

Pożądanie w odpowiedzi – nowe spojrzenie na hipolibidemię u kobiet

Triggerred desire – new look at hypoactive sexual desire disorder among women

Grzegorz Iniewicz, Anna Strzelczak

Instytut Psychologii UJ
Dyrektor: prof. dr hab. W. Łosiak

Summary

This article aims to present controversy surrounding current desire disorder criteria listed in DSM IV. Developed by Masters and Jonhson in 1996, completed later by Kaplan in 1974, the human sexual response cycle which is the basis for contemporary desire disorder criteria, in some aspects stands in opposition to the results of the newest research. This paper presents evidence to change the DSM criteria suggested by Basson and analyzes recent proposals for DSM V criteria for consideration of these arguments.

Słowa kluczowe: pożądanie, cykl reakcji seksualnej, zaburzenia pożądania, hipolibidemia

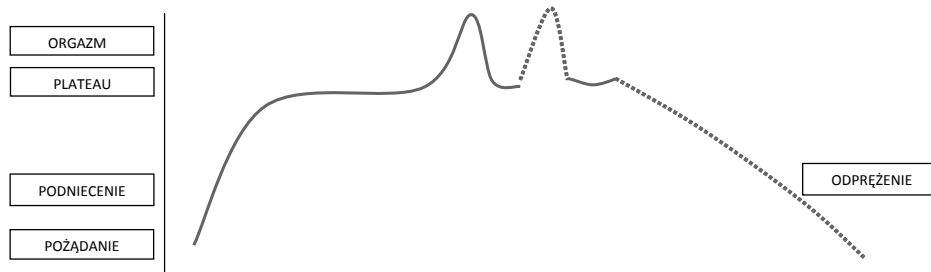
Key words: desire, human sexual response cycle, desire disorders, hipolibidemy

Wstęp

Pożądanie seksualne można zdefiniować jako sumę pewnych sił, na które składają się czynniki biologiczne, psychologiczne i kulturowe popychające człowieka do podejmowania zachowań seksualnych [1]. Obecnie problemy z pożądaniem są najczęściej zgłaszanymi przez pacjentów problemami w sferze seksualnej [2], a blisko 30–40% kobiet cierpi na hipolibidemię [3, 4]. Dominującą rolę hipolibidemii wśród zaburzeń seksualnych zgłaszanych przez kobiety potwierdzają także polskie badania Starowicza i Szymańskiej [5] przeprowadzone wśród pacjentek w 2009 roku. W związku z coraz większym zainteresowaniem tymi zaburzeniami, a także koniecznością przeprowadzania wnikliwej diagnozy i – w konsekwencji – terapii seksuologicznej, niezwykle istotne staje się opracowanie dokładnych kryteriów dysfunkcji seksualnych [6]. W literaturze psychologicznej zauważyć można aktualnie toczącą się dyskusję nad zmianą obecnych kryteriów zaburzeń ujętych w DSM-IV. Związane jest to z odrzuceniem istniejącego od lat 60. paradygmatu cyklu reakcji seksualnej, na którym opiera się klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zdaniem wielu autorów [1, 7] nie jest on zgodny z wynikami najnowszych badań z zakresu seksualności.

Podwaliny wiedzy seksuologicznej dostarczyły badania Mastersa i Johnson [8]. Pionierzy badań nad seksualnością człowieka na podstawie ponad 2 500 obserwacji reakcji seksualnych stworzyli i opisali w swojej książce „Human sexual response” model reakcji seksualnej człowieka – na który składały się cztery następujące fazy: podniecenie (excitation), plateau (plateau), orgazm (orgasm) i odprężenie (resolution) – określane mianem EPOR. Badacze ci scharakteryzowali fazy w kategoriach zmian fizjologicznych uwidacznianych poprzez powiększenie i przekrwienie genitaliów, przyspieszony oddech, szybszą akcję serca czy zmianę kolorystyki ciała (rumieniec seksualny). Badania te stały się podstawą terapii zaburzeń powiązanych z nieprawidłowymi reakcjami genitalnymi, jednak pomijały znaczący aspekt seksualności, jakim jest pożądanie.

Uzupełnienie do modelu Mastersa i Johnson wprowadziła w 1974 roku Helen Kaplan [9], która wzbogaciła go o dodatkową fazę pożądania (desire) występującą przed fazą podniecenia. Zmianie uległo także nazewnictwo. Nowy model (mający na uwadze fazę pożądania, podniecenia, orgazmu i odprężenia) to model Masters-Johnson-Kaplan lub w skrócie DEOR [10]. Jednocześnie warto wspomnieć, że Kaplan jako pierwsza uwzględniła problemy kliniczne, jakie mogą być związane z fazą pożądania. Wprowadziła termin zaburzeń pożądania powiązanych ze znacznym obniżeniem libido, w tym – hipolibidemię [11]. Tradycyjny model reakcji seksualnej przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Tradycyjny model reakcji seksualnej kobiety [8, 9]

Trzy fazy modelu Kaplan (pożądanie, podniecenie i orgazm) stały się podstawą dla kryteriów DSM-III, a także obecnego DSM-IV,¹ w których podział zaburzeń jest zgodny z modelem w taki sposób, że wyróżniono zaburzenia pożądania, podniecenia i orgazmu (oraz dodatkowy dział – zaburzenia powiązane z bolesnym współżyciem) [12].

Alternatywny model Basson

Przez wiele lat schemat rozumienia cyklu seksualnego według Mastersa i Johnson oraz Kaplan, a także kryteria zaburzeń seksualnych obowiązywały psychologów i seksuologów, miały także zastosowanie w praktyce. Jednak na początku lat dziewięćdziesiątych pojawiła się pierwsza krytyka tego modelu wyrażona przez Tiefer

¹ W maju br. wprowadzona została klasyfikacja DSM-5, z numeracją zmienioną na arabską (przyp. red.)

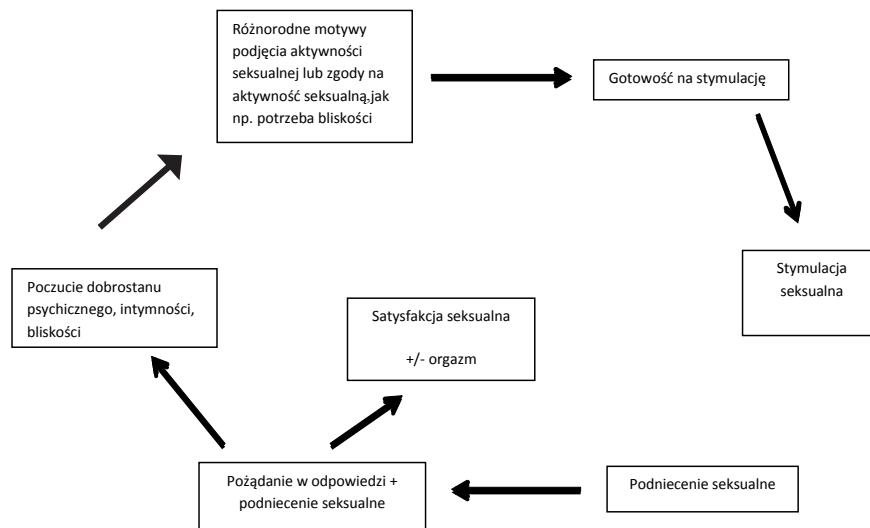
[13]. Autorka skrytykowała model z feministycznego punktu widzenia, wskazując, że model kobiecej seksualności jest pod względem biologicznym bardzo różnorodny i nie można sprowadzać go tylko do jednej charakterystyki. Jej stanowisko zainspirowało Basson [7, 14], która zakwestionowała model tradycyjny i zaproponowała odmienny schemat cyklu seksualnego. Według Basson podejście Mastersa i Johnson jest użyteczne w przypadku mężczyzn i ma słusze zastosowanie w męskich dysfunkcjach, jednak jest zbyt jednostronne w przypadku kobiet, których seksualność w porównaniu z mężczyznami jest o wiele bardziej plastyczna i bardziej podatna na zmiany [15].

Koronnym argumentem Basson stało się stwierdzenie, że tradycyjny model pożądanie – podniecenie – orgazm – rozluźnienie jest jak najbardziej poprawny, ale nadaje się tylko w odniesieniu do pewnej części kobiet lub znajduje zastosowanie w określonym czasie. Część kobiet może bowiem doświadczać zmian swojej seksualności (np. z wiekiem) lub prezentować całkowicie odmienny cykl reakcji seksualnej, który nie świadczy jednak o jakiegokolwiek dysfunkcji czy zaburzeniu. Dotychczasowe rozumienie pożądania wskazywało na konieczność obecności myśli i fantazji seksualnych. Najnowsze badania wskazują jednak, że seksualne myśli i fantazje utożsamiane z pożądaniem spontanicznym deklarowane są przez kobiety stosunkowo rzadko [16, 17]. Ponadto obok pożądania spontanicznego w postaci fantazji, myśli erotycznych o partnerze, którego konsekwencją jest podniecenie, u wielu kobiet pojawia się także (lub tylko) tzw. pożądanie „w odpowiedzi” czy pożądanie wyzwalane (ang. *triggerred desire*) na zaistniałą już sytuację seksualną. Kobiety, które cechuje taka reakcja, będąc w intymnej sytuacji, doznają podniecenia i pożądania w odpowiedzi w sposób symultaniczny. To, na co zwraca uwagę Basson [18], to ogromne poczucie bliskości emocjonalnej, które staje się w alternatywnym modelu reakcji seksualnej kobiety głównym motywem zbliżenia, nie zaś jak miało to miejsce w modelu tradycyjnym – pożądanie spontaniczne. Zdaniem autorki satysfakcja seksualna kobiet wiąże się często z poczuciem bliskości, zaangażowania, wzrostem intymności w związku, a więc kieruje nimi potrzeba emocjonalnego zbliżenia i wyrażenia swojej miłości partnerowi.

Badania [19–22] faktycznie potwierdzają to podejście, pokazując różnorodność motywów podejmowania przez kobietę stosunków seksualnych, gdzie obok tych związanych – jakby się wydawało – z pożądaniem spontanicznym (przyjemność, ochota itp.) kobiety wskazują również na takie jak wyrażenie miłości do partnera czy uległość wobec partnera (kobieta zgadza się, gdy partner inicjuje stosunek seksualny).

Regan i Berscheid [23] wykazali w swoich badaniach, że kobiety częściej wskazują na romantyczny aspekt pożądania oraz uznają, że celem pożądania seksualnego powinny stać się miłość i emocjonalna bliskość, podczas gdy mężczyźni utożsamiają ten cel z zachowaniem seksualnym. Można zatem założyć, iż mężczyźni i kobiety różnią się pod względem ewentualnych przyczyn pożądania [24]. U kobiet największe znaczenie ma więc interpersonalna oraz romantyzm, natomiast u mężczyzn – czynniki indywidualne i erotyzm. Alternatywny model kobiecej reakcji seksualnej często dominuje u kobiet w długotrwałych związkach, w przeciwieństwie do tych, które dopiero zaczynają relację seksualną, gdzie w fazie np. zakochania o wiele trudniej o rutynę, a łatwiej o spontaniczność. Według modelu Basson kontakt seksualny ze strony kobiet rozpoczyna motywacja do odczucia bliskości, w której doznają podnie-

czenia (na skutek np. stymulacji partnera), które pociąga za sobą uczucie pożądania i dalsze pobudzenie (rys. 2).



Rysunek 2. Alternatywny model cyklu reakcji seksualnej według Basson [26]

Sugestie zmian w traktowaniu dysfunkcji seksualnych kobiet podyktowane odmiennym cyklem reakcji seksualnej pojawiły się już w roku 1998 w Amsterdamie, kiedy to z inicjatywy Amerykańskiej Fundacji Schorzeń Urologicznych odbył się Pierwszy Panel Rozwoju Konsensusu w sprawie Kobięcych Dysfunkcji Seksualnych (First Consensus Development Panel on Female Sexual Dysfunction). Jego celem była dyskusja nad klasyfikacją zaburzeń seksualnych (w tym pożądania), a rezultatem stała się m.in. propozycja ulepszonej definicji hipolibidemii rozumianej jako „trwały lub nawracający deficyt (lub brak) seksualnych myśli/fantazji i/lub podatności/wrażliwości na seksualną aktywność, które powodują dolegliwości interpersonalne” [25]. Akceptacja alternatywnego modelu Basson znalazła wreszcie uznanie w 2003 roku w Paryżu podczas Drugiej Międzynarodowej Konsultacji Medycyny Seksualnej: Seksualne dysfunkcje kobiet i mężczyzn. Międzynarodowy komitet zaprezentował wówczas, a potem opublikował raport zawierający udoskonaloną definicję zaburzeń pożądania, która obok tradycyjnych symptomów (brak myśli i fantazji seksualnych) uwzględniła najważniejsze – brak odczuwania pożądania w odpowiedzi na stymulację seksualną. Pomimo braku zmian w DSM-IV zasugerowano, że nowe ujęcie hipolibidemii powinno być brane pod uwagę przez klinicystów zajmujących się diagnozowaniem dysfunkcji seksualnych kobiet oraz znaleźć odniesienie w DSM-V, w którym dotychczas uwzględniane były tylko dwa elementy pożądania, czyli fantazje oraz myśli [26].

Badania potwierdzające zasadność modelu

Pomimo tego, że badacze [27] wskazują, iż model Basson nigdy nie był bezpośrednio poddany weryfikacji, istnieje wiele badań, których wyniki wskazują pośred-

nio, że jest on w wielu przypadkach uzasadniony. W badaniu McCall i Meston [28, 29] autorki próbowały określić „wskazówki” powiązane z wywoływaniem popędu seksualnego. Wśród nich znalazły się te utożsamiane z emocjami i miłością (jak np. poczucie bliskości z partnerem), z bodźcami erotycznymi (seksualne myśli, oglądanie pornografii itp.), z romantycznością (romantyczne sytuacje z partnerem) oraz fizyczną bliskością (rozmowa z kimś sławnym, flirtowanie itd.). Badania wykazały różnice między kobietami w pre- i postmenopauzie. Kobiety w okresie po menopauzie wykazały wyższe wyniki na skali emocje/miłość. Autorzy wnioskuje, że kobiety w okresie postmenopauzalnym cechuje niższy poziom androgenów oraz tzw. spontanicznego pożądania, a zatem emocjonalna bliskość odgrywa większą rolę w przypadku wywołania pożądania, które rozumiane jest jako pożądanie w odpowiedzi.

Komponent emocjonalny jako jeden z najbardziej istotnych w pożądaniu został również podkreślony przez kobiety w badaniach Brotto, Heiman i Tolman [27]. Inne badania [30] przeprowadzone na grupie duńskich kobiet wykazały, że większość respondentek przyznała, że częściej odczuwała pożądanie seksualne w reakcji na zachowanie partnera względem nich niż pożądanie spontanicznie wywołane. Na podstawie obszernej ankiety skierowanej do kobiet w wieku 40–60 lat pokazano, że spontaniczne myśli i fantazje pojawiały się raz na miesiąc lub w ogóle [31].

Model Basson znalazł również uzasadnienie w badaniach Giles i McCabe [32], w których przebadano 404 kobiety. Rezultaty badania pokazały, że tradycyjny model pożądania seksualnego lepiej sprawdzał się w przypadku kobiet zdrowych. Model Basson natomiast znalazł zastosowanie w przypadku kobiet cierpiących na zaburzenia seksualne; znajduje on także uzasadnienie w odniesieniu do terapii, gdzie zaburzenia pożądania nie byłyby rozpatrywane w kontekście indywidualnej osoby, ale w kontekście pary, do czego jeszcze wrócimy.

Propozycja DSM-V

W klasyfikacji DSM-IV [33] kryteria hipolibidemii obejmują:

- A. Uporczywy, okresowy lub trwały brak seksualnych myśli i fantazji;
- B. Dolegliwości powodujące dyskomfort psychiczny i problemy interpersonalne.

Najnowsze proponowane przez APA zmiany kryteriów hipolibidemii, obok nazwy zaburzenia na bardziej ogólne – zaburzenia zainteresowania i podniecenia seksualnego, uwzględniają przesłanki wielości modeli reakcji seksualnych, co uwidocznione zostało zwłaszcza w podpunkcie 3 i 5 kryterium A:

- A. Brak zainteresowania/podniecenia o charakterze seksualnym w ciągu ostatnich 6 miesięcy przejawiające się w co najmniej 3 obszarach spośród wymienionych:
 - 1) brak/zmniejszenie częstotliwości lub intensywności zainteresowania seksualną aktywnością,
 - 2) brak/zmniejszenie częstotliwości lub intensywności występowania seksualnych myśli i fantazji,
 - 3) brak/zmniejszenie częstotliwości inicjowania seksualnej aktywności i brak odpowiedzi na starania zainicjowania kontaktu przez partnera,

- 4) brak/zmniejszenie częstotliwości lub intensywności seksualnego podniecenia/przyjemności w co najmniej 75% wszystkich seksualnych kontaktów,
 - 5) seksualne zainteresowanie/podniecenie jest rzadko lub w ogóle nie jest wywoływane przez zewnętrzne lub wewnętrzne bodźce erotyczne (werbalne, wizualne itp.),
 - 6) brak/zmniejszenie częstotliwości lub intensywności doznań genitalnych i niegenitalnych w co najmniej 75% sytuacji;
- B. Dolegliwości powodują poczucie dyskomfortu psychicznego i problemy interpersonalne.

W uzasadnieniu APA pisze, iż „Doświadczenia seksualne kobiet są zgodne z wieloma modelami reakcji seksualnych. Ponadto badania pokazują, że wiele kobiet deklaruje rzadko odczuwane seksualne myśli czy fantazje. Warunek niedoświadczenia seksualnych myśli i fantazji w diagnozie HSDD może prowadzić do patologicznego traktowania kobiet z odmiennymi wskaźnikami pożądania. Świadczy to nie o ich zaburzeniu, ale o ich indywidualnej zmienności” (www.dsm5.org; dostęp: 10.09.2012).

Implikacje dla terapii

Davies, Katz i Jackson [34] zwrócili uwagę, że kryteria DSM-IV analizują pożądanie, odnosząc je do jednej osoby, gdy tymczasem to, że ktoś odczuwa niskie lub wysokie pożądanie, klaruje się w momencie porównania z partnerem. Wiąże się to zazwyczaj raczej z sytuacją rozbieżności w poziomie pożądania seksualnego partnerów i autorzy ci skłaniają się do traktowania zaburzeń pożądania jako zaburzeń związanych z relacją w parze. Ma to swoje zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty. Przykładem negatywnego może być sytuacja, gdzie jeden z partnerów ma niższy popęd niż drugi i gdzie może dojść do patologizacji tej sytuacji i w konsekwencji przymusu leczenia. Dziać się tak może mimo tego, że w takiej sytuacji znacznie lepszym rozwiązaniem wydaje się traktowanie jej nie jako zaburzenia, ale sytuacji, która wymaga pomocy czy edukacji ze strony seksuologa. Z kolei pozytywnym aspektem uwzględnienia kontekstu pary i rozbieżności w odczuwaniu pożądania może być lepsze zrozumienie osób z hipolibidemią, zwłaszcza kobiet, poprzez pryzmat relacji, jaka istnieje w związku, a także adekwatniejszy dobór sposobu oddziaływania terapeutycznego.

Wobec powyższego prezentacja alternatywnego modelu reakcji seksualnej kobiety staje się pomocna w oddziaływaniu terapeutycznym dla par. Potwierdzają to badania [35], które wskazują, że już samo zaznajomienie się z nowymi czynnikami mającymi istotne znaczenie w przebiegu reakcji seksualnej, jak bliskość między partnerami, może mieć istotne, pozytywne oddziaływanie i wydźwięk terapeutyczny. Wszystkie badane kobiety stwierdziły, że identyfikują się z przedstawionym im modelem oraz że jego znajomość wpływa na lepsze zrozumienie ich sytuacji, a większość przyznała (również partnerzy kobiet), że świadomość, iż jako para mogą dokonać zmian niezbędnych do polepszenia sytuacji, sprawiła, że sytuacja jest dla nich łatwiejsza do zniesienia.

Takie ujęcie omawianego problemu wyraźnie przenosi akcent w pracy terapeutycznej z koncentrowania się na jednej osobie, szukając przyczyn problemów w motywacji, uwarunkowaniach osobowościowych, indywidualnych doświadczeniach czy też

dystrybucji hormonów, na zainteresowanie relacją [36, 37]. W terapii seksuologicznej zaowocowało to pojawieniem się – obok technik opartych m.in. na ćwiczeniu koncentrowania się na doznaniach zmysłowych – technik odnoszących się do poprawy relacji w parze.

Zakładając, że problem z pożądaniem jest związany z relacją, możemy go traktować nie jako przyczynę dysfunkcji pary, ale jako objaw czy komunikat – odwołując się do perspektywy systemowej. Mniejsze pożądanie będzie zatem informacją o doświadczanych przez parę problemach, np. związanych z różnymi potrzebami odnośnie bliskości, radzeniem sobie z trudnościami emocjonalnymi partnerów czy też z innymi. Mogą z tego wynikać ważne przesłanki do zrozumienia dynamiki relacji, jak na przykład to, iż to właśnie partner z mniejszym odczuwanym pożądaniem kontroluje kontakty seksualne. Drugiego partnera stawia to w pozycji zależności, nie tylko jeśli chodzi o współżycie seksualne, ale także zaspokajanie różnych potrzeb emocjonalnych. Partner z większym pożądaniem może w związku z tym doświadczać frustracji czy mieć poczucie bycia kontrolowanym. Może też podejmować próby „wyleczenia”, które zazwyczaj tylko pogłębiają już doznawaną frustrację. Rodzić to może emocjonalne napięcia, które będą wzmagają problemy związane z pożądaniem.

Podsumowanie

Klasyczny model reakcji seksualnych, na którym opierano rozumienie zachowań seksualnych, ich badanie i diagnozowanie ewentualnych zaburzeń, nie wytrzymuje krytyki opartej na empirycznych badaniach. Nowy model, chociaż wciąż jeszcze wymagający badań, wydaje się niezwykle pomocną alternatywą. Oparte na nim zmiany, wprowadzane przez APA w najnowszej klasyfikacji DSM, powinny przyczynić się do bardziej wnikliwej diagnozy zaburzenia, a w przyszłości powinny znaleźć odzwierciedlenie także w budowie narzędzi diagnostycznych, które uwzględnią dodatkowo, obok pożądania spontanicznego, także odczuwane przez kobiety pożądanie w odpowiedzi. Model Basson może być też użyteczny w pracy terapeutów, dając im możliwość szerszego spojrzenia na problem pożądania aniżeli tylko przez pryzmat pojedynczej osoby.

Влечение в ответ – новый взгляд на гиполибидомению у женщин

Содержание

В настоящей работе Авторы представляют мнение по-поводу Контroversивных критерий нарушений полового влечения, находящихся в Классификации ДСМ-IV. Принятый и разработанный в 1966 году Мастерсом и Джонсон, а позднее дополненный в 1974 году Капланом, цикл сексуальных реакций. В настоящее время цикл составляет основу для современных критерий нарушений полового влечения, в определенных вопросах не согласуется с современными взглядами и результатами исследований в области сексуальности. В работе представлены на тему изменений критерий ДСМ, предлагаемый через Росемари Бассон. Кроме того, предложен анализ современных предложений в критерии ДСМ-V с точки зрения их учета.

Ключевые слова: влечение, цикл сексуальной реакции, нарушения полового влечения, гиполибидомения

Verlangen in Antwort – neue Einsichten auf Frigidität bei Frauen

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel hat zum Ziel die Beschreibung der Kontroverse um die Kriterien des mangelnden sexuellen Verlangens nach DSM-IV. Der im Jahre 1966 durch Masters und Johnson angenommene und bearbeitete, dann 1974 durch Kaplan ergänzte Zyklus der sexuellen Reaktionen, der die Grundlage für die zeitgenössischen Kriterien des mangelnden sexuellen Verlangens bildet, steht in manchen Fragen mit den neuesten Forschungen zur Sexualität nicht in Einklang. Die Arbeit bespricht die Beiträge zu Veränderungen der DSM Kriterien, die durch Basson suggeriert werden und analysiert die neuesten Vorschläge zu den DSM-V Kriterien im Hinblick auf ihre Berücksichtigung.

Schlüsselwörter: Verlangen, Zyklus der sexuellen Reaktion, mangelndes sexuelles Verlangen, Frigidität

Le désir provoqué – un nouvel aspect de la frigidité des femmes

Résumé

Cet article décrit les controverses concernant les critères des troubles du désir sexuel de DSM-IV. Elaboré par Masters et Johnson en 1966, complété ensuite par Kaplan en 1974 le cycle de la réaction sexuelle féminine, constituant la base pour les critères contemporains des troubles du désir sexuel, ne s'accorde pas avec les résultats des récentes recherches en question. L'article présente les raisons de changer les critères de DSM suggérés par Basson et les propositions de ces changements comme DSM-V.

Mots clés : désir, cycle de réaction sexuelle féminine, troubles du désir, frigidité

Piśmiennictwo

1. Levin JR. *Critically revisiting aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: correcting errors and suggesting modifications*. Sex. Relation. Ther. 2008; 23(4): 393–399.
2. Nappi RE, Terreno E, Martini E, Albani F, Santamari V, Tonani S i wsp. *Hypoactive sexual desire disorder: can we treat it with drugs?* Sex. Relation. Ther. 2010; 25(3): 264–274.
3. Kingsberg S, Althof SE. *Evaluation and treatment of female sexual disorders*. Int. Urogynecol. J. 2009; 20(1): 33–43.
4. Rosen RC. *Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women*. Curr. Psychiatry Rep. 2000; 2: 189–195.
5. Starowicz Z, Szymańska M. *Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45 roku życia*. Przegl. Menopauz. 2010; 6: 381–384.
6. Leiblum SR, Rosen RC. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
7. Basson R. *The female sexual response: A different model*. J. Sex Marital Ther. 2000; 26: 51–65.
8. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little Brown and Company; 1996.
9. Kaplan HS. *Disorders of sexual desire*. New York: Simon and Schuster; 1974.
10. Gałeczki P, Depko A, Jędrzejewska S, Talarowska M. *Orgazm człowieka z perspektywy fizjologicznej – część I*. Pol. Merkuriusz Lek. 2012; 193: 48–50.
11. Kaplan HS. *The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner-Routledge; 1995.

12. Brotto LA. *The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire in women*. Arch. Sex Behav. 2009; 39(2): 221–239.
13. Tiefer L. *Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of „the human sexual response cycle” model*. Ann. Rev. Sex Res. 1991; 2: 1–23.
14. Basson R. *Women’s sexual dysfunction: revised and expanded definitions*. Can. Med. Assoc. J. 2005; 172(10): 1327–1333.
15. Diamond LM. *The evolution of plasticity in female-female desire*. J. Psychol. Hum. Sex. 2007; 18: 245–274.
16. Bancroft J, Loftus J, Long JS. *Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships*. Arch. Sex. Behav. 2003; 32: 193–211.
17. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. *Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: Results from the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN)*. Menopause 2005; 12: 385–398.
18. Basson R. *Human sex-response cycles*. J. Sex Marital Ther. 2001; 27: 33–43.
19. Hill CA, Preston LK. *Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives*. J. Sex Res. 1996; 33(1): 27–45.
20. Cain SV, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurmick J i wsp. *Sexual functioning and practises in multi-ethnic study of midlife women: Baseline results from SWAN*. J. Sex Res. 2003; 40(3): 266–276.
21. Meston CM, Buss DM. *Why humans have sex?* Arch. Sex Behav. 2007; 36: 477–507.
22. Goldhammer DL, McCabe MP. *A qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women*. Can. J. Hum. Sex. 2011; 20(1–2): 19–29.
23. Regan PC, Bersched E. *Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire*. J. Sex Marital Ther. 1996; 22(2): 110–120.
24. Regan PC, Bersched E. *Gender differences in beliefs about the causes of male and female sexual desire*. Pers. Relation. 1995; 2(4): 345–358.
25. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J i wsp. *Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*. J. Sex Marital Ther. 2001; 27: 83–94.
26. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K i wsp. *Revised definitions of women’s sexual dysfunction*. J. Sex. Med. 2004; 1(1): 40–48.
27. Brotto LA, Heiman JR, Tolman DL. *Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties*. J. Sex Res. 2009; 46(5): 1–12.
28. McCall K, Meston C. *Cues resulting in desire for sexual activity in women*. J. Sex. Med. 2006; 3(5): 838–852.
29. McCall K, Meston C. *Differences between pre- and postmenopausal women in cues for sexual desire*. J. Sex. Med. 2007; 4: 364–371.
30. Garde K, Lunde L. *Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old women*. Maturitas 1980; 2(3): 225–240.
31. Cawood HH, Bancroft J. *Steroid hormones, menopause, sexuality and well - being of women*. Psychol. Med. 1996; 26: 925–936.
32. Giles KR, McCabe MP. *Conceptualizing women’s sexual function: linear vs. circular models of sexual response*. J. Sex. Med. 2009; 6(10): 2761–2771.
33. Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.

34. Davies S, Katz J, Jackson JL. *Sexual desire discrepancies: effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples*. Arch. Sex. Behav. 1999; 28(6): 553–567.
35. Basson R. *Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire*. J. Sex Marital Ther. 2001; 27: 395–403.
36. Schnarch D. *Problemy dotyczące pożądania. Perspektywa systemowa*. W: Leiblum SR, Rosen RC. red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. s. 35–78.
37. Bartlik B, Goldberg J. *Zaburzenia pobudzenia seksualnego u kobiet*. W: Leiblum SR, Rosen RC. red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. s. 107–143.

Adres: Grzegorz Iniewicz
Instytut Psychologii UJ
31-120 Kraków, al. Mickiewicza 3

Otrzymano: 8.11.2012
Zrecenzowano: 28.07.2013
Otrzymano po poprawie: 25.09.2013
Przyjęto do druku: 3.10.2013