

Sexuell insufficiens hos mannen

Bo Carlsson

Claes-Göran Westrin

Bland dem som söker för sexuella problem vid RFSU-kliniken i Göteborg är majoriteten män med s. k. potensstörningar. Det diagnostiska mönstret och möjligheterna till behandling vid dessa tillstånd belyses i nedanstående artikel. Samtidigt diskuteras behovet av aktivare insats för forskning, undervisning och inte minst förbättrad terapeutisk service på det sexologiska området.

Den medicinsk-psykologiska litteraturen om s. k. potensrubbingar utgör en rätt förvirrande läsning. Symptommönstren skildras ofta oklart, indelningsgrunderna är oenhetliga och uppfattningarna om besvärens orsaker anmärkningsvärt motstridiga.

Ett gott exempel på det sisnämnda förhållandet är skilda auktoriteters syn på ejaculatio precox (förtidig utlösning). Urologerna har betonat betydelsen av lokala inflammatoriska förändringar i de manliga könsorganen, psykiaterna betydelsen av s. k. psykogena faktorer hos mannen. Kinsey (1) åter vänder sig mot båda dessa teorier och söker hela orsaken till den förtidiga utlösningen hos kvinnan, i bl. a. följande ordalag:

"Det torde bli svårt att ge exempel på någon annan situation, då en individ med snabb och stark reaktion fått annat än högt betyg och förhållandet är detsamma vid snabb ejakulation, hur tråkigt och penibelt det än kan te sig från kvinnans ståndpunkt."

Kanske kan en del av denna oenighet och oklarhet hänföras till bristen på systematiska kliniska undersökningar på området. Det i sin tur kan förklaras av att problemen varit metodologiskt svårangripbara. En studie inriktad på ett slumpvis valt material riskerar att bli otillförlitlig, då

Artikeln anknyter till ett föredrag i Göteborgs Läkarsällskap hösten 1966.

genansreaktioner och självförsvar lätt medför missvisande svar från undersökningsobjekten. Grupper av patienter eller andra speciellt motiverade individer kan kanske ge något säkrare data, men dessa blir då inte representativa för befolkningen i övrigt. Det torde icke ges någon säker väg ut ur detta dilemma. Mest rationellt borde emellertid vara att upprepa liknande undersökningar på många olika grupper av motiverade undersökningsdeltagare.

I syfte att försöka kartlägga besvärsmönstret för en sådan grupp av speciellt motiverade personer startade författarna våren 1964 en systematisk undersökning av alla män, som sökte RFSU-kliniken i Göteborg för erektionssvårigheter, ejaculatio precox eller ejaculatio retardata (fördröjd eller utebliven utlösning). Det standardiserade intervjuförfarandet ägde rum efter riktlinjer, som redovisas i föregående artikel, varvid mer detaljerade frågor ställdes beträffande de aktuella "potensrubbingarna", bl. a. med avseende på åldern för besvärdebuten, besvärens kontinuitet och deras svårighetsgrad.

Målsättningen har främst varit att skapa utgångsmaterial för en follow-up-studie. Samtidigt med en deskriptiv analys av samtliga fall, som under en viss tid sökt RFSU, har vi emellertid på några punkter speciellt analyserat de i detta material ingående "potensrubbingarna". Några re-

sultat, som därvid framkommit, skall redovisas i denna artikel med några allmänna kommentarer beträffande arbetet med denna typ av patienter.

Det hittills analyserade materialet omfattar 129 konsekutiva patienter, av vilka ungefär en tredjedel (40/129) sökt för enbart ejaculatio precox, en tredjedel (48/129) för enbart erektionssvårigheter och en tredjedel (40/129) för erektionssvårigheter kombinerade med ejaculatio precox. Endast en patient har sökt för ejaculatio retardata som enda besvär.

Impotens

Termen "impotens" definieras påfallande olika av olika författare. Orsakerna till detta skiftande språkbruk torde bl. a. kunna hänföras till olika etiologiska synsätt. Många låter diagnosen "impotens" bli gemensam beteckning för erektions- och ejakulationssvårigheter, då man uppfattar ifrågavarande besvär som etiologiskt tämligen enhetliga. Andra använder impotensbegreppet endast, när erektionssvårigheter föreligger — och skiljer alltså på "impotens" och ejaculatio precox.

I vår undersökning har det varit möjligt att ur vissa aspekter jämföra besvärsförloppet beträffande ejaculatio precox och erektionssvårigheter. De skiljer sig till viss grad både beträffande åldersfaktorn och besvärens kontinuitet. Resultatet kan därför ses som ett stöd för förespråkarna för en mer differentierad diagnostik.

Debutålder för sexuella insufficiensbesvär. Det finns påtagliga skillnader beträffande debutåldern,

om man jämför gruppen, som sökt för enbart ejaculatio precox med den grupp, som sökt för enbart erektionssvårigheter (*tabell 1*). Huvudparten av ejaculatio-precox-fallen (27/39) men endast enstaka erektionssvårigheter (3/46) skall ha debuterat före tjugofemårsåldern. Omvänt skall relativt få ejaculatio-precox-fall (5/39) men mer än hälften av erektionssvårigheterna (27/46) ha debuterat efter trettio års ålder.

Gruppen med ejaculatio precox kombinerad med erektionssvårigheter uppvisar vissa särdrag. I över en tredjedel av de fall, där debutåldersuppgifter registrerats (13/33), skall den förtidiga utlösningen ha debuterat efter fyrtio års ålder — alltså en tendens till betydligt senare besvärsdebut än beträffande renodlad ejaculatio precox. Även i fråga om erektionssvårigheter visar denna grupp med kombinerade besvär en relativt sett hög debutålder — över fyrtio år i nära hälften av de fall, där debutåldern registrerats (18/37). — Beträffande en del av dessa fall med kombinerade besvär synes erektionssvårigheterna adderats till en långvarig ejaculatio precox. I övriga fall skall erektionssvårigheterna och ejaculatio precox ofta debuterat tämligen samtidigt. Subjektivt erfarenhetsmässigt har man ett intryck av att denna sistnämnda grupp har särskilt sen debut — och att det ofta rör sig om åldersasteniserade fall, drabbade av en slags sexualitetens "reizbare Schwäche".

Besvärens kontinuitet. Även beträffande besvärens kontinuitet framkommer skillnader mellan erektionssvårigheter och ejaculatio precox.

Tabell 1 Uppgiven debutålder vid olika typer av sexuell insufficiens.

Summa		Debutålder							Uppgift saknas	Summa
		—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—			
<i>Typ av sexuell insufficiens</i>										
<i>Debut av ejaculatio precox</i>	Enbart ejaculatio precox	27	7	2	3	0	0	1	40	
	Ejaculatio precox + erektionssvårigheter	9	10	1	8	5	0	7	40	
<i>Debut av erektionssvårigheter</i>	Enbart erektionssvårigheter	3	16	13	10	3	1	2	48	
	Erektionssvårigheter + ejaculatio precox	4	4	11	12	6	0	3	40	

Patienter med enbart erektionssvårigheter har ofta (14/30 registrerade fall; endast uppgifter från den ene undersökaren) uppgivit besvärslösa intervaller av kortare eller längre varaktighet, medan ejaculatio-precox-fallen nästan alltid (27/30 fall) skall ha varit oavbrutet.

"Förtidig utlösning"

Man har emellertid all anledning att försöka driva den beskrivande diagnostiska analysen längre än till en uppdelning av sexuella insufficienser i erektionssvårigheter respektive ejaculatio precox. Båda dessa besvärstyper är ur symptomatisk synpunkt relativt heterogena tillstånd. Vår undersökning har härvid tillåtit en viss prövning av heterogeniteten vid ejaculatio precox.

Samtliga patienter har fått skatta graden av sin förtidiga utlösning. Uppgifter föreligger beträffande 36 av fallen med renodlad ejaculatio precox. Av dessa har sex uppgivit att de vanligen

Tabell 2 Subjektiva uppgifter om coitusdurationen.

Individer med enbart ejaculatio precox-besvär

a. Uppgifter om genomsnittlig coitusduration före ejakulation.

	Antal fall
Ejakulation prae immissionem	6
Ejakulation post immissionem	
Coitusduration: $\leq 1/2$ minut	10
$> 1/2$ minut	20
Uppgift saknas	4
Summa ejaculatio-precox-fall	40

b. Uppgifter om minimum- och maximumtid för coitusduration.

	Minimumtid antal fall	Maximumtid antal fall
Coitusduration:		
$\leq$ ett par sekunder	23	
$>$ ett par sekunder — $\leq 1/2$ minut	10	11
$> 1/2$ minut		
> 2 minuter		
Uppgift saknas	0	5
Summa ejaculatio-precox-fall	40	40

Den icke obetydliga förekomsten av ejakulation före penis införande i slidan stämmer dåligt överens med Kinseys kategoriska syn på snabb utlösning som en form av biologisk överlägsenhet.

har ejakulation pre immissionem (före penis införande i slidan) (tabell 2). Tio patienter har uppgivit en genomsnittlig coitusduration på mindre än en halv minut och då i regel ejakulation nästan omedelbart efter immissio. Mer än hälften, 20 patienter, har uppgivit en genomsnittlig coitusduration på över en halv minut.

Dessa resultat måste givetvis behandlas med största reservation. En retrospektiv tidsupplevelse av coitus måste bli ytterst osäker. Det förefaller emellertid rimligt att anta att siffrorna avspeglar patienternas uppfattning om huruvida ejakulationen kommer:

extremt snabbt eller

mycket snabbt eller

ganska snabbt (men inte värre än att coitus hinner pågå en stund).

Denna variation beträffande tidsupplevelsen av ejaculatio precox kan på sitt sätt belysa vissa etiologiska problem. Den icke obetydliga förekomsten av ejakulation före penis införande i slidan stämmer dåligt överens med Kinseys kategoriska syn på snabb utlösning som en form av biologisk överlägsenhet. Dessa fall måste åtminstone till någon del ses som en störning hos den manlige individen ifråga. Gruppen med subjektiva coitustider av åtminstone en viss duration skulle emellertid kunna passas in i Kinseys referensram. Dennes egna uppgifter är att coitusdurationen för de flesta amerikanska män skulle ligga vid $1/2$ —2 minuter. Det är svårt att bedöma värdet av dessa tidsuppgifter. Är de riktiga, synes det emellertid rimligt att anta att "förtidigheten" i en subjektiv coitusduration på över en halv minut ofta kan avspegla den kvinnliga partners svårighet att nå snabb orgasm.

Förhållandet till partnern

Föreliggande undersökning har tyvärr måst bli ofullständig i ett mycket viktigt avseende. Betydelsen av partners roll har endast kunnat studeras i begränsad omfattning p. g. a. svårigheterna att rutinmässigt få medverkan från båda parter. Endast några översiktligt deskriptiva data kan lämnas, baserade på patienternas egna uppgifter.

De flesta patienter uppger sig leva i ett stadigvarande och ofta långvarigt förhållande med en bestämd partner (tabell 3). Endast sju individer har uppgivit sig sakna en aktuell partner. För majoriteten (ca två tredjedelar) skall förhållandet ha varat mer än tre år. Långvariga förhållanden är vanligast vid de kombinerade besvären, vilket kan sammanhånga med att detta också är den äldsta patientgruppen. Mer kortvariga förhållanden är vanligast rapporterade hos fall med enbart erektionssvårigheter.

Alder och sexuella besvär

Cirka hälften av patienterna skall vid tiden för konsultationen ha haft sexuella besvär under mer än sex år, cirka tredjedelen under mer än tio år. En analys av patienternas ålder vid tiden för undersökningen kan alltså ge information, som kompletterar de redovisade data om debutåldern för besvären.

Tabell 3 Duration av förhållande till aktuell partner*)

	Enbart ejaculatio precox	Enbart erektions- svårigheter	Ejaculatio precox kombinerat med erektionssvårigheter
≤ 3 mån.	1	4	1
> 3 mån. ≤ 1 år	6	15	2
> 1 år ≤ 3 år	9	3	6
> 3 år	21	26	27
Saknar aktuell partner	3	—	4
Summa	40	48	40

*) Enligt uppgifter av respektive undersökta individer.

Anmärkningsvärt är, att
rådfrågningsfrekvensen beträffande
erektionssvårigheter påtagligt avtar efter
femtioårsåldern. Det är dock en ålder, då vi
av olika skäl kan anta, att dessa svårigheter
på allvar börjar tilltaga i en normalpopulation.

Renodlade ejaculatio precox-besvär är främst representerade av åldersgruppen 20—29 år men även av åldrarna 30—49 år. Inga patienter, som varit 50 år eller äldre, har sökt för sådana besvär. Ejaculatio precox kombinerad med erektionssvårigheter är huvudsakligen representerat i åldrarna 40—59 år och mer sparsamt i yngre åldersgrupper. De renodlade erektionssvårigheterna är något mer jämnt fördelade mellan åldersgrupperna men med tyngdpunkten i åldrarna 30—49 år (tabell 4).

Dessa åldersfrekvenser kan övervägas ur flera aspekter. Hur ska man förklara den relativt snabbt avtagande åldersfrekvensen för renodlad ejaculatio precox? Betyder det, att prognosen för denna typ av besvär är god? Eller fortsätter kanske de flesta män med ejaculatio precox med sin snabba utlösning även upp i åren men mer liknöjda inför problemet, så att de icke bryr sig om att söka läkare? Vi vet ingenting bestämt. För en relativt god prognos talar dels en gammal ehuru veterligen obestyrkt hypotes, att yngre personer närmast fysiologiskt har en snabbare utlösning, dels uppgifter från t. ex. Kinsey om att vissa kvinnor med tiden lättare kan nå en sexuell tillfredsställelse och männens utlösning inte längre behöver bli "förtidig". (2)

Ett annat anmärkningsvärt förhållande beträffande åldersfrekvenserna är, att rådfrågningsfrekvensen även beträffande erektionssvårigheter påtagligt avtar efter femtioårsåldern. Det är dock en ålder, då vi av olika skäl kan anta, att dessa svårigheter på allvar börjar tillta i en normalpopulation. Varför söker man då inte för besvären? I vilken utsträckning kan det bero på att även det sexuella intresset avtar med åren, så att erektionssvårigheterna blir något tämligen likgiltigt?

Tabell 4 Typ av sexuell insufficiens och patienternas ålder vid undersökningstillfället.

Typ av sexuell insufficiens	Ålder						Summa
	—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—	
Enbart ejaculatio precox	3	17	11	9	0	0	40
Enbart erektionssvårigheter	1	9	13	14	7	4	48
Ejaculatio precox kombinerad med erektionssvårigheter	0	4	6	14	13	3	40

I vilken utsträckning hindrar okunnighet, genansreaktioner osv. äldre personer från att söka för sina sexuella problem, trots att de har ett kvarstående med partnern gemensamt sexuellt intresse?

Den sista frågan kan vara en lämplig övergång till ett centralt problem i vad vi här behandlar. Vad finns det egentligen för medicinsk och medicinsk-psykologisk hjälp för patienter med sexuella insufficiensbesvär?

Terapiproblem

Ur en synpunkt är situationen klart otillfredsställande. Vårt grepp om de etiologiska bakgrundsfaktorerna är mycket osäkert. Somatiska sjukdomar av klar etiologisk betydelse låter sig rätt sällan påvisas — i vårt material ströfall av multipel skleros, diabetes mellitus samt prostatiter av något osäker signifikans. Psykiatriska aspekter är vida vanligare, men icke heller psykiatriska orsakssammanhang är alltid påvisbara.

Ur en aspekt kan dock situationen alltid angripas. De sexuella insufficienserna här rör sig om, innebär alltid en störning i patientens relationer till omgivningen, och den störningen kan man försöka kompensera.

Kanske allra viktigast är att sexuella insufficiensproblem nästan alltid skapar en isoleringskänsla. Redan att patienten ingående får tala om sina svårigheter innebär därför ofta en upplevelse av förbättring. Många gånger stimuleras patienten på så sätt också att för första gången ta upp det hela med partnern. Detta bryter givetvis ytterligare isoleringen och kan någon gång ha avgörande betydelse. En stor roll för att hjälpa

patienten att handskas med sina problem och sina relationer med omgivningen beträffande dessa problem kan spelas av olika former av suggestiv stödterapi. Dessa kan kompletteras med enkla medicinska åtgärder — ett avspännande medikament vid t. ex. erfaringsbetonade erektionssvårigheter, en lokalbedövande salva över penis vid ejaculatio precoxbesvär osv. Som en mer intensiv behandling över samma linjer kan man se olika typer av hypnos- och hypnoidterapi. Mellgren i Stockholm har rapporterat utmärkt effekt av heterohypnos vid erektionssvårigheter — och minst lika goda resultat bör olika typer av autohypnoid terapi ge — t. ex. faradohypnos eller autogen training. (3)

Något som ofta är avgörande för behandlingens utgång är givetvis den roll, som spelas av den aktuella partnern. Icke sällan kan det vara denna, som har de mest djupgående sexuella störningarna. Utom i de mest okomplicerade fallen är det därför alltid angeläget att försöka få med partnern till undersökning och behandling. I vår erfarenhet erbjuder detta ofta stora problem, vilket också är omvittnat i litteraturen. Det kan bero på att partnern är för blyg för att komma till undersökningen. Det kan också bero på att partnern

Kanske allra viktigast är att sexuella insufficiensproblem nästan alltid skapar en isoleringskänsla. Redan att patienten ingående får tala om sina svårigheter innebär därför ofta en upplevelse av förbättring.

icke har någon som helst motivation för att delta i densamma — hon el. han kanske är rent ovillig inför varje tanke på fortsatt sexuell samvaro. I icke så få fall slutligen är det patienten själv, som av olika skäl inte kan tänka sig att dra in partnern i undersökningen.

Betydelsen av att alltid ta med båda parter, när det gäller sexuella samlevnadsproblem, har särskilt kraftigt understrukits av Masters och Johnson (4), vilka i detta sammanhang talar om en "family-unit"-behandling. Principen i denna är att terapeuterna i ett par om en man och en kvinna ingående diskuterar symptommonster och emotionella problem med båda parterna i det hjälpsökande paret. Behandlingen innefattar också konkreta tekniska anvisningar i själva samlagssituationen.

I likhet med mycken annan psykiatrisk terapi kan behandlingen av de här aktuella sexuella insufficienserna ses som en slags avbetingnings-terapi enligt pavlovianska principer. Man har också försökt att systematiskt utnyttja dessa moment i olika "behavior-therapy"-skolor. Vi har själva ingen erfarenhet av denna teoretiskt mer avancerade terapiform — liksom inte heller av resultatet av psykoanalys vid sexuella insufficienser.

Prognosen

De patienter, det här gäller, har väl ett grundmurat rykte för att vara svårbehandlade och prognostiskt bekymmersamma. Enligt vår erfarenhet är den bilden kanske inte helt rättvisande. Redan vid den nämnda enkla stödjande och förklarande psykoterapin kombinerad med enkla medicinska åtgärder synes patienten ofta bli bättre anpassad till sina problem — ej sällan betydligt förbättrad eller rentav bra från alla svårigheter i sammanhanget. Något säkert systematiskt grepp om behandlingsresultatet har vi dock inte — framför allt inte på längre sikt. Follow-up-undersökningar är mycket sällsynta på detta område. I en av de få systematiskt genomförda studierna hade 2/3 av patienterna kvar sina sexuella insufficiensbesvär efter en follow-up-tid på ett par år i genomsnitt. Det rörde sig emellertid om ett mycket

Men redan en bättre utbyggnad av den systematiska beskrivningen kan ha sin praktiska betydelse. Varje läkare torde ha upplevt, att detta att "känna igen" ett sjukdomstillstånd kan ha ett direkt terapeutiskt värde genom att skapa en slags trygghet hos läkaren, som kan vidarebefordras till patienten.

selekerat patientmaterial, som hade sökt ett engelskt mentalsjukhus under viss tid. (5)

Systematisk beskrivning

Som en sammanfattning av ca sex års arbete vid en sexualrådgivningsbyrå, skulle vi vilja markera framför allt två synpunkter.

Den första gäller det starka behovet av ett bättre beskrivningssystem, en klarare och mer systematisk diagnostik beträffande sexuella insufficiensstillstånd. Svårigheterna att nå fram till en sådan är förvisso påtagliga. Det är ännu rätt sparsamt med informativa somatiska undersökningsmetoder. Den psykiatriska och sociala diagnostiken är i detta som i andra fall ett motsträvt och osäkert instrument. Å andra sidan torde som bl. a. Mayer-Gross påpekat (6) de sexuella rubbningarna höra till de psykiatriskt betonade tillstånd som i särskilt liten grad blivit systematiskt studerade.

Våra egna preliminära resultat lämnar ingen direkt ny belysning beträffande orsaksfaktorerna till de aktuella sexuella besvärerna. De visar emellertid, hur man redan med enkla metoder kan särskilja påtagligt olika diagnostiska mönster beträffande rubbningar, som ofta behandlas som en slags enhetlig massa. Bakom t. ex. de olika åldersmönstren vid ejaculatio precox och erektions-svårigheter ligger rimligen olika orsaksfaktorer, som principiellt kan bli åtkomliga för undersökning och så småningom kanske också för behandling.

Men redan en bättre utbyggnad av den systematiska beskrivningen kan ha sin praktiska betydelse. Varje läkare torde ha upplevt, att detta

att "känna igen" ett sjukdomstillstånd kan ha ett direkt terapeutiskt värde genom att skapa en slags trygghet hos läkaren, som kan vidarebefordras till patienten. Denna möjlighet till suggestiv säkerhet torde ha avgjort betydelse vid de sexuella insufficiensbesvärerna; det framgår icke minst av Mellgrens erfarenheter om den regelrätta hypnosens betydelse vid samma tillstånd.

Sexologiska mottagningar

Den andra synpunkten gäller organisationen av rådgivning och behandling av patienter med sexuella problem. Dessa patienter tycks ofta komma bort i den nuvarande sjukvårdsorganisationen. I regel tycks varken allmänläkare, psykiater, kirurg eller den läkare de nu vänder sig till ta upp deras sexuella problem till ingående diskussion. Bidragande till denna undvikande attityd från läkarnas sida torde vara en osäkerhetskänsla, rotad både i de sexuella problemens tabubeläggning och läkarnas diagnostiska okunnighet.

Efter en förbättrad sexologisk utbildning borde en stor del av de sexologiska patienterna kunna skötas av olika ovan nämnda läkarkategorier. Andra fall skulle kunna fångas upp och få tillfredsställande hjälp genom familjerådgivningsbyråer och liknande institutioner. Likväl kvarstår risken att många patienter med huvudsakligen sexuella problem kan dra sig för att söka de nämnda instanserna bl. a. av ängslan för att besvära fel instans. De långa besvärstiderna före konsultationerna på RFSU-kliniken understryker, att det ofta föreligger ett tröskelmotstånd, som skall övervinnas, innan man vågar söka hjälp på detta känsliga område. Här behöver samhället marknadsföra sin service, så att den blir så tillgänglig som möjligt för medborgarna. Det kan ske bl. a. genom att en speciell sexualrådgivningsverksamhet presenteras som en naturlig del av samhällets sociala service.

Behovet av särskilda sexualrådgivningsbyråer kan också motiveras av att det ibland rör sig om mycket speciella problem, där möjligheterna att ge hjälp nära kan sammanhålla med tillgången på specialistbetonade kunskaper. Detta för över

till frågan: är det läkaren, socialarbetaren eller psykologen, som är bäst lämpad för att ta itu med den patientgrupp det här gäller? Enligt vår uppfattning bör alla dessa personalkategorier kunna ge sina bidrag. Väsentligt synes dock vara, att varje sexualrådgivare är tränad att bedöma interpersonella psykologiska problem, samt att verksamheten sker mot en bakgrund av allmänmedicinsk och psykiatrisk sakkunskap.

När det gäller den konkreta organisationen av sexualrådgivningsverksamheten kan olika alternativ tänkas. Icke minst viktigt är då att utbildningsaspekten beaktas. Med hänsyn till sexologins centrala betydelse för läkarna och läkarnas centrala roll beträffande samhällets totala sexualrådgivning — det må gälla gynekologer, psykiatrer, allmänläkare, urologer osv. — synes det vara angeläget, att man i första hand inrättar sexologiska kliniker och rådgivningsbyråer i anslutning till landets undervisningssjukhus. Sådana kliniker skulle kunna tjäna som centraler för den från många håll efterlysta utvidgade utbildningen i sexologi för läkare men också för socialarbetare och psykologer i regionen. De skulle vidare under ett uppbyggnadsskede kunna tjäna som regionens specialistinstans beträffande mer komplicerade sexologiska problem.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Kinsey Alfred C. et al.* Sexual behavior in the Human Male, WB Saunders. Philadelphia, 1948
2. *Kinsey Alfred et al.* Sexual behavior in the Human Female, WB Saunders Philadelphia, 1953
3. *Mellgren Arne.* Hypnoterapi inom sexologin. Socialmedicinsk tidskrift 10/1969
4. *Masters William H & Johnson Virginia E:* Human sexual response. Little Brown and Co, Boston 1966
5. *Johnson John,* Disorders of Sexual Potency in the Male. Pergamon Press. Oxford 1968
6. *Mayer-Cross, W.* On choosing a subject for clinical research in *Sainsbury Peter et al.* Methods of Psychiatric research. Oxford University Press, London 1963