

Krystian Wdowiak^{1,2}, Agnieszka Maciocha³, Adrian Muzyka⁴, Julia Rydzek⁴

PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA W LECZENIU PROBLEMATYCZNEGO KORZYSTANIA Z PORNOGRAFII

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PROBLEMATIC PORNOGRAPHY USE

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Szkoła Doktorska

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra Psychospołecznych Aspektów Medycyny, Zakład Psychologii

³Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Lekarsko-Dentystyczny

⁴Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Lekarski

**addiction
cognitive-behavioral therapy
pornography**

Streszczenie

Problematyczne korzystanie z pornografii (PPU) stanowi złożone zjawisko kliniczne, coraz częściej ujmowane w kontekście zaburzeń z kręgu kompulsywnych zachowań seksualnych (CSBD), wprowadzonych do klasyfikacji ICD-11. W literaturze podkreśla się, że PPU wiąże się z utratą kontroli nad zachowaniami seksualnymi, dysregulacją emocji, obniżeniem jakości życia oraz istotnym cierpieniem psychicznym, przy jednoczesnym braku jednoznacznych kryteriów diagnostycznych i standardów leczenia. Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) stanowi obecnie najczęściej opisywaną i najlepiej udokumentowaną formę interwencji w przypadku PPU, obejmując zarówno klasyczne techniki drugiej fali CBT, jak i nowsze podejścia trzeciej fali, takie jak terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) oraz interwencje oparte na uważności (mindfulness). Dostępne badania sugerują, że interwencje CBT prowadzą do istotnej redukcji częstotliwości korzystania z pornografii, kompulsyjności seksualnej i objawów internalizacyjnych, a także do poprawy samokontroli i regulacji emocjonalnej. Szczególnie obiecujące wyniki uzyskuje się w programach integrujących elementy akceptacji i uważności, które sprzyjają większej zgodności zachowań z wartościami osobistymi oraz zmniejszeniu niezgodności moralnej (moral incongruence). Coraz więcej danych wskazuje również na skuteczność terapii CBT prowadzonej online, stanowiącej alternatywę dla tradycyjnych form pomocy, zwłaszcza wśród osób unikających kontaktu bezpośredniego z terapeutą z powodu wstydu lub obaw przed stygmatyzacją. Ograniczenia dotychczasowych badań obejmują niewielkie próby, przewagę populacji męskich oraz brak jednolitych kryteriów oceny skuteczności. Konieczne jest prowadzenie dalszych, dobrze zaprojektowanych badań obejmujących zróżnicowane grupy pacjentów i porównujących skuteczność różnych form interwencji CBT. Zgromadzony materiał wskazuje, że terapia poznawczo-behawioralna, zarówno w formie tradycyjnej, jak i zdalnej, pozostaje obecnie najbardziej uzasadnionym empirycznie podejściem terapeutycznym w leczeniu problematycznego korzystania z pornografii.

Summary

Problematic pornography use (PPU) is a complex clinical phenomenon increasingly addressed in the context of compulsive sexual behavior disorders (CSBD), introduced in the ICD-11 classification. The literature emphasizes that PPU is associated with loss of control over sexual behavior, emotional dysregulation, reduced quality of life, and significant psychological distress, with no clear diagnostic criteria or treatment standards. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is currently the most widely described and best documented form of intervention for PPU, encompassing both classic second-wave CBT techniques and newer third-wave approaches such as acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based interventions. Available studies suggest that CBT interventions lead to a significant reduction in the frequency of pornography use, sexual compulsivity, and internalizing symptoms, as well as improvements in self-control and emotional regulation. Particularly promising results are obtained in programs that integrate elements of acceptance and mindfulness, which promote greater consistency between behavior and personal values and reduce moral incongruence. A growing body of evidence also points to the effectiveness of online CBT as an alternative to traditional forms of treatment, especially among individuals who avoid direct contact with a therapist due to shame or fear of stigmatization. Limitations of existing research include small sample sizes, a predominance of male participants, and a lack of uniform criteria for assessing effectiveness. Further well-designed studies involving diverse patient groups and comparing different CBT interventions are needed. Overall, available evidence indicates that cognitive-behavioral therapy, in both traditional and remote formats, remains the most empirically justified therapeutic approach for problematic pornography use.

Wstęp

Pornografia to pojęcie, któremu przypisuje się różne znaczenia w zależności od kontekstu kulturowego – to, co w jednej kulturze uznawane jest za pornografię, w innej może nie być tak kwalifikowane [1]. W literaturze naukowej termin ten najczęściej definiowany jest jako dowolna forma przedstawienia zachowań seksualnych, która ma na celu wywołanie podniecenia seksualnego u odbiorcy [1].

Według licznych źródeł naukowych korzystanie z pornografii jest zjawiskiem powszechnym, nawet w krajach, w których jest to formalnie zakazane, oraz stale zyskującym na popularności [1]. Ilościowe określenie częstości korzystania z materiałów pornograficznych jest jednak trudne ze względu na znaczne różnice w wynikach i metodologii badań dotyczących tego zagadnienia. Starsze źródła sugerowały, że z pornografii korzysta około 80% mężczyzn i średnio co trzecia kobieta [1]. Na podstawie przeglądu badań opublikowanych na przestrzeni ostatnich lat szacować można, że regularne korzystanie z pornografii dotyczy około 45–75% mężczyzn oraz 15–40% kobiet [1]. Warto również zwrócić uwagę na wysoki odsetek niepełnoletnich użytkowników – według licznych badań kontakt z pornografią deklaruje 70–90% nastolatków [1]. Badania odnoszące się do częstości korzystania z pornografii przez Polaków są zdecydowanie mniej liczne i mają różne ograniczenia metodologiczne (m.in. obejmują głównie lub tylko konkretną grupę, np. studentów) [1]. Bazując jednak na uzyskanych w nich wynikach, należy szacować, iż kontakt z pornografią miało około 80% osób dorosłych, zaś kontakt z pornografią przed 18. rokiem życia dotyczy co najmniej 40% osób [1].

W ostatnich latach w literaturze naukowej pojawiały się różnorodne terminy określające nadmierne korzystanie z pornografii, takie jak uzależnienie od pornografii, nie znajdowały one jednak odzwierciedlenia w oficjalnych systemach klasyfikacji zabu-

rzeń zdrowotnych. Sytuacja ta uległa zmianie wraz z wprowadzeniem jedenastej wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) [2], w której pojawiła się jednostka „zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi” (CSBD, kod 6C72). Za podtyp CSBD uznaje się „problematyczne korzystanie z pornografii”, które jest obecnie wiodącym terminem określającym nadmierną konsumpcję materiałów pornograficznych, związaną z dyskomfortem psychicznym [3].

Cel

Celem niniejszego artykułu jest omówienie możliwości zastosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu problematycznego korzystania z pornografii, z uwzględnieniem najnowszych dostępnych publikacji.

Metodyka

W celu identyfikacji odpowiednich publikacji przeprowadzono przeszukiwanie bazy danych PubMed w listopadzie 2025 roku. Uwzględniano artykuły, w których terminy „*cognitive behavioral therapy*” oraz „*pornography*” lub „*problematic pornography use*” współwystępowały w tytule, abstrakcie lub słowach kluczowych. Analizie poddano zarówno artykuły przeglądowe, jak i oryginalne badania empiryczne. Ze względu na ograniczoną liczbę dostępnych źródeł nie wprowadzono ram czasowych co do roku publikacji. Do analizy zakwalifikowano wyłącznie publikacje w języku polskim oraz angielskim. Przegląd miał charakter narracyjny.

Przyczyny korzystania z pornografii

Przyczyny korzystania z materiałów pornograficznych mogą być rozpatrywane zarówno z perspektywy badawczej (czyli w ujęciu akademickim), jak i z punktu widzenia samych użytkowników.

Według literatury naukowej przyczyn oglądania pornografii dopatrywać się można między innymi w:

1. Uwarunkowaniach ewolucyjnych

Jak wspomniano wcześniej, mężczyźni istotnie częściej niż kobiety (choć różnica ta zmniejsza się z upływem lat) sięgają po treści pornograficzne. Z perspektywy ewolucyjnej zachowanie to może służyć rozładowaniu popędu seksualnego, który u mężczyzn jest zazwyczaj silniej wyrażony [1].

2. Teorii strategii seksualnych

Zgodnie z tą teorią zachowania seksualne można podzielić na długoterminowe (np. zaangażowanie w trwałą relację z jednym partnerem) oraz krótkoterminowe (np. przelotne relacje z wieloma partnerami). Mężczyźni wykazują większą niż kobiety skłonność do angażowania się w krótkoterminowe zachowania seksualne. Oglądanie pornografii bywa postrzegane jako forma krótkoterminowego zachowania seksualne-

go, ponieważ może u odbiorcy wywoływać emocje zbliżone do tych, które towarzyszą przygodnym kontaktom seksualnym. To powiązanie może częściowo tłumaczyć większą popularność pornografii wśród mężczyzn [1].

3. Uwarunkowaniach psychologicznych

Psychologiczne teorie wskazują, że oglądanie pornografii może mieć uzasadnienie zarówno u osób preferujących krótkoterminowe, jak i długoterminowe relacje seksualne. W pierwszym przypadku pornografia służy głównie redukcji napięcia seksualnego, natomiast w drugim może pełnić funkcję edukacyjną (np. poprzez zwiększenie wiedzy na temat różnych form aktywności seksualnej) i wspierać budowanie satysfakcjonujących relacji intymnych [1].

4. Perspektywie strategii życiowych

Strategie życiowe dzieli się na szybkie (dotyczące m.in. krótkoterminowych relacji seksualnych) oraz wolne (zorientowane na długoterminowe relacje seksualne). Rozwój strategii szybkiej bywa związany z dorastaniem w niestabilnym i surowym środowisku, natomiast strategii wolnej – w środowisku bezpiecznym i wspierającym. Znaczenie pornografii w kontekście obu typów strategii zostało omówione wcześniej [1].

Ciekawe wnioski odnoszące się do przyczyn oglądania pornografii z perspektywy jej użytkowników przynosi badanie przeprowadzone przez Burtäverdego i współpracowników [4], w którym zastosowano pytania otwarte. Takie podejście pozwoliło na uzyskanie bardziej wiarygodnych odpowiedzi niż w przypadku standardowych pytań zamkniętych, powszechnie stosowanych w badaniach tego typu. Na podstawie analizy wypowiedzi uczestników wyodrębniono cztery główne motywy korzystania z pornografii, które zostały uszeregowane od najczęściej do najrzadziej wskazywanych:

1. Oglądanie pornografii dla przyjemności (np. w trakcie masturbacji).
2. Oglądanie pornografii w celu zdobycia nowych informacji na temat aktywności seksualnej. Ten motyw był równie często wskazywany przez kobiety, jak i mężczyzn – w przeciwieństwie do pozostałych, które były częstsze u mężczyzn.
3. Oglądanie pornografii z powodu presji społecznej (np. chęci dopasowania się do grupy).
4. Oglądanie pornografii wynikające z trudności w nawiązywaniu relacji międzyludzkich, które mogłyby prowadzić do aktywności seksualnej [4].

Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi (ICD-11 – 6C72)

Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi (CSBD) jest szerokim pojęciem, które po raz pierwszy zostało wprowadzone w klasyfikacji ICD-11. W jego obrębie sytuują się między innymi problematyczne korzystanie z pornografii (PPU) oraz uzależnienie od masturbacji [2, 5]. Rozpowszechnienie tego zaburzenia w populacji ogólnej szacuje się na około 3–6% [5].

Poniżej przedstawiono definicję zaburzenia związanego z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi według klasyfikacji ICD-11:

„Zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi charakteryzuje się uporczywym wzorcem niemożności kontrolowania intensywnych, powtarzających się impulsów lub pobudek seksualnych skutkującym powtarzalnymi zachowaniami seksualnymi. Objawy mogą obejmować powtarzające się aktywności seksualne, które stają się centralnym punktem życia danej osoby, aż do zaniedbywania zdrowia i osobistych potrzeb lub innych zainteresowań, aktywności i obowiązków; liczne nieudane próby znacznego ograniczenia powtarzających się zachowań seksualnych; oraz kontynuowane powtarzające się zachowania seksualne pomimo ich negatywnych konsekwencji lub czerpania z nich znikomej lub żadnej satysfakcji. Wzorec niemożności kontrolowania intensywnych impulsów lub pobudek seksualnych oraz wynikające z niego powtarzające się zachowanie seksualne objawia się przez dłuższy czas (np. sześć miesięcy lub dłużej) i powoduje istotne klinicznie cierpienie lub znaczne upośledzenie osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych sfer funkcjonowania. Cierpienie, które jest całkowicie związane z osądami moralnymi i nieakceptowaniem impulsów, pobudek lub zachowań seksualnych, nie jest wystarczające do spełnienia tego wymagania”.

W literaturze toczy się obecnie dyskusja dotycząca charakteru zaburzeń z kręgu CSBD – część badaczy postrzega je jako formę uzależnienia behawioralnego, podobną do patologicznego hazardu lub uzależnienia od internetu, podczas gdy inni wskazują raczej na dominujący udział mechanizmów kompulsyjnych i zaburzeń regulacji emocji [6]. Ponadto, coraz większą uwagę zwraca się na współwystępowanie CSBD z zaburzeniami nastroju i lękowymi, a także z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi [7]. Sugeruje to, że u części pacjentów problematyczne zachowania seksualne mogą pełnić funkcję strategii unikania emocjonalnego lub sposobu radzenia sobie z negatywnym afektem [8].

Problematyczne korzystanie z pornografii

Problematyczne korzystanie z pornografii (ang. *problematic pornography use*, PPU) charakteryzuje się uporczywym wzorcem słabo kontrolowanej konsumpcji materiałów pornograficznych, która prowadzi do istotnego dyskomfortu psychicznego oraz dezorganizacji codziennego funkcjonowania [3]. Jak wspomniano wcześniej, PPU jest klasyfikowane jako podtyp zaburzeń związanych z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi. Zakłada się ponadto, że stanowi ono najczęstszą prezentację kliniczną tych zaburzeń [2]. Osoby cierpiące na PPU doświadczają także wielu innych trudności, wśród których można wymienić: upośledzenie funkcjonowania w sferze seksualnej (np. zmniejszenie satysfakcji z innych aktywności seksualnych lub ich unikanie na rzecz pornografii), problemy w relacjach społecznych, występowanie objawów przypominających zespół abstynencyjny w przypadku braku dostępu do pornografii, a także objawy internalizacji (np. poczucie winy, wstydu, lęku) [9, 10].

Etiologia PPU nie została dotąd w pełni poznana, jednak podkreśla się rolę czynników biologicznych, społecznych oraz psychologicznych. W kontekście biologicznym najczę-

ściej opisywane są zmiany w układzie nagrody, systemach stresu oraz w neuropeptydach związanych z więzią i regulacją emocji, natomiast dane o typowych hormonach płciowych są na razie nieliczne i wstępne. Badania fMRI i EEG pokazują, że u osób cierpiących na PPU układ nagrody – zwłaszcza brzuszne prążkowie / jądro półleżące – reaguje silniej na bodźce zapowiadające erotykę lub preferowane treści pornograficzne niż u osób bez PPU, co wiąże się z nasileniem objawów, ilością czasu spędzanego na oglądaniu pornografii i częstotliwością masturbacji [11, 12]. Przegląd biopsychospołeczny wskazuje, że zwiększona reaktywność brzuszno-prążkowego jest jednym z najbardziej konsekwentnie powtarzających się biologicznych korelatów PPU [13]. Jednocześnie obserwuje się zaburzenia hamowania i równowagi między systemem impulsywnym, refleksyjnym i interoceptywnym – na przykład zmienioną aktywność kory przedczołowej, wyspy i innych obszarów odpowiedzialnych za kontrolę zachowania i odczuwanie pobudzenia wewnętrznego [14, 15, 16]. W dziedzinie emocji badania ERP pokazują, że osoby z PPU wykazują zwiększoną reaktywność na bodźce negatywne, odzwierciedloną między innymi zwiększoną amplitudą wczesnych komponentów ERP, takich jak N2 i P2, oraz zmianami w późnym komponencie P3. Jednocześnie obserwuje się osłabioną reakcję na bodźce pozytywne, co może wskazywać na zaburzenia przetwarzania emocjonalnego charakterystyczne dla PPU. Zwiększona wrażliwość na negatywne bodźce może sprzyjać wykorzystywaniu pornografii jako strategii radzenia sobie ze stresem i regulowania napięcia [17, 18].

Jeśli chodzi o układ stresu, wykazano, że silniejsza indywidualna reakcja kortyzolu na stres koreluje z większą aktywnością jąder NAcc i dACC na bodźce seksualne, a czas spędzany na korzystaniu z pornografii moduluje ten efekt, co sugeruje, że wysoki poziom stresu może zwiększać „atrakcyjność” bodźców pornograficznych i sprzyjać nawrotom [19]. Bardzo ważne są też dane o oksytocynie i wazopresynie: mężczyźni z PPU mają wyższy poziom wazopresyny w osoczu i przewagę AVP nad oksytocyną w spoczynku, a także silniejszy wzrost oksytocyny w odpowiedzi na neutralne/pozytywne bodźce społeczne; zaburzenia te łączą się z niższą empatią i nasileniem „hiperseksualności pornograficznej” [20]. Systematyczne przeglądy wskazują ponadto na neurobiologiczne podobieństwa między problematycznym używaniem pornografii a innymi zachowaniami o charakterze uzależnieniowym, obejmujące między innymi zmiany w funkcjonowaniu układu dopaminergicznego, obwodów limbicznych i kory przedczołowej oraz doniesienia dotyczące zmian strukturalnych i funkcjonalnej łączności określonych obszarów mózgu. Jednocześnie dostępne dane są ograniczone, a zakres i trwałość obserwowanych zmian pozostają nie w pełni poznane [5, 16].

Z kolei w ujęciu społecznym zauważono, że wyższym ryzykiem PPU obarczone są osoby bezrobotne oraz prowadzące samotniczy tryb życia [13, 21]. Obok czynników biologicznych i psychologicznych kluczowe są społeczne determinanty: płeć męska, młody wiek, poziom religijności i związana z nim moralna niezgodność (poczucie, że własne używanie pornografii jest sprzeczne z wyznawanymi normami), a także samotność i jakość relacji z ważnymi osobami [13]. Badania z wielu krajów wskazują, że PPU częściej dotyczy mężczyzn i młodych dorosłych, zwłaszcza w kulturach o silnie konserwatywnych normach seksualnych i negatywnym nastawieniu do pornografii [22, 23]. W takich kontekstach społecznych nie tylko sam zakres korzystania, ale także religijność i moralne potępienie pornografii silnie przekładają się na nasilenie problemów z nią związanych, w tym poczu-

cia winy, wstydu, konfliktów rodzinnych i subiektywnego poczucia uzależnienia [24, 25]. W kulturach konserwatywnych dochodzi do silnej stygmatyzacji i moralnej paniki wokół pornografii, co sprawia, że nawet jej umiarkowani użytkownicy częściej interpretują swoje zachowania jako uzależnienie i zgłaszają duże cierpienie, choć obiektywne wskaźniki dysregulacji mogą być umiarkowane [26].

Z perspektywy więzi i relacji PPU wiąże się z niepewnym stylem przywiązania, niższym postrzeganym wsparciem społecznym, gorszym funkcjonowaniem rodziny oraz poczuciem samotności; dobre funkcjonowanie rodziny i wyższa jakość więzi romantycznych działają ochronnie [7, 27]. U nastolatków słabe funkcjonowanie rodziny i niska samoocena sprzyjają PPU, natomiast potrzeba przynależności może wzmacniać związek między jakością relacji rodzinnych a podatnością na problemowe używanie pornografii [27, 28]. Najczęściej przywoływanym modelem psychologicznym tłumaczącym rozwój PPU jest teoria inkongruencji moralnej (ang. *moral incongruence*), zgodnie z którą dyskomfort psychiczny wynika z niezgodności między podejmowanym zachowaniem (np. oglądaniem pornografii) a przekonaniami moralnymi jednostki (np. postrzeganiem pornografii jako czynności złej moralnie) [3, 13, 29]. Innym istotnym modelem jest I-PACE (Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution), zgodnie z którym PPU rozwija się jako efekt interakcji między indywidualnymi predyspozycjami, reakcjami emocjonalnymi na określone bodźce oraz zaburzeniami w zakresie kontroli poznawczej i wykonawczej. Badania sugerują, że wykorzystywanie pornografii jako strategii regulacji emocji stanowi istotny czynnik ryzyka rozwoju PPU [9, 10].

Problematyczne korzystanie z pornografii w świetle technik terapii poznawczo-behawioralnej

Na obecnym etapie badań dane empiryczne dotyczące skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych w przypadku problematycznego korzystania z pornografii (PPU) pozostają ograniczone. Niemniej jednak dostępne wyniki wskazują na zasadność stosowania interwencji opartych na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) [30].

Zgodnie z dominującymi założeniami, metodami i celami, CBT bywa ujmowana w ramach trzech tak zwanych fal rozwoju [31]. Pierwsza fala koncentrowała się na podejściu behawiorystycznym, w którym leczenie zaburzeń psychicznych opierało się na obserwowaniu, przewidywaniu oraz modyfikowaniu zachowań jednostki [31]. Druga fala, rozwinięta między innymi w pracach Becka i Ellisa, poszerzyła perspektywę o elementy poznawcze, co doprowadziło do wyodrębnienia takich pojęć, jak schemat poznawczy, myśli automatyczne czy zniekształcenia poznawcze [31]. Trzecią falę stanowi natomiast zróżnicowany zbiór nowszych interwencji, ukierunkowanych między innymi na akceptację wewnętrznych przeżyć oraz rozwijanie umiejętności uważności (ang. *mindfulness*) [32, 33].

W literaturze dotyczącej PPU opisywano dotychczas zastosowanie zarówno technik charakterystycznych dla drugiej fali CBT, jak i interwencji zaliczanych do trzeciej fali, w tym terapii akceptacji i zaangażowania (ACT) oraz praktyk *mindfulness*. Z tego względu zasadne wydaje się ich szczegółowe omówienie w kontekście terapii PPU [3].

W odniesieniu do technik drugiej fali CBT, oddziaływania terapeutyczne w przypadku PPU koncentrują się na identyfikacji, kwestionowaniu i modyfikowaniu dysfunkcyjnych

przekonań. Proces ten prowadzi do redukcji dysregulacji emocjonalnej oraz kształtowania bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami [30, 34]. Interwencje te pozostają spójne z dwoma głównymi modelami psychologicznymi PPU, omówionymi we wcześniejszej części artykułu.

ACT ukierunkowana jest na rozwijanie elastyczności psychologicznej, która sprzyja większej zgodności pomiędzy wartościami jednostki a jej zachowaniami. Podejście to pozostaje w szczególnej relacji z modelem inkongruencji moralnej (ang. *moral incongruence*) [35, 36]. Zasadność wykorzystywania technik *mindfulness* uzasadniana jest ich skutecznością w zwiększaniu świadomości czynników wyzwalających zachowania związane z PPU oraz w rozwijaniu tolerancji wobec trudnych doświadczeń emocjonalnych charakterystycznych dla tego zaburzenia [37].

W terapii poznawczo-behawioralnej osób z problematycznym korzystaniem z pornografii kluczowym obszarem pracy jest modyfikacja przekonań o sobie, pornografii, kontroli nad zachowaniem oraz seksualności i relacjach. Programy CBT tworzone specjalnie dla *pornography use disorder*, takie jak PornLoS, zawierają moduły psychoedukacji, kontroli impulsów, restrukturyzacji poznawczej, regulacji emocji i zapobiegania nawrotom, co odzwierciedla typowe obszary zniekształceń poznawczych w tej grupie pacjentów [38, 39]. Po pierwsze, często występują globalne negatywne przekonania o sobie („jestem zboczony”, „jestem beznadziejny”, „jestem złym człowiekiem”), silnie związane z poczuciem wstydu i schematami defektu, odrzucenia oraz izolacji. Badania nad wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami pokazują, że te z domeny „rozłączenie i odrzucenie” (np. emocjonalne zaniedbanie, porzucenie, brak zaufania, wstyd) są istotnie powiązane z nasileniem problematycznego korzystania z pornografii [40]. Po drugie, modyfikowane są przekonania o funkcji pornografii jako podstawowego lub jedyne regulatora emocji („tylko porno mnie uspokaja”, „bez tego nie wytrzymam napięcia”). Modele poznawcze PPU i przeglądy eksperymentalne podkreślają rolę zaburzonych oczekiwań nagrody, preferencji krótkoterminowej ulgi kosztem długoterminowych konsekwencji oraz impulsywnego podejmowania decyzji [41]. Po trzecie, istotne są dysfunkcyjne przekonania o kontroli („to silniejsze ode mnie”, „nie mam wyjścia”, „próbowałem wszystkiego”). Badania nad leczeniem zaburzeń pokrewnych (np. CBT u osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z PPU) wskazują, że PPU wiąże się z wyższą impulsywnością i poważniejszymi trudnościami w regulacji emocji, co sprzyja poczuciu beznadziei [42]. CBT systematycznie wzmacnia poczucie sprawczości, poczucie własnej skuteczności i odpowiedzialności za małe, konkretne zmiany poprzez planowanie, monitorowanie i ekspozycję na wyzwalacze [38, 39]. Wreszcie, przekształcane są przekonania dotyczące seksualności i relacji, oparte na zinternalizowanych scenariuszach pornograficznych (np. uprzedmiotowienie, nierealne standardy ciała i sprawności seksualnej). Modele PPU akcentują, że tego typu skrypty i oczekiwania mogą utrwalać zachowanie i wiązać się z niezadowolaniem seksualnym oraz problemami w relacjach [38, 41].

W ostatnich latach coraz większe zainteresowanie budzą interwencje terapeutyczne prowadzone w trybie online, w tym również oparte na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). W kontekście problematycznego korzystania z pornografii (PPU) rozwiązania te stanowią istotną alternatywę dla tradycyjnych form terapii, umożliwiając szerszy dostęp do pomocy psychologicznej przy jednoczesnym zachowaniu anonimowości i ela-

styczności uczestnictwa. RCT „Hands-off”, sześciotygodniowy internetowy program samopomocy oparty na CBT, motywacyjnym wywiadzie i uważności (ang. *mindfulness*) znacząco zmniejszył nasilenie problematycznego korzystania z pornografii oraz potrzebę jej używania wobec grupy oczekującej; nie wykazano natomiast istotnego zmniejszenia czasu trwania pojedynczych sesji korzystania z pornografii [38]. Metaanaliza 20 badań psychoterapii PPU (w tym online) wykazała znaczący wpływ CBT/ACT na nasilenie PPU, częstotliwość/czas używania i kompulsywność seksualną; część interwencji była w pełni sieciowa lub samodzielna [43]. Do innych form terapii online w obszarze zachowań seksualnych należy internetowy program CBT „Prevent It” dla użytkowników materiałów z wykorzystywaniem dzieci (CSAM) w RCT (N = 160), który istotnie bardziej obniżał czas oglądania niż placebo psychologiczne; program obejmował osiem tygodni modułów CBT z zadaniami domowymi i wsparciem terapeuty [44, 45]. Systematyczny przegląd terapii uzależnień prowadzonych online (w tym dwóch badań nad pornografią) pokazał, że większość interwencji CBT prowadzi do krótkoterminowego spadku nasilenia, częstotliwości podejmowania lub czasu trwania zachowań nałogowych, ale dane z obserwacji odległej są skąpe, a jakość metodologiczna zróżnicowana [46].

Należy jednak podkreślić, że psychoterapia prowadzona online, mimo licznych zalet związanych z anonimowością oraz łatwiejszym dostępem do specjalistycznej pomocy, ma również istotne ograniczenia w porównaniu z terapią stacjonarną. W warunkach zdalnych utrudniona może być pełna ocena stanu psychicznego pacjenta, w tym obserwacja komunikacji niewerbalnej, ekspresji emocjonalnej czy subtelnych objawów współwystępujących zaburzeń psychicznych [46, 47]. Ograniczenia te mogą mieć szczególne znaczenie w procesie diagnostycznym zaburzeń z kręgu PPU, zwłaszcza u osób z nasilonymi objawami depresyjnymi, lękowymi lub podwyższonym ryzykiem suicydalnym. W literaturze zwraca się również uwagę na potencjalne trudności w budowaniu przymierza terapeutycznego, problemy związane z zachowaniem prywatności i poufności oraz ograniczone możliwości interwencji kryzysowej w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu psychicznego pacjenta [47, 48]. Z tego względu terapia online może stanowić wartościową alternatywę lub uzupełnienie terapii stacjonarnej, jednak wybór formy leczenia powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz sytuacji klinicznej.

Tabela 1. Porównanie głównych interwencji CBT online związanych z PPU

Program/populacja	Forma	Główne efekty	Ograniczenia	Cytowania
Hands-off – dorośli z PPU	6-tyg. samopomocowy program online (MI + CBT + mindfulness)	Duże spadki nasilenia problematycznego korzystania z pornografii oraz potrzeby jej używania, poczucia uzależnienia, wzrost samoskuteczności unikania ($d \approx 0,4-1,6$) vs. lista oczekujących	Bardzo wysoki odsetek rezygnacji z udziału w badaniu (89%), brak długiej obserwacji odległej	[38, 47, 48]

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

CBT online dla hiperseksualności/CSBD (często z PPU)	2 tyg. internetowego CBT z terapeutą	Duże spadki nasilenia hiperseksualności i kompulsyjności seksualnej, utrzymane po 3 mies.	Brak grupy kontrolnej, różnorodne zachowania seksualne, nie tylko korzystanie z pornografii	[49]
Internetowy program oparty na CBT dla zachowań seksualnych online (CSAM – Prevent It)	8 tyg. modułów CBT z zadaniami i feedbackiem terapeuty	Mniejszy czas oglądania materiałów seksualnych online niż placebo psychologiczne	Inny typ zachowania (CSAM), krótkotrwała obserwacja odległa	[45, 50]

Ocena skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu PPU

Biorąc pod uwagę dostępną literaturę, najlepszym (na chwilę obecną) źródłem wiedzy na temat zastosowania oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu problematycznego korzystania z pornografii (PPU) wydaje się metaanaliza przeprowadzona przez Lópeza-Pinara i współpracowników [3]. Jest to jak dotąd jedyne opracowanie tego typu poświęcone temu zagadnieniu. W analizie uwzględniono łącznie 20 badań: 5 randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych (RCT), 7 badań klinicznych bez grupy kontrolnej oraz 8 opisów przypadków. W 17 spośród analizowanych badań zastosowano oddziaływania psychoterapeutyczne mieszczące się w ramach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), z czego w 9 przypadkach były to interwencje zaliczane do tak zwanej trzeciej fali CBT (najczęściej terapia akceptacji i zaangażowania – ACT), natomiast w pozostałych – do drugiej fali. Średnia długość terapii wynosiła około 10 sesji. Analizowane badania objęły łącznie 2021 uczestników, z których około 80% zostało ocenionych również po pewnym czasie od zakończenia terapii, co umożliwiło określenie trwałości efektów terapeutycznych. W większości byli to mężczyźni (84%), a dominującą grupę geograficzną stanowiły osoby pochodzące z USA [3].

Oddziaływania psychoterapeutyczne doprowadzały do istotnej poprawy w zakresie objawów PPU. W porównaniu z grupami kontrolnymi zaobserwowano zmniejszenie częstotliwości i skrócenie czasu spędzanego na konsumpcji treści pornograficznych oraz redukcję nasilenia kompulsyjności seksualnej. Odnotowano znaczące zmiany w tych obszarach, przy jednocześnie niskiej heterogeniczności między badaniami. W przypadku objawów internalizacyjnych skuteczność interwencji psychoterapeutycznych okazała się mniej jednoznaczna – efekt terapeutyczny wobec objawów depresyjnych był umiarkowany, natomiast wobec objawów lękowych nie osiągał poziomu istotności statystycznej [3].

Należy podkreślić, że liczba przeanalizowanych przypadków jest (niestety) stosunkowo niewielka, co w dużej mierze wynika z ograniczonej liczby badań naukowych dotyczących tej tematyki. Dodatkowym ograniczeniem jest fakt, że dane odnoszą się przede wszystkim do mężczyzn i populacji amerykańskiej. W związku z tym uzyskane wyniki należy interpretować z ostrożnością. W perspektywie dalszych badań zasadne byłoby przeprowadzenie

analiz obejmujących większą liczbę przypadków, przy jednoczesnym uwzględnieniu grup bardziej zróżnicowanych pod względem płci i pochodzenia geograficznego.

Tabela 2. Porównanie CBT z innymi formami leczenia PPU

Metoda	Dane o skuteczności w PPU	Wnioski	Cytowania
CBT/ACT (indywidualna, grupowa, online)	Najwięcej badań; duże efekty na PPU, użycie, kompulsyjność, depresję	Metoda pierwszego wyboru; rdzeń większości programów i wytycznych	[3, 30, 38]
Farmakoterapia (naltrekson, SSRI, rTMS)	Małe serie przypadków, mieszane wyniki; m.in. pojawianie się nowych zachowań seksualnych przy paroksetynie	Może pomagać krótkoterminowo/ wspomagająco; brak dowodów, że jest lepsza niż CBT	[3, 30, 50]
Programy 12-krokowe, art-terapia, psychodrama	Pojedyncze badania bez silnych grup kontrolnych	Potencjalnie pomocne, ale dowody są słabe w porównaniu z CBT	[30, 38]
Terapia psychodynamiczna	Wprost prawie niebadana w PPU; pojawia się raczej w opisach klinicznych niż w badaniach z wynikami ilościowymi	Brak twardych danych porównawczych z CBT	[30, 38]
Terapia grupowa vs. indywidualna (w CBT)	Większość interwencji ma komponent grupowy; nie wykazano jednoznacznie wyższości którejkolwiek formy	Obie formy mogą być skuteczne; wybór wg preferencji i dostępności	[38, 39]

Podsumowanie

W świetle dostępnych dowodów terapia poznawczo-behawioralna pozostaje najlepiej przebadaną i najbardziej uzasadnioną metodą leczenia PPU. Skuteczność interwencji CBT wykazano zarówno w badaniach klinicznych, jak i metaanalizach, które potwierdzają redukcję częstotliwości zachowań kompulsyjnych, poprawę samokontroli oraz obniżenie poziomu dysregulacji emocjonalnej. Obiecujące wyniki przynoszą w szczególności techniki należące do tak zwanej trzeciej fali CBT – terapia akceptacji i zaangażowania oraz podejścia oparte na uważności (ang. *mindfulness*), które wspierają rozwój elastyczności psychologicznej i redukcję inkongruencji moralnej (ang. *moral incongruence*). W ostatnich latach dynamicznie rozwijają się również formy CBT online, które umożliwiają dostęp do terapii osobom, dla których tradycyjna forma pomocy jest niedostępna z powodu wstydu, ograniczeń geograficznych lub finansowych. Wstępne dane sugerują, że efektywność zdalnych interwencji CBT w redukcji objawów PPU może być zbliżona do terapii stacjonarnej u części pacjentów, jednak forma online wiąże się również z ograniczeniami diagnostycznymi i terapeutycznymi, które należy uwzględniać w praktyce klinicznej. Pomimo rosnącej liczby badań, nadal pojawiają się istotne ograniczenia metodologiczne, w tym małe próby, przewaga populacji męskich oraz różnorodność stosowanych narzędzi

diagnostycznych. Wymaga to dalszych badań o charakterze randomizowanym i międzykulturowym, obejmujących zróżnicowane grupy uczestników. W przyszłości szczególnie wartościowe może być opracowanie standaryzowanych protokołów terapeutycznych CBT dla PPU, z uwzględnieniem różnic płciowych, kontekstu kulturowego oraz integracji z nowoczesnymi formami terapii cyfrowej.

Piśmiennictwo

1. Wdowiak K, Maciocha A, Wąż J. Pornography through the lens of the 21st century and its impact on society. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2025; 25(2), 146–152. DOI: 10.15557/PiPK.2025.0018
2. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Accessed: Oct. 20, 2025. [Online]. Available: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
3. López-Pinar C, Esparza-Reig J, Bõthe B. Psychotherapy for problematic pornography use: A comprehensive meta-analysis. *J Behav Addict*. 2025; 14(2), 630–643. DOI: 10.1556/2006.2025.00018
4. Burtãverde V, Jonason PK, Giosan C, Ene C. Why Do People Watch Porn? An Evolutionary Perspective on the Reasons for Pornography Consumption. *Evolutionary Psychology*. 2021; 19(2). DOI: 10.1177/14747049211028798
5. de Alarcón R, de la Iglesia JI, Casado NM, Montejo AL. Online Porn Addiction: What We Know and What We Don't—A Systematic Review. *J Clin Med*. 2019; 8(1), 91. DOI: 10.3390/jcm8010091
6. Briken P et al. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior disorder: a sexual medicine perspective. *Sex Med Rev*. 2024; 12(3), 355–370. DOI: 10.1093/SXMREV/QEAE014
7. Wizła M, Lewczuk K. Compulsive Sexual Behavior Disorder and Problematic Pornography Use in the Context of Social Ties. *Curr Addict Rep*. 2024; 11(2), 275–286. DOI: 10.1007/S40429-024-00550-6
8. Lew-Starowicz M, Lewczuk K, Nowakowska I, Kraus S, Gola M. Compulsive Sexual Behavior and Dysregulation of Emotion. *Sex Med Rev*. 2020; 8(2), 191–205. DOI: 10.1016/j.sxmr.2019.10.003
9. Lewczuk K, Wizła M, Glica A, Potenza MN, Lew-Starowicz M, Kraus SW. Withdrawal and tolerance as related to compulsive sexual behavior disorder and problematic pornography use – Preregistered study based on a nationally representative sample in Poland. *J Behav Addict*. 2022; 11(4), 979–993. DOI: 10.1556/2006.2022.00076
10. Bõthe B, Vaillancourt-Morel M-P, Dion J, Štulhofer A, Bergeron S. Validity and reliability of the short version of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS-6-A) in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2021; 35(4), 486–500. DOI: 10.1037/adb0000722
11. Klein S, Krikova K, Antons S, Brand M, Klucken T, Stark R. Reward Responsiveness, Learning, and Valuation Implicated in Problematic Pornography Use — a Research Domain Criteria Perspective. *Curr Addict Rep*. 2022; 9(3), 114–125. DOI: 10.1007/S40429-022-00423-W/TABLES/2
12. Wojciechowski J, Drapsorcid M, Kublikorcid E, Dubiejko P, Wolakorcid T, Gola M. Enhanced conditioning and disrupted extinction processes in men struggling with compulsive sexual behaviors. *J Behav Addict*. 2025; 14(1), 191–203. DOI: 10.1556/2006.2025.00012

13. Seyedzadeh Dalooi SI, Aghamohammadian Sharbaaf H, Abdekhodaei MS, Ghanaei Chamanabad A. Biopsychosocial Determinants of Problematic Pornography Use: A Systematic Review. *Addiction and Health*. 2023; 15(3), 202–218. DOI: 10.34172/ahj.2023.1395
14. Antons S, Matthias B. Inhibitory control and problematic Internet-pornography use – The important balancing role of the insula. *J Behav Addict*. 2020; 9(1), 58–70. DOI: 10.1556/2006.2020.00010
15. Prantner S et al. Magnetoencephalographic correlates of pornography consumption: Associations with indicators of compulsive sexual behaviors. *Int J Clin Health Psychol*. 2024; 24(4), 100524. DOI: 10.1016/J.IJCHP.2024.100524
16. Jha A, Banerjee D. Neurobiology of Sex and Pornography Addictions: A Primer. *Journal of Psychosexual Health*. 2022; 4(4), 227–236. DOI: 10.1177/26318318221116042
17. Qu S, Li R, Wang J. Increased sensitivity for negative emotional images in individuals with problematic pornography use. *Front Psychol*. 2024; 15, 1287455. DOI: 10.3389/FP-SYG.2024.1287455
18. Wang J, Li H. Emotional processing deficits in individuals with problematic pornography use: Unpleasant bias and pleasant blunting. *J Behav Addict*. 2023; 12(4), 1046–1060. DOI: 10.1556/2006.2023.00058
19. Stark R, Markert C, Kruse O, Walter B, Strahler J, Klein S. Individual cortisol response to acute stress influences neural processing of sexual cues. *J Behav Addict*. 2022; 11(2), 506–519. DOI: 10.1556/2006.2022.00037
20. Kor A, Djalovski A, Potenza MN, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Alterations in oxytocin and vasopressin in men with problematic pornography use: The role of empathy. *J Behav Addict*. 2022; 11(1), 116–127. DOI: 10.1556/2006.2021.00089
21. Cardoso J, Ramos C, Brito J, Almeida TC. Predictors of Pornography Use: Difficulties in Emotion Regulation and Loneliness. *J Sex Med*. 2022; 19(4), 620–628. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.01.005
22. Zarei R, Alidost F, Damghanian M, Bóthe B, Farnam F. Pornography and problematic pornography use: occurrence, patterns, and associated factors in a national gender-based controlled cross-sectional study. *J Sex Med*. 2025; 22(5), 825–838. DOI: 10.1093/JSXMED/QDAF034
23. Ahorsu DK, Adjorlolo S, Nurmala I, Ruckwongpatr K, Strong C, Lin CY. Problematic Porn Use and Cross-Cultural Differences: A Brief Review. *Curr Addict Rep*. 2023; 10(3), 572–580. DOI: 10.1007/S40429-023-00505-3/METRICS
24. Bóthe B et al. Identification and comprehensive characterization of moral disapproval and behavioral dysregulation-based pornography-use profiles across 42 countries. *J Behav Addict*. 2025; 14(1), 131–154. DOI: 10.1556/2006.2024.00054
25. Chen L, Jiang X, Wang Q, Bóthe B, Potenza MN, Wu H. The Association between the Quantity and Severity of Pornography Use: A Meta-analysis. *J Sex Res*. 2022; 59(6), 704–719. DOI: 10.1080/00224499.2021.1988500
26. Floyd CG, Grubbs JB. Context Matters: How Religion and Morality Shape Pornography Use Effects. *Curr Sex Health Rep*. 2022; 14(3), 82–98. DOI: 10.1007/S11930-022-00329-8
27. Li L, Wang X, Tang S, Wang J. Family functioning and problematic internet pornography use among adolescents: a moderated mediation model. *Front Public Health*. 2023; 11, 1199835. DOI: 10.3389/FPUBH.2023.1199835
28. Villena-Moya A et al. Sex differences in problematic pornography use among adolescents: a network analysis. *BMC Psychology*. 2025; 13(1), 347. DOI: 10.1186/S40359-025-02624-0

29. Grubbs JB, Lee B, Floyd CG, Bóthe B, Jennings T, Kraus SW. What is the ‘Sex’ in Sex Addiction? Problem Behaviors Reported Among Those Endorsing Compulsive Sexual Behavior. *Sexual Health & Compulsivity*. 2024; 31(4), 351–367. DOI: 10.1080/26929953.2024.2386518
30. Roza TH et al. Treatment Approaches for Problematic Pornography Use: A Systematic Review. *Arch Sex Behav*. 2024; 53(2), 645–672. DOI: 10.1007/s10508-023-02699-z
31. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behav Ther*. 2016; 47(6), 869–885. DOI: 10.1016/j.beth.2016.11.006
32. Gkintoni E, Vassilopoulos SP, Nikolaou G. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Clinical Practice: A Systematic Review of Neurocognitive Outcomes and Applications for Mental Health and Well-Being. *J Clin Med*. 2025; 14(5), 1703. doi: 10.3390/jcm14051703
33. Anusuya SP, Gayatri devi S. Acceptance and Commitment Therapy and Psychological Well-Being: A Narrative Review. *Cureus*. 2025; 17(1): e77705. doi: 10.7759/cureus.77705
34. Hardy SA, Ruchty J, Hull TD, Hyde R. A Preliminary Study of an Online Psychoeducational Program for Hypersexuality. *Sex Addict Compulsivity*. 2010; 17(4), 247–269. DOI: 10.1080/10720162.2010.533999
35. Crosby JM, Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behav Ther*. 2016; 47(3), 355–366. DOI: 10.1016/j.beth.2016.02.001
36. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44(1), 1–25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006
37. Holas P, Draps M, Kowalewska E, Lewczuk K, Gola M. A pilot study of mindfulness-based relapse prevention for compulsive sexual behaviour disorder. *J Behav Addict*. 2020; 9(4), 1088–1092. DOI: 10.1556/2006.2020.00075
38. Antons S, Engel J, Briken P, Krüger THC, Brand M, Stark R. Treatments and interventions for compulsive sexual behavior disorder with a focus on problematic pornography use: A preregistered systematic review. *J Behav Addict*. 2022; 11(3), 643–666. DOI: 10.1556/2006.2022.00061
39. Stark R et al. The PornLoS Treatment Program: Study protocol of a new psychotherapeutic approach for treating pornography use disorder. *J Behav Addict*. 2024; 13(3), 854–870. DOI: 10.1556/2006.2024.00046
40. Vieira C, Kuss DJ, Griffiths MD. Early Maladaptive Schemas and Online Pornography Use: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2025, 1–27. DOI: 10.1007/S11469-025-01463-9
41. Castro-Calvo J, Cervigón-Carrasco V, Ballester-Arnal R, Giménez-García C. Cognitive processes related to problematic pornography use (PPU): A systematic review of experimental studies. *Addict Behav Rep*. 2021; 13, 100345. DOI: 10.1016/J.ABREP.2021.100345
42. Mestre-Bach G et al. Gambling disorder and problematic pornography use: Does co-occurrence influence treatment outcome? *J Behav Addict*. 2025; 14(1), 465–479. DOI: 10.1556/2006.2025.00023
43. Lotfi A, Babakhanin M, Ghazanfarpour M. The effectiveness of intervention with cognitive behavioral therapy on pornography: A systematic review protocol of randomized clinical trial studies. *Health Sci Rep*. 2021; 4(3), e341. DOI: 10.1002/HSR2.341
44. Lätth J et al. Effects of internet-delivered cognitive behavioral therapy on use of child sexual abuse material: A randomized placebo-controlled trial on the Darknet. *Internet Interv*. 2022; 30, 100590. DOI: 10.1016/J.INVENT.2022.100590

45. Parks A et al. Illegal Online Sexual Behavior During the COVID-19 Pandemic: A Call for Action Based on Experiences From the Ongoing Prevent It Research Study. *Arch Sex Behav.* 2020; 49(5), 1433–1435. DOI: 10.1007/S10508-020-01750-7
46. Park JJ, King DL, Wilkinson-Meyers L, Rodda SN. Content and Effectiveness of Web-Based Treatments for Online Behavioral Addictions: Systematic Review. *JMIR Ment Health.* 2022; 9(9), e36662. DOI: 10.2196/36662
47. Bőthe B, Baumgartner C, Schaub MP, Demetrovics Z, Orosz G. Hands-off: Study protocol of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. *J Behav Addict.* 2020; 9(2), 433–445. DOI: 10.1556/2006.2020.00037
48. Boumparis N, Haugorcid S, Abend S, Billieux J, Riper H, Schaub MP. Internet-based interventions for behavioral addictions: A systematic review. *J Behav Addict.* 2022; 11(3), 620–642. DOI: 10.1556/2006.2022.00054
49. Hallberg J et al. Internet-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder, With or Without Paraphilia(s) or Paraphilic Disorder(s) in Men: A Pilot Study. *J Sex Med.* 2020; 17(10), 2039–2054. DOI: 10.1016/J.JSXM.2020.07.018
50. Gola M, Potenza MN. Paroxetine Treatment of Problematic Pornography Use: A Case Series. *J Behav Addict.* 2016; 5(3), 529. DOI: 10.1556/2006.5.2016.046

Adres: krystianrwdowiak@interia.eu

