

# Zachowania autoseksualne — aspekty ginekologii i seksuologii wieku rozwojowego

Autosexual behaviours: aspects of developmental age gynaecology and sexology

Grażyna Jarząbek-Bielecka<sup>1</sup>, Emilia Warchoń<sup>1</sup>, Katarzyna Warchoń-Biedermann<sup>2</sup>,  
Piotr Merks<sup>3</sup>, Katarzyna Plagens-Rotman<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Wydział Medyczny, Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

<sup>4</sup>Państwowa Szkoła Wyższa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

## Streszczenie

Zagadnienie związane z rozwojem psychoseksualnym wymagają interdyscyplinarnego podejścia. Ważna jest współpraca pediatrów, ginekologów dziecięcych z psychoseksuologami. Jednym z takich zagadnień istotnym także w okresie rozwoju są zachowania autoseksualne.

**Słowa kluczowe:** ginekologia, seksuologia, masturbacja

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 56–61*

## Abstract

Issues related to psychosexual development require an interdisciplinary approach. It is important to have cooperation between paediatricians, paediatric gynaecologists and psychosexologists. One such issue that is also significant in a period of development is autosexual behaviours.

**Key words:** gynaecology, sexology, masturbation

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 56–61*

## Wstęp

Zachowania autoseksualne, czyli masturbacja (inaczej: onanizm, ipsacja, samogwałt) to zachowanie polegające na pobudzaniu narządów płciowych do osiągnięcia satysfakcji seksualnej (orgazmu) [1–19]. Zachowaniami seksualnymi w ogóle, w tym masturbacją, zajmuje się nauka o płci, czyli seksuologia [20–31]. Zagadnienie to związane jest ze zdrowiem seksualnym, na które wpływają zarówno czynniki organiczne, jak i psychiczne czy społeczno-kulturowe, wiele czynników składa się bowiem na zdrowie, w tym zdrowie seksualne [32–38].

Zachowania autoseksualne mogą się pojawiać już w okresie rozwoju i tym bardziej w tym okresie należy

je pojmować interdyscyplinarnie. Jest to także zagadnienie związane z medycyną wieku rozwojowego, pediatrią, ginekologią dziecięcą, psychoseksuologią wieku rozwojowego [39–54].

Masturbacja wczesnodziecięca jest zazwyczaj przemijająca i uważa się ją w większości przypadków za zjawisko fizjologiczne, a nie patologiczne. Z punktu widzenia praktyki ginekologii wieku rozwojowego, jedną z przyczyn masturbacji wczesnodziecięcej u dziewczyn mogą być stany zapalne. Warto tu podkreślić, że stany zapalne narządów płciowych u pacjentek w każdym wieku uznawane były w dziejach medycyny jako najczęstsze problemy ginekologiczne: „Ze wszystkich zachorzeń części sromnych żadna nie jest tak częstą jak zapalenie” [44–46].

Istotnie zapalenia sromu zdarzają się także u bardzo małych dziewczynek (w wieku ok. 3–5 lat). Przypada to na okres dzieciństwa, tak zwany okres ciszy hormo-

**Adres do korespondencji:** Katarzyna Plagens-Rotman, Państwowa Szkoła Wyższa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie, e-mail: plagens.rotman@gmail.com

Nadesłano: 18.09.2021

Przyjęto do druku: 17.11.2021

nalnej (estrogenowej), gdy występuje fizjologiczny hipostrogenizm. Skutkiem tego następuje wtórny odczyn zasadowy pochwy, gdyż w tym stanie w nabłonku pochwy nie następuje produkcja glikogenu, stanowiącego pożywkę dla pałeczek kwasu mlekowego. Stan ten sprzyja namnażaniu się patogenów stanów zapalnych, co powoduje świąd w obrębie narządów płciowych i wtórny odruch drapania. Ten odruch drapania może stanowić jedną z przyczyn masturbacji wczesnodziecięcej u dziewczynek. Mimo tak prawdopodobnej przyczyny masturbacji u dziewczynki, wobec złożoności uwarunkowań tych zachowań, warto podkreślić znaczenie współpracy ginekologa wieku rozwojowego z psychoseksuologiem. Po okresie wczesnego dzieciństwa, jak wskazują obserwacje psychoseksuologów, zazwyczaj (choć nie zawsze) dochodzi do odstąpienia dzieci od tych zachowań, następuje przerwa w masturbowaniu się. U niektórych dziewcząt przerwa ta trwa aż do okresu pokwitania, gdy następuje aktywacja generatora pulsów gonadoliberyny i dochodzi do przemian w osi podwzgórze-przysadka-gonady.

Okres ten cechuje się labilnością emocjonalną, pojawianiem się nowych potrzeb. O zachowaniach autoseksualnych u dzieci mówi się, iż są to tak zwane doświadczenia masturbacyjne i że mają one duże znaczenie dla kolejnych etapów rozwoju psychoseksualnego [55–59].

Właśnie stany zapalne sromu i pochwy u dziewczynki przed pierwszą miesiączką, stanowią przyczynę około 75% wszystkich wizyt ginekologicznych. Istnieje przy tym konieczność różnicowania chorób zapalnych sromu u dziewcząt od dermatoz, które także mogą być przyczyną świądu i wtórnych takich zachowań. Niejednokrotnie pacjentki takie potrzebują dodatkowego leczenia dermatologicznego. W przypadku problemu natury dermatologicznej, srom nie jest wówczas jedynym miejscem objętym procesem chorobowym. Zwraca się uwagę na konieczność obejrzenia skóry całego ciała pacjentki, ponieważ dermatozy nie dotyczą tylko narządów płciowych.

Takiemu stanowi rzeczy sprzyja nieprawidłowa dieta, z nadmierną ilością węglowodanów. Leczenie wspomaga oczywiście wprowadzenia bogatych w kulturę bakterii jogurtów czy kiszonych warzyw.

Warto dodać, że szacuje się, iż 25–75% wszelkich zapaleń pochwy u dziewcząt stanowią niespecyficzne zapalenie sromu i pochwy.

Objawy zapalenia sromu i pochwy u dziewcząt (*vulvovaginitis*) to:

- świąd,
- obrzęk i zaczerwienienie warg sromowych,
- nieprawidłowa wydzielina z pochwy,
- szczeliny, cecha charakterystyczna zapaleń przewlekłych,

- ślady zadrapań i otarć skóry sromu,
- objawy dyzuryczne (zakażenie cewki moczowej i gruczołów okołocewkowych),
- zakażenie wstępujące układu moczowego.

Świąd towarzyszący stanowi zapalnemu zmusza dziewczynkę do drapania, co istotnie prowadzi do odkrycia nowej, nieznanej dotąd przyjemności i co spowodować może ów nawyk masturbacji [6, 51]. Należałoby więc interpretować w tym aspekcie masturbację, jako jeden z możliwych objawów stanów zapalnych narządów płciowych u dziewczynek.

Wiedzę tę należy przekazywać w działaniach edukacyjnych wobec rodzin — istnieje konieczność edukacji prozdrowotnej i edukacji seksualnej nie tylko dzieci i młodzieży, ale i rodziców czy opiekunów. Ważna jest stała konieczność opieki pedagogicznej, psychologicznej i medycznej nad dziećmi i rodzicami [51].

Według Freuda masturbacja jest czynnikiem konstytuującym samo pojęcie seksualności, poprzedza bowiem wszelkie inne seksualne doświadczenia [27, 56, 57]. Warto pamiętać, że niekiedy jednak masturbacja może być objawem zaburzeń rozwoju psychoemocjonalnego związanych na przykład z sytuacją rodzinną (przykład stanowi sytuacja dzieci rozwiedzionych rodziców i tzw. zespół alienacji rodzicielskiej), a odrębnym problemem jest masturbacja jako objaw przemocy seksualnej wobec dziecka.

Ważnym okresem rozwoju dziewcząt, którym także zajmuje się ginekologia dziecięca i dziewczęca, jest też okres pokwitania (*puberty*). To okres rozwoju, któremu towarzyszą intensywne zmiany hormonalne i somatyczne prowadzące do osiągnięcia biologicznej dojrzałości płciowej. Należy tu dodać, że w piśmiennictwie anglosaskim szerzej niż *puberty* rozumiany jest termin *adolescence* — czyli okres młodzieńczy (*adolescencji* — dojrzewania). W tym okresie *adolescencji* dochodzi nie tylko rozwoju w sferze somatyki, ale i do rozwoju psychicznego, osiągania dojrzałości psychospołecznej i emocjonalnej.

Pokwitanie, a dalej owa *adolescencja* jest jednocześnie okresem poszukiwań, kształtowania się właściwej formy kontaktów seksualnych (od autoseksualnych — masturbacja, do heteroseksualnych — pieszczoty i podjęcie współżycia seksualnego). W kontaktach heteroseksualnych występuje nierozłączność potrzeby seksualnej z potrzebą więzi uczuciowej. Zwłaszcza u dziewcząt w okresie pokwitania, kiedy potrzeba seksualna dopiero się kształtuje związek jej z potrzebą kontaktu emocjonalnego jest szczególnie silny.

Pod wpływem budzącej się potrzeby seksualnej — rozwój potrzeby kontaktu emocjonalnego w okresie pokwitania ma dominujące znaczenie dla rozwoju osobowości. Bardzo ważną rolę w tym okresie spełniają rozmaite kumulujące się doświadczenia, stanowiące

o późniejszych motywacjach, emocjonalności, funkcjonowaniu procesów orientacyjno-poznawczych oraz procesów umysłowych kontrolujących zachowanie. Doświadczenia te układają się u każdego człowieka w wyraźną sekwencję.

Rola pierwszych doświadczeń dla późniejszego funkcjonowania seksualnego jest zapewne u każdego człowieka nieco inna. Wynika to ze znacznego zróżnicowania cech układu nerwowego, wśród których szczególne znaczenie mają: pobudliwość, stopień zrównoważenia procesów nerwowych, łatwość tworzenia odruchów warunkowych, trwałość tych odruchów itp. To indywidualne zróżnicowanie dotyczy cech procesów orientacyjno-poznawczych, a także procesów emocjonalnych i motywacyjnych oraz łatwości tworzenia nawyków i ich trwałości.

Należy podkreślić, że masturbacja w okresie rozwoju dziecka nie ma jednak jednolitego charakteru. Istnieją trzy rodzaje masturbacji w tym okresie życia w zależności od pełnionej funkcji i mechanizmu w jakim powstaje. Są to masturbacje: rozwojowa, eksperymentalna, instrumentalna.

Obecnie uważa się, że zachowania o charakterze masturbacji można istotnie traktować za prawidłową część rozwoju psychoseksualnego dziecka. Przykładem takich sytuacji mogą być zachowania dzieci w trakcie popołudniowej drzemki, które przy użyciu własnej dłoni lub jakiegoś przedmiotu rytmicznie pobudzają swoje zewnętrzne narządy płciowe lub też tę część ciała ocierają o jakiś przedmiot. Towarzyszy temu pewien powtarzalny schemat, który doprowadza do osiągnięcia przez dziecko oczekiwanego poziomu przyjemności. Zwraca uwagę fakt, że zachowania te mają zupełnie inny przebieg niż u dorosłych. Zarówno pod kątem samego zachowania, jak i jego świadomości. Zauważono, że pytane o to zachowanie, dzieci odpowiadają często, że jest to miłe, fajne bądź „gilgo-czące”. Trudno wskazać inną celowość tej aktywności, poza osiąganiem owej przyjemności. Masturbacja rozwojowa jest przemijająca i nieszkodliwa, uważana współcześnie za rozwojową normę seksuologiczną — nie wymaga żadnej interwencji medycznej. Uznaje się, że w normie leży zachowanie umożliwiające realizowanie związanych z obecnym okresem rozwoju zadań rozwojowych. Masturbacja ta należy do zbioru zachowań charakterystycznych dla wieku, w którym znajduje się dziecko. Istotnie warto tę wiedzę przekazywać rodzinom, opiekunom [55]. Ogromne znaczenie ma tu edukacja rodziców czy opiekunów. Nierzadko bowiem w momencie zaobserwowania przez nich takich zachowań swoich dzieci, towarzyszą im lęki związane z wyobrażeniem tych zachowań jako uzależniających bądź wręcz perwersyjnych [56].

Również ważna jest profesjonalna edukacja samych dzieci, które powinny otrzymać właściwie przekazaną informację, że takie zachowania nie są akceptowane w miejscach czy sytuacjach publicznych. Z punktu widzenia psychoseksuologii wieku rozwojowego zaleca się próbę zajęcia dziecka inną aktywnością, wiążącą się z atrakcyjniejszą dla dziecka nagrodą [58].

Masturbacja eksperymentalna wykazuje inne cechy i wynika z rosnącej potrzeby poznawczej dziecka. Często wywodzi się z potrzeby dostarczania silniejszych doznań. Prowadzi do obserwowania potrzeb swojego ciała i wsłuchiwanie się w nie. W trakcie czynności dziecko zauważa, że przyjemność towarzyszy drażnieniu części intymnych swojego ciała. Sprzęga się u dziecka połączenie potrzeb poznawczych i seksualnych. Niemniej najbardziej znacząca jest rola poznawcza, a dodatkowo odkrywa nieznane dotąd doznania. Zachowania te nie zawsze ma podłoże seksualne, mimo że rozpowszechnione badania, nakazują taki tok opisywania zagadnienia. Istotny jest fakt, że masturbacja eksperymentalna przebiega według różnych schematów [55]. W przeciwieństwie do omawianej wcześniej masturbacji rozwojowej, jej eksperymentalny charakter może doprowadzić do niebezpieczeństwa uszkodzeń ciała, poprzez wkładanie różnych przedmiotów do cewki moczowej lub odbytu, a także obwiązywanie narządów płciowych, bo takie sytuacje są opisywane. Praktyki te doprowadzić mogą dziecko do uszkodzeń narządów lub infekcji. Typowe dla tego zachowania jest nieukrywanie się dziecka, pojawianie się masturbacji w nowych odmiennych okolicznościach. Należy jednak podkreślić, że w normie seksuologicznej wieku rozwojowego leżą takie tylko aktywności, które umożliwiają realizację zadań rozwojowych i które należą do zbioru typowych dla danego wieku zachowań, nie zaś takie, które obejmują udział osób różniących się wiekiem i nie są dobrowolne, stanowią zagrożenie dla zdrowia, stojąc w sprzeczności z normami społeczno-kulturowymi [56].

W związku z tym, że masturbacja eksperymentalna niesie za sobą niebezpieczeństwo, w postaci opisanego wyżej ryzyka uszkodzeń ciała i innych niebezpiecznych sytuacji, tu niezwykle ważna jest rola nie tylko edukacji rodziców czy opiekunów i oczywiście właściwa edukacja samych dzieci, ale znaczenie ma właściwa terapia. Rodzice powinni wiedzieć, że piętnowanie zachowania jako takiego jest bezcelowe, a nawet może być szkodliwe [57]. Muszą mieć świadomość wynikającą z powinności zapewnienia właściwej stymulacji, kreowania odpowiedniego otoczenia właściwego do potrzeb poznawczych dziecka. Warto zwrócić uwagę na możliwość aktywizacji w innych sferach niż seksualna, jak na przykład aktywność fizyczna, która dla

całego rozwoju człowieka jest niezwykle istotna. Biorąc pod uwagę fakt, że eksperymentowanie z własnym ciałem niesie za sobą możliwość pogorszenia lub utraty zdrowia, chronienie dziecka jest tu niezwykle ważne. Istotna jest świadomość niebezpieczeństwa okaleczenia, niezbędne jest przekazanie dziecku wiedzy na temat ryzyka, jakie wiąże się z podjętymi przez nie zachowaniami i wyeliminowanie tych czynności jako niebezpiecznych. Jest to etap, kiedy rola terapeuty nie ogranicza się już tylko do opiekunów, ale właśnie do pracy z dzieckiem z uwzględnieniem jego potrzeb [58].

Masturbacja instrumentalna — to jeszcze inny rodzaj dziecięcych zachowań autoseksualnych. Samo masturbowanie się nie jest celem samym w sobie i nie ma za zadanie dostarczyć dziecku przyjemności. Ten rodzaj zachowań stanowi raczej sposób, w jaki dziecko chce przekazać pewien komunikat o niezaspokojonej potrzebie. Masturbacja ta przebiega jawnie [55]. Czynności przebiegają schematycznie, są powtarzalne i pojawiają się w danych okolicznościach. Mogą pomóc dziecku zredukować stres, na przykład towarzyszący baniu się ciemności czy innych dla dziecka sytuacji stresogennych. Zestresowane dziecko może obnażać się przy innych osobach i stymulować swoje narządy płciowe, pocierać przedmiotami swoje krocze, czy ocierać się o płaszczyzny jak meble. Może również wkładać do swojego ciała niebezpieczne przedmioty, narażając się tym samym na okaleczenie czy wtórny rozwój infekcji. W perspektywie grozi pogorszeniem lub utratą zdrowia, zwłaszcza kiedy brudne przedmioty doprowadzą do rozwoju beztlenowej flory bakteryjnej. Typowym okresem pojawienia się tej aktywności jest okres latencji, niemniej, bywa, że pojawia się wcześniej, we wczesnym dzieciństwie do 6. roku życia. Sytuacja powinna stanowić sygnał alarmowy dla opiekunów, że dziecko mierzy się z problemem, którego nie potrafi rozwiązać. Masturbacja stanowi wtedy sposób radzenia sobie ze stresem i rozładowania towarzyszącego potężnego napięcia poprzez pojawienie się potrzeby stymulacji [56].

Warto zauważyć, że masturbacja instrumentalna łączy się z typowymi dziecięcymi lękami, jak wspomniany strach przed ciemnością, ale także z zaburzeniami psychicznymi, jak zaburzenia rozwoju czy upośledzenie umysłowe. Następuje bardzo złożony mechanizm łączący w sobie cechy radzenia sobie ze stresem, manifestowania swoich problemów i potrzeb, zaspokajanie mechanizmu nagrody, a z drugiej strony pozyskiwania uwagi otoczenia, co może prowadzić do kompulsywnego i trwałego mechanizmu zachowań. Wskazuje się zdecydowanie na charakter pozaseksualny tego typu masturbacji. Przykładem jest tu dysfunkcjonalne otoczenie rodzinne, gdzie dochodzi do

konfliktów bądź wręcz patologii rodzinnej, skutkującej zaniedbywaniem dzieci z deficytem odpowiedniej opieki i uwagi ze strony rodziców czy innych opiekunów. Znaczącym źródłem stresu u dzieci jest poczucie osamotnienia, rozłąka z rodzicami, a w końcu nieodpowiednia stymulacja lub jej brak. Z zagadnieniem tym wiąże się też opisany w dalszej części dysertacji zespół alienacji związanej z sytuacją rozwodu. Szczególnym i najbardziej drastycznym faktem jest jednak masturbacja instrumentalna, która może rozwinąć się na skutek przemocy seksualnej. Masturbacja ma pomóc dziecku w radzeniu sobie ze stresem, zaburzeniami lękowymi czy traumą nierozdzieloną z przemocą, jakiej doznało. W takich sytuacjach ten szczególny rodzaj masturbacji instrumentalnej wyodrębnia się osobno. Niezbędnym wydaje się wtedy przeprowadzenie terapii indywidualnej bądź rodzinnej, a kiedy to postępowanie psychoterapeutyczne jest niewystarczające, również leczenie psychiatryczne. Na każdym etapie postępowania istotna jest odpowiednia edukacja opiekunów dziecka, a samo postępowanie dostosowane do przyczyny wpływającej na zachowanie dziecka. Typowe jest, że rodzice (opiekunowie) dziecka przejawiającego ten typ zachowań często odczuwają lęk. Oczekują od dziecka przerwania zachowań, których nie akceptują i na które się nie zgadzają. Wiedza, którą przyswoją w trakcie pracy z terapeutą, powinna być na takim poziomie, aby mieli świadomość, że karanie nie wpłynie na niechciane zachowanie ich dziecka, a może wyrządzić mu krzywdę. Uwrażliwia się opiekunów na potrzeby emocjonalne dziecka, szuka się sposobów ich zaspokojenia lub rozwiązania problemów, które są ich źródłem. Dziecko poddaje się treningowi radzenia sobie ze stresem, a terapia skupia się przede wszystkim na przyczynach masturbacji, w dalszej dopiero, na samych wymagających korekty zachowaniach pacjenta [58].

## Podsumowanie

Reasumując zagadnienie zachowań autoseksualnych, tak jak wszystkie zagadnienia związane z picią, powinny być rozpatrywane w sposób interdyscyplinarny. W praktyce lekarza ginekologa wieku rozwojowego istotna jest współpraca z psychoseksuologami [59–70].

## Piśmiennictwo

1. Laqueur TW. Samotny seks. Kulturowa historia masturbacji. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2006: 1–355.
2. Gapik L. Psychospołeczne aspekty zachowania seksualnego. In: Imieliński KL. ed. Seksuologia społeczna. Imieliński, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984: 295–296.
3. Freud S. Trzy rozprawy z teorii seksualnej. Życie seksualne. Wydawnictwo KR, Warszawa 1999: 60–89.

4. Beisert M. Rozwój seksualny dzieci i młodzieży. In: Namysłowska I. ed. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 395–408.
5. Droszdol-Cop A. Hormonalne uwarunkowania seksualności. In: Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z, Skrzypulec-Plinta V. ed. *Seksuologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 54–61.
6. Pawlaczek M, Jarząbek G, Pawlaczek M. Vulvar disease, vulvovaginitis in adolescent girls. *Ginek Prakt.* 2006; 14: 16–18.
7. Jakubek E, Jarząbek-Bielecka G, Boroch J, et al. Autosexual behavior as a topic for inclusion in gynecological practice. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2021; 48: 212–215.
8. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Boroch J. Patient suffering from lichen sclerosus together with partial labial fusion (adhesion) and inflammatory infection of the vulva, vagina and anal area. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology.* 2020; 47(2): 315, doi: [10.31083/j.ceog.2020.02.5167](https://doi.org/10.31083/j.ceog.2020.02.5167).
9. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G, Filewski A, et al. Czynniki mające wpływ na podejście do zachowań autoseksualnych z uwzględnieniem aspektu ginekologii wieku rozwojowego i medycyny rodzinnej w kontekście uwarunkowań historycznych. *Medycyna Rodzinna.* 2019; 22(2), doi: [10.25121/mr.2019.22.2.88](https://doi.org/10.25121/mr.2019.22.2.88).
10. Boroch J, Kwiatek-Markiewicz S, Filewski A, et al. Masturbacja jako objaw przemocy seksualnej wobec dziecka – analiza problemu na tle dewiacji seksualnych względem dzieci w ujęciu historycznym. *Medycyna Rodzinna.* 2019; 22(2), doi: [10.25121/mr.2019.22.2.101](https://doi.org/10.25121/mr.2019.22.2.101).
11. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M. Seksuologiczne i gineologiczne problemy u dzieci i dojrzewających dziewcząt. *Endokr Pediat.* 2019; 18(1): 17–22.
12. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G. Specyfika nauki o płci – seksuologii i zarys jej historii. *Medycyna Rodzinna.* 2019; 22(1), doi: [10.25121/mr.2019.22.1.47](https://doi.org/10.25121/mr.2019.22.1.47).
13. Jarząbek-Bielecka G, Boroch J, Bielecki M, et al. Wybrane aspekty z historii i filozofii medycyny z uwzględnieniem zagadnień medycyny rodzinnej i aptekarstwa. *Med Rodz.* 2019; 22(1): 47–51.
14. Jarząbek-Bielecka G, Boroch J, Jarząbek Z, et al. Zarys problemów medycznych i etycznych związanych z sytuacją rozwodu — z uwzględnieniem zakłócenia rozwoju psychoseksualnego dzieci rozwiedzionych rodziców. *Medycyna Rodzinna.* 2019; 22(2), doi: [10.25121/mr.2019.22.2.96](https://doi.org/10.25121/mr.2019.22.2.96).
15. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G, Jarząbek Z, et al. Aspekty opiniowania lekarskiego w przypadku przemocy seksualnej wobec dzieci. *Medycyna Rodzinna.* 2018; 21(4), doi: [10.25121/mr.2018.21.4.339](https://doi.org/10.25121/mr.2018.21.4.339).
16. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, et al. Problem masturbacji wczesnodziecięcej na tle zachowań autoseksualnych w okresie dojrzałości. *Medycyna Rodzinna.* 2018; 21(1A), doi: [10.25121/mr.2018.21.1a.80](https://doi.org/10.25121/mr.2018.21.1a.80).
17. Jarząbek-Bielecka G, Pawlaczek M, Pawlaczek M, et al. Problem stanów zapalnych żeńskich narządów płciowych – ocena wiedzy dziewcząt na temat profilaktyki i leczenia. *Medycyna Rodzinna.* 2018; 21(1A): 29–36.
18. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, et al. Wybrane problemy dermatologiczno-ginekologiczne z uwzględnieniem niektórych aspektów dietetycznych u dziewcząt. *Medycyna Rodzinna.* 2018; 21(4), doi: [10.25121/mr.2018.21.4.344](https://doi.org/10.25121/mr.2018.21.4.344).
19. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. WHO, 28-31 January 2002, Geneva, 10. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gen-der\\_rights/defining\\_sexual\\_health](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gen-der_rights/defining_sexual_health). (20.03.2020).
20. Jarząbek-Bielecka G, Pisarska-Krawczyk M, Drejsa M, et al. Selected features describing female sexuality function. *Arch Perinat Med.* 2016; 22(2): 18–21.
21. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989: 38–40.
22. Imieliński K. *Seksuologia. Mitologia, historia, kultura*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1989: 9–553.
23. Imieliński K. *Medycyna i seks*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987: 6–125.
24. Lew-Starowicz Z. *Seks w kulturach świata*. Ossolineum, Wrocław 1987: 7–201.
25. Buszczyński S. *Onanizm (samogwałt, samienie się, marnopłacenienie, nijactwo)*. Berlin 1904.
26. Zieliński K, Zalewska-Jura H. *Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytnie dzieje chorób w ich nazwach ukryte*. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała. ; 2004: 365.
27. Naidoo J, Wills J. *Health promotion: foundations for practice*. Bailliere Tindall, London 2004: 9–37.
28. Karski J. *Promocja zdrowia*. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999: 5–39.
29. Wojtczak A. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 11–222.
30. WHO. *Concepts of sexual health: Report of a working group*. World Health Organization Regional Office for Europe, 1987.
31. WHO. *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences*. World Health Organization, Geneva, 2009.
32. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc.* 2018; 62: 116–127, doi: [10.1016/j.adolescence.2017.11.010](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010), indexed in Pubmed: [29179126](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29179126/).
33. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Philosophical basis of medical practice*. Oxford University Press, Oxford 1981: 9–98.
34. Wulff H, Pedersen S, Rosenberg R. *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993: 26–28.
35. Jarząbek-Bielecka G, Warchoł-Biedermann K. O rozwoju psychoseksualnym - aspekty medyczne, psychologiczne i etyczne. In: Jarząbek-Bielecka G. ed. *Seksuologia. Aspekty humanistyczne*. Poznań 2011.
36. Brzeziński T. *Problemy etyczne prokreacji*. In: Brzeziński T. ed. *Etyka lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002: 147–181.
37. Imieliński K. *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1985: 5–45.
38. Van Haute P, Westerink H. Sexuality and its object in Freud's 1905 edition of Three Essays on the Theory of Sexuality. *Int J Psychoanal.* 2016; 97(3): 563–589, doi: [10.1111/1745-8315.12480](https://doi.org/10.1111/1745-8315.12480), indexed in Pubmed: [26895695](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26895695/).
39. Kuligowska A. Jarząbek G. *Miejsce seksualności dziecięcej w teorii osobowości Zygmunta Freuda*. *Nowiny Lekarskie.* 2006; 75(4): 399–403.
40. Fromm E. *Rewizja psychoanaliz*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, Wrocław 1998: 21–129.
41. Nass G, Libby R, Fisher M. *Ssexual choices*. Jones and Bartlett Publishers, Boston 1987: 5–19.
42. Sowińska-Przepiera E, Andrysiak-Mamos E, Osowicz-Korolonek L, et al. Najczęstsze problemy ginekologiczne u dziewcząt. *Klin Pediat.* 2014; 22: 7105–7111.
43. Padoux A. *The hindu tantric world an overview*. University of Chicago Press, Chicago 2017: 86–88.
44. Meyer JJ. *Sexual life in ancient India: A study in the comparative history of Indian culture*. Dorset Press, Dorchester 1995: 259–260.
45. Chang J. *Tao miłości i seksu*. Wydawnictwo Głodnych Duchów, Warszawa 1991: 24–25.
46. Ruan F, Matsumura M. *Sex in China: studies in sexology in chinese culture*. Plenum Press, New York 1991: 56–58.
47. Trepp L. *Żydzi, naród, historia, religia*. Cyklady, Warszawa 2009: 403–440.
48. Jędrzejewski P. *Judaizm wobec seksualności*. <http://www.fzp.net/judaizm/judaizm-wobec-seksualnosci> (16.01.2018).
49. Karpiński A. *Samotny seks*. In: Lagueuer TW. ed. *Kulturowa historia masturbacji*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2006: 472–474.

50. Stusiński J. Historia seksuologii. *Przegl Seks.* 2017; 2(50): 2–22.
51. Dora M, Mijas M. Od masturbacyjnego obłędu do zdrowia seksualnego. Zmiany w postrzeganiu autoerotyzmu w dyskursie medycznym i terapii. *Psychoterapia.* 2012; 3(162): 65–75.
52. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Mojs E, et al. Ausgewählte psychologische-etische und sexualprobleme in der kinder- und jugendgynäkologie. *Journal of Medical Science.* 2018; 87(3): 154–157, doi: [10.20883/jms.300](https://doi.org/10.20883/jms.300).
53. Janus M, Szulc A. Sexological diagnostic tools in Poland and worldwide. *Seksuologia Polska.* 2015: 31–35.
54. Szubert M. Rodzina w Europie na przełomie XIX i XX wieku. W: *Wychowanie w Rodzinie.* 2015; 12(2): 341–357.
55. Nawrot-Borowska M. Grzech tajemny. Problematyka seksualności dzieci w świetle poradników z drugiej połowy XIX wieku i początku XX wieku. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce.* 2016; 1(39): 79–100.
56. Szlagowska A. Higiena płciowa w Polsce, od początku XIX wieku do 1914 roku. In: Korpalska W, Ślusarczyk W. ed. *Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego.* Dział Wydawnictw Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2016: 201–214.
57. Kowalski ZJ. *Hygiena i etyka życia płciowego. Szkic popularny.* Druk J. Sikorskiego, Warszawa 1901: 1–129.
58. Fijałkowska MO. O czym matki i ich córki wiedzieć powinny. *Lekarz.* 1905; 23: 529.
59. Karwowski A. O seksualnym wychowaniu młodzieży. *Przegląd Hygieniczny.* 1908; 6: 165.
60. Srebrny Z. *Sprawy seksualne w hygienie szkolnej.* Zdrowie. 1905; 8.
61. Starkman J. Samogwałt (onanizm): przyczyny, niebezpieczeństwo dla jednostek, rodziny i społeczeństwa. *Leczenie Domowe.* 1892; XXVIII: 10–220.
62. Doussin-Dubreuil JL. *Niebezpieczeństwa onanizmu. słowo/obraz/terytoria,* Gdańsk 2011: 11–176.
63. Robbins CL, Schick V, Reece M, et al. Prevalence, frequency, and associations of masturbation with partnered sexual behaviors among US adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011; 165(12): 1087–1093, doi: [10.1001/archpediatrics.2011.142](https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.142), indexed in Pubmed: [21810625](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21810625/).
64. Beisert M. Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży. W: *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka.* 2006; 5(3): 43–57.
65. Gulczyńska A. Masturbacja u dzieci przedszkolnych — komu i jak pomagać? *Pediatrics Polska.* 2017; 92(6): 753–757, doi: [10.1016/j.pepo.2017.07.009](https://doi.org/10.1016/j.pepo.2017.07.009).
66. Cichoń L, Janas-Kozik M. Rozwój seksualny i leczenie zaburzeń seksualnych. In: Gmitrowicz A, Janas-Kozik M. ed. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży.* Medical Tribune Polska, Warszawa 2018: 314–324.
67. Lew-Starowicz M, Lewczuk K, Nowakowska I, et al. Compulsive Sexual Behavior and Dysregulation of Emotion. *Sex Med Rev.* 2020; 8(2): 191–205, doi: [10.1016/j.sxmr.2019.10.003](https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.10.003), indexed in Pubmed: [31813820](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31813820/).
68. Freud S. *Poza zasadą przyjemności.* Wydawnictwo Vis-a-Vis, Warszawa 1997: 35–75.
69. Freud S. *Wstęp do psychoanalizy.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 44–65.
70. Horney K. *Nowe drogi w psychoanalizie.* Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2001: 130–153.