

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PARAFILIAS

THE EVOLUTION OF THE CONCEPT OF PARAPHILIAS

Resumo

Publicada a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e estando em fase de finalização a revisão da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – duas das mais importantes classificações internacionais –, abre-se espaço para a discussão da evolução do comportamento sexual. Tal debate é motivado pela observação da dinâmica que atualiza as normas sociais desse comportamento, da forma como essas normas são construídas e do quanto elas estão submetidas ao contexto histórico, político e cultural. Este artigo, inspirado nas ponderações de Alain Giami, pesquisador do Gender, Sexual and Reproductive Health Team do Center for Research in Epidemiology and Population Health (CESP), localizado em Le Kremlin-Bicêtre, França, apresenta as classificações dos transtornos da sexualidade como representações de padrões contemporâneos e relações de gênero; e comenta que o tratamento médico das perversões sexuais (parafilias, transtornos de preferência sexual) evoluiu, durante o século passado, de um modelo de patologização de todo comportamento sexual não reprodutivo a um modelo que consagra o bem-estar sexual e a responsabilidade (consenso nos relacionamentos), enquanto patologiza a ausência de consentimento, de parte a parte, nas práticas sexuais.

Palavras-chave: Comportamento sexual, parafilias, transtornos parafilicos.

Abstract

As the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) is released, and review of the 10th International Classification of Diseases (ICD-10) approaches completion – two major international classifications – there is now room for discussion on changes in sexual behavior over time. This debate is motivated by the observation of the dynamics

that updates social norms regulating sexual behaviors, of how these norms are built and to what extent they are subjected to historical, political and cultural contexts. This article, inspired by the ideas of Alain Giami, a researcher of the Gender, Sexual and Reproductive Health Team at the Center for Research in Epidemiology and Population Health (CESP), in Le Kremlin-Bicêtre, France, presents the classifications of sexual disorders as representations of contemporary sexual norms and gender relations. Moreover, this article addresses the evolution of the medical treatment of sexual perversions (paraphilias, disorders of sexual preference), which evolved, over the course of the last century, from a model of pathologization of any non-reproductive sexual behavior to a model focused on sexual wellbeing and responsibility (consent in relationships) and that pathologizes the absence of consent in sexual practices.

Keywords: Sexual behavior, paraphilias, paraphilic disorders.

HISTÓRICO DAS CLASSIFICAÇÕES

Transtornos e problemas relacionados à sexualidade passaram a fazer parte da Classificação Internacional de Doenças em sua 6ª edição (CID-6, 1949), quando foi inaugurada uma seção dedicada aos transtornos mentais¹. Essa categoria (desvios sexuais) se manteve na CID-7 (1955)² e na CID-8 (1965)³, até a publicação da CID-9 (1990)⁴, edição em que foram introduzidos os capítulos dos transtornos de preferência sexual e o termo parafilia, repercutindo a proposta desenvolvida na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), em 1980⁵.

Na CID-6, os desvios sexuais foram alocados como uma subcategoria de personalidades patológicas, a qual agrupava inúmeros comportamentos sexuais não reprodutivos, incluindo o exibicionismo, o fetichismo, o homossexualismo (ainda categorizado como doença, daí o sufixo *ismo*), a sexualidade patológica e o sadismo,

Psiquiatra, livre-docente e professora associada, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP. Coordenadora, Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP.

diferenciando-os dos distúrbios da função sexual, classificados como “reações psicogênicas que afetam o sistema geniturinário”¹. Todas essas categorizações foram influenciadas pelos trabalhos de Krafft-Ebing⁶ e de Havelock Ellis⁷. A diferenciação entre os desvios sexuais e as “reações psicogênicas, que afetam o sistema geniturinário” foi baseada principalmente na etiologia atribuída à personalidade patológica, o que em certa medida poderia ser a causa do comportamento desviante no caso dos desvios sexuais. Por outro lado, para os distúrbios da função sexual, a personalidade não contribuiria à etiologia, considerada somática ou funcional e capaz de produzir sofrimento (embora esse termo não estivesse em uso naquela época).

O homossexualismo (masculino e feminino) figurava em extensa categoria, juntamente com a pedofilia, a sodomia, o exibicionismo, o fetichismo, o travestismo e os quadros que viriam futuramente a ser categorizados como transtorno de identidade de gênero. O homossexualismo compunha o modelo paradigmático do comportamento sexual desviante, ou seja, um comportamento não reprodutivo, associado às patologias da personalidade⁸.

A noção de desvio sexual foi apresentada na CID-9 como “inclinação e comportamentos não sancionados de forma absoluta nas diferentes sociedades e culturas e que não são, em geral, aprovados pela sociedade, para os fins sociais e biológicos”⁴.

As parafilias foram denominadas como desvios sexuais até 1975⁴ e, em seguida, como distúrbios da preferência sexual e parafilias, na CID-10 (1990)⁹.

À categoria desvios sexuais pertenciam, portanto, as atividades sexuais que não possuíam função reprodutiva e cuja definição implicava que esses comportamentos não serviam para fins “biológicos e sociais aprovados”, próprios do “comportamento sexual normal”⁴. O desvio sexual representava, então, uma espécie de distúrbio intermediário, entre as violações da ordem social e as falhas morais, e sua patologização era atribuída a formas não psicóticas da personalidade. A definição de desvios sexuais deu lugar à noção de parafilia, inicialmente no DSM-III⁵ e DSM-III-R¹⁰ e, posteriormente, na CID-10⁹.

○ CONCEITO DE PARAFILIA E DE HOMOSSEXUALIDADE

A recente publicação “Between DSM and ICD: paraphilias and transformation of sexual norms”⁸ serviu

de base para as considerações detalhadas neste artigo. A referida publicação reveste-se de interesse por ser, a um só tempo, bastante informativa e pouco opinativa.

O termo parafilia foi proposto pela primeira vez por Stekel em seu livro *Sexual aberrations*¹¹. No prefácio desse livro, Stekel definiu parapatia significando neurose; usou o termo paralogia para a psicose e parafilia para a perversão, destacando, assim, as parafilias das outras categorias de transtorno mental. Esse autor construiu a noção de parafilias com base em dois principais domínios: no primeiro volume, tratou dos vários aspectos do fetichismo, considerando-o como uma continuação da conduta impulsiva; no segundo, tratou do sadismo e do masoquismo. Para Stekel, o homossexualismo pertencia a uma categoria totalmente diferente, chamada parapatia, oriunda da repressão social à atração por homens¹².

O termo parafilia foi retomado e popularizado, em sentido não pejorativo, pelo sexólogo americano Money, designando “interesses sexuais incomuns”, definidos como “aspecto sexo-erótico ou alternativa à norma ideológica oficial”¹³. A definição de Money interessa à modernização da sexualidade, na qual a linha que separa a normalidade da patologia não é mais centrada na distinção entre função reprodutiva e não reprodutiva, mas na distinção entre normal e incomum. Assim, os “interesses sexuais incomuns”, segundo Money, não estão baseados exclusivamente no coito heterossexual e não se reportam à heteronormatividade. Além disso, eles não se enquadram no padrão de reciprocidade amorosa ou romântica.

Saúde sexual, tal como foi definida por esse autor, baseia-se na forte associação entre o prazer sexual e o amor¹⁴. Enquanto que para Krafft-Ebing toda a atividade sexual não reprodutiva era psicopatía sexual⁶, Money estabeleceu uma divisão entre formas “saudáveis” e “não saudáveis” da atividade sexual erótica¹⁴. Os teóricos das perversões sexuais e parafilias do século XX já haviam argumentado que o critério da reprodução sexual (normalidade sexual na esfera da heteronormatividade reprodutiva ou “repronormalidade”)¹⁵ não seria suficiente para se compreender a psicodinâmica dos “comportamentos sexuais incomuns”⁸.

Vale observar que a instituição da categoria parafilias e a mudança do significado desses comportamentos repercutiram, na década de 1980, os movimentos sociais

e políticos dos anos 1960 e 1970, com a liberação sexual que legitimou práticas sexuais não reprodutivas e não conjugais. O foco da atividade sexual migrou para o bem-estar e a maior proximidade (intimidade) entre os parceiros, valorizando uma interação igualitária¹⁶. Esses movimentos contribuíram para o reconhecimento da diversidade sexual.

Tal reconhecimento abarcou, a princípio, o comportamento dos heterossexuais, fora do contexto da procriação e do casamento, influenciado pela prática da contracepção hormonal¹⁷; em seguida, a despatologização da homossexualidade pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA), em 1973, reconhecida como estilo de vida e orientação sexual¹⁸. Da mesma forma, a masturbação foi legitimada como um tipo de prática sexual, que permitia melhor compreensão do erotismo. Mais tarde, o advento da epidemia da AIDS trouxe o paradigma do sexo seguro, recomendado, inicialmente, para homens homossexuais¹⁹.

As modificações das normas sociais ensejaram que o bem-estar e o consentimento entre os parceiros se tornassem prioridade na regulação dos atos sexuais. Reformulações na CID, identificadas por mudanças de conceitos sobre as atividades sexuais patológicas, renunciaram as diferentes maneiras pelas quais as parafilias seriam definidas nas versões mais recentes dessa classificação⁸.

O quadro de parafilias (transtornos da preferência sexual na CID-10)⁹ excluiu quaisquer distúrbios relacionados à homossexualidade e às questões resultantes de orientação sexual. Estes foram agrupados, na época, na categoria F66: “Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento e orientação sexuais”, podendo vir a ser completamente excluídos na proposta da CID-11²⁰.

CRITÉRIOS DO DSM E DA CID

A APA foi fundada em 1892, sob o nome de American Medico-Psychological Association, antes do nome American Psychiatric Association, cunhado em 1921. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma agência das Nações Unidas, foi estabelecida em 1948, em Genebra, sendo responsável pelo desenvolvimento da CID, atualmente em sua 10ª edição publicada. Tal

classificação foi divulgada pela primeira vez em 1948, como um desdobramento da Classificação Internacional de Causas de Morte²¹.

Na atualidade, quando o DSM da APA²² acaba de publicar a 5ª edição e a CID-10 da OMS⁹ está em fase de revisão, ocorre uma retomada da pesquisa científica sobre disfunção sexual, parafilias e transtornos da identidade de gênero^{23,24}. Grande número dessas investigações examinam os problemas relacionados à atividade e à identidade sexual em termos dos estereótipos de gênero, na tentativa de se definir, dentro dessas categorias, as especificidades masculinas e femininas que representam, bem como as relações de poder que desempenham na sociedade.

O estudo das classificações nos permite compreender as dimensões sociais, políticas e ideológicas da sexualidade implicadas no desenvolvimento de categorias e os papéis, relações e comportamentos que elas representam⁸.

O processo de revisão é uma operação internacional, com consulta a especialistas, por meio de grupos especializados de trabalho, revisões de literatura, além de ensaios clínicos produzidos em campo²⁵.

A CID-10 pode ser considerada na sua dimensão multidisciplinar e com utilidade extensiva a vários profissionais, além de psiquiatras²⁵. Observações feitas durante a elaboração das classificações revelam que a utilidade clínica e as evidências científicas não são os únicos parâmetros levados em conta na formalização dos critérios diagnósticos e, além disso, que esses conceitos são entendidos em diferentes graus em nível internacional, dependendo da saúde, do contexto político e do contexto cultural²⁶.

DA PARAFILIA AO TRANSTORNO PARAFÍLICO: DSM-5 E CID-11

O termo transtorno parafílico foi divulgado durante o trabalho da força-tarefa do DSM-5, entre 2009 e 2010²⁵.

Em uma apresentação na APA, no Congresso de São Francisco, Krueger abordou os critérios propostos para transtornos parafílicos na CID-11²⁷. Esses critérios incluem um padrão persistente e intenso de excitação sexual atípica, que se manifesta por pensamentos, fantasias, impulsos e/ou comportamentos sexuais. Se o foco do padrão de excitação envolve outros indivíduos cuja idade ou circunstâncias os tornam incapazes de

Psiquiatra, livre-docente e professora associada, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP. Coordenadora, Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP.

consentir (por exemplo, crianças, pré-púberes, animais ou pessoa que não saiba que está sendo observada através de uma janela), o diagnóstico se impõe, caso o indivíduo tenha agido sob esse padrão de excitação e/ou tenha ficado intensamente angustiado por isso.

Nos padrões de excitação que envolvam adultos com consentimento ou comportamento solitário, um transtorno será diagnosticado somente se:

- o indivíduo apresentar-se angustiado com a natureza da excitação e a angústia não for simplesmente uma consequência da rejeição ou do medo de ser rejeitado, devido a esse padrão de excitação; ou
- a natureza do comportamento parafilico envolver importante risco de dano ou morte (por exemplo, asfixiofilia).

Cogita-se que uma excitação padrão, que não envolva falta de consentimento ou incapacidade de consentir e que não esteja associada a marcada angústia ou significativo risco de lesão ou morte, não seja considerada um transtorno. A CID-11 pretende incluir ausência de consentimento, angústia e danos como dimensões constitutivas²⁷.

Esta definição consagra maior tolerância aos pensamentos, fantasias, impulsos e/ou comportamentos sexuais que foram outrora considerados como “incomuns”. No caso de situações que não envolvam “outros, cuja idade ou estado os torna incapazes ao consentimento”, o transtorno parafilico será diagnosticado apenas no caso de perigo ou risco para a vida do indivíduo ou de seu parceiro.

DIVERGÊNCIAS ENTRE DSM-5 E CID-11

O DSM-5²² e a CID-11⁸ apresentam importantes divergências. O manual americano enseja o fim da definição de certos comportamentos sexuais como patológicos em si mesmos e os rotula como patológicos apenas quando resultam em sofrimento do indivíduo. Esse manual incluiu na seção de transtornos parafilicos critérios diagnósticos que distinguem comportamentos sexuais atípicos sem natureza patológica (parafilias) daqueles patológicos (transtornos parafilicos)²². De acordo com essa distinção, parafilia é “qualquer interesse sexual intenso e persistente que não seja o interesse sexual na estimulação genital ou nas carícias

preliminares, com parceiros humanos fenotipicamente normais, fisicamente maduros e capazes de dar consentimento”²². Já o transtorno parafilico constitui “uma parafilia que usualmente causa sofrimento ou prejuízo para o indivíduo, ou, ainda, uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano a outro”²². Esses quadros são assim classificados: transtorno pedofilico, transtorno transvético, transtorno exibicionista, transtorno fetichista, transtorno voyeurístico, transtorno de masoquismo sexual, transtorno de sadismo sexual, transtorno frotteurístico, outros transtornos parafilicos específicos e transtornos parafilicos não específicos. Observa-se notório contraste com a sistematização e os critérios diagnósticos ainda vigentes dos transtornos de preferência sexual da CID-10⁹, representando o DSM-5 uma verdadeira mudança de paradigma.

A revisão proposta pela CID-11 parece responder às críticas daqueles que consideram, por exemplo, que as práticas sadomasoquistas não são patológicas, uma vez que estão baseadas em livre-arbítrio e consentimento por parte dos protagonistas^{28,29}. Segundo a CID-10, os transtornos de preferência sexual se caracterizam por impulsos sexuais intensos e recorrentes, fantasias sexuais específicas e práticas sexuais repetitivas e persistentes, exclusivamente em resposta a objetos ou situações incomuns. Podem ser caracterizados como exageros da norma sexual, fixação sexual anormal ou obsessiva, interesse e comportamento sexual desviante, comportamento sexual mal-adaptativo adquirido ou violação dos costumes sexuais⁹. Nessa categoria se incluem: fetichismo, travestismo fetichista, exibicionismo, voyeurismo, pedofilia, sadomasoquismo e transtornos múltiplos da preferência sexual. No entanto, enquanto o DSM-5 já considera que a existência de um determinado comportamento, na ausência de desconforto, não seja suficiente para caracterizar um transtorno parafilico, os documentos prévios da CID-11 não demonstram o mesmo grau de tolerância para com esses comportamentos⁸.

O projeto da CID-11 propõe, portanto, que comportamentos parafilicos, principalmente aqueles que envolvam falta de consentimento por parte do parceiro, devam ser considerados parafilicos em sua própria natureza, incluindo-se ou não o sofrimento por parte do indivíduo ou do parceiro. Ou seja, a CID-11 não despatologiza os comportamentos sexuais em si,

mas apenas aqueles sem parceiro (masturbação) ou que envolvam parceiros consensuais⁸.

Há, ainda, quem defenda a importante distinção entre a variação normal do comportamento (parafilia não patológica) dos crimes, em especial a pedofilia. A sugestão seria remover do DSM-5 certas parafilias, incluindo a pedofilia. Defende-se que a remoção da pedofilia faria concentrar a atenção sobre o aspecto penal desses atos e não permitiria que os autores desses crimes aludissem à doença mental como defesa ou a usassem para atenuar a responsabilidade por seus crimes^{28,30}.

CONCLUSÃO

A ciência médica tem gradualmente legitimado a atividade sexual não reprodutiva, por meio do desenvolvimento da contracepção hormonal e da despatologização da homossexualidade, além do desenvolvimento de uma medicina sexual que reconhece a atividade sexual erótica, tão importante à saúde como a atividade sexual dirigida à procriação.

A análise das mudanças que ocorreram na categoria dos desvios sexuais (parafilias) na CID, ao longo da segunda metade do século XX, mostra uma evolução lenta, com distanciamento progressivo do modelo psiquiátrico e médico do século XIX, em que a normalidade sexual teve como base o coito heterossexual, dentro de um casamento heterossexual, sendo doença mental os desvios do instinto reprodutivo³¹. As ideias introduzidas no DSM-III, que pela primeira vez excluíram a homossexualidade do domínio dos transtornos mentais e sexuais, refletem ampla mudança nas normas sociais sobre o comportamento sexual^{16,32}, bem como na relação entre a medicina e a sexualidade³³.

O critério de angústia/sofrimento como condição necessária para um comportamento, desejo ou fantasia ser reconhecido como patológico também reflete mudanças na concepção de normalidade sexual e sua associação com o bem-estar. A partir dessa perspectiva, parece totalmente coerente a patologização de comportamentos sexuais que inflijam sofrimento ou danos ao indivíduo e/ou ao parceiro. No entanto, a ideologia do bem-estar não parece ser avaliada da mesma forma pelo DSM e pela CID, uma vez que, para a CID, o critério de presença de angústia não está sendo considerado como uma condição necessária à classificação de alguns comportamentos

como patológicos em si e por si. Ou seja, a CID-11 tende a seguir patologizando comportamentos socialmente condenáveis, mesmo na ausência de angústia.

Artigo submetido em 26/04/2016, aceito em 09/05/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Carmita H. N. Abdo, Rua Gil Eanes, 492, Bairro do Campo Belo, CEP 04616-001, São Paulo, SP. E-mail: carmita.abdo@uol.com.br

Referências

1. World Health Organization (WHO). Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva: WHO; 1948.
2. WHO. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Seventh revision. Geneva: WHO; 1955.
3. WHO. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Eighth revision. Geneva: WHO; 1965.
4. WHO. The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1975.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington: American Psychiatric Publishing; 1980.
6. Krafft-Ebing R. Psychopathia sexualis with special reference to contrary sexual instinct. A medico-legal study. London: F.A. Davis Company; 1895.
7. Grosskurth P. Havelock Ellis: a biography. New York: Knopf; 1980.
8. Giami A. Between DSM and ICD: paraphilias and the transformation of sexual norms. Arch Sex Behav. 2015;44:1127-38.
9. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1990.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Revised Edition (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association; 1987.

Psiquiatra, livre-docente e professora associada, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP. Coordenadora, Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP.

11. Stekel W. Disorders of the instincts and the emotions. Sexual aberrations. The phenomena of fetishism in relation to sex. New York: Liveright Publishing Corporation; 1930.
12. Stekel W. Onanisme et homosexualité. La paropathie homosexuelle. Paris: Gallimard; 1951.
13. Money J. Gay, straight, and in-between: the sexology of erotic orientation. Oxford: Oxford University; 1990.
14. Money J. Lovemaps: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity. Buffalo: Prometheus; 1993.
15. Franke K. Theorizing yes: an essay on feminism, law and desire. Columbia Law Rev. 2001;101:181-208.
16. Hekma G, Giami A. Sexual revolutions. Houndmills: Palgrave; 2014.
17. McLaren A. Twentieth century sexuality: a history. Oxford: Blackwell; 1999.
18. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. New York: Basic Books; 1981.
19. Laqueur T. Solitary sex: a cultural history of masturbation. New York: Zone Books; 2003.
20. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, Garcia-Moreno C, Atalla E, et al. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Bull World Health Organ. 2014;92:672-9.
21. Jablensky A. An overview of the prospects for ICD-10. In: Mezzich J, von Chranach M, editors. International classification in psychiatry: unity and diversity. Cambridge: Cambridge University; 1988. p. 343-64.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
23. Angel K. The history of 'Female Sexual Dysfunction' as a mental disorder in the 20th century. Curr Opin Psychiatry. 2010;23:536-41.
24. Duschinsky R, Chachamu N. Sexual dysfunction and paraphilias in the DSM-5: pathology, heterogeneity, and gender. Fem Psychol. 2013;23:49-55.
25. Zucker KJ. Reports from the DSM-V Work Group on sexual and gender identity disorders. Arch Sex Behav. 2010;39:217-20.
26. Demazeux S. Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris: Ithaque; 2013.
27. Krueger RB. Sexual disorders and sexual health in the ICD-11: parallels and contrasts with DSM-5 paraphilic disorders. In: Meeting of the American Psychiatric Association; 2013; San Francisco, USA.
28. Moser C, Kleinplatz PJ. DSM-IV-TR and the paraphilias: an argument for removal. J Psychol Hum Sex. 2005;17:91-109.
29. Reiersøl O, Skeid S. The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. J Homosex. 2006;50:243-62.
30. Fink PJ. Sexual and gender identity disorders: discussion of questions for DSM-V. J Psychol Human Sex. 2005;17:117-23.
31. Lanteri-Laura G. Lecture des perversions: histoire de leur appropriation médicale. Paris: Masson; 1979.
32. Allyn D. Make love not war. The sexual revolution: an unfettered history. Boston: Little, Brown & Company; 2000.
33. Soble A. Philosophy, medicine, and healthy sexuality. In: Shelp E, editor. Sexuality and medicine: conceptual roots. Boston: D. Reidel Publishing Company; 1987. p. 111-38.