

Zespół seksualny niepłodnych układów partnerskich

Infertile couples sexual syndrome

Kinga Filipek, Marek E. Marcyniak

II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Streszczenie

Wstęp. Niezawiniona niepłodność partnerska, z racji swego rozpowszechnienia (ponad 1,5 miliona niepłodnych związków) jest współcześnie w Polsce patologią społeczną. Stanowi czynnik indukujący przewlekły stres, przez co odciska się negatywnie na wszelkich dziedzinach życia osób nią dotkniętych, w tym na seksualności.

Celem prezentowanej pracy było podjęcie próby stworzenia możliwie pełnego obrazu seksualnego zespołu niepłodnych układów partnerskich poprzez zdefiniowanie jego objawów klinicznych.

Materiał i metody. W latach 2007–2011 oraz w pierwszym kwartale 2012 roku autorzy pracy prześledzili aspekt seksualny funkcjonowania 317 niepłodnych układów partnerskich. W celu zebrania danych do interpretacji posłużono się specjalnie ułożoną ankietą.

Wyniki. Uzyskany materiał przedstawiono procentowo, jego omówienie dołączono do każdej z tabel. Wykazano istotny negatywny wpływ niepłodności na psychofizyczne funkcjonowanie układów partnerskich.

Wnioski. W miejscu finalnych wniosków autorzy zdecydowali zamieścić zebrane w punktach cechy kliniczne stanowiącego temat publikacji zespołu.

Seksuologia Polska 2012; 10 (2): 61–66

Słowa kluczowe: niepłodność, przewlekły stres, zespół seksualny niepłodnych układów partnerskich

Abstract

Introduction. Involuntary childlessness, because of its prevalence in Poland (more than 1.5 million infertile couples), is nowadays a social problem. It leads to chronic stress, which influences negatively all aspects of life of the affected couples, including sexuality. The aim of the study is an attempt to create as complete as possible picture of infertile couples sexual syndrom, by defining its clinical symptoms.

Material and methods. In the years 2007–2011 and in the first quarter of 2012 the authors of the study investigated the sexual aspects of life of 317 infertile couples. A dedicated questionnaire was developed to collect relevant data.

Results. The acquired data was presented as percentage in tables, each of them with relevant comment. The negative influence of infertility on psychophysical functioning of affected couples was proven.

Conclusions. The authors decided to replace the final conclusions by listing clinical features of the syndrome which is the theme of the paper.

Polish Sexology 2012; 10 (2): 61–66

Key words: infertility, chronic stress, infertile couples sexual syndrome

Adres do korespondencji: mgr położnictwa Kinga Filipek
ul. Słupecka 4/8, 02–309 Warszawa

Nadesłano: 15.11.2012

Przyjęto do druku: 15.12.2012

Wstęp

Według statystyk Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii współcześnie w Polsce ponad 1,5 miliona par zmagają się z problemami niezawinionej bezpłodności — bywa, że latami [1, 2]. Oznacza to przekraczającą 3 miliony liczbę ciężko pokrzywdzonych przez los, cierpiących, nieszczęśliwych ludzi, dodatkowo publicznie napiętnowanych przez rodzinę, duszpasterstwo i konserwatywnych parlamentarzystów [1]. Specjaliści w zakresie demografii zapowiadają, że w najbliższych dziesięcioleciach 25% kobiet w naszym kraju nie zazna radości macierzyństwa. Już obecnie Polska ma jeden z najniższych wśród państw Europy odsetek urodzeń, wyprzedzając jedynie Słowację [3].

Jako kryterium rozpoznania niepłodności tradycyjnie przyjmowano dwa lata współżycia seksualnego bez jakichkolwiek metod czy środków zapobiegających zachodzeniu w ciążę. Współcześnie utraciło ono swą aktualność. W pełni obowiązywało w czasach, gdy hołdowano głoszonej przez położników starszego pokolenia zasadzie „pierwsze dziecko w 18. roku życia, ostatnie w 28.”.

W obecnej dobie coraz liczniejsza rzesza kobiet wcześniej zaabsorbowanych nauką, pracą zawodową, karierą decyduje się na posiadanie dzieci w późniejszym wieku [6]. Stąd nieodosobnione przypadki 40-latek i starszych „młodych matek”. Obserwuje się nagłaśnianie medialnie odnośnie do grona celebrytek „odmładzanie się”, „cofanie zegara biologicznego” poprzez ciążę i odbycie porodu. Biologiczna ocena tego zjawiska, w aspekcie praw rządzących naturą, nie jest zadaniem autorów prezentowanej publikacji.

Kobiety zaawansowane w latach, którym z rozmaitych względów zaczyna „spieszyć się” do zajścia w ciążę, kategorycznie domagają się niekiedy znacznego skrócenia dwuletniego okresu pełnej aktywności płciowej bez antykoncepcji uprawniającego do rozpoznania niepłodności, a tym samym do przyspieszenia podjęcia diagnostyki i ewentualnej terapii.

W ostatnich dziesięcioleciach, w powiązaniu z postępem nauk medycznych, wyodrębniono seksualny zespół niepłodnych układów partnerskich, którego głównym elementem brzemennym w kolejne następstwa jest wynikły z naruszenia obu praw biologicznych (Kępiński) podświadomy, permanentny lęk związany z niemożnością przekazania materiału genetycznego kolejnym pokoleniom, lęk przed bezpotomną śmiercią jednostki czy zagładą gatunku [4, 5]. U człowieka nie można odróżnić lęku wynikłego z zagrożenia własnego życia od lęku wywołanego za-

grożeniem bytu ludzkości [4]. Doznawany przewlekłe lęk sprawia, że osoby niepełne tracą wszelką radość życia. Ich seksualność zostaje całkowicie pozbawiona satysfakcji, nie mówiąc już o szczytowaniu kobiet. Libido obu płci w znacznym stopniu ulega redukcji. Realizacja stosunków płciowych jest ponurą powinnością wyzbytą hedonizmu i niesłużącą umacnianiu wzajemnej pozytywnej więzi emocjonalnej. Uczestnicy niepłodnych układów partnerskich oddalają się uczuciowo od siebie [5, 8].

Znaczne utrudnienie życia niepłodnych układów partnerskich stanowi dodatkowo ingerencja w ich problemy ze strony środowiska zewnętrznego [1, 5, 8]. Powodowane niekłamną bądź fałszywą życzliwością, często mało taktownie przejawiane zainteresowanie krewnych i znajomych, pytania księży zadawane w czasie domowych wizyt duszpasterskich, dysputy parlamentarzystów na forum Sejmu i Senatu wpływają niesłychanie deprymująco [1]. Dodatkowo negatywnie oddziałuje świadomość posiadania potomstwa w gronie rodziny czy przyjaciół, stając się przyczyną kompleksu niższości, budząc zazdrość i poczucie wstydu. Niepłodność partnerska jest czynnikiem indukującym przewlekły stres, co szczególnie negatywnie odciska się nie tylko na seksualności, ale i wszystkich innych pozapłciowych sferach codziennego życia, w tym pracy zawodowej, nauce, działalności twórczej czy rekreacji [8].

Wśród niepłodnych układów partnerskich obserwuje się stany obniżonego nastroju („chandry”, „przygnębienia”, „brak pozytywnego nastawienia do cze- gokolwiek”, „doły psychiczne”, „niespełnienie”, „dręczące poczucie niepełnowartościowości biologicznej”) o natężeniu proporcjonalnym do wydłużania się czasu nieskutecznego leczenia. Nawracają nasilające się cyklicznie w porze występujących, kolejnych krwawień miesięcznych, zwłaszcza jeśli dochodziło do ich indukowanych stresem kilkudniowych opóźnień. Nieci to płonne nadzieje, a doznane rozczarowania, uczucie zawodu odbierane są szczególnie dotkliwie [8].

Istotnym elementem kobiecego zespołu niepłodnościowego jest idealizacja mężczyzn. W liczącym się odsetku przypadków kobiety cierpiętniczo przypisują sobie wyłączną winę za niemożność zajścia w ciążę. Bywa, że kategorycznie domagają się rozlicznych badań w tym inwazyjnych, bolesnych (kolorografia laparoskopowa, histeroskopia, histerosalpingografia), mimo że dane z wnikliwie zebranego wywiadu nie stwarzają przesłanek do prawdopodobieństwa upośledzenia drożności jajowodów, za pomocą USG wykluczono anomalie macicy, a wszelkimi dostępnymi metodami potwierdzono obecność owulacji. Mimo

to takie pacjentki czynią wszystko, by zaoszczędzić swym partnerom stresu związanego z pobraniem nasienia w celu laboratoryjnej oceny stanu morfologicznego bądź w razie stwierdzenia patologii z próbami podjęcia terapii.

Gdy po przełamaniu męskich oporów jednak dojdzie do badania spermy, partnerki diagnozowanych zwykle same odbierają wyniki, konsultując je ze specjalistami dla ustalenia strategii jak najmniej traumatyzującego psychiczne powiadomienia mężczyzn o ewentualnie nieprawidłowych rezultatach.

Współmażonkowie zdolni do erekcji i odbycia zbliżenia stawiani są przez partnerki na piedestałach absolutnej doskonałości. Stąd w poradniach niepłodnościowych nierzadko słyszy się stanowczo wypowiedzianą przez kobiety opinię: „Do stworzenia szansy owocnego zespolenia się z komórką jajową wystarczy jeden plemnik, a nie ileś tam milionów. Ponad wszelką wątpliwość to my jesteśmy do niczego”.

Zdolność do zapładniania jest rozumiana przez wszystkich mężczyzn jako jedna z najistotniejszych składowych szeroko pojmowanej męskości, poczucia *machismo*, których poddanie w wątpliwość bądź wręcz zanegowanie stanowi dla psychiki cios nokautujący, wiedząc nieuchronnie do nieprawidłowego funkcjonowania męskich organizmów zarówno psychicznego, jak i fizycznego [5, 7]. Dzieje się tak nieodmiennie pomimo coraz wyraźniej zaznaczającej się charakterologicznej feminizacji mężczyzn oraz świadomości postępującego pogarszania się stanu morfologicznego nasienia. Norma z 1934 roku wynosiła 280 milionów plemników w 1 ml ejakulatu, a w 1970 roku już 120 milionów w analogicznej objętości [1]. W kolejnych latach wartość tę co dekadę obniżano o 20 milionów. Współcześnie zawiera się ona w granicach 15 milionów w 1 ml, co zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*) i demografów negatywnie odciska się na dzietności społeczeństwa [1]. Mężczyźni przejawiają silnie manifestowaną skłonność przrzucania całej odpowiedzialności za niepłodność partnerską na kobiety. Nie godzą się na badania nasienia, bądź czynią to z wielkimi oporami zmuszani nieustannym kobiecym nękaniami czy wręcz szantażem. Niechęć do realizacji diagnostyki pochodzi głównie z panicznego lęku przed prawdopodobieństwem nieprawidłowych wyników kwestionujących płodność.

Zgodnie ze spostrzeżeniami autorów kobiety, mimo że częściej ulegały stanom obniżonego nastroju, zdecydowanie lepiej niż mężczyźni radziły sobie z emocjonalnymi problemami niepłodności partnerskiej. W obecnej dobie to one stają się coraz wyraźniej „silną płcią”. Mimo że zdesperowane przejawiają

właściwą swojej płci „zdolność adaptacji” oraz ulegają wynikłej z odwiecznej głoszącej niższość kobiet tradycji „cierpiętniczej naturze”.

Jak wskazują poczynione przez autorów obserwacje, których wyniki ilościowe zostaną przedstawione w kolejnej publikacji, nasilenie objawów seksualnego zespołu niepłodnych układów partnerskich słabnie po skutecznej terapii zakończonej przyjściem na świat potomka. Nigdy jednak nie ustępują one całkowicie, trwając „wdrukowane” w świadomość kobiet i mężczyzn. Doznane negatywne przeżycia: cierpienie, wspomnienia animozji, konfliktów, odczuwanej wzajemnej niechęci, doświadczonych dysfunkcji seksualnych odciskają się niezatartym piętnem w psychice i fizyczności, stanowiąc przykład odległych skutków ekspozycji na przewlekły stres.

Więź emocjonalna i współżycie płciowe nigdy nie powracają w pełni do stanu sprzed rozpoznania niepłodności. W większości przypadków pojawia się powiązana z doznawanym uprzednio długotrwałym lękiem niebywale silnie wyrażona, drapieżna, nadopiekuńcza miłość do dziecka.

Na zakończenie wstępu publikacji autorzy poczuli się zobligowani wspomnieć pokrótce o rodzaju niepłodności cechującym się szczególnym nasileniem negatywnych objawów, w tym dotyczących seksualności, w dotkniętych nim układach partnerskich. Chodzi tu o niepłodność psychogenną, którą rozpoznaje się w przypadkach, gdy u obojga partnerów wszelkimi dostępnymi metodami badawczymi nie stwierdzono jakichkolwiek odchyień od normy mogących powodować niemożność uzyskania ciąży, a zarówno kobiety, jak i mężczyźni werbalnie deklarują prężną wolę posiadania dziecka. Niepłodność psychogenna nie została dogłębnie zbadana. W kraju podjęto w tym kierunku kilka nieukończonych jak dotąd poczynił naukowych.

Celem pracy było podjęcie próby stworzenia w miarę pełnego obrazu seksualnego zespołu niepłodnych układów partnerskich poprzez zdefiniowanie jego objawów klinicznych.

Materiał i metody

W latach 2007–2011 oraz w pierwszym kwartale 2012 roku autorzy pracy prześledzili szeroko pojmowany aspekt płciowy funkcjonowania 317 niepłodnych układów partnerskich. Pominięto zagadnienia ginekologiczno-andrologiczne (przyczyny niemożności posiadania potomstwa, stosowane leczenie). W celu zebrania danych do interpretacji posłużono się specjalnie ułożoną ankietą. Udzielanie odpowiedzi na zawarte w formularzach pytania było całkowicie do-

Tabela 1. Liczba diagnozowanych seksuologicznie niepełnych układów partnerskich

Lata	Liczba	Odsetek
2007	58	18,30
2008	64	20,19
2009	49	15,46
2010	57	17,98
2011	68	21,45
I kwartał 2012	21	6,62
Łącznie	317	100

Tabela 2. Aktualne środowisko życia niepełnych układów partnerskich

	Liczba	Odsetek
Miasto	218	68,77
Wieś	99	31,23
Łącznie	317	100

browolne i anonimowe, o czym uprzednio poinformowano mające uczestniczyć w badaniu osoby obu płci. Zgromadzony materiał przedstawiony procentowo w tabelach posłużył do sformułowania finalnych konkluzji.

W tabeli 1 przedstawiono liczbę diagnozowanych seksuologicznie układów partnerskich w poszczególnych latach.

Wśród diagnozowanych seksuologicznie niepełnych układów partnerskich przeważały pary żyjące w miastach — 68,77%. Miało to niewątpliwie związek z łatwiejszym dostępem do poradnictwa niepłodnościowego w większych aglomeracjach (tab. 2).

Najliczniejsze grupy diagnozowanych seksuologicznie respondentów z niepełnymi układami partnerskimi zawierały się w przedziałach wiekowych 31–33 — 30,60%; 28–30 — 23,03%; 34–36 — 17,66% (tab. 3).

Wśród badanych przeważały osoby z wyższym wykształceniem — 40,69% (tab. 4).

Badanym wierzącym w liczbie 614 osób — 96,84% zarówno praktykującym — 78,23%, jak i niepraktykującym — 18,61% (tab. 5) zadano pytanie odnośnie do ich podejścia do niepłodności. Uzyskany wynik przedstawiono w tabeli 6. Ogół 614 respondentów wierzących potraktowano jako 100%.

Wierzący uczestnicy badania w większości — 69,87% żyli przekonaniem, że niepłodność partnerska jest chorobą, którą można leczyć. Wśród 30,13% ankietowanych, uznających niepłodność za „dopust Boży”, „krzyż złożony na barki, który należy nieść w pokorze”, „karę za popełnione grzechy”, wszyscy poddawali się terapii, licząc na „odmianę najwyż-

Tabela 3. Wiek diagnozowanych seksuologicznie respondentek/respondentów z niepełnymi układami partnerskimi

	Liczba	Odsetek
25–27	93	14,67
28–30	146	23,03
31–33	194	30,60
34–36	112	17,66
37–39	57	8,99
40–42	32	5,05
Łącznie	634	100

Tabela 4. Wykształcenie osób uczestniczących w badaniu

	Liczba	Odsetek
Podstawowe	183	28,87
Średnie	193	30,44
Wyższe	258	40,69
Łącznie	634	100

Tabela 5. Religijność ankietowanych

	Liczba	Odsetek
Wierzący praktykujący	496	78,23
Wierzący niepraktykujący	118	18,61
Ateiści	20	3,16
Łącznie	634	100

Tabela 6. Podejście wierzących respondentek/respondentów do niepłodności partnerskiej

	Liczba	Odsetek
Choroba uleczalna	429	69,87
Dopust Boży, krzyż złożony na barki dotkniętych niepłodnością, kara za popełnione grzechy	185	30,13
Łącznie	614	100

szych wyroków”, „darowanie przewin” i ujmowany w kategorii „cudu” czy „najwyższej łaski Bożej” fakt spłodzenia własnego potomka.

Niepłodne układy partnerskie o czasie leczenia mieszczącym się w przedziałach 2 lata — 30,60%, 4 lata — 27,13%, 6 lat — 29,34% ilościowo nie odbiegały od siebie. W najmniej licznej grupie znalazły się osoby — 12,93% poddawane terapii powyżej 6 lat (tab. 7).

Wśród uczestniczących w badaniu osób obu płci 386 — 60,88% określiło własną seksualność partnerską, realizowaną w okresach hipotetycznej możliwości za-

Tabela 7. Okres leczenia niepłodności partnerskiej

	Liczba	Odsetek
2 lata	97	30,60
4 lata	86	27,13
6 lat	93	29,34
Powyżej 6 lat	41	12,93
Łącznie	317	100

Tabela 8. Seksualność niepełnych układów partnerskich

	Liczba	Odsetek
Fizyczna bliskość dająca rozkosz, satysfakcję	248	39,12
Ponury, traktowany czysto mechanistycznie obowiązek wyzbyty wszelkiej radości	386	60,88
Łącznie	634	100

Tabela 9. Występowanie zaburzeń gotowości płciowej u kobiet w zależności od czasu realizowania terapii niepłodności partnerskiej

	Liczba	Odsetek
2 lata	48	49,48
4 lata	59	68,60
6 lat	81	87,09
Powyżej 6 lat	36	87,80

plodnienia jako ponury, traktowany czysto mechanistycznie obowiązek, wyzbyty wszelkiej radości (tab. 8).

Odsetkowo występowanie zaburzeń gotowości płciowej u kobiet pod postacią braku lub nieprawidłowości lubrykacji, w zależności od okresu realizowania terapii niepłodności partnerskiej, zaprezentowano, zestawiając uznaną za 100% liczbę respondentek w poszczególnych przedziałach trwania leczenia z liczbą zgłaszanych przypadków wspomnianej dysfunkcji w analogicznym okresie. Częstotliwość patologii lubrykacji ulegała wyraźnemu zwiększeniu w miarę wydłużania się bezskutecznej terapii dochodząc po przekroczeniu 6 lat do 87,80% (tab. 9).

Odsetkowo występowanie zaburzeń erekcji u mężczyzn, w zależności od czasu realizowania terapii niepłodności partnerskiej, zaprezentowano, zestawiając uznaną za 100% liczbę respondentów w poszczególnych okresach leczenia z liczbą zgłaszanych przypadków wspomnianych dysfunkcji w analogicznym okresie (tab. 10).

Częstotliwość wspomnianej patologii głównie pod postacią braku lub zbyt słabych wzwodów zwiększa-

Tabela 10. Występowanie zaburzeń erekcji u mężczyzn w zależności od czasu realizowania terapii niepłodności partnerskiej

	Liczba	Odsetek
2 lata	36	37,11
4 lata	42	48,84
6 lat	59	63,44
Powyżej 6 lat	29	70,73

Tabela 11. Pozytywna więź uczuciowa w niepełnych układach partnerskich

	Liczba	Odsetek
Spotęgowanie	9	2,84
Ostabilenie, wzajemne emocjonalne oddalenie się od siebie	185	58,36
Zanik, obojętność	97	30,60
Obopólna niechęć	26	8,20
Łącznie	317	100

ła się w miarę przedłużania bezskutecznej terapii, dochodząc w grupie powyżej 6 lat do 70,73%.

Przedstawione w tabelach 9, 10 dysfunkcje seksualne kobiet i mężczyzn manifestowały się szczególnie wyraźnie w teoretycznie płodnych dniach cyklu miesięczkowych.

Spotęgowanie pozytywnej więzi emocjonalnej u niepełnych układów partnerskich obserwowano jedynie w 2,84% przypadków. Dominowało uczuciowe oddalenie się od siebie — 58,36% (tab. 11).

W gronie 634 badanych przez autorów osób skargi na utrzymujące się przygnębienie, drażliwość, poczucie beznadziejności, utratę wszelkiej radości życia zgłaszało 248 kobiet — 78,23% i 197 mężczyzn — 62,14%. Zaangażowanie w problematykę niepłodności w znacznym stopniu tłumilo wszelkie zainteresowania pozaprokreacyjne, w tym pracą zawodową, nauką, wypoczynkiem. Często pojawiały się objawy somatyzacji napięcia psychicznego pod postacią bólów głowy, dolegliwości stenokardialnych, gastrycznych, neurologicznych bez jakiegokolwiek potwierdzenia przyczynowego w organice.

Objawy depresyjne wymagające skierowania do terapii specjalistycznej przejawiało 18 osób płci żeńskiej — 5,68% i 11 płci męskiej — 3,47%.

Wnioski

W miejsce finalnych wniosków autorzy zdecydowali przedstawić zebrane w punktach cechy kliniczne stanowiącego temat publikacji zespołu.

Zespół seksualny niepłodnych układów partnerskich:

1. dysfunkcje seksualne obu płci typu relacyjnego (w odniesieniu do konkretnej osoby) o częstości występowania i nasileniu objawów potęgujących się w miarę upływu czasu trwania niepłodności:
 - a) kobiety:
 - zanik potrzeb seksualnych,
 - nieosiąganie podniecenia seksualnego manifestujące się brakiem lub zbyt skąpą lubrykacją,
 - nieodczuwalnie satysfakcji wynikłej z fizycznej bliskości z partnerem,
 - traktowanie stosunków płciowych czysto mechanicznie, bez gry wstępnej, połączone z pragnieniem jak najkrótszego ich trwania;
 - b) mężczyźni:
 - niechęć do stosunków płciowych określanych jako realizowany pod presją, przymusowy obowiązek nie dający satysfakcji,
 - zaburzenia erekcji pod postacią braku lub niepełnego wzwodu utrudniającego wprowadzenie członka do pochwy.
- Wymienione symptomy pojawiają się zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn szczególnie w hipotetycznie płodnej fazie cyklu miesięczkowego, z towarzyszącym im głębokim poczuciem niepełnowartościowości biologicznej.
2. zatracanie się w niepłodnych układach partnerskich pozytywnych więzi uczuciowych; narastanie emocjonalnego oddalania się od siebie, obopólnej niechęci, do odrzucenia włącznie;
3. ekspozycja osób dotkniętych niepłodnością na przewlekły uraz psychiczny indukujący stany ob-

niżonego nastroju, łącznie z przypadkami depresji. Częste występowanie dolegliwości będących wyrazem somatyzacji doświadczanego stresu;

4. obsesyjne koncentrowanie się na problemie niepłodności przysłaniające inne dziedziny życia, w znacznym stopniu utrudniające wszelakie poczynania na polu:
 - seksualności,
 - pracy zawodowej,
 - działalności twórczej,
 - nauki,
 - rekreacji;
5. narastający wśród niepłodnych układów partnerskich, potęgujący się w miarę upływu czasu bezskutecznej terapii, paraliżujący lęk odbierający wszelką radość egzystencji powodujący wyzbycie się jej celu i sensu, poza dążeniem do posiadania dziecka.

Piśmiennictwo:

1. Ozminkowski V, Molińska J., Gawrońska M. Naznaczeni niepłodnością. *Newsweek Polska*, 2008; 50: 72–77.
2. Szamatowicz M. Polityczna niekompetencja i *in vitro*. *Gazeta Wyborcza*, 2012; 20.07: 11.
3. Wojtkowska Z., Ozminkowski V. Rodzenie to sprawa wagi państwowej. *Newsweek Polska* 2010; 39: 38–42.
4. Kępiński A. Lęk. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa, 1977: 61–67.
5. Bancroft J. Seksualność człowieka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 477–483.
6. Bobrowicz A. Bo do dziecka trzeba dwojga. *Metro* 2012; 2369: 2.
7. Lew-Starowicz Z., Filipiak K.J., Januszewicz A. i wsp. Kardioseksuologia. Medical Education. Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2011: 38–40.
8. Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk S., Kryś K. Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności. *Seksuologia Polska* 2012; 10: 1: 28–35.