

Lechosław Gapik

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

gapik@post.pl

FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE W NORMIE I PATOLOGII.

Podstawy diagnostyki i terapii.

Streszczenie

Funkcjonowanie seksualne człowieka jest konsekwencją jego rozwoju psychoseksualnego. Na biologicznym podłożu, kształtują się pod wpływem nabywanych doświadczeń - indywidualne właściwości seksualne. Dotyczy to również wszelkich zaburzeń seksualnych. Na tle dotychczasowych ujęć normy seksualnej omówiona zostaje opracowana przez autora „funkcjonalna norma seksualna”, wymagająca spełnienia ośmiu kryteriów. Ponadto artykuł zawiera podstawowe informacje o współczesnej diagnozie i terapii seksuologicznej.

Słowa kluczowe: *pleć, rozwój seksualny, zachowanie seksualne, norma seksualna, terapia seksuologiczna*

SEXUAL FUNCTION IN THE NORM AND PATHOLOGY.

The basis for diagnosis and therapy.

Abstract

The sexual function of a person is a result of his / her psychosexual development. The development of individual sexual characteristics is an outcome of both experience and biological features. The same is also true of sexual disorders. Referring to current theories of sexual norms the author presents his own concept of “functional sexual norm” that is described by eight criteria. Basic information about diagnosis and therapy in sexology are presented.

Key words: *gender, sexual development, sexual behavior, sexual norm, therapy in sexology*

Lechosław Gapik

FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE W NORMIE I PATOLOGII.

Podstawy diagnostyki i terapii.

ROZWÓJ PSYCHOSEKSUALNY

Funkcjonowanie seksualne człowieka jest w bardzo poważnym stopniu wyznaczone czynnikami psychologicznymi, nie tylko w normie, ale także w patologii. Czynniki fizyczne (somatyczne), do których głównie zaliczamy tzw. grę neurohormonalną, są akceleratorem rozwoju seksualnego i w pewnym, ale nie ostatecznym stopniu wpływają na siłę potrzeby seksualnej. W badaniach udowodniono, że aktywność seksualna w zakresie jej kierunku i częstotliwości wynika także z pierwszych doświadczeń seksualnych, a dalsze doświadczenia w tej sferze stanowią o ukształtowaniu się korowych ośrodków reakcji seksualnych, które pełnią swoje funkcje nawet po przekwitaniu (po spadku poziomu hormonów płciowych) (Imieliński, 1985). Nie ma natomiast żadnych dowodów na to, aby kierunek potrzeby seksualnej i sposób uzyskiwania satysfakcji seksualnej zależały od czynników somatycznych chyba, że mamy do czynienia z zaburzeniami neurologicznymi (np. defektem czucia) lub ciężkimi wadami anatomicznymi. Cała reszta, nawet po menopauzie i andropauzie, to efekt funkcjonowania naszej „psyche” (Gapik, 1997).

Rozwój psychoseksualny człowieka dokonuje się przez całe jego życie, chociaż za najbardziej istotny uważa się okres od urodzenia do uzyskania pełnej dojrzałości psychofizycznej (Gapik, 1990). W tym czasie występują dwie główne fazy. W fazie przedpokwitaniowej istotne są takie zjawiska, jak:

1. **identyfikacja z płcią i podejmowanie roli płci** - polegająca na przyjmowaniu kulturowych wzorców kobiecości lub męskości, uznawaniu ich za własne oraz wejście w społeczną rolę określoną dla danej płci (następuje to w wieku 0 – 3 lat);
2. **wczesno-dziecięcy trening reakcji emocjonalnych** - mający później zasadnicze znaczenie dla zdolności do przeżywania miłości i innych emocji

związanych z życiem erotycznym. Istotne są dla tego procesu głównie pierwsze 4 lata życia, w których tworzy się indywidualny kod reakcji emocjonalnych, bardzo trudny do zmiany w późniejszym życiu;

3. **trening zachowań społecznych** - ważny, między innymi, dla kształtowania umiejętności nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania interakcji erotycznych.

W drugiej fazie, rozpoczynającej się wraz z pokwitaniem, mamy do czynienia z następującymi, ważnymi etapami rozwoju psychoseksualnego, dokonującego się poprzez nabywanie nowych doświadczeń, wynikających z coraz bardziej rozbudzonej potrzeby seksualnej:

1. w pierwszym etapie nabywania bezpośrednich doświadczeń mamy do czynienia z zachowaniami auto-erotycznymi. U prawie wszystkich chłopców i jednej trzeciej dziewcząt pojawia się **masturbacja**, polegająca na bezpośrednim podrażnieniu narządów płciowych. W przypadku chłopców jest to najczęściej ruch posuwisto - zwrotny, ręką ułożoną w sposób przypominający zagłębianie się członka w pochwie. Inne sposoby masturbacji stosowane są rzadko i z klinicznego punktu widzenia są bardziej ryzykowne w formowaniu prawidłowych reakcji odruchowo - warunkowych. Dziewczęta stosują bardziej urozmaicone techniki, najczęściej stymulując ręką lub różnymi przedmiotami (także np. pod prysznicem) łechtaczkę. Znane są także techniki polegające na ocieraniu się całą powierzchnią sromu o różne przedmioty lub pobudzanie łechtaczki rytmicznym zaciskaniem ud. Stymulacja bezpośrednia pochwy u dziewcząt, które nie odbywały jeszcze stosunku płciowego, jest spotykana dość rzadko, ze względu na obawę uszkodzenia błony dziewiczej. U obu płci masturbacji towarzyszą różnorodne fantazje seksualne, często wspomagane filmami i innymi obrazkami erotycznymi lub pornograficznymi. Z klinicznego punktu widzenia masturbacja nie wiąże się z żadnymi istotnymi zagrożeniami dla prawidłowego rozwoju seksualnego. Wyjątek stanowią te przypadki, w których masturbacja jest stosowana nazbyt wymyślnymi technikami, znacznie odbiegającymi od form stymulacji narządów płciowych przy typowym stosunku waginalnym, bo utworzone schematy reakcji psychoseksualnych mogą być nadto rozbieżne z tymi bodźcami seksualnymi,

które powstają podczas takiego stosunku, co może zaburzać późniejsze przeżywanie satysfakcji seksualnej. To samo zastrzeżenie należy zrobić w odniesieniu do osób posługujących się dziwacznymi lub dewiacyjnymi wyobrażeniami wspomagającymi masturbację. Ponadto, aczkolwiek ten rodzaj czynności seksualnych towarzyszy niektórym ludziom przez całe życie, uzupełniając ich w pełni dojrzałą, interakcyjną aktywność seksualną, to naturalne jest w wieku dojrzewania stopniowe odchodzenie od masturbacji, która przestaje być formą jedyną lub chociażby dominującą - na rzecz kontaktów partnerskich. Brak takiego płynnego przejścia do dalszych etapów rozwoju psychoseksualnego może sygnalizować początek jednej z form zaburzeń seksualnych.

2. **necking** (partnerskie pieszczoty seksualne górnej części ciała) oraz **petting** (partnerskie pieszczoty seksualne całego ciała, w tym również narządów płciowych) stanowią wyższy od masturbacji, bo już interakcyjny etap rozwoju psychoseksualnego. Dziewczyna i chłopak uczą się współdziałania w tworzeniu podniecenia seksualnego, a także jego rozładowywania z uwzględnieniem różnic wynikających z płci. Poznają przy tym nie tylko odrębność anatomiczną swoich ciał, ale głównie - zróżnicowane formy stymulacji psychicznej i fizycznej dziewcząt i chłopców. W tej fazie rozwoju mają także okazję nauczyć się odpowiedzialności za przeżycia partnera oraz przekonać się o różnicach indywidualnych reakcji seksualnych (większość współczesnej młodzieży doświadcza pettingu z kilkoma osobami, poznając w ten sposób istniejące także u ludzi zasady doboru naturalnego). Prawidłowe przejście przez ten etap rozwoju zwiększa szansę na właściwy wybór partnera do małżeństwa i rodziny.
3. **pierwsze pełne kontakty seksualne** (stosunki płciowe) współczesne kobiety podejmują średnio w wieku 19 lat a mężczyźni w wieku 18 lat. Powtarzane badania wskazują na to, że ta średnia wieku nie uległa w Polsce żadnym istotnym zmianom, co najmniej od lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Musimy mieć jednak świadomość, że obecnie (wskutek pewnych przemian obyczajowych) składają się na nią przypadki zarówno bardzo wczesnego rozpoczynania współżycia płciowego (nawet poniżej 15 lat, a więc z

naruszeniem obowiązującego prawa), jak i podobnie liczna duża grupa osób odwołująca z różnych powodów rozpoczęcie pełnego życia seksualnego znacznie powyżej 20 roku życia. Przyczyny tego zjawiska są bardzo złożone i wymagają odrębnej analizy. (Gapik, 1998).

W tym miejscu warto także zapoznać się z kilkoma pojęciami szczególnie istotnymi dla zrozumienia ludzkiej seksualności:

- **Płeć** - to zróżnicowany zespół cech psychofizycznych charakterystycznych dla kobiety lub mężczyzny. W analizie seksuologicznej przywiązuje się dużą wagę do ustalenia u pacjenta prawidłowości, a także zgodności lub rozbieżności manifestacji płci, które są następujące: *p. genotypowa* (układ chromosomów i autosomów wyrażony kariotypem); *p. hipotalamiczna* (prenatalne uformowanie typu podwzgórza; wraz z postępowaniem wiedzy rozpatrywane są również takie manifestacje płci, jak: *p. mózgu*, *p. enzymatyczna* i inne); *p. genitalna* (typ zewnętrznych narządów płciowych); *p. gonadoforyczna i gonadalna* (typ wewnętrznych narządów płciowych i gonad); *p. hormonalna* (charakterystycznie odmienne u obu płci proporcje hormonów płciowych); *p. fenotypowa* (typ sylwetki, ukształtowanie drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych); *p. metrykalna* (płeć zarejestrowana w akcie urodzenia i dalszych dokumentach); *p. społeczna* (pełniona w odbiorze społecznym rola płciowa) *p. psychiczna* (poczucie płci, identyfikacja i tożsamość płciowa)

Ostatnia z wymienionych tutaj manifestacji, czyli płeć psychiczna jest u ludzi szczególnie ważna, bo uznawana za dominującą. Przypomnijmy, że pod tym pojęciem rozumiemy ukształtowaną w pierwszych latach życia identyfikację płciową i wynikające stąd poczucie przynależności do osobników płci żeńskiej lub męskiej. Niewątpliwie znaczenie w kształtowaniu się płci psychicznej mają czynniki psychologiczne i społeczne, ale nie można z całą pewnością wykluczyć wpływu czynników biologicznych. Raz ukształtowana płeć psychiczna nie poddaje się żadnym oddziaływaniom zmierzającym do jej zmiany. Nie należy jednak mylić płci psychicznej z orientacją psychoseksualną, która ujawnia się na krótko przed okresem dojrzewania płciowego. Orientacja seksualna kształtuje się przez wiele lat życia i prawdopodobnie ma swój początek w okresie płodowym, w związku z różnicowaniem się podwzgórza na typ żeński lub męski. W seksuologii przyjmuje się, że zgodność

płci psychicznej i orientacji seksualnej na płęć przeciwną oznacza heteroseksualizm a orientacja seksualna na osoby tej samej płci psychicznej - homoseksualizm.

W tym rozumieniu nie są homoseksualistami transseksualiści zainteresowani osobami przeciwnej płci psychicznej nawet, jeśli wszystkie pozostałe rodzaje płci mają tożsame z partnerką lub partnerem.

Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że specyficznym paradoksem dotyczącym pojmowania płci we współczesnej medycynie jest przyjęcie w seksuologii jako dominującej u człowieka płci psychicznej, co stanowi o kwalifikowaniu transseksualistów do postępowania związanego z tzw. „zmianą płci”, podczas gdy w medycynie sportu kryterium rozstrzygającym o płci zawodnika jest jego płęć genotypowa (chromosomalna);

- **Bodziec seksualny** - to każdy bodziec psychiczny lub fizyczny wywołujący podniecenie seksualne. Poza bodźcami typowymi dla większości ludzi istnieje także ogromna różnorodność w zakresie reakcji seksualnych na różne typy bodźców uwarunkowanych indywidualnie (dotyczy to również dewiacji seksualnych). Dlatego niemożliwe jest sporządzenie uniwersalnej i kompletnej listy bodźców seksualnych, bo zmieniają się one wielokrotnie nawet w życiu tego samego człowieka;

- **Potrzeba seksualna** - to właściwość ludzkiego organizmu polegająca na okresowym powstawaniu specyficznego napięcia psychofizycznego, możliwego do zredukowania poprzez podjęcie czynności dających satysfakcję seksualną. W trakcie rozwoju potrzeby seksualnej bardzo istotne są następujące procesy:

- a) *proces konkretyzacji* - polegający na tym, że w miarę nabywania doświadczenia dochodzi do ograniczenia zachowań nieefektywnych na rzecz takich zachowań, które pozwalają na uzyskanie wyższego poziomu satysfakcji seksualnej, stanowi to o ukształtowaniu indywidualnych preferencji seksualnych w normie i patologii (w patologii są to parafilie);
- b) *proces mentalizacji* - polegający na uświadomieniu sobie istnienia własnej potrzeby seksualnej, a także sposobów jej zaspakajania z uwzględnieniem istniejących preferencji (samoświadomość własnych cech seksualnych nigdy nie jest pełna, nawet u osób wykształconych w tym kierunku);

c) *proces socjalizacji* - polegający na podporządkowaniu sposobów zaspokajania potrzeby seksualnej wymaganiom obyczajowym i prawnym stawianym przez społeczeństwo (z uwzględnieniem różnic kulturowych).

- **Parafilie** - to współczesna nazwa obejmująca opisywane w dawniejszej literaturze dewiacje seksualne, zбочenia płciowe i perwersje seksualne. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego parafilią jest każdy nietypowy lub nieakceptowany społecznie sposób zaspokajania potrzeby seksualnej (także tylko w fantazjach) trwający powyżej pół roku. Istnieją różne kwalifikacje parafilii, przydatne jest jednak rozróżnienie, czy nieprawidłowość polega na wyborze szczególnego obiektu pożądania seksualnego (np. fetyszyzm, pedofilia, gerontofilia, zoofilia, itp.), czy też na szczególnej formie zachowania prowadzącego do uzyskania satysfakcji seksualnej (np. ekshibicjonizm, sadyzm, masochizm, ocieractwo, itp.).

- **Zachowanie seksualne** - jest to taki akt regulacji stosunków człowieka z otoczeniem, którego celem jest uzyskanie satysfakcji seksualnej. Do rozpoznania zachowania seksualnego niezbędne jest zatem stwierdzenie istnienia seksualnej motywacji podjętych czynności, czyli faktu, że zachowanie to służyło zaspokojeniu potrzeby seksualnej. Nie ma przy tym znaczenia, czy jest to motywacja w pełni świadoma, czy też nieświadoma - ustali to badanie seksuologiczne. Taki sposób rozumienia zachowania seksualnego jest bardzo istotny m. in. w sporządzaniu opinii dla Sądu, ponieważ zdarza się, że seksualna motywacja czynu zostaje przypisana sprawcy bez należytego uzasadnienia tej tezy, wyłącznie na podstawie okoliczności sytuacyjnych.

POJĘCIE NORMY SEKSUALNEJ

W literaturze seksuologicznej istnieje obecnie kilka odrębnych ujęć normy seksualnej, wśród których wyróżnia się:

- normę kliniczną,
- normę partnerską,
- normę indywidualną
- oraz - normę funkcjonalną, któremu to pojęciu poświęcam w tym opracowaniu szczególną uwagę.

Seksuolog, który dokonuje diagnozy pacjenta, musi znać te pojęcia, aby wyraźnie rozróżnić, wobec jakich właściwości i zachowań pacjenta nie powinien podejmować działań terapeutycznych, a które należy kwalifikować jako patologiczne i wymagające odpowiedniego leczenia.

Kliniczna norma seksualna - wypracowana została na podstawie koncepcji Schnabla oraz pod silnym wpływem raportów Kinseya i współpracowników (Imieliński, 1990). Obejmuje ona szeroki zakres zachowań seksualnych, które można zaliczyć do jednej z trzech kategorii:

1. Do normy optymalnej - zalicza się te zachowania seksualne, które ze względu na swe właściwości są w pełni pożądane z punktu widzenia określonego systemu wartości, zarówno dla konkretnej jednostki, jak i dla społeczeństwa, w którym żyje. Są to zachowania godne propagowania w postaci modelu wychowania (dominującą formą aktywności seksualnej są w tym przypadku dobrowolne, dopochwowe stosunki płciowe pomiędzy dojrzałymi partnerami przeciwnej płci).
2. Norma akceptowana - obejmuje zachowania seksualne, które nie są optymalne, lecz nie ograniczają rozwoju osobowego oraz nie utrudniają nawiązania głębokich więzi międzyludzkich (np. masturbacja, kontakty oralno - genitalne, stosunki analne, itp.).
3. Do normy tolerowanej - zalicza się te zachowania seksualne, które ograniczają możliwość harmonijnego doboru seksualnego, w sensie zmniejszenia liczby potencjalnych partnerów lub nawiązania z nimi głębokich więzi międzyludzkich. Ograniczenia te nie mają jednak bezwzględnie patologicznego charakteru, bowiem odpowiedni dobór seksualny może przyczynić się do harmonijnego przebiegu życia seksualnego w układzie partnerskim. W celu zaliczenia konkretnego zachowania do normy tolerowanej należy wziąć pod uwagę trzy kryteria: kontekst osobowościowy, kontekst partnerski oraz kontekst sytuacyjny (np. homoseksualizm, umiarkowane tendencje sadomasochistyczne, upodobanie do seksu grupowego i innych form wyrafinowanych praktyk seksualnych nienaruszających zdrowia lub prawa).

Zaliczenie zachowania seksualnego do jednej z tych trzech kategorii normy oznacza, że zachowania te nie wymagają interwencji terapeutycznej.

Natomiast punktem odniesienia w **normie partnerskiej** (Giese, 1976, Imieliński, 1990) nie jest konkretna jednostka, tylko diada tworzona przez partnerów seksualnych. To ujęcie normy seksualnej akcentuje aspekt hedonistyczny i więziotwórczy seksualności ludzkiej. Norma partnerska wyznaczona jest przez sześć warunków koniecznych do jej spełnienia, są to:

1. warunek różnicy płci,
2. warunek dojrzałości,
3. warunek obustronnej akceptacji,
4. warunek uzyskania rozkoszy,
5. warunek nie szkodzenia zdrowiu,
6. warunek nie naruszania norm współżycia społecznego.

Obecnie pierwszy z warunków jest jedynym, który nie musi być spełniony, aby dane zachowanie zaliczyć do normy partnerskiej, natomiast pozostałe pięć jest już bezwzględnie koniecznych. W roku 1973 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uznało, że homoseksualizm różni od heteroseksualizmu jedynie kierunek popędu seksualnego, natomiast brak innych cech charakterystycznych dla patologii i skreśliło te zachowanie z listy dewiacji (stanowisko to zaakceptowało WHO i jest ono od tej chwili obowiązujące dla wszystkich klinicystów, chociaż często kontestowane w innych kręgach społecznych).

Pojęcie **indywidualnej normy seksualnej** uwzględnia trzy funkcje seksualności ludzkiej (Godlewski, 1998). Są nimi:

1. funkcja biologiczna spełniana poprzez prokreację,
2. funkcja psychologiczna, którą jest uzyskanie rozkoszy,
3. funkcja społeczna, czyli tworzenie więzi międzyludzkiej.

Możliwość spełnienia tych trzech funkcji przybliży jednostkę do normy bądź patologii. Za zgodne z indywidualną normą seksualną Godlewski uważa jednak tylko takie zachowanie, które spełniając kryteria normy partnerskiej, równocześnie:

- nie wykluczają, ani nie ograniczają w znacznym stopniu możliwości dokonania stosunku genitalno - genitalnego mogącego doprowadzić do zapłodnienia;
- nie cechują się trwałą tendencją do unikania spółkowania.

Pozostałe wyznaczniki indywidualnej normy seksualnej, pokrywają się z normą seksualną partnerską, stanowiąc jej uzupełnienie. Z faktu wprowadzenia dodatkowych warunków do normy indywidualnej wynika jednak, że mogą istnieć zachowania pozostające w zgodzie z jedną normą, lecz naruszające drugą. W tym przypadku zachowania homoseksualne, chociaż nie naruszają normy partnerskiej są sprzeczne z normą indywidualną, bo nie mogą one doprowadzić do zapłodnienia.

Funkcjonalna norma seksualna opracowana została po przyjęciu założenia, że każde zachowanie człowieka może spełniać dwie funkcje równocześnie: osobistą i społeczną (Gapik, 2005). Prawidłowe zachowania to takie, które nie naruszają żadnej z tych funkcji. W niektórych przypadkach zachowanie spełnia tylko jedną z tych funkcji, równocześnie jednak - nie narusza tej drugiej i wówczas nadal pozostaje zachowaniem prawidłowym. Na przykład, człowiek wykonujący swoje obowiązki służbowe spełnia tym zachowaniem obie funkcje, osobistą (zaspokaja swoje potrzeby osobiste) i społeczną (jest użyteczny społecznie). Ten sam człowiek w czasie spożywania posiłku realizuje jednak już tylko funkcję osobistą (zaspokaja potrzebę pokarmową), ale nie jest to zachowanie sprzeczne z normami społecznymi, jest wobec tych norm - obojętne, czyli nadal pozostaje zachowaniem prawidłowym. Chyba, że będzie to szczególny przypadek polegający na spożywaniu posiłku w obecności osób głodujących. Wówczas mielibyśmy do czynienia z zachowaniem zaburzonym, bo aczkolwiek spełniałoby ono funkcję osobistą, to równocześnie naruszona byłaby funkcja społeczna, poprzez sprzeczność z obowiązującymi w takim przypadku normami obyczajowymi, czy chociażby - grzecznościowymi. W konsekwentnym rozumowaniu musimy także przyjąć, że nieprawidłowa jest również aktywność tzw. „pracoholika”, którego zachowanie spełnia funkcję społeczną, ale jeśli pracuje ponad siły i zagraża to jego zdrowiu, to naruszona zostaje funkcja osobista tego zachowania.

Tym samym kryteriom podlegają wszelkie zachowania seksualne. W tym miejscu niezbędne jest jednak przypomnienie, że zachowaniem seksualnym

nazywamy tylko taką aktywność człowieka, która wynika bezpośrednio z jego potrzeby seksualnej. Na przykład samo obnażanie siebie lub innych, dotykание cudzego ciała (nawet narządów płciowych) w czasie badania lekarskiego, zabiegów kosmetycznych lub upiększających, tatuażu, itp., a w szczególnym przypadku - również odbywanie stosunku płciowego może wynikać z różnych motywów (np. chęci uzyskania korzyści materialnej lub lęku). Zadaniem seksuologa jest wówczas ustalenie, czy występowała u badanego motywacja seksualna, czy też może - jakaś inna?

W pełni prawidłowe zachowanie seksualne powinno zatem, jak każde inne, również spełniać dwie funkcje: osobistą i społeczną, a w każdym razie nie może ono naruszać którejkolwiek z tych funkcji. Natomiast do oceny, czy zachowanie seksualne jest zachowaniem prawidłowym, służą ściśle określone kryteria. Naruszenie lub niespełnienie któregoś z nich oznacza, że mamy do czynienia z zaburzonym zachowaniem seksualnym i równocześnie zostaje dokładnie wskazane miejsce tego zaburzenia w ogólnej strukturze aktywności seksualnej.

Kryteria prawidłowej funkcji osobistej zachowania seksualnego są następujące:

1. występowanie potrzeby seksualnej z siłą mieszczącą się w granicach normy (fizjologicznej, wiekowej, kulturowej);
2. prawidłowa mechanika reakcji seksualnych (uzyskiwanie zespołu gotowości seksualnej, właściwa reakcja narządów płciowych w czasie podniecenia seksualnego, umożliwiającą odbycie douchwowego stosunku seksualnego);
3. prawidłowa dynamika reakcji seksualnych (brak wytrysku wczesnego lub przedwczesnego, opóźnionego orgazmu, itp.)
4. zdolność do przeżywania satysfakcji seksualnej (odczucia rozładowania napięcia seksualnego, chociaż niekoniecznie orgazmu)

Widać wyraźnie, w jaki sposób niespełnienie poszczególnych kryteriów przekłada się na rozpoznania kliniczne. Wszelkie zaburzenia siły potrzeby seksualnej (nazywane niekiedy również zaburzeniami libido), zarówno wyrażające się siłą zbyt dużą lub zbyt małą, to naruszenia pierwszego kryterium. Mieszczą się tutaj zarówno różne postaci oziębłości płciowej, jak i erotomania, czyli chorobliwe wzmożenie siły potrzeby seksualnej. Drugie kryterium zostaje naruszone w przypadkach zaburzeń wzwodu u mężczyzn, ale także - w przypadku kobiet - przy zbyt małej lubrykacji

pochwy a tym bardziej przy występowaniu pochwy. Niewłaściwe tempo rozwijania się kolejnych faz podniecenia seksualnego, na przykład, zbyt szybkie u mężczyzn albo zbyt wolne u kobiet, wyczerpuje kryterium trzecie a zaburzenia w przeżywaniu satysfakcji seksualnej, rzadkie u mężczyzn, lecz gnębiące dużą grupę kobiet - kryterium czwarte. Ocenę, czy któreś z wymienionych powyżej kryteriów rzeczywiście zostało naruszone - należy do seksuologa, ponieważ część pacjentów ma skłonność do przedwczesnego stawiania sobie własnych, nieuzasadnionych merytorycznie rozpoznań.

Natomiast kryteria prawidłowej funkcji społecznej zachowań seksualnych spełniane są poprzez:

1. wybór właściwego obiektu zachowań seksualnych;
2. umiejętność nawiązania interakcji seksualnej nie naruszającej prawa i aprobowanej społecznie;
3. umiejętność podtrzymania i rozwijania interakcji seksualnej oraz zdolność do stworzenia trwałego związku erotycznego, jako postawy małżeństwa i rodziny;
4. umiejętność zaspokojenia potrzeby seksualnej zdrowego partnera/partnerki.

Kryteria funkcji społecznej zachowań seksualnych są równie ważne dla rozpoznania normy lub patologii seksualnej, jak przedstawione uprzednio kryteria funkcji osobistej tych zachowań. Od człowieka w pełni zdrowego seksualnie oczekujemy zatem również tego, aby był zdolny nie tylko do aktu kopulacji, lecz by podejmował zachowania seksualne kierując się obowiązującymi w jego kręgu kulturowym regułami współżycia społecznego. Należą do nich, między innymi, oczekiwania, a nawet obwarowane prawnie - wymagania, dotyczące tego, kto może być partnerem seksualnym (nie może nim być dziecko lub osoba nieposiadająca psychofizycznej zdolności dysponowania sobą), jak również reguły dotyczące nawiązywania takiego kontaktu (nie może być stosowana przemoc, podstęp lub wykorzystanie sytuacji krytycznej drugiego człowieka). Ponadto od człowieka zdrowego seksualnie oczekujemy, że potrafi on stworzyć taką interakcję seksualną, która będzie podstawą trwałego związku małżeńskiego i rodzinnego. Nie oznacza to jednak bezwzględnego wymogu tworzenia przez każdego takiego związku (np. w przypadkach osób duchownych) a jedynie potencjalną psychofizyczną zdolność do założenia małżeństwa i rodziny. Nie powinno też budzić naszych wątpliwości

kryterium określające, że człowiek dojrzały i zdrowy seksualnie powinien umieć współżyć seksualnie w taki sposób, aby zaspokoić potrzebę seksualną zdrowego partnera/partnerki. Nie oczekujemy w tym przypadku, aby każdy był terapeutą seksualnym, ale tego, by posiadał niezbędne umiejętności umożliwiające jemu prowadzenie obustronnie satysfakcjonującego, partnerskiego współżycia seksualnego (z wykluczeniem zachowań nadmiernie egoistycznych lub zmieniających akt seksualny w masturbację przy użyciu ciała partnera/partnerki).

Przedstawione powyżej osiem kryteriów (po cztery dotyczące funkcji osobistej i cztery funkcji społecznej zachowań seksualnych) obejmują wszelkie możliwe zaburzenia seksualne, uwarunkowane wadami rozwoju biologicznego lub psychoseksualnego, różnymi chorobami, zaburzeniami osobowości, nerwicami, parafiliami, a nawet brakiem znajomości *ars amandi*, co również i to całkiem często przyczynia się do zaburzeń funkcjonowania seksualnego w układzie partnerskim. Naruszenie któregokolwiek z wyżej wymienionych kryteriów oznacza potrzebę uruchomienia leczenia, z zastosowaniem odpowiednio dobranej metody. W przypadku osób dojrzałych nieprowadzących życia seksualnego należy ustalić, czy wynika to z zaburzeń seksualnych, czy też jest to świadoma decyzja podjęta wskutek innych okoliczności (np. u osób powstrzymujących się od aktywności seksualnej z przyczyn filozoficznych, ideowych, celibatu, itp.).

W roku 1992 WHO przedstawiło rewizję dziesiątą „MIĘDZYNARODOWEJ STATYSTYCZNEJ KLASYFIKACJI CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH” znaną jako: ISD – 10. Do chwili obecnej jest to klasyfikacja obowiązująca w seksuologii klinicznej i obejmująca w sposób ogólny wszystkie ujęcia normy seksualnej przedstawione powyżej. W rozdziale piątym tej klasyfikacji mieszczą się: „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”, wśród których umieszczone są również wszelkie odniesienia do zaburzeń seksualnych opisanych w czterech punktach. I tak punkt F52 (w podpunktach F52.0 – F52.9) zawiera dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną. W punkcie F64 (w podpunktach F64.0 – F64.9) opisano zaburzenia identyfikacji płciowej. W kolejnym punkcie, F65 (w podpunktach F65.0 – F65.9), wymienione są zaburzenia preferencji seksualnych. Wreszcie w punkcie F66 (w podpunktach F66.0

– F66.2 oraz F.66.8 i F66.9) przedstawione zostały zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją płciową.

DIAGNOSTYKA SEKSUOLOGICZNA

Badania wstępne

W postępowaniu diagnostycznym seksuolog, w zależności od swojej specjalności podstawowej lub dodatkowej, współpracuje z innymi specjalistami, co pozwala na kompleksowe podejście do problemów pacjenta i udzielenie jemu skutecznej pomocy. Dlatego bezpośrednie badanie seksuologiczne powinno być poprzedzone:

- ustaleniem stanu zdrowia somatycznego pacjenta, w tym także stanu zdrowia jego narządów płciowych;
- ustaleniem stanu zdrowia psychicznego pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem jego właściwości psychoseksualnych;
- ustaleniem sytuacji społecznej pacjenta.

Rozpoznanie problemów seksualnych pacjenta wymaga zbadania jego ogólnego stanu zdrowia, rozpoznania ewentualnych chorób i sposobu ich leczenia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na stan narządów płciowych - tego, czy ich budowa, stan zdrowia, typ wrażliwości, itp., nie stanowią przeszkody w odbywaniu stosunków płciowych lub nie ograniczają przeżyć seksualnych. Nie należy jednak zapominać, że w trzech zasadniczych grupach zaburzeń seksualnych, z jakimi zgłaszają się pacjenci a więc: w nerwicach, parafiliach i zaburzeniach interakcji z partnerem seksualnym, główną rolę w powstawaniu tych problemów odgrywają czynniki psychiczne. Dlatego bezpośrednie badanie seksuologiczne powinno być także poprzedzone ogólnym badaniem psychologicznym lub psychiatrycznym, w celu ustalenia ewentualnego związku zaburzeń seksualnych z innymi zaburzeniami psychicznymi. Ustalając stan zdrowia seksualnego pacjenta musimy również znać jego sytuację społeczną. W pierwszym rzędzie chodzi tutaj o to, czy pacjent żyje samotnie, czy też w jakimś związku. Ponadto ważne jest ustalenie innych cech funkcjonowania społecznego pacjenta, a więc tego, czy pracuje i ile godzin dziennie, jaka jest jego ogólna sytuacja majątkowa, czy dysponuje własnym miejscem do intymnych spotkań itp.

Wszystkie te przedstawione powyżej ustalenia są wstępem do badań zasadniczych. Mają one jednak ważne znaczenie chociażby z tego powodu, że u większości ludzi aktywność seksualna nie jest aktywnością dominującą, ale raczej podporządkowaną wielu innym okolicznościom, takim jak godziny i rodzaj pracy własnej oraz partnera seksualnego, obecność dzieci lub innych osób wspólnie zamieszkujących lub ewentualnie istnienie innych sytuacyjnych trudności ograniczających spontaniczną aktywność seksualną (np. choroba partnera). Główne metody badania seksuologicznego to różne formy wywiadu i obserwacji a ponadto odpowiednio przystosowane metody psychologiczne, takie jak: testy, inwentarze cech, skale i kwestionariusze oraz metody projekcyjne.

Wywiad biograficzny - obejmuje swym zakresem wszelkie biologiczne, psychologiczne i społeczne aspekty dotychczasowego życia i rozwoju pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem jego dotychczasowych doświadczeń i preferencji seksualnych oraz aktualnego życia seksualnego.

Wywiad od partnera seksualnego - służy uzyskaniu dodatkowych informacji o funkcjonowaniu seksualnym pacjenta w jego aktualnym układzie partnerskim oraz określeniu seksuologicznych cech tego układu.

Obserwacja seksuologiczna - ze względów obyczajowych dokonywana jest pośrednio, poprzez składanie przez pacjenta i jego partnera/partnerkę, relacji na temat dotychczasowych reakcji seksualnych oraz tych powstających w czasie realizowania zaleceń terapeutycznych. Bezpośrednia obserwacja seksuologiczna dotyczy jednak zachowań pacjenta w czasie badania seksuologicznego oraz interakcji zachodzących pomiędzy pacjentem a jego partnerem/partnerką w czasie wspólnych wizyt u seksuologa. Niekiedy stosowana jest także laboratoryjna obserwacja reakcji pacjentów (połączona z rejestracją parametrów fizjologicznych) w czasie specjalnie zaprogramowanej stymulacji wizualnej treściami erotycznymi. W tym celu stosuje się zaprojektowane dla obu płci - pletyzmografy.

TERAPIA SEKSUOLOGICZNA

Formy pomocy udzielanej cierpiącym ludziom przez seksuologa są zróżnicowane, bo złożone są uwarunkowania problemów i zaburzeń seksualnych. Nie ulega jednak wątpliwości, że większość pacjentów seksuologicznych potrzebuje

pomocy wymagającej zastosowania środków psychologicznych poczynając od prostych wyjaśnień, pouczeń i instrukcji poprzez bardziej kwalifikowane poradnictwo indywidualne, partnerskie i rodzinne, aż do wysoce specjalistycznej psychoterapii. Leczenie farmakologiczne spełnia w seksuologii rolę pomocniczą a leczenie chirurgiczne prowadzone jest wyjątkowo i tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach.

Psychoterapia

Głównym celem psychoterapii w seksuologii jest poprawa stanu zdrowia seksualnego pacjenta a więc ograniczenie lub usunięcie nerwicy seksualnej, parafilii a w niektórych przypadkach pomoc w nabyciu umiejętności tworzenia dojrzałych i społecznie aprobowanych interakcji seksualnych. Dokonuje się tego poprzez szeroki zakres kwalifikowanych oddziaływań psychologicznych, które muszą być odpowiednio uporządkowane, metodyczne i podbudowane znaczącą koncepcją teoretyczną. Kwalifikacje psychoterapeuty uzyskuje się w odpowiednich szkoleniach podyplomowych. Nie każdy psychoterapeuta jest jednak przygotowany do pracy z pacjentem seksuologicznym - wymaga to szczególnych szkoleń i kwalifikacji.

Współczesna psychoterapia wywodzi swoje metody ze znaczących teorii psychologicznych, na przykład takich jak: psychoanaliza, behawioryzm, teoria Gestalt, psychologia humanistyczna, regulacyjna teoria zachowania i inne. W terapii seksuologicznej duże znaczenie mają metody treningowe a więc oparte na uczeniu, ćwiczeniu różnorodnych reakcji i zachowań. W tej grupie są na przykład metody opracowane w latach 60-tych przez amerykańskich seksuologów Mastersa i Johnson. Zestawy ćwiczeń opracowanych przez tych autorów (w Polsce znane także w modyfikacji dokonanej przez Kratochvila) skutecznie przezwyciężają nerwicowe zaburzenia wzdrodu i wytrysku, anorgazmię i nerwicową oziębłość kobiet a ponadto służą ćwiczeniu sztuki erotycznego porozumiewania się (Masters, Johnson, 1975, Kratochvil, 2002).

Ponadto różnego typu treningi stosowane są także przy psychoterapii lęków przed zbliżeniem seksualnym oraz przy ich ruchowych manifestacjach (np. w przypadkach pochwicy). Nierzadko w tego typu ćwiczeniach zalecana jest masturbacja terapeutyczna wykonywana przez pacjentkę lub pacjenta według

zaleceń podanych przez psychoterapeutę. Wszystkie te metody mogą być stosowane po rozeznaniu i ewentualnym przezwycięzeniu oporów psychicznych lub moralnych, jakie ma wiele osób cierpiących na dolegliwości seksualne i które to opory są niekiedy istotną częścią problemu, z jakim się zgłaszają (Leiblum, Rosen, 2000). Na uwagę zasługują także specjalistyczne metody psychoterapeutyczne służące kształtowaniu właściwych interakcji pomiędzy partnerami seksualnymi. Wiadomo, że bez dobrego porozumienia psychicznego nie jest możliwe satysfakcjonujące dla obu stron współżycie seksualne. W przypadkach tego rodzaju zaburzeń stosowana jest w różnych odmianach psychoterapia grupowa oraz takie metody jak: analiza transakcyjna i spór konstruktywny. Bliższe informacje na temat tych metod czytelnik znajdzie w piśmiennictwie specjalistycznym (Imieliński 1990, Lew-Starowicz 1991, Kratochvil 2002, 2003). W związku z rozwojem technik stymulacji wirtualnej, w ostatnich latach zarysowują się także nowe możliwości terapii seksuologicznej, poprzez wykorzystanie zaawansowanych programów komputerowych i specjalnych skafandrów. Byłoby to przydatne na przykład w terapii lęków seksualnych. W chwili obecnej są to jednak zaledwie wstępne projekty.

Psychoterapia w parafiliach najczęściej polega na pomaganiu pacjentowi w adaptacji społecznej i bezkolizyjnym ułożeniu sobie życia seksualnego. Dotyczy to również osób, które z powodu parafilii weszły w konflikt z prawem i zostały skazane na karę pozbawienia wolności. Tylko w przypadku bardzo młodych pacjentów, którzy nie rozpoczęli jeszcze pełnego życia seksualnego, istnieje szansa na to, aby w drodze intensywnego treningu reakcji seksualnych udało się doprowadzić do złagodzenia zauważonych tendencji dewiacyjnych i ukierunkowania zachowań seksualnych w sposób społecznie aprobowany. Terapia taka zawsze jest obiektywnie trudna, między innymi z tego powodu, że niezbędny jest trening zachowań seksualnych, a to oznacza konieczność znalezienia odpowiedniego partnera/partnerki lub przezwyciężenia innych ograniczeń sytuacyjnych, obyczajowych, religijnych, itp.

Postępowanie w przypadkach parafilii występującej u skazanych jest w znacznym stopniu uzależnione od tego, czy pacjent stanowi aktualnie zagrożenie dla porządku prawnego. Zaburzenia seksualne naruszające prawo prowadzą do terapii (często farmakologicznej) mającej na celu znaczne ograniczenie lub zaniechanie

aktywności seksualnej pacjenta. Wymaga to jednak zgody i daleko idącej współpracy ze strony takiego pacjenta, przy równoczesnym braku skutecznych instrumentów prawnych skłaniających go do takiej terapii. Argument, że trwale powstrzymanie się od aktywności seksualnej nie narusza homeostazy i nie przynosi negatywnych skutków dla zdrowia człowieka - nie zawsze jest wystarczająco przekonujący.

Farmakoterapia

Leczenie farmakologiczne pacjentów seksuologicznych spełnia rolę pomocniczą. Większość autorów wskazuje na to, że środki farmakologiczne podawane pacjentom seksuologicznym są najczęściej typowymi środkami stosowanymi przez internistów, psychiatrów, ginekologów i endokrynologów. Oznacza to, że leczeniu poddawana jest psychofizyczna baza reakcji i zachowań seksualnych, w celu przywrócenia pacjentowi seksuologicznemu możliwie pełnego zdrowia psychicznego i fizycznego (szczególnie zdrowia narządów płciowych i równowagi hormonalnej), co umożliwiłoby jemu pełne wykorzystanie możliwości swojego organizmu.

Za typowo seksuologiczne leczenie farmakologiczne można natomiast uznać podawanie środków przeciwdziałających hiperlibidemii i hipolibidemii. Do leków obniżających poziom libido zalicza się leki uspokajające, preparaty z chmielu a ponadto estrogeny i antyandrogeny (te ostatnie podaje się także w przypadkach parafilii groźnych dla porządku prawnego). Badania nad lekami zwiększającymi pobudliwość seksualną wskazują, że działanie takie mają: amfetamina, kokaina, strychnina, żeń-szeń, orzeszki cola, johimbina, kantarydyna a ponadto androgeny. Lista tych środków wskazuje wyraźnie na to, że wiele z nich jest szkodliwych dla zdrowia ogólnego pacjenta i dlatego powinny być one stosowane ze szczególną ostrożnością (Lew-Starowicz, 1991).

W ostatnich latach szczególny przełom w farmakologicznym leczeniu zaburzeń erekcji u mężczyzn spowodowało wprowadzenie Caverjectu (*alprostadil* podawany w różnych stężeniach, po przygotowaniu roztworu do iniekcji, w ciała jamiste prącia). Mimo tego, że iniekcja ta jest niezbyt bolesna, u wielu mężczyzn powstawał wyraźny opór psychologiczny przed robieniem zastrzyku w tę część ciała. Specjaliści o nastawieniu psychoanalitycznym mogą w tej lękowej reakcji dopatrywać się

aktywizacji kompleksu kastracyjnego. Dopiero pojawienie się Viagry (*sildenafil citrate* stosowany w tabletkach 50 mg i 100 mg) spowodowało rzeczywistą zmianę jakości życia seksualnego u wielu mężczyzn, a nawet zaznaczające się w związku z tym - przemiany obyczajowe. Mężczyźni cierpiący dotąd na różnego pochodzenia zaburzenia erekcji (także te o mechanizmie nerwicowym) przestali się obawiać swojej ewentualnej niesprawności seksualnej, wiedząc o tym, że posiadanie przy sobie Viagry zawsze ich w znacznym stopniu zabezpiecza przed zaburzeniami erekcji, spostrzeganymi przez wielu, jako rodzaj męskiej kompromitacji. Niewątpliwie zmienia to nastawienie mężczyzn do kontaktu seksualnego (także przypadkowego, pozamałżeńskiego oraz komercyjnego) i zdaniem niektórych może prowadzić do większej swobody obyczajowej i ewentualnych nadużyć tego leku. Przypomnijmy jednak, że podobne obawy występowały u różnego typu moralistów po upowszechnieniu tabletki antykoncepcyjnej, co jednak nie zachwiało strukturami społecznymi i nie doprowadziło do powszechnego promiskuityzmu. Dobre rezultaty kliniczne i sukces rynkowy Viagry powodują, że aktualnie wprowadzone są także inne, podobnie działające leki: Levitra (*wardenafil hci* stosowany w dawkach 5 - 20 mg) oraz Cialis (*tadalafil* w dawkach 10 mg i 20 mg). Od kilku lat zapowiadany jest także lek ułatwiający kobietom przeżywanie orgazmu. Bez wątplenia na ten preparat czeka bardzo wiele pacjentek i jeśli się pojawi - stanie się kolejnym „hitem” rynkowym. Wiadomo już, jak będzie wyglądał ten produkt (prawdopodobnie będzie to różowa tabletką przypominająca kształtem Viagrę), ale ciągle nie ma go w aptekach. Dotychczasowe badania kliniczne nad tym środkiem napotykają na różne przeszkody, po części wynikające z tego, że orgazm kobiet, w stopniu znacznie większym niż u mężczyzn, ma swoje uwarunkowania psychologiczne, trudne do wzbudzenia środkiem chemicznym. Odnotujmy także, iż dostępne są również przeznaczone dla obu płci leki homeopatyczne (np. Cefadisiac, w kroplach i tabletkach). Skuteczność tych preparatów jest jednak dyskusyjna.

Leczenie chirurgiczne

Zabiegi chirurgiczne stosuje się w seksuologii tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach tym bardziej, że niektóre z tych zabiegów są kontrowersyjne także w środowisku medycznym.

Kastrację chirurgiczną prowadzi się w niektórych krajach od kilkudziesięciu lat, głównie jako metodę postępowania ze szczególnie niebezpiecznymi przestępcami seksualnymi. Langelüddecke stwierdził (Imieliński, 1985), że nawroty do przestępstwa seksualnego wykazuje jedynie 2.7% uprzednio skazanych, którzy zostali wykastrowani, podczas, gdy w grupie nie wykastrowanych wskaźnik ten wynosi 39%. Zabieg ten ma jednak wiele przeciwników ze względu na trwałe okaleczenie pacjenta. W ostatnich latach ma coraz mniejsze znaczenie ze względu na możliwość „kastracji farmakologicznej” poprzez podawanie antyandrogenów.

Operacyjną „zmianę płci” stosuje się u transseksualistów, a niekiedy także w tzw. zespole dezaprobaty płci. Po dopełnieniu wielu rygorystycznie przestrzeganych warunków wstępnych przeprowadza się w kilku etapach następujące postępowanie: mastektomia (specjalną techniką usuwającą nie tylko gruczoł sutkowy, ale nadmiar skóry); totalna histerektomia; subtotalna kolpektomia; modelowanie futerału na pręcie oraz torebki na protezy jąder.

W przypadku odwrotnej „zmiany płci” dokonuje się kastracji i chirurgicznej feminizacji genitaliów wraz z wytworzeniem sztucznej pochwy. Protezowanie polega na chirurgicznym wstawieniu mężczyźnie protezy z silikonu lub tworzyw sztucznych nowej generacji. Proteza taka od wewnątrz na stałe usztywnia członek (protezy: Smalla - Carriona, Pearmana lub Tudoriu). Wyższej klasy jest proteza hydrauliczna Scotta nadająca członkowi sztywność po przepompowaniu płynu z balonu umieszczonego w worku mosznowym do elastycznych pojemników umieszczonych w ciałach jamistych. Odpowiedni mechanizm sztucznej zastawki blokuje cofanie się płynu w czasie stosunku płciowego.

Operacje psychochirurgiczne stosowane są w ostatnim dwudziestoleciu coraz rzadziej ze względu na ich ostrą krytykę z pozycji etycznych. Szczególnie interesowano się możliwością wykorzystania operacji stereotaktycznych (elektrokoagulacja w obrębie guza popielatego, gdzie mieści się ośrodek zachowania seksualnego) do usunięcia kryminalnych dewiacji. W Polsce tego typu operacje nie są przeprowadzane ze względów etycznych.

W związku z intensywnym rozwojem chirurgii naczyniowej i mikrochirurgii podejmuje się coraz częściej operacje zwężonych tętnic zaopatrujących ciała jamiste.

Ten kierunek rozwoju chirurgii w seksuologii budzi duże zainteresowanie, ponieważ prowadzi do odbudowania fizjologicznego wzwodu.

Inne metody leczenia

Zaburzenia seksualne leczone są również metodami nietypowymi, co wynika ze szczególnych koncepcji teoretycznych lub tradycji medycznych danego kraju. Do metod tego typu należy zaliczyć akupunkturę, akupresurę, różne odmiany masażu, a ponadto elektroterapię, terapię polem magnetycznym oraz zewnętrzne protezy członka lub pochwy.

BIBLIOGRAFIA

- Gapik, L. (1990). Wychowawcze wyznaczniki funkcjonowania seksualnego. Warszawa: MON.
- Gapik, L. (1997). Seksuologia - wybrane zagadnienia. W: Z. Słomko (red.) Ginekologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Gapik, L. (1998). Rozwój seksualny człowieka. W: J. Rzepka (red.) Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV / AIDS. Tom II. Katowice: Studio Wydawnicze "Agat".
- Gapik, L. (2005). Seksuologia. W: G. Bręborowicz (red.) Położnictwo i Ginekologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Giese, H. (1976). Seksuologia. Warszawa: PZWL.
- Godlewski, J. (1998). Ewolucja poglądów na temat normalności i nienormalności seksualnej. W: J. Rzepka (red.) Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV / AIDS. Tom II. Katowice: Studio Wydawnicze "Agat".
- Imieliński, K. (1985). Seksuologia. Zarys encyklopedyczny. Warszawa: PWN.
- Imieliński, K. (1990). Seksiatria. Tom I i II. Warszawa: PWN.
- Kratochvil, S. (2002). Leczenie zaburzeń seksualnych. Warszawa: ISKRY.
- Kratochvil, S. (2003). Podstawy psychoterapii. Poznań: Zysk I S-ka Wydawnictwo.
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C. (ed.). (2000). Principles and Practice of Sex Therapy. New York - London: The Guilford Press.

- Lew-Starowicz, Z. (1991). Leczenie nerwic seksualnych. Warszawa: PZWL.
- Masters, W. H., Johnson V. E. (1975) Współżycie seksualne człowieka. Warszawa: PZWL.
- Masters, W. H., Johnson V. E. (1975) Niedobór seksualny człowieka. Warszawa: PZWL.