane wyniki, wskazujące na jedynie częściowe potwierdzenie hipotezy 1, sugerują, iż relacja ta nie ma charakteru globalnego, lecz jest wysoce zróżnicowana. Kluczowym ustaleniem jest fakt, że to nie ogólny poziom stresu mniejszościowego, lecz specyficzne jego składowe wchodzi w istotne statystycznie interakcje z konkretnymi typami ryzykownych zachowań.

Szczególną uwagę zwraca silna korelacja między lękiem i stygmatyzacją związaną z HIV/AIDS a podejmowaniem ryzykownych aktywności, takich jak seks bez zabezpieczeń oraz kontakty seksualne z partnerami o nieznanym statusie serologicznym. Choć na gruncie niniejszej analizy korelacyjnej nie można wykluczyć dwukierunkowości tej relacji lub wpływu zmiennych pośredniczących, to jednak model Meyera (2003) zakłada wpływ stresu na zachowanie. Znajduje to potwierdzenie w badaniach empirycznych, które pokazują, że stygmatyzacja HIV może prowadzić do unikania rozmów o statusie serologicznym oraz unikania testowania, co paradoksalnie zwiększa ryzyko zakażenia (Arnold i in., 2014; Golub , Gamarel, 2013). Mężczyźni nieheteronormatywni, którzy czują się stygmatyzowani, mogą bać się odrzucenia lub oceny ze strony innych. Skłania ich to do zaniechania negocjacji bezpieczniejszego seksu i polegania na błędnych założeniach, np. ocenianie ryzyka "na oko". (Catania i in., 1990; Grabski , Kasperek, 2017). Niektórzy badacze sugerują także, że wysoki poziom stygmatyzacji może prowadzić do poczucia nieuchronności zakażenia, a więc do przyjęcia postawy fatalistycznej, która w konsekwencji osłabia motywację do stosowania zabezpieczeń (McKirnan i in., 1996). W skrajnych przypadkach zachowania ryzykowne mogą być formą "seksualizacji cierpienia" lub sposobem na radzenie sobie z lękiem poprzez konfrontację z zagrożeniem (Grabski , Kasperek, 2017). Mogą też być również formą internalizacji dewaluacji grupy – „skoro społeczeństwo nas niszczy, nie muszę dbać o swoje zdrowie” (Rogowska , Cisek, 2024), co może tłumaczyć też korelację między częstością seksu

z osobą o nieznanym statusie serologicznym a zastępczą traumą, choć dodać trzeba, że związek ten nie był silny.

Alternatywne wyjaśnienie interesującego nas tu związku między stygmatem HIV/AIDS a seksem bez prezerwatywy i z seksem z osobą o nieznanym statusie serologicznym związane jest ze stosowaniem zabezpieczenia przedekspozycyjnego (PrEP). Badania potwierdzają, że stosowanie PrEP przez osoby HIV-ujemne redukuje ryzyko zakażenia o ponad 99% (McCormack, S., i in. 2016). W związku z tym użytkownicy tego typu zabezpieczenia częściej rezygnują z prezerwatyw (Holt i in., 2018). Jest to zachowanie charakterystyczne zwłaszcza dla osób o wysokim poziomie świadomości medycznej związanej z życiem seksualnym, często skorelowane z wyższym statusem socjoekonomicznym (Hoagland, B., i in. 2017). Jeśli weźmiemy pod uwagę profil społeczno - demograficzny badanej przez nas grupy, w której odsetek osób stosujących PrEP był relatywnie wysoki, postawić możemy hipotezę, że stosowanie zabezpieczenia przedekspozycyjnego mogło być w badaniu zmienną moderującą. Badanie bowiem nie rozróżniało “seksu analnego bez prezerwatywy” od “seksu analnego bez prezerwatywy przy zastosowaniu PrEP”, w wyniku czego mogło dojść do błędnej klasyfikacji zachowań bezpiecznych - w rozumieniu respondentów - jako ryzykownych - w ujęciu badacza. Jeśli rzeczywiście tak się rzeczy mają, to należałoby się zastanowić, czy konceptualizacja RSB jako seksu analnego bez prezerwatywy i seksu z osobami o nieznanym statusie serologicznym jest nadal adekwatna w kontekście współczesnej profilaktyki a przynajmniej, czy nie należałoby w przyszłych badaniach dokonać bardziej zniuansowanych klasyfikacji i konceptualizacji uwzględniających osiągnięcia dzisiejszej medycyny.

W kwestii stwierdzonej pozytywnej korelacji między pornografią a ogólnym poziomem stresu mniejszościowego, w tym przede wszystkim z: czujnością, wyobcowaniem, stygmatyzacją HIV/AIDS i problemami z rodziną pochodzenia, zauważyć należy, że w badaniu mierzono częstość, a więc aspekt ilościowy zjawiska, który niekoniecznie oznacza problemowość - uzależnienie/kompulsywność - oglądania pornografii. Jest to istotne rozróżnienie, ponieważ częste oglądanie nie musi oznaczać patologii, choć w tym kontekście jest powiązane z wyższym poziomem dystresu. Inne badania (Gola, 2024) często wykorzystują bardziej złożone narzędzia diagnostyczne do oceny kompulsywnych zachowań seksualnych, które oddzielają wysokie pożądanie od utraty kontroli. Mając te uwagi w pamięci, możemy spróbować zinterpretować otrzymane wyniki. Przede wszystkim zauważyć trzeba, że dotychczasowe badania pokazują, że to dystres jest wyzwalaczem (przyczyną) korzystania z



pornografii (skutek) (Mijas , Koziara, 2020). To ostatnie jest więc formą dysocjacji od trudnych emocji, takich jak lęk przed odrzuceniem czy smutek wynikający z problemów rodzinnych (Gola, 2024). Działałby tu więc mechanizm wzmocnienia negatywnego – pornografia pozwala oderwać się od rzeczywistości, zredukować napięcie, lęk czy poczucie samotności (Gola, 2024). Inne badania również sugerują ten kierunek zależności. Gola (2024) oraz Olesiński (2012) pokazują, że izolacja i wyobcowanie są silnymi predyktorami kompulsywnego korzystania z pornografii. W tym ujęciu ta ostatnia staje się substytutem relacji (Gola, 2024; Mijas , Koziara, 2020; Olesiński, 2012). Te same badania pokazują, że osoby stale ukrywające swoją tożsamość mogą wybierać pornografię, ponieważ jest ona bezpieczniejszą formą ekspresji seksualnej niż realne kontakty, które niosą ryzyko odrzucenia lub agresji (Gola, 2024; Mijas , Koziara, 2020). Może to częściowo tłumaczyć zaobserwowaną korelację między pornografią a poziomem czujności.

Choć słaba siła tej korelacji nakazuje ostrożność interpretacyjną, wydaje się, że podobny mechanizm może działać w przypadku stwierdzonego związku między stygmatyzacją HIV/AIDS a cyberseksem. Kierunek tej zależności jest spójny z modelem potrójnego “A” (z ang.: *access, affordability, anonymity*): dostępność, przystępność, anonimowość, proponowanym przez Coopera (Cooper , Griffin-Shelley, 2002, za: Shernoff, 2005). Dla osób silnie odczuwających stygmatyzację HIV - niezależnie od tego, czy są zakażone, czy tylko obawiają się przypisania im tego statusu -, anonimowość cyberseksu umożliwia realizację potrzeb seksualnych bez ekspozycji na ocenę i potencjalne odrzucenie, które są immanentną częścią kontaktów bezpośrednich. Cyberseks pełni tu zatem funkcję autoregulacyjną i ochronną przed stresorami społecznymi.

Podsumowując, wyniki badania wskazują, że relacje stresu mniejszościowego z zachowaniami seksualnymi nie jest jednorodny. Różne wymiary stresu - stygmatyzacja HIV, wyobcowanie - korelują z odmiennymi ścieżkami behawioralnymi – od podejmowania ryzyka fizycznego po ucieczkę w sferę wirtualną. Obserwowane korelacje należy interpretować przez pryzmat specyfiki badanej grupy oraz dynamicznych zmian w podejściu do profilaktyki zdrowotnej. Dalsze eksploracje w tym obszarze powinny uwzględniać bardziej zniuansowaną operacjonalizację zmiennych (w tym PrEP) oraz potencjalne mediatory psychologiczne regulujące związek między dyskryminacją a zdrowiem seksualnym.



7.2 Mechanizm podwójnej kontroli a ryzykowne zachowania seksualnej

Analiza korelacji pomiędzy wymiarami pobudzenia (SES) i hamowania (SIS) seksualnego a podejmowaniem zachowań ryzykownych zgodna jest z założeniami modelu Bancrofta i Janssena i pozwala twierdząco odpowiedzieć na drugie z postawionych pytań badawczych.

Uzyskane wyniki, wskazujące na pozytywny związek poziomu pobudliwości seksualnej (SES) z każdą ze zmiennych definiujących ryzykowne zachowania seksualne – w tym seksem bez prezerwatywy, kontaktami z osobami o nieznanym statusie serologicznym oraz chemseksem – korespondują z wynikami innych badań nad SES jako istotnym predyktorem poszukiwania doznań i podejmowania ryzyka (Bancroft et in., 2009; Velten i in., 2018). Badania owe wskazują jednocześnie na kierunek zależności zachodzący między interesującymi nas tu zmiennymi. Wysoki SES traktowany jest jako względnie stała cecha determinująca łatwość reagowania podnieceniem na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne (Janssen i in., 2002; Nowosielski i in., 2020). Przyjęcie takiego kierunku zależności jest logiczną konsekwencją hipotezy o biologicznym ukonstytuowaniu czynnika mierzonego przy pomocy SES (Janssen i in., 2002). Samą obserwowaną korelację można natomiast interpretować w świetle mechanizmu poszukiwania doznań seksualnych, który, przypomnijmy, wykazuje silny związek ze skalą SES (Gaither , Sellbom, 2003). Jednostki o wysokiej reaktywności dążą do optymalizacji poziomu stymulacji, co motywuje je do poszukiwania nowych, intensywnych doświadczeń. W stanie silnego pobudzenia seksualnego dochodzi do dysregulacji procesów decyzyjnych i percepcji ryzyka, co skutkuje ignorowaniem zagrożeń na rzecz natychmiastowej gratyfikacji (Ariely , Loewenstein, 2006; Gola, 2024). Tłumaczy to, dlaczego wysoki SES wiąże się z większą liczbą partnerów i częstszymi kontaktami bez zabezpieczenia, zwłaszcza przy deficytach hamowania (Bancroft i in., 2004; Turchik i in., 2010).

Klucz do wyjaśnienia dodatniej korelacji między wysokimi wynikami na skali SES a pornografią i cyberseksem leży prawdopodobnie w specyfice omawianej tu podskali. Ponieważ SES mierzy m.in. reaktywność na bodźce wizualne, osoby wysokoreaktywne, a więc z wysokimi wynikami na tej skali, będą bardziej podatne na materiały erotyczne, co na poziomie neuronalnym może wiązać się z hipersensytyzacją układu nagrody (Nowosielski i in., 2020). Internet, zapewniając nieograniczony dostęp do nowych, silnie stymulujących bodźców - wspomniane już potrójne "A" -, staje się środowiskiem, w którym osoby o wysokim SES mogą



poszukiwać coraz silniejszych głównie wizualnych wrażeń seksualnych (Gola, 2024; Lewczuk i in., 2022).

W kontekście chemseksu, korelacja z SES może sugerować natomiast instrumentalne wykorzystywanie substancji psychoaktywnych. Przy założeniu kierunku zależności od osobowości do zachowania, osoby o wysokim SES prawdopodobnie częściej dążą do farmakologicznego wzmocnienia naturalnej tendencji do poszukiwania stymulacji. Substancje chemiczne pełnią tu funkcję narzędzia intensyfikującego doznania i wydłużającego stosunek, co jednak drastycznie zwiększa ryzykowność zachowań (Weatherburn i in., 2017; Gola, 2024).

Analiza wymiaru hamowania wykazuje natomiast silny, negatywny związek między skalą SIS2 (lęk przed konsekwencjami) a seksem bez zabezpieczenia. Jest to spójne z tezą, że obniżony próg hamowania stanowi kluczowy predyktor RSB (Bancroft i in., 2004). Wysoki wynik SIS2 oznacza wzmogoną wrażliwość na sygnały zagrożenia; w sytuacjach ryzykownych takich jak: brak prezerwatywy lub nieznamość statusu serologicznego partnera, lęk skutecznie redukuje podniecenie, pełniąc funkcję mechanizmu „hamowania sytuacyjnego” i bufora bezpieczeństwa zdrowotnego (Kurpisz, 2016; Nowosielski i in., 2020).

Tymczasem negatywna korelacja SIS2 z chemseksem może być wyjaśniona mechanizmem kontroli poznawczej. Chemseks z definicji służy znoszeniu zahamowań i redukcji lęku (Maxwell i in., 2019). Dla osób z wysokim SIS2 utrata kontroli i nieprzewidywalność sytuacji związanej z intoksykacją prawdopodobnie są zbyt zagrażające, co powstrzymuje je przed łączeniem seksu z narkotykami. Otwiera to pole do dalszych badań nad niskim poziomem SIS2 jako potencjalnym czynnikiem ryzyka ułatwiającym wejście we wzorce zachowań typu chemseks.

Podsumowując, uzyskane rezultaty pozwalają na twierdzącą odpowiedź na postawione pytanie badawcze. Wskazują one na istotny statystycznie związek między wymiarami modelu podwójnej kontroli a częstotliwością podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (RSB). Wykazano, że w badanej grupie wysoka pobudliwość (SES) silnie koreluje ze zwiększoną częstością zachowań ryzykownych, podczas gdy mechanizmy hamowania (SIS) wykazują negatywną korelację z RSB.



7.3 Mechanizm mediacji

Kluczowym rezultatem analizy występujących mediacji jest identyfikacja zjawiska konkurencyjnej mediacji prowadzącej do supresji statystycznej. Innymi słowy, przeprowadzone analizy pokazały, że efekt ścieżki SES i efekt ścieżki SIS2 znoszą się wzajemnie, co może tłumaczyć przynajmniej część sprzecznych wyników dotychczasowych badań nad korelacją między stresem mniejszościowym a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Jednak omawiana tu kwestia wykracza poza zagadnienia czysto metodologiczne. Ujawnia ona bowiem istnienie w badanej grupie niezidentyfikowanego w innych dotychczasowych badaniach patomechanizmu stresu. Pytanie, które niejako bezpośrednio nam się nasuwa, a które jednak musimy pozostawić bez odpowiedzi, dotyczy stopnia uniwersalności owego mechanizmu (czy jest on specyficzny dla jedynie części populacji; czy ogranicza się jedynie do stresorów stresu mniejszościowego?).

Potwierdzenie w całości hipotezy 3a zdaje się stać w sprzeczności ze standardową koncepcją fizjologii stresu, która zakłada, że aktywacja układu współczulnego jest antagonistyczna wobec podniecenia seksualnego (wymagającego równowagi z układem przywspółczulnym). Z drugiej jednak strony, Bancroft zwrócił uwagę na zjawisko „paradoksalnych wzrostów” zainteresowania seksualnego podczas stanów negatywnego nastroju. Badania wskazują, że ok. 15% - 20% populacji mężczyzn zgłasza zwiększone zainteresowanie seksem w stanach lęku lub depresji. Dla tych jednostek system seksualny staje się głównym system regulacji negatywnego afektu. W kontekście stresu mniejszościowego mechanizm ten nabiera szczególnego znaczenia i może stanowić ramę interpretacyjną omawianego zjawiska mediacji.

Jak wiemy, chroniczny charakter stresu mniejszościowego generuje negatywny afekt - stan, który jednostka chce rozładować, wykorzystując dostępne zasoby. Dla osób z wysokim SES to właśnie podniecenie seksualne powstałe w wyniku kontaktów seksualnych, w tym tych o ryzykownym charakterze, oferuje silne, choć tymczasowe, fizjologiczne antidotum na wspomniany dystres. Innymi słowy, poprzez zwiększenie poziomu dopaminy i endorfin zachowania seksualne pomagają jednostce uciec od dysforii stygmatyzacji. Zachowania seksualne byłyby więc w tym przypadku swoistą formą leczenia, czy też samoleczenia. Do podobnych wniosków prowadzi zastosowanie do interesujących nas tu wyników modelu ucieczki poznawczej (ang.: *cognitive escape model*) McKirana (1996), który zakłada, że zachowania dostarczające wysokiej stymulacji są właśnie mechanizmem ucieczki



wykorzystywanym przez jednostkę do “odcięcia się” (dysocjacji) od poznawczego obciążenia stresem mniejszościowym. Być może zatem obserwowana w badanej przez nas grupie mediacja obrazuje zjawisko wyostrożonej wrażliwości na bodźce seksualne, która powstaje w odpowiedzi na dystres (stres mniejszościowy) i której adaptacyjna funkcja polega na ułatwieniu jednostce zaangażowania się w zachowania seksualne prowadzące do czasowej dysocjacji.

Natomiast część przypadków omawianej tu mediacji wyjaśnić można także poprzez odwołanie się do czwartej zmiennej, jaką jest samoocena. Udowodniono (Puchalska, Jaroszek, 2025), że u osób doświadczających stresu mniejszościowego występuje zaniżona samoocena. Być może więc kontakty seksualne, zwłaszcza z wieloma przygodnymi partnerami, mogą pełnić funkcję walidacyjną, dostarczając namacalnego dowodu na bycie pożądanym i wartościowym w świecie, który w innym przypadku sygnalizuje odrzucenie. Taka hipoteza jednak zakłada związek SES nie tylko ze stresem mniejszościowym ale i z samooceną, co wymagałoby dalszych badań. Ponadto nie tłumaczy ona obecności w badanej przez nas grupie mediacyjnej roli pobudzenia seksualnego w konsumpcji pornografii.

Warto zauważyć, że w ramach każdej z zaproponowanych interpretacji wyników SES traktowane jest jako swoisty zasób wykorzystywany przez jednostkę do radzenia sobie z dystresem.

Wyniki uzyskane na drodze weryfikacji hipotezy 3b wydają się *primo facie* sprzeczne z codzienną intuicją. Oczekiwalibyśmy, że skoro efekt mediacyjny wystąpił w przypadku chemseksu, to taki sam efekt powinniśmy uzyskać dla “seksu analnego bez prezerwatywy” oraz “seksu z partnerem o nieznanym statusie serologicznym”. Jeśli bowiem SIS2 konceptualizujemy jako lęk przed negatywnymi konsekwencjami zachowań seksualnych, to zgodnie z większością badań wymienione właśnie zachowania niosą ze sobą największe ryzyko takich konsekwencji. W tym kontekście na uwagę zasługuje analiza mediacji dla seksu bez prezerwatywy. O ile po usunięciu wartości skrajnych efekt mediacji nie był istotny statystycznie, o tyle po włączeniu tych wartości do analizy okazało się, że istnieje efekt mediacji, a więc potwierdzona została hipoteza częściowa, że stres mniejszościowy w badanej grupie zwiększa hamowanie (SIS2), co istotnie obniża ryzyko seksu bez prezerwatywy. Ta dwukrotna analiza podyktowana była, jak wspomniano, założeniem, że efekt ochronny SIS2 może być zwiększony w tej części badanej populacji, w której występuje najwyższe nasilenie zachowań ryzykownych. Jednak w świetle uwag poczynionych na początku niniejszego rozdziału przy okazji omawiania korelacji między stygmatem HIV/AIDS a seksem bez



prezerwatywy oraz seksem z partnerem o nieznanym statusie serologicznym, można zaproponować alternatywną interpretację interesującego nas tu zjawiska. Być może obserwowany brak efektu mediacji dla tych dwóch zmiennych wynika z faktu, że zachowania, jakie one opisują, nie są postrzegane przez większość członków badanej populacji jako niosące ze sobą negatywne konsekwencje, co wynika, jak już powiedziano, z ich wysokiej świadomości w zakresie zdrowia psychicznego. Stosowanie PrEP przez badanych a więc proaktywne zapobieganie negatywnym konsekwencjom zachowań seksualnych powoduje, że mechanizm hamowania nie zostaje aktywowany. Różnica wyników dwóch sposobów analizy danych natomiast może wskazywać, że część badanej populacji (wartości skrajne), nie podziela lub podziela w stopniu umiarkowanym powyższe przekonania, uznając, że z uwagi na m.in. częstość podejmowania RSB zwiększa prawdopodobieństwo negatywnych konsekwencji. W rezultacie więc zostaje u nich uruchomiony mechanizm SIS2.

Nie przesądzając o słuszności i prawdziwości powyższej interpretacji, powtórzć wypada postulat o konieczności dostosowania operacjonalizacji ryzykownych zachowań seksualnych do osiągnięć współczesnej medycyny w zakresie profilaktyki nie tylko AIDS ale także innych chorób wenerycznych.

Warto zauważyć, że w świetle przedstawionej hipotezy interpretacyjnej efekt mediacji zidentyfikowany w analizie okazuje się jak najbardziej zgodny z potoczną intuicją. Seks bez prezerwatywy oraz seks z partnerem o nieznanym statusie serologicznym umieszczane są w tej samej kategorii zachowań „bezpiecznych” - a więc niemających negatywnych konsekwencji - co konsumpcja pornografii oraz cyberseks. W związku z tym mechanizm hamowania nie musi być aktywowany. Taka „ochronna ścieżka” uruchamiana jest w badanej grupie jedynie w kontekście chemseksu, który niesie ze sobą istotne ryzyko negatywnych konsekwencji. Zjawisko to może sugerować istnienie adaptacyjnego mechanizmu unikania. Wysokie hamowanie (SIS2) działałoby jak „bezpiecznik”, który w obliczu percepcji zagrożenia wygasza pobudzenie.

Choć sugestia ta jest oparta na przesłankach, które wymagają głębszego ugruntowania w wynikach badań empirycznych, można także zaproponować reinterpretację SIS2. Jak napisano, w oryginalnym modelu Bancrofta i Janssena, „hamowanie z powodu groźby konsekwencji” odnosiło się często do ryzyka ciąży, przyłapania przez rodziców czy chorób wenerycznych w sensie medycznym. Tymczasem zidentyfikowany w badanej grupie wzrost SIS2 pod wpływem stresu mniejszościowego może sugerować, że ten system hamowania adaptuje się do pełnienia funkcji "czujnika homofobii". Hamowanie byłoby mechanizmem



przetrwania we wrogim środowisku, co nadałoby SIS2 nowy, społeczno-adaptacyjny wymiar. Kwestia ta jednak wymaga szeroko zakrojonych badań empirycznych.

Na koniec naszych rozważań warto poruszyć trzy kwestie. Po pierwsze, należy odnotować ograniczenia przeprowadzonego badania, wynikające przede wszystkim z doboru próby. Badana grupa składająca się głównie z mieszkańców dużych miast o wysokim statusie socjoekonomicznym nie jest reprezentatywna dla ogółu populacji mężczyzn nieheteronormatywnych w Polsce. Można przypuszczać, że w grupach o niższym kapitale społecznym i mniejszym dostępie do nowoczesnej profilaktyki (PrEP), obserwowane zależności z efektem mediacji włącznie mogłyby wyglądać zupełnie inaczej.

Po drugie, o ile wyniki badań przeprowadzonych na większej próbie, potwierdzą omawiane tu zależności, to będą one pociągać za sobą istotne implikacje praktyczne. W obszarze oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych zaistnieje konieczność odejścia od uniwersalnych programów edukacyjnych na rzecz interwencji dopasowanych do profilu neurobiologicznego i poziomu doświadczanego stresu. Wydaje się, że praca kliniczna z pacjentem podejmującym RSB powinna uwzględniać nie tylko modyfikację zachowań, ale także pracę nad regulacją emocjonalną w kontekście stresu mniejszościowego oraz rozpoznawanie własnego stylu reaktywności seksualnej (SES/SIS).

Po trzecie w końcu, w płaszczyźnie teoretycznej stwierdzony w badaniu efekt mediacji otwiera interesujące pole badawcze do integracji operującej na poziomie procesów psychospołecznych teorii stresu mniejszościowego z “bio-psychologicznym” / neurofizjologicznym modelem podwójnej kontroli.



Zakończenie

Niniejsza praca stanowiła próbę wielowymiarowej analizy mechanizmów leżących u podstaw podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych przez nieheteronormatywnych mężczyzn. Celem podjętych badań była integracja dwóch odrębnie funkcjonujących dotąd paradygmatów teoretycznych: socjopsychologicznej koncepcji stresu mniejszościowego (Meyer, 2003; Balsam, 2013) oraz seksuologicznego modelu podwójnej kontroli (Bancroft i Janssen, 2000). Choć badania zostały przeprowadzone na relatywnie małej próbie i stąd ich wyników nie można uogólnić na całość bądź nawet część populacji, to jednak pozwoliły one nie tylko na potwierdzenie przydatności obu modeli w wyjaśnianiu zachowań seksualnych badanej populacji, ale przede wszystkim na zidentyfikowanie prawdopodobnych złożonych ścieżek mediacyjnych łączących doświadczenie stygmatyzacji z temperamentem seksualnym.

Analiza materiału empirycznego prowadzi do sformułowania kilku kluczowych wniosków dotyczących badanej grupy, które porządkują dotychczasową wiedzę i wskazują nowe kierunki interpretacyjne.

Po pierwsze, wykazano, że relacja między stresem mniejszościowym a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi w badanej grupie nie ma charakteru prostego determinizmu. Stwierdzono, że ogólny poziom stresu jest słabszym predyktorem RSB niż jego specyficzne wymiary, takie jak stygmatyzacja związana z HIV/AIDS czy poczucie wyobcowania. Wyniki te sugerują konieczność zniuansowanego podejścia do modelu Meyera, w którym poszczególne stresory mogą aktywować odmienne ścieżki behawioralne – od ucieczki w sferę wirtualną (cyberseks, pornografia) po podejmowanie ryzyka fizycznego. Jednocześnie zaobserwowany brak istotnych korelacji dla niektórych klasycznych wskaźników ryzyka (np. seks analny bez prezerwatywy) należy interpretować przez pryzmat specyfiki badanej grupy – osób o wysokim kapitale edukacyjnym i świadomości zdrowotnej, u których stosowanie profilaktyki farmakologicznej (PrEP) redefiniuje pojęcie „seksu bezpiecznego”. Prowadzi to do postulatu o konieczności aktualizacji definicji RSB w badaniach seksuologicznych, tak aby uwzględniały one współczesne metody biomedycznej prewencji HIV.

Po drugie, badania potwierdziły, że zmienne neurofizjologiczne okazały się silnymi korelatami podejmowanych aktywności. Wysoka pobudliwość seksualna (SES) konsekwentnie wiązała się z większą częstotliwością wszystkich analizowanych form ryzyka, co potwierdza tezę o poszukiwaniu stymulacji jako stałej cechy osobniczej napędzającej RSB. Z kolei



hamowanie wynikające z lęku przed konsekwencjami (SIS2) pełniło istotną funkcję ochronną („bezpiecznika”), szczególnie w odniesieniu do najbardziej zagrażających zachowań.

Po trzecie, i co wydaje się najważniejszym wkładem poznawczym niniejszej pracy, zidentyfikowano zjawisko konkurencyjnej mediacji, prowadzące do efektu supresji statystycznej. Analiza ścieżek wykazała, że stres mniejszościowy oddziałuje w badanej grupie na zachowanie dwutorowo i antagonistycznie. Z jednej strony, poprzez podniesienie poziomu pobudliwości (SES), stres aktywuje mechanizm radzenia sobie poprzez seks (coping), gdzie ryzykowne zachowania pełnią funkcję regulacji afektu i dysocjacji od dystresu. Z drugiej strony, ten sam stres nasila hamowanie (SIS2), uruchamiając mechanizm unikania zagrożenia, co zaobserwowano wyraźnie w przypadku chemseksu. Oznacza to, że doświadczenie dyskryminacji może jednocześnie popychać jednostkę ku ryzykownym zachowaniom (jako formy ulgi) i powstrzymywać ją przed nimi (z lęku przed konsekwencjami). Odkrycie to rzuca nowe światło na niespójne wyniki wcześniejszych badań światowych, sugerując, że ostateczne zachowanie może być wypadkową siły tych dwóch przeciwstawnych wektorów.



Bibliografia

Amundsen, E., Muller, A. E., Reiherth, E., Skogen, V., & Berg, R. C. (2024). Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Scoping Review of Research Methods. *Journal of homosexuality*, 71(6), 1392–1418. <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2170757>

Ariely, D., & Loewenstein, G. (2006). The Heat of the Moment: The Effect of Sexual Arousal on Sexual Decision Making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 19, 87-98.
<http://dx.doi.org/10.1002/bdm.501>

Arnold, E. A., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2014). ‘Triply cursed’: racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Culture, Health & Sexuality*, 16(6), 710–722.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2014.905706>

Baldwin, P. (1999). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.

Balsam, K. F., Beadnell, B., & Molina, Y. (2013). The Daily Heterosexist Experiences Questionnaire: Measuring minority stress among lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 3–25.
<https://doi.org/10.1177/0748175612449743>

Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of sexual behavior*, 32(3), 217–230. <https://doi.org/10.1023/a:1023409516739>

Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Elsevier Urban & Partner.

Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571–579. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00024-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00024-5)

Batorski, D., Olcoń-Kubicka, M. (2006). Prowadzenie badań przez Internet – podstawowe zagrożenia metodologiczne. *Studia Socjologiczne*, 3(182), 99–132.

Becker, M. H. (Red.). (1974). *The Health Belief Model and personal health behavior*. Charles B. Slack.



Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American Psychologist*, 71(8), 670–679.

<https://doi.org/10.1037/amp0000059>

Bollen, J., & McInnes, D. (2004). Time, relations and learning in gay men's experiences of adventurous sex. *Social Semiotics*, 14(1), 21–36.

<https://doi.org/10.1080/1035033042000202906>

Cacchioni, T. (2015). *Big Pharma, Women, and the Labour of Love*. Toronto: University of Toronto Press.

Carballo-Diéguez, A., Ventuneac, A., Dowsett, G. W., Balan, I., Remien, R. H., & Dolezal, C. (2011). Sexual pleasure, partner dynamics and predictors of regular attendance for anal sex in men who have sex with men. *AIDS Behav* 15 (Suppl 1), 57–65 (2011).

<https://doi.org/10.1007/s10461-011-9900-7>

Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Towards an Understanding of Risk Behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*. 1990;17(1):53-72.

doi:[10.1177/109019819001700107](https://doi.org/10.1177/109019819001700107)

Chawla N, Sarkar S. Defining “High-risk Sexual Behavior” in the Context of Substance Use. *Journal of Psychosexual Health*. 2019;1(1):26-31. doi:[10.1177/2631831818822015](https://doi.org/10.1177/2631831818822015)

Cicek Ozdemir, S., & Cevik, E. (2025). The relationship between risky sexual behaviors and sexual health literacy and self-esteem in young women. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 71(2), e20241040. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241040>

Cisek, A., & Rogowska, A. M. (2023). The relationship between minority stress and depressive symptoms in the LGBTQA population from Poland. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(6), 1000–1014.

<https://doi.org/10.3390/ejihpe13060076>

Conrad, P., Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness* (Wyd. 2 poszerzone). Temple University Press.

Cooper, A. (Red.). (2002). *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians*. Brunner-Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203890349>



Davidson, R., & Hall, L. A. (Red.). (2001). *Sex, sin and suffering: Venereal disease and European society since 1870*. Routledge.

Dora, M., Mijas, M. (2012). Od masturbacyjnego obłądu do zdrowia seksualnego: Zmiany w postrzeganiu autoerotyzmu w dyskursie medycznym i terapii. *Psychoterapia*, 3(162), 65–75.

Elford, J., Bolding, G., Davis, M., Sherr, L., & Hart, G. (2004). Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sexually transmitted infections*, 80(6), 451–454.

<https://doi.org/10.1136/sti.2004.010785>

Elford, J., Bolding, G., & Sherr, L. (2002). High-risk sexual behaviour increases among London gay men between 1998 and 2001: what is the role of HIV optimism?. *AIDS (London, England)*, 16(11), 1537–1544. <https://doi.org/10.1097/00002030-200207260-00011>

Fino, E., Jaspal, R., Lopes, B., Wignall, L., & Bloxsom, C. (2021). The Sexual Risk Behaviors Scale (SRBS): Development & Validation in a University Student Sample in the UK. *Evaluation & the health professions*, 44(2), 152–160.

<https://doi.org/10.1177/01632787211003950>

Foucault, M. (2010). *Historia seksualności* (T. 1-3). (B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Tłum.). Wydawnictwo słowo/obraz terytoria.

Gagnon, J. H. (2000). Theorizing risky sex. W: J. Bancroft (Red.), *The role of theory in sex research* (s. 262–285). Indiana University Press.

Gagnon, J. H., & Simon, W. (2005). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality* (Wyd. 2). AldineTransaction.

Gaither, G. A., & Sellbom, M. (2003). The sexual sensation seeking scale: reliability and validity within a heterosexual college student sample. *Journal of personality assessment*, 81(2), 157–167. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8102_07

Georgiadis, J. R., & Kringelbach, M. L. (2012). The human sexual response cycle: brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in neurobiology*, 98(1), 49–81. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2012.05.004>



Gola, M. (2024). *Gdy porno przestaje być sexy: Pornografia oczami psychoterapeuty*. Copernicus Center Press.

Gola, M., Lewczuk, K., & Skorko, M. (2016). What Matters: Quantity or Quality of Pornography Use? Psychological and Behavioral Factors of Seeking Treatment for Problematic Pornography Use. *The journal of sexual medicine*, 13(5), 815–824.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.169>

Gola, M., Wordecha, M., Sescousse, G., Lew-Starowicz, M., Kossowski, B., Wypych, M., Makeig, S., Potenza, M. N., & Marchewka, A. (2017). Can Pornography be Addictive? An fMRI Study of Men Seeking Treatment for Problematic Pornography Use. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 42(10), 2021–2031. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.78>

Golub SA, Gamarel KE. The Impact of Anticipated HIV Stigma on Delays in HIV Testing Behaviors: Findings from a Community-Based Sample of Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*. 2013;27(11):621-627.
<https://doi.org/10.1089/apc.2013.0245>

Grabski, B., Iniewicz, G., & Mijas, M. (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska. *Psychiatria Polska*, 46(4), 637–647.

Grabski, B., & Kasparek, K. (2017). Problemy seksualne u mężczyzn homo- i biseksualnych – omówienie kontekstu zagadnienia. *Psychiatria Polska*, 51(1), 75–83.
<https://doi.org/10.12740/PP/61799>

Halkitis, P. N., & Parsons, J. T. (2003). Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS care*, 15(3), 367–378.
<https://doi.org/10.1080/0954012031000105423>

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730.
<https://doi.org/10.1037/a0016441>

Hoagland, B., Moreira, R. I., De Boni, R. B., Kallas, E. G., Madruga, J. V., Vasconcelos, R., Goulart, S., Torres, T. S., Marins, L. M. S., Anderson, P. L., Luz, P. M., Costa Leite, I. D., Liu, A. Y., Veloso, V. G., Grinsztejn, B., & PrEP Brasil Study Team Clinical Trial Number



01989611 (2017). High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21472.

<https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21472>

Holt, M., Lea, T., Mao, L., Kolstee, J., Zablotska, I., Prestage, G., de Wit, J. (2018). Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: Results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. *The Lancet HIV*, 5(8), e448–e456. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30072-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30072-9)

Iniewicz, G. (2015). *Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych: W poszukiwaniu czynników ryzyka i czynników chroniących*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Iniewicz, G. (2016). Zaburzenia psychiczne u osób biseksualnych i homoseksualnych w kontekście stresu mniejszościowego. W: Z. Lew-Starowicz, G. Iniewicz, R. Kowalczyk, & R. J. Tritt (Red.), *LGB. Zdrowie psychiczne i seksualne* (s. 108–133). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku: Studium badawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Janssen, E., & Bancroft, J. (1996). The Dual Control Model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. W: J. Bancroft (Red.), *Researching sexual behavior: Methodological issues* (s. 197–222). Bloomington: Indiana University Press.

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002). The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *The Journal of Sex Research*, 39(2), 114–126. <https://doi.org/10.1080/00224490209552130>

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002). The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *The Journal of Sex Research*, 39(2), 127–132. <https://doi.org/10.1080/00224490209552131>



Janssen, E., & Bancroft, J. (2007). The Dual Control Model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. W: E. Janssen (Red.), *The psychophysiology of sex* (s. 197–222). Indiana University Press.

Janssen, E. (2011). Sexual arousal in men: A review and conceptual analysis. *Hormones and Behavior*, 59(5), 708–716. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.03.004>

Jepsen, I., Lindroth, M., & Hammarström, S. (2024). “Ask me, listen to me, treat me well and I shall tell”: A qualitative study of Swedish youths’ experiences of discussing sexual health with youth health clinic professionals. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30(1), 2146032.. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2146032>

Jordan, E. M. (2018). *Exploring Psychosocial Factors And Sexual Risk Behavior Of Men Who Have Sex With Men* [nieopublikowana rozprawa doktorska]. Georgia Southern University.
URL:
<https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2943&context=etd>

Kalaga, W. (2001). *Mgławice dyskursu: Podmiot, tekst, interpretacja*. Universitas

Kalina, O. (2020). Value orientations and risky sexual behaviour among first year university students. *Health Problems of Civilization*, 14(1), 9-17. <https://doi.org/10.5114/hpc.2020.90174>

Kamen, C., Burns, M., & Beach, S. R. H. (2011). Minority stress in same-sex male relationships: When does it impact relationship satisfaction? *Journal of Homosexuality*, 58(10), 1372–1390. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.614904>

Kashubeck-West, S., & Szymanski, D. M. (2008). Risky Sexual Behavior in Gay and Bisexual Men: Internalized Heterosexism, Sensation Seeking, and Substance Use: Internalized Heterosexism, Sensation Seeking, and Substance Use. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 595-614. <https://doi.org/10.1177/0011000007309633>

Kempińska, U., & Malinowski, J. A. (2023). Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako problem ogólnoswiatowy – przyczyny, skutki i zapobieganie. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 617(2), 3–15. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.2872>



Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. W. B. Saunders.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. W. B. Saunders

Koziara, K., Mijas, M., Galbarczyk, A., Wycisk, J., Pliczko, M. P., Krzych-Miłkowska, K., & Grabski, B. (2022). It gets better with age: Resilience, stigma, and mental health among lesbian, gay, bisexual, transgender and queer persons from Poland. *Frontiers in Psychology*, 13, 958601. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.958601>

Kurpisz, J. B. (2016). *Związek czynników psychospołecznych z kontrolą reakcji seksualnych u mężczyzn* [Rozprawa doktorska, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie].

Repozytorium PUM. [10.48745/ppm.nhnh-p269](https://doi.org/10.48745/ppm.nhnh-p269)

Kurpisz, J., Mak, M., Lew-Starowicz, M., Nowosielski, K., & Samochowiec, J. (2015). The Dual Control Model of sexual response by J. Bancroft and E. Janssen: Theoretical basis, research and practical issues. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(3), 156–164.

<https://doi.org/10.1016/j.pin.2015.08.001>

Latour, B. (2010). *Splatając na nowo to, co społeczne. Wprowadzenie do teorii aktora-sieci*. Universitas.

Levine, M. P. (1998). *Gay Macho: The Life and Death of the Homosexual Clone*. New York: NYU Press.

Lew-Starowicz, Z., & Skrzypulec, V. (Red.). (2010). *Podstawy seksuologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lewczuk, K., Wójcik, A., & Gola, M. (2022). Increase in the prevalence of online pornography use: Objective data analysis from the period between 2004 and 2016 in Poland. *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 1157–1171. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02090-w>

Lukhele, B. W., Techasrivichien, T., Musumari, P. M., El-Saaidi, C., Suguimoto, S. P., Ono-Kihara, M., & Kihara, M. (2016). Multiple sexual partnerships and their correlates among Facebook users in Swaziland: an online cross-sectional study. *African journal of AIDS research : AJAR*, 15(3), 203–210. <https://doi.org/10.2989/16085906.2016.1171790>



- Łukaszek, M. (2014). Ryzykowne zachowania seksualne mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności. *Rocznik Lubuski*, 40(1), 157–176.
- Mann, C., & Stewart, F. (2000). *Internet communication and qualitative research: A handbook for researching online*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849209281>
- Margasiński, A. (2019). *Skale postaw wobec homoseksualizmu: Podręcznik*. Wydawnictwo Liberi Libri.
- McKirnan, D. J., Ostrow, D. G., & Hope, B. (1996). Sex, drugs and escape: a psychological model of HIV-risk sexual behaviours. *AIDS care*, 8(6), 655–669. <https://doi.org/10.1080/09540129650125371>
- McCormack, S., Dunn, D. T., Desai, M., Dolling, D. I., Gafos, M., Gilson, R., Sullivan, A. K., Clarke, A., Reeves, I., Schembri, G., Williams, I., Lacey, C. J., Soares, A., McOwan, A., Rush, J., Fox, J., Apea, V., Fakoya, A., Teague, A., ... Gill, O. N. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*, 387(10013), 53–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00056-2)
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mijas, M., & Koziara, K. (2020). Polska adaptacja Kwestionariusza Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu. *Psychiatria Polska*, 54(1), 137–152. <https://doi.org/10.12740/PP/97215>
- Miller, W. C., Ford, C. A., Morris, M., Handcock, M. S., Schmitz, J. L., Hobbs, M. M., Cohen, M. S., Harris, K. M., & Udry, J. R. (2004). Prevalence of chlamydial and gonococcal infections among young adults in the United States. *JAMA*, 291(18), 2229–2236. <https://doi.org/10.1001/jama.291.18.2229>



- Mizielińska, J., Abramowicz, M., & Stasińska, A. (2014). *Rodziny z wyboru w Polsce: Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.
- Mort, F. (1987). *Dangerous Sexualities: Medico-Moral Politics in England Since 1830*. London: Routledge.
- Nowosielski, K., Kurpisz, J., Kowalczyk, R., & Lew-Starowicz, M. (2020). Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales in Men: Psychometric properties of a Polish adaptation. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 2741–2753. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01837-1>
- Olesiński, P. (2012). Relacja intymna osób homoseksualnych oraz trudności w jej nawiązywaniu i utrzymaniu. *Studia Psychologiczne*, 50(1), 15–26.
- Parker, R. G., & Gagnon, J. H. (Red.). (1995). *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. Routledge.
- Patrick, M. E., & Maggs, J. L. (2009). Does drinking lead to sex? Daily alcohol-sex behaviors and expectancies among college students. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 23(3), 472–481. <https://doi.org/10.1037/a0016097>
- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people.
- Plummer, K. (1979). *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*. London: Routledge.
- Quétel, C. (1990). *History of Syphilis*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Raport o homofobicznej mowie nienawiści w Polsce*. G. Czarnecki (Red.), (2009), Kampania Przeciw Homofobii.
- Rogers, A. H., & Ahn, W.-Y. (2017). The indirect effect of emotion regulation on minority stress and problematic substance use in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Frontiers in Psychology*, 8, 1881. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01881>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. W: R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Red.), *Preventing AIDS:*



Theories and methods of behavioral interventions (s. 5–24). Plenum Press.

https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_2

Sauerteig, L. D. H., & Davidson, R. (Red.). (2008). *Shaping sexual knowledge: A cultural history of sex education in twentieth century Europe*. Routledge.

Semlyen, J., & Rohleder, P. (Red.). (2023). *Sexual minorities and mental health: Current perspectives and new directions*. Palgrave Macmillan.

Shernoff, M. (2005). *Without condoms: Unprotected sex, gay men, and barebacking*. Routledge.

Stasińska, A. (2018). *Socjologia pary: Praktyki intymne w związkach nieheteroseksualnych*. Zakład Wydawniczy Nomos.

Suchanecka, A. (2013). Rola dopaminy w procesach motywacyjnych i powstawaniu uzależnień. *Pomeranian Journal of Science, Sympozja*, 2, 158–161.

Sypniewski, Z., & Warkocki, B. (Red.). (2004). *Homofobia po polsku*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!.

Thomsen, L., Ogilvie, J., & Rynne, J. (2023). Adverse childhood experiences and psychosocial functioning problems for youths who sexually harm siblings. *Journal of Sexual Aggression*, 29(3), 374–390. <https://doi.org/10.1080/13552600.2023.2223234>

Træen, B. (2018). Predictors of internalized homonegativity in Norwegian men who have sex with men (MSM). *Scandinavian Psychologist*, 5, e2. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e2>

Turchik, J. A., Garske, J. P., Probst, D. R., & Irvin, C. R. (2010). Personality, sexuality, and substance use as predictors of sexual risk taking in college students. *Journal of sex research*, 47(5), 411–419. <https://doi.org/10.1080/00224490903161621>

Vance, C. S. (Red.). (1984). *Pleasure and danger: Exploring female sexuality*. Routledge & Kegan Paul.



Wagenaar, B. H., Sherr, K., Fernandes, Q., & Wagenaar, A. C. (2018). Using routine health information systems for well-designed health evaluations in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 33(1), 129.

Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S., & Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and chem usage ('chemsex') among men who have sex with men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203–206. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052695>

Weeks, J. (2012). *Sex, politics and society: The regulation of sexuality since 1800* (Wyd. 3). Routledge.

Winiewski, M., & Świder, M. (Red.). (2021). *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2019–2020*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases, 11th Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/>

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge University Press.



Spis tabel

Tabela 1: Typy ryzykownych zachowań seksualnych

Tabela 2: Dodatkowe stresory uwzględnione w kwestionariuszu DHEQ

Tabela 3: Korelacje między MS a innymi zmiennymi

Tabela 4: Statystyki dotyczące struktury wieku

Tabela 5: Kwestionariusz ryzykownych zachowań seksualnych

Tabela 6: Podstawowe statystyki opisowe zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka

Tabela 7: Związek pomiędzy poziomem stresu mniejszościowego a częstością uprawiania ryzykownych zachowań seksualnych

Tabela 8: Związek pomiędzy poziomem pobudliwości seksualnej i hamowaniem z powodu lęku przed porażką oraz zagrożenia zewnętrznego a częstością uprawiania ryzykownych zachowań seksualnych

Tabela 9: Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu bez prezerwatywy

Tabela 10: Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu z osobą o nieznanym statusie serologicznym

Tabela 11: Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością oglądania pornografii

Tabela 12: Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością podejmowania chemseksu

Tabela 13: Mediacyjny wpływ poziomu pobudliwości seksualnej na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością cyberseksu

Tabela 14: Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu bez prezerwatywy



Tabela 15: Mediacyjny wpływ hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu bez prezerwatywy (Analiza z uwzględnieniem wartości skrajnych)

Tabela 16: Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością podejmowania chemseksu

Tabela 17: Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością seksu z osobą o nieznanym statusie serologicznym

Tabela 18: Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością oglądania pornografii

Tabela 19: Mediacyjny wpływ poziomu hamowania (SIS2) na relację między poziomem stresu mniejszościowego a częstością cyberseksu



Spis wykresów

Wykres 1: Orientacja seksualna badanej grupy

Wykres 2: Rozkład zmiennej „miejsce zamieszkania” w badanej grupie

Wykres 3: Rozkład zmiennej „wykształcenie” w badanej grupie

Wykres 4: Rozkład zmiennej „status zawodowy” w badanej grupie

Wykres 5: Rozkład zmiennej „pozostawanie w związku romantycznym” w badanej grupie

Wykres 6: Rozkład zmiennej „typ związku” w badanej grupie

Wykres 7: Rozkład zmiennej „seropozytywność” w badanej grupie

Wykres 8: Rozkład zmiennej „stosowanie PrEP” w badanej grupie

Wykres 9: Rozkład zmiennej „PEP” w badanej grupie



Załącznik 1

Pytania dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych zamieszczone w badaniu wraz z tekstem wyjaśniającym uczestnikom cel badania:

Poniższa ankieta jest w pełni anonimowa i służy pozyskaniu informacji na temat zachowań seksualnych.

Jeśli nie jesteś pewien dokładnej odpowiedzi na którekolwiek z pytań, podaj, proszę, tę odpowiedź, która wydaje ci się najbardziej prawdopodobna.

Pytania:

l.p.	pytanie	forma odpowiedzi
1	W ostatnich 12 miesiącach z iloma osobami, które nie były twoimi stałymi partnerami, odbyłeś stosunek analny bez prezerwatywy?	otwarty
4	Ile razy w ostatnich 12 miesiącach zdarzyło ci się uprawiać seks pod wpływem środków psychoaktywnych (n.p.: amfetaminy, kokainy, mefedronu, 3MMC, 4MMc, GHB/GBL, marihuany) z osobą, która nie jest twoim stałym partnerem?	otwarty
6	Ile razy w ostatnich 12 miesiącach zdarzyło ci się uprawiać seks oralny bądź analny z osobą, której statusu serologicznego (czy jest nosicielem wirusa HIV / jest chora na AIDS) nie znałeś?	otwarty
8	Jak często w ostatnich 12 miesiącach oglądałeś zdjęcia a)codziennie i/lub filmy pornograficzne i/lub erotyczne w internecie?	b)średnio 1 – 2 razy w tygodniu c)średnio 1- 2 razy w miesiącu



- d) średnio kilka razy w ostatnim roku
- e) w ogóle nie oglądałem

- 9 Jak często w ostatnich 12 miesiącach uprawiałeś seks a) codziennie przez internet (cyberseks)?
- b) średnio 1 – 2 razy w tygodniu
 - c) średnio 1- 2 razy w miesiącu
 - d) średnio kilka razy w ostatnim roku
 - e) raz w ostatnim roku
 - f) w ogóle nie uprawiałem



Załącznik 2

Polska adaptacja *Kwestionariusza codziennych doświadczeń heteroseksizmu* wykorzystana w badaniu.

Poniższa lista zawiera opis doświadczeń, które niekiedy stają się udziałem osób LGBTQ+.

Proszę, wskaż, które z owych zdarzeń, sytuacji, doświadczyłeś w ciągu ostatnich 12 miesięcy, używając poniższej skali:

0 = nie zdarzyło się to / nie dotyczy mnie to

1 = zdarzyło się to, ale zupełnie się tym nie przejąłem

2 = zdarzyło się to i trochę się tym przejąłem

3 = zdarzyło się to i umiarkowanie się tym przejąłem

4 = zdarzyło się to i mocno się tym przejąłem

5 = zdarzyło się to i bardzo mocno się tym przejąłem

1. Byłeś znieważany wyzwiskami takimi jak „pedał” czy „lesba”
2. Ludzie przyglądali Ci się w miejscach publicznych ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
3. Byłeś obrażany przez obcych ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
4. Byłeś obrażany przez znajomych ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
5. Byłeś dyskryminowany w sklepach lub restauracjach ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
6. Ludzie śmiali się lub robili sobie żarty z tego, że jesteś osobą LGBT
7. Pobito, uderzono, kopnięto Cię ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
8. Napadnięto Cię z bronią ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
9. Byłeś ofiarą gwałtu lub napaści seksualnej spowodowanej tym, że jesteś osobą LGBT
10. Rzucano w Ciebie przedmiotami ze względu na to, że jesteś osobą LGBT



11. Kontrolowałeś, co mówisz i robisz w towarzystwie osób heteroseksualnych
12. Udawałeś, że masz partnerkę/partnera innej płci
13. Udawałeś, że jesteś osobą heteroseksualną
14. Ukrywałeś swój związek przed innymi ludźmi
15. Unikałeś w miejscu pracy rozmów o aktualnych lub byłych związkach
16. Ukrywałeś część swojego życia przed innymi ludźmi
17. Miałeś problem ze znalezieniem partnera ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
18. Miałeś problem ze znalezieniem przyjaciół będących osobami LGBT
19. Tylko z nielicznymi osobami mogłeś porozmawiać o byciu osobą LGBT
26. Miałeś poczucie, że nie pasujesz do innych osób LGBT
20. Obawiałeś się zakażenia wirusem HIV
21. Stale musiałeś myśleć o „bezpiecznym seksie”
22. Obawiałeś się, że zakazisz innych wirusem HIV
23. Ludzie zakładali, że jesteś osobą zakażoną HIV na podstawie tego, że jesteś osobą LGBT
24. Omawiałeś swój status HIV z potencjalnymi partnerami
25. Martwiłeś się o przyjaciół, którzy żyją z HIV
26. Docierały do Ciebie informacje o niesprawiedliwym traktowaniu osób LGBT, które znasz
27. Docierały do Ciebie informacje o niesprawiedliwym traktowaniu osób LGBT, których nie znasz
28. Docierały do Ciebie informacje o przestępstwach z nienawiści wobec osób LGBT, których nie znasz
29. Byłeś świadkiem znieważania innych osób wyzwiskami takimi jak „pedał” czy „lesba”



- 30. Byłeś świadkiem sytuacji, w której ktoś żartuje z osób LGBT
- 31. Zetknąłeś się z negatywnymi wypowiedziami polityków na temat osób LGBT
- 32. Twoja rodzina nie akceptowała osoby, z którą jesteś w związku, jako członka rodziny
- 33. Twoja rodzina unikała rozmów z Tobą na temat Twojej tożsamości LGBT
- 34. Zostałeś odrzucony przez matkę ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
- 35. Zostałeś odrzucony przez ojca ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
- 36. Zostałeś odrzucony przez rodzeństwo ze względu na to, że jesteś osobą LGBT
- 37. Zostałeś odrzucony przez innych krewnych ze względu na to, że jesteś osobą LGBT

Uwagi dotyczące obliczania wyników:

Wynik dla każdej z podskal oblicza się poprzez zsumowanie punktów z pytań odnoszących się do danej podskali:

Napastowanie (pytania 1–6)

Wiktyimizacja (pytania 7–10)

Czujność (pytania 11–16)

Wyobcowanie (pytania 22–25)

HIV – stygma (pytania 26–31)

Zastępcza trauma (pytania 33–38)

Rodzina pochodzenia (pytania 39–44)



Załącznik 3

Skala SIS/SES-PL wykorzystana w badaniu.

Oto tekst wprowadzający oraz lista wszystkich pytań (stwierdzeń) przepisanych z przesłanego dokumentu SIS/SES-PL.

Instrukcja.

W kwestionariuszu znajdzie Pan stwierdzenia dotyczące tego, jak mógłby Pan zareagować podczas różnych sytuacji, aktywności lub zachowań o charakterze seksualnym.

Pana reakcje mogą być oczywiście uzależnione od różnych okoliczności. Z tego powodu, wypełniając kwestionariusz proszę zaznaczyć takie odpowiedzi, które najtrafniej opisują Pana reakcję w podanych sytuacjach.

Proszę uważnie przeczytać każde stwierdzenie i zaznaczyć, w jaki sposób by Pan zareagował w podanych sytuacjach.

Wybraną odpowiedź proszę zakreślić kółkiem.

Proszę postarać się odpowiedzieć na wszystkie stwierdzenia.

W niektórych pytaniach, może Pan odnieść wrażenie, że żadna z odpowiedzi nie opisuje Pana reakcji.

Również niektóre stwierdzenia mogą Pana nie dotyczyć. W tych sytuacjach proszę wybrać taką odpowiedź, która opisywałaby Pana możliwą reakcję, gdyby Pan znalazł się w opisywanej sytuacji.

W wielu stwierdzeniach znajdzie Pan takie określenia jak: „podniecony seksualnie” lub „podniecony”.

Poprzez te określenia należy rozumieć „uczucie seksualnego podniecenia”, odczucie „stymulacji seksualnej”, bycia „napalonym”, „seksualnie nakręconym”. Określenie „erekcja” stosowane w wielu stwierdzeniach, oznacza wzwód członka związany z podnieceniem seksualnym.



Proszę nie zastanawiać się zbyt długo nad odpowiedziami i zaznaczać swoje pierwsze skojarzenie.

Prosimy nie pomijać żadnego stwierdzenia. Prosimy także o bycie możliwie najbardziej szczerym w udzielanych odpowiedziach.

Proszę użyć poniższej skali:

1 - zdecydowanie się nie zgadzam

2 - nie zgadzam się

3 - zgadzam się

4 - zdecydowanie się zgadzam

1. Kiedy patrzę na erotyczne zdjęcie, łatwo się podniecam.
2. Kiedy samotnie oglądam sceny erotyczne w filmie, szybko się podniecam.
3. Czasem podniecam się leżąc po prostu na słońcu.
4. Kiedy nieznana mi, atrakcyjna seksualnie osoba przypadkowo mnie dotknie, łatwo się podniecam.
5. Podczas intymnej kolacji przy świecach z osobą atrakcyjną dla mnie seksualnie, podniecam się.
6. Aby móc utrzymać erekcję, mój członek musi być dotykany.
7. Podczas seksu, muszę skupić się na moich uczuciach seksualnych, by utrzymać erekcję.
8. Jeśli kocham się w ustronnym miejscu poza domem, ale wydaje mi się, że ktoś jest w pobliżu, jest mało prawdopodobne, bym się bardzo podniecił.
9. Kiedy widzę kogoś atrakcyjnego w seksownym ubraniu, łatwo się podniecam.
10. Kiedy rozmawiam przez telefon z osobą o seksownym głosie, podniecam się.
11. Kiedy widzę, że partner/ka jest podniecona seksualnie, moje podniecenie wzrasta.
12. Nie potrafię się podniecić, chyba że skupiam się jedynie na bodźcach seksualnych.
13. Jeśli wiem, że ktoś oczekuje, że się podniecę, mam problemy z uzyskaniem podniecenia.
14. Jeśli martwi mnie to, że mogę nie zaspokoić seksualnie partnera/partnerki łatwo tracę erekcję.
15. Kiedy się masturbuję i przeczuwam, że ktoś w każdej chwili może wejść do pokoju, stracę erekcję.



16. Jest mi trudno podniecić się, chyba że fantazjuję o wyjątkowo podniecającej sytuacji.
17. Jeśli inni mogą usłyszeć mnie podczas seksu, jest mało prawdopodobne, bym był dalej podniecony.
18. Kiedy biorę kąpiel lub prysznic, łatwo się podniecam.
19. Jeśli uświadomię sobie, że mogę zarazić się chorobą weneryczną, jest mało prawdopodobne, bym był dalej podniecony.
20. Jeśli ktoś może mnie zobaczyć, kiedy się kocham, jest mało prawdopodobne, bym był dalej podniecony.
21. Kiedy z innymi oglądam film pornograficzny, szybko się podniecam.
22. Kiedy nieznana mi, atrakcyjna seksualnie osoba patrzy mi prosto w oczy, podniecam się.
23. Jeśli pomyślę, że seks sprawi mi ból, tracę erekcję.
24. Kiedy mam na sobie coś, w czym czuję się atrakcyjny seksualnie, to jest prawdopodobne, że się podniecę.
25. Jeśli seks miałby sprawić ból partnerowi/partnerce, to jest mało prawdopodobne, bym był dalej podniecony.
26. Kiedy myślę o bardzo atrakcyjnej osobie, łatwo się podniecam.
27. Kiedy mam już erekcję, chcę jak najszybciej rozpocząć współżycie, by jej nie stracić.
28. Kiedy widzę atrakcyjną osobę, zaczynam wyobrażać sobie, jak się z nią kocham.
29. Kiedy myślę o innych rzeczach, łatwo tracę erekcję.
30. Fantazje seksualne często pomagają mi utrzymać erekcję.
31. Kiedy flirtuje ze mną atrakcyjna osoba, łatwo się podniecam.
32. Zaspokajanie partnerka/partnerki podczas seksu sprawia, że jeszcze bardziej się podniecam.

Uwagi dotyczące obliczania wyników:

Wynik SES (Skala Pobudzenia Seksualnego) oblicza się poprzez zsumowanie punktów z pytań: 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 18, 21, 22, 24, 26, 28, 30, 31 oraz 32.

Wynik SIS1 (Skala Hamowania Seksualnego 1) oblicza się poprzez zsumowanie punktów z pytań: 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 27 oraz 29.

Wynik SIS2 (Skala Hamowania Seksualnego 2) oblicza się poprzez zsumowanie punktów z pytań: 19, 23 oraz 25.

