

Wtórna awersja seksualna u jednego z partnerów

Secondary sexual aversion in one of partners

Sławomir Jakima

Prywatna Praktyka Lekarska w Warszawie

Streszczenie

Awersja seksualna jest jednym z najtrudniejszych problemów leczniczych w seksuologii. Autor przedstawia przypadek awersji seksualnej wtórnej, występującej u jednego z partnerów. Przedstawiono metodę leczenia. Według autora w leczeniu tego typu zaburzeń można z powodzeniem stosować terapie kognitywno-behawioralne. Terapia wymaga dość długiego okresu leczenia. Koniecznością jest również włączenie do leczenia drugiego partnera. Praca publikowana wcześniej w czasopiśmie „Terapia w Seksuologii” (UAM, Poznań 2001).

Słowa kluczowe: awersja seksualna, leczenie, psychoterapia

Abstract

The sexual aversion appears to be one of the most difficult problem in sexology. The author presents case of the secondary sexual aversion, occurring one partner. The method of treatment is presented. The author claims that cognitive-behavioral therapies suit in treating such kind of disorders. The therapy requires a long term treatment. Second partner's turning on is necessary. This work was published in "Therapy in Sexology" (UAM, Poznań 2001).

Key words: sexual aversion, treatment, psychotherapy

Definicja awersji seksualnej według międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems, 10th revision*) [1] jest następująca:

F52 Dysfunkcja seksualna niespowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną

G1. Osoba nie jest zdolna do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień.

G2. Dysfunkcja występuje często, lecz w pewnych sytuacjach może się nie ujawnić.

G3. Dysfunkcja występowała przez co najmniej 6 miesięcy.

G4. Dysfunkcji w żaden sposób nie można przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania według ICD-10 ani schorzeniom somatycznym (jak zaburzenia endokrynologiczne) czy farmakoterapii.

F52.10 Awersja

A. Spełnione ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej (F52).

B. Perspektywa kontaktu seksualnego z partnerem powoduje niechęć, obawę lub lęk w stopniu wystarczającym, by unikać tej seksualnej aktywności lub, jeśli do niej dochodzi, pojawiają się uczucia silnie negatywne i niezdolność do przeżywania przyjemności.

Adres do korespondencji:

Sławomir Jakima
ul. Koszykowa 1/28
00-564 Warszawa
tel.: (0 22) 621 16 72
Nadesłano: 18.06.2004

Przyjęto do druku: 20.07.2004

C. Niechęć nie jest spowodowana lękiem przed brakiem sprawności (reakcją na poprzednie nieudane reakcje seksualne). (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10, 1998).

Awersja występuje zatem przy prawidłowej zdolności do współżycia seksualnego oraz przeżywania satysfakcji seksualnej.

Jest to coraz częściej obserwowane zjawisko u mężczyzn; wcześniej występowało lub opisywano je stosunkowo rzadko. Spector i Carey [2] zwracają uwagę na nasilenie się tego zjawiska wśród mężczyzn w Stanach Zjednoczonych, gdzie pod względem częstości zaczyna ono przeważać nad przypadkami zgłaszanymi przez kobiety. Powstało kilka monografii na temat obniżonego popędu seksualnego, głównie w Stanach Zjednoczonych [3, 4]. Wprawdzie zakres monografii obejmuje problemy awersji u obu płci, jednak ich autorzy zaznaczają wzrastające rozpowszechnienie tego problemu wśród mężczyzn.

Wyróżnia się awersję seksualną:

- **pierwotną** — niechęć wobec partnera od samego początku;
- **wtórny** — występuje po poprzedniej prawidłowej reakcji seksualnej wobec partnera;
- **całkowitą** — obejmuje wszystkie aspekty seksualne partnera;
- **częściową** — obejmuje określone sfery ciała, zachowań lub inne cechy partnera.

Objawy kliniczne

1. Unikanie kontaktów seksualnych, przy częstej deklaracji uczuciowej.
2. Objawy wegetatywne (kołatanie serca, drżenie ciała, zwiększona potliwość), występujące podczas kontaktu z partnerem.
3. Brak reakcji seksualnej na pieszczoty partnera, często z wyraźnym uczuciem wstrętu i niechęci.
4. Nieprzyjemne wyobrażenia dotyczące sfery seksualnej partnera.
5. Czasami objawy dyspareuni podczas kontaktów seksualnych.
6. Wegetatywne reakcje w czasie przypominania sobie dawnych sytuacji związanych z występującą po nich awersją [5].

Opis terapii

Para małżeńska. Kobieta w wieku 32 lat, mężczyzna — 34-letni. Oboje z wykształceniem średnim; są małżeństwem od 5 lat. Kobieta 3 lata temu przeżyła

operację kręgosłupa, po której doznała porażenia poniżej kręgosłupa lędźwiowego (obie kończyny dolne, zwieracze). Mąż opiekował się żoną, bywał u niej codziennie w szpitalu, mył całe ciało żony, zmieniał podkłady higieniczne — uważał to za swój obowiązek. Deklarował uczucie. Trwało to około 3 miesięcy. Stan zdrowia kobiety poprawił się; mogła samodzielnie chodzić, a po rehabilitacji wróciła do domu z niewielkim niedowładem prawej stopy.

- Pacjent od 3 lat nie mógł współżyć z żoną z powodu wyraźnej niechęci do „jej ciała”, przy pełnym zaangażowaniu uczuciowym. Sypiali razem. Zgadzał się na bliskość żony, zaś wszelkie próby pieszczot z jej strony wywoływały w nim silne objawy wegetatywne i lękowe; czuł wtedy wstręt. Przypominały mu się sytuacje ze szpitala. Na wszelkie próby dotyku jego genitaliów przez żonę reagował negatywnie i gwałtownie.
- Przed chorobą żony współżycie układało się dobrze, czuli się „dobrani seksualnie”, pełni uczuć miłości.
- Pacjent po chorobie żony reaguje na treści erotyczne, ma poranne wzwody. Odczuwa wyraźną potrzebę seksu. Ze względu na żonę nie próbuje szukać innej partnerki.
- Pacjent pochodzi z pełnej rodziny, jest jedynakiem. Rodzice są bardzo religijni. O seksie nigdy nie rozmawiano w domu. Istniał zakaz poruszania tego tematu. Żona była pierwszą partnerką. Początek współżycia był udany. Pacjent ma wzwody, ejakulację — o czasie; przed wypadkiem żony jej ciało i uprawianie z nią seksu podniecały go. Przebyte choroby nie mają znaczenia. Pacjent nie zażywa leków. Wyniki badań przedmiotowych, internistycznych, neurologicznych i urologicznych — prawidłowe. Wyniki badań dodatkowych i hormonalnych (stężenia: testosteronu, FSH, LH, PRL, TSH) — prawidłowe.
- Pacjentka pochodzi z wielodzietnej rodziny, jest silnie związana uczuciowo z ojcem. Pozostaje w dobrych relacjach z rodzeństwem. Problemy seksualne nie stanowiły tabu w rodzinie. Mąż jest drugim partnerem seksualnym żony. W trakcie współżycia odczuwała satysfakcję, większość zbliżeń kończyła orgazmem. Mąż jest dla niej podniecającym partnerem. Pacjentka nie zgłasza problemów zdrowotnych. Nie przyjmuje żadnych leków, nie stosuje środków antykoncepcyjnych. Wyniki badań: ginekologicznego, cytologii, hormonalnego — prawidłowe.
- Oboje cierpią z powodu braku współżycia. Żona stara się zrozumieć sytuację, jest jednak pełna żalu. Pacjent ma silne poczucie winy. Terapia obejmowała 3 etapy:

1. Terapię wglądową pary.
2. Trening psychoseksualny pary z elementami choreoterapii.
3. Psychoterapię indywidualną obojga partnerów.

Sesje odbywały się w prywatnym gabinecie, raz w tygodniu i prowadziło je dwóch terapeutów (kobieta i mężczyzna).

Sesje I–V — ustalenie relacji partnerskich:

- elementy choreoterapii i relaksacji;
- zadania dla pary.

Sesje VI–XX — trening psychoseksualny:

- techniki wyobrazeniowe;
- psychoterapia indywidualna.

Sesje XXI–XXIII — spór konstruktywny:

- rozstanie.

Opis sesji I–V

Wywiad chorobowy oraz dotyczący przeszłości i obecnej sytuacji związku był przeprowadzony oddzielnie przez terapeutę — od pacjenta, a przez terapeutkę — od pacjentki. Zbierano go w tym samym czasie w dwóch oddzielnych pomieszczeniach, co wydaje się istotne, ponieważ istnieje możliwość omówienia na bieżąco sytuacji przez terapeutów. Dla pacjentów ważne jest jednakowe potraktowanie każdego z nich, stworzenie poczucia, że problem dotyczy obojga partnerów (zmniejszenie poczucia winy).

Mężczyzna czuje się winny zaistniałej sytuacji. Niechęć do zbliżeń z żoną pojawiła się po jej powrocie ze szpitala. Wcześniej nie zdawał sobie z tego sprawy. Czynności pielęgnacyjne przy leżącej żonie wykonywał z poczuciem obrzydzenia, które odczuwał szczególnie przy myciu narządów płciowych, podmywaniu i zmianie podpasek. Robił to po raz pierwszy w życiu, czasem zbierało mu się na wymioty, jednak starannie ukrywał te uczucia, uważając te czynności za swój obowiązek. Nigdy też nie powiedział o tym żonie, obawiając się, że bardzo ją tym zrani. Na powrót żony czekał z niepokojem i jednocześnie z radością, że wraca do zdrowia. Pierwszej nocy po powrocie przytulił ją do siebie na krótko, poczuł przy tym objawy vegetatywne w postaci niepokoju, zwiększonej potliwości dłoni i stóp oraz kołatania serca. Jednocześnie powróciły w myślach obrazy ze szpitala. Dopiero odsunięcie się od żony przyniosło ulgę i remisję objawów vegetatywnych. Odczuł silne poczucie winy. Później wielokrotnie próbował się przełamać, rekompensując żonie brak seksu zwiększoną czułością i zainteresowaniem. Wieczorami unikał jednoczesnego kładzenia się do łóżka — długo oglądał telewizję lub późno wracał do domu z dodatkowej pracy. Wszelkie próby żony zachęcania go do współżycia delikatnie, ale stanowczo odrzucał, tłumacząc

to zmęczeniem lub lękiem o jej zdrowie. Dotykanie jego genitaliów przez żonę wywoływało w nim odruchy obronne (zaciskanie ud, natychmiastowe odsuwanie się) i silne objawy vegetatywne. Może przytulać i obejmować żonę, jest w stanie ją pocałować tylko wtedy, gdy ma pewność braku jakiegokolwiek możliwości zbliżenia cielesnego. Zaistniała sytuacja bardzo go męczy, kocha żonę i za wszelką cenę chce utrzymać ten związek. Nie stracił też zainteresowań seksualnych, ma pełne poranne erekcje, reaguje wzwozem na treści erotyczne, co pewien czas sam się masturbuje, osiągając orgazm przy wytrysku. Wie, że rani żonę, nie chce jej zdradzać. O partnerce mówi z czułością, uważa ją za przyjaciela i bardzo dobrą żonę. Relacje małżeńskie według pacjenta są dobre; nie uważa, by oprócz sprawy seksu istniały jakieś nieporozumienia między nimi. Zapytany o chęć posiadania potomka nie umie jednoznacznie odpowiedzieć. Chce jakoś naprawić zaistniałą sytuację, widząc cierpienie żony. Chciałby też, by jego małżeństwo było „normalne”. Wszelkie próby, jakie podjął w postaci zmuszania się do zbliżeń, kończą się obroną mięśniową i silnymi objawami vegetatywnymi opisanymi wyżej.

Pacjentka w wywiadzie podaje, że kocha męża, związek uważa za udany i nie wie, dlaczego mąż nie chce podjąć próby zbliżenia. Bardzo boleśnie odczuwa jego reakcje na podejmowanie przez nią aktywności, widzi, jak on się „broni i męczy”. Wielokrotnie próbowała rozmawiać z nim o tym, nigdy jednak nie poznała przyczyn jego zachowania, nie podejrzewa go o zdradę, uważa, że powodem może być jego zmęczenie oraz to, że jest zbyt bierna w relacjach seksualnych. Dziwi ją zatem, że próba zwiększenia aktywności z jej strony napotyka na jeszcze większy opór. Obecna sytuacja tym bardziej ją zaskakuje, że wcześniejszy seks był bardzo udany, nie było między nimi zachowań seksualnych, których by nie akceptowali. Chce mieć z mężem dziecko. Zaistniała sytuacja ją przeraża, czuje się bardzo przygnębiona, od pewnego czasu zaczyna pojawiać się w niej złość, a nawet agresja w stosunku do męża. Partnerka namówiła mężczyznę na wizytę u seksuologa. Jest gotowa mu pomóc.

Druga sesja odbyła się wspólnie dla obojga partnerów. Po przedstawieniu zasad kontraktu omawiano ich uczucia związane z pierwszą sesją i terapią. Następnie poruszono problemy ich związku oraz relacje w małżeństwie. Pod koniec sesji okazało się, że spojrzenie każdego partnera na związek i relacje między nimi jest odmienne od ich wcześniejszych wyobrażeń. Doszło do napięć i oskarżeń. Pojawił się też problem ciąży — pacjentka nie wiedziała, że mąż nie chce mieć dzieci. Sesja zakończyła się wspólnym wnioskiem o braku dobrej komunikacji między nimi i ukrywaniu negatywnych uczuć.

Dominującą osobą w związku jest mąż, który ma duże trudności z wyrażaniem uczuć. Nie potrafi mówić o problematyce seksualnej, odczuwa silny lęk przed ciężką żoną.

Celem następnej sesji było podjęcie prób wolnego zbliżenia się małżonków.

Podczas sesji stosowano ćwiczenia (zamknięte oczy):
partner dotyka dłoni partnerki;
dłonie partnerki w dłoniach mężczyzny;
dotyk plecami;
dotyk „przytulenie”;
przytulenie całym ciałem.

Przed ćwiczeniem parę wprowadzano w stan relaksu, zastosowano techniki wyobrazeniowe mających nastąpić ćwiczeń. Pacjent reagował objawami wegetatywnymi już podczas relaksu. Objawy nasilały się w czasie wizualizacji. W trakcie III sesji przy dotyku dłoni partnerki partner był bardzo spocony i reagował lękiem. Ponowna wizualizacja dotyku znacznie zmniejszyła objawy. Podczas IV i V sesji stosowano wszystkie wyżej wymienione ćwiczenia, powoli stopniując ich zakres. Wszelkie trudności wspólnie omawiano. Po V sesji objawy ustąpiły. Pacjent dość swobodnie obejmował żonę.

Po przeanalizowaniu dotychczasowej terapii ustalono wprowadzenie jednoczesnych terapii indywidualnych dla obojga partnerów. Terapię pacjenta prowadził terapeuta mężczyzna, pacjentki — kobieta. Wyraźnie podkreślono, że mimo indywidualnych spotkań terapeuci na wspólnych sesjach są nadal bezstronni i nie „bronią swojego pacjenta”.

Podczas terapii indywidualnej omawiano problemy z dzieciństwa, które następnie starano się wraz z pacjentem rozważyć. Analizowano trudności seksualne pacjenta. Podobną problematykę przepracowywano z żoną pacjenta. Terapia indywidualna wraz ze wspólnymi sesjami odbywała się do końca leczenia.

Sesja VI–XX

Każda sesja obejmowała omówienie zadań, które pacjenci ćwiczyli w domu; relaksacje i techniki wyobrazeniowe dotyczące przyszłych ćwiczeń; wyznaczano wstępne ćwiczenia do wykonania w domu.

Trening obejmował:

- odczucia powstające przy wzajemnym dotykaniu z omijaniem strefy genitalnej;
- odczucia powstające przy dotyku i drażnieniu narządów płciowych obojga partnerów. W tej części terapii starano się stosować techniki wyobrazeniowe i stopniowo dozować intensywność ćwiczeń. Każde kolejne ćwiczenie zalecano dopiero przy braku negatywnych objawów wegetatywnych i lękowych pacjenta. Zwracano szcze-

gólną uwagę na atmosferę i sposób przedstawiania problemów.

- Pacjentowi nie sugerowano odbycia stosunku, zasugerowano to żonie bez wiedzy męża. Po raz pierwszy do zbliżenia doszło w sposób nieplany, z „inicjatywy pacjenta”.

W tej części terapii ćwiczenia stopniowano, co wydaje się istotne w tego typu leczeniu. Ćwiczenia obejmowały:

- partnerka leży na plecach, partner delikatnie gładzi jej ciało; następnie zmiana ról — partnerka gładzi partnera;
- wzajemne przytulanie się, oboje partnerzy są nago;
- partnerka siedzi z tyłu za partnerem, dotyka delikatnie jego członka, partner nie widzi partnerki, informuje ją tylko o swoich doznaniach; przy tym ćwiczeniu u pacjenta rozpoczęła się erekcja;
- partner siedzi z tyłu za partnerką, ona delikatnie naprowadza jego dłoń na swoje strefy erogenne; przy tym ćwiczeniu pacjentka doznała orgazmu, pacjent uznał, że jest w stanie być blisko swojej żony;
- partnerka leży na plecach, partner delikatnie pobudza partnerkę członkiem; w tym ćwiczeniu wyraźnie zasugerowano, że wzwód członka ma najmniej istotne znaczenie; przy omówieniu ćwiczenia pacjent zwrócił uwagę, że sugestia o braku konieczności erekcji spowodowała, że skupił się na sprawianiu rozkoszy żonie, zaś jej strefa intymna stała się dla niego podniecająca; uznał, że poprzednie awersyjne lęki nie miały nic wspólnego z rzeczywistym odczuwaniem przyjemności;
- partner leży na plecach, partnerka delikatnie i zgodnie z sugestiami partnera pobudza jego członek; pacjent w tym czasie miał wyobrażać sobie przyjemne, erotyczne sceny związane z żoną; w tym ćwiczeniu przy pełnej erekcji doszło do pierwszego od 5 lat zbliżenia; pacjentkę wcześniej poinformowano o takiej możliwości, miała również zaaranżować tę sytuację, tak aby inicjatywa wyszła od męża.

W czasie wszystkich sesji podejmowano problematykę wzajemnych relacji małżeńskich partnerów, wskazując, że problemy seksualne wymagają wzajemnego informowania o swoich emocjach i pragnieniach. Pacjent poczuł się „wolny”, kiedy po raz pierwszy powiedział żonie o swoich fantazjach i pragnieniach seksualnych. Pacjentka postąpiła podobnie i zaczęła spełniać pragnienia męża. Wyraźnie zaznaczono, że spełnianie wzajemnych pragnień powinno sprawiać przyjemność obojgu.

W dalszych sesjach omawiano relacje partnerskie, zmniejszając nacisk na problematykę seksualną.

Sesja XXI–XXIII

W sesjach tych przedstawiono i omówiono problematykę „sporów konstruktywnych” w małżeństwie. Wprowadzono elementy psychodramy. Terapię zakończono dopiero po pewnym czasie od pojawienia się u pacjenta możliwości współżycia i zaniku odczucia awersji do ciała żony. Czas ten był potrzebny do „bezpiecznego umocnienia” korzystnych tendencji seksualnych pacjenta. W sesjach tych pacjenci odgrywali swoje role jako partnerzy oraz zmieniali się rolami, starając się „wczuć” w sytuację i uczucia drugiej osoby. Wydaje się, że spór konstruktywny jest dobrym podsumowaniem seksualnej terapii małżeńskiej, ukazując pacjentom nieodłączność problemów seksualnych od ich wzajemnych relacji małżeńskich i całościowego funkcjonowania związku. Problematyka sporów konstruktywnych jest też o tyle ważna, że daje małżonkom perspektywę spokojnego rozwiązywania problemów, które ujawniły się w trakcie terapii seksuologicznej (np. u opisywanej pary — problem posiadania dzieci, w trakcie terapii problem ten w porozumieniu z pacjentami pozostawiono jako oddzielną sprawę, zasugerowano zabezpieczenie się przed niepożądaną ciążą w trakcie terapii seksualnej — co ewidentnie zmniejszyło niepokój pacjenta).

Istotną kwestią w wykorzystaniu problematyki sporów konstruktywnych kończących terapię seksuologiczną jest też „rozstanie się” z terapeutami.

Leczenie

Wielu seksuologów uważa leczenie awersji za jeden z najtrudniejszych problemów w praktyce [6].

- Prawdopodobnie nie istnieje jedna, ściśle ukierunkowana na efekt leczniczy metoda. Terapia jest bardzo trudna. Wydaje się, że może wymagać szerokiego spojrzenia ściśle nakierowanego na indywidualność przypadku. Przy awersji pierwotnej leczenie metodami behawioralnymi za pomocą technik Masters, Johnson nie daje dobrych rezultatów [7]. Prawdopodobnie w tego typu awersji dobre rezultaty mogą przynieść terapie psychodynamiczne.
- W awersji wtórnej ważne jest ustalenie prawdopodobnej przyczyny, ze szczególnym uwzględnieniem relacji partnerskich pary.
- Wydaje się, że największe szanse powodzenia ma jednak terapia obojga pacjentów, przeplatana kontaktami indywidualnymi.
- Dobre rezultaty pozwala uzyskać dołączenie technik relaksacyjnych i wyobrażeniowych (desensybilizacji).

- Ostatnio, oprócz terapii wglądowej, jako metody wspomagające terapię małżeńską stosuje się elementy choreoterapii i coraz częściej hipnozę.
- Niezwykle istotne znaczenie ma bardzo dokładnie zebrany od obojga pacjentów wywiad i ustalenie prawidłowych relacji w związku.
- W wywiadzie istotne są informacje o przeżyciach i wychowaniu w dzieciństwie oraz atmosferze wokół problematyki seksualnej.
- Istotne znaczenie ma badanie lekarskie i badania dodatkowe, na przykład hormonalne, pomiar stężenia glukozy, a także badanie neurologiczne pacjenta.
- Przed podjęciem leczenia ważne jest dokonanie różnicowania, by wykluczyć przyczyny organiczne lub rozpoczynający się proces wytwórczy.
- Stosowanie farmakoterapii bupropionem w dawce do 450 mg i jednoczesne podawanie placebo, spowodowało poprawę różnych funkcji seksualnych u 63% pacjentów w stosunku do 3% osób przyjmujących tylko placebo. Nie poprawiło to jednak w znacznym stopniu ich aktywności w awersji [8].
- Bupropionu nie stosuje się w Polsce; w Stanach Zjednoczonych został wprowadzony do leczenia jako lek przeciwdepresyjny w 1985 roku, wycofano go jednak z powodu przypadków napadów drgawkowych (wprowadzony ponownie w 1989 r.; szerzej o leku w [9]).
- Dobre rezultaty w dalszej części terapii dają treningi psychoseksualne pary z dokładnym omawianiem występujących podczas nich trudności. Ważne jest, aby odbywały się one w atmosferze intymnej, spokojnej, z jak najmniejszym poczuciem konieczności wypełniania zadań.
- Wydaje się, że z uwagi na występowanie różnych warunków psychoterapii, dobór terapii powinien być dostosowany do umiejętności i preferencji terapeutów oraz pozbawiony podejścia ortodoksyjnego typu „moja szkoła terapeutyczna jest najlepsza”.

Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” IPN, Kraków-Warszawa 1998.
2. Spector I.P., Carey M.P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch. Sex. Behav.* 1990; 19: 389–408.
3. Kaplan H.S. *The sexual desire disorders*. Brunner/Mazel, New York 1995.
4. *Sexual desire disorders*. Leiblum S.R., Rosen R.C. red. Guilford Press, New York 1988.
5. Lew-Starowicz Z. *Leczenie nerwic seksualnych*. PZWL, Warszawa 1991.
6. Imieliński K. *Seksjatria*. PWN, Warszawa 1990.
7. Kratochvíl S. *Leceni Sexualnich Dysfunkci*. Grada Publishing, Praha 1999.
8. Crenshaw T.L., Goldberg J.P., Stern W.C. Pharmacologic modification of psychosexual dysfunction. *J. Sex Marital Ther.* 1987; 13 (4): 239–252.
9. Kaplan H.J., Sadok B.J. *Farmakoterapia w zaburzeniach psychicznych*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.