

DARIUSZ P. SKOWROŃSKI

*Temple University Japan Campus
Tokyo*

KATARZYNA WASZYŃSKA

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

PORADNICTWO I TERAPIA SEKSUOLOGICZNA. GŁÓWNE ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE I METODY PRACY

ABSTRACT. Skowroński Dariusz P., Waszyńska Katarzyna, *Poradnictwo i terapia seksuologiczna. Główne założenia teoretyczne i metody pracy* [Counselling and Therapy in Sexology. The Main Theoretical Principles and Therapeutic Approaches]. *Studia Edukacyjne* nr 36, 2015, Poznań 2015, pp. 289-306. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2958-2. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2015.36.17

Sexological counselling and therapy are aimed at developing and improving the sexual functioning both on the individual level and in a partnership. It is a process of help that focuses on sex education, values clarification, exploration of sexual attitudes, sexual behaviors, sexual identity, gender roles, and the partners' functions.

Sexological counselling and therapy interventions are based largely on the eclectic approach, using various psychological and sociological models. This article aims to present the concepts and therapeutic approaches (principles, methods) used in sexual counselling and sex therapy.

This kind of approach originates both in the multidisciplinary principles of sexology, the holistic and personalized approach to human sexuality, and in preferred theoretical paradigms and professional biographies of sexuality counsellors, who represent various medical and social sciences.

Key words: sexual counselling, sex therapy, sexual education, theory in sexology, clinical sexology

Wstęp

Seksualność człowieka jest zjawiskiem złożonym i dlatego współczesne poradnictwo seksuologiczne odzwierciedla wielowymiarowość oraz różne obszary i poziomy funkcjonowania seksualnego.

Poradnictwo i terapia seksuologiczna mają na celu rozwijanie oraz polepszanie funkcjonowania zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i w zakresie relacji partnerskich. Są procesem pomagania, który skupia się na edukacji seksualnej, klaryfikacji wartości, eksploracji seksualnych postaw i wierzeń, własnego wizerunku, identyfikacji seksualnej, rozwoju ról płciowych i kwestii funkcjonowania związków partnerskich¹. Proces identyfikowania i badania postaw oraz przekonań seksualnych, jak również analiza praktyk i zachowań seksualnych, jako integralnej części doświadczeń w życiu człowieka, ma za zadanie wzmocnić pozytywne aspekty życia seksualnego, polepszać więź partnerską i pomagać w znajdowaniu rozwiązań w zakresie problemów seksualnych.

Dziedzinę tę można także rozumieć jako proces interakcji między doradcą a klientem, które mają ułatwiać analizę i zrozumienie związków między pragnieniami, zachowaniami i postawami seksualnymi oraz służyć wyrażaniu trudności i problemów oddziałujących na funkcjonowanie seksualne partnerów².

Poradnictwo i terapia seksuologiczna skupiają się na funkcjonowaniu seksualnym ludzi, biorąc pod uwagę czynniki rozwojowe, jak również społeczno-kulturowe oddziałujące zarówno na indywidualną biografię ludzką, jak i na dopasowanie partnerskie. Humphrey³ zidentyfikował następujące główne twierdzenia reprezentujące założenia profesjonalnej pomocy w obszarze seksuologii:

1. Seks jest naturalną funkcją. U zdrowych ludzi cykl reakcji seksualnych występuje jako rezultat stymulacji seksualnej i zmierza do uzyskania rozkoszy seksualnej.

2. Każdy człowiek ma swój unikalny system wartości seksualnych. Jeżeli osoba nie zachowuje się w zgodzie ze swoimi wartościami, to konsekwencją tego jest konflikt wewnętrzny, „negatywne emocje” i frustracja.

3. Kontakt seksualny jest rezultatem obustronnej aktywności i dlatego nie można oskarżać oraz obciążać odpowiedzialnością tylko jednego partnera za zaistnienie trudności seksualnych w związku.

4. Pierwsze doświadczenia seksualne w okresie dzieciństwa i dojrzewania dla wielu ludzi niosą ze sobą szczególną wartość i są znaczące dla dalszego funkcjonowania seksualnego.

5. Seks to środek wyrazu i wymiany dóbr psychicznych między partnerami. To wzajemny proces dawania i brania.

¹ E. Rosen, E. Weinstein, *Introduction: Sexuality counseling*, [w:] *Sexuality counseling: Issues and implications*, red. E. Weinstein, E. Rosen, Pacific Grove 1988.

² J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*, Upper Saddle River 2006.

³ F.G. Humphrey, *Marital therapy*, Englewood Cliffs 1983.

6. Autorytarne nakazy i pojęcia w stylu „muszę, powinienem, należy” nie służą jakości aktywności seksualnej. Na przykład, postawa „muszę mieć orgazm, bo w przeciwnym razie będę nieszczęśliwy” niszczy spontaniczność i naturalną ekspresję. Zachowania seksualne nie mogą być wynikiem presji ze strony innych i/lub wymuszone. Postawa otwartości i wewnętrznego pragnienia jest warunkiem niezbędnym do spontanicznej ekspresji i przeżycia rozkoszy seksualnej.

7. Uczucia związane z seksem są faktem i nie podlegają krytyce ani osądowi. One po prostu są i można jedynie tak funkcjonować, aby towarzyszyły temu emocje pozytywne, a minimalizować pojawianie się uczuć negatywnych.

8. Stosunek seksualny nie występuje w próżni psychospołecznej. To, co dzieje się w innych obszarach życia, ma bezpośrednie lub pośrednie przełożenie na jakość funkcjonowania w seksie.

9. Każda osoba mówi za siebie i bierze odpowiedzialność za swoje czyny w kontekście zachowań seksualnych. To oznacza używanie komunikatów typu ‘ja’, a nie obwinianie partnera.

10. Dobre umiejętności komunikacyjne są niezbędne dla jakości związku. Ważne jest, aby partnerzy potrafili rozmawiać o postawach, uczuciach i pragnieniach seksualnych.

11. Satysfakcjonujące życie seksualne jest związane z regularnymi zachowaniami i powiedzenie „używaj albo to trać” znajduje uzasadnienie w obszarze seksu. Oznacza to, iż w pewnym stopniu pozytywne doświadczenia seksualne są wynikiem procesu behawioralnego uczenia się, polegającego na wzmacnianiu zachowań gratyfikacyjnych i redukowaniu zachowań nie prowadzących do oczekiwanych doznań.

Podane powyżej ogólne założenia są następnie przekładane na takie rodzaje interwencji klinicznych, by zgodnie z określonymi modelami teoretycznymi móc zwiększać szansę na osiągnięcie pożądanych celów terapeutycznych⁴. Autorzy zajmujący się tą tematyką⁵ podają, iż w profesjonalnej pomocy w obszarze seksualności akcentowana jest obustronna odpowiedzialność partnerów za jakość relacji seksualnej; eliminowanie lęków towarzyszących aktywności seksualnej, w tym zwłaszcza lęku „jak wypadnę w seksie”; edukacja seksualna i otwarty dostęp do wiedzy seksuologicznej; praca nad rozwijaniem zdrowych postaw seksualnych; poprawa umiejętno-

⁴ J. Carlson i in., *Health promotion and health counseling*, Boston 2005.

⁵ S.R. Leiblum, *Sex therapy today. Current issues and future perspectives*, [w:] *Principles and practice of sex therapy*, red. S.L. Leiblum, New York 2007; J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*, Upper Saddle River 2006; F.G. Humphrey, *Marital therapy*; J. Carlson i in., *Health promotion*.

ści komunikacyjnych; wzmacnianie relacji psychoseksualnej z partnerem; ocena funkcjonowania fizycznego, stanu zdrowia i promowanie zdrowych nawyków w życiu; praca nad zmianą zachowań seksualnych, jeżeli nie służą osiągnięciu radości i satysfakcji seksualnej.

Według Leiblum i innych⁶, działania doradców i terapeutów seksuologicznych głównie skupiają się na:

- edukacji seksualnej,
- uczeniu przyzwolenia na spontaniczną ekspresję seksualną,
- treningu komunikacyjnym,
- treningu asertywności w seksie,
- uczeniu świadomości ciała i odkrywaniu źródeł przyjemności,
- ćwiczeniach wrażliwości cielesnej,
- poradnictwie par,
- terapii traumatycznych doświadczeń seksualnych, które mogą przyczynić się do pojawienia się i podtrzymywania zaburzeń i dysfunkcji seksualnych,
- leczeniu współwystępujących trudności psychicznych, na przykład depresji lub zaburzeń lękowych,
- innych interwencjach specyficznych dla danego klienta⁷.

Jak uważają Long, Burnett i Thomas⁸, występujące obszary interwencji można podzielić na:

1. Seksualność kobiet i mężczyzn (trudności i dysfunkcje seksualne).
2. Choroby i infekcje przenoszone drogą płciową.
3. Seksualność mniejszości seksualnych.
4. Seksualność w podeszłym wieku.
5. Seksualność w chronicznych chorobach somatycznych i psychicznych oraz seksualność osób z niepełnosprawnością.
6. Nietypowe zachowania seksualne i zaburzenia preferencji seksualnych.
7. Poradnictwo dla osób zgwałconych i ich obecnych partnerów.
8. Poradnictwo dla osób doświadczających przemocy seksualnej w dzieciństwie lub ze strony obecnych partnerów.

Leiblum twierdzi, iż przez ostatnie lata nie pojawiło się nic unikatowego w interwencjach terapeutycznych, z wyjątkiem rewolucji farmakologicznej odnoszącej się do leczenia zaburzeń seksualnych, co znacznie zmieniło oblicze pomocy seksuologicznej⁹.

⁶ S.R. Leiblum, *Sex therapy today*; J. Carlson i in., *Health promotion*.

⁷ Tamże.

⁸ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

⁹ S.R. Leiblum, *Sex therapy today*.

Obecnie w procesie pracy z klientem o wiele częściej używa się metod zintegrowanych, częściowo opartych na farmakoterapii, a częściowo polegających na interwencjach psychologicznych. Obserwuje się też niekiedy w świecie medycznym zjawisko marginalizacji podejść psychologicznych na rzecz procedur medycznych. Można jednak przyjąć na podstawie danych klinicznych, iż znaczący efekt terapeutyczny można najczęściej uzyskać wtedy, gdy stosuje się podejście zintegrowane¹⁰.

Koncepcje teoretyczne w poradnictwie i terapii seksuologicznej

Poradnictwo i terapia seksuologiczna opierają się w dużej mierze na założeniach eklektycznych, korzystając z różnych koncepcji psychologicznych i socjologicznych. Takie podejście wynika zarówno z multidyscyplinarności seksuologii, holistycznego i indywidualnego podejścia do człowieka, ale także z osobistych preferencji teoretycznych oraz biografii zawodowej doradców seksualnych, reprezentujących różne nauki medyczno-społeczne.

Według Long i współautorów¹¹, do głównych i najczęściej stosowanych podejść teoretycznych w poradnictwie i terapii seksuologicznej należą:

- podejście behawioralne i poznawczo-behawioralne,
- podejście międzypokoleniowe Bowena i koncepcja 'tygła' Schnarcha,
- podejście terapii skupionych na problemie,
- podejście terapii skupionych na rozwiązaniach,
- podejście narracyjne,
- podejścia komunikacyjne,
- podejście psychodynamiczne i relacji z obiektem,
- koncepcja feministyczna.

Wymienione koncepcje teoretyczne są obecnie uznawane i stosowane przez wielu doradców oraz terapeutów seksuologicznych, aczkolwiek nie należą do koncepcji wykorzystywanych wyłącznie w obszarze pomocy seksuologicznej. Poniżej zostaną przedstawione podstawowe założenia głównych nurtów teoretycznych w poradnictwie i terapii seksuologicznej, głównie według opracowań Long i innych¹², Seligman¹³ i Corey¹⁴, a także dodatkowo na podstawie prac Skowrońskiego¹⁵ oraz Skowrońskiego i Caetano¹⁶.

¹⁰ Tamże; J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

¹³ L. Seligman, *Theories of counseling and psychotherapy: systems, strategies, and skills*, Upper Saddle River 2006.

Podejście behawioralne i poznawczo-behawioralne

Long, Burnett i Thomas¹⁷, podają, iż znaczna liczba modeli terapeutycznych w zakresie problemów i trudności seksualnych oparta jest na pracach Pawłowa¹⁸, Watsona¹⁹ oraz Skinnera²⁰. Teorie behawioralne wyjaśniają mechanizm powstawania problemów jako rezultat uczenia się reakcji na pojawiające się bodźce. Zakłada się, że różnorodne formy aktywności seksualnej są wynikiem uczenia się zachowań na drodze warunkowania klasycznego i/lub instrumentalnego i dlatego w procesie terapii mogą być odpowiednio zmieniane oraz modyfikowane (na drodze warunkowania). Zaburzenia pożądania seksualnego, często osadzone na nierozwiązanych pozaseksualnych problemach pary, mogą być usunięte poprzez zmianę wzorców zachowań i nauczenie się nowych sposobów komunikacji, co pozwala parze na wprowadzenie nowych elementów do zachowań seksualnych i w efekcie wpływa stymulująco na pożądanie seksualne.

Jak uważają Long, Burnett i Thomas²¹, należy wskazać, iż konkretne techniki terapeutyczne w poradnictwie i terapii seksualnej, oparte na podejściu behawioralnym i poznawczo-behawioralnym, zostały rozwinięte przez Mastersa i Johnsona²², Kaplana²³ oraz LoPiccolo²⁴. Należą do nich: technika ucisku członka według Masters i Johnsona²⁵ oraz technika 'start-stop' w ujęciu Kaplan²⁶, które są stosowane w leczeniu zaburzeń wytrysku. Stosuje się również metody treningowe dla par.

¹⁴ G. Corey, *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, Belmont 2005.

¹⁵ D. Skowroński, *Counseling in sexual health*, South Melbourne 2007.

¹⁶ M. Caetano, D. Skowroński, *Theoretical and practical issues in sexual counseling*, South Melbourne 2008.

¹⁷ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

¹⁸ I.P. Pavlow, *Lectures on conditional reflexes*, New York 1928.

¹⁹ J.H. Watson, *Behavior: An introduction to comparative psychology*, New York 1914; tegoż, *Psychology from the standpoint of a behaviorist*, Philadelphia 1919.

²⁰ B.F. Skinner, *Science and human behavior*, New York 1953.

²¹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

²² V.E. Johnson, W.H. Masters, *Human sexual inadequacy*, London 1970.

²³ H.S. Kaplan, *The new sex therapy*, New York 1974; tegoż, *Disorders of sexual desire*, New York 1979; tegoż, *The evaluation of sexual disorders: Psychological and medical aspects*, New York 1983.

²⁴ J. LoPiccolo, *Direct treatment of sexual dysfunction*, [w:] *Handbook of sex therapy*, red. J. LoPiccolo, L. LoPiccolo, New York 1978.

²⁵ V.E. Johnson, W.H. Masters, *Human sexual inadequacy*.

²⁶ H.S. Kaplan, *The new sex therapy*.

Techniki behawioralne znalazły też zastosowanie w pracy przy redukowaniu lęków seksualnych, uprzedzeń oraz w zakresie treningu umiejętności komunikacyjnych²⁷.

Element poznawczy w podejściu poznawczo-behawioralnym jest stosowany w pracy nad trudnościami i zaburzeniami seksualnymi, między innymi poprzez podkreślanie roli schematów poznawczych (przekonań) w funkcjonowaniu seksualnym człowieka²⁸. Podstawowe założenia oparte są na analizie nieracjonalnych myśli i zastępowaniu ich racjonalnymi sędziami służącymi zwiększeniu odpowiedzialności za swoje myśli, uczucia, zachowania. Przykładem może być praca nad wyniesionymi z domów rodzinnych przekonaniami na temat roli kobiet i mężczyzn w związku, postawy wobec seksualności, które utrudniają lub uniemożliwiają zadowolające funkcjonowanie z partnerem. Część kobiet uważa, iż bycie aktywnymi seksualnie jest grzeszne lub/i złe i dlatego nie pozwalają sobie na odczuwanie przyjemności seksualnej. Przez babcię i matkę zostały nauczone, że odczuwanie radości seksualnej powoduje pożądliwe myśli u mężczyzn, co prowadzi do promiskuitywnego stylu życia i w efekcie grozi rozpadem małżeństwa. Terapia kognitywno-behawioralna w takich wypadkach pozwala z dużym sukcesem weryfikować tego typu przekonania, a tym samym umożliwia osiągnięcie większego poziomu zadowolenia ze swojego życia seksualnego.

Podejście międzypokoleniowe Bowena i koncepcja 'tygła' Schnarcha

Long, Burnett i Thomas²⁹ podają, iż teoria Bowena jest oparta na zdolności osoby do różnicowania między swoimi myślami i uczuciami oraz różnicowania między sobą a innymi jednostkami³⁰. Według tej teorii, lęk jest podstawowym powodem zaistnienia objawów nieadekwatnego funkcjonowania zarówno na poziomie fizycznym, jak i emocjonalnym. Poziom lęku, który odczuwamy, jest związany ze zjawiskiem i stopniem dyferencjacji, jaki „otrzymujemy” w procesie dziedziczenia społecznego od rodziny pochodzenia. Im bardziej jesteśmy oddzieleni od rodziny pochodzenia, tym mniej

²⁷ J. Heiman, J. LoPiccolo, L. LoPiccolo, *The treatment of sexual dysfunction*, [w:] *Clinical handbook of family therapy*, red. A.S. Gurman, D.P. Kniskern, New York 1981.

²⁸ A.T. Beck, *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, New York 1967; tegoż, *Cognitive therapy and emotional disorders*, New York 1976.

²⁹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

³⁰ M. Bowen, M.E. Kerr, *Family evaluation: An approach based on Bowen therapy*, New York 1988.

łęk i objawów niedostosowania doświadczamy. Im silniejsza fuzja z rodziną, tym więcej należy się spodziewać objawów i zaburzeń. Nasza reakcja lękowa w terażniejszości jest uzależniona od tego, w jaki sposób i na ile intensywnie nasza rodzina przekazała nam rodzaje i nasilenie lęków dziedziczonych międzypokoleniowo.

Schnarch³¹ wykorzystał oraz rozwinął koncepcję Bowena, używając pojęć autooddzielenia i fuzji w poradnictwie i leczeniu partnerskich zaburzeń seksualnych, wskazując potrzebę większego skupienia się na jakości związku, jaki tworzy dana para, a mniej na samych objawach seksualnych. Pracując nad jakością związku, partnerzy mają szansę rozwinąć i przekształcić swoją relację, co sprzyja tworzeniu głębszej więzi i większego poczucia intymności. Podejście to ma na celu pomoc parom w osiągnięciu równowagi między potrzebami autonomii i bycia razem. Schnarch twierdzi, iż partnerzy z niską umiejętnością dyferencjacji doświadczają więcej trudności w związku, ponieważ przejawiają silniejsze tendencje do współuzależniania się i zatacania własnej potrzeby niezależności³². Prowadzi to do obarczania odpowiedzialnością za swoje trudności partnera i lokowania w nim winy za zaistniałe zaburzenia seksualne. W przeciwieństwie do tego, osoby o wyższym poziomie dyferencjacji mniej czują się zależne od partnera, przez co mogą być bliżej emocjonalnie, bez poczucia lęku związanego z obawą o utratę własnej niezależności.

Koncepcja Schnarcha, opierająca się na teorii Bowena, znalazła duże zastosowanie w poradnictwie seksuologicznym par i jest obecnie bardzo popularnym modelem pracy nad problemami partnerskimi³³.

Podejście terapii skupionych na problemie

Według Long, Burnett i Thomas³⁴ są to koncepcje strukturalne, strategiczne i systemowe, które najczęściej opierają się na interwencji krótkoterminowej – do 10 sesji terapeutycznych. Ich głównym założeniem jest stymulowanie potencjału rozwojowego jednostki i partnera, maksymalizowanie zasobów, by móc pokonać trudności seksualne. Podejścia te są podobne

³¹ D.M. Schnarch, *Constructing the sexual crucible: an integration of sexual and marital therapy*, New York 1991.

³² D.M. Schnarch, *A family therapy approach to sex therapy and intimacy*, [w:] *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*, red. R.H. Mikesell, D. Lusterman, S.H. McDaniel, Washington 1995.

³³ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

³⁴ Tamże.

w formułowaniu pojęć i wyjaśnień teoretycznych, natomiast różnią się technikami terapeutycznymi stosowanymi w pracy z pacjentami.

Terapia strukturalna, rozwinięta przez Minuchina³⁵, opiera się na założeniu, że indywidualny symptom może być jedynie zrozumiany i zmieniony poprzez zbadanie wzorów interakcyjnych w systemie rodziny czy pary. W celu zlikwidowania symptomów konieczne są zmiany w całym systemie (np.: mężczyzna skarży się na trudności z podtrzymaniem erekcji podczas stosunku płciowego, ponieważ jego partnerka kontroluje wszystkie aspekty życia rodzinnego, począwszy od finansów, a skończywszy na tym, co się dzieje w sypialni; klient ma poczucie bycia dzieckiem w rodzinie). W ramach terapii można w tej sytuacji zaproponować zmiany strukturalne pary, dzięki czemu objaw braku erekcji przestanie mieć znaczenie funkcjonalne dla klienta i co za tym idzie – zostanie zlikwidowany.

Terapia strategiczna i systemowa, związana z pracami Eriksona³⁶, kładzie nacisk na indywidualne podejście do każdego problemu klienta poprzez używanie jego własnych pozytywnych aspektów funkcjonowania w celu kreowania pożądanego zmiany.

Long, Burnett i Thomas³⁷ podają, że autorzy terapii strategicznej i systemowej twierdzą, iż symptomy dysfunkcji i zaburzeń są formą komunikowania otoczeniu problemów relacyjnych i objawy te służą podtrzymania homeostazy związku, kiedy nie udaje się parterom uporać z celami rozwojowymi w określonej fazie życia³⁸. Nieprzypadkowo objawy pojawiają się zwykle wtedy, gdy partnerzy czują się 'zablokowani' na danym etapie życia. Profesjonalna pomoc ma na celu przekroczenie tego typu hamulców i umożliwienie konstruktywnej ekspresji.

³⁵ S. Minuchin, *Families and family therapy*, Cambridge 1974.

³⁶ M.H. Erikson, *The method employed to formulate a complex story for the induction of an experimental neurosis in a hypnotic subject*, *Journal of General Psychology*, 1944, 31, s. 191-212; tegoż, *The interpersonal technique for symptom correction and pain control*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1966, 3, s. 198-209; tegoż, *A field investigation by hypnosis of sound loci importance in human behavior*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1973, 16, s. 92-109.

³⁷ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

³⁸ G. Bateson, *Information and codification: A philosophical approach*, [w:] *Communication: The social matrix of psychiatry*, red. J. Reusch, G. Bateson, New York 1951; tegoż, *The birth of a matrix or double-bind and epistemology*, [w:] *Beyond the double-bind*, red. M.M Berger, New York 1978; J. Haley, *Strategies of psychotherapy*, New York 1963; J. Haley, *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of H. Milton, M.D. Erikson*, New York 1973; C. Madenes, *Strategic family therapy*, [w:] *Handbook of family therapy*, red. A.S. Gurman, P.D. Kniskern, New York 1991; J.H. Beavin, D.D. Jackson, P.A. Watzlawick, *Pragmatics of human communication*, New York 1967; J.H. Weakland, *The "double-bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction*, [w:] *The etiology of schizophrenia*, red. D.D. Jackson, New York 1960; M. Sevini-Palazzoli i in., *Paradox and counterparadox*, New York 1978.

Podejście terapii skupionych na rozwiązaniach

Long, Burnett i Thomas³⁹ w swoim opracowaniu podają, że są to, podobnie jak podejścia terapii skupionych na problemie, krótkoterminowe formy pomagania, które koncentrują się w o wiele większym stopniu na znalezieniu rozwiązania problemu niż odkryciu jego genezy i funkcji w związku. Obydwa podejścia wymagają od doradcy seksualnego przyjęcia aktywnej roli w relacji poradnianej, dużej dozy dyrektywności i orientacji na cel, a mniej na procesie.

Podejście terapii skupionych na rozwiązaniach wywodzi się z prac takich autorów, jak Berg i deShazer⁴⁰, DeJong i Berg⁴¹, deShazer⁴² oraz O'Hanlon i Weiner-Davis⁴³. Jest ono oparte na postmodernistycznym myśleniu konstruktywistycznym, które zakłada, że język, jakim komunikują się ludzie oraz znaczenie, jakie nadają wydarzeniom, określone pojęcia zawarte w słowach tworzą subiektywne interpretacje zjawisk (w tym interpretacje symptomów i zaburzeń seksualnych) i ma to o wiele większy wpływ na funkcjonowanie seksualne niż aktualne wydarzenia i obserwowalne zachowania. Podważona zostaje w ten sposób „jedna, prawdziwa” interpretacja trudności seksualnych. Stąd, doradcy stosujący to podejście zainteresowani są indywidualnymi punktami widzenia członków rodziny czy pary i tym, w jaki sposób partnerzy formułują oraz wyrażają opinie w trakcie rozmowy. Pozwala to na przeformułowanie i tworzenie nowych konstrukcji pojęciowych w kontekście definiowania świata. W efekcie wzmacnia to psychicznie klientów i pozwala na zmodyfikowanie dotychczasowych sposobów funkcjonowania seksualnego. W ujęciu konstruktywistycznym nie istnieje jedyna prawda i rzeczywistość, więc nie ma też jednej ‘prawdy’ problemu seksualnego. Każdy człowiek tworzy własne interpretacje trudności seksualnych (używając konkretnych słów i pojęć określa indywidualną rzeczywistość). W procesie terapeutycznym kładzie się więc nacisk na zmianę języka i sposobów prowadzenia rozmów z partnerem, dzięki czemu partnerzy dochodzą do wspólnych rozwiązań i tworzenia takich interpretacji zjawisk, które wzmacniają zasoby pary i oferują umiejętności przezwyciężenia problemu.

³⁹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

⁴⁰ I.K. Berg, S. deShazer, *Making numbers talk: Language in therapy*, [w:] *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*, red. S. Friedman, New York 1993.

⁴¹ P. DeJong, I. Berg, *Interviewing for solutions*, Pacific Grove 1998.

⁴² S. deShazer, *Keys to solutions in brief therapy*, New York 1985; tegoż, *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, New York 1988; tegoż, *Putting difference to work*, New York 1991; tegoż, *Words were originally magic*, New York 1994.

⁴³ W.H. O'Hanlon, M. Weiner-Davis, *In search of solutions*, New York 1989.

Doradca pomaga parze w pojęciowym konstruowaniu nowych rozwiązań (dotychczas nie branych pod uwagę i przez to nie rozważanych), opierając rozwiązanie na umiejętnościach i wiedzy posiadanej przez te osoby.

Podejście narracyjne

Podejście to związane jest z takimi nazwiskami, jak Epston i White⁴⁴. Podobnie jak modele terapii skupione na rozwiązaniach, wywodzi się z teorii konstruktywistycznych i opiera na analizie języka narracji klientów⁴⁵. Klienci zachęceni są do opisywania swoich problemów seksualnych, a następnie tworzenia nowych historii życia z innymi rozwiązaniami, co pozwala na eksternalizację problemu i jego pojęciową 'obróbkę'. Wielokrotne opisywanie trudności i budowanie złożonych opisów narracyjnych oswaja osoby z problemem seksualnym i uczy 'przeformułowywania' go, co sprzyja budowaniu poczucia sprawstwa w swoim życiu. Dochodzi też do mentalnej separacji problemu od osoby, co pozwala klientom kontrolować swoje objawy. Poprzez tworzenie dystansu do problemu i wrażenia „obrabiania” trudności seksualnych, klienci uczą się używania swoich pozytywnych zasobów i przewycięzania zaburzeń. Doradca poprzez szczególny sposób rozmawiania i zadawania pytań tworzy sprzyjające warunki do znajdowania nowych rozwiązań, bardziej satysfakcjonujących w życiu.

Podejście komunikacyjne

Stanowi ono kolejny paradygmat teoretyczny w poradnictwie i terapii seksuologicznej w opracowaniu Long, Burnett i Thomas⁴⁶, według których pierwszoplanową rolę przypisuje się sposobom komunikacji w parze. Wywodzi się z prac takich autorów, jak Bateson, Jackson, Haley i Weakland⁴⁷, Satir⁴⁸ oraz Walzawick, Beavin i Jackson⁴⁹. Początkowo skupiano się nad

⁴⁴ D. Epston, M. White, *Narrative means to therapeutic ends*, New York 1990; tychże, *Experience, contradiction, narrative, and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White*, Adelaide 1992, s. 1989-1991.

⁴⁵ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ G. Bateson i in., *Toward a theory of schizophrenia*, Behavioral Science, 1956, 1, s. 251-264.

⁴⁸ V.M. Satir, *Cojoint family therapy*, Palo Alto 1964.

wzorcami komunikacyjnymi w rodzinach schizofreników i opisywano, jak te sposoby komunikacji przyczyniają się do powstawania zaburzeń psychicznych. W latach osiemdziesiątych badania zostały wznowione w szerszym kontekście, przyczyniając się do tworzenia nowych modeli komunikacji ludzkiej, wykorzystanych następnie w poradnictwie psychologicznym i seksuologicznym.

Model pracy opiera się na tworzeniu lepszych, bardziej efektywnych sposobów komunikacji w związku, dzięki którym partnerzy uczą się negocjowania rozwiązań problemów, bez naruszania dóbr osobistych drugiej osoby. W ujęciu tym kładzie się nacisk na trenowanie umiejętności komunikacyjnych nastawionych na konstruktywne rozwiązania i otwartą rozmowę o problemach, co tworzy możliwość osiągnięcia satysfakcji psychicznej w związku. Jasna komunikacja prowadzi do zdrowych relacji partnerskich, w których można otwarcie i bezpiecznie rozmawiać o swoich słabościach, nadziejach, lękach itp. Wyrażanie siebie bez ograniczeń pozwala partnerom na eksplorację trudności i znajdowanie rozwiązań. Komunikacja typu 'ja', świadomość języka ciała, tonu głosu pozwalają być elastycznym i bardziej kreatywnym, dając lepsze zrozumienie sytuacji i ułatwiając rozwiązywanie trudności seksualnych.

W przeciwieństwie do związków stosujących otwartą komunikację, w parach o zaburzonych wzorcach rozmawiania porozumiewanie się parterów jest powierzchowne, ostrożne i ograniczane tematami 'bezpiecznymi'. Lęki, trudności i słabości są omijane, co powoduje ich piętrzenie się oraz blokuje swobodną ekspresję emocji. Skutkuje to rozwojem nieporozumień i problemów, gdyż ograniczenia komunikacyjne obniżają poczucie wartości, ważności i osłabiają bliskość między partnerami. W efekcie partnerzy czują się osamotnieni, niekochani i porzuceni, co wtórnie owocuje destrukcyjnymi wzorcami komunikacyjnymi, na przykład wzajemnym oskarżaniem się, manipulowaniem i walką z partnerem.

Trudności seksualne w podejściu komunikacyjnym są wynikiem narosłych i zablokowanych konfliktów oraz sfrustrowanych potrzeb psychologicznych w procesie wadliwego porozumiewania się partnerów i dlatego doradca ma za zadanie ułatwić parze nauczenie się nowych wzorców komunikacyjnych, które charakteryzują się otwartością i jasną ekspresją emocjonalną, co sprzyja ponownemu zbliżeniu się psychicznemu osób i owocuje zwiększoną motywacją i współpracą nad rozwiązaniem problemów relacyjnych i seksualnych.

⁴⁹ J.H. Beavin, D.D. Jackson, P.A. Watzlawick, *Pragmatics of human communication*.

Podejście psychodynamiczne i relacji z obiektem

W poradnictwie i terapii seksuologicznej wielu doradców nadal korzysta z klasycznej teorii psychoanalitycznej⁵⁰, opartej na twierdzeniu, że ludzkie zachowania są kierowane nieświadomymi popędami, instynktami i nieracjonalnymi motywami⁵¹. Wczesne dzieciństwo jest okresem krytycznym w rozwoju seksualnym i w dużym stopniu determinuje funkcjonowanie seksualne w okresie dorosłości. Dysfunkcje seksualne w tym ujęciu są konsekwencją patologii psychicznej związanej z nierozwiązanymi konfliktami z podświadomości na określonych etapach rozwoju psychoseksualnego. Takie podejście reprezentowała między innymi Kaplan w leczeniu zaburzeń seksualnych⁵².

Obecnie koncepcje psychodynamiczne w większym stopniu uwypuklają interpersonalne i intrapersonalne aspekty funkcjonowania jednostki oraz konsekwencje procesów wewnętrznych wpływające na relacje z innymi ludźmi. Innymi słowy, to w jaki sposób jednostka odnosi się do samej siebie, wpływa na sposób, w jaki tworzy relacje z innymi. Ten rodzaj przeniesienia środka ciężkości z konfliktów intrapsychicznych na kontakty interpersonalne przyczyniły się do rozwoju nurtu relacji z obiektem⁵³. Inne ważne nazwiska łączone z teorią relacji z obiektem to Fairbairn⁵⁴, Klein⁵⁵, Schnarch⁵⁶, Schwartz⁵⁷ i Siegel⁵⁸.

Teoria relacji z obiektem korzysta z pojęć psychoanalitycznych, używając analizy treści nieświadomych, rozwijania wglądu, interpretacji marzeń sennych, wykorzystując zjawisko przeniesienia w pracy nad problemami seksualnymi. Natomiast, w większym stopniu analizuje wczesne interakcje rodziców z dzieckiem, wskazując, że związki partnerskie w dorosłym życiu

⁵⁰ S. Freud, *The origin of development of psychoanalysis*, American Journal of Psychology, 1910, 21, s. 181-218.

⁵¹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

⁵² H.S. Kaplan, *The new sex therapy*.

⁵³ H. Kohut, *The restoration of the self*, New York 1977; J.S. Scharff, *Foundations of object relations family therapy*, Northvale 1989; S. Slipp, *The technique and practice of object relations family therapy*, Northvale 1988.

⁵⁴ W.R.D. Fairbairn, *An object-relation theory of personality*, New York 1954.

⁵⁵ M. Klein, *Envy and gratitude*, New York 1957; tegoż, *Love, guilt, and reparation and other works*, London 1975.

⁵⁶ D.M. Schnarch, *Constructing the sexual crucible: an integration of sexual and marital therapy*, New York 1991; tegoż, *A family therapy approach to sex therapy and intimacy*, [w:] *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*, red. R.H. Mikesell, D. Lusterman, S.H. McDaniel, Washington 1995.

⁵⁷ R. Schwartz, *Internal family systems therapy*, New York 1994.

⁵⁸ J. Siegel, *Repairing intimacy in object relations approach to couples therapy*, Northvale 1992.

stanowią „odbicie” relacji matka-dziecko w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym. Te najważniejsze relacje wczesnodziecięce tworzą matrycę, na bazie której powstają i tworzą się dalsze kontakty międzyludzkie, w tym odnoszące się do relacji seksualnych, odtwarzając temat intymności, oddania, przywiązania i fizyczności z dzieciństwa. Trudności seksualne są tutaj rozumiane jako konsekwencja przeniesienia doświadczeń z pierwotnej relacji z obiektem matczynym na obecnego partnera, ponieważ klient reaguje nieświadomie na wcześniejsze doświadczenia z życia, a nie na realną sytuację w życiu dorosłym. Terapeuci pomagają parze w rozwiązaniu tego dylematu, ujawnieniu i ekspresji represjonowanych uczuć z przeszłości i nauczeniu radzenia sobie z mechanizmem przeniesienia. To z kolei pozwala na wejście w nową, bardziej dojrzałą relację z obiektem w partnerze, w oparciu o zintegrowane self.

Koncepcja feministyczna

Koncepcje feministyczne w dużym stopniu podkreślają rolę płci i jej społecznego wizerunku w tworzeniu się trudności seksualnych⁵⁹. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych pojawiły się wśród socjologów i psychologów głosy podkreślające, iż społeczna percepcja płci (ról kobiecych i męskich) wpływa na satysfakcję w związkach partnerskich i przyczynia się do rozwoju różnych zaburzeń seksualnych⁶⁰. W efekcie zaczęto analizować związki międzyludzkie w kontekście ról płciowych i ich wpływ na życie społeczne, kulturalne i ekonomiczne, a także na uwarunkowania funkcjonowania seksualnego.

W poradnictwie i terapii opierających się na koncepcjach feministycznych akcentuje się socjokulturową perspektywę trudności seksualnych i rolę płciową w rozumieniu problemów pacjenta. Terapeuci zorientowani feministycznie pomagają kobietom i mężczyznom w rozpoznaniu, nazwaniu i odzyskaniu siły osobowej, która pozwala przełamać narzucone społecznie i historycznie ograniczenia w procesie socjalizacji potrzeby seksualnej oraz

⁵⁹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

⁶⁰ J.M. Avis, *The politics of functional family therapy: A feminist critique*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1985, 11, s. 127-218; C. Gilligan, *In a different voice: Psychological theory in women's development*, Cambridge 1982; V. Goldner, *Feminism and family therapy*, *Family Process*, 1985, 24, s. 13-47; R.T. Hare-Mustin, *A feminist approach to family therapy*, *Family Process*, 1978, 17, s. 181-194; M. Walters i in., *The invisible web: Gender patterns in family relationships*, New York 1989.

ról płciowych, a dzięki temu rozwijać zakres możliwych zachowań płciowych i seksualnych⁶¹. Klienci są zachęceni do zbadania swoich postaw na temat kobiecych i męskich ról płciowych (w tym również seksualnych) oraz ich wpływu na życie rodzinne i partnerskie. Zachęceni są do przyjrzenia się swoim związkom pod kątem społecznych stereotypów płci. Celem pracy jest również oddzielenie wyidealizowanych i często nierealistycznych oczekiwań społecznych, sformułowanych wobec kobiet i mężczyzn poprzez mass media, od osobistych preferencji i upodobań.

Za Long, Burnett i Thomas⁶², Worell i Remer⁶³ postulują następujące cele dla klienta:

- a) stanie się świadomym własnego procesu socjalizacji płciowej;
- b) zidentyfikowanie zinternalizowanych przekazów i przekonań na temat płci, które są opresyjne i stereotypowe, a zastąpienie ich definicjami bardziej elastycznymi;
- c) zrozumienie i identyfikacja procesów społecznych, które promują sekсистowski i opresyjny obraz ról kobiecych i męskich oraz ich wpływ na osobiste życie klienta;
- d) nauczenie się umiejętności wprowadzania zmian we własnym środowisku (np. miejscu pracy), zgodnie z nowym rozumieniem ról płciowych;
- e) rozwijanie zachowań, które pozwalają na wyrażanie swojej siły osobowej w kontaktach społecznych (np. bycie bardziej asertywnym i bezpośrednim w relacjach społecznych), podejmowanie decyzji seksualnych opartych na swoich potrzebach, a nie naciskach, czy oczekiwaniach innych; wyrażanie swobodne własnych preferencji i orientacji seksualnej itp.

Kolejnym tematem pracy w podejściu feministycznym jest wzmacnianie i wyrównywanie szans kobiet w relacjach społecznych, egalitaryzm ról i praw w życiu społecznym, rodzinnym i partnerskim oraz wspomaganie kobiet w odnajdywaniu swobodnych sposobów ekspresji i radości seksualnej. Przywiązuje się też dużą wagę do przeciwdziałania takim negatywnym zjawiskom, jak przemoc i wykorzystywanie seksualne, handel kobietami, zmuszanie do prostytucji⁶⁴.

⁶¹ G. Corey, *Theory and practice of counseling*.

⁶² J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*.

⁶³ J. Worell, P. Remer, *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women*, New York 2003.

⁶⁴ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality counseling*; L. Seligman, *Theories of counseling and psychotherapy*.

Zakończenie

Jak wynika z przedstawionego powyżej materiału, doradca i/lub terapeuta seksualny może w ramach swojej pracy korzystać z wielu koncepcji i teorii psychologicznych, przyjmując albo postawę eklektyczną lub realizując określony model pracy w zależności od charakteru istniejącego problemu, potrzeb i specyfiki funkcjonowania klienta, możliwości i ograniczeń czasowych⁶⁵.

Niezwykle istotne w tym obszarze pracy są kwestie związane z rozwijaniem kompetencji i doświadczenia zawodowego doradców oraz terapeutów seksualnych, a także praca zgodna z zasadami etyki zawodowej. Podobnie jak w psychologicznej terapii, doradca i/lub terapeuta seksualny zobowiązany jest do pracy superwizyjnej, dzięki której będzie mógł efektywnie pomagać, chroniąc zarówno swoje jak i klienta granice. Niezależnie od przyjętego modelu teoretycznego, ochrona dóbr psychicznych klienta powinna być standardem etycznym seksuologów i psychologów oraz innych profesjonalistów zajmujących się poradnictwem seksuologicznym.

BIBLIOGRAFIA

- Avis J.M., *The politics of functional family therapy: A feminist critique*, Journal of Marital and Family Therapy, 1985, 11.
- Bateson G., *Information and codification: A philosophical approach*, [w:] *Communication: The social matrix of psychiatry*, red. J. Reusch, G. Bateson, Norton, New York 1951.
- Bateson G., *The birth of a matrix or double-bind and epistemology*, [w:] *Beyond the double-bind*, red. M.M. Berger, Brunner/Mazel, New York 1978.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J., *Toward a theory of schizophrenia*, Behavioral Science, 1956, 1.
- Beavin J.H., Jackson D.D., Watzlawick P.A., *Pragmatics of human communication*, McGraw-Hill, New York 1967.
- Beck A.T., *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, Hoerber, New York 1967.
- Beck A.T., *Cognitive therapy and emotional disorders*, Hoerber, New York 1976.
- Berg I.K., deShazer S., *Making numbers talk: Language in therapy*, [w:] *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*, red. S. Friedman, Guilford, New York 1993.
- Burnett J.A., Long L.L., Thomas R.V., *Sexuality counseling*, Prentice Hall, Upper Saddle River 2006.
- Corey G., *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, Brooks/Cole-Thomson Learning, Belmont 2005.

⁶⁵ D. Skowroński, *Counseling in sexual health*; M. Caetano, D. Skowroński, *Theoretical and practical issues*.

- Carlson J., Englar-Carlson M., Levis J., Sperry L., *Health promotion and health counseling*, Pearson Education, Inc., Boston 2005.
- DeJong P., Berg I., *Interviewing for solutions*, Brooks/Cole, Pacific Grove 1998.
- deShazer S., *Keys to solutions in brief therapy*, Norton, New York 1985.
- deShazer S., *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Norton, New York 1988.
- deShazer S., *Putting difference to work*, Norton, New York 1991.
- deShazer S., *Words were originally magic*, Norton, New York 1994.
- Epston D., White M., *Narrative means to therapeutic ends*, Norton, New York 1990.
- Epston D., White M., *Experience, contradiction, narrative, and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White, 1989-1991*, Dulwich Centre, Adelaide 1992.
- Erikson M.H., *The method employed to formulate a complex story for the induction of an experimental neurosis in a hypnotic subject*, *Journal of General Psychology*, 1944, 31.
- Erikson M.H., *The interpersonal technique for symptom correction and pain control*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1966, 3.
- Erikson M.H., *A field investigation by hypnosis of sound loci importance in human behavior*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1973, 16.
- Fairbairn W.R.D., *An object-relation theory of personality*, Basic Books, New York 1954.
- Freud S., *The origin of development of psychoanalysis*, *American Journal of Psychology*, 1910, 21.
- Gilligan C., *In a different voice: Psychological theory in women's development*, Harvard, Cambridge 1982.
- Goldner V., *Feminism and family therapy*, *Family Process*, 1985, 24.
- Haley J., *Strategies of psychotherapy*, Grune & Stratton, New York 1963.
- Haley J., *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of H. Milton, M.D. Erikson*, Norton, New York 1973.
- Hare-Mustin R.T., *A feminist approach to family therapy*, *Family Process*, 1978, 17.
- Heiman J., LoPiccolo L., LoPiccolo J., *The treatment of sexual dysfunction*, [w:] *Clinical handbook of family therapy*, red. A.S. Gurman, D.P. Kniskern, Brunner/Mazel, New York 1981.
- Humphrey F.G., *Marital therapy*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1983.
- Kaplan H.S., *The new sex therapy*, Brunner/Mazel, New York 1974.
- Kaplan H.S., *Disorders of sexual desire*, Brunner/Mazel, New York 1979.
- Kaplan H.S., *The evaluation of sexual disorders: Psychological and medical aspects*, Brunner/Mazel, New York 1983.
- Kerr M.E., Bowen M., *Family evaluation: An approach based on Bowen therapy*, Norton, New York 1988.
- Klein M., *Envy and gratitude*, Basic Books, New York 1957.
- Klein M., *Love, guilt, and reparation and other works*, Hogarth, London 1975.
- Kohut H., *The restoration of the self*, International Universities, New York 1977.
- Leiblum S.R., *Sex therapy today. Current issues and future perspectives*, [w:] *Principles and practice of sex therapy*, red. S.L. Leiblum, The Guilford Press, New York 2007.
- Long L.L., Burnett J.A., Thomas R.V., *Sexuality counseling*, Pearson Education, Upper Saddle River 2006.
- LoPiccolo J., *Direct treatment of sexual dysfunction*, [w:] *Handbook of sex therapy*, red. J. LoPiccolo, L. LoPiccolo, Plenum, New York 1978.
- Madenes C., *Strategic family therapy*, [w:] *Handbook of family therapy*, red. A.S. Gurman, P.D. Kniskern, Brunner/Mazel, New York 1991.

- Mason M.S., *Family therapy as the emerging context for sex therapy*, [w:] *Handbook of family therapy*, red. A.S. Gurman, P.D. Kniskern, Brunner/Mazel, New York 1991.
- Masters W.H., Johnson V.E., *Human sexual inadequacy*, Churchill, London 1970.
- Minuchin S., *Families and family therapy*, Harvard University Press, Cambridge 1974.
- O'Hanlon W.H., Weiner-Davis M., *In search of solutions*, Norton, New York 1989.
- Pavlov I.P., *Lectures on conditional reflexes*, International Publishers, New York 1928.
- Rosen E., Weinstein E., *Introduction: Sexuality counseling*, [w:] *Sexuality counseling: Issues and implications*, red. E. Weinstein, E. Rosen, Brooks/Cole, Pacific Grove 1988.
- Ross M.W., Channon-Little L.D., Simon Rosser B.R., *Sexual health concerns*, MacLennan & Petty Pty Limited, Sydney 2000.
- Satir V.M., *Cojoint family therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto 1964.
- Scharff J.S., *Foundations of object relations family therapy*, Aronson, Northvale 1989.
- Schnarch D.M., *Constructing the sexual crucible: an integration of sexual and marital therapy*, Norton, New York 1991.
- Schnarch D.M., *A family therapy approach to sex therapy and intimacy*, [w:] *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*, red. R.H. Mikesell, D. Lusterman, S.H. McDaniel, American Psychological Association, Washington 1995.
- Schwartz R., *Internal family systems therapy*, Guilford, New York 1994.
- Seligman L., *Theories of counseling and psychotherapy: systems, strategies, and skills*, Pearson Education, Inc., Upper Sadle River 2006.
- Sevini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradox and counterparadox*, Aronson, New York 1978.
- Siegel J., *Repairing intimacy in object relations approach to couples therapy*, Aronson, Northvale 1992.
- Skinner B.F., *Science and human behavior*, Free Press, New York 1953.
- Slipp S., *The technique and practice of object relations family therapy*, Aronson, Northvale 1988.
- Skowroński D. (red.), *Counseling in sexual health*, Nelson Australia, Pty Limited, South Melbourne 2007.
- Skowroński D., Caetano M. (red.), *Theoretical and practical issues in sexual counseling*, Cengage Learning Australia, Pty Limited, South Melbourne 2008.
- Sperry L., Levis J., Carlson J., Englar-Carlson M., *Health promotion and health counseling*, Pearson Education, Inc., Boston 2005.
- Walters M., Carter B., Papp P., Silverstein O., *The invisible web: Gender patterns in family relationships*, Guilford, New York 1989.
- Watzlawick P.A., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatics of human communication*, Norton, New York 1967.
- Watson J.H., *Behavior: An introduction to comparative psychology*, Holt, New York 1914.
- Watson J.H., *Psychology from the standpoint of a behaviorist*, Lippincott, Philadelphia 1919.
- Weakland J.H., *The "double-bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction*, [w:] *The etiology of schizophrenia*, red. D.D. Jackson, Basic Books, New York 1960.
- White M., Epston D., *Narrative means to therapeutic ends*, Norton, New York 1990.
- Worell J., Remer P., *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women*, Wiley, New York 2003.