

Dyspareunia analna – biologiczne i psychospołeczne korelaty bolesnych kontaktów analnych w populacji

Anal dyspareunia – biological and psychosocial correlates of painful anal intercourses in population

Aleksandra Plewka¹, Dominik Haak²

¹ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny,
Katedra Różnic Indywidualnych, Diagnostyki i Psychometrii

² Gabinet Psychologiczno – Seksuologiczny Centrum Terapii Haak w Poznaniu

Summary

Anodyspareunia (anal dyspareunia) is a phenomenon related to the passive side's feeling of pain or discomfort in anal sex when attempting or completely penetrating the anus. This dysfunction was first described in 1998 by Rosser's team investigating its biopsychosocial correlates in a sample of men who had sex with men. The work is theoretical in nature and is an attempt to integrate the current knowledge on the phenomenon of anodyspareunia. It presents attempts to define the phenomenon and data on its prevalence, possible reasons for its occurrence and further research directions. The analyzed studies show that although the occurrence of anodyspareunia is influenced by both physiological factors (e.g., lack of lubrication, oral or manual stimulation of the anus prior to penetration) and psychological factors, the latter seem to play a decisive role in the experience of pain. Not all people who practice anal sex report pain associated with it, which may lead to the perception of anal dyspareunia as a sexual dysfunction similar in treatment to vaginismus and vaginal dyspareunia.

Słowa kluczowe: anodyspareunia, dyspareunia analna, dysfunkcje seksualne, seks analny, ból

Key words: anodyspareunia, anal dyspareunia, sexual dysfunction, anal sex, pain

Ból w trakcie stosunku seksualnego

Stosunek seksualny odgrywa ważną rolę w związkach romantycznych i ma wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne. Osoby, które częściej podejmują współzycie seksualne, są szczęśliwsze i bardziej zadowolone z życia [1, 2]. Pojawienie się dysfunkcji seksualnej wiąże się z gorszą jakością i niższą częstotliwością współzycia seksualnego.

go, co może prowadzić do zmniejszenia fizycznej przyjemności podczas współżycia i zwiększenia negatywnego nastroju [3, 4].

Jednym z elementów występujących w dysfunkcjach seksualnych jest ból. Definicja tego zjawiska została zaproponowana w 1996 roku przez International Association for the Study of Pain (IASP) jako nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z faktycznym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki lub przypominające to, co jest związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki. Jednocześnie stowarzyszenie zaproponowało dodatkowe uwagi, które należy uwzględnić razem z definicją. Podstawowa to taka, że ból jest zawsze osobistym doświadczeniem, na które w różnym stopniu wpływają czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne, a ludzie poznają to doświadczenie w trakcie całego swojego życia. Ponadto, chociaż ewolucyjnie ból ma znaczenie adaptacyjne, to jego częste doświadczanie może prowadzić do upośledzenia funkcjonowania jednostki [5].

Potwierdzają to najnowsze badania populacji brytyjskich kobiet, które wskazują, że spośród 8869 przebadanych kobiet 7,5% odczuwało ból o dużym nasileniu praktycznie przy każdym stosunku w okresie dłuższym niż 6 miesięcy. Zgłaszanie bolesnych stosunków było powiązane z lękiem przed stosunkiem, pogłębieniem się różnic w zainteresowaniu aktywnością seksualną w diadzie oraz zwiększeniem częstotliwości podejmowania aktywności seksualnej pod przymusem [6].

Dyspareunia (bolesność w trakcie stosunku) to problem rozpowszechniony w populacji światowej na poziomie od 3% do 18%, przy czym zauważana jest głównie w kontekście kontaktów waginalnych w populacji kobiecej. Niniejszy artykuł skupia się przede wszystkim na bólu w trakcie kontaktów analnych, zarówno w populacji kobiecej, jak i męskiej. Najnowsze badania pokazują bowiem, że w związku ze stygmatyzacją tej formy kontaktów (traktowanych m.in. jako brudne czy sodomiczne) osoby w nich uczestniczące rzadziej sięgają po pomoc medyczną i psychologiczną, przez co są trwale narażone na uczucie dyskomfortu, wstydu i chroniczne doświadczanie bólu także wtedy, gdy kontakty analne są jedyną preferowaną formą ich aktywności seksualnej [7].

Kryteria diagnostyczne zespołów bólowych w ICD-10 i DSM-5

W nomenklaturze seksuologicznej zespoły bólowe funkcjonują w dużej mierze w odniesieniu do grupy kobiecej. DSM-5 wyróżnia bolesność genitalno-miedniczną/zaburzenie penetracji (302.76), którego kryterium głównym jest występowanie co najmniej jednego problemu podczas próby penetracji lub stosunku: znacznej bolesności w obrębie sromu i pochwy lub miednicy, wyraźnego lęku lub obaw o wystąpienie bólu w obrębie sromu i pochwy lub miednicy, także jako skutku penetracji waginalnej, oraz wyraźne zwiększenie napięcia mięśni dna miednicy podczas prób penetracji waginalnej. Objawy te muszą utrzymywać się co najmniej 6 miesięcy i wywoływać istotne kliniczne cierpienie. Ponadto dysfunkcja ta nie może być wyjaśniona zaburzeniem psychicznym, występowaniem poważnych problemów w związku lub występowaniem innego czynnika stresowego. DSM-5 dokonuje rozróżnienia dysfunkcji również ze względu na ciężkość, stopień specyficzności i czas trwania.

W ICD-10 natomiast wyróżnione zostają pochwica nieorganiczna (F52.5) oraz dyspareunia nieorganiczna (F52.6), obejmujące również pochwicę psychogenną i dyspareunię psychogenną. W wypadku dyspareunii klasyfikacja zaznacza, że bolesność stosunku może dotyczyć zarówno kobiet, jak i mężczyzn i podkreśla istotne znaczenie czynników emocjonalnych w postawieniu rozpoznania. W wypadku kobiet odczuwany jest ból u wejścia do pochwy albo przez cały czas trwania stosunku, albo przy głębokiej penetracji pochwy przez członek, u mężczyzn kryterium są jedynie ból lub dyskomfort przeżywane w czasie reakcji seksualnej. Z kolei pochwica u kobiet przebiega z gwałtownym skurczem mięśni przy próbie penetracji oraz jakąkolwiek aktywnością seksualną związaną z dążeniem przez stronę do uniknięcia wprowadzenia członka do pochwy (np. przez zaciskanie mięśni ud). Literatura przedmiotu w wypadku mężczyzn podaje oprócz wyżej wymienianych głównie przykłady zespołów bólowych prącia – łączących się z wadami anatomicznymi (np. stulejka, krótkie wędzidełko prącia) lub stanami zapalnymi [8].

Najnowsza klasyfikacja ICD-11 wyróżnia jednostkę HA20 *Sexual pain-penetration disorder*, która charakteryzuje się co najmniej jednym z następujących objawów: (1) wyraźne i uporczywe lub nawracające trudności z penetracją, w tym spowodowane mimowolnym napięciem mięśni dna miednicy podczas próby penetracji; (2) wyraźny i uporczywy lub nawracający ból sromu i pochwy lub miednicy podczas penetracji; (3) wyraźny i uporczywy lub nawracający lęk przed bólem sromu i pochwy lub miednicy w oczekiwaniu, w trakcie lub w wyniku penetracji. Objawy nawracają podczas interakcji seksualnych obejmujących lub potencjalnie związanych z penetracją, pomimo odpowiedniego pożądania seksualnego i stymulacji, przy czym nie można ich całkowicie przypisać somatycznym schorzeniom powodującym ból narządów płciowych i obszaru miednicy oraz niedostatecznemu nawilżeniu pochwy, w tym zmianom pomenopauzalnym. Dodatkowo ICD-11 umożliwia doprecyzowanie powodu wyżej wymienionej trudności jako związanej m.in. z brakiem wiedzy i doświadczenia, trudnościami w relacji czy uwarunkowaniami kulturowymi.

Dyspareunia funkcjonuje w ICD-11 pod kodem GA12 i jest opisywana jako trudność dotycząca grupę kobiecą, spowodowana uwarunkowaniami fizycznymi. Charakteryzuje się nawracającym bólem lub dyskomfortem narządów płciowych, który występuje przed stosunkiem, w jego trakcie lub po stosunku płciowym bądź w związku z powierzchowną/głęboką penetracją pochwy, a który jest związany z rozpoznawalną przyczyną fizyczną nieobejmującą braku nawilżenia. Potwierdzenie tego rozpoznania polega na medycznej ocenie przyczyn fizycznych. W ICD-11 znalazła się ponadto jednostka HA2Y *Other specified sexual pain disorders*, która potencjalnie może posłużyć do klasyfikowania osób doświadczających dyspareunii analnej.

Próba opisu zjawiska anodyspareunii w badaniach – w stronę inkluzywności

Próba opisu zjawiska dyspareunii analnej została podjęta po raz pierwszy już w 1998 roku. W tym czasie zespół Rossera przebadał 277 mężczyzn, którzy kiedykolwiek zaangażowali się w kontakty analne jako strona bierna [9]. Badanie miało swoje oczywiste ograniczenia: koncentrowało się wyłącznie wokół bólu, nie uwzględniało

natomiast powiązanych z nim i ewentualnie współwystępujących odczuć swędzenia czy pieczenia, a grupa badana składała się tylko z osób określanych jako MSM (*Men Having Sex with Men*). We wnioskach ze swojego badania autorzy podkreślali zasadność prowadzenia dodatkowych badań oraz uznania anodyspareunii za dysfunkcję seksualną pod względem kryteriów diagnostycznych równą pochwy i dyspareunii.

W badaniu Damona i Rossera z 2005 roku [10] wśród 404 mężczyzn to właśnie czynniki psychologiczne były podawane przez respondentów jako determinujące nie tylko wystąpienie bólu, ale także jego utrwalenie w postrzeganiu kontaktów seksualnych i jego negatywny wpływ na częstotliwość kontaktów. Autorzy w dyskusji wykazali, że tylko 14% osób badanych zgłaszało silne natężenie bólu podczas stosunku – stosunki analne wbrew obiegowej opinii przestały być zatem równoznaczne z występowaniem bólu. Następnie przedstawili trzy główne, sytuacyjne czynniki związane z doświadczaniem bólu: rozmiar penisa osoby aktywnej, brak gry wstępnej (rozluźnienia palcami) oraz brak podniecenia. Znaczący okazał się także brak psychologicznego przygotowania do stosunku, co podważało hipotezę o wyłączności czynników bólowych w wystąpieniu anodyspareunii. Co ciekawe, w omawianym badaniu [10] występowanie dyspareunii analnej nie było, jak w innych badaniach, związane z doświadczeniem zinternalizowanej homofobii, natomiast aż 49% badanych radziło sobie z bólem przez zmianę roli z pasywnej na aktywną. Tym samym ból miał dla prawie połowy osób tak istotne znaczenie, że doprowadzał do trwałych zmian w aktywności seksualnej.

W polskim badaniu przeprowadzonym przez Grabskiego i Kasparka w 2020 roku [11] przebadano 1443 mężczyzn różnych orientacji (biseksualnej, heteroseksualnej i homoseksualnej), którzy zadeklarowali uprawianie seksu analnego w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wnioski z tego badania również pokazały, że bolesność podczas seksu analnego jest związana nie tylko z czynnikami anatomicznymi, ale także psychospołecznymi. W badaniu wzięto pod uwagę taki czynnik, jak stres mniejszościowy, oraz jego część składową, czyli zinternalizowaną homofobię. Zinternalizowana homofobia, obok wieku i lęku przed brakiem sprawności seksualnej, okazała się istotnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia anodyspareunii, co stoi w sprzeczności z rezultatami badań Damona i Rossera z 2005 roku [10].

Rozpowszechnienie seksu analnego jako aktywności seksualnej wśród osób o różnej tożsamości płciowej i seksualnej skłania jednak do poszerzenia grupy badawczej. Polskie dane dotyczące seksu analnego pochodzą z raportu Izdebskiego z 2017 roku [12] i pokazują wyraźny wzrost liczby osób angażujących się w taką formę kontaktów seksualnych. W 2005 roku mężczyźni mających takie doświadczenia było 16%, a kobiet 12%, w 2012 roku 4% mężczyzn uprawiało seks analny (choć lubiło go aż 9%), w grupie kobiet zaś tylko 2% go lubiło i uprawiało, natomiast w 2017 roku liczby te wynosiły 22% dla mężczyzn oraz 20% dla kobiet [12].

Badania przeprowadzone przez Štulhofera i Ajdukovicia [13, 14] koncentrowały się wyłącznie na kobietach. To z 2011 roku [13] objęło ponad 2000 kobiet w przedziale wiekowym 18–30 lat. Wynika z niego, że spośród 63,2% osób będących stroną bierną jedynie 48,8% przerywało stosunek, gdy ból był nie do wytrzymania, natomiast ponad połowa kobiet kontynuowała go mimo znacznego dyskomfortu. Dla ponad dwóch

trzech spośród badanych doświadczających silnego bólu pozostawał on niezmienny w odbiorze od pierwszego jego wystąpienia i w kolejnych kontaktach analnych. Dla większości kobiet ból był źródłem spadku satysfakcji seksualnej i seksualnej asertywności. Pomimo bólu decydowały się one jednak na kontynuację aktywności seksualnej wbrew sobie, co podkreśla wartość psychoedukacji nie tylko dotyczącej kontaktów intrawaginalnych, ale również analnych i tworzy lukę w badaniach nad doświadczeniami kobiecymi w obszarze dyspareunii analnej.

Interesujące badanie jakościowe w 2014 przeprowadzono na wąskiej grupie 20 Amerykanek metodą wywiadu [15]. Celem było zbadania poprzez kategoryzację doświadczenia przyjmowania seksu analnego od mężczyzn przez kobiety. Autorki wyróżniły w narracjach badanych następujące kategorie: (1) początkowy opór, po którym następuje poddanie; (2) początkowe zainteresowanie, po którym następuje wycofanie się z kolejnych doświadczeń z seksem analnym; (3) przemoc i przymus wokół seksu analnego; (4) normalizacja społeczna (np. znajomi mężczyźni normalizujący heteroseksualny seks analny; postrzeganie seksu analnego jako normalnego po obejrzeniu pornografii); i (5) przyjemne doświadczenia z erotyzmem analnym. Wyniki sugerują, że kobiety w tym badaniu powiązały seks analny z chęcią zadowolenia męskich partnerów, a nie z zachowaniem, które daje przyjemność lub które zachęca do dalszych eksploracji. Nie oznacza to, że seks analny był z natury nieprzyjemny dla tych kobiet, ale raczej to, że sposób, w jaki go doświadczają, podkreślał penetracyjne doświadczenie mężczyzn, z którymi uprawiały seks analny, a nie ich samych. Tym samym rezygnacja z seksu analnego (uznanie go za awersyjny, rezygnacja z rozmów na temat jakości stosunków analnych, postrzeganie seksu analnego jako symbolu męskiej presji lub siły itp.) dla wielu kobiet stanowiła element odbierający przyjemność nie tylko im, ale również partnerowi i wprowadzała tę aktywność seksualną jako element gry psychologicznej w diadzie.

Badania nad bólem i seksualnością prowadzone były głównie w populacji heteroseksualnych kobiet, znane są jednak wnioski z badania na 839 kobietach (homoseksualnych, biseksualnych i heteroseksualnych), u których zbadano występowanie bólu waginalnego wraz z warunkującymi go czynnikami [16]. Badanie wykazało podobną charakterystykę bólu genitalnego, ale różnice w postrzeganiu tego, jaki ten ból miał wpływ na relacje w parach. W parach kobieco-kobięcych dobra komunikacja niwelowała wpływ bolesności stosunków na funkcjonowanie pary, w relacjach różnopłciowych zaś miłość miała dla kobiet większe znaczenie niż odczuwanie bólu podczas seksu. Badania nad bólem w ogóle – w zależności od tożsamości płciowej i orientacji seksualnej [17] – pokazują, że kobiecość (jako cecha zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet) wiąże się z większym bólem w sensie klinicznym, podczas gdy męskość (jako cecha) implikuje wyższy próg bólu. Chociaż różnice we wrażliwości na ból między kobietami i mężczyznami są częściowo związane z uwarunkowaniami społecznymi i czynnikami psychospołecznymi, wiele badań laboratoryjnych na ludziach opisuje różnice między płciami we wrażliwości na szkodliwe bodźce, co sugeruje, że u podstaw tych różnic leżą mechanizmy biologiczne. Ponadto hormony płciowe wpływają na wrażliwość na ból – próg bólu i tolerancja bólu u kobiet różnią się w zależności od etapu cyklu miesięczkowego. Badania obrazowe mózgu wykazały różnice między mężczyznami

i kobietami we wzorcu przestrzennym i intensywności reakcji na ostry ból. Wśród gryzoni samice są bardziej wrażliwe niż samce na szkodliwe bodźce i mają niższy poziom analgezji wywołanej stresem. Samce gryzoni wykazują na ogół silniejszą odpowiedź przeciwbólową na agonistów receptora μ -opiodowego niż samice. Badania na myszach transgenicznych sugerują, że samce mają wyższy poziom aktywności w endogennym układzie przeciwbólowym w porównaniu z samicami, a badanie na ludziach wykazało, że receptory opiodowe μ w zdrowym mózgu kobiety są aktywowane inaczej niż w zdrowym mózgu mężczyzny [18].

Ograniczenia współczesnych badań dotyczących bólu związanego z seksem analnym

Z powyższych rozważań wynika, że kryteria diagnostyczne nie uwzględniają bolesności w trakcie stosunku analnego. Na taki stan rzeczy zwrócił uwagę Karl Hollows w 2007 roku [19]. Podkreślał, że różnorodność form kontaktów analnych utrudnia umieszczenie tych bolesnych w klasyfikacji – kontakty te mogą występować bez względu na tożsamość seksualną i płciową uczestników. Ponadto różne przedmioty lub części ciała mogą być używane do stymulacji i/lub penetracji odbytu, w tym język (rimming), palce, dłoni i przedramię (fisting i handballing), podobnie jak szeroki asortyment zabawek erotycznych (wibratory, korki analne itp.). Z perspektywy klinicznej DSM-5 skutecznie klasyfikuje wszystkie formy bólu seksualnego o korzeniach psychologicznych pod tym samym pojęciem ogólnym, ale nie jest to pomocne w indywidualnej praktyce klinicznej ze względu na wielorakość doświadczeń bólowych pacjentów związanych z ich genitaliami i aktywnościami seksualnymi.

Sama idea wyróżniania takiej jednostki jak dyspareunia analna w klasyfikacji medycznej jest krytykowana przez specjalistów od zdrowia seksualnego – pojawiają się głosy, że ból ma być tylko symptomem, a nie osobną dysfunkcją [13]. Specjaliści podkreślają, że trudności bólowe podczas doświadczania penetracji analnej mogą być związane wyłącznie z samą budową anatomiczną, brakiem lubrykacji czy stymulacji odbytu przed umieszczeniem w nim prącia, nie dopuszczając wpływu czynników psychologicznych, a nawet społecznych. Ponadto, jak zostało zaprezentowane wcześniej, ograniczenia związane są także z grupą badaną. Od pojawienia się pierwszych publikacji badane są grupy jedнопłciowe (np. MSM) lub o cechach szczególnych (np. osoby zagrożone bezdomnością, często zmieniające partnerów seksualnych). Silnym trendem jest również prowadzenie badań przede wszystkim pod kątem zdrowia publicznego – ryzyka zakażenia się STI oraz używania substancji psychoaktywnych przy tego typu kontaktach. W badaniach na amerykańskiej próbie kobiet używających narkotyków pokazano, że kobiety angażowały się w kontakty analne pod wpływem substancji psychoaktywnych, także by pokonać zahamowania i doznania bólowe [20]. Badania na grupie MSM również wskazują na to, że używanie narkotyków było związane nie tylko z wydłużeniem czasu trwania stosunków czy intensyfikacją doznań, ale także z chęcią poradzenia sobie z możliwością wystąpienia bólu analnego [21, 22]. W grupach specjalnych trudno o rozróżnienie między bólem jako symptomem czysto biologicznym (np. długie maratony seksualne prowadzą do uszkodzenia błon

śluzowych, co może objawiać się bólem) a jego reprezentacjami psychicznymi (np. brak zaufania do partnerów seksualnych przy częstej ich zmianie).

Trudność, oprócz dobrania dostatecznie reprezentatywnej grupy badanej, stanowi także operacjonalizacja doświadczenia bólu analnego na potrzeby metodologii. Zazwyczaj wykorzystuje się 5-stopniowe skale Likerta w celu określenia nasilenia bólu [2], skale 7-stopniowe [23] lub integruje kilka czynników, takich jak długość trwania bólu, jego intensywność i subiektywne odczucie uciążliwości bólu dla badanego [13]. Należy jednak wziąć pod uwagę, że dyskomfort w trakcie stosunku analnego może obejmować nie tylko objawy bólowe, ale także inne objawy proktologiczne, które z perspektywy uwzględnienia ich w potencjalnych kryteriach diagnostycznych wydają się istotne. Tym samym w badaniach nad zjawiskiem anodyspareunii zasadne staje się pytanie i o nasilenie bólu, i o możliwe wystąpienie swędzenia, pieczenia czy krwawienia w okolicach odbytu.

Na podstawie wyżej przytoczonych badań można zaobserwować, że dyspareunia analna wykracza poza sam objaw bólu podczas wkładania członka do odbytu, który deklarują osoby będące stroną pasywną w seksie analnym. Doniesienia naukowe pokazują, że ta bolesność wynika nie tylko z biologicznych uwarunkowań odbytu (choć istotne jest wykluczenie w pierwszej kolejności nieprawidłowości biologicznych, takich jak urazy, hemoroidy itd.), ale też z czynników psychologicznych, takich jak trudność z odprężeniem się (rozluźnieniem się) osób pasywnych w seksie analnym, własna niepewność w roli partnerskiej, brak rzetelnej edukacji, a także postrzeganie stosunku analnego jako przymusu. Zasadne wydaje się zatem zwrócenie uwagi na bolesne stosunki analne w kontekście pracy terapeutycznej (psychologicznej oraz seksuologicznej), brakuje natomiast nadal wystarczających dowodów, by uznać zasadność wyróżniania anodyspareunii jako osobnej kategorii w klasyfikacjach diagnostycznych.

Wnioski

1. Dyspareunia analna jest obecnie tylko konstruktem teoretycznym, bez umieszczenia tego zjawiska w klasyfikacji chorób. Decyzja o wyróżnieniu jej w kolejnych edycjach klasyfikacji ICD i DSM powinna zostać poprzedzona badaniami porównawczymi na większych grupach, bez wyłączenia badanych ze względu na ich tożsamość płciową lub seksualną.
2. Jednym ze sposobów profilaktyki występowania bólu analnego powinna być edukacja seksualna na temat zasad bezpiecznego i higienicznego seksu analnego. Działania takie powinny być skierowane do wszystkich, a nie wyłącznie do populacji MSM (mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami). Osoby identyfikujące się jako kobiety, jak wykazały badania, mogą decydować się na kontakty analne w formie przymusu oraz mieć trudność z asertywnością seksualną.
3. W przytoczonych badaniach większość badanych (bez względu na płeć) zgłaszała, że bolesność podczas penetracji analnej była związana z czynnikami psychicznymi, skłania to więc do uznania, że ból podczas seksu analnego nie jest jego nieodłączną częścią i może być uznany za dysfunkcyjny, a tym samym podlegać oddziaływaniom terapeutycznym (psychologicznym i seksuologicznym).

4. Na podstawie wyników badań z 2005 roku [10] można stwierdzić, że jednym z sposobów pracy z dyspareunią analną może być trening relaksacji mięśni zwierzacza odbytu (samodzielny – w trakcie masturbacji lub z partnerem w trakcie gry wstępnej), co stanowi analogiczną praktykę do treningu z dilatorami w wypadku zespołów bólowych u kobiet.

Piśmiennictwo

1. Brody S, Costa RM. *Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies.* J. Sex. Med. 2009; 6(7): 1947–1954.
2. Cheng Z, Smyth R. *Sex and happiness.* J. Econ. Behav. Organ. 2015; 112: 26–32.
3. Stephenson KR, Meston CM. *Consequences of impaired female sexual functioning: Individual differences and associations with sexual distress.* Sex. Relatsh. Ther. 2012; 27(4): 344–357.
4. Smith KB, Pukall CF. *A systematic review of relationship adjustment and sexual satisfaction among women with provoked vestibulodynia.* J. Sex. Res. 2011; 48(2–3): 166–191.
5. IASP pain definition. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> (dostęp: 5.12.2021).
6. Mitchell KR, Geary R, Graham CA, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P i wsp. *Painful sex (dyspareunia) in women: Prevalence and associated factors in a British population probability survey.* BJOG. 2017; 124(11): 1689–1697.
7. Kutner BA, Simoni JM, Aunon FM, Creegan E, Balán IC. *How stigma toward anal sexuality promotes concealment and impedes health-seeking behavior in the US Among cisgender men who have sex with men.* Arch. Sex. Behav. 2021; 50(4): 1651–1663.
8. Cichoń W, Grabski B. *Dyspareunia i zespoły bólowe związane z seksualnością u mężczyzn.* <https://www.mp.pl/pacjent/seksuologia/zaburzenia-seksualne/u-mezczyzn/104101,dyspareunia-i-zespoly-bolowe-zwiazane-z-seksualnoscia-u-mezczyzn> (dostęp: 3.05.2021).
9. Rosser BR, Short BJ, Thurmes PJ, Coleman E. *Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: A validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men.* J. Sex Marital Ther. 1998; 24(4): 281–292.
10. Damon W, Rosser BS. *Anodyspareunia in men who have sex with men.* J. Sex Marital Ther. 2005; 31(2): 129–141.
11. Grabski B, Kasperek K. *Sexual anal pain in gay and bisexual men: In search of explanatory factors.* J. Sex. Med. 2020; 17(4): 716–730.
12. Izdebski Z. *Seksualność Polaków.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
13. Štulhofer A, Ajduković D. *Should we take anodyspareunia seriously? A descriptive analysis of pain during receptive anal intercourse in young heterosexual women.* J. Sex Marital Ther. 2011; 37(5): 346–358.
14. Štulhofer A, Ajduković D. *A mixed-methods exploration of women's experiences of anal intercourse: Meanings related to pain and pleasure.* Arch. Sex. Behav. 2013; 42(6): 1053–1062.
15. Fahs B, Gonzalez J. *The front lines of the "back door": Navigating (dis) engagement, coercion, and pleasure in women's anal sex experiences.* Fem. Psychol. 2014; 24(4): 500–520.
16. Blair KL, Pukall CF, Smith KB, Cappell J. *Differential associations of communication and love in heterosexual, lesbian, and bisexual women's perceptions and experiences of chronic vulvar and pelvic pain.* J. Sex Marital Ther. 2015; 41(5): 498–524.

17. Vigil JM, Rowell LN, Lutz C. *Gender expression, sexual orientation and pain sensitivity in women*. Pain Res. Manag. 2014; 19(2): 87–92.
18. Wiesenfeld-Hallin Z. *Sex differences in pain perception*. Gend. Med. 2005; 2(3): 137–145.
19. Hollows K. *Anodyspareunia: A novel sexual dysfunction? An exploration into anal sexuality*. Sex. Relatsh. Ther. 2007; 22(4): 429–443.
20. Reynolds GL, Fisher DG, Rogala B. *Why women engage in anal intercourse: Results from a qualitative study*. Arch. Sex. Behav. 2015; 44(4): 983–995.
21. Semple SJ, Patterson TL, Grant I. *Motivations associated with methamphetamine use among HIV men who have sex with men*. J. Subst. Abuse Treat. 2002; 22(3): 149–156.
22. Drumright LN, Patterson TL, Strathdee SA. *Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men: A review*. Subst. Use Misuse. 2006; 41(10–12): 1551–1601.
23. Maynard E, Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Exner T, Mayer K. *Women's experiences with anal sex: Motivations and implications for STD prevention*. Perspect. Sex. Reprod. Health. 2009; 41(3): 142–149.

Adres: Aleksandra Plewka
Uniwersytet SWPS
Wydział Psychologii w Warszawie
Chodakowska 19/31
03-815 Warszawa
e-mail: aplewka@swps.edu.pl

Otrzymano: 4.08.2021
Zrecenzowano: 8.09.2021
Otrzymano po poprawie: 11.01.2022
Przyjęto do druku: 16.01.2022