

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

NINA SIRK

**SOCIALNA KONSTRUKCIJA SEKSUALNOSTI:
primer medicinske konstrukcije seksualne disfunkcije
in medikalizacije seksualnosti**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2008

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

NINA SIRK

Mentorica: izr. prof. dr. Alenka Švab

**SOCIALNA KONSTRUKCIJA SEKSUALNOSTI:
primer medicinske konstrukcije seksualne disfunkcije
in medikalizacije seksualnosti**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2008

*Zahvaljujem se mentorici
izr. prof. dr. Alenki Švab za ideje, pomoč
in spodbudne predloge.*

*Hvaležna sem svojim staršem,
ker so mi vedno stali ob strani.*

Peter, hvala, ker si.

SOCIALNA KONSTRUKCIJA SEKSUALNOSTI: primer medicinske konstrukcije seksualne disfunkcije in medikalizacije seksualnosti

Seksualnost je danes povsem vsakdanja tema, vendar se ljudje le redko vprašamo, kaj to je. Večina ljudi ima seksualnost za nekaj biološkega, samoumevnega in nevprašljivega. Vendar pa je vse prej kot to – je socialni, kulturni in politični konstrukt, ki obstaja v določenem času in v določenem prostoru. Ravno tako tudi seksualna disfunkcija, ki je v današnjem prevladujočem mehanicistično biomedicinskem diskurzu definirana kot nedelovanje enega izmed delov *spolnega odnosa*. William Masters in Virginia Johnson sta definirala model človekovega seksualnega odzivanja, ki temelji na biološkem in medicinskem razumevanju človeške seksualnosti. Kljub številnim pomanjkljivostim je to še vedno veljaven model razumevanja človeške seksualnosti. Kritika takšnega razumevanja seksualnosti prihaja predvsem s strani feminističnih seksologinj. Primer alternativnega pogleda na človeško seksualnost je feministična seksološka iniciativa z naslovom *Novi pogled na ženske seksualne probleme*.

Diplomska naloga se ukvarja s kritiko biomedicinskega razumevanja človeške seksualnosti ter analizo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni), glavnega referenčnega dokumenta, ki ga različni strokovnjaki po vsem svetu uporabljajo pri diagnosticiranju duševnih motenj (vključno s seksualnimi motnjami). Moj namen je pokazati, da je seksualnost mnogoplasten pojem in da nanjo vplivajo mnogi družbeni in subjektivni dejavniki.

Ključne besede: človeška seksualnost, cikel človekovega seksualnega odzivanja, Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni, socialni konstrukcionizem, medikalizacija seksualnosti

SOCIAL CONSTRUCTION OF SEXUALITY: the case of medical construction of sexual dysfunction and medicalization of sexuality

Sexuality is today entirely common theme, but people rarely ask ourselves, what it is. Most of the people thinks that sexuality is something biological, natural and undisputable. But it is anything but that – social, cultural and political construct that exists in certain time and certain area. And so is sexual dysfunction, which is in today's prevailing mechanical biomedical discourse defined as dysfunction of one of the parts of *sexual intercourse*. William Masters in Virginia Johnson defined the human sexual reponse cycle, which is based on biological and medical understanding of human sexuality. Despite many deficiencies it is still valid model of understanding of human sexuality. Critique of such understanding of sexuality comes mostly from feminist sexologists. An example of alternative view on human sexuality is feminist sexological initiative titled *A New View of Women's Sexual Problems*.

Diploma is concerned with critique of the biomedical understanding of human sexuality and analysis of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), key referential document which different experts all over the world use at diagnosing mental disorders (including sexual disorders). My purpose is to show that sexuality is multidimensional concept and that many social and subjective factors influence it.

Key words: human sexuality, human sexual reponse cycle, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, social constructionism, medicalization of sexuality

KAZALO

1. UVOD.....	8
2. SOCIALNI KONSTRUKCIONIZEM IN SEKSUALNOST	11
3. CIKEL ČLOVEKOVEGA SEKSUALNEGA ODZIVANJA.....	17
3.1 KRITIKE MODELA ČLOVEKOVEGA SEKSUALNEGA ODZIVANJA	20
3.2 ALTERNATIVE.....	22
3.2.1 MODEL 1.....	23
3.2.2 MODEL 2.....	26
4. DEFINICIJE SEKSUALNIH MOTENJ PO DSM	27
4.1 ZGODOVINA DSM.....	27
4.2 VEČOSNI SISTEM	30
4.3 PRIMERJAVA DSM-IV-TR IN ICD-10	30
4.4 SEKSUALNE MOTNJE	32
4.4.1 ŽENSKE	37
4.4.1.1 Motnje seksualne želje.....	37
4.4.1.1.1 Pomanjkanje ali izguba seksualne želje	37
4.4.1.1.2 Seksualna averzija.....	40
4.4.1.1.3 Komentar motenj seksualne želje	43
4.4.1.2 Motnje seksualnega vzburjenja	44
4.4.1.2.1 Ženska motnja seksualnega vzburjenja	44
4.4.1.3 Motnje orgazma.....	50
4.4.1.3.1 Ženska motnja orgazma	50
4.4.1.4 Bolečine pri seksualni aktivnosti	54
4.4.1.4.1 Disparevnija.....	54
4.4.1.4.2 Vaginizem	57
4.4.1.4.3 Komentar bolečin pri seksualni aktivnosti.....	59
4.4.2 MOŠKI	60
4.4.2.1 Motnje seksualnega vzburjenja	60

4.4.2.1.1	Motnja erekcije.....	60
4.4.2.2	Motnje orgazma.....	63
4.4.2.2.1	Moška motnja orgazma.....	63
4.4.2.2.2	Prezgodnja ejakulacija	64
4.5	KRITIKA DSM	68
5.	MEDIKALIZACIJA SEKSUALNOSTI.....	69
5.1	INSTITUCIONALIZACIJA MEDICINE	71
5.2	SEKS JE ZDRAV	72
5.3	MEDIKALIZACIJA MOŠKE SEKSUALNOSTI	73
5.4	MEDIKALIZACIJA ŽENSKSE SEKSUALNOSTI.....	79
5.5	PRIMER MEDIKALIZACIJE IN KOMERCIALIZACIJE SEKSUALNOSTI IN SEKSUALNIH MOTENJ - PRISTOP ZDRAVNIC DR. JENNIFER BERMAN IN DR. LAURE BERMAN...	82
6.	SEKSUALNA TERAPIJA	88
6.1	FEMINISTIČNA SEKSUALNA TERAPIJA.....	90
7.	ALTERNATIVE MAINSTREAMU (=DSM)	92
7.1	PREDSTAVITEV "NOVEGA POGLEDA NA ŽENSKSE SEKSUALNE PROBLEME"	92
7.2	PREDSTAVITEV "NOVE KLASIFIKACIJE SEKSUALNIH PROBLEMOV, KI ZADEVAJO ŽENSKSE IN MOŠKE"	95
8.	ZAKLJUČEK	97
9.	SLOVARČEK KLJUČNIH IZRAZOV IN KRATIC	100
10.	PRILOGA	102
	PRILOGA A : ČLANEK Z NASLOVOM SEKS JE ČUDOVIT IN ZDRAV.....	102
11.	LITERATURA.....	103

SEZNAM SLIK, GRAFOV IN TABEL

Slika 3.1	Prikaz cikla človekovega seksualnega odzivanja	18
Slika 3.2	Alternativni cikel človekovega seksualnega odzivanja	24
Slika 3.3	Ženski cikel seksualnega odzivanja	25
Slika 3.4	Predlagani model za cikel človekovega seksualnega odzivanja	26
Tabela 4.1	Različne verzije DSM	28
Tabela 4.2	Primerjava klasifikacije seksualnih disfunkcij	29
Tabela 4.3	Primerjava DSM-IV in ICD-10	31
Tabela 4.4	Razširjenost seksualnih disfunkcij po spolu	35
Tabela 4.5	Elementi, ki vzpodbujajo ali zavirajo vzburjenje pri ženskah	46
Tabela 4.6	Podskupine ženske motnje seksualnega vzburjenja po Rosemary Basson	47
Slika 4.1	Model ženskega seksualnega vzburjenja	48
Slika 5.1	Oglas za viagro	76
Slika 5.2	Oglčas podjetja Bayer	78
Slika 5.3	Obljuba na spletni strani www.erekcija.si	79
Slika 7.1	Slogan <i>Novega pogleda na ženske seksualne probleme</i>	94

1. UVOD

Za temo seksualnosti sem se začela zanimati, ko sem sodelovala pri dveh raziskovalnih projektih¹, v okviru katerih sem se ukvarjala z analizo internetnih oglasov na spletnem portalu ona-on.com ter s seksualnimi imperativi, katerih prisotnost smo z metodo fokusnih skupin raziskovali na vzorcu študentk. Poleg tega me je pritegnilo tudi to, da je tema seksualnosti v slovenskem prostoru dokaj šibko prisotna (če odmislimo popularne revije, kot je na primer Cosmopolitan, ter različne priročnike za samopomoč).

Pomembno je poudariti, da je znanstvena produkcija na temo seksualnosti najbolj obsežna in razvita v Združenih državah Amerike, čeprav je diskurz o seksualnosti močno prisoten tudi v nekaterih evropskih državah (na primer na Nizozemskem, v skandinavskih državah in Angliji). Vendar pa teoretski pristopi v obliki člankov evropskih avtorjev najpogosteje izhajajo v ameriških revijah in s tem bolj prispevajo k ameriški kot pa evropski produkciji.

Moj namen je analizirati, kako poteka socialna in medicinska konstrukcija človeške seksualnosti skozi dva vidika, in sicer skozi seksualno disfunkcijo in skozi medikalizacijo človeške seksualnosti na splošno. Pokazati želim, kako je človeška seksualnost socialno skonstruirana preko medikalizacije seksualnosti, kar ima ključen vpliv na to, kako seksualnost razumemo in praticiramo v vsakdanjem življenju, kajti preko medikalizacije seksualnosti poteka tudi regulacija seksualnosti, torej določanje, kaj je prav in kaj narobe oziroma kaj je 'normalno' in kaj 'nenormalno'.

V diplomski nalogi so me v zvezi s seksualno disfunkcijo in medikalizacijo seksualnosti zanimala podobna vprašanja – kaj ta dva pojma sploh predstavljata, kdaj in kako sta se vzpostavila, kakšne so njune posledice za posameznike in kakšno vlogo ima pri tem biomedicinsko razumevanje človeške seksualnosti.

Pri pisanju sem se osredotočila na naslednje ključne izhodiščne ideje:

¹ Nosilca prvega projekta "Internet dating v Sloveniji" (2006–...) sta dr. Alenka Švab (UL-FDV) in dr. Roman Kuhar (UL-FF; Mirovni inštitut), sodelovala sem s študentko kulturnih študijev in antropologije Elizabeto Matkovič z Univerze na Primorskem. Nosilka drugega projekta "Seksualni imperativi v percepcijah seksualnosti pri mladih ženskah" (2007–...) je dr. Alenka Švab (UL-FDV), sodelovala sem s študentom kulturnih študijev in antropologije Evgenom Štefančičem z Univerze na Primorskem. Oba projekta sta bila predstavljena na mednarodnem študentskem simpoziju v Grožnjanu na Hrvaškem, in sicer je bil prvi projekt predstavljen 5. in 6. maja 2007, drugi pa 16.–18. maja 2008.

1. Seksualnost in s tem tudi seksualna disfunkcija ni nekaj naravnega, nekaj, kar bi ostajalo samo po sebi.
2. Ljudje smo zelo kompleksna bitja in to velja tudi za ljudi kot seksualna bitja. Za človeka je težko določiti, kaj je 'normalno' vedenje, še toliko težje pa je to v seksualnosti, ker je nemogoče vedeti, kaj ljudje počnejo v zasebnosti.
3. DSM² je nezadosten v diagnosticiranju seksualnih motenj, saj ne upošteva mnogih vidikov seksualnosti, enači moško in žensko seksualnost ter se opira na biomedicinsko razumevanje človeške seksualnosti.
4. Danes sta medicina in farmacija tisti, ki skupaj vladata področju pojmovanja in definiranja seksualne disfunkcije, kar pomeni, da je biomedicinski model prevladujoč, a ne tudi zadovoljiv kontekst pojasnjevanja seksualnih disfunkcij.
5. Ženska seksualnost ni nič bolj kompleksna od moške, čeprav predvsem v popularnem diskurzu obstaja nasprotno mnenje. Znanstveniki sicer ne poudarjajo, da moška seksualnost ni kompleksna, ampak v zvezi s kompleksnostjo večinoma omenjajo samo žensko seksualnost. Pri ženskah naj bi imela večjo vlogo čustva in kontekst, medtem ko je seksualnost moških omejena na delovanje penisa. Zelo redko je možno zaslediti mnenje, da tudi pri moških ni vse tako enostavno.

Cilj moje diplome je prikaz, da je človeška seksualnost bistveno bolj zapletena, kot se jo prikazuje predvsem v medijih, pa tudi v akademskih krogih, ki so zavezani biomedicinskemu pristopu. Seksualnosti se ne da omejiti samo na primerno delovanje spolnih organov, vendar pa je dandanes tako, da se ji pogosto pripisuje osrednji pomen v življenju posameznika. In če v seksualnosti vsi vzvodi primerno delujejo, potem deluje vse.

Moje teoretsko izhodišče je socialni konstrukcionizem, ki ga na začetku na kratko predstavim. Sledita opis in analiza človekovega cikla seksualnega odzivanja, ki sta ga v 60. letih 20. stoletja definirala William Masters in Virginia Johnson, še danes pa predstavlja osnovo, kako ljudje razumejo seksualnost. Večji del diplomske naloge je posvečen kritiki priročnika DSM, ki temelji na omenjenem ciklu in je uveljavljena

² DSM je kratica za *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni). Pri diagnosticiranju duševnih bolezni (in seksualnih motenj) ga uporabljajo psihiatri, psihologi, zdravniki, pravniki in drugi strokovnjaki po vsem svetu. Priročnik je natančneje predstavljen v 4. poglavju.

Pri sklicevanju na DSM uporabljam različne oblike naslova – z DSM je mišljen priročnik na splošno in ne kaka posebna izdaja, DSM-IV je četrta izdaja (1994), vendar pa so definicije motenj povsem enake kot v DSM-IV-TR (2000), ki ga citiram. Zato pogosto uporabljam obliko DSM-IV(-TR), ki se nanaša na obe izdaji.

klasifikacija, po kateri se posameznike razdeljuje na funkcionalne in disfunkcionalne, normalne in nenormalne, zdrave in bolne ... Nato predstavim bolj splošen koncept medikalizacije seksualnosti, katerega vidik je tudi DSM, sledita še zdravljenje seksualnih disfunkcij (področje, ki mu prav tako dominira medikalizacija) in predstavitev alternative DSM, ki jo zagovarjajo feministične seksologinje. Na koncu diplome je dodan slovarček ključnih izrazov in kratic.

2. SOCIALNI KONSTRUKCIONIZEM IN SEKSUALNOST

Seksualnost je koncept, ki ga je zelo težko celostno razložiti in tudi v znanstvenem preučevanju človeške seksualnosti (sociologija, medicina, biologija, seksologija, študije seksualnosti ipd.) ostaja še vrsta nepojasnjenih vidikov. Z gotovostjo lahko rečemo, da je človeška seksualnost eno najbolj kompleksnih področij tudi za znanstveno preučevanje.

Večina ljudi v povezavi s seksualnostjo najprej pomisli na biološke dejavnike in na te so se osredotočile tudi prve teorije. Za **esencialiste in sociobiologe** so osnova seksualnosti geni, hormoni, fiziologija in evolucija. V tradiciji teh teorij so delovali prvi raziskovalci seksualnega vedenja, kot so avstrijski psihiater Richard von Krafft-Ebing (zadnje četrtnetle 19. stoletja), Alfred Kinsey (40. in 50. leta 20. stoletja) ter William Masters in Virginia Johnson (60. in 70. leta 20. stoletja). Čeprav so njihove teorije vplivne še danes, pa ne pojasnjujejo seksualnega vedenja, ki ne spada v okvire heteroseksualnega spolnega odnosa, namenjenega za reprodukcijo (jasna je ločnica naravno – nenaravno) (glej Plante 2006: 44-45).

Pomemben je tudi vpliv Sigmunda Freuda (1856–1939) in **psihoanalize**, po kateri se ljudje rodimo s polimorfno perverznošjo (nediferencirano seksualno vedenje), ki pa se z učenjem o pravilnem seksualnem vedenju preoblikuje v diferencirano seksualnost (glej Plante 2006: 50-51). Splošna kritika te teorije je, da jasno razločuje pravilno seksualno vedenje od nepravilnega oziroma normalno od patološkega.

Ideja **teorij socialnega učenja** je, da je seksualnost vsaj delno naučena in to dojemanje se je začelo razvijati šele v 70. letih 20. stoletja. Osnova te teorije je učenje na osnovi vplivov iz okolja in odzivov nanje. Vsekakor se "naučimo, kako oblikovati drže (attitudes) iz našega okolja in vplivov pomembnih drugih, kot so vrstniki in družina", vendar pa je nevarnost te teorije, da preveč posplošuje, kar lahko vodi v napačno domnevanje, da je vse, kar nas vodi, samo odnos vpliv – odziv (glej Plante 2006: 52-53).

Teorija izmenjave je v seksualnosti uporabna znotraj seksualnega odnosa, saj je njena predpostavka, da ljudje delujemo po načelu daj – dam in da je recipročnost ključna (glej Plante 2006: 53). Vendar pa ta koncept pogosto ne deluje – recipročnost je v seksualnosti po mojem mnenju najbolj vidna v izmenjavi orgazmov obeh

partnerjev, kar pa se ne izide, ko ženske hlinijo orgazem, saj gre v tem primeru za kvazi-recipročnost (ne izmenjuje se enako za enako).

Z doslej opisanimi teorijami se v določenih pogledih celo strinjam, vseeno pa mislim, da nobena od njih ne zadostuje, predvsem se mi zdi, da jim manjka upoštevanje širšega družbenega konteksta.

"Seksualna srečanja vključujejo višjo stopnjo utelešenega sebstva kot mnoge druge oblike socialne interakcije, vendar pa ne smemo pozabiti, da *so* družbena" (Jackson in Scott 2007: 96; poudarek v izvirniku). Podobno pravi tudi Stephen Heath: "Seksualno je naravno, če želiš, vendar pa je *vedno tudi že kulturno, vedno konstruirano*. Sklicevanje na naravo in naravno je del konstrukcije današnje 'seksualnosti', del njene moči in ideološkega prijema" (Heath 1984: 165; poudarek dodan). Zato sem se osredotočila na teorijo **socialnega konstrukcionizma**, ki ima tri pomembne značilnosti:

- kritičnost do idej in informacij, ki jih imamo za samoumevne;
- zavedanje kulture, družbe in zgodovine;
- zavedanje socialnih procesov, ki konstruirajo naš pogled na svet (Plante 2006: 45-46).

Pomemben vpliv na socialni konstrukcionizem so imele feministične teorije, saj so se prve začele spraševati o stvareh, ki jih jemljemo za samoumevne, pa to niso (primer je kritično razmišljanje o biološkem in družbenem spolu). Svoj delež je prispeval tudi francoski filozof **Michael Foucault** (1926-1984), na katerega idejah temelji postmoderna teorija. Menil je, da se "seksualnosti in seksualne izkušnje producirajo, spreminjajo in prilagajajo znotraj večno-spreminjajočega-se seksualnega diskurza" (Tiefer 2004b: 17), poudaril pa je tudi, da se seksualnost "zdi kot neka zbita točka, skozi katero gredo odnosi oblasti" (Foucault 2000: 108).

Po Foucaultu "glavni preobrat v dojemanju seksualnosti same kot neprijetne in grešne sovpada s širjenjem krščanstva" (Smith 1999: 81), zanimivo pa je, da se je krščanstvo kljub prepovedi neposrednega govorjenja in pisanja o seksualnosti zelo veliko ukvarjalo s seksualnostjo. Tako je velik del spovedi zadeval seksualne grehe in spovedniki so spovedance zelo natančno spraševali o naravi njihovih grehov, obstajalo je nešteto pravil o tem, kdaj, kje, s kom, kako ... je lahko kdo seksualno aktiven in za kršitelje so bile določene natančne in zelo visoke kazni (glej Foucault 2000, Ranke-Heinemann 1992).

V svoji knjigi *Zgodovina seksualnosti, prvi zvezek (Volja do znanja)*, je francoski filozof zapisal, da je tudi v zvezi s seksualnostjo "v začetku 17. stoletja še veljala določena odkritost", kar pa se je zaostriло v 19. stoletju, ko se je seksualnost omejilo na "sobo staršev" – omejili so jo na dva poročena človeka nasprotnega spola in ji namenili vlogo reprodukcije. Vse ostalo spada v polje nenormalnega (glej Foucault 2000: 7-8).

Tolman in Diamond (2001 v Wood idr. 2006: 239) interpretirata Foucaulta v smislu, da so "konceptualizacije seksualne želje /.../ strateški socialni diskurzi, ki so ustvarjeni in razvrščeni s strani tistih, ki posedujejo socialno avtoriteto in moč /.../. Pomembno je poudariti, da ti diskurzi običajno niso vidni kot taki, ampak odražajo nekaj, kar se *zdi* naravno, dejansko ali objektivno resnično" (poudarek v izvirniku). Na ta način je "seksualna želja kulturni produkt in producirana ali konstruirana je različno v različnih družbah in zgodovinskih obdobjih" (McHugh 2007: 35).

Socialnemu konstrukcionizmu pripadata tudi William Simon in John Gagnon s svojo **teorijo o seksualnih scenarijih** (sexual scripts), ki sta jo leta 1973 podala v knjigi *Sexual Conduct: The Social Sources to Human Sexuality*. Kritično sta zavrnila sociološki funkcionalizem in biološki determinizem in se osredotočila na izrecno ne-biološke dejavnike, ki vplivajo na posameznikovo seksualnost (glej Simon in Gagnon 2003: 491).

Čeprav mnogi pravijo, da v seksualnosti ni nič družbenega, pa Simon in Gagnon pravita, da je "ravno seksualno tisto področje, kjer sociokulturne navade povsem prevladajo nad biološkimi vplivi" (Simon in Gagnon 1998: 60) in da so biološki dejavniki nezadostni za pojasnjevanje seksualnosti.

"Seksualni scenariji so kulturno proizvedene, deljene in ojačane socialne norme, ki služijo kot načrti, ki vodijo seksualno vedenje in vedenje družbenega spola." Da je neko vedenje prepoznano kot seksualno, je pomembno, da se tako tudi dojema, kar pa je odvisno od "kulturnega konsenza, kaj je v neki skupnosti, družbi ali obdobji definirano kot seksualno" (Plante 2006: 55-56). Tako zna biti danes v naši družbi masaža zelo seksualno dejanje, če se izvaja med partnerjema, vendar pa v njej ni nič seksualnega, če nas v nekem wellness centru zmasira profesionalni maser/ka.

V zvezi s seksualnim vedenjem v teoriji scenarijev obstajajo tudi določene predpostavke, in sicer, da imajo vzorci seksualnega vedenja izvor na lokalni ravni, da se ne rodimo z nekim notranjim instinktom in informacijami o seksu, da se vse

življenje učimo o vzorcih primernega seksualnega vedenja in da seksualne scenarije neprestano individualno prilagajamo (Laumann in Gagnon 1995: 187-188).

Obstajajo tri ravni scenarijev, in sicer kulturna, medosebna in duševna, Rebecca F. Plante (2006) pa je te tri ravni dopolnila še s subkulturno. Kulturni scenariji (cultural scenarios) so abstraktna navodila, ki obstajajo na najširši in najbolj splošni societalni ravni. Tu se oblikujejo prepričanja, da je heteroseksualnost prava in pričakovana. Na predlagani subkulturni ravni se posredujejo sporočila med manjšimi skupinami, kot so verske skupnosti in etnične manjšine. Medosebni scenariji (interpersonal scripts) se dogajajo na ravni interakcij, v katere se posamezniki kot akterji zapletajo v medosebnih odnosih, na primer s sodelavci, prijatelji in drugimi družinskimi člani. Duševni scenariji (intrapsychic scripts) so načrti, fantazije, spomini, želje in razmišljanje, s katerimi posamezniki vodijo in odražajo svoje preteklo, sedanje in prihodnje vedenje (Laumann in Gagnon, 1995: 190; Simon in Gagnon 1984: 53; Plante 2006: 56).

Laumann in Gagnon (1995: 191-193) sta teorijo dopolnila še s socialnimi značilnostmi posameznikov in jih poimenovala "glavni statusi" ("master statuses"), ki jih lahko definiramo kot "tiste značilnosti osebe, ki najbolj značilno oblikujejo njihovo samozaznavanje in njihove možne načine delovanja ter kako dojemajo, da drugi pospešujejo ali zavirajo te samozaznave in načine delovanja". Avtorja omenjata, da so naslednji "glavni statusi" značilni za Združene države Amerike, čeprav bi jih lahko vsaj v določeni meri aplicirali na večino Zahodnega sveta: "družbeno interpretirane fizične značilnosti, kot so spol, etnično poreklo in starost, druge socialno pomembne značilnosti, kot so zakonski stan, izobrazba, politična usmerjenost ali religijska pripadnost". "Glavni statusi" se od družbe do družbe razlikujejo, so pa pomemben oblikovalec identitete in prepričanj ljudi, saj se ljudje z njimi pogosto istovetimo. Pričakujemo, da se bodo ljudje obnašali v skladu s svojimi "glavnimi statusi", poleg tega tudi menimo, da je tako prav. "Glavni statusi" imajo naslednje značilnosti:

- so osnova za način, kako deluje socialna interakcija, saj organizirajo in strukturirajo socialne odnose med ljudmi (značilnost tudi seksualnih razmerij je, da izbiramo sebi podobne partnerje);
- so osnovni element samoidentitete, saj se z njimi pogosto opisujemo;

- organizirajo spoznavne zemljevide ali modele razumevanja, kar vpliva na to, kako posamezniki dojemajo druge in svet okrog sebe; to je pomembno pri določanju primernega oziroma neprimernega vedenja v dani situaciji.

Pomembno je omeniti tudi, da se "glavni statusi" razlikujejo med seboj glede na stopnjo prepoznavnosti (na primer etnično poreklo je bistveno bolj vidno kot stopnja izobrazbe), da jim ljudje pripisujejo različno stopnjo pomembnosti (na primer v tradicionalni družbi posameznikom poroka pomeni precej več kot pa v bolj permissivni družbi), da niso enakovredno razdeljeni na celotno svetovno populacijo (na primer biti musliman v Sloveniji se razlikuje od biti musliman v Iraku) in da vsak posameznik hkrati uteleša več statusov in mora upravljati s pričakovanji in zahtevami vsakega od njih (na primer nekdo je katolik, visoko izobražen, poročen in je afriškega porekla).

Pomemben prispevek k teoriji seksualnosti je delo že omenjenega **Stephena Heatha** (*The Sexual Fix* iz leta 1984). Heatha lahko uvrstimo med socialne konstrukcioniste: je kritičen do dominantnega biomedicinskega razumevanja človeške seksualnosti ter razmerij moči, ki izvirajo iz tega razumevanja, 'seksualnost' dojema kot konstrukt in pri procesu vzpostavljanja 'seksualnosti' upošteva mnoge dejavnike, med drugim zgodovino, socialno strukturo in kulturo. Zanimivo se mi zdi tudi, da je prav Heath elaboriral poglede na človeško seksualnost, ki so jih leta kasneje oblikovale feministične seksologinje, kot je na primer Leonore Tiefer: da seks(ualnost) ni nekaj naravnega in da kot taka sploh ne obstaja. Vendar pa kljub temu Tieferjeva v svoji knjigi Heatha ne omenja, čeprav je njegova knjiga izšla enajst pred prvo izdajo njene *Sex is not a natural act* ([1995], 2004).

Heath je v svoji knjigi prikazal zgodovino vzpostavitve 'seksualnosti', ki se jasno loči od seksualnega kot naravnega dejstva. Sama dojemam to razliko v smislu, da seksualno predstavlja naravo, biologijo (vsi ljudje smo seksualna bitja), medtem ko je 'seksualnost' to, kar mi dandanes pojmuje kot seksualnost.

Naslednji citat dobro povzame razliko med seksualnim in seksualnostjo, kar je pravzaprav ideja knjige: "Ne obstaja in ne bi smelo obstajati nikakršno merilo življenja, ki zagotavlja seksualnost, seksualno bivanje ... pa če imaš deset tisoč orgazmov na leto ali pa nobenega, te to ne približa ali oddalji od seksualnega, dejstva človeškega seksualnega, čeprav te lahko od 'seksualnosti', specifične definicije in konstrukcije tega, kaj človeško seksualno je" (1984: 167-168).

Pomemben vidik konstrukcije je dekonstrukcija, pristop francoskega filozofa **Jacquesa Derridaja**, in ključen koncept dekonstrukcije so dualizmi, ki so v osnovi

hierarhični in izključujoči. Tipični moderni dualizmi (narava/družba, žensko/moški, normalno/nenormalno ipd.) se vzpostavljajo preko medicinske konstrukcije seksualnosti, zanje pa je značilno, da en pol dualizma izključuje drugega, čeprav paradoksalno en drugega definirata. V paru dveh pojmov je vedno prvi višje vrednoten kot drugi in tu se kaže njuna hierarhija (najbolj očiten primer je dualizem moški/ženska). Medikalizacija seksualnosti je v funkciji normalizacije določenih form seksualnosti ter definiranja tistih oblik seksualnostih, ki izpadejo iz tega okvira in so določene kot nenormalne in deviantne. Dober primer tega je DSM, katerega ključen dualizem je heteroseksualno/homoseksualno – homoseksualnost sicer ni več seksualna motnja, vendar pa je jezik v DSM še vedno izrazito heteroseksualno orientiran.

3. CIKEL ČLOVEKOVEGA SEKSUALNEGA ODZIVANJA

Leta 1948 je Alfred C. Kinsey (1894–1956), pionir na področju kvantitativnih študij seksualnosti, s sodelavci izdal knjigo *Seksualno vedenje moškega*, ki ji je pet let kasneje sledila knjiga *Seksualno vedenje ženske*. Njihova odkritja so bila za takratni čas za ljudi osupljiva, saj so raziskovali pogostost različnih seksualnih praks, med drugim tudi homoseksualnost. Deleži t.i. deviantnega seksualnega vedenja so bili bistveno višji, kot si je kdor koli predstavljal, da bi lahko bili (glej Discovery Communications, LLC 2008a in 2008b).

William Masters (1915–2001) in Virginia Johnson (roj. 1925) sta nadaljevala s preučevanjem človeške seksualnosti, vendar je bilo njuno raziskovanje kvalitativne narave (laboratorijsko opazovanje parov ali posameznikov med seksualno aktivnostjo), sta tudi pionirja seksualne terapije. Medtem ko je Kinseya zanimalo, kaj vse ljudje počnejo kot seksualna bitja, je bilo njuno raziskovanje usmerjeno predvsem v utrditev vloge poroke in družine (kar je Kinseyevo preučevanje na nek način spodkopalo), poleg tega ju je zanimal predvsem spolni odnos penis-vagina in v tem smislu sta bila zelo tradicionalna. Njuno delo temelji na biomedicinskem razumevanju človeške seksualnosti in je bilo osnova za vključitev seksualnih disfunkcij v DSM-III (1980).

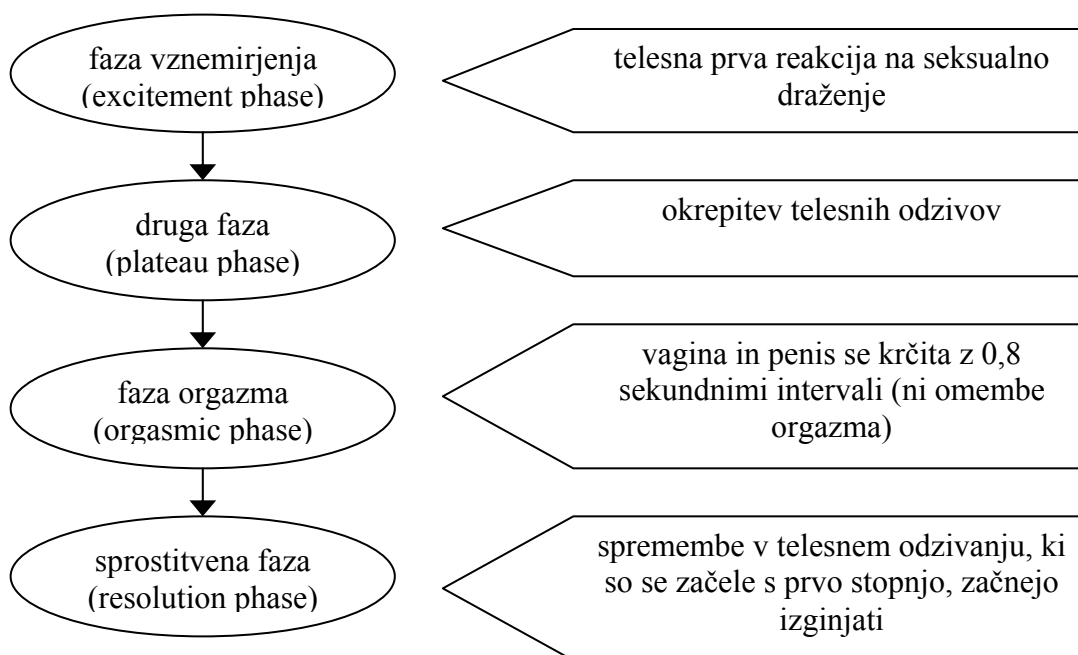
Mastersa, ki je bil ginekolog, je zanimala človeška seksualnost in leta 1957 se mu je pri preučevanju kot asistentka pridružila psihologinja Johnsonova. Rezultat njunega večletnega dela je bil cikel človekovega seksualnega odzivanja, ki sta ga leta 1966 predstavila v knjigi *Human Sexual Response* in v centru katerega "je trden normaliziran objekt preučevanja, 'dovršen človekov seksualni cikel', in celotna etika [je usmerjena] v 'učinkovito delovanje' (besede, kot so 'učinkovit', 'učinkovitost', 'funkcija', 'delovanje' so zelo pogoste)" (Heath 1984: 57). Zanimivo je, da je bilo le 10% od 700 kritik tekstu nenaklonjenih (članek s tem podatkom je bil objavljen leta 1980, Albert Rosenfeld) (glej Irvine 2005: 45, 261), vendar pa se mi zdi, da je danes ravno obratno in v ideji cikla človekovega seksualnega odzivanja obstaja več negativnih kot pozitivnih stvari, predvsem v smislu posledic, ki so vidne še danes (večina ljudi ob omembi seksa najprej pomisli na biološke dejavnike; seks dojemamo v okviru cikla človekovega seksualnega odzivanja, čeprav ga večina ljudi v teoriji ne

pozna; osredotočenost na koitus in koitalni orgazem; vse, kar 'pade' izven cikla, se dojema kot nenormalno; središčnost seksualnosti v življenju partnerjev).

Cikel človekovega seksualnega odzivanja predstavlja "zaporedje fizioloških sprememb, opazovanih in izmerjenih med v laboratoriju izvajanimi seksualnimi aktivnostmi, kot sta koitus in masturbacija" (Tiefer 2004b: 41). "Podatke sta pridobila iz več kot deset tisoč orgazmov 694 posameznikov" (Irvine 2005: 56) in iz njih oblikovala svojo teorijo, ki pa ni njun izviren "izum", saj je že pred tem Havelock Ellis³ seksualni proces zelo enostavno razdelil na nabrekanje (tumsence) in upadanje nabrekline (detumescence), meja pa je bil orgazem.

Masters in Johnsonova sta arbitrarno določila štiri faze in za vsako naj bi bilo značilno, da gre človeško telo skozi izrazit sklop fizioloških sprememb (glej sliko 3.1).

Slika 3.1: Prikaz cikla človekovega seksualnega odzivanja



Vir: Irvine 2005: 59.

³ Havelock Ellis (1859–1939) je bil angleški esejist, psiholog in pionir v vzpostavljanju modernega, znanstvenega pristopa k preučevanju seksualnosti. Njegovo najpomembnejše delo je knjiga v sedmih zvezkih *Študije psihologije seksa* (Studies in the Psychology of Sex, 1897–1928), ki je raziskovala seksualne odnose predvsem z biološke in multikulturne perspektive. Poskusil je odpraviti skrivnostnost, ki je obdajala človeško seksualnost, saj je večina njegovih angleških bralcev odrasla v asekualni, ignorantski in predsodkov polni viktorjanski dobi (veljalo je na primer, da masturbacija vodi v resno bolezen ali celo smrt) (glej <http://www.kirjasto.sci.fi/havelock.htm>).

Leonore Tiefer poudarja, da sta Masters in Johnsonova iz svojega modela izpustila seksualni nagon, libido, željo, strast in podobno, čeprav so bili ti izrazi, ki jih pogosto povezujemo s Freudom, na začetku 20. stoletja zelo razširjeni. S tem, ko sta izpustila element seksualnosti, ki se med ljudmi najbolj razlikuje, sta lahko brez prevelike variabilnosti predstavila univerzalen model (glej Tiefer 2004b: 42-43).

Masters in Johnsonova sta bila esencialista in sta seksualnost dojemala v okviru biologije in instinktov. Trdila sta, da "je seks naravna funkcija", s čimer sta mislila, da so sposobnosti za erekcijo penisa, vlažnost nožnice in orgazem genetsko vpogramirane v telo. Deklice doživijo vlažnost nožnice v 24 urah po rojstvu, dečki pa imajo erekcije v osmem mesecu razvoja zarodka – to naj bi bil dokaz, da so možnosti za učenje tega vedenja minimalne in seks naj bi bil naraven proces (glej Irvine 2005: 63).

Eden glavnih sklepov, ki sta jih Masters in Johnsonova potegnili iz svojih raziskav, je podobnost med moškimi in ženskami; in to kljub temu, da sta ugotovila kar nekaj razlik, ki sta jih tudi opisala. Očitno je, da sta že vnaprej predpostavila, da cikel človekovega seksualnega odzivanja obstaja (in da je samo eden, ker sta ga imenovala *the human sexual response cycle*), nato pa sta vse prilagodila temu modelu, torej tudi rezultate. Ob ignoriranju razlik (najbolj očitna je, da naj bi imele ženske tri modele seksualnega odzivanja, moški pa enega) sta ignorirala tudi širše družbene okoliščine, kot so učinki seksualnega zatiranja in moške dominantnosti (glej Tiefer 2004b: 41, 43; Irvine 2005: 62).

Pomembno je poudariti, da sta bila kljub nekaterim progresivnim ugotovitvam (kot je na primer poudarjanje pomembnosti masturbacije za ženske)⁴ Masters in Johnsonova tradicionalista in njuna celotna raziskava je bila usmerjena v utrditev vloge poroke in družine (in seksualnost kot bistven element partnerske zveze igra tu ključno vlogo; tudi poudarjanje masturbacije gre v tej smeri). Pri opisovanju rezultatov svoje raziskave sodelujočih nista imenovala "pari" (couples), ampak "zakonske enote" ali "družinske enote" (marital units, family units). Kot glavni vzrok

⁴ Leonore Tiefer omenja, da so feministke sprva zagovarjale biomedicinsko razumevanje človeške seksualnosti, ker so želele "veljavnost" in "moralno nevtralnost" za svoje ideje o ženskih pravicah in potrebah, ki jih je očitno ponujalo zanašanje na 'objektivna' dejstva biološke 'narave' (Tiefer 2004b: 188). Tako so podpirale tudi njune fiziološke meritve dogajanja med spolnim odnosom, saj "je izgledalo, da študije priskrbijo objektivni dokaz, da ženske seksualne izkušnje ne le obstajajo, ampak so enake moškim" (Tiefer 2004b: 188; to so v svojem raziskovanju ugotovili na primer Ehrenreich, Hess in Jacobs: *Re-making Love: The Feminization of Sex*, 1986).

za naraščajoče število ločitev sta navajala seksualne probleme, ki naj bi jih imela v Ameriki kar polovica poročenih parov (Irvine 2005: 64).

Kljub mnogim negativnim posledicam in pomanjkljivostim (ki jih bom opisala v nadaljevanju), pa so "vseeno mnoge ženske poročale, da sta Masters in Johnsonova rešila njihovo seksualno življenje in njihovo samozavest. /.../ Zagovarjala sta žensko pravico do seksualnega užitka v času, ko je bila ideja o tem še nedoumljiva. Z uvedbo ekipe moškega in ženske (dual-sex team) sta vztrajala na pomembnosti ženskega glasu pri opisovanju lastne seksualnosti. /.../ Vztrajala sta na pomembnosti klitorisa in masturbacije v izražanju ženske seksualnosti. Njuna raziskava je izboljšala metode kontracepcije, kot tudi proizvedla nove informacije o reprodukciji in plodnosti" (Irvine 2005: 65-66).

Njun model ustreza tradicionalnemu medicinskemu modelu:

- ideja o objektivno spoznavnem, univerzalnem telesu, ki mu vladajo zakoni in procesi, ki delujejo neodvisno od socialnega življenja in kulture;
- ločitev uma od telesa;
- ideja, da je seksualnost kvaliteta ali lastnost posameznika;
- osredotočenost na biologijo pri definiranju seksualne izkušnje;
- objektivna ločitev med normalno in nenormalno seksualno funkcijo, kar določajo znanstveni strokovnjaki (Tiefer 1996 v Tiefer 2004b: 215).

3.1 KRITIKE MODELA ČLOVEKOVEGA SEKSUALNEGA ODZIVANJA

O Mastersu in Johnsonovi se večinoma govori kot o pionirjih raziskovanja seksualnosti, vendar pa so mnoge fiziološke raziskave seksualnosti obstajale že prej. Prve poznane raziskave v Združenih državah je izvajal dr. Jospeh Beck (članek septembra 1872). Tako je bilo do sredine 20. stoletja že veliko dokumentacije zbrane o srčnem utripu, krvnem pritisku, elektrokardiografskih podatkih, presnavljanju, spremembah v dihanju in podobnem med seksualno aktivnostjo (glej Irvine 2005: 54).

Sporen je bil tudi njun vzorec, ki naj bi bil reprezentativen, vendar to vsekakor ni bil. Kot prvo so bili vsi preučevanci prostovoljci, kar pomeni, da so bili očitno zelo odprti, samozavestni, jih ni bilo sram samih sebe in lastnega telesa ter jim seks v prisotnosti drugih ljudi ni predstavljal nikakršnega problema, prav tako ne pogovor o

tem. Morali so imeti izkušnje s koitalno obliko seksa in z doživljanjem orgazma. Neizkušeni in tisti, ki se niso seksualno odzivali in dosegli orgazma, so bili izključeni iz raziskave (to izključi kar precejšen del populacije). Vsi sodelujoči so bili belci, pripadniki višjega srednjega razreda, dobro izobraženi in večinoma poročeni, kar sta Masters in Johnsonova upravičevala s poudarjanjem, da je njuna raziskava fiziološka in ne psihološka. "Ta zagovor odseva njuno prepričanje v primarnost in univerzalnost človeškega telesa" (Irvine 2005: 58; glej tudi Tiefer 2004b: 44). Sodelujoče sta tudi uvajala in pripravljala na raziskavo (verjetno, da so se navadili na vse meritve), vendar pa sta jih tudi takrat že usmerjala, kaj in kako morajo kaj početi. Spolni odnos, ki se je končal z orgazmoma obeh partnerjev, sta izrecno označevala kot 'uspešen', vse ostalo pa kot 'neuspeh'. In ko se je 'neuspeh' zgodil, sta se z 'neuspešnim' parom pogovorila, kaj bi lahko storili v prihodnosti, da se to ne bi več zgodilo. Kar se tiče posploševanja, lahko njuno raziskavo torej posplošimo le na zelo majhen del celotne populacije.

Kot že omenjeno, sta sledila svojemu prepričanju, da sta si seksualnosti moških in žensk podobni in pri tem sta podatke interpretirala selektivno, "njuna osredotočenost na podobnosti [pa] predstavlja prej ideologijo kot znanost" (Irvine 2005: 62). Podatke sta interpretirala tako, da niso nasprotovali obstoječemu modelu seksualnosti in da so podpirali njun konstrukt. "Njuna raziskava ne kaže jasno, da naj bi se fiziološke spremembe dogajale v ločenih fazah, ne pa samo kot stopnjevanje. Zgodovinar Paul Robinson izpostavlja, da celotna ideja štirih faz temelji na 'neosnovanem razlikovanju', ki ga raziskovalca nista mogla znanstveno dokazati" (Irvine 2005: 59-60).

Na prvi pogled se zdi pozitivno, da sta poudarjala, da je seks naraven in da smo vsi zmožni biti seksualni. Vendar pa sta hkrati ignorirala socialno in politično konstrukcijo seksualnosti, saj sta le na ta način lahko prikazala seksualnost kot nekaj uniformnega, enostavnega in česar se lahko hitro naučimo (glej Irvine 2005: 63-64). Seveda pa sta s tem, ko sta poudarjala, kaj je naravno, definirala tudi, kaj je nenaravno in s tem zelo veliko prispevala k nadaljnji stigmatizaciji vseh, ki se ne skladajo s ciklom človekovega seksualnega odzivanja (tj. večina populacije).

Ena večjih pomanjkljivosti je vsekakor njun koncept 'učinkovite seksualne stimulacije', ki ga nista nikjer pojasnila. Tako Tieferjeva pravi, da je "učinkovita seksualna stimulacija [očitno] tista, ki spodbuja 'napredek' iz ene faze cikla v naslednjo, predvsem tista, ki spodbuja orgazem. Vsaka druga stimulacija ... je

izključena kot neučinkovita in avtorjev ne zanima" (2004b: 50). Tako rekoč je 'učinkovita seksualna stimulacija' torej tista, ki ima stimulacijski učinek za doživetje orgazmov obeh partnerjev.

Slab vpliv naj bi imela tudi na vzpostavljanje "novih seksualnih standardov za ženske, kot so na primer multipli orgazmi. Nek kritik je poročal o primeru, v katerih so se moški pritoževali, da njihove partnerice očitno hlinijo orgazme, ker se jim medtem ne pojavi seksualni izpuščaj, ki sta ga opisala Masters in Johnsonova" (Irvine 2005: 65).

Vpliv Mastersa in Johnsonove je bil v več pogledih predvsem simboličen. Določene ugotovitve (na primer idejo človekovega seksualnega cikla) sta kopirala od drugih, določene ugotovitve pa sta si preprosto izmislila (na primer podobnost med moškimi in ženskami). Njun uspeh zagotavlja to, da sta bila ob pravem času na pravem mestu in da sta stvari sistematizirala in jih podala v nekem enostavnem in lahko razumljivem modelu (glej Irvine 2005: 54).

Knjiga *Human Sexual Response* je prispevala predvsem k znanstveni utrditvi idej o seksualnosti, ki so bile takrat splošno veljavne in veljajo še danes. Pri raziskavi "Seksualni imperativi v percepcijah seksualnosti pri mladih ženskah" (2007–...) smo ugotovili, da določeni konstrukti iz časa Johnsonove in Mastersa držijo še danes in da dekleta razmišljajo v njihovih okvirih (na primer v zvezi z izvorom seksualnosti so vse najprej omenile biološke dejavnike, večina koitus dojema kot pogoj in osrednji del seksa, orgazem jim predstavlja nujen del seksa). Glede na to, da so bile vse sodelujoče študentke družboslovke, smo pričakovali, da bodo bolj reflektirane in se bodo vsaj zavedale spornosti teh imperativov.

3.2 ALTERNATIVE

Kljub temu da mnogi strokovnjaki s področja seksualnosti že dolgo časa govorijo, da bi moral obstajati drugačen model, sem zasledila samo dva alternativna modela (poleg *Novega pogleda na ženske seksualne probleme*, ki ga bom predstavila kasneje), zanimivo pa je, da sta se pojavila skoraj istočasno.

3.2.1 MODEL 1

Rosemary Basson je v svojem članku iz leta 2000 najprej predstavila cikel ženskega seksualnega odzivanja (a women's sex reponse cycle), leto kasneje pa še človekovega (human sex-reponse cycles).

Eden izmed pomembnih elementov tega modela je vključitev različnih motivacijskih dejavnikov za seksualno dejavnost in potrebnost je le eden izmed njih, medtem ko so drugi še "krepitev emocionalne bližine, zveze, predanosti, želje po večjem občutku zapeljivosti in privlačnosti do partnerja ter želja po delitvi seksualnega užitka – z željo več kot samo deliti zadovoljitev potrebnosti" (Basson 2000, Regan & Berscheid 1996, Tiefer 1991 v Basson 2001). Ta model poudarja, da se mnoge seksualne aktivnosti lahko začnejo brez želje po seksu, ampak si oseba mogoče samo želi partnerjeve bližine (poljubi, objemi), neseksualni dražljaji pa lahko sprožijo seksualne dražljaje in z željo po nadaljevanju lahko pride do seksa. To naj bi bilo resnično predvsem za ženske (glej Basson 2001a: 34).

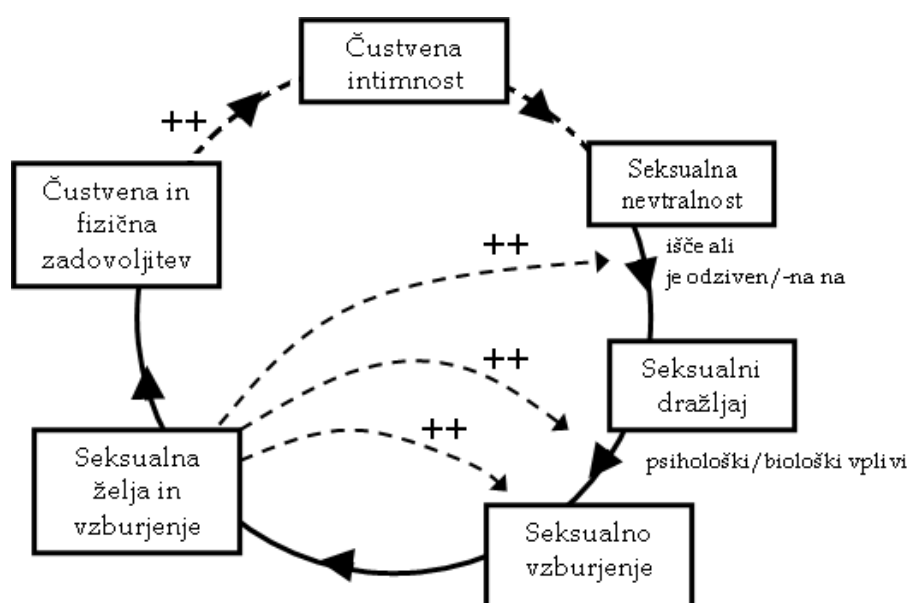
Ta model torej vključuje zelo raznolike dejavnike, ki lahko vplivajo na seksualno aktivnost tudi v negativnem smislu, vendar pa se ne sklepa takoj na motnje. Ti dejavniki so lahko psihološki (motnje iz okolice, občutek seksualne nesposobnosti, spomin na pretekle negativne izkušnje, zadržanost osebe) in biološke (depresija, učinek zdravil, utrujenost, hormonski faktorji) (glej Basson 2001a: 36).

Osrednja poanta alternativnega modela je povečevanje emocionalne intimnosti, ki se zgodi ob hkratni fizični in emocionalni zadovoljitvi, vendar pa se ob tem ne predpostavlja nujnost orgazma obeh partnerjev, kot je bilo to v modelu Mastersa in Johnsonove (glej Basson 2001a: 36).

Na sliki 3.2 je prikazan alternativni model človekovega seksualnega odzivanja, kjer je dobro vidno, da lahko želja vpliva na nadaljevanje seksualne aktivnosti in povečuje vzburjenje, ni pa nujno. "Želja se torej bolj dojema kot odziven, ne pa spontan element" (Basson 2000: 53).

Bassonova pravi, da alternativni model "poudarja vlogo seksualne interakcije s partnerjem pri povečevanju emocionalne bližine. Možno je, da pogosto na začetku ni seksualne potrebe – ta se razvije kasneje med interakcijo in do različne stopnje (2001a: 41).

Slika 3.2: Alternativni cikel človekovega seksualnega odzivanja



Vir: Basson 2001a: 35.

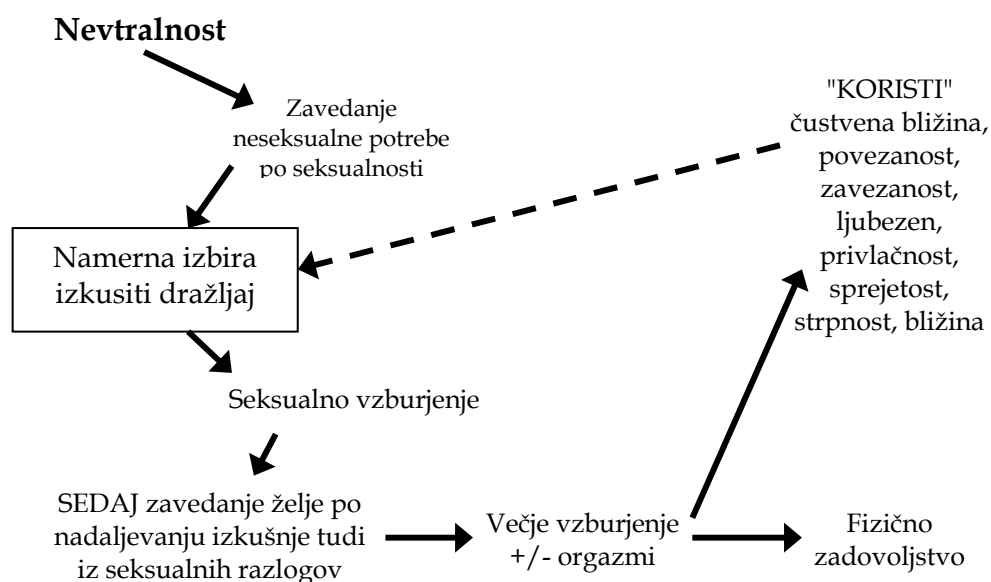
V zvezi z ženskim seksualnim odzivanjem Bassonova poudarja, da je alternativni model posebej uporaben za ženske v dolgoročnem razmerju, medtem ko za tiste, ki so v razmerju šele kratek čas ali pa je njihov partner samo seksualni partner, pogosteje velja tradicionalni model Mastersa in Johnsonove.

Za ženske so pomembnejše nagrade emocionalne bližine, ki skupaj s partnerjevim dobrim počutjem, naslednjič spodbudijo seksualno aktivnost (glej Basson 2000: 54) (slika 3.3).

Razvidno je torej, da sta si oba modela zelo podobna in glede na zaporedje izdaje člankov in dolžino teksta v članku na temo alternativnega cikla je jasno, da alternativni model človekovega seksualnega odzivanja izhaja iz ženskega modela. To se mi zdi logično, saj se je v zvezi s tradicionalnim ciklom Mastersa in Johnsonove običajno kritiziralo predvsem to, da večini žensk ne ustreza, medtem ko naj bi bil primeren za moške. Mislim, da je seksualno odzivanje posameznika odvisno od mnogih dejavnikov, tudi od tega, kje se seksualna aktivnost zgodi, kdaj, s kom in podobno. Poleg tega se tudi posameznik v zelo podobnih situacijah različno odziva. Vse to je pomembno, vendar pa tudi v alternativnem modelu ni omenjeno. Vseeno se ta model zdi boljši od modela Mastersa in Johnsonove, katerega glavna pomanjkljivost je predpostavka, da če so seksualni dražljaji zadovoljivi, potem se seksualna aktivnost nevprišljivo nadaljuje. Masters in Johnsonova nista upoštevala

dejavnikov (t.i. inhibitorjev), ki lahko vplivajo na seksualno aktivnost. Kaj pa, če v prostor takrat nekdo vstopi? Kaj če zazvoni telefon? Kaj če partner reče ali stori kaj neprimerne? Vseh teh dejavnikov v modelu Mastersa in Johnsonove ni ravno zato, ker je bilo njuno raziskovanje laboratorijsko.

Slika 3.3: Ženski cikel seksualnega odzivanja



Vir: Basson 2000: 53.

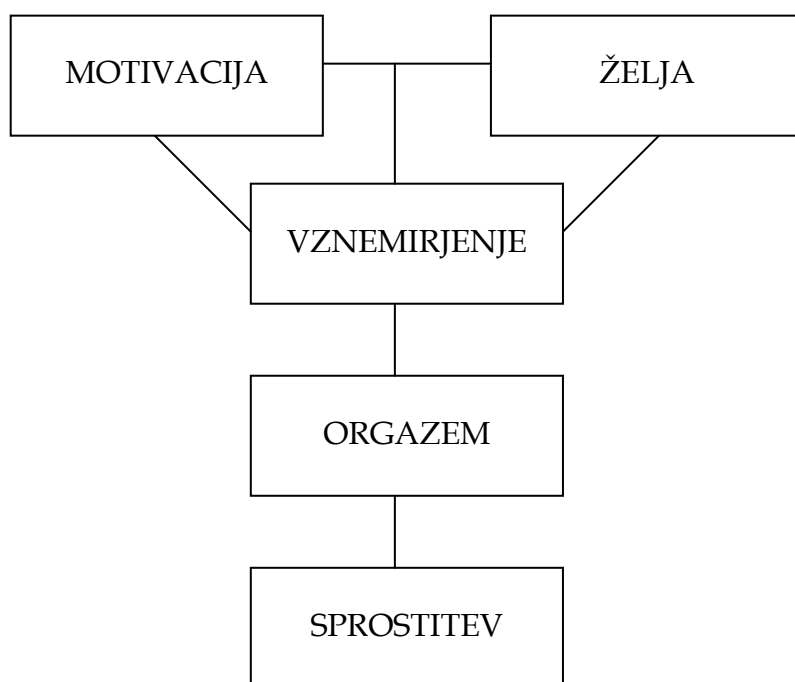
Pozitivna se mi zdi tudi uporaba jezika – ženski seksualni cikel je poimenovala *a women's sex response cycle* (kar nakazuje na to, da je to ena izmed možnosti), medtem ko je pri opisu splošnega modela uporabila množino (*human sex-response cycles*).

Stephanie Both in Walter Everaerd (2002) sta napisala edino kritiko alternativnega modela, ki sem jo zasledila. Model sta na splošno pohvalila, najbolj upravičen del njune kritike pa vidim v tem, da sta omenila, da ju moti način uporabe jezika, in sicer izrazov, ki jih sicer povezujemo z biologijo. Bassonova uporablja izraze, kot so 'biološki nagon' (biological urge), 'seksualna napetost' (sexual tension) in 'fizična seksualna potrebnost' (physical sexual neediness or hunger). Kritizirata tudi to, da Bassonova uporablja besedo motivacija za pojasnitev, zakaj se ženske spustijo v seksualno aktivnost (čeprav je motivacija zelo kompleksen fenomen in bi ga morala razčleniti in pojasniti), ter da seksualno željo deli na spontano in odzivno, čeprav naj bi bila vsaka seksualna želja odzivna (glej Both in Everaerd 2002: 12-13).

3.2.2 MODEL 2

Drug alternativni model so leta 2000 predstavili David Farley Hurlbert, Carol Apt, Melissa K. Hurlbert in Aaron Paul Pierce (slika 3.4).

Slika 3.4: Predlagani model za cikel človekovega seksualnega odzivanja



Vir: Hurlbert. Apt, Hurlbert in Pierce 2000.

Predlagani model se od uveljavljenega razlikuje le v začetni fazi, saj naj bi rezultati raziskav "podpirali ideja, da kognitivni [želja] in vedenjski [motivacija] dejavniki igrajo pomembno vlogo v ciklu človekovega seksualnega odzivanja" (Apt 1996, Bancroft 1989, Hill in Preston 1996 v Hurlbert idr. 2000: 333). Zato naj bi se seksualna motivacija v cikel vključila kot samostojna faza. Tako na "seksualno aktivnost lahko vplivajo motivacija ob odsotnosti želje, želja ob odsotnosti motivacije ali pa vzajemno vplivanje med željo in motivacijo" (Hurlbert idr. 2000: 334).

4. DEFINICIJE SEKSUALNIH MOTENJ PO DSM

Kratika DSM pomeni "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni) in ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje (APA, American psychiatric association), profesionalna organizacija, ki predstavlja psihiatre Združenih držav Amerike. DSM vsebuje seznam psihiatričnih motenj in njihove ustrezne diagnostične kode. Vsako motnjo, vključeno v priročniku, spremlja sklop diagnostičnih kriterijev in tekst, ki vsebuje informacije o motnji: značilnosti, podtipi, povezane značilnosti in motnje, razširjenost, dednost, starostne, kulturne in spolne značilnosti, potek bolezni ter diferencialna diagnoza (kako motnjo ločiti od motenj s podobnimi simptomi). Informacije o zdravljenju niso vključene. DSM uporabljajo profesionalci mentalnega zdravja iz različnih disciplin in okolij, na primer v kliničnih, raziskovalnih, administrativnih in izobraževalnih institucijah (glej <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/FAQs/WhatistheDSMandwhatisitusedfor.aspx> in DSM-IV-TR (2005): 8-10).

4.1 ZGODOVINA DSM

V zgodovini je obstajalo mnogo klasifikacijskih sistemov, vendar pa je za razvoj DSM pomemben le kontekst Zdrženih držav Amerike in predvsem čas 20. stoletja. "V ZDA je bila začetna spodbuda za razvoj klasifikacije duševnih bolezni potreba po zbiranju statističnih informacij" (DSM-IV-TR 2005: xxv). Leta 1840 je v popisu prebivalstva v ZDA obstajal indeks pogostosti ene kategorije, in sicer 'idiotizma/norosti', v popisu iz leta 1880 pa je prisotnih že sedem duševnih bolezni: manija, melanhlija, monomanija, delna ohromelost, demenca, alkoholizem in epilepsija. Leta 1917 je APA skupaj z Nacionalno komisijo za duševno higieno oblikovala načrt za zbiranje enotne statistike bolnišnicah za duševne bolezni. Z nekaj spremembami so nomenklaturo vključili v prvo izdajo *Standarne klasifikacijske nomenklature bolezni* leta 1933. V času druge svetovne vojne je ameriška vojska nomenklaturo precej razširila, saj so lahko razvrstili le 10% bolezni, s katerimi so se soočali vojaki. Hkrati je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) izdala 6. izdajo *ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)*, ki je prvič vključevala tudi duševne bolezni. APA je leta 1952 izdala prvo

izdajo *Diagnostičnega in statističnega priročnika: duševne bolezni (DSM-I)*, ki je bil prvi uradni priročnik duševnih bolezni, ki se je osredotočal na klinično uporabnost (glej DSM-I 1952: v-xi in DSM-IV-TR 2005: xxiv-xxv).

Razvoj DSM-III je bil usklajen z razvojem ICD-9 klasifikacije, ki je bila izdana leta 1975. Tretja izdaja DSM je uvedla pomembne novosti, kot so natančna diagnostična merila, večosni sistem in opisni pristop, ki je poskušal biti nevtralen glede na izvor bolezni (DSM-IV-TR 2005: xxv-xxvi).

Pomembno je omeniti, da je bil priročnik sprva predvsem *statistični* priročnik, medtem ko se danes beseda statistični v naslovu ohranja le še zaradi kontinuitete s prejšnjimi izdajami in zaradi imena samega (glej DSM-I 1952: v-xi, DSM-IV-TR 2005: xxiv-xxv).

DSM se je z leti spreminjal glede na nova odkritja, nove bolezni, nove tehnologije ... Kakor je razvidno iz tabele 5.1, se je DSM z leti bistveno razširil tako v število diagnoz kot tudi v številu strani. Danes je v veljavi DSM-IV, ki je izšel leta 1994, revizija (DSM-IV-TR) pa leta 2000. Za leto 2012 je načrtovana izdaja DSM-V.

Tabela 4.1: Različne verzije DSM

Verzija	Leto	Število diagnoz	Število strani
DSM-I	1952	106	130
DSM-II	1968	182	134
DSM-III	1980	265	494
DSM-III-R	1987	292	567
DSM-IV	1994	297	886

Vir: Mayes in Horwitz 2005: 251.

DSM in seksualnost

V zvezi s seksualnostjo je v DSM-I omenjena samo seksualna deviantnost (uvrščena med sociopatske osebnostne motnje), vendar pa sem spadajo le nekatere današnje parafilije (tranvestizem, pedofilija, fetišizem in seksualni sadizem) in homoseksualnost (glej DSM-I 1952).

Tudi v drugi izdaji obstaja samo seksualna deviantnost, vendar pa je uvrščena med osebnostne motnje, poleg tega je seznam daljši (poleg tranvestizma, pedofilije, fetišizma in (seksualnega) sadizma tudi ekshibicionizem, voajerizem in mazohizem).

Poleg tega je vključena tudi kategorija "druga seksualna deviacija" (gelj DSM-II 1968).

Iz tabele 4.2 je dobro razvidno, kako so se dodajale seksualne disfunkcije in kako so se spreminjala njihova imena.

Tabela 4.2: Primerjava klasifikacije seksualnih disfunkcij

DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV-TR (2000)
Zadrževana seksualna želja	Pomanjkanje ali izguba seksualne želje	Pomanjkanje ali izguba seksualne želje
	Seksualna averzija	Seksualna averzija
Zadrževano seksualno vznemirjenje	Ženska motnja seksualnega vznburjenja	Ženska motnja seksualnega vznburjenja
	Motnja erekcije	Motnja erekcije
Zadrževan ženski orgazem	Zadrževan ženski orgazem	Ženska motnja orgazma
Zadrževan moški orgazem	Zadrževan moški orgazem	Moška motnja orgazma
Prezgodnja ejakulacija	Prezgodnja ejakulacija	Prezgodnja ejakulacija
Funkcionalna disparevnija	Disparevnija	Disparevnija
Funkcionalni vaginizem	Vaginizem	Vaginizem
Netipična seksualna disfunkcija	Druga seksualna disfunkcija	Seksualna disfunkcija, ki je posledica zdravstvenega stanja
		Seksualna disfunkcija, ki jo povzroča substanca
		Druga seksualna disfunkcija

Vir: DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV-TR (2005), Tiefer 2001a: 76.

Zanimivo je, da je v DSM-I in DSM-II homoseksualnost na prvem mestu seznama seksualnih deviacij. "Gejevski aktivisti so v letih 1970-1973 protestirali na letnih srečanjih APA in zasejali dvom o psihiatričnih kriterijih definiranja motenj. Polemike so namigovale, da na psihiatrične bolezni ne vplivajo samo znanstveni kriteriji, ampak tudi javno mnenje, socialne konstrukcije odklonskosti in politični pritisk" (Mayes in Horwitz 2005: 258). Homoseksualnost v DSM ni bila več vključena s sedmo izdajo

DSM-II leta 1974, nadomestila pa jo je 'motnja seksualne orientacije' (sexual orientation disturbance).

DSM-III je prinesel veliko sprememb tudi na področje seksualnosti, saj so v njem prvič vključene seksualne disfunkcije, ki so uvrščene pod psihoseksualne motnje in se imenujejo psihoseksualne disfunkcije. Navedenih je sedem seksualnih disfunkcij (poleg kategorije 'atipična seksualna disfunkcija'), ki so močno povezane s ciklom človekovega seksualnega odziva (human sexual response cycle, Masters in Johnson 1966, Kaplan 1977).

4.2 VEČOSNI SISTEM

Najpomembnejša stvar pri postavljanju diagnoz po DSM je večosni sistem, ki je bil uveden s tretjo izdajo DSM leta 1980. Na ta način se lahko neko motnjo diagnosticira na več ravneh, ki se med seboj lahko prekrivajo.

Os I	Klinične motnje
Os II	Osebnostne motnje
	Duševna zaostalost
Os III	Splošno zdravstveno stanje
Os IV	Psihosocialni problemi in problemi okolja
Os V	Splošna ocena delovanja

Na ta način lahko zdravnik ali terapevt upošteva tudi druge dejavnike poleg same bolezni, na primer težave v službi ali v družini (os IV) ali pa kakšne druge zdravstvene težave, ki lahko prispevajo k bolezni (os III; na seksualno delovanje posameznika vplivajo na primer diabetes in poškodbe hrbtenice).

4.3 PRIMERJAVA DSM-IV-TR IN ICD-10

(definicije posameznih motenj po ICD-10 navajam pri opredelitvi vsake posamezne motnje)

Pripravljalci obeh klasifikacij se skušajo med seboj uskladiti in tudi revizije obeh klasifikacij so pogosto dokaj usklajene. Sicer naj bi si bili obe klasifikaciji zelo podobni, vendar pa mislim, da je med njima vseeno nekaj precej pomembnih razlik. Najopaznejša razlika je uporaba jezika, vendar pa to ne igra večje vloge. Disfunkcije so v DSM-IV-TR razvrščene v štiri skupine, medtem ko tega v ICD-10 ni, čeprav so

navedene v enakem vrstnem redu. V DSM-IV-TR so seksualne disfunkcije uvrščene v skupino 'Seksualne in spolno-osebnostne motnje', medtem ko po ICD-10 spadajo v skupino 'Duševne in vedenjske motnje', podskupina 'Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in fizičnimi faktorji' (tudi uvrstitev v to skupino precej pove o tem, kako so seksualne disfunkcije pojmovane, torej povsem v biomedicinskem okviru). V tabeli 4.3 so navedene seksualne disfunkcije v obeh klasifikacijah.

Tabela 4.3: Primerjava DSM-IV in ICD-10

DSM-IV(-TR) (1994/2000)	ICD-10 (1990/1994)
Pomanjkanje ali izguba seksualne želje	Pomanjkanje ali izguba seksualne želje (podtipi: pomanjkanje ali izguba seksualne želje, frigidnost)
Seksualna averzija	Seksualna averzija in pomanjkanje seksualnega užitka (podtip: seksualna anhedonia)
Ženska motnja seksualnega vznburjenja	Neuspeh v genitalnem odzivanju (podtipi: ženska motnja seksualnega vznburjenja, motnja erekcije, duševno pogojena impotenca)
Motnja erekcije	
Ženska motnja orgazma	Orgazmična disfunkcija (podtipi: zadrževan moški/ženski orgazem, duševno pogojena anorgazmija)
Moška motnja orgazma	
Prezgodnja ejakulacija	Prezgodnja ejakulacija
Disparevnija	Neorganska disparevnija
Vagninizem	Neorganski vaginizem
–	Prekomeren seksualni nagon (podtipa: nimfomanija, pohotnost) – ni definicije
Seksualna disfunkcija, ki je posledica zdravstvenega stanja	Druga seksualna disfunkcija Neznana seksualna disfunkcija
Seksualna disfunkcija, ki jo povzroča substanca	
Druga seksualna disfunkcija	

Vir: DSM-IV-TR (2005), ICD-10 (<http://www.who.int>).

Precejšnja razlika je, da ICD-10 v kategorijo skupaj s seksualno averzijo vključuje tudi motnjo seksualnega zadovoljstva, kar razni strokovnjaki zagovarjajo, da bi moralo biti vključeno tudi v DSM-IV-TR (debate o tem so potekale na konferenci o

seksualni disfunkciji leta 1998 v Bostonu, vendar tudi v svojo 'novo' klasifikacijo motnje niso vključili). ICD-10 vključuje tudi prekomeren seksualni nagon, za kar se mnogi zavzemajo, da naj bi tudi bilo vključeno v DSM.

Poleg manjših razlik v jeziku (nekateri v slovenščini zaradi prevoda niso opazne) sta v ICD-10 prisotna tudi dva izraza, katerih uporabo se je v profesionalnem svetu zaradi slabšalnega prizvoka sredi 90. let 20. stoletja večinoma opustilo: impotenca in frigidnost. Na splošno je jezik v ICD-10 precej bolj biomedicinsko orientiran kot v DSM-IV-TR (na primer prekomeren seksualni nagon).

V zvezi z definicijami v ICD-10 je treba omeniti še, da so na splošno zelo kratke, pogosto površne in da podtipi pogosto niso definirani, ali pa manjka celo celotna definicija (na primer ni definicije za prekomeren seksualni nagon). Razlog verjetno leži v tem, da je DSM osredotočen samo na duševne motnje, medtem ko ICD navaja vse možne bolezni, kar pomeni, da se na nobeno ne osredotoča in zato skrbi le za osnovne kriterije, medtem ko so za podrobnosti bolj primerni specifični klasifikacijski sistemi.

4.4 SEKSUALNE MOTNJE

Seksualne motnje so v DSM-IV-TR razdeljene v štiri skupine in nato po spolu, sama pa sem se zaradi večje osredotočenosti na ženske seksualne motnje odločila, da jih najprej razdelim po spolu in nato predstavim vsako posebej.

Večinoma so ženske seksualne motnje tiste, o katerih se veliko piše in so spornejše. Razlog je verjetno v tem, da ima preučevanje moških seksualnih motenj daljšo zgodovino in da je biomedicinski model moško seksualnost vzpostavil po svojih kriterijih ter da mnogi vidijo, da teh kriterijev ni možno spremeniti. O ženskih seksualnih motnjah je ogromno člankov, ker mnogi upajo, da jih je še možno rešiti pred biomedicinskim modelom, čeprav z nezadržno hitrostjo hitijo v njegovo smer. Tako se o moških seksualnih motnjah, ki ne sledijo biomedicinskemu modelu (na primer motnje seksualne želje ali bolečine pri seksualni aktivnosti) ne piše, ker ne obstaja veliko možnosti, da bi zanje odkrili zdravilo, medtem ko so s strani medicinske in farmacevtske industrije sponzorirane le tiste raziskave, ki odkrivajo nova zdravila in jih promovirajo.

Psihiatrinja Helen Singer Kaplan je štirifazni model Mastersa in Johnsonove razbila na "dva izrazita in dokaj neodvisna elementa: genitalno reakcijo nabrekanja

[vzburjenje] in orgazem" (Kaplan 1974 v Tiefer 2001a: 78). Nekaj let kasneje je kot prvo fazo dodala še tretji element, seksualno željo, čeprav je zapisala, da "ne vemo natančno, kaj normalna seksualna želja je" (Kaplan 1977 v Tiefer 2001a: 78) in da z njo ni povezana nikakršna fizična sprememba (Katz in Marshall 2004: 66), pojmovala pa jo je povsem v smislu začetka seksualne funkcije (glej Clement 2002: 243). Ta trifazni model je bil pojmovan kot univerzalen, biološko osnovan in spolno nevtralen (glej Tiefer 2001a: 78) ter vključen v DSM-III in še danes se ga dojema kot 'resnico', po kateri se presoja, kdo je funkcionalen in kdo disfunkcionalen (glej Marshall 2002: 135).

Zanimivo je, da je isto leto, ko je Kaplanova izdala svoj članek z idejo seksualne želje (1977) članek z enako idejo izdal tudi Harold I. Lief. V bistvu je njegov članek izšel pred njenim, tako da je ideja seksualne želje njegova. Vendar pa se vedno, ko se piše o ciklu človekovega seksualnega odzivanja poleg Mastersa in Johnsonove omenja Kaplanovo, zelo redko pa Lief. Štiri leta kasneje je Lief sestavil model DAVOS, kjer D pomeni željo (desire), A vzburjenje (arousal; subjektiven psihološki element), V nabreklost (vasocongestion; fiziološki element), O orgazem (orgasm) in S zadovoljstvo (satisfaction) (Lief 2001: 170). Model je v bistvu enak kot cikel človekovega seksualnega odzivanja, vendar pa je druga faza razbita na subjektivno in fiziološko fazo.

DSM je v svoji opredelitvi cikla človekovega seksualnega odzivanja združil delo Mastersa in Johnsonove ter Kaplanove. Njegov štiri-fazni model se glasi:

- Seksualna želja sestoji iz elementov motivacije in poželenja in sem so vključeni seksualni nagoni, fantazije in želje.
- Seksualno vznemirjenje se nanaša na subjektiven občutek seksualnega užitka in spremljevalne fiziološke spremembe. Ta faza vključuje erekcijo penisa pri moških in vaginalno vlažnost in nabreklost pri ženskah.
- Orgazem ali vrhunec je definiran kot vrh seksualnega užitka; tako pri moškem kot pri ženski se ritmično krčijo genitalne mišice, pri moških pride do ejakulacije.
- Sprostitev je zadnja faza, med katero se občuti splošno stanje sprostitve in ugodja (glej Rosen 2001: 182).

V nobeni izmed DSM izdaj ni omenjeno, kdo je avtor modela oziroma od kod model izhaja, poleg tega se model (in njegov opis) ni z leti čisto nič spremenil.

"Za seksualno disfunkcijo je značilna motnja v procesu seksualnega odzivanja ali bolečina, ki je povezana s spolnim odnosom" (DSM-IV-TR 2005: 535). Očitna je tesna povezanost opisanim ciklom človekovega seksualnega odzivanja in s tem tudi navezava na biologijo. Kljub poudarjanju, da se "motnje seksualnega odziva lahko zgodijo v eni ali več fazah cikla" (DSM-IV 2005: 536), pa so motnje vseeno povezane samo s tremi fazami, saj motnja seksualnega zadovoljstva v DSM ne obstaja.

V zvezi z razširjenostjo seksualnih motenj obstaja več različnih podatkov, med katerimi prevladujejo biomedicinsko orientirane raziskave. Na splošno se omenja, da so seksualne motnje zelo razširjene, natančne podatke pa se najpogosteje navaja po raziskavi JAMA⁵ leta 1999, kjer je bilo ugotovljeno, da ima seksualne motnje 43% žensk in 31% moških (kritika te raziskave v poglavju Medikalizacija). V tabeli 4.4 so predstavljeni različni podatki razširjenosti – prvi stolpec prikazuje deleže, ki sem jih povzela po Rosenu (2000) (menim, da so njegovi podatki povzeti po raziskavi JAMA); v drugem stolpcu so podatki iz članka Simonsa in Careya (2001), ki sta upoštevala širok spekter raziskav (52), izvedenih med letoma 1990 in 2000 (tu je sicer ogromno različnih podatkov – vzela sem najbolj zanesljive podatke [omenjeno, da so podatki zanesljivi ali da so se ravnali po kriterijih DSM] ali pa povprečje); v tretjem stolpcu pa so podatki iz DSM-IV-TR (2005: 538). Nekako me ne preseneča, da so ravno tu deleži večinoma najvišji. Pomembno je, da na podatke gledamo malo z nezaupanjem, saj rezultati raziskav zelo variirajo, vzroki za to pa so različni: pri vsaki raziskavi sodelujejo drugi ljudje in kontekst se spreminja, vzorci so različno veliki, za meritve se uporabljajo različni inštrumenti, raziskovalci različno pojmujejo določene pojme, poleg tega pa so podatki pogosto zastareli in neredko se zgodijo napake med raziskovanjem, ki močno vplivajo na rezultate, vendar se podatki vseeno objavijo kot zanesljivi in veljavni.

⁵ JAMA je kratica za American Journal of Medical Association. Večinoma se pri navajanju podatkov iz te raziskave omenja, da gre za raziskavo JAMA ali pa za raziskavo "43–31", ker so ugotovili, da naj bi bila seksualna disfunkcija prisotna pri 43% žensk in 31% moških.

Tabela 4.4: Razširjenost seksualnih disfunkcij po spolu

Seksualna disfunkcija	Moški			Ženske		
Motnje seksualne želje						
Pomanjkanje ali izguba seksualne želje	15%	4-5% ⁺	–	30%	16% ⁺	33%
Seksualna averzija	7% [†]			7% [†]		
Motnje seksualnega vzburjenja						
Ženska motnja seksualnega vzburjenja				10-20%	12%*	20%
Motnja erekcije	10-20%	19%* ⁺	10%			
Motnje orgazma						
Ženska motnja orgazma				10-15%	4-7% ⁺	25%
Moška motnja orgazma	30%	9%*	10%			
Prezgodnja ejakulacija	–	16%*	27%			
Bolečine pri seksualni aktivnosti	<5%	–	–	10-15%	–	–
Disparevnija	–	4%*	3%	–	12%*	15%
Vaginizem				–	–	–

Vir: Rosen 2000 [povzetek], [†]Kameya 2001: 151; Simons in Carey 2001; DSM-IV-TR (2005).

* povprečna ocena podanih podatkov ⁺ najzanesljivejši podatki

Pri definicijah posameznih motenj navajam definicijo po DSM-IV-TR (2005), vendar pa jo zaradi spreminjanja in različnih poudarkov primerjam z definicijami preteklih izdaj DSM. Pri ženskih seksualnih motnjah navajam tudi definicije Consensus Conference (Boston 1998; poročilo s konference Basson idr. 2001), ki se na svojo klasifikacijo sklicuje kot na novo, vendar pa jo je zaradi prevelike podobnosti z DSM (opiranje na cikel človekovega seksualnega odzivanja in na štiri kategorije seksualnih motenj) in malenkostnih sprememb nemogoče šteti za alternativo DSM, zato definicije samo omenjam in podajam relevantne komentarje (nekatero definicije motenj niti niso bile komentirane). Kritiki so konferenco na splošno kritizirali predvsem v smislu, da je šlo za zaprto (dostop samo za 19 povabljenih), Zahodnjaško (vsi udeleženci so bili iz Evrope in Severne Amerike) ter

farmacevtsko (sponzorirala so jo farmacevtska podjetja) in medicinsko (vsi udeleženci imajo medicinsko izobrazbo, nihče izmed udeležencev ni bil izrazito kritičen do obstoječe klasifikacije, veliko pomembnih ljudi, ki delujejo na tem področju, ni bilo povabljenih) usmerjeno konferenco (glej Conaglen 2001, Hall 2001). Ena izmed pomembnejših inovacij je uvedba kriterija osebne stiske, ki nadomesti "izrazito stisko ali medosebne probleme", pojavi pa se samo pri nekaterih motnjah (motnje seksualne želje, motnje seksualnega vznburjenja motnja orgazma, vaginizem; kriterij osebne stiske ni prisoten pri disparevniji in pri novi kategoriji ne-koitalne bolečine pri seksualni aktivnosti). Ta kriterij je po mojem mnenju dokaj problematičen, saj menim, da ne upošteva konteksta, ko osebno stisko prelaga samo v posameznika. Leonore Tiefer (2001a: 83) pravi tudi, da kriterij osebne stiske zajame bistveno več žensk, kar gre na roko farmacevtski industriji in še dodatno oblikuje žensko seksualnost po modelu moške. Poročilo o konferenci je bilo skupaj s komentarji objavljeno v 27. številki revije *Journal of Sex & Marital Therapy* leta 2001.

Zaradi primerjave pri definiciji vsake motnje navajam definicijo po ICD-10 (1990/1994), ker se tudi razni teoretiki pogosto nanašajo na to klasifikacijo oziroma jo omenjajo. Po ICD-10 seksualna disfunkcija zajema "različne načine, pri katerih posameznik ne more sodelovati v seksualnem razmerju, kot bi si želel/a. Seksualni odziv je psihosomatski proces, vzrok seksualne disfunkcije pa so pogosto tako psihološki kot telesni procesi" (www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/).

Zanimivo je, da DSM trdi, da ne postavlja kriterijev za določanje pogostosti seksualnih aktivnosti in njihovega tipa. Vseeno pa pazljiv bralec zlahka razbere, da se pri seksualnih aktivnostih skoraj vedno govori o spolnem odnosu penis-vagina, s čimer se seksualne aktivnosti zelo omeji, poleg tega se s tem izloči istospolne usmerjene ljudi. Namesto partnerke pri spolnih aktivnostih je na enem mestu omenjena celo žena (na primer DSM-IV-TR 2005: 550), kar kaže na prepričanje piscev definicij, da je seks dovoljen samo med zakonskima partnerjema. Izrecno je omenjeno, da naj bi o pojavu, pogostosti, tipu seksualne disfunkcije in o ostalih dejavnikih odločal zdravnik (seksualni terapevti, psihiatri niso omenjeni).

Pred navedbo disfunkcij je v DSM-IV-TR navedeno tudi, katere vse informacije so pomembne pri določanju seksualne motnje (to velja za vse motnje in je tudi navedeno pri vsaki motnji):

- podtipi – tri skupine: narava nastopa seksualne disfunkcije (vseživljenjski tip, pridobljen tip), kontekst, v katerem se seksualna disfunkcija pojavlja

(splošni tip, situacijski tip), vzrok seksualne disfunkcije (fiziološki dejavniki, mešani dejavniki);

- dodatne značilnosti motnje;
- značilnosti, povezane s kulturo, starostjo in spolom;
- razširjenost;
- diferencialna diagnoza.

Vse seksualne disfunkcije morajo po DSM-IV-TR izpolnjevati tri kriterije, da se lahko problemi označijo za disfunkcije, in sicer (A) ustrezati morajo definiciji, (B) motnja mora povzročati izrazito stisko ali medosebne probleme in (C) problem ne sme biti samo fiziološkega izvora, vzrok ne sme biti splošno medicinsko stanje in nobena druga motnja na Osi I problema ne more razložiti bolj primerno. Pri posameznih motnjah sem tako pri definiciji navajala samo kriterij A in dodatne opombe, medtem ko sta kriterija B in C pri definicijah po DSM-IV-TR samoumevna.

Motnje seksualne želje (dve podkategoriji) veljajo tako za moške kot za ženske in se spol posebej ne omenja, ostale disfunkcije pa so razdeljene glede na spol – *motnje seksualnega vznburjenja* (ena ženska podkategorija, ena moška podkategorija), *motnje orgazma* (ena ženska kategorija, dve moški kategoriji) in *bolečine pri seksualni aktivnosti* (ena kategorija za oba spola, ena ženska kategorija).

4.4.1 ŽENSKE

4.4.1.1 Motnje seksualne želje

4.4.1.1.1 Pomanjkanje ali izguba seksualne želje

Ta definicija se od uvedbe v DSM-III z novimi izdajami skorajda ni spremenila. Že v DSM-III je omenjeno, da je "v dejanski praksi definicija redko postavljena, razen če je pomanjkanje želje vir stiske, ali za posameznika/co ali za partnerja/ko" (v angleščini se samostalniki ne razlikujejo po spolu /individual, partner/, vseeno pa mislim, da je mišljen par moški-ženska) (DSM-III 1980: 278). Ta stavek se v kasnejših izdajah ni več ponovil. V DSM-III-R je bilo izrecno omenjeno, da o pomanjkanju ali odsotnosti odloča zdravnik (DSM-III-R 1987: 293). Po DSM-IV-TR je glavna značilnost *pomanjkanja ali izgube spolne želje* "pomanjkanje ali odsotnost seksualnih fantazij in želje po seksualni aktivnosti" (DSM-IV-TR 2005: 539).

Consensus Conference (1998)

Ena redkih opaznih sprememb "nove" klasifikacije Consensus Conference v primerjavi s klasifikacijo v DSM-IV je vključitev kriterija dovzetnosti (receptivity) pri definiciji *pomanjkanja ali izgube seksualne želje*. To pomeni, da naj bi samo odsotnost seksualnih fantazij še ne pomenila disfunkcije, ampak bi morala biti prisotna tudi nedovzetnost za seks ob partnerjevi iniciativi. Ta novost je bila večinoma označena za pozitivno in Cindy Meston v svojem komentarju pravi, da naj bi ta kriterij "dopuščal scenarij, da ženska lahko le redko misli na seks, vendar pa vseeno uživa vsaj v nekaterih vidikih seksualne aktivnosti in si želi nadaljevati" (Meston 2001). Po drugi strani pa "ne obstaja definicija dovzetnosti in nejasno je, kako se dovzetnost razlikuje od seksualne vzbujenosti" (Hartman, Heiser, Rüffer-Hesse in Kloth 2002: 80).

Negativne kritike nove definicije Consensus Conference so se osredotočile na to, česa ta "nova" definicija ne vključuje: "ni motivacije, intimnosti, telesne podobe, čutnosti, strasti" (Davis 2001). Kritike so zadevale tudi samo dožemanje, zakaj naj bi bila nizka seksualna želja sploh problem (O'Donohue in Geer 2001) in seksualna disfunkcija (Davis 2001).

ICD-10 (1990/1994)

Pomanjkanje ali izgubo seksualne želje opredeljuje kot "osnovni problem in [disfunkcija] ni sekundarna glede na druge težave, kot sta motnja erekcije ali disparevnija" (WHO 2007).

Pri tej definiciji me je zmotilo to, da to v bistvu sploh ni definicija, saj ničesar ne pove o vsebini problema.

Komentar

V zvezi s pomanjkanjem seksualne želje pri ženskah se piše predvsem v povezavi s ciklom človekovega seksualnega odzivanja in kako se ženska seksualna želja razlikuje od seksualne želje, kot jo pojmuje biomedicinski model. Slednji predpostavlja da so pri seksualni želji najpomembnejši hormoni (predvsem testosteron in estrogen), v resnici pa ne vemo natančno, kakšna je vloga hormonov in kako točno delujejo (glej Wood, Koch in Mansfield 2006: 238). Sandra Leiblum pravi, da "hormoni sicer priličejo olje na ogenj želje, vendar pa so psihološki faktorji tisti, ki določajo intenzivnost in smer ognja" (Wood, Koch in Mansfield 2006: 238).

Pomanjkanje ali izguba seksualne želje je zelo pogost problem žensk (glej Hartman idr. 2002 in Hurlbert idr. 2005), vendar pa mislim, da do tega prihaja predvsem zato, ker se stopnja seksualne želje meri po omenjenem modelu, za katerega je bilo že nešteto dokazano, da ne ustreza resnični situaciji. Raziskava na vzorcu žensk, ki so že prestale menopavzo, v nasprotju z biomedicinskim modelom kaže, da ima širši življenjski kontekst odločilen in izjemno pomemben vpliv na seksualno željo, kar "lahko ženskam pomaga, da občutijo manj sramu in krivde, ker imajo 'nizko' seksualno željo, vaginalno izsušenost in podobno" (Wood, Mansfield in Koch 2007: 197). Poleg tega tradicionalni klasifikacijski sistem predpostavlja, da se seksualni problemi med seboj ne prekrivajo, medtem ko so "v resničnem življenju ženski seksualni problemi /.../ znak bolj ali manj celostnega pomanjkanja seksualnega interesa, vznemirljivosti in vznemirjenja" (Hartman, Kaiser, Rüffer-Hesse in Kloth 2002: 85).

Med faktorji, ki najbolj vplivajo na *pomanjkanje ali izgubo seksualne želje* pri ženskah, je vsekakor kvaliteta razmerja (Hurlbert, Apt, Hurlbert in Pierce 2000; Leiblum in Rosen 1988 v Hurlbert idr. 2005: 16; Wood, Mansfield in Koch 2007), vendar pa mnogo raziskav dokazuje tudi vpliv drugih psihosocialnih dejavnikov, kot so depresija in strah, negativna čustva in jeza, zakonsko in seksualno zadovoljstvo, seksualna ustreznost, omejena izbira seksualnih praks, nizko seksualno zadovoljstvo pri seksualnih aktivnostih, povezanih s partnerjem, šibkost orgazmov in redko seksualno fantaziranje (glej Hurlbert, Apt, Hurlbert in Pierce 2000: 326).

Veliko vlogo pri tem, zakaj imajo ženske probleme s seksualno željo, ima tudi tradicionalno dožemanje seksualne želje kot sklopa "spontanih seksualnih želja in fantazij in bioloških impulzov, ki ustvarjajo potrebo po samostimulaciji ali spodbujanju seksualnih aktivnosti s partnerjem" (Basson 2002 in Leiblum 2002 v Wood, Koch in Mansfield 2006: 237). Tak tip seksualne želje najdemo v ciklu človekovega seksualnega odzivanja in torej tudi v vseh izdajah DSM.

Vendar pa raziskave kažejo (na primer Wood, Mansfield in Koch 2007), da ženske "pogosto povezujejo seksualno željo s čustvi, recimo z občutkom bližine s partnerjem ali željo po izkušnji intimnosti s partnerjem preko seksa. Nekatere ženske so omenile fizične kazalce seksualne želje, večinoma so bili negenitalni, na primer povišan srčni utrip, 'metuljčki' v trebuhu, potenje ali ščemeč občutek v prsih" (Wood, Koch in Mansfield 2006: 237).

Ženske sicer omenjajo, da je seksualnost pomemben vidik razmerja, vendar pa za opisovanje razmerja uporabljajo besede, ki jih povezujemo s čustvi in intimnostjo. Tako ob dobrem razmerju pomislijo na 'rahločutnost', 'spoštovanje', 'prijaznost', 'nežnost', 'veselje', 'vzajemnost', 'občutek varnosti' in 'občutek povezanosti', ob slabem razmerju pa na 'sebičnost', 'pomanjkanje razumevanja', 'seksizem', 'odmaknjenost' in 'hladnost'" (Wood, Mansfield in Koch 2007: 195)

Kot pomemben element seksualnega delovanja (sexual agency) so ženske omenile tudi komunikacijo. "Ženske, ki so se pogovarjale s svojimi partnerji o tem, kako spodbuditi svojo seksualno željo, so tudi čutile več seksualne želje" (Wood, Mansfield in Koch 2007: 195).

Hartman, Kaiser, Rüffer-Hesse in Kloth so v svoji raziskavi ugotovili, da so s pomanjkanjem seksualne želje pri ženskah povezani tudi mnogi negativni osebnostni dejavniki, in sicer "nihanja razpoloženja ter nizka in krhka samokontrola in samozavest. Nagnjene so k večji zaskrbljenosti, strahu, introvertiranosti, konvencionalnosti /.../ občutkom krivde, [imajo] negativno samopodobo [in občutijo] telesni stres" (Hartman, Kaiser, Rüffer-Hesse in Kloth 2002: 79, 84). Mislim, da na splošno mnoge ženske kažejo naštetе znake (velik delež odgovornosti za to nosijo mediji in kultura, ki nas ves čas bombardirajo s podobami popolnih posameznikov in posameznic s popolnimi življenji), vendar pa se stanje lahko pri mnogih "popravi", ko vstopijo v dobro in razumevajoče razmerje in živijo v spodbudnem okolju.

4.4.1.1.2 Seksualna averzija

Definicija *seksualne averzije* je bila uvedena leta 1987 z DSM-III-R in skupaj s *pomanjkanjem ali izgubo seksualne želje* razvrščena med *motnje seksualne želje*. DSM-IV definicije iz DSM-III-R skorajda ni spreminjal, je pa opustil fraze "nenehen ali ponavljajoč se", "ekstremen" odpor in izogibanje "vseh ali skoraj vseh" genitalnih seksualnih stikov.

Po DSM-IV-TR je "osnovna značilnost *seksualne averzije* odpor in aktivno izogibanje genitalnega seksualnega stika s seksualnim partnerjem" (DSM-IV-TR 2005: 541; poudarek dodan).

Omenjeno je tudi, da "posameznik poroča o zaskrbljenosti, strahu ali gnusu, ko je soočen z možnostjo seksualnega stika s partnerjem" in da "intenzivnost

posameznikovega odziva /.../ lahko sega od zmerne strahu in pomanjkanja užitka do ekstremne psihološke stiske" (DSM-IV-TR 2005: 541).

Zanimivo se mi zdi, da je v definiciji omenjeno, da naj bi šlo za "genitalni seksualni stik", vendar pa kasneje piše, da gre lahko za "gnus do vseh seksualnih dražljajev, vključno s poljubljanjem in dotikanjem". Ne vem, zakaj potem definicija vsebuje besedo "genitalen", če pa pojav lahko zadeva tudi druge vidike seksualnosti.

Consensus Conference (1998)

Definicija Consensus Conference je zelo podobna definiciji DSM-III-R – namesto "ekstremnega" odpora je "fobičen" odpor, poleg tega je opuščena povezava z genitalijami, saj gre tu za odpor do seksualnega stika. To se mi zdi, da je izboljšava v primerjavi z DSM-IV, sicer pa se zdi definicija po DSM-IV(-TR) bolj primerna.

Definicija *seksualne averzije* ni ena izmed spornih, zato tudi ni bilo veliko komentarjev v zvezi z njo; dva komentarja pa se nanašata tudi na to definicijo. Zanimivo se mi zdi, da komentar Vroegeja, Gijsa in Hengeveld (2001: 239) primerja definicijo Consensus Conference z definicijo DSM-III-R in ne z DSM-IV, ki je takrat že bila v veljavi nekaj let (glej Vroege, Gijss in Hengeveld 2001: 239). Sandra Leiblum je omenila, da je "poudarek [v tej definiciji] položen na fobično naravo seksualne averzije" in da se je "diskusija [na konferenci] osredotočila na to, ali ne bi bilo boljše, če bi seksualno averzijo definirali kot fobijo in jo odstranili iz ženskih seksualnih disfunkcij" (Leiblum 2001: 163). V njenem komentarju me je zmotilo to, da je na koncu omenila "ženske" seksualne disfunkcije – sicer je bila konferenca res osredotočena na ženske seksualne disfunkcije, vendar pa *seksualna averzija* zadeva oba spola – ženske s seksualno averzijo bi definirali v okviru fobije, moške pa v okviru seksualnih disfunkcij?

ICD-10 (1990/1994)

ICD-10 v isto skupino kot *seksualno averzijo* šteje tudi *pomanjkanje seksualnega uživanja*. *Seksualno averzijo* opredeljuje v smislu, da "vidik seksualne interakcije proizvaja strah ali zaskrbljenost, zato pride do izogibanja seksualni aktivnosti", *pomanjkanje seksualnega uživanja* pa definira, da se "seksualni odzivi dogajajo normalno in orgazem je prisoten, vendar pa obstaja pomanjkanje primernega užitka" (WHO 2007).

Kar se mi zdi pozitivno pri teh dveh definicijah v primerjavi z DSM-IV-TR je to, da opisane aktivnosti lahko zadevajo vse ljudi in vse seksualne aktivnosti in ne samo heteroseksualnih in koitusa.

Komentar

V zvezi s *seksualno averzijo* ni polemik in sporov, komentarji v raznih člankih in poglavjih knjig pa se osredotočajo na vzroke *seksualne averzije* in kaj *seksualna averzija* pomeni za življenje posameznika. Člankov o *seksualni averziji* pri moških nisem zasledila (ponekod so omenjeni pri navajanju statističnih podatkov).

Tako Vera Sonja Maass pojasnjuje, da je *seksualna averzija* "precej redek problem", ki je "pogosto rezultat spolne zlorabe ali travme, kot sta 'posilstvo ali incest'", včasih pa je lahko tudi rezultat "strahu pred intimnostjo ali sovražnosti" do partnerja ali sebe (Maass 2006: 24). Roger C. Katz in David Jardine pa menita, da je poleg seksualne travme vzrok tudi v "strahu pred spolno prenosljivo boleznijo /.../ ali občutkih osebne pomanjkljivosti" (Katz, Gipson in Turner 1992 v Katz in Jardine 1999: 294). Katz in Jardine sta izvedla raziskavo med 138 dodiplomskimi študenti in ugotovila, da se manj bojijo spolne aktivnosti na splošno in da jih spolno prenosljive bolezni skrbijo manj, kot so jih na začetku 90. let 20. stoletja (glej Katz in Jardine 1999: 295-296).

V Združenih državah Amerike naj bi za *seksualno averzijo* trpelo 7,4% vseh pacientov s seksualnimi motnjami, od tega je malo več žensk kot moških. Primerjava z Japonsko kaže, da je delež pacientov s seksualno averzijo približno enak (8,1%), vendar pa je med pacienti bistveno več žensk (82%) (Kaplan 1995 in Abe 1998 v Kameya 2001: 151). Glede na to, kolikšen del moških pacientov naj bi imel seksualno averzijo v Združenih državah, me preseneča, da se o tem tako malo piše.

V treh prispevkih, katerih stalni avtorji so Anastasiadis, Davis in Shabsigh, lahko zasledimo identičen odstavek, da "razširjenost seksualne averzije trenutno ni znana, ker se jo pojmuje kot podkategorijo pomanjkanja ali izgube seksualne želje in zato ločeni podatki razširjenosti niso na voljo" (Shabsigh idr. 2005: 430; Anastasiadis, Davis idr. 2002: 75-76; Anastasiadis, Salomon idr. 2002: 487). Sporno se mi zdi, da svojih člankov ne navajajo med literaturo, se pa v vseh treh prispevkih sklicujejo na en skupni vir, in sicer na članek Raymonda Rosna (2000).

Linda E. Ohl piše predvsem o tem, kaj pomeni *seksualna averzija* za ženske, in sicer da "/.../ bi pri seksualni averziji ženske storile skoraj vse, da bo se rešile

seksualnega stika s seksualnim partnerjem. /.../ Občasno lahko občuti[jo] grozo, omedlevico, slabost in razbijanje srca. Ni redko, da bi ženska izkusila zakonske spore zaradi izogibanja seksualnim situacijam. Lahko se umakne seksualnim situacijam tako, da potuje, gre zgodaj spat, lahko se popolnoma preda socialnim ali službenim obveznostim in ne skrbi za svoj osebni izgled" (Ohl 2007: 60).

Figueira idr. (2001) so pri svoji raziskavi ugotovili povezavo med *seksualno averzijo* in motnjo panike, saj je bil delež seksualne averzije pri paničnih pacientih bistveno višji kot v splošni populaciji (35,7% moških in polovica žensk) (Figueira, idr. 2001: 369).

4.4.1.1.3 Komentar motenj seksualne želje

Klasifikacija in opredelitve seksualnih motenj izražajo kulturna in družbena prepričanja ter poglede na seksualnost, kar kaže na to, da znanost nikakor ni objektivna. V svojih elaboracijah in interpretacijah vključuje tudi (primerne in neprimerne) kulturne in družbene definicije seksualnosti in s tem tudi sama prispeva k definiranju distinkcije med normalnim in nenormalnim, deviantnim itn. Odsev kulturnega razumevanja seksualnosti se v tem primeru lepo vidi v razlikovalni distinkciji med žensko in moško seksualnostjo. Na primer o *pomanjkanju ali izgubi seksualne želje* in *seksualni averziji* se ne piše v zvezi z moškimi. Prav tako je v Zahodni kulturni, kjer se poudarja, kako velika je moška seksualna želja in kako so moški vedno pripravljeni na seksualni stik, povsem nepredstavljivo, da si moški ne bi želel seksa ali bi se mu celo izogibal in občutil strah pred njim. Poleg tega je farmacevtska industrija pri moških osredotočena na motnjo seksualnega vznburjenja (torej na motnjo erekcije), ki samoumevno predpostavlja obstoj seksualne želje pri moških.

Samo enkrat sem zasledila, da bi kdaj kdo izrazil dvom o tem, da sta *pomanjkanje ali izguba seksualne želje* in *seksualna averzija* uvrščeni med *motnje seksualne želje*, in sicer v knjigi Vere Sonje Maass, ki povzema mnenje nemških zdravnikov Gerda Arentewicza in Gunterja Schmidta (1983 v Maass 2006: 145-146). Avtorja pravita, da "pomanjkanje želje in seksualna averzija ne sestavljata seksualnih disfunkcij, čeprav je njuno pojavljanje pomembna opisna značilnost posameznikov s seksualnimi problemi." Vendar pa ni pojasnjeno, zakaj tako mislita.

4.4.1.2 Motnje seksualnega vzburjenja

4.4.1.2.1 Ženska motnja seksualnega vzburjenja

Ženska motnja seksualnega vzburjenja je edina med ženskimi motnjami, katere definicija je skozi čas doživela kar precejšnje spremembe.

V DSM-III sta bili *ženska motnja seksualnega vzburjenja* in *motnja erekcije* še združeni pod skupnim imenom *zadrževano seksualno vznemirjenje*, omenjena sta bila tudi sinonima, torej frigidnost in impotenca.

Definicija *zadrževanega seksualnega vznemirjenja* pri ženskah v DSM-III je zelo podobna *ženski motnji seksualnega vzburjenja* v DSM-IV-TR, predvsem v svoji osredotočenosti na fiziološke dejavnike vzburjenja.

Po DSM-IV-TR (2005: 543) se definicija *ženske motnje seksualnega vzburjenja* glasi: "/.../ nenehna ali ponavljajoča se nezmožnost doseči, ali obdržati do dokončanja seksualne aktivnosti, primeren odziv vlažnosti-nabreklosti, [ki je značilen za] seksualno vznemirjenje". Ta definicija se od tiste iz leta 1980 razlikuje le v tem, da namesto besedne zveze 'nenehna ali ponavljajoča se nezmožnost' stoji besedna zveza 'delni ali popolni neuspeh', sicer pa je definicija skoraj identična.

Precej drugačna pa je definicija v DSM-III-R (1987: 294), ki vključuje dva kriterija, in sicer fiziološkega in subjektivnega, pri čemer je fiziološki zelo podoben omenjeni definiciji, subjektivni pa se nanaša na "nenehno ali ponavljajoče se pomanjkanje subjektivnega občutka seksualnega vznemirjenja in užitka pri ženski med seksualno aktivnostjo".

Consensus Conference (1998)

Zanimivo se mi zdi, da nikjer nihče ne omenja, da je kriterij subjektivnega seksualnega vzburjenja že obstajal. Ker sem najprej prebrala literaturo, ki zadeva seksualno vzburjenje, sem same definicije seksualnih motenj v različnih izdajah DSM prebrala, ko sem se lotila opisovanja posameznih motenj. Zato me je zelo presenetilo, ko sem prebrala definicijo ženske motnje seksualnega vzburjenja v DSM-III-R. Zakaj tega nihče ne omenja? In nenadoma definicija Consensus Conference ni več tako zelo 'nova', kot se mi je zdelo sprva, saj je samo ponovno vključila v preteklosti že obstoječi kriterij. Definicija je sicer drugače formulirana, ampak v pomenu pa identična definiciji iz DSM-III-R.

Opombe, da subjektiven kriterij *ženske motnje seksualnega vzburjenja* ni nekaj novega, med komentarji Consensus Conference ni, so pa vsi, ki so omenjali ta kriterij, novost omenjali kot pozitivno (glej na primer Leiblum 2001, Vroege, Gijs in Hengeveld 2001 in Lief 2001).

ICD-10 (1990/1994) – neuspeh pri genitalnem odzivu – podkategorija: ženska motnja seksualnega vzburjenja

ICD-10 za *žensko motnjo seksualnega vzburjenja* pravi, da "je osnovni problem vaginalna izsušenost ali neuspeh pri vlaženju" (WHO 2007).

Definiciji v ICD-10 in DSM-IV-TR sta sicer drugače oblikovani, vendar pa sta si precej podobni – obe se osredotočata samo na fiziološke dejavnike vzburjenja.

Komentar

Pozornost, ki je v zadnjih desetih letih posvečena *ženski motnji seksualnega vzburjenja*, je posledica izjemnega uspeha viagre pri zdravljenju *motnje erekcije* (tako rekoč moška motnja seksualnega vzburjenja) in boljšega razumevanja osrednje vloge vzburjenja v ciklu ženskega seksualnega odzivanja (glej Leiblum 2004: 89), kar jasno kaže na tesno povezavo med farmacevtsko industrijo ter seksološkim in medicinskim raziskovanjem, ki sta pogosto financirana prav iz virov farmacevtske industrije.

Biomedicinski članki se pri vzrokih za *žensko motnjo seksualnega vzburjenja* osredotočajo na zmanjšan krvni pretok in raven hormonov, predvsem androgenov, med katerimi je najpomembnejši testosteron, t.i. moški hormon (glej na primer Traish idr. 2002).

Raziskava, predstavljena v članku Graham idr. (2004) pa kaže povsem drugačno sliko. Izvedli so devet fokusnih skupin z 80 ženskimi, starimi med 18 in 84 let, kjer so ženske na zelo različne načine opisovale seksualno vzburjenje. Izpostavile so fizične, kognitivne/čustvene in vedenjske dejavnike. Govorile so tudi o faktorjih, ki vzpodbujajo ali zavirajo vzburjenje, in iz tabele 4.5 je razvidno, kako kontekstualna je ženska seksualnost in koliko dejavnikov lahko vpliva na vzburjenje.

Nekateri elementi so enkrat označeni kot vzpodbujevalni in drugič kot zaviralni (razlike med ženskami, včasih razlike tudi pri isti ženski [odvisno od časa, kraja, partnerja, situacije]). Jasno je torej, da nobeden izmed naštetih pomembnih elementov vzburjenja ni vključen v definicijo DSM-IV-TR, medtem ko pomembnost fizioloških elementov ni omenjena niti enkrat.

Tabela 4.5: Elementi, ki vzpodbujejo ali zavirajo vzburjenje pri ženskah

Faktorji, ki <u>vzpodbujejo</u> vzburjenje	Faktorji, ki <u>zavirajo</u> vzburjenje
negativna razpoloženjska stanja	
možnost, da te med seksom kdo vidi ali sliši	
čas in kontekst	
samozavest	skrbi v zvezi s slovesom
pozitivna samopodoba	'dvojni standard'
partner sprejema tvoje telo	neželena nosečnost
občutek, da si te partner želi in te ceni	kontracepcija
partner se zanima zate (ne zaradi seksa)	partner te želi le izrabiti
partner sprejema tvoje odzive med seksualno aktivnostjo	partner ne sprejema tvojih odzivov med seksualno aktivnostjo
partner sprejema tvojo seksualno preteklost	splošna kritika s strani partnerja
partner te preseneti s svojo željo po seksualni aktivnosti	partner vpraša za seks
partner si vzame čas in se ti posveti	prekratka predigra, partner ni navdušen in se ne posveča tvojim potrebam
recipročnost med seksualno aktivnostjo	prehitro končana seksualna aktivnost

Vir: Graham idr. 2004.

Kot je prikazano pri opisu cikla ženskega seksualnega odzivanja (Basson 2000; poglavje Cikel človekovega seksualnega odzivanja), ženske pogosto "začnejo seksualno aktivnost iz začetnega stanja seksualne nevtralnosti in/ali želje po večji intimnosti" (Leiblum 2004: 89) in tako subjektivni občutki vzburjenja vzpodbudijo željo, medtem ko so fiziološki elementi vzburjenja (vaginalna vlažnost in nabreklost) na začetku pogosto odsotni; če so prisotni, se jih ženske največkrat ne zavedajo, kar potrjujejo tudi razne raziskave (na primer Brotto in Gorzalka 2002); ali pa se fiziološki elementi pojavijo kasneje v procesu seksualne aktivnosti (glej Graham idr. 2004). Zato je definicija ženske motnje seksualnega vzburjenja v DSM-IV-TR pomanjkljiva, ker kot indikatorje vzburjenja navaja tiste elemente, ki jim ženske ne

pripisujejo nikakršne pomembnosti oziroma jim pripisujejo manjšo pomembnost kot subjektivnim elementom.

Obstajata dve različni tipologiji ženske motnje seksualnega vzburjenja, in sicer je avtorica prve Rosemary Basson (2002a), druge pa Sandra Leiblum (2004). Skupno obema tipologijama je, da obe prepoznavata subjektivnost seksualnega vzburjenja, sicer pa sta si zelo različni.

1. Rosemary Basson: Podskupine ženske motnje seksualnega vzburjenja

Žensko motnjo seksualnega vzburjenja je razdelila na pet skupin, in sicer glede na prisotnost/odsotnost subjektivnega in fiziološkega vzburjenja ter kako ženska interpretira svojo subjektivno/fiziološko vzburjenost (tabela 4.6).

Tabela 4.6: Podskupine ženske motnje seksualnega vzburjenja po Rosemary Basson

	Subjektivno vzburjenje	Objektivno vzburjenje	Užitek
Motnja splošnega vzburjenja	–	–	–
Motnja genitalnega vzburjenja	+	–	?
Neopaženo vzburjenje	–	+	?
Neželeno vzburjenje	–	+	–
Neprijetno vzburjenje	–	+	–

Vir: Basson 2002a: 7.

Po DSM-IV-TR bi v skupino žensk z *žensko motnjo seksualnega vzburjenja* spadali samo prvi dve podskupini, saj so pri ostalih fiziološki kazalci vzburjenosti prisotni, vendar pa ženska subjektivno ni vzburjena, ker ne opazi genitalne vzburjenosti (neopaženo vzburjenje), ker je občutek genitalne vzburjenosti neprijeten (neželeno vzburjenje; verjetno značilno za neseksualno situacijo) ali pa ženska dražljaj in genitalno vzburjenje interpretira kot seksualno, vendar v tem ne uživa (neprijetno vzburjenje; verjetno značilno za seksualno situacijo) (glej Basson 2002a: 7).

Bassonova pravi, da je motnja splošnega vzburjenja teoretična. "Nejasno je, koliko žensk bi lahko uvrstili v to podskupino, ker ženske, ki so pripravljene biti raziskovalni objekti v laboratoriju, večinoma spadajo v podskupino neopaženo vzburjenje" (na

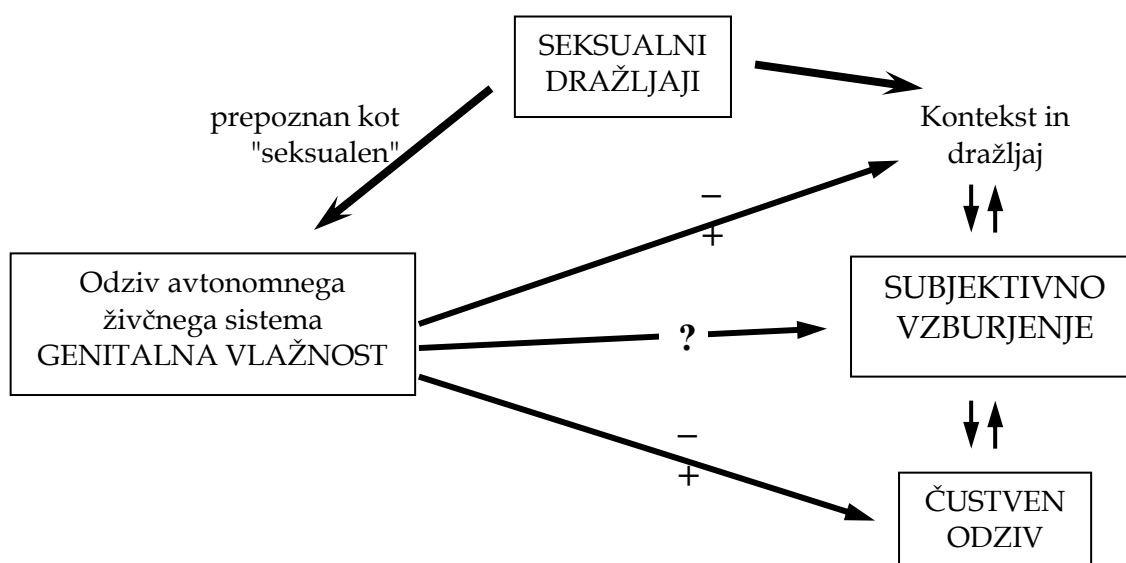
primer Everaerd idr. 2000, Heiman 1998, Meston in Heiman 1998 in drugi v Basson 2002b: 292).

Tipologija Bassonove izhaja iz njenega pojmovanja elementov vzburjenja:

- "duševno seksualno vznemirjenje;
- genitalno vzburjenje, ščemenje, oteklost;
- naraščajoč seksualni užitek, ki izhaja iz neposredne stimulacije nabreklih genitalij;
- naraščajoč užitek, ki izhaja iz neposredne stimulacije nabreklih prsi in drugih delov telesa;
- spremembe v napetosti mišic, krvnem pritisku, srčnem utripu in dihanju;
- vaginalna vlažnost in elastičnost" (Basson 2002b: 290).

Rosemary Basson je tudi avtorica modela ženskega seksualnega vzburjenja (slika 4.1), kjer je razvidno, da ena stvar ne vodi neposredno k drugi, ampak da seksualni dražljaj, če je prepoznan kot seksualen, vodi v genitalno vlažnost, ki lahko vodi v seksualno vzburjenje. Sama bi modelu dala še puščice v obratno smer, torej od subjektivnega vzburjenja k genitalni vlažnosti, poleg tega manjkajo tudi kontekstualni dejavniki.

Slika 4.1: Model ženskega seksualnega vzburjenja



Vir: Basson 2002b: 291.

2. Sandra Leiblum: Podtipi ženske motnje seksualnega vznburjenja

Motnjo seksualnega vznburjenja je razdelila v tri podtipе glede na prisotnost/odsotnost subjektivnega in fiziološkega vznburjenja, dodaten tip predstavlja *nenehno genitalno vznburjenje*. Prvi tip je *motnja subjektivnega seksualnega vznburjenja*, kar pomeni, da ni subjektivnih občutkov vznburjenja, medtem ko so prisotne genitalne spremembe. Drugi tip je *motnja genitalnega seksualnega vznburjenja*, kar je ravno obratno od tipa ena. Tretji tip pa je mešanica tipa ena in tipa dva, torej manjkajo tako subjektivni občutki kot genitalne spremembe (glej Leiblum 2004: 91).

Sindrom nenehne genitalne vznburjenosti je dokaj nov pojav oziroma na novo odkrit pojav. Sandra Leiblum poudarja, da je razlika pomembna predvsem pri ugotavljanju vzroka za sindrom. Če je sindrom nov pojav, potem je vzrok lahko v raznih novih zunanjih dejavnikih, kot so na primer prehranski dodatki, nalezljive bolezni, oprijete hlače, dolgotrajno kolesarjenje (glej Leiblum in Nathan 2001: 379). Če pa je sindrom novo odkrit pojav, gre za proces socialne in medicinske konstrukcije. Nekaj, kar je bilo že leta in leta povsem običajno, se sedaj pojmuje kot stanje, ki ga je nujno potrebno obravnavati, diagnosticirati in zdraviti. Značilnosti sindroma so: (a) dolgotrajno obdobje seksualne vznburjenosti (tudi po več dni), (b) zahteva po več orgazmih v teku več ur ali dni, da vznburjenost popusti, (c) nepovezanost s kakršnim koli subjektivnim pojmovanjem vznemirjenosti ali želje, (d) da stanje vzpodbudijo seksualna aktivnost, ne-seksualni dražljaji ali pa se pojavi kar tako, brez dražljajev, (e) dojemanje stanja kot neželenega in motečega. Pomembno je, da sindroma ne zamenjamo s hiperseksualnostjo, saj gre za ravno obratno stvar – pri hiperseksualnosti je prisotna seksualna želja, vendar ni vznburjenja. V literaturi je do danes možno zaslediti opis sedmih primerov (Riley 1994 v Leiblum in Nathan 2001, Leiblum in Nathan 2001, Mahoney in Zarate 2007), ki se med seboj precej razlikujejo tako po vzrokih kot po značilnostih, vsem pa je skupna dolgotrajna seksualna vznburjenost. Sicer ni nikjer omenjeno, da je sindrom omejen na ženske, ampak vse omenjeni 'pacienti' so ženske in ne omenja se, da bi se sindrom lahko pojavil tudi pri moških (glej Leiblum in Nathan 2001). Razširjenost sindroma ni znana, kar je lahko posledica tega, da si ženske ne upajo povedati, kakšne težave imajo, ker je ženska hiperseksualnost (s katero se sindrom pogosto povezuje) v družbi še danes tabuizirana. Poleg tega je možno, da za mnoge ženske, ki imajo sindrom z bolj

blagimi značilnostmi, stanje sploh ni moteče, ali pa ga jemljejo kot znak zavedanja svoje seksualnosti (glej Mahoney in Zarate 2007, Leiblum in Nathan 2001).

Opazno je, da je model Bassonove bolj kompleksen in razdelan, ker vključuje še faktor užitka oziroma interpretacijo ženske, medtem ko je model Leiblumove enostavnejši, zanimivo pa je, da vključuje tudi *nenehno seksualno vznburjenje*.

4.4.1.3 Motnje orgazma

4.4.1.3.1 Ženska motnja orgazma

(v DSM-III in DSM-III-R *zadrževan ženski orgazem*)

Definicija *ženske motnje orgazma* se od prve izdaje DSM-III s seksualnimi disfunkcijami (DSM-III 1980) ni dosti spremenila. Po DSM-IV-TR je *ženska motnja orgazma* "nenehna ali ponavljajoča se zamuda ali odsotnost orgazma, ki sledi fazi normalnega seksualnega vznemirjenja" (DSM-IV-TR 2005: 547).

Dokaj pomemben dodatek v zadnji verziji DSM je stavek, da pri različnih ženskah različna stimulacija sproži orgazem. Poleg tega je dodano tudi, da je vsak 'razumski' orgazmični vzorec pojmovan za normalnega (torej glede na starost, seksualne izkušnje in primernost seksualne stimulacije) (glej Tiefer 2001: 83).

Zanimivo je, da se v DSM-IV spet pojavi stavek, da motnja ne sme biti samo fiziološkega izvora (podoben stavek je bil že prisoten v DSM-III).

Kar se mi zdi sporno, je, da v DSM-IV ni več vključenega stavka, da "nekaterne ženske doživijo orgazem pri nekoitalni seksualni klitoralni stimulaciji, vendar pa ga ne doživijo med koitusom, če se dodatno ročno klitoralno ne stimulirajo" (DSM-III 1980, DSM-III-R 1987). Mislim, da se z izločitvijo tega stavka z *motnjo orgazma* označi mnoge ženske, ki sem sicer ne spadajo.

Consensus Conference (1998)

"Motnja orgazma je nenehna ali ponavljajoča se težava, zamuda ali odsotnost doseganja orgazma, ki sledi zadostni seksualni stimulaciji in vznburjenju, povzroča pa osebno stisko" (Basson idr. 2001: 87).

Definicija *motnje orgazma* se pravzaprav ni spremenila, uporabljen je samo malo blažji jezik – "normalno seksualno stimulacijo" je nadomestila "zadostna seksualna

stimulacija", ni omembe cikla človekovega seksualnega odzivanja in kot že omenjeno je nov tudi kriterij osebne stiske.

ICD-10 (1990/1994)

Po ICD-10 *orgazmična disfunkcija* pomeni, da "se orgazem, ali ne zgodi ali pa se zgodi bistveno kasneje" (WHO 2007).

Pozitivnost te definicije je v uporabi nediskriminatornega jezika.

Komentar

Zanimivo je, da v zvezi z *žensko motnjo orgazma* niti ni napisanih veliko člankov (vsaj v primerjavi s članki na temo *pomanjkanja ali izgube spolne želje* oziroma na temo *ženske motnje seksualnega vznburjenja*). Obstaja mnogo člankov, ki zajamejo tudi *žensko motnjo orgazma*, zelo malo pa se jih osredotoča samo nanjo. Razlog za to vidim v osredotočenosti medicine in farmacevtske industrije na iskanje "ženske viagre", ki naj bi zdravila *pomanjkanje ali izgubo spolne želje* (ocenjujem, da se več kot polovica člankov osredotoča na medicinske/biološke/fiziološke vidike), zaradi tega pa tudi avtorji, ki zavzemajo kritično stališče do biomedicinskega pristopa, pišejo predvsem o *motnji seksualne želje*, ker je diskurz okrog nje najbolj problematičen.

V zvezi z *žensko motnjo orgazma* obstajata dve vrsti teoretikov, ki stojijo na izrazito nasprotnih polih – prva skupina pripada biomedicinskemu pristopu, medtem ko druga skupina poudarja druge dejavnike.

V prvo skupino teoretikov sodijo Lisa G. Regev, Antonette Zeiss in Robert Zeiss (2006) ter Kenneth Mah in Yitzchak M. Binik (2004). Predvsem prva raziskava se izrazito opira na Mastersa in Johnsonovo, obe pa navajata sporno raziskavo JAMA (Laumann, Paik in Rosen 1999). Obe se brezpogojno zanašata na biomedicinski model (čeprav upoštevata tudi psihosocialne dejavnike), prav tako pod vprašaj ne postavljata cikla človekovega seksualnega odzivanja, definicije motnje orgazma po DSM ali literature, ki so jo mnogi že prikazali kot sporno.

Druga skupina teoretikov se osredotoča na pomene, ki jih ženske pripisujejo spolnim odnosom (1), komunikacijo med partnerjema (2) in na socialno konstrukcijo (ženske motnje) orgazma (3, 4, 5) ter s tem bistveno razširjajo pomen seksualnosti ter pokažejo na njeno kompleksnost.

1. Gurit E. Birnbaum (2003) je avtor poročila raziskave, kjer so raziskovali povezavo med pomeni, ki jih ženske pripisujejo heteroseksualnemu spolnemu

odnosu, in *žensko motnjo orgazma*. Rezultati so pokazali, da je "pomen heteroseksualnega spolnega odnosa zapleten konstrukt, ki obsega veliko različnih odbijajočih in mučnih spoznanj in občutkov, povezanih s samim seboj, partnerjem in seksualnim srečanjem". Vključuje pa tudi "pozitivne medosebne elemente, /.../ kot so ljubezen, intimnost, predanost in prijateljstvo". Ugotovili so, da "je najbolj opazna značilnost pomena heteroseksualnega spolnega odnosa za ženske z motnjo orgazma njegova odbijajoča narava. Kar pomeni, da so težave v doseganju orgazma tesno povezane s tistimi kognitivnimi, emocionalnimi in motivacijskimi komponentami pomena heteroseksualnega spolnega odnosa, ki odsevajo strahove in skrbi, ki izhajajo iz heteroseksualnega spolnega odnosa, prav tako pa tudi iz odtujitve, nezadovoljstva in razočaranja, ki so z njim povezana" (Gurit 2003: 66-67). Ta članek je po mojem mnenju ravno nasproten prejšnjima dvema, saj se osredotoča na subjektivne pomene, ki jih ženske pripisujejo seksu, poleg tega se ne opira na biomedicinski pristop. Prikaže tudi, da je vzrok motnje orgazma pri ženskah tesno povezan s tem, kako dojemajo spolnost (torej odvisno od izkušenj, seksualne zgodovine, načina vzgoje ...).

2. Mary P. Kelly, Donald S. Strassberg in Charles M. Turner (2006) zagovarjajo stališče, da je eden izmed glavnih dejavnikov povzročitve in ohranjanja *ženske motnje orgazma* slaba komunikacija med partnerjema. Njihova najnovejša raziskava je potrdila rezultate prejšnjih raziskav (Kelly, Strassberg in Kircher 1990, Kelly, Strassberg in Turner 2004), da so "v primerjavi z ženskami, ki lahko dosežejo orgazem, ženske, ki orgazma ne morejo doseči, poročale o bistveno večjem nelagodju pogovarjati se o aktivnostih v zvezi z neposredno klitoralno stimulacijo". Poleg tega so "ženske, ki ne morejo doživeti orgazma, in njihovi partnerji očitno videli žensko kot odgovorno za svoje seksualne težave" (Kelly, Strassberg in Turner 2006: 82). Rezultati raziskave, ki so jo izvedli leta 2004 so pokazali tudi, da znajo moški manj natančno opisati seksualne želje svojih partnerk, ki imajo probleme z doseganjem orgazma (glej Kelly, Strassberg in Turner 2004: 269).
3. Zelo dober članek v slogu socialne konstrukcije je napisala Maye Lavie-Ajayi (2005), ki navaja razne raziskave, kjer so ugotovili, da ženskam orgazem sploh ne predstavlja osrednjega pomena pri lastni zadovoljitvi (Nicholson in Burr

2003), da je orgazem vedno postavljen v središče seksualnega akta in kot njegov zaželen cilj (Potts 2000) in da ima "[odsotnost orgazma] za ženske globoke osebne in odnosne pomene, ki so zelo pomembni za njihovo dožemanje sebe in subjektivnosti" (Lavie in Willig 2005). Izvedla je kvalitativno raziskavo, kjer je intervjuvala 50 britanskih žensk, rezultati pa se skladajo z že navedenimi raziskavami. "Intervjuvanke so o odsotnosti orgazma govorile kot o emocionalni, seksualni in odnosni težavi. /.../ Kot emocionalna težava je odsotnost orgazma povezana z občutki razočaranja, jeze, žalosti in zamujanja nečesa. /.../ Kot seksualno težavo so jo opisovale v smislu, da je motila njihov seksualni užitek in seksualno željo. /.../ Mnoge so odsotnost orgazma opisovale kot problem za njihov odnos, [saj] moški pričakujejo, da bodo zadovoljili svojo partnerko tako, da ji bodo dali orgazem, in so razočarani, če do orgazma ne pride" (Lavie-Ajayi 2005: 61-63). Tako kot Kelly, Strassberg in Turner (2006) tudi ona ugotavlja, da ima pri ženski motnji orgazma veliko vlogo pomanjkanje komunikacije med partnerjema. Članek dobro prikaže, kako kultura postavlja orgazem v središče seksualnega doživljanja, s tem pa izvaja pritisk na posameznike, ki orgazma ne doživljajo tako pogosto, kot naj bi ga, oziroma ga sploh ne doživljajo. "Orgazem dobiva svoj pomen tako iz konvencionalne reprezentacije v javni sferi in iz svoje konstrukcije in dekonstrukcije v bolj privatni sferi seksualne aktivnosti" (Lavie-Ajayi 2005: 69).

4. Dekonstrukcijo orgazma je izvedla tudi feministka Annie Potts (2000), ki pravi, da "konstrukcija sodobnega orgazma izhaja iz mešanice ideologij, podedovanih od psihoanalize, znanosti (psihijatrija in seksologija) in humanističnih terapevtskih diskurzov – vse paradigme, ki poudarjajo vrednost in nujnost orgazma za psihično, fizično in/ali celostno zdravje" (Potts 2000: 61).
5. Izrazito kritična do medicinskega modela seksualnosti je ameriška feministična seksologinja Leonore Tiefer, ki pravi, da je "sodoben medicinski model naredil orgazem za obvezen del normalne izkušnje, čeprav izkušeni zdravniki priznavajo, da je 'preprosto dejstvo, da priznavamo in zdravimo probleme orgazma pri ženskah deloma kulturno naključje'" (Tiefer 2001: 82-83).

Pri raziskavi "Seksualni imperativi v percepcijah seksualnosti pri mladih ženskah" je bil eden izmed imperativov tudi "orgazmični imperativ", za katerega smo ugotovili, da je med mladimi dekleti zelo močno prisoten. Orgazma kot vrhunca spolnega odnosa dekleta niso postavljale pod vprašaj, čeprav so nekatere omenile, da jim orgazem ni tako pomemben. Zanimivo je tudi, da se jim je zdelo samoumevno, da se ženski orgazem meri po moškem (torej ženski orgazem kot težje dosegljiv, redkejši in manj pomemben, vendar po drugi strani bolj cenjen) in nobena ni omenila, zakaj ni obratno, ali pa zakaj ga je sploh treba meriti.

4.4.1.4 Bolečine pri seksualni aktivnosti

4.4.1.4.1 Disparevnija

(v DSM-III *funkcionalna disparevnija*)

Definicija se v svojem bistvu skozi leta ni spreminjala, zgodile so se le manjše spremembe v jeziku, določene stvari so se dodale ali odstranile. Po DSM-IV-TR je *disparevnija* "spolna bolečina, povezana s spolnim odnosom" (2005: 554). V DSM-III je še pisalo, da je bolečina "nenehna *in* ponavljajoča se", v DSM-III-TR pa, da je bolečina "nenehna *ali* ponavljajoča se". Po mojem mnenju opustitev teh dveh pridevnikov v definicijo *disparevnije* zajame bistveno več žensk, saj verjetno večina žensk predvsem pri malo bolj grobem seksu ali pri pogostih spolnih odnosih čuti spolne bolečine, vendar pa le te niso nenehne in ponavljajoče se.

Medtem ko je bilo v DSM-III izrecno zapisano, da je *disparevnija* povezana s koitusom, je bilo to v DSM-III-R opuščeno (namesto koitusa spolni odnos), ponovno pa se pojavi v DSM-IV-TR, češ da se *disparevnija* najpogosteje pojavi pri koitusu.

Zanimivo se mi zdi, da se *disparevnija* lahko pojavi tako pri moškem kot pri ženski, čeprav nikjer ni nobene razlage, kaj naj bi to pomenilo pri moškem. V zvezi s tem sem našla samo dva relevantna članka, od tega se eden nanaša na anodisparevnijo moških.

Consensus Conference (1998)

Konferenca je definiciji *disparevnije* spet dodala pridevnika 'nenehna ali ponavljajoča se', medtem ko ji je odvzela subjektivno oceno disfunkcije, saj za *disparevnijo* kriterij osebne stiske ne velja, čeprav nikakor ne razumem, zakaj tu ni

tega kriterija. Menim, da je ravno ta seksualna disfunkcija najbolj povezana z osebno stisko, ker problemi niso vezani samo na čas spolnega odnosa, ampak trajajo tudi še po njem ali pa sploh niso vezani na spolni odnos. Z objektiviziranjem te disfunkcije se odgovornost prelaga samo na žensko oziroma na njeno biologijo, poleg tega sedaj medicina objektivno odloča o nečem tako subjektivnem kot sta pridevnika 'nenehen' in 'ponavljajoč se'. S to definicijo se je konferenca vrnila v leto 1980 in čas DSM-III.

ICD-10 (1990/1994) – neorganska disparevnija

ICD-10 pravi, da se "disparevnija (ali bolečina med spolnim odnosom) lahko zgodi tako pri ženskah kot pri moških. Pogosto jo lahko pripišemo lokalni patologiji in takrat bi morala biti kategorizirana kot patološko stanje. Ta kategorija je uporabljena le, ko ni primarne neorganske seksualne disfunkcije (tj. vaginizem ali vaginalna izsušenost)" (WHO 2007).

Ta definicija po ICD-10 je edina, ki se mi zdi bistveno bolj neprimerna kot definicija po DSM-IV-TR. Prvič, ne pojasni, kaj je disparevnija. Drugič, disparevnijo poveže s patološkostjo, kar po mojem mnenju lahko kritično stigmatizira posameznico/ka s to boleznijo.

Komentar

Psiholog Yitzchak M. Binik, ki se ukvarja s preučevanjem *bolečin pri seksualni aktivnosti*, tudi z *disparevnijo*, je v svojem članku *Should Dyspareunia Be Retained as a Sexual Dysfunction? A Painful Classification System* (2005a) zagovarjal dve povsem novi in kritični ideji, in sicer, da "disparevnija ne ustreza preveč DSM-IV-TR kriterijem za seksualno disfunkcijo" in da "disparevnija bolj ustreza trenutni DSM-IV-TR klasifikaciji za motnjo bolečine" (Binik 2005b: 63).

Binikova teorija je sprožila precejšen odziv strokovne javnosti in v reviji *Archives of Sexual Behavior* je v isti številki kot Binikov članek pod skupnim naslovom "Peer Commentaries on Binik (2005)" izšlo dvajset komentarjev njegove teorije, na kar se je Binik odzval s še enim člankom (2005b). Avtorji komentarjev so podajali zelo različna mnenja v zvezi z *disparevnijo*, veliko pa jih omenja, da je Binikov članek izjemno pomemben v smislu, da odpira razpravo in spodbuja raziskavo dokaj nepoznanega področja seksualnosti. Z njim se je povsem strinjala manjšina avtorjev, medtem ko se je večina avtorjev strinjala z njim v vsaj eni izmed njegovih idej

(*disparevnija* ni seksualna disfunkcija ali *disparevnija* je motnja bolečine), nekaj avtorjev pa mu je povsem nasprotovalo.

Tako v DSM-IV-TR kot v ICD-10 je *disparevnija* uvrščena med seksualne disfunkcije in se nanaša na spolni odnos. Zanimivo pa je, da je bila *disparevnija* v DSM-II uvrščena med psihofiziološke motnje genitalij in sečevoda (skupaj s težavami pri menstruaciji in uriniranju ter impotenco). Med seksualne disfunkcije je bila uvrščena z DSM-III (ki je tudi uvedel kategorijo seksualnih disfunkcij), DSM-III-R pa jo je skupaj z vaginizmom razvrstil v skupino *bolečine pri seksualni aktivnosti*. Tako Charles Moser v svojem komentarju omenja, da so bile "seksualne motnje [z DSM-III] razumljene kot v osnovi 'seksualne' in diagnostično ločene od neseksualnih problemov, čeprav niti znanstveni podatki niti teorija ne podpirata te klasifikacije" (2005: 45).

Povezava *disparevnije* s seksualnostjo izhaja iz poimenovanja Roberta A. Barnes (1874), ki je izraz *disparevnija* skoval po analogiji z izrazoma *dispepsija* (motnja prebavnega trakta) in *dismenoreja* (menstruacijske bolečine), ki pa sta povsem fiziološkega izvora. Malo sem pobrskala po raznih slovarjih in ugotovila, da *disparevnija* pomeni "težaven spolni odnos". "Njegova izbira izraza *disparevnija* bolj poudarja povezavo s funkcijo (spolni odnos) kot pa z bolečino" (Binik 2005a: 12-13).

Binik se v nasprotju z Barnesom bolj osredotoča na bolečino kot pa na seksualni aspekt *disparevnije* (glej 2005a: 13), vendar pa nekateri nasprotujejo dojemanju *disparevnije* v okviru motnje bolečine, ker menijo, da bi se izgubila specifika bolečine, saj pri motnji bolečine ni navajanja posameznih bolečin (glej First 2005, Meana 2005), poleg tega bi se izgubila povezava s seksualnostjo in obstaja možnost, da druge seksualne disfunkcije, vzporedne z *disparevnijo*, ne bi bile prepoznane (glej First 2005).

Zanimivo je tudi, da čeprav DSM-IV-TR trdi, da lahko seksualna motnja nastane v katerikoli fazi cikla človekovega odzivanja, ne obstaja motnja seksualnega zadovoljstva. Po drugi strani pa so bolečine pri seksualni aktivnosti vezane skoraj izključno na eno seksualno aktivnost, to je spolni odnos. Binik omenja, da ženske poročajo, da se bolečina pojavlja tudi pri drugih aktivnostih, kot so uriniranje, šport in ginekološki pregled, poleg tega se bolečina pri vseh ženskah ne pojavlja samo na enem področju, ampak lahko bolečina sega od vulve do medenice (glej Binik 2005a: 14-15). Payne in Wakefield omenjata, da sploh ni res, da se *disparevnija* ne vmešava v faze cikla človekovega seksualnega odzivanja, saj "so vse faze cikla seksualnega

odzivanja očitno prizadete z izkušnjo bolečine med spolnim odnosom" (Payne 2005: 46).

Nekateri avtorji menijo, da so rezultati raziskav, na katere se opira Binik, neprepričljivi, saj se večina teh raziskav osredotoča na VVS (vulvar vestibulitis syndrome; Graziottin 2005, Meana 2005), ki naj po mnenju nekaterih sploh ne bi sodil med podkategorije disparevnije (First 2005, Strassberg 2005). Posploševanje z VVS na disparevnijo Binik upravičuje s tem, da je na začetku jasno zapisal, da se opira na podatke raziskav VVS, da je VVS najbolj razširjena in v bistvu edina raziskana oblika disparevnije (Binik 2005b: 63).

Po mojem mnenju je Binikov članek izjemno pomemben, ker sproža dvom o DSM klasifikaciji na splošno, predvsem pa o klasifikaciji seksualnih disfunkcij in znotraj nje disparevnije. Različne raziskave so pokazale na nujnost revizije DSM klasifikacije seksualnih disfunkcij in *Nov pogled na ženske seksualne probleme*, pogled, ki ga aktivno zagovarja tudi Leonore Tiefer (in ki ga bom predstavila kasneje), je eden redkih, ki v temeljih spremeni klasifikacijo seksualnih disfunkcij. Dva avtorja komentarjev sta podala svoje lastne predloge za novo poimenovanje disparevnije (Levine 2005, Meana 2005) in predlog Marte Meana je bistveno drugačen od DSM-IV-TR, saj bi *bolečine pri seksualni aktivnosti* (Sexual Pain Disorders) preimenovala v *motnjo bolečine, ki vpliva na seksualno funkcijo* (Pain Disorders Impacting on Sexual Function) (Meana 2005: 44). To pomeni, da bi disparevnija sicer ostala znotraj seksualnih disfunkcij, vendar pa je sprememba kar precejšnja, saj je definicija v DSM-IV-TR osredotočena na seksualnost, njen predlog pa na bolečino.

4.4.1.4.2 Vaginizem

(v DSM-III *funkcionalni vaginizem*)

Tako kot definicija *disparevnije* se tudi definicija *vaginizma* v zadnji izdaji priročnika ni bistveno spremenila. Pomembna jezikovna sprememba je bila odstranitev besede 'koitus' v DSM-IV. Po DSM-IV-TR (2005) je "osnovna značilnost vaginizma nenehno ali ponavljajoče se nenamerno krčenje mišic, ki obdajajo zunanjo tretjino vagine, in sicer ob poskusu vaginalne penetracije s penisom, prstom, tamponom ali spekulomom" (DSM-IV-TR 2005: 556). Poleg tega je omenjeno, da lahko že samo namen vaginalnega spolnega odnosa (torej ne velja ob drugih zgoraj

našteti možnostih?) povzroči krče in da obstajajo različne stopnje krčev, od blagih do močnejših, ki preprečujejo penetracijo.

Consensus Conference (1998)

Definicija Consensus Conference je identična definiciji v DSM-III, le spremenili so koitus v spolni odnos. In ker se definicije vaginizma v DSM skozi leta niso spremenile, tudi ta "nova" definicija ni nič kaj nova.

V članku *Definitions of Women's Sexual Dysfunction Reconsidered: Advocating Expansion and Revision* (2003; sedem avtorjev od trinajstih je sodelovalo pri Consensus Conference) je zapisana najnovejša definicija vaginizma, ki se sklada z definicijo Consensus Conference, vendar je razširjena in bolj natančna: "Nenehne ali ponavljajoče se težave ženske, da bi omogočila vaginalen vstop penisu, prstu in/ali kateremu koli objektu, kljub želji ženske, da bi to storila. Pogosto je prisotno (fobično) izogibanje in pričakovanje/strah pred bolečino. Strukturne ali druge fizične nepravilnosti morajo biti izključene/obravnavane" (Basson idr. 2003 v Graziottin, Bottanelli in Bertolasi 2004: 118).

ICD-10 (1990/1994) – neorganski vaginizem

ICD-10 vaginizem opredeljuje kot "krč mišic medeničnega dna, ki obkrožajo vagino, kar povzroča zapiranje vaginalne odprtine. Vstop penisa je, ali nemogoč ali boleč" (WHO 2007).

Definicija vaginizma po ICD-10 je torej očitno ožje usmerjena kot definicija po DSM-IV, saj se v zvezi s penetracijo omenja samo penis.

Komentar

Zanimiva je opazka Binika idr. (2001: 114), in sicer, da "diagnoza vaginizma ne zahteva izkušnje bolečine. Zakaj naj bi bil potem uvrščen med motnje bolečine?". Glavna značilnost vaginizma naj bi bil vaginalni krč, vendar pa ni dokazov, da ta sploh obstaja (Reissing, Binik in Khalife 1999 v Binik idr. 2001), so pa vse ženske z vaginizmom poročale o pričakovanju bolečine (Reissing idr. 2000 v Binik idr. 2001).

Vaginizem ima mnogo skupnega z disparevniijo (problemi z napetostjo mišic, bolečina ob genitalnem dotiku, strah pred bolečino pri seksualni aktivnosti, nagnjenje k izogibanju spolnega odnosa, prekrivanje z boleznijo sečevoda in mehurja ter

zaprtjem) (glej Graziottin, Bottanelli in Betolasi 2004: 118), vendar pa je vseeno jasno ločen od nje.

4.4.1.4.3 Komentar bolečin pri seksualni aktivnosti

Menim, da disparevnija in vaginizem še nista dovolj raziskana, da bi lahko z gotovostjo trdili, kaj vpliva na njun pojav. Dejavniki, kot so vpliv vzgoje, tradicije, norm in pričakovanj v zvezi s seksom, povsem duševni dejavniki ... verjetno vplivajo na ti dve motnji, vendar pa ta vpliv še ni raziskan. To je mogoče tudi posledica tega, da gre za zelo kompleksne dejavnike, katerih posledice se različno kažejo pri različnih ženskah. Tako na primer nekateri avtorji dokazujejo, da ima spolna zloraba vpliv predvsem na disparevnijo (glej Dunne in Najman 2005), drugi pa, da vpliva na splošno seksualno delovanje (glej Binik 2005b, Rellini in Meston 2004).

DSM-IV-TR med bolečine pri seksualni aktivnosti vključuje disparevnijo in vaginizem, pomembno pa je poudariti, da jima je Consensus Conference k svoji klasifikaciji dodala še *nekoitalno bolečino pri seksualni aktivnosti*, ki jo definira kot "nenehno ali ponavljajočo se genitalno bolečino, ki jo povzroča nekoitalna seksualna stimulacija" (Basson idr. 2001: 87). Ta kategorija naj bi bila pomembna, ker priznava, da seks ni samo koitus in ker se lahko nanaša tudi na ne-heteroseksualne ženske (Basson idr. 2001; odobravanje tudi Leiblum 2001 in Reamy 2001). Vendar pa je tudi ta sprememba naletela na neodobravanje – boljša bi bila vključitev med motnje (kronične) bolečine (Ohkawa 2001), vključitev je problematična, ker ni empiričnih podatkov (McCabe 2001), Leonore Tiefer pa na to novo kategorijo gleda z ironijo, saj se zdi, da nekoitalna bolečina privzema feministični pogled (vključitev kategorije, ki ni osredotočena na koitus), vendar pa feministke Consensus Conference zaradi njene podobnosti z DSM ostro nasprotujejo (Tiefer 2005).

Glede na to, da tako v definiciji disparevnije kot vaginizma ni omembe, da bi lahko bolečina nastopila pri nekoitalni stimulaciji, se mi zdi vpeljava te kategorije smiselna, saj sicer izključimo vse tiste ženske, ki doživljajo bolečine med nekoitalnimi seksualnimi praksami. Drug način pa bi bil revizija obstoječih definicij, ki v prihodnje ne bi bile več vezane na specifične seksualne prakse.

4.4.2 MOŠKI

4.4.2.1 Motnje seksualnega vzburjenja

4.4.2.1.1 Motnja erekcije

Po DSM-IV-TR je *motnja erekcije* "nenehna ali ponavljajoča se nezmožnost doseči ali obdržati primerno erekcijo do konca seksualne aktivnosti" (DSM-IV-TR 2005: 545).

V DSM-III je bila *motnja erekcije* imenovana še impotenca in skupaj z *žensko motnjo seksualnega vzburjenja* (frigidnostjo) združena v *zadrževano seksualno vznemirjenje*. Bistvo definicije *motnje erekcije* se skozi leta ni spremenilo, zanimivo pa je, da je bil v DSM-III-R (tako kot pri ženskah) prisoten tudi subjektivni kriterij. Glede na to, da se danes poudarja, da je pri ženskem vzburjenju vsekakor pomembnejši subjektivni kriterij, pa nihče niti pomisli ne, da bi rekel kaj takega za moškega. Razlog za to je v redukciji moške seksualnosti na "delovanje opreme" in enačenje med erekcijo in vzburjenjem je nevprašljivo. Mislim, da temu nikakor ni tako – ni nujno, da je moški z erekcijo vzburjen, prav tako kot ni nujno, da moški brez erekcije ni vzburjen.

V DSM-IV-TR lahko tudi preberemo, da obstajajo "različni vzorci motnje erekcije". Nekateri poročajo, da sploh ne morejo vzpostaviti erekcije, drugi da erekcija najprej je, ampak usahne ob poskusu penetracije, tretjim usahne med penetracijo, nekateri pa poročajo, da imajo zadovoljivo erekcijo lahko le ob masturbaciji ali ob prebuditvi. V tolažbo posameznikom s tem problemom je lahko stavek, da "se lahko izgubijo tudi erekcije pri masturbaciji, vendar to ni pogosto" (DSM-IV-TR 2005: 545).

ICD-10 (1990/1994)

Po tej klasifikaciji je definicija tako rekoč enaka, razlika je le v tem, da namesto "spolne aktivnosti" stoji beseda "spolni odnos", kar je (kot že večkrat omenjeno) diskriminatorno do mnogih ljudi, ki spolnega odnosa iz takšnih ali drugačnih razlogov ne izvajajo (WHO 2007).

Komentar

V zvezi z *motnjo erekcije* obstajata dve vrsti perspektiv, in sicer prva iz večine objavljenih prispevkov in sledi biomedicinskemu modelu, medtem ko drugo sestavlja peščica teoretikov, ki zagovarjajo alternativen pristop k definiranju in zdravljenju *motnje erekcije*.

Biomedicinsko orientirani članki običajno sicer navajajo tudi osebne probleme in probleme v razmerju, vendar so ti vedno *posledica* in nikoli vzrok *motnje erekcije*. Tako je na primer članek z naslovom "Psychosexual and Relationship Issues in Men With Erectile Dysfunction" (DiMeo 2006) obljubljal zanimivo branje (v primeru *motnje erekcije* se zanimivo branje nanaša na karkoli, kar vsaj malo nasprotuje biomedicinskemu modelu), vendar se je zelo kmalu izkazalo, da temu ni tako. Zelo pogosto je omenjanje, kako zelo pomembna je erekcija za moškega in da je erekcija simbol njegove moškosti (glej DiMeo 2006). Medicinski članki nikoli ne izpostavljajo družbenega vpliva, na primer medijskega pritiska, kulturnih standardov in pritiska okolja, ki ga občutijo moški, ki imajo probleme z erekcijo. Članek v reviji Nursing (Lewis, Rosen in Goldstein 2005) je sicer dolg le eno stran, vendar zelo privlačno napisan in človek na enem mestu dobi vse o *motnji erekcije*: kaj to je, kako se jo zdravi in kakšna zdravila poznamo. Problem je, da ne stopi izven okvirov biomedicinskega modela. Avtorji članka, ki poroča o evropski študiji razširjenosti *motnje erekcije* (Riley idr. 2007), so ugotovili, da so bili "staranje, resnost in trajanje *motnje erekcije* in upadajoče zadovoljstvo s seksualnim življenjem in partnerjem povezani z zmanjšanim številom poskusov spolnega odnosa v obdobju štirih tednov pred raziskavo" (Riley idr. 2007: 3). Zanimivo je, da je približno polovica pacientov v tem času izvedla od tri do šest poskusov spolnih odnosov. Kubin, Wagner in Fugl-Meyer (2003) med drugim navajajo tudi vzroke za *motnjo erekcije*, od katerih so še najmanj biomedicinski vzroki volja, depresija in jemanje različnih zdravil, medtem ko se ostali nanašajo na ožilje, hormone in živčevje.

Druga skupina perspektiv v svojem raziskovanju upošteva vrsto različnih dejavnikov in je povsem drugačna, našla pa sem samo dva članka, in sicer avtorjev Michaela E. Metza in Barryja W. McCarthyja (2005) ter Peggy Kleinplatz (2004). **Metz in McCarthy** zagovarjata "integrativno, biopsihosocialno, multidimenzionalno perspektivo" pri oceni in zdravljenju *motnje erekcije* (Metz in McCarthy 2005: i). Ta pristop poudarja, da je *motnja erekcije* kompleksen problem, katerega zdravljenje mora biti prilagojeno posamezniku in paru. Namesto o popolni izvedbi se govori o

modelu "dovolj dobrega seksa" ("Good-Enough Sex" model), za učinkovito zdravljenje pa je pomembno, da upošteva zdravstvene, psihološke in odnosne dejavnike (glej Metz in McCarthy 2005: i). Prvi korak pri oceni in zdravljenju motnje erekcije je, da se ugotovi, če sploh gre za motnjo, in tu ima ključno vlogo zdravnik, da paru pojasni realistična pričakovanja v zvezi s seksom in erekcijo. Glede na vzroke avtorja ločita 10 tipov motnje erekcije, ki so razdeljeni v tri skupine:

- fiziološki tipi: motnja erekcije, ki jo povzročajo stanje fizičnega sistema, fizična bolezen, fizična poškodba, stranski učinki zdravil in drog, način življenja (le zadnja dva tipa sta pogosta);
- psihološki tipi: motnja erekcije, ki jo povzročajo problemi psihološkega sistema, psihološki stres, problemi v razmerju, pomanjkanje psihoseksualnih veščin (tip dve in tri sta pogosta, zadnji tip je zelo pogost);
- mešani tip: motnja erekcija se pojavi hkrati s kako drugo seksualno disfunkcijo (Loudon 1998 v Metz in McCarthy 2005: ii).

Avtorja poudarjata, da ne samo, da so zapleteni vzroki in sama disfunkcija, ampak tudi njeni učinki ali posledice. Poleg tega je pomembno, da se zdravi vsak vzrok posebej, ne glede na to koliko jih je, saj je možno, da eden vzrok spodbudi drugega ... in ima lahko pacient tudi po recimo pet–šest različnih vzrokov za svoje probleme (na primer nek pacient je imel operacijo prostate, pogosto pije alkohol, ima najstniške otroke, ki mu povzročajo veliko skrbi, z ženo se ne razumeta, ko sta se včasih in pred kratkim je zamenjal službo).

Peggy Kleinplatz (2004) zagovarja pristop empirične psihoterapije (Experiential Psychotherapy), ki je del "eksistencialno-humanističnega modela osebnosti in človekovega razvoja" (Mahrer 1978 v Kleinplatz 2004: 229). Ob 'ustanovitvi' sicer ni bil mišljen za zdravljenje seksualne disfunkcije, vendar pa je uporaben tudi na tem področju in se je pogosto izkazal za uspešnega. Pri tem pristopu gre za to, da se pacient poglobi vase in to negativno izkušnjo (tj. *motnjo erekcije*) izkoristi sebi v prid, in sicer za osebno rast (glej Kleinplatz 2004: 231).

Zanimivo je, da sta Masters in Johnsonova poudarjala, da gre vzrok za motnjo erekcije v 90% primerov pripisati psihogenim vzrokom, le 10% pa organskim, ki pa so tudi pogosto posledica jemanja zdravil (Kleinplatz 2004: 218). Danes pa je ravno obratno, večinoma se psiholoških vzrokov sploh ne omenja, subjektivno vznburjenje pri moških sploh ne obstaja (v svojem članku to pomanjkljivost večkrat omeni

Kleinplatz 2004). V zvezi s tem obstaja zanimiva turška študija, kjer so ugotovili, da je "pri 43% moških vzrok motnje erekcije organski, pri 47% psihogeni in pri 19% mešan" (Aydin idr. 2001: 699). Mislim, da sta pomembni obe skupini dejavnikov in to poudarjajo tudi alternativni pristopi. Medtem ko članek Metza in McCarthyja (2005) zagovarja, da je pomembno upoštevati vse dejavnike in jih temu primerno zdraviti, pa je pristop Kleinplatzove (2004) še bolj celosten, saj seksualno disfunkcijo "obravnavajo" glede na delovanje celotnega telesa in upošteva celoten kontekst življenja posameznika.

4.4.2.2 Motnje orgazma

4.4.2.2.1 Moška motnja orgazma

(v DSM-III in DSM-III-R *zadrževan moški orgazem*)

Bistvo *moške motnje orgazma* se skozi leta ni spreminjalo. Tako jo DSM-IV-TR definira kot "nenehno ali ponavljajočo se zamudo ali odsotnost orgazma, ki sledi normalni fazi seksualnega vznemirjenja" (DSM-IV-TR 2005: 550). Definicija je do besede enaka kot pri *ženski motnji orgazma*.

To, kar pa se pri tej definiciji je spreminjalo, je pa jezik (nisem prepričana, ali so bile to spremembe na boljše ali na slabše). V DSM-III je potrebna 'primerna faza seksualnega vznemirjenja', v DSM-III-R in DSM-IV(-TR) pa jo nadomesti 'normalna faza seksualnega vznemirjenja'. Zanimivo je, da v DSM-III zasledimo besedno zvezo 'moški orgazem', v DSM-III-R 'orgazem pri moškem', ta pa se v DSM-IV(-TR) spremeni samo v 'orgazem'.

Spreminjalo se je tudi dodatno besedilo, ki spremlja definicijo. V DSM-III je omenjeno, da se moška motnja orgazma lahko prekriva z *zadrževanim seksualnim vznemirjenjem*, v DSM-III-R piše, da "je neuspeh pri doseganju orgazma običajno omejen na nezmožnost doseči orgazem znotraj vagine, medtem ko je orgazem pri masturbaciji možen" (DSM-III 1980: 280) (opazna je diskriminatorna uporaba jezika, saj kaže na heteroseksualni koitus), v DSM-IV(-TR) pa lahko preberemo, da mora "zdravnik pri presojanju, ali gre za zapoznel orgazem, upoštevati starost posameznika in primernost stimulacije" (DSM-IV-TR 2005: 550). Poleg tega so navedeni tudi različni tipi moške motnje orgazma (orgazma ni možno doseči med spolnim odnosom, orgazem je ob zelo intenzivni nekoitalni stimulaciji možno doseči med spolnim

odnosom, orgazem je možno doseči samo med masturbacijo, orgazem je možno doseči samo ob prebujanju iz erotičnih sanj). Zanimivo je, da se je besedilo poleg definicije vedno popolnoma spremenilo, je pa res, da je besedilo v DSM-IV(-TR) razširjena verzija besedila v DSM-III-R.

Vredna opombe je tudi uporaba besede 'žena', in sicer v naslednjem stavku (pri opisu povezanih značilnosti in motenj): "Ko moški skriva svoje pomanjkanje koitalnih orgazmov pred svojo ženo, se par lahko predstavlja z neplodnostjo iz neznanih vzrokov" (DSM-IV-TR 2005: 550). Kot že omenjeno (stran 36), taka uporaba jezika ni sprejemljiva.

ICD-10 (1990/1994) – Zadrževan moški orgazem

Definicija *zadrževanega moškega orgazma* je identična definiciji *zadrževanega ženskega orgazma*, torej, da "do orgazma, ali ne pride ali pa je izrazito zapoznel" (WHO 2007). Bistvo motnje ostaja isto kot pri definiciji po DSM-IV-TR.

Komentar

Ne obstaja veliko prispevkov, ki bi obravnavali *moško motnjo orgazma* – večinoma je prisotna le v nekaterih bolj splošno obarvanih prispevkih, kjer so obravnavane tudi druge motnje.

Razlog te nezainteresiranosti verjetno leži v redkosti te motnje (8% v Združenih državah Amerike [Laumann idr. 1999] in 1-5% v Veliki Britaniji [Mercer idr. 2003] v Regev idr. 2006: 469) in pa v tem, da je nezanimiva za farmacevtske družbe, saj ni možnosti, da bi zanjo odkrili kako uspešno zdravilo. *Motnja orgazma* je pri moških delno povezana s starostjo, saj je možno, da se bodo 40. letu začeli soočati s problemom doseganja orgazma (Laumann idr. 1999 v Regev idr. 2006: 470).

4.4.2.2.2 Prezgodnja ejakulacija

Ubeseditev definicije *prezgodnje ejakulacije* je skozi leta doživela nekaj sprememb, očitno v povezavi z novimi rezultati raziskav. Definicija po DSM-III pravi, da "se prezgodnja ejakulacija zgodi, ker je nenehno in ponavljajoče se odsoten zmeren spontan nadzor ejakulacije in orgazma med seksualno aktivnostjo" (DSM-III 1980: 280). Ni razloženo, kaj bi lahko bil 'zmeren spontan nadzor' (reasonable voluntary control). Definiciji po DSM-III-R in DSM-IV-TR sta si pa že zelo podobni

in "glavna značilnost prezgodnje ejakulacije je nenehen ali ponavljajoč se nastop orgazma in ejakulacije ob minimalni seksualni stimulaciji pred, med ali kmalu po penetraciji in preden si oseba to želi" (DSM-IV-TR 2005: 552). Definiciji po teh dveh izdajah vključujeta tudi navodilo, da mora zdravnik upoštevati starost pacienta, novost seksualnega partnerja in pogostost seksualne aktivnosti. Za nobenega od teh dejavnikov ni pojasnjeno, kakšen vpliv ima na orgazem in ejakulacijo – pospeševalen ali zaviralen. Samo v DSM-IV(-TR) sta v definiciji omenjena tako ejakulacija kot orgazem, medtem ko je v prejšnjih izdajah omenjena samo ejakulacija. To očitno kaže na to, da so v času med izdajo DSM-III-R in DSM-IV raziskovalci ugotovili, da se ejakulacija in orgazem ne skladata vedno.

"Kriteriji v DSM-IV niso dovolj natančni, zanašajo pa se predvsem na to, kaj zdravnik meni, da je 'pred, med ali kmalu po penetraciji'" (Symonds idr. 2003: 362). Masters in Johnsonova sta postavila nove kriterije, da moški prezgodaj ejakulira, ko ne more nadzorovati svoje ejakulacije dovolj dolgo, da bi njegova partnerka v polovici primerov doživela orgazem. To je močno vplivalo na definicijo v DSM, ki poudarja samodiagnozo in ne vključuje časovnega elementa. "DSM diagnoza prezgodnje ejakulacije omogoča, da so s to diagnozo označeni moški, ki dejansko ejakulirajo po desetih do dvajsetih minutah" (Waldinger 2007: 58).

ICD-10 (1990/1994)

ICD-10 definira *prezgodnjo ejakulacijo* kot "nezmožnost zadovoljivega nadzorovanja erekcije, da bi lahko oba partnerja uživala v seksualni interakciji" (WHO 2007). Ta definicija se od definicije v DSM-IV-TR razlikuje v tem, da sta izpostavljena oba partnerja, poleg tega je definicijo možno aplicirati na vse ljudi in vse seksualne aktivnosti, kar je zelo pozitivno. Vendar pa je po drugi strani v definiciji močno prisoten orgazmični imperativ, saj je prisoten podton, da brez moškega orgazma ob ravno pravem času ni užitka.

Komentar

Prezgodnja ejakulacija je bila v literaturi prvič opisana leta 1887, od časa psihoanalitikov Ferenczija (1908) in Abrahama (1917) pa je bila pojmovana kot psihološka motnja, ki naj bi jo zdravila psihoanaliza. Za psihoanalitike *prezgodnja ejakulacija* pomeni, da je moški ejakuliral prej kot v 30 sekundah po vaginalni penetraciji (glej Waldinger 2007: 58).

Danes obstaja več različnih tipologij *prezgodnje ejakulacije*. Prvi jo je klasificiral Schapiro leta 1943 in sicer je razločeval tip A in tip B, ki ju je leta 1989 Godpodinoff preimenoval v *pridobljena prezgodnja ejakulacija* in *vseživljenjska prezgodnja ejakulacija* (glej Waldinger 2007: 59), kar je še danes najpogostejša delitev (tudi v DSM-IV-TR). Poleg tega se ta dva tipa pogosto delita še na globalni in situacijski tip. Prvi se zgodi (skoraj) vedno s (skoraj) vsakim partnerjem, medtem ko je drugi vezan na precej predvidljive situacije, na primer na začetek novega razmerja (glej Barnes in Eardley 2007: 152-153). Pogosta je tudi delitev glede na vzroke, in sicer obstajata *prezgodnja ejakulacija z biogenskimi oziroma fiziološkimi vzroki* (nevrološki ustroj, fizična bolezen, fizična poškodba, stranski učinki zdravil) in *prezgodnja ejakulacija s psihogenskimi oziroma psihološkimi vzroki* (notranji psihološki ustroj, huda psihološka stiska, stiska v razmerju, pomanjkljivosti v psihoseksualnih veščinah). Seveda je zelo pogosto tudi, da so vzroki za prezgodnjo ejakulacijo multipli (glej Metz in Pryor 2000: 294, 296).

Najbolj razdelano tipologijo pa sta podala Waldinger in Schweitzer (2006), ko sta vseživljenjskemu in pridobljenemu tipu dodala še *naravno spremenljivo prezgodnjo ejakulacijo* in *prezgodnjo ejakulacijo, ki to ni*. Pri tej tipologiji je pomemben koncept IELT – 'čas znotrajvaginalne ejakulacije' (intravaginal ejaculation latency time), ki so ga leta 1994 predstavili Waldinger, Hengeveld in Zwinderman. IELT je čas od vaginalne penetracije do intravaginalne ejakulacije in avtorji koncepta menijo, da bi moral biti vključen v definicijo *prezgodnje ejakulacije*. Pri moških z *vseživljenjsko prezgodnjo ejakulacijo* je IELT zelo kratek (od minute do minute in pol), vzrok je nevrobiološki in problem je pogosto genetsko pogojen. Moški s *prezgodnjo ejakulacijo, ki to ni* se pritožujejo glede prezgodnjih ejakulacij, čeprav je njihov IELT večinoma znotraj normalnega razpona (od tri do sedem minut) ali celo nadpovprečen (nad deset minut). IELT pri moških s *pridobljeno prezgodnjo ejakulacijo* je dokaj kratek (manj kot dve minuti), vzrok pa je lahko v organskih motnjah ali v psiholoških problemih, na primer v razmerju. *Naravno spremenljiva prezgodnja ejakulacija* pravzaprav sploh ni pravi sindrom. Moški imajo nedosledne in neredne prezgodnje ejakulacije, IELT je objektivno kratek ali pa le tako pojmovan. *Naravno spremenljiva prezgodnja ejakulacija* je najverjetneje izraz normalne spremenljivosti ejakulacije (Waldinger 2007: 58-59).

Obstajajo zelo različne ocene razširjenosti *prezgodnje ejakulacije*, najpogostejša pa je, da je "prezgodnja ejakulacija zelo razširjena". Waldinger poudarja, da je treba biti

pri podatkih razširjenosti previden, saj raziskave največkrat ne ločijo med "pritožbo", "sindromom" in "motnjo" in tako se zgodi, da sprašujejo o "pritožbah", poročajo pa o "motnjah". V zvezi z rezultati epidemioloških študij lahko rečemo le, da je prezgodnja ejakulacija pogosta moška seksualna "pritožba". Dodaja tudi, da gre visoko razširjenost verjetno pripisati *naravno spremenljivi prezgodnji ejakulaciji* in *prezgodnji ejakulaciji, ki to ni*, medtem ko sta druga sta tipa manj razširjena (glej Waldinger 2007: 59).

Problem z IELT je, da ne obstaja dogovor glede časovne meje, ki bi označevala, kaj je *prezgodnja ejakulacija* in kaj ne. Neka študija (Patrick idr. 2005) moških, ki so bili po DSM diagnosticirani s prezgodnjo ejakulacijo, je pokazala, da njihov povprečni IELT meri 1,8 minute. Poleg tega sta pomembna tudi delež seksualnih izkušenj, ko je IELT od ena do dve minuti oziroma manj (90-75-50%) in časovno obdobje (zadnji mesec, zadnje pol leta, zadnje leto) (Rowland idr. 2001 v Barnes in Eardley 2007: 153).

Barnes in Eardley poudarjata, da sta pri oceni prezgodnje ejakulacije zelo pomembni tudi dve subjektivni meritvi, in sicer zaznan nadzor nad ejakulacijo in zadovoljstvo s spolnim odnosom. Moški s prezgodnjo ejakulacijo poročajo o slabo zaznanem nadzoru nad ejakulacijo in nizkim zadovoljstvom s spolnim odnosom (Barnes in Eardley 2007: 154).

Več avtorjev poudarja, da *prezgodnja ejakulacija* močno vpliva na različna področja življenja posameznika. Barnes in Eardley izpostavljata negativen psihološki učinek *prezgodnje ejakulacije*, kar povzroča večjo zaskrbljenost in izgubo seksualne samozavesti, to pa vodi v stisko in zmanjšano zadovoljstvo s seksualnimi izkušnjami. Poleg tega menita, da so moški s *prezgodnjo ejakulacijo* obsedeni z nadzorovanjem orgazma, kar je zelo moteče pri osredotočanju na seksualno aktivnost (Barnes in Eardley 2007: 155). Symonds idr. (2003) so izvedli raziskavo z 28 moškimi, starimi med 25 in 70 let, ki imajo *prezgodnjo ejakulacijo* že vsaj dve leti. Ugotovili, da so moški občutili zmanjševanje seksualne samozavesti in to dojemali kot svoj glavni problem (68%). Druga največkrat omenjena stvar je bilo razmerje (50%) – imeli so probleme z vstopanjem v novo razmerje in težave pri ohranjanju obstoječega. Skoraj polovica (47%) se jih ni zavedala, da obstaja zdravljenje in osramočenost je bila njihov glavni razlog (67%), da niso šli k zdravniku (glej Symonds idr. 2003: 366-368). Internetna anketa več kot 12.000 moških je pokazala, da tisti, ki poročajo, da imajo *prezgodnjo ejakulacijo*, pogosteje poročajo tudi o drugih psiholoških

problemih, kot so zaskrbljenost, pretiran stres in depresija (Barnes in Eardley 2007: 156). Rezultati raziskave Grenierja in Byersa (2001) kažejo, da naj bi imela *prezgodnja ejakulacija* rahlo negativen vpliv na samozavest moških, seksualni užitek in trenutno seksualno razmerje, vendar pa naj bi le malo vplivala na celotno razmerje. Samo 6% moških (od 260) je poročalo, da so se že izognili spolnemu odnosu ali ga zavrnilo zaradi skrbi v zvezi s *prezgodnjo ejakulacijo* (Grenier in Byers 2001: 374).

Med vzroki *prezgodnje ejakulacije* sta najpogostejše omenjani mladost in seksualna neizkušenost, vendar pa ni dokazov, da to res drži. Tudi obdobja seksualne abstinence naj bi povečala možnost *prezgodnje ejakulacije* – nekateri raziskovalci to potrjujejo in drugi ne (glej Grenier in Byers 2001: 369). Po rezultatih raziskave Grenierja in Byersa so moški pri samoidentifikaciji s *prezgodnjo ejakulacijo* povezali samo pogostost spolnih odnosov, ne pa tudi starosti, seksualnih izkušenj, zgodnje seksualne izkušnje ali negativne zgodnje seksualne izkušnje (Grenier in Byers 2001: 369).

4.5 KRITIKA DSM

DSM je večinoma kritiziran zaradi svoje fiziološke usmerjenosti in bioloških temeljev. Masters in Johnsonova sta zelo vplivala na klasifikacijo seksualnih disfunkcij in njuni kriteriji pogosto veljajo še danes, tj. usmerjenost na koitus in na orgazem, medtem ko seks sam po sebi in užitek nikoli nista cilj.

DSM je povsem heteroseksualno usmerjen, saj je kljub temu da od leta 1974 ne vključuje več homoseksualnosti, med spolnimi praksami v središče še vedno postavljen koitus in orgazem je pojmovan kot nujen in samoumeven. Njegov pogled na seksualnost je izrazito biomedicinsko in mehanicistično naravnano. Ilustracija tega so tudi sestavljavci teksta o seksualnih disfunkcijah, saj vsi brez izjeme prihajajo z medicinskega področja.

Definicije seksualnih disfunkcij so se skozi leta spreminjale, pogosto so s spremembami postale boljše, a pogosto tudi slabše. Primer tega je definicija motnje seksualne vzburjenosti, ki je v DSM-III-R še vključevala subjektivno oceno vzburjenja (pri moških in pri ženskah), vendar tega kriterija v DSM-IV ni več.

Sandra Leiblum v opisu DSM-IV pravi, da "DSM-IV /.../ odraža heteroseksualen, falocentričen model seksualnega vedenja, spolni odnos pa je pojmovan kot zlati standard /.../ za mnoge diagnoze. To je umeten poskus ustvarjanja vzporednosti med moškimi in ženskimi seksualnimi pritožbami" (Leiblum 2001: 161).

5. MEDIKALIZACIJA SEKSUALNOSTI

Medikalizacija pomeni, da se predvsem stanja, ki so povezana s staranjem človeka in so bila doslej pojmovana kot "normalna", znajdejo pod avtoriteto medicine in se v imenu večjega dobička razglasijo za bolezni, ki jih je potrebno zdraviti in ves čas spremljati. Tako se stanje opisuje v medicinskem jeziku, definira se ga v medicinskih okvirih, zdravljenje je medicinsko. Podoben primer kot seksualnost so tudi nosečnost, menstruacija, starost, fizični izgled in podobno (glej Tiefer 2004b: 181; Conrad 1992 v Tiefer 2004a: 117).

Medikalizacija se strogo zanaša na biomedicinski model, kjer so pomembne štiri predpostavke: univerzalnost (velja za vse ljudi), individualnost (posameznik je sam odgovoren za situacijo), biološki redukcionizem (vse, kar šteje, je biologija) in definiranje norme in odklonov od te norme (ko se enkrat definira, kaj je norma, je vse ostalo odklon) (glej Tiefer 2004b: 189-192). V biomedicinskem model seksualnosti torej "ni prostora za idejo, da sta erekcija in orgazem socialna konstrukta" (Tiefer 2004b: 207), ampak se vse vrti samo okrog fizioloških zmožnosti in popolne izvedbe. Barry Bass je za ta namen skoval izraz *sexual performace perfection industry*, kjer je vse, kar šteje, samo izvedba. Pravi tudi, da se je s tem "spremenila osnovna narava seksualnega srečanja iz tistega, kjer štejeta intimnost in užitek, v tistega, kjer štejeta dosežek in izvedba" (Bass 2001: 337).

Leonore Tiefer pravi, da so za spodbujanje medikalizacije zaslužni štirje akterji, in sicer urologi (od 70. let 20. stoletja vodilni pri diagnosticiranju in zdravljenju seksualnih motenj), medicinska industrija (ki ima predvsem ekonomske interese), množični mediji (objavljajo 'nasvete o zdravju', poročajo o 'napredku tehnologije', 'novih izumih', 'novih raziskavah'; pogosto je senzacionalistično pisanje brez resnične podlage) in samorganizirane skupine (skupine za samopomoč, na primer Anonimni impotentneži [Impotent Anonymous]), ki seksualnost "prikazujejo na racionalen, tehničen, mehničen, vesel način" (glej Tiefer 2004b: 198-203).

Velik del uspeha medikalizacije nosi tudi proces odvzema krivde z ramen ljudi. Naenkrat ljudje niso več odgovorni za svoje 'bolezni', ampak je vsega kriva biologija. Edina odgovornost, ki jo sedaj ima človek, je, da sam sebe vidi kot pacienta, da redno hodi na preglede, redno jemlje zdravila ... Tako je lahko tudi sama medikalizacija kriva, da so ljudje nesrečni, predvsem če ni napredka (glej Tiefer 2004b: 181).

Leonore Tiefer meni, da je zdravstveno izobraževanje pogosto samo krinka nekega podjetja, ki skuša prodati svoj produkt – spodbuditi govorjenje o nekem problemu, prepričati ljudi, da problem res obstaja, ponuditi zdravilo zanj. Vseeno pa imajo proizvajalci zdravil pogosto težave pri prikazovanju pozitivnih učinkov zdravil v primerjavi s placebom – in tu večinoma prevlada ekonomski interes, ko se pretirava pri pozitivnih učinkih zdravila, medtem ko se stranskih učinkov in tega, da nekateri zdravila ne prenašajo dobro, ne omenja (glej Moynihan 2005: 192-194).

Na osnovi razlikovanja med normo in odklonom se Barbara Marshall sprašuje "Kaj je 'funkcija', ki jo ogroža 'seksualna disfunkcija'? To je spolni odnos penis-vagina v zakonski (ali vsaj stabilni heteroseksualni) enoti. 'Funkcija' je 'uspešen' spolni odnos, ki je 'funkcionalen' za par, kar je 'funkcionalno' za družbo" (Marshall 2004: 134). To je standard tudi v DSM-IV(-TR), kjer je navedenih devet seksualnih disfunkcij in vse se vrtijo samo okrog heterosesualnega koitusa, ki zahteva pravilno erekcijo (glej Tiefer 2004b: 207).

Pomemben koncept znotraj medikalizacije je tudi *prodajanje bolezni*, kar po Lynn Payer pomeni "poskus prepričati zdrave ljudi, da so bolni, oziroma rahlo bolne ljudi, da so zelo bolni." Ko ljudje verjamejo, da je seks 'naraven', in zraven pričakujejo kvalitetno izvedbo ter visoko stopnjo užitka, je zelo verjetno, da se bodo zatekali k lahkim medicinskim rešitvam. To pa je idealno prizorišče za *prodajanje bolezni* (Tiefer 2006a: 0436).

Eno izmed spornejših področij vpliva farmacije je tudi sponzoriranje raznih konferenc na temo seksualnih disfunkcij. To dejstvo nekateri omenjajo izrazito negativno, drugi pa izrazito pozitivno. Kritiki zavzemajo stališče, da gre v tem primeru za izpolnjevanje interesov teh farmacevtskih podjetij (na primer Leonore Tiefer), medtem ko zagovorniki farmacevtsko sponzorstvo omenjajo kot neko dejstvo, na katerega so celo ponosni, češ "sponzorira na to in to spoštovano in priznано farmacevtsko podjetje" (na primer Raymond Rosen).

V nadaljevanju najprej na kratko predstavim pogled Michela Foucaulta na institucionalizacijo medicine v 19. stoletju, ki zajema tudi medikalizacijo seksualnosti. Kot posledica institucionalizacije je v današnji družbi seks dojet kot nekaj, kar je zdravo, dobro za posameznika, celo normalno. Moško in žensko seksualnost obravnavam ločeno, ker se njuna tokova precej razlikujeta, poleg tega ima medikalizacija bistveno drugačen vpliv na moške kot na ženske. V zadnjem delu tega

poglavja podajam kritiko pristopa dveh ameriških avtoric, ki sta po mnenju nekaterih najpomembnejši ameriški seksualni strokovnjakinji.

5.1 INSTITUCIONALIZACIJA MEDICINE

Michel Foucault v svoji knjigi *Rojstvo klinike* (The Birth of the Clinic, 1973) opisuje, kako se je v 19. stoletju vzpostavila institucionalizacija medicine (kar ima kasneje za posledico tudi medikalizacijo seksualnosti).

Foucault pravi, da "je bila do konca 18. stoletja medicina bistveno bolj povezana z zdravjem kot normalnostjo; /.../ zanašala se je predvsem na kvalitete, kot so moč, gibčnost in spremenljivost, ki so se izgubile v bolezni in naloga medicine je bila, da jih obnovi" (Foucault 1973: 35). Spremembe so se pojavile z novim slojem meščanstva in po Johnu Desmondu je "meščanstvo postalo obsedeno /.../ z normalnostjo, zdravjem in dolгим življenjem". Medicina je od Cerkve privzela zgled spovedi in "ljudje so zdravnikom priznavali svoje raznolike probleme", ti pa so "perverzije in druge nenaravne seksualne identitete" razvrstili in uredili v sisteme. "Seksualnost je tako postala objekt medicinske in psihiatrične pozornosti" (Desmond 2002 v MacDougall 2006: 68).

Čeprav so ljudje v 19. stoletju zavrgli ideje srednjeveškega vraževerja, so vseeno ustvarili nove mite in po Foucaultu je eden izmed teh mitov modrost zdravnikov. "Odnos med dobrim življenjem in dobrim zdravjem je postal zabrisan in zdravniki so postali nosilci kulturne modrosti" (Sawver 1998). Foucault je trdil, da je vzrok te modrosti v *pogledu* (gaze), ki ga pogosto imenuje tudi *klinični pogled* (clinical gaze) in *opazujoč pogled* (observing gaze) (glej Sawver 1998). Ljudje so v 19. stoletju menili, da je s *pogledom* "zdravnik lahko predril videz in videl skozi v temeljno realnost, da je imel zdravnik moč, da je lahko videl skrito resnico". Pomembno je, da si je zdravnik to svojo sposobnost opazovanja pacientov pridobil z izkušnjami in ne iz teoretskih tekstov (Sawver 1998).

Lois Sawver pravi, da so "*klinični pogled* podprli tudi izum klasifikacije bolezni in njihovi opisi" (Sawver 1998; poudarek dodan). Pred obstojem klasifikacij ICD in DSM so se diagnoze zdravnikov med seboj verjetno bistveno bolj razlikovale, saj klasifikacij ni bilo ali pa so veljale le za določeno institucijo. Pomembno dejstvo je, da bolj splošno sprejete klasifikacije obstajajo šele dobrih sto let (prva izdaja ICD z naslovom *Classification of Causes of Death* je izšla leta 1893). Foucault je trdil, da

"so se klasifikacije duševnih bolezni pojavile v kompleksnem polju odnosov moči v 18. stoletju" (Foucault 1965 v Mayes in Horwitz 2005: 252). V skladu s tem Barbara Marshall pravi, da "medicinski diskurzi in prakse – kar je Foucault imenoval klinični pogled – ne samo konstruirajo norme telesa in njegove resnice, ampak jih tudi odkrivajo" (2002: 135). Zdravniki so torej z opazovanjem pacientov bolezni in bolezenske simptome ne samo opisovali, ampak so bili tudi aktivni pri njihovi konstrukciji, torej pri ustvarjanju klasifikacij bolezni.

"Nastop 'znanosti seksa' v 19. stoletju je pospešil socialno vzpostavljeno obliko osebnega nadzorovanja želje [torej preko izključitve seksualnosti iz jezika], kar je bila po Foucaultovi analizi institucionalna strategija moči" (Grace idr. 2006: 302).

Eden bolj očitnih primerov medikalizacije seksualnosti je tudi zagotavljanje pozitivnih učinkov, ki jih ima seks za človeka in njegovo zdravje. Ta pristop lahko zasledimo le v množičnih medijih, saj znanost tega ne potrjuje.

5.2 SEKS JE ZDRAV

Ena izmed predpostavk medicinskega modela je zdravje, kar pomeni seks je zdrav (Tiefer 2004b: 188). Pred kratkim sem po elektronski pošti dobila nek članek (ne vem, v katerem časopisu je bil objavljen, kdaj in kdo je avtor) (Priloga A), v katerem so bile zapisane trditve, da je seks zdrav, ker:

- izboljša in okrepi imunski sistem (naj bi bilo znanstveno dokazano);
- zmanjšuje holesterol v krvi;
- preprečuje depresijo (naj bi bilo znanstveno dokazano);
- preprečuje staranje (naj bi bilo znanstveno dokazano);
- tako skrbimo za kondicijo in telo;
- so lasje bolj svetleči in koža bolj zdrava ...

Predpostavke diskurza, da je seks zdrav, so po mojem mnenju naslednje: vsi ljudje radi seksajo in vsi radi veliko seksajo; nihče nima nikakršnih problemov na splošno in v zvezi s seksom (ali tako imenovane disfunkcije ali preprosto problemi v zvezi s sproščenostjo, v službi, v družini, s partnerjem...); prisoten je heteroseksualen seks, večinoma spolni odnos penis-vagina (jezik v članku je zelo jasan – gre za moškega in žensko, omenja se penis); želja po seksu je predstavljena kot naravni nagon (predvsem pri moških). S tem se tudi izniči kakršne koli izgovore (resnične ali izmišljene), ki jih

imajo ljudje, ko jim pač ni do seksa – tudi sam članek apelira na moške (in je očitno napisan za moške), da zdaj pa njihove partnerke nimajo več izgovorov in na ta način se uresničuje mačistični diskurz, ki ženskam odvzema pravico do odločitve ("glede na to, da je seks zdrav – in to je *dokazano* – *moraš* seksat, pa če ti je všeč ali ne").

Značilno za tak tip člankov je, da se sklicuje na neke raziskave in študije, vendar pa le v zelo splošnem smislu. Nikoli se ne sklicujejo na kakšno (znano) avtoriteto s tega področja, inštitut ali kako določeno raziskavo. Poleg vsega tega je način podajanja članka zelo žaljiv, predvsem za ženske, lezbijke in geje (za homoseksualce zdrav seks očitno ne velja).

5.3 MEDIKALIZACIJA MOŠKE SEKSUALNOSTI

Medikalizacija moške seksualnosti se je osredotočila na motnjo seksualnega vznburjenja, natančneje na motnjo erekcije. To ne pomeni, da moški nimajo problemov v zvezi seksualno željo ali z doseganjem orgazma, ampak je po mojem mnenju pri problemih z erekcijo najlažje najti biološki vzrok, poleg tega pa socializacija moških in moška ideologija postavljata erekcijo v središče moške samozvesti in samozavedanja (erekcije kot simbol moškosti in življenjske moči). 'Normalna' erekcija pomeni, da je penis dovolj trd za penetracijo, kar traja do ejakulacije. Vse ostalo so deviacije, ki jih je potrebno zdraviti (glej Tiefer 2004b: 206). "Seksualno zdravje moških je [torej] zreducirano na erekttilno delovanje penisa" (Tiefer 2004b: 192).

V okviru medikalizacije moške seksualnosti je pomembno razlikovanje med penisom in falusom – penis je del moškega telesa, ki je vir mnogih užitkov, je nekaj, kar obstaja v realnosti; falus pa je idealiziran penis, stalno pokončen in stalno v pripravljenosti (glej Tiefer 2004b: 195). Ko medicinski diskurz definira disfunkcije, jih definira glede na falus oziroma glede na to, kar naj bi penis bil, pa ni.

Moške medikalizirani diskurz večinoma privlači zato, ker zreducira seks na biologijo in na telo, jim odvzame nadzor nad erekttilno funkcijo oziroma disfunkcijo in se jim zato ni treba ukvarjati z motivi, željami, vrednotami, občutki in podobnim, saj vzrok problema leži v biologiji. Na ta način tudi erekcije dojemajo kot nekaj povsem preprostega in lahko razumljivega ter povsem nepovezanega z osebo in kontekstom (glej Siedler 1992 v Tiefer 2004b: 204, 207; Tiefer 1986: 590).

Vseeno pa ima medikalizacija za moške tudi določene pozitivne lastnosti: fiziološki razlog problemov je manj sramoten, medicina daje zagotovila, da bo vse v redu, in en preprost poseg (oziroma danes tabletko) jih lahko reši nemoškosti. Vendar pa po drugi strani dolgoročni učinki zdravljenja niso znani, vedno bolj se zanašamo na strokovnjake, erekcije postanejo nekaj povsem samoumevnega, kontekst pa postane nepomemben, saj je motnja erekcije problem posameznega moškega (glej Tiefer 1986: 594–595).

Vedno bolj se motnje erekcije povezuje tudi z nezdravim življenjskim slogom posameznika, s čimer se individualizacija problema nadaljuje. Tako naj bi posameznik zdravo jedel, zmerno pil alkohol, ne kadil, se ukvarjal s športom in dovolj spal. Če teh navodil ne upošteva, je sam kriv za probleme z erekcijo (Marshall 2002: 139).

Spodbujanje seksualne želje in ukvarjanje z erekcijo ni nekaj novega – "ljudje so že od nekdaj uživali hrano, začimbe, rože, pijače in sadeže, da bi povečali svojo seksualno željo in seksualno željo drugih ljudi ter izboljšali izvedbo" (Tiefer 2008: 53). Vendar pa je medikalizacija, kot jo razumemo danes, pojav druge polovice 20. stoletja. Za probleme z erekcijo so bile moškim najprej na voljo razne "opore za penis, hormonske in žlezne terapije, pomladitveni toniki, zeliščna zdravila in vaje za penis, novejša metode pa vključujejo vsadke in proteze za penise, vakuumske cilindre, injekcije za penis, sečevodne čepke in oralna zdravila" (Marshall 2002: 146).

Ameriška uprava za hrano in zdravila (FDA) je viagro odobrila 27. marca 1998. Viagra je prvo zdravilo za motnje erekcije in je produkt podjetja Pfizer, največjega farmacevtskega podjetja na svetu, ki ima sedež v New Yorku. Laurence A. Levine, profesor urologije z Univerze Rush v ameriški zvezni državi Illinois, na spletni strani v kratkih videih razloži, kaj je viagra in kako deluje. Tako pravi, da je "viagra zdravilo na recept za motnjo erekcije, ki izboljša zmožnost moških z motnjo erekcije, da dobijo in obdržijo erekcijo." Vendar pa je "majhna modra tabletko kmalu postala veliko več kot samo farmacevtski produkt; je namreč kulturni označevalec moškosti, biopopolnosti, potencialno neomejene seksualne predstave in nove dobe v seksualnosti" (Marshall 2002: 132). Viagra je letos praznovala 10. obletnico in na navedeni spletni strani lahko preberemo podatek, da je v tem času zdravilo dobilo 25 milijonov moških (glej www.viagra.com), medtem ko ima Pfizer milijardne dobičke (glej Moynihan 2003: 45). Leta 2006 je bilo vsako sekundo v svetu razdeljenih 12 tabletk viagre (MacDougall 2006: 65).

Leta 2003 sta na trg prišli še dve konkurenčni zdravili: levitra podjetja Bayer AG in cialis podjetja Lilly ICOS. Obe zdravili tako kot viagra oglašujeta uspešnost pri večini moških, prav tako vsa tri zdravila delujejo na podoben način (povečanje dotoka krvi v penis), pomembna razlika pa je v trajanju učinka tabletko in s tem tudi v oglaševanju. Erekcija pri viagri deluje do štiri ure, podobno tudi pri levitri, medtem ko pri cialisu traja 36 ur – zato si je cialis tudi prislužil ime vikendaš (weekender). In tudi oglaševanje gre v smeri, da tabletko zagotavlja več spontanosti in sproščenosti, ker pač njen učinek traja dlje. Zanimivo je, da naj bi poskusi s cialisom dokazali večjo zmožnost moških izvesti en sam, uspešen spolni odnos. Niso pa preskušali izvajanja več spolnih odnosov z eno dozo. To se mi zdi zanimivo, saj sem sama ob imenu weekender pomislila ravno na to.

MacDougall v svojem članku prikaže, da "produkci, kot so viagra, levitra in cialis, niso promovirani samo kot zdravila, ki rešijo medicinske probleme, ampak kot zdravila, ki upočasnijo proces samega staranja, in sicer tako da preoblikujejo pomen, kaj pomeni biti seksualno bitje" (MacDougall 2006: 87). Ti produkti vsekakor podaljšujejo dobo seksualnega življenja s tem, da seksualnost postavljajo v središče življenja posameznikov in tako seksualni problemi postanejo življenjski problemi, ki pa so zelo preprosto rešljivi z eno samo majhno tabletko. S tem se izvaja tudi pritisk na posameznike, saj mnogi starejši ljudje poročajo, da so zadovoljni s svojim življenjem, čeprav imajo seksualne probleme, ker so pač druge stvari pomembnejše (na primer Schiavi 1999 v Tiefer 2004b: 204). Ali to pomeni, da morajo na vsak način izboljšati svoje seksualno življenje, čeprav sami menijo, da to ni potrebno?

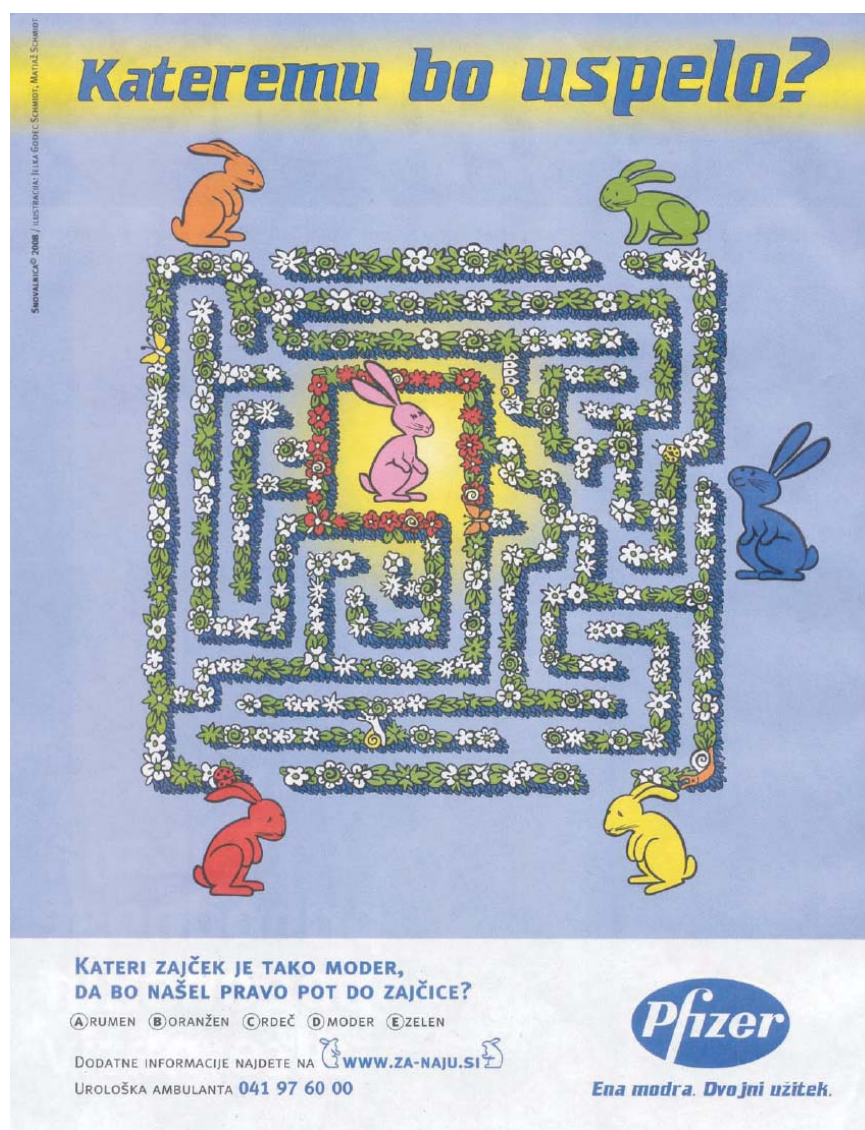
V zadnjih letih smo priča tudi vedno bolj inkluzivnim definicijam motenj erekcije in viagro (ali levitro ali cialis) se lahko uporablja ne glede na izvor motnje (čeprav se je na začetku uporabljala le za motnje fiziološkega izvora). Vse skupaj je šlo celo tako daleč, da motnja erekcije zajema vse erekcije, ki bi bile lahko boljše, kot so, in tako lahko nekdo ima motnjo erekcije, čeprav zanjo sploh ne ve. Tako naj bi moški, ki se mu je erekcija z viagro (ali levitro ali cialisom) izboljšala, imel motnjo erekcije (Lamm in Couzens, 1998 v Marshall 2002: 139).

Doslej sem v slovenskih medijih zelo redko zasledila oglas za katerega izmed produktov za zdravljenje motnje erekcije. Vseeno pa sem sredi julija v Poletu (magazin Dela in Slovenskih novic) opazila oglas za viagro (slika 5.1), v začetku avgusta pa je bil del One (ženski magazin Dela in Slovenskih novic) naslovljen

"Spolnost, velika uganka" in v isti številki je bil objavljen tudi oglas v zvezi z motnjami erekcije (slika 5.2).

Prva in najbolj očitna stvar je barva oglasa – glede na to, kako močno je Viagra poznana in sprejeta med ljudmi, nihče ne more spregledati, da gre za viagro. Čeprav slike tabletk v oglasu ni, pa jo nekako nadomešča Pfizerjev logotip, ki je podobne oblike.

Slika 5.1: Oglas za viagro



Vir: Delo, d.d.: Polet (17. julij 2008).

Kot je razvidno iz slike, je samo en zajec vesel in uspešen pri zajklji. Ta, ki je vzel viagro, modro tabletko. To pomeni, da so vsi ostali že vnaprej obsojeni na neuspeh.

Zanimivo je, da so za žival izbrali zajce, ki se med vsemi živalmi najpogosteje pari (oziroma se jih na ta način predstavlja), in to implicira, da naj bi bil tudi moški, ki vzame viagro, vedno pripravljen na seksualno aktivnost. Kar se tiče barv – tabletko viagre je modra, tabletko konkurenčnih levitre oranžna in cialisa rumena. Tudi zajci na sliki so teh barv (poleg še dveh zajcev zelene in rumene barve). Ali je to namenoma ali preprosto zato, ker so to najbolj očitne in vidne barve? Ali obstajajo tudi rdeče in zelene tabletki? Glede na to, da poteka iskanje "rožnate viagre" in da je zajklja na sliki roza barve, mi na misel pride vprašanje, ali ta oglas spodbuja tudi ženske, naj vzamejo viagro. Zanimivo se mi zdi tudi to, da v tem oglasu ni sledu o ljubezni in romantičnem vidiku, ki je v oglasih za viagro sicer pogosto izpostavljen. Poudarjeno je to, da bo zajkljo dobil tisti zajec, ki bo imel najbolj trdo erekcijo (povsem v skladu z biomedicinskim modelom in s tem, da mehanska rešitev reši vse probleme, mehanske ali ne).

Pri drugem oglasu nikjer ne piše, kateri produkt se oglašuje, je pa res, da je v spodnjem levem kotu oglasa izpisan logotip podjetja Bayer in da je celoten oglas v oranžni barvi. Če pogledaš na internet, ugotoviš, da oglas oglašuje levitro (www.erekcija.si) in testostéronske produkte (www.testosteron.si). Vendar pa tudi na spletni strani www.erekcija.si nikjer ne piše, da gre za levitro (le v naslovu internetnega okna se izpiše napis "Dobrodošli! – Levitra"), ampak so informacije zelo splošne, navedene so različne težave in različni načini zdravljenja. Sta pa tako oglas kot spletna stran belo-oranžne barve (kot že omenjeno, je tabletko levitre oranžna), viden je tudi logotip podjetja Bayer HealthCare.

V nasprotju z oglasom za viagro je ta oglas povsem drugačen. Tako v oglasu kot na obeh spletnih straneh lahko vidimo sliko (oz. slike) parov, za katere bi lahko dejali, da so srečni (so nasmejani) in očitno intimni (v oglasu slika namiguje, da je par gol, objeta sta; na spletnih straneh so v spodnjem perilu, ležijo, se dotikajo). Na vseh slikah je po videzu moški precej starejši od ženske (sama bi moškega uvrstila v [zgodnja] 50. leta, žensko pa v [pozna] 30. leta).

Osrednjo vlogo erekcije za moško samopodobo nakazuje napis "Znova moški." v spodnjem desnem kotu oglasa. Očitno torej tisti z motnjo erekcije (po presoji zdravnika ali po lastni presoji?) ni moški. V oglasu je tudi omenjeno, da je "erekcijsko motnjo in pomanjkanje testosterona *potrebno* diagnosticirati in zdraviti" (poudarek dodan). Meni se zdi, da beseda 'potrebno' nakazuje, da presojo, ali moški ima motnjo

erekcije ali ne, opravi zdravnik. Poleg tega tudi to nakazuje na osrednjo vlogo erekcije v življenju moškega.

Oglas navaja samo fiziološke vzroke *motnje erekcije* in motnjo povezuje "z visokim krvnim tlakom, povečanjem maščob v krvi in sladkorno boleznijo" ter s pomanjkanjem testosterona. Drugi vzroki niso omenjeni, prav tako oglas nakazuje, da je zdravljenje motnje erekcije medicinsko zdravljenje. Sporno se mi zdi to, da moškim z motnjo erekcije (ki je glede na oglas povsem medicinski problem) oglas izrecno svetuje, naj obiščejo endokrinologa ali urologa (ki bo ta povsem medicinski problem povsem mehanično odpravil). V oglasu sta navedena dva vira, na katera so se sklicevali sestavljavci oglasa – značilno sta oba iz uroloških krogov (avtor enega je Raymond C. Rosen, drugi je bil objavljen v World Journal of Urology).

Slika 5.2: Oglas podjetja Bayer



Kar 64 % moških z motnjami erekcije ima tudi visok krvni tlak, povečanje maščob v krvi in sladkorno bolezen.¹

- Ereksijska motnja je eden glavnih simptomov pomanjkanja testosterona.²
- Ereksijsko motnjo in pomanjkanje testosterona je potrebno diagnosticirati in zdraviti.
- Za strokovno pomoč se obrnite na endokrinologa ali urologa.

Več informacij najdete na:

www.erekcija.si

www.testosteron.si

Literatura: 1. Rosen RC in sod. Clin Med Res Opin 2004; 20:607-17. 2. Buvat J in sod. World J Urol 2009; 24: 607-617.

 Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Znova moški.

Vir: Delo, d.d.: Ona (27. julij 2008).

Oglas je po svojem sporočilu podoben oglasom za viagro, katerih interpretacijo sem zasledila v nekaterih analiziranih člankih (glej MacDougall 2006: 67, 83; Vares in Braun 2006: 325), kjer je medicinsko zdravilo predstavljeno kot nekaj, kar izboljša celotno življenje posameznika. Par na sliki je srečen in simpatičen, *ker* on jemlje zdravilo za motnjo erekcije. Pri medikalizaciji se odnosi med partnerjema bistveno izboljšajo, ko se uredi seksualno življenje, nikoli ni obratno.

Slika 5.3: Obljuba na spletni strani www.erekcija.si



Na spletni strani www.erekcija.si se ti takoj na začetku prikaže "dejstvo" (glej sliko 5.3), da je kljub problemu do erekcije možno priti v desetih minutah. Manjka pa informacija o tem, katera vrsta zdravljenja naj bi delovala tako hitro (oranžna barva kaže na levitro, vendar ta ne začne delovati prej kot slabe pol ure po zaužitju – podobno je tudi pri viagri in cialisu).

Vir: Bayer HealthCare (2008).

5.4 MEDIKALIZACIJA ŽENSKSE SEKSUALNOSTI

Medikalizacija ženske seksualnosti sledi stopinjam medikalizacije moške seksualnosti in predvsem Leonore Tiefer izraža bojazen, da bo kmalu tudi pri ženskah seksualno delovanje zreducirano na vlažnost nožnice in vzdraženost klitorisa. Vsekakor pa razna dejstva kažejo v to smer – iskanje "rožnate viagre" in drugih zdravil za ženske, osredotočenost na medicinske vzroke problemov, definiranje motenj v medicinskih okvirih, različne raziskave...

"Eden izmed pomembnih dogodkov v vzpostavljanju nove [ženske seksualne] motnje je bil članek v reviji JAMA februarja 1999 z naslovom "Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors" (Laumann, Paik in Rosen). Avtorji, dva

od njih sta sčasoma razkrila tesne povezave s Pfizerjem, so izjavili, da je za ženske, stare od 18 do 59, "skupna razširjenost seksualne disfunkcije" 43%, ocena, ki jo sedaj mnogi citirajo tako v znanstvenih tekstih kot množičnih medijih" (Moynihan 2003: 46). Problem s to oceno je, da so anketirali samo 1500 žensk, v zvezi s seksualno disfunkcijo pa so morale za da ali ne odgovoriti, če so v zadnjem letu imele katerega od naštetih sedmih problemov (več kot dva meseca), med drugim tudi pomanjkanje želje po seksu, strah v zvezi z izvedbo in probleme z vlažnostjo. Vse, ki so vsaj na eno vprašanje odgovorile pritrdilno, so uvrstili v med ženske s seksualno disfunkcijo (glej Moynihan 2003: 46). John Bancroft se sprašuje, kje je razlika med seksualnim problemom in seksualno disfunkcijo ter kdaj se prvi spremeni v drugo. Zato tudi močno dvomi v teh 43%, saj so v raziskavi spraševali o problemih, poročali pa o disfunkcijah (Bancroft 2002: 454). Če v spletni iskalnik Google vtipkaš besedno zvezo "43% of women with sexual dysfunction", ti prikaže natančno 1.430.000 zadetkov (14. avgust 2008; glej Novi pristop k ženskim seksualnim problemom).

Podobno stališče kot Bancroft zagovarja tudi Leonore Tiefer, ki se sprašuje, zakaj so ženske označene za disfunkcionalne, če ne doživijo orgazma čisto vsakič, če jim včasih pač ni do seksa ali če si želijo intimnosti brez vaginalne penetracije (Tiefer 2004a: 118). Te stvari bi mogoče lahko označili za probleme, pa še to večinoma za probleme okolja, ne pa žensk (pritisk in previsoke zahteve partnerjev, zahtevna služba, naporni otroci ...).

Farmacevtska industrija želi odkriti viagro za ženske, vendar pa trenutno s strani Ameriške uprave za hrano in zdravila (FDA) ni odobreno nobeno zdravilo za ženske. Aprila 2000 je FDA odobrila EROS STD (stimulacijska terpavtska naprava). To je majhna naprava, ki si jo ženska namesti na ščegetavček in ki izboljša seksualni odziv tako, da s sesanjem poveča dotok krvi v klitoris in zunanje genitalije. Jennifer R. Fishman In Laura Mamo (2001) sta izvedli diskurzivno analizo oglaševanja tega produkta in ugotovili, da EROS "konkretizira dominantne kulturne ideologije" (spodbuja dožemanje ženske seksualne disfunkcije v medicinskem okviru, krepi idejo o enotnem ženskem seksualnem odzivu in zanaša se na diskurze, ki promovirajo določene seksualne aktivnosti), proizvajalci pa oglašujejo, da je EROS namenjen za zdravljenje in ne za užitek (žensko samo pripravi na to, da bo lahko doživela orgazem s partnerjem) in da nikakor ne more nadomestiti moškega v življenju ženske (Fishman in Mamo 2001: 187–189). Tako kot viagra torej tudi EROS spodbuja mainstreamovsko dožemanje seksualnosti.

Zelo zanimiv je podatek, da so pri testiranjih viagre za ženske najprej odkrivali zdravilo za *žensko motnjo seksualnega vzburjenja*. Ker rezultati niso pokazali dovolj prepričljivih rezultatov, so se začeli ukvarjati s testosteronom in *pomanjkanjem ali izgubo spolne želje* (glej Hartley 2006: 367 in Tiefer 2006a: 0439).

Poleg neutrudnega iskanja zdravila za ženske, pa se ženskam pogosto predpisuje zdravila, ki so sicer potrjena za moške (viagra, cialis, levitra, nadomestka testosterona androgel in testim), vendar pa niso dosegla zadovoljivih rezultatov pri ženskah. To predpisovanje zdravil ženskam naj bi celo naraščalo in ocenjuje se, da je kar petina receptov, napisanih za testostéronske produkte, napisana na ženske (Hartley 2006: 368).

Seveda pa obstajajo razni produkti za ženske, ki sicer niso odobreni s strani FDA, vendar zatrjujejo izjemne rezultate, spadajo pa med zeliščne produkte ali dietne dodatke. Primeri:

- Alura se oglašuje kot ženska viagra, je pa povsem naraven gel za vsakodnevno uporabo, ki pomaga ohraniti površinsko občutljivost klitorisa. Zanimivo se mi zdi, da ne sledi osredotočenosti na spolni odnos penis-vagina, saj je na strani poziv ženskam, da naj uporabljajo ta produkt in "pripravijo presenečenje svojemu partnerju ali *partnerki*" (Lexxus International 2008).
- Vigorelle se prav tako oglašuje kot naravna ženska viagra. To je krema, ki se jo nanese pred ali med seksom, nekatere ženske pa jo opisujejo kot "kremo, ki v trenutku prinese vzburjenje" (instant turn-on cream). Kar me je pritegnilo pri oglasu, je to, da poziva ženske, naj sledijo splošnemu seksualnemu trendu, kjer vsi obožujejo seks, in naj najdejo izgubljeno strast (Leading Edge Marketing Inc. 2001–2008a).
- Avlimil je tabletko, ki se jo vzame enkrat dnevno, poveča pa lokalni dotok krvi in poskrbi za večjo mišično sproščenost (Leading Edge Marketing Inc. 2001–2008b).
- Tudi Zestra se sklicuje na naravo, vsebuje pa razna botanična olja. Deluje tako, da stimulira čutne živce in s tem povečuje seksualno občutenje in užitek (Zestra Laboratories, Inc. 2007).
- Arginmax za ženske (obstaja tudi arginmax za moške) je dnevni prehranski dodatek v obliki tabletk, ki izboljša pretok krvi (ArginMax 2008).

Strinjam se z Leonore Tiefer, ki pravi, da "ženske seveda imajo seksualne probleme in vzrok nekaterih tiči tudi v biologiji. Vendar pa je dejstvo, da vzrok večine ni v biologiji, namerno spregledan s strani industrije, ki še ne more priskrbeti tabletke za žalost v razmerju, strah pred zapuščenostjo ali nasiljem, pomanjkanje seksualne izobrazbe ali za pritiske, katerih vzrok je prezaposlenost" (Tiefer 2004a: 118).

Zanimivo se mi zdi, da pri moških več šteje samoocena erekcije ('ali je tako trd, kot želite?'), medtem ko je pri ženskah bolj pomembno objektivno vznburjenje ('vlažni ste, torej ste vznburjeni'). Čeprav se pa po drugi strani pri moških upošteva samo erekcija, medtem ko se pri ženskah gleda tudi na širši kontekst (glej Marshall 2002: 141–142).

Pritegnilo me je, da sem samo v enem članku (MacDougall 2006) prebrala, da se avtor sprašuje, če so moški seksualni problemi res toliko enostavnejši od ženskih. Meni recimo to poudarjanje, kako zelo je vse zapleteno pri ženskah, vedno zveni kot primerjanje – in s kom drugim, če ne z moškimi? Torej pri moških naj bi bilo vse skupaj zelo enostavno, linearno in vedno enako, kar se meni zdi zelo sporno.

5.5 PRIMER MEDIKALIZACIJE IN KOMERCIALIZACIJE SEKSUALNOSTI IN SEKSUALNIH MOTENJ - PRISTOP ZDRAVNIC DR. JENNIFER BERMAN IN DR. LAURE BERMAN

Jennifer Berman je urologinja in vodi The Berman Women's Wellness Center v Los Angelesu (www.bermansexualhealth.com/), njena sestra Laura Berman pa je klinična psihoterapevtka in vodi Berman Center v Chicagu (www.bermancenter.com). Predvsem v Zdrženih državah Amerike sta pri ljudeh zelo priljubljeni in komercialno zelo uspešni. Zavzemata biomedicinski pristop k razumevanju človeške seksualnosti in ker zelo pogosto nastopata v medijih (televizija [imata tudi svojo TV oddajo], tiskani mediji, radio), so njune ideje vplivne zlasti med t.i. navadnimi ljudmi. Pri opisovanju in definiranju seksualnih disfunkcij uporabljata enostaven jezik, glavna ideja njunega pristopa je, da "ni vse v glavi", poleg tega seksualno disfunkcijo predstavljata kot nekaj povsem običajnega in zlahka ozdravljivega. Priznani pa sta tudi v biomedicinskih akademskih krogih – Laura Berman je na primer sodelovala na Consensus Conference leta 1998 v Bostonu, sta avtorici dveh knjižnih uspešnic (*For*

Women Only: A Revolutionary Guide to Overcoming Sexual Dysfunction and Reclaiming Your Sex Life, ki jo analiziram, in *Secrets of the Sexually Satisfied Woman: Ten Keys to Unlocking Ultimate Pleasure*), napisali sta več člankov. Nasprotniki biomedicinskega razumevanja človeške seksualnosti ju zelo pogosto navajajo kot očiten primer medikalizacije ženske seksualnosti, saj združujeta 'znanost' in 'farmacijo' – pri definiranju seksualnih disfunkcij uporabljata množico 'znanstvenih' meritev, sponzorirani sta s strani farmacevtskih družb (njuno zdravljenje seksualnih motenj večinoma vključuje farmacevtska zdravila).

Njuna knjiga *For Women Only*, ki sem jo analizirala, temelji na podatkih iz obdobja, ko sta vodili Women's Sexual Health Clinic v Medicinskem centru Univerze v Bostonu (1998–vsaj 2002).

Glede na odziv v ameriških medijih (na primer bili sta gostji pri Oprah, v njuni oddaji je bilo več različnih priznanih gostov ipd.), sta verjetno pomagali mnogim ženskam, vendar pa je bila takrat klinika le ena, definiranje motnje lahko traja več dni in njuno zdravljenje je zelo drago. To pomeni, da so njune ideje uresničljive le za tiste ženske, ki imajo dovolj časa, denarja in podporo domačega okolja, da si to lahko privoščijo. Eden izmed pomembnejših vidikov njune komercializacije je vsekakor njuna profitabilnost. Za zdravljenje v Berman Centru v Chicagu (Laura Berman) so na internetu dostopne cene, in sicer: ena ura individualne terapije ali terapije za pare stane približno 165 €, tri- do petdnevno zdravljenje pa na dan stane od 330 do 500 €. Poleg tega so tudi zdravila, ki jih predpisujeta, zelo draga (na spletni strani www.modratabletka.com/ štiri tabletki viagre stanejo 54 €). Farmacevtski interes v seksualnosti je torej jasen in tudi posamezni avtorji (glej na primer Moynihan 2003) navajajo milijonske dobičke viagre in napovedujejo podobno tudi pri cialisu in levitri (zdravili sta prišli na trg isto leto kot Moynihanov članek).

Značilnosti njunega razumevanja in obravnavanja ženske seksualnosti so naslednje:

- Vizualna privlačnost knjige:

Ena pomembnejših stvari knjige je naslov in naslov njune knjige daje jasno obljubo, torej izboljšanje seksualnega življenja *ženske*. Določeno privlačnost ima tudi to, da je knjiga namenjena samo ženskam in da moški niso niti omenjeni. Ženska lahko sama izboljša svojo seksualno življenje.

Poglavja so lepo razdelana, ve se, kam kaj spada, vse je jasno napisano. Vendar pa ob malo pozornejšem branju in splošnem poznavanju konteksta seksualne disfunkcije bralec hitro razbere, da ni vse tako bleščeče.

- Osebni pristop:

V knjigi navajata primere žensk, ki sta jih zdravili. Že v prvem poglavju opisujeta primer ženske Nicole, ki je prišla s problemom pomanjkanja zanimanja za seks. Vzgojena je bila dokaj konzervativno, bila je sramežljiva in zaprta vase, v seksu je začela uživati šele nekaj let po prvi seksualni izkušnji, kirurško so ji odstranili maternico, za svoje probleme pa je krivila sebe. Meni se zdi očitno, da ženska kot prvo rabi pogovor in da se z njim že veliko reši (glej Berman in Berman 2001: 1–3).

Kasneje obravnavata tudi primer Marie, Paule, Gail, Susan, Janet, Jill ... Vse to so imena, ki so pogosta, problemi žensk pa so taki, da se lahko mnoge ženske z njimi poistovetijo (problemi s seksualno željo, problemi z doseganjem orgazma, problemi v seksualnem delovanju kot posledica operacije, spolna zloraba ipd.).

Vendar pa so po drugi strani vsi ti primeri zelo brezosebni, saj ženske iztrgajo iz njihovega konteksta in jih predstavijo kot "pacientke, same, v kliniki v Los Angelesu". Seks torej obravnavata kot individualno stvar, čeprav to ni nujno najprimernejše za "vse ljudi ali pare ali življenjska obdobja". Poleg tega ničesar ne izvemo o "zakonskem statusu, nacionalnosti, etnični pripadnosti, socialnem razredu, stopnji izobrazbe, religijski pripadnosti ..." teh žensk (Tiefer 2004b: 264–265) in torej razen o njihovih seksualnih problemih o teh ženskah ne vemo ničesar.

- Navidezno celosten način obravnave:

Pri definiranju seksualne disfunkcije pacientk vedno sodelujeta obe – pri primeru Nicole je Laura Berman je podala njeno psihološko oceno, Jennifer Berman pa je izvedla množico različnih testiranj in vse skupaj je trajalo dva dni. Ko se je prvi dan sama stimulirala z vibratorjem, ni doživela orgazma, medtem ko ga drugi dan ob "pomoči" viagre je doživela in sedaj jo jemlje na recept (glej Berman in Berman 2001: 3–9).

Kljub 'celostnemu' načinu obravnave je zdravljenje vedno enostransko, torej biomedicinsko, in pogosto celo ne reši problema – tudi pri Nicole z viagro nista odpravili problema, ampak samo zdravili simptom.

- Dimenzija osebnega zaupanja:

Lastni seksualni problemi so tema, o kateri posameznik redko govori. Sestri Berman pa s svojimi pacientkami vzpostavita odnos zaupanja in nekdo, ki ima seksualne probleme, rabi zaupnika. Sestri Berman sta prijazni, dokaj mladi in simpatični, vsak dan se soočata s seksualnimi problemi in se jima to ne zdi nič nenavadnega, poleg tega sta tudi zdravnici. Ženske, ki sta jih zdravili, je verjetno prvič v življenju končno nekdo poslušal in se jim posvetil, kar so seveda izkoristile.

- Medikalizacija seksualnosti:

Njun pristop je očitno biomedicinski, kar se vidi iz načina obravnavanja (pri definiranju se uporablja vrsta fizioloških 'znanstvenih' meritev) in zdravljenja (na primer zagovarjata predpisovanje viagre ženskam) seksualne disfunkcije.

Pri navajanju definicij seksualnih disfunkcij je očitno, da se opirata na Consensus Conference (opis konference in nato stavek "Klasifikacija sledi."), ki jo predstavita v smislu kot da so izumili nekaj izjemno novega: "... odobrili sledeče štiri klasifikacije ženske seksualne disfunkcije, ki so kmalu postale standard na našem področju". Kaj pa omemba, da so definicije obstajale že prej? In da so bile tudi definicije standard že prej? Glede na vse to pozitivno pisanje o konferenci pa me je presenetilo, da ne sledita nobeni od novosti na konferenci – kriterij "osebne stiske" je omenjen samo pri pomanjkanju ali izgubi spolne želje in pri motnji orgazma; pri pomanjkanju ali izgubi spolne želje je izpuščen kriterij dovzetnost in pri ženski motnji seksualnega vznburjenja sta izpustili subjektiven kriterij. Sicer ni narobe, če nekdo dela po neki svoji klasifikaciji, če je pri tem bolj uspešen, samo potem naj bo to jasno, kar pa pri njima ni. Njuna klasifikacija je nekakšna mešanica Consensus Conference, DSM-IV-TR in lastnih dodatkov (predvsem biomedicinskih). Pri definicijah so omenjeni tudi nekateri možni vzroki, in sicer večinoma biomedicinski, medtem ko med ne-medicinske spadajo: emocionalni faktorji (depresija) pri pomanjkanju ali izgubi spolne želje,

psihološki faktorji (depresija) pri ženski motnji seksualnega vznburjenja in (emocionalna) travma ter spolna zloraba pri motnji orgazma.

Tieferjeva pravi, da večina testov, ki jih je Nicole prestala na kliniki "danes niso znotraj veljavne norme, zato nikakor ni možno povedati, kaj vse te meritve sploh pomenijo" (2004b: 265). Kar se tiče masturbacije, je mogoče Nicole "uspelo" šele drugi dan, ker je to počela šele drugič v življenju (izjavila je, da nikoli ni masturbirala), ker je bila bolj sproščena, ker še nikoli prej ni imela opravka z vibratorjem, ker mogoče ni bila navajena biti spolno aktivna kjer koli drugje kot v domači postelji... Sestri Berman sta vzrok pripisali viagri.

Različni vzroki seksualnih disfunkcij so razdeljeni v dve skupini: zdravstveni in fiziološki problemi, ki lahko povzročijo seksualno disfunkcijo (operacija genitalij, problemi s pretokom krvi, hormonski problemi, nevrogenski problemi, drugi fizični problemi in vpliv zdravil) ter psihološki vzroki (depresija, stres, seksualna ali emocionalna zloraba, zloraba alkohola in drog, seksualna odvisnost, samopodoba in samozavest, problemi v razmerju). Razmerje strani, ki ga namenita prvi in drugi skupini vzroki je približno 4:1 (21 strani proti petim stranem in pol).

Situacija je podobna pri zdravljenju, kjer medicinski pristopi zavzemajo 24 strani, seksualna terapija pa štiri in pol (1:5). Ironično je, da je to poglavje naslovljeno "Združena vloga medicine in terapije". Navajata, da so načini zdravljenja tako raznoliki kot simptomi in da se ženske, ki imajo čustvene probleme, probleme v zdravljenju ali so bile zlorabljene, večinoma ne odzivajo na zdravila. Vendar pa je takoj v naslednjem stavku zapisano, da tudi pri teh ženskah "zdravila lahko igrajo vlogo pri zdravljenju" (Berman in Berman 2001: 99). Zdravila so torej lahko del zdravljenja s seksualno terapijo, medtem ko obratna možnost ni omenjena.

Na splošno je za njun pristop značilno, da poudarjata seksualnost kot nekaj biološkega in naravnega, kar pa se da naučiti in pozdraviti oziroma odpraviti, če pride do problemov. Tradiciji Mastersa in Johnsonove sledita v smislu, da poudarjata pravico žensk do seksualnega užitka in orgazma. To je sicer pozitivno, vendar pa gresta (tako kot tudi cikel človekovega seksualnega odzivanja) dlje – seksualni užitek in orgazem postaneta obveznost. Eden bolj zanimivih stavkov knjige je vsekakor naslednji: "Le zelo majhno število žensk je poročalo, da je bila prva seksualna izkušnja nekaj pozitivnega, in še manj jih je reklo, da so dosegle orgazem. Orgazem ni nujno cilj, ampak ti pa lahko pove, koliko žensk mogoče ni bilo pripravljenih na seks"

(Berman in Berman 2001: 139)⁶. Stvari, ki jih ljudje počnejo prvič v življenju, so pogosto 'neuspešne', ampak to še ne pomeni, da so nanje nepripravljeni.

⁶ Ta zaključek sta sestri Berman povzeli po raziskavi Karen Bouris: "The First Time: What Parents and Teenage Girls Should Know about Losing Your Virginity" (1995), ki je v zvezi s prvo seksualno izkušnjo intervjuvala 150 ameriških žensk, starih med 20 in 70 let.

6. SEKSUALNA TERAPIJA

Seksualna terapija in njen razvoj sta za zdravljenje seksualnih motenj pomembna, ker je zdravljenje pomembno tudi pri definiranju. Menim, da se definiranje in zdravljenje seksualnih motenj v okviru biomedicinskega razumevanja človeške seksualnosti dopolnjujeta in utrjujeta – biomedicinska definicija legitimizira biomedicinsko zdravljenje, ki pa nato zaradi svoje 'uspešnosti' povratno vpliva na uveljavljanje definicije. Če je neko zdravljenje predstavljeno kot uspešno (čeprav v resnici ni – primer tega so raziskave o uspešnosti viagre pri ženskah), to dodatno utrdi prepričanje ljudi, da je definicija pravilna.

O biomedicinskem načinu zdravljenja seksualnih motenj je bilo že kar nekaj povedanega v poglavju o medikalizaciji, čeprav obstaja še bistveno več različnih zdravil, hormonskih nadomestkov, vzpodbujevalcev/zaviralcev določenih funkcij... Vendar pa je drug način zdravljenja bolj raznolik in bolj zanimiv – seksualna terapija.

Alfred Kinsey je eden prvih raziskovalcev človeške seksualnosti oziroma je ustanovitelj modernega preučevanja človeške seksualnosti.. Kot zoolog je več desetletij preučeval neko vrsto muh, svojo ugotovitev, da si niti dve muhi nista enaki, pa je kasneje posplošil na ljudi. "Seksualni odziv ni enak niti pri dveh ljudeh, ni pomembno, ali sta nasprotnega ali istega spola" (Zilbegard 1999 v Drew 2003: 91). Je verjetno eden prvih modernih seksologov, je pa pomembno poudariti, da je sprejemal le poročene pare. Imel je predavanja, kjer je predvsem mlade in neizkušene zakonce poučeval, kako izboljšati svoje seksualno življenje in svoj zakon (glej Condon 2004).

Masters in Johnsonova sta razvila "pristop St. Loius", kamor sta sprejemala samo pare. "Razmerje" je pojmovano kot pacient in glavni cilj je vrniti seks v "naravni kontekst." Program je trajal dva tedna in v tem času je par bival v bližnjem hotelu. "Terapevtska srečanja so potekala vsak dan, tudi ob nedeljah, vodila pa sta jih moški in ženska, od katerih je eden moral biti zdravnik." Večino njune terapije je sestavljalo (ponovno) izobraževanje. V zgodnjih letih seksualne terapije je bila večina problemov hitro rešena z osnovnim seksualnim izobraževanjem, saj je njun terapevtski pristop je zmanjšal skrbi v zvezi z izvedbo in ponovno vzpostavil komunikacijo med partnerjema. Razvila sta program, ki se z lahkoto prodajal in je imel pred tradicionalno psihoanalizo več prednosti. Prvič, že sam obstoj programov seksualne terapije je upravičil željo ljudi po boljšem seksu. Drugič, njuno zdravljenje je bilo

kratko in enostavno. Seks sta pojmovala kot obliko naučenega vedenja, seksualne disfunkcije pa kot "slabe navade", ki se jih da odpraviti. In tretjič, prodajnost se je povečevala po zaslugi entuziazma Mastersa in Johnsonove in drugih terapevtov, ki so navdušeno razglašali odlične rezultate. Pričakovanje ozdravitve je bilo nekaj tako vsakdanjega, da so mnogi ozdraveli že samo s tem, da so prišli na čakalno listo (Irvine 2005: 144–145).

Njun pristop je doživel mnoge kritike. Tako Janice M. Irvine pravi, da "čeprav so bile njune metode potencialno pomembne pri zdravljenju, pa se niso dotaknile virov pravih seksualnih problemov heteroseksualcev, kot so strah, jeza, dolgčas, obremenjenost z delom in pomanjkanje časa, neenakost v razmerju, pretekli seksualni napadi na ženske ter različna socializacija in seksualni scenariji" (Irvine 2005: 149). Največji izziv Mastersu in Johnsonovi pa sta postavila Bernie Zilbeggard in Michael Evans, ki sta izdala kritiko z naslovom "Neustreznost Mastersa in Johnsonove", kjer med drugim opazata, da so zelo redki seksologi dosegli tako visoko stopnjo uspeha kot Masters in Johnsonova. Na srečanju v Kaliforniji se je pokazalo, kaj sta mislila z "zdravilom". Zilbeggard trdi (in še nekaj drugih seksologov), da je Masters izjavil, da je bil "terapevtski uspeh napovedan pri ne-orgazmičnih ženskah, ki so imele en orgazem v dveh tednih terapije in enega v naslednjih petih letih" (Irvine 2005: 150).

Helen Singer Kaplan je pristop Mastersa in Johnsonove združila s psihoanalizo, vključila teorijo nezavednega, spremenila je cikel seksualnega odzivanja in vključila stopnjo "želje" in tako razvila teoretski model, ki se je lahko prilagodil seksualni disfunkciji 80. let 20. stoletja – motnje seksualne želje. "Njena nova seksualna terapija je bila mešanica psihiatrije, behaviorizma in empiričnih seksualnih vaj" (Irvine 2005: 152). Vendar pa je njen pristop je ostajal površinski in ni upošteval globljih problemov ali seksistične dinamike znotraj poroke (Irvine 2005: 154).

V 80. letih 20. stoletja, ko je področje seksualne terapije dozorelo, je bila sinteza behaviorizma in psihodinamične teorije še vedno osnova. Problem je bil, da je zdravljenje ostalo ne-kontekstualno in s tem so se ohranjali problemi biološkega in družbenega spola, povezani z Mastersom in Johnsonovo ter Kaplanovo. Sta se pa zgodili dve pomembni izboljšavi, in sicer vključitev teorije scenarija in uporaba principov feministične terapije, ki je kritizirala patriarhalnost področja ter se osredotočala na analizo spola, moči in vlogo kulture v različni socializaciji moških in žensk (Irvine 2005: 155–157).

Seksualni terapevti so dosegli svoj terapevtski konec do konca 80. let 20. stoletja in glavni razlog za to je bilo ravno opiranje na biomedicinski model (Irvine 2005: 162).

Pred vzpostavitvijo seksualne terapije so bile možnosti za posameznike s seksualnimi problemi zelo omejene – klinike za Načrtovanje starševstva (Planned Parenthood) in priročniki za zakonce, ki so poleg medijev do začetka 70. let predstavljali glavni vir seksualnih informacij. Glavna značilnost priročnikov je bila vzpostavljanje predpisanih standardov vedenja. Knjige o spolnosti so v 50. letih vsebovale mešanico seksualnega konzervativizma in entuziazma (Irvine 2005: 49).

Danes "je seksualna terapija oblika psihoterapije, ki se je razvila za zdravljenje parov v stabilni, običajno dolgotrajni zvezi, ki niso zadovoljni s svojim skupnim seksualnim življenjem. Prilagojena je tudi za delo s posamezniki in celo skupinami" (Tiefer 200b: 147–148). Sicer obstajajo velike razlike med različnimi tehnikami in pristopi, vseeno pa jim je skupno dajanje domačih nalog parom (prebiranje gradiva, povečevanje intimnosti z gledanjem in dotikanjem...) in predanost klasifikaciji seksualnih disfunkcij v DSM-IV-TR (Tiefer 2004b: 148). Zato Leonore Tiefer predlaga alternativo – feministično seksualno terapijo.

6.1 FEMINISTIČNA SEKSUALNA TERAPIJA

Kot prvo Tieferjeva priporoča, da "feministična seksualna terapevtka sodeluje s feministično zdravnico ali klinično zdravniško sestro, ki lahko izpelje temeljito zdravstveno zgodovino, fizični pregled in pogovor, usmerjen na seksualno izkušnjo" (Tiefer 2004b: 149). Nikakor ne gre za osredotočanje na telo, ampak je pred terapijo je treba poznati tudi pacientovo zdravstveno stanje.

Feministična seksualna terapija je razdeljena na dva dela, in sicer na *ozdravljenje in nadomeščanje* (veščine in vedenja, ki jih ženske potrebujejo, da se lahko soočajo z današnjim seksualnim svetom) ter *jasnovidnost in preobrazbo* (nova izgradnja seksualnosti). Prvi del sestoji iz feminističnega izobraževanja, pravilne izobrazbe o svojem telesu, urjenja samozavesti, izboljšanja samopodobe in izobraževanja o masturbaciji. Drugi del pa sestoji iz spodbujanja ugodja ob dotiku drugega človeka, duševne masturbacije, izobraževanja o biološkem in družbenem spolu in spodbujanja seksualnega talenta (Tiefer 2004b: 149–157).

Feministična seksualna terapija je na žalost namenjena smo ženskam, kar je škoda, saj mislim, da bi se jo lahko brez problema apliciralo tudi na moške. Pravzaprav gre

"samo" za spoznavanje svojega telesa, svoje notranjosti in družbenih dejavnikov, ki vplivajo na posameznike. In s tem, ko posameznik boljše razume sebe in okolico, je tudi problemov bistveno manj.

7. ALTERNATIVE MAINSTREAMU (=DSM)

Več avtorjev je v svoji kritiki uveljavljene klasifikacije predlagalo nov način poimenovanja motenj (na primer Levine 2001, Meana 2001), predlagane so bile nove motnje (na primer Basson idr. 2001, Leiblum 2004) in novi kriteriji (Basson idr. 2001), ženski seksualni disfunkciji je bila posvečena tudi Consensus Conference leta 1998 v Bostonu (Basson idr. 2001). Predvsem v zvezi s konferenco mnogo zagovornikov pravi, da gre za 'novo' klasifikacijo. Menim, da so spremembe dobre, tudi tiste, ki so mogoče spremembe na slabše, ker se o dani temi govori, piše, zanjo izve tudi malo širše občinstvo kot samo ozka strokovna javnost. Vendar pa za nobeno izmed navedenih sprememb ne bi mogli reči, da je alternativa priročniku DSM, ker so še vedno vse osnovane na enakih temeljih in jih lahko imamo edino za dopolnitve DSM, saj so večinoma skoraj identične.

Edina klasifikacija, ki si res zasluži naziv 'alternativa', pa je klasifikacija imenovana *Novi pogled na ženske seksualne probleme*, katere temelji se resnično razlikujejo od DSM in ki k seksualnosti in njenim problemom pristopa iz povsem drugega kota.

7.1 PREDSTAVITEV "NOVEGA POGLEDA NA ŽENSKO SEKSUALNE PROBLEME"

Novi pogled je rezultat dolgotrajnega prizadevanja predvsem feministk, ki so se borile proti DSM klasifikaciji in njeni biološki osnovi v ciklu človekovega seksualnega odzivanja. Preobrat je po mojem mnenju delno sprožila tudi Consensus Conference leta 1998 v Bostonu, ki je samo sebe imela za nekakšno alternativo DSM, v resnici pa je precej pripomogla k večji uveljavitvi in utrditvi biomedicinskega pristopa.

Preobrat v dojemljanju seksualnih motenj se kaže že v samem izrazoslovju, saj se ne govori več o motnjah in disfunkcijah, ampak o problemih in težavah. Tieferjeva v svojem članku, kjer kritizira Consensus Conference, pojasni razliko med seksualnimi disfunkcijami in seksualnimi težavami. Pri prvih gre za težave v zvezi z vznemirjenjem, vznurjenjem, erekcijo ali orgazmom, seksualne težave pa vključujejo "nezmožnost sprostitev, neprimerno izbiro časa s strani partnerja, različne seksualne

navade ali prakse, 'ohladitev', premalo predigre pred spolnim odnosom in premalo nežnosti po spolnem odnosu" (Frank, Anderson in Rubinstein 1978 v Tiefer 2001: 232). Medtem ko motnje zahtevajo medicinsko intervencijo, so nekaj negativnega, neozdravljivega in bolezenskega, pa so problemi manj medicinski, bolj človeški in implicirajo, obstaja možnost odprave problemov.

Vsaka alternativa je vedno najprej tudi kritika in v predstavitvi *Novega pogleda* (The Working Group of Women's Sexual Problems 2001: 3) so identificirani trije glavni problemi, ki jih "proizvaja okvir, ki reducira seksualne probleme na motnje fiziološke funkcije":

1. Napačna predstava o seksualni enakovrednosti med moškimi in ženskami. Že Masters in Johnsonova sta poudarjala podobnosti med moškimi in ženskami in to poudarjanje je prisotno še danes. In če so si moški in ženske seksualno podobni, imajo vsekakor tudi podobne seksualne probleme. Vendar pa so si moški in ženske izjemno različni in poudarjanje podobnosti spregleda dejavnike neenakosti glede na spol, socialni razred, etnično pripadnost, seksualno orientacijo...
2. Izbris odnosnega konteksta seksualnosti. DSM (in po mojem mnenju še bolj Consensus Conference) zavzema izrazito individualni odnos do seksualnih problemov in postavlja seksualnost v središče človekovega življenja. Če je v seksualnosti vse v redu, potem je tudi drugod vse v redu; če pa v seksualnosti nekaj ni v redu, potem nikjer ni nič v redu.
3. Izravnavanje razlik med ženskami. Uvrščanje žensk v skupine glede na to, katero seksualno motnjo imajo, izbriše njihovo raznolikost in predpostavlja, da so vse ženske med seboj enake.

Ena bolj vidnih in znanih aktivistk *Novega pogleda* pristopa je vsekakor Leonore Tiefer, ki je v začetku leta 2000 stopila v stik z "lezbično seksualno terapevtko Marny Hall in socialno psihologinjo Carol Tavis". Skupaj so osnovale *Novi pogled*, ki pojmuje seksualne probleme kot "nezadovoljstvo s katerim koli čustvenim, fizičnim ali odnosnim vidikom seksualne izkušnje". Njihove definicije seksualnih problemov so žensko orientirane in razdeljene v štiri skupine:

- Seksualni problemi, katerih vzrok so sociokulturni, politični ali ekonomski dejavniki:
 - neprimerna izobrazba, pomanjkanje dostopa do zdravstvene oskrbe ...;

- dojemanje nezmožnosti doseči kulturne norme v zvezi s pravilno ali idealno seksualnostjo;
 - konflikt seksualnih norm subkulture ali manjšine in dominantne kulture;
 - pomanjkanje interesa, utrujenost ali pomanjkanje časa zaradi družinskih in službenih obveznosti.
- Seksualni problemi, povezani s partnerjem in razmerjem:
 - nerazumevajoč, nasilen partner;
 - razlike v želji ali v seksualnih aktivnostih;
 - pomanjkanje komunikacije v zvezi s seksualnostjo;
 - konflikt v zvezi s stvarmi, ki niso povezane s seksualnostjo;
 - partnerjevi zdravstveni problemi.
 - Seksualni problemi, katerih vzrok so psihološki dejavniki:
 - pretekla zloraba, splošni osebni problemi, depresija ali strah;
 - strah pred seksualnimi aktivnostmi ali njihovimi posledicami.
 - Seksualni problemi, katerih vzrok so zdravstveni dejavniki.

Klasifikacija *Novi pogled* je obliko dobila sredi leta 2000, in sicer ob približno istem času, ko se je začela oglaševati nova velika konferenca na temo ženske seksualne disfunkcije v Bostonu (Female Sexual Function Forum; glavni sponzor je bil Irwin Goldstein). K svojemu "bojnemu pohodu" pri promociji *Novega pogleda* je Tieferjeva povabila tudi druge ženske, ki so na strani feministične kritike medikalizacije, in 9. in 10. oktobra 2000 se je sestalo 13 žensk (poimenovale so se The Working Group of Women's Sexual Problems: Linda Alperstein, Carol Ellison, Jennifer Fishman, Marny Hall, Lisa Handwerker, Heather Hartley, Ellyn Kaschak, Peggy Kleinplatz, Meika Loe, Laura Mamo, Gina Ogden, Carol Tavris, Leonore Tiefer) in sestavile so novo klasifikacijo. 25. oktobra 2000, dan pred Goldsteinovo konferenco, so imele v sobi bostonskega hotela novinarsko konferenco, ki je bila zelo dobro obiskana in opažena tudi v medijih. Naslednji dan je Tieferjeva *Novi pogled* predstavila tudi na Goldsteinovi konferenci, vendar je bil odziv slab, najverjetneje zato, ker občinstvo ni bilo pravo (večinoma ljudje z biomedicinskega področja, ki "živijo" v podporo DSM). Svoj prispevek je predstavila tudi dr. Susan Allen, direktorica oddelka pri FDA, ki se je osredotočila na biomedicinski model in poudarila, kako pomembne so kvantitativne in genitalne meritve pri raziskavah (glej Tiefer 2001a: 85–90).

Kampanja sestoji iz dveh delov. "Prvič, teoretična kritika medicinskega modela seksualnih problemov je bila razvita v manifestu *Novega pogleda*, knjigah, člankih in predavanjih. /.../ Drugi element pa je aktivistično spremljanje farmacije, kar sestoji iz medijskih intervjujev, konferenc, FDA in profesionalnih predstavitev in spletne strani (<http://www.fsd-alert.org/>)" (Tiefer 2006a: 0439).

Leta 2001 je izšla knjiga *Novi pogled na ženske seksualne probleme* (urednici Leonore Tiefer in Ellyn Kaschak), poleg tega so vsi prispevki izšli tudi v reviji *Women & Therapy* (letnik 24, številka 1/2). Na uvodni strani spletne strani obiskovalca pozdravi pomenljiv napis, ki povzame celotno bistvo kampanje *Novi pogled*:

Slika 7.1: Slogan *Novega pogleda na ženske seksualne probleme*



Vir: New View Campaign (2007).

7.2 PREDSTAVITEV "NOVE KLASIFIKACIJE SEKSUALNIH PROBLEMOV, KI ZADEVAJO ŽENSKE IN MOŠKE"

Na spletni strani kampanje sem zasledila link za povezavo na spletno stran www.medscape.com, kjer obstajata dokumenta tako za ženske kot za moške (*Novi pristop k ženskim seksualnim problemom*, *Novi pristop k moškim seksualnim problemom*). Medtem ko je publikacija za ženske le razširjena verzija *Novega pogleda*, pa lahko znotraj publikacije za moške najdemo tudi klasifikacijo seksualnih problemov, ki se nanaša na oba spola. Je zelo podobna klasifikaciji *Novega pogleda* (predvsem glede štirih skupin seksualnih problemov), vendar pa se od nje tudi razlikuje. Klasifikacijo sta v sodelovanju z The Working Group of Women's Sexual Problems sestavila Jack Morin in Marty Klein. Večinoma so spremembe jezikovne narave; klasifikacija je Novemu pogledu dodala nekaj skupin problemov – ena nova podskupina pri drugi skupini problemov, štiri podskupine pri tretji skupini in povsem nove poskupine pri skupini medicinskih dejavnikov, saj te skupine *Novi pogled* ne opredeljuje.

- Seksualni problemi, katerih vzrok so sociokulturni, politični ali ekonomski dejavniki (ta skupina problemov je povsem enaka kot pri *Novemu pogledu*).

- Seksualni problemi, povezani s partnerjem in razmerjem (ta skupina problemov je doživela predvsem jezikovne spremembe) – ena nova podskupina problemov:
 - nestrinjanje glede pogojev razmerja, stopnje ali pomena zavezanosti ali želje po monogamnosti ali nemonogamnosti.
- Seksualni problemi, katerih vzrok so psihološki dejavniki – nove podskupine v tej skupini so naslednje:
 - doživeto ali dojeta pomanjkanje izbire seksualnih izrazov;
 - krivda ali sram v zvezi s seksualnimi željami ali fantazijami;
 - globoka negativna prepričanja o lastni vrednosti ali želenosti;
 - nesprejemanje s starostjo povezanih življenjskih sprememb.
- Seksualni problemi, katerih vzrok so fiziološki ali zdravstveni dejavniki – bolečina ali pomanjkanje fizičnih občutkov med seksualno aktivnostjo je lahko posledica:
 - lokalnih ali sistemskih zdravstvenih stanj, ki vplivajo na nevrološke, krvne, kostne in druge sisteme telesa;
 - različna seksualna ali reproduktivna stanja;
 - stranski učinki drog, zdravil in medicinskih zdravljenj;
 - zloraba ali odvisnost od alkohola ali drugih predpisanih ali rekreacijskih drog ali drugih substanc.

8. ZAKLJUČEK

Človeška seksualnost je zelo kompleksen pojav, ki ga je nemogoče dojemati samo v okviru biomedicinskega pristopa, saj sega preko njega. Dejstvo je, da seksualnost je socialni in medicinski konstrukt in čeprav se ljudje tega večinoma zavedajo, mnogi to tudi aktivno zavračajo. Preprost argument, ki podpira to konstrukcijo, je že opažanje, da imajo ljudje radi različne načine seksa, z različnimi ljudmi in na različnih krajih. Menim, da je živalska seksualnost nekaj biološkega in instinktivnega (obdobja parjenja, en seksualni položaj), medtem ko človeška seksualnost nosi s seboj vrsto skritih pomenov, ki se jih ljudje naučijo šele kot člani neke kulture ali subkulture.

Moja ključna izhodišča so z analiziranjem pogledov raznih teoretikov pridobila tudi bolj znanstveno podlago.

1. Pojmovanje, da seksualnost in seksualna disfunkcija nista nekaj naravnega, najbolj očitno zagovarjata Leonore Tiefer in Stephen Heath, vendar pa je ta predpostavka implicitna tudi v vseh teorijah, ki spadajo med socialno konstruktivistične.
2. Kompleksnot ljudi kot seksualnih bitij na nek način dokazuje dejstvo, da mnogih stvari o človeški seksualnosti še ne vemo, tako so na primer še neraziskani vplivi raznih dejavnikov (na primer vzgoje, izobrazbe, spolne zlorabe ipd.) na razvoj seksualnosti pri posamezniku. Te dejavnike je zelo težko raziskati, saj zelo različno vplivajo pri različnih posameznikih (na primer nemogoče je na enak način vzgojiti dva otroka, tudi enojajčna dvojčka, ki sta istega spola, isto stara in sta odraščala v istem družinskem okolju).
3. DSM je nezadosten v diagnosticiranju seksualnih motenj, saj se opira le na biomedicinsko razumevanje človeške seksualnosti in pri diagnosticiranju motenj sledi Mastersu in Johnsonovi ter njunemu ciklu človekovega seksualnega odzivanja. Najbolj elaborirana kritika DSM je *Novi pogled*, čeprav se tudi mnogi drugi avtorji ne strinjajo vsaj z določenimi vidiki priročnika (na primer Basson idr. 2001, Irvine 2005, Leonore Tiefer).
4. Močen dokaz o prevladi medicine in farmacije na področju človeške seksualnosti predstavljata sestri Laura in Jennifer Berman, ki sledita biomedicinskemu modelu in sta sponzorirani s strani farmacevtskih družb (slednje je zelo verjetno, ker zagovarjata uporabo viagre pri ženskah in jim jo

tudi predpisujeta). Vendar pa Tieferjeva poudarja, da "večina primerov, ki so predstavljeni v njuni knjigi [*For Women Only*] ni razrešenih", večina žensk namreč dobi recept za viagro ali kako drugo zdravilo, mogoče jim data kak nasvet, ne ukvarjata pa se z globljimi vzroki njihovih seksualnih problemov (glej Tiefer 2004b: 266). In to pomeni, da so simptomi sicer blažji, mogoče celo povsem izginejo, vendar problem ostaja. Nujna je torej širša in bolj poglobljena obravnava, pri kateri so začasno lahko pomembna tudi razna zdravila, vendar menim, da imajo zdravila lahko sčasoma tudi negativne stranske učinke, zato je bolj priporočljiva 'odstranitev' problema.

5. Feministke so sicer zelo kritične do linearnega dojemanja ženske seksualnosti, vendar pa tudi one zavzemajo dokaj enostranski pogled, saj zagovarjajo drugačen pogled na žensko seksualnost, medtem ko moška seksualnost večinoma ostaja v polju biomedicine in le redko je možno zaslediti, da je lahko kompleksna. Tako edega redkih mnenj o kompleksnosti moške seksualnosti izrazi feministka Sandra Byers, ki pravi, da njihova "raziskava o seksualnem zadovoljstvu /.../ napeljuje, da bi odnosni kontekst moral biti vključen tudi v definicije moških seksualnih problemov" (Byers 2001: 26). Vendar pa je to zadnji stavek njenega članka in vse skupaj ostane nedorečeno. Problematičnost nezaznavanja kompleksnosti moške seksualnosti opaža tudi MacDougall (2001; že omenjen na strani 79). Situacijo nekoliko popravlja *Nova klasifikacija seksualnih problemov, ki zadevajo ženske in moške*, ampak sprašujem se, koliko je ta klasifikacija sploh poznana. *Novi pogled* je v različnih raziskavah in teorijah pogosto vsaj omenjen, medtem ko o *Novi klasifikaciji* nikjer ni možno zaslediti nič.

Feministke se v zadnjih dvajsetih, tridesetih letih aktivno zavzemajo za spremembo dojemanja človeške seksualnosti in del tega je tudi *Novi pogled*. Predvsem njim gre zasluga, da medikalizacija ženske seksualnosti še ni dosegla stopnje medikalizacije moške, čeprav Leonore Tiefer glede tega ostaja pesimistična in "sluti, da bo ženska seksualnost dočakala enak izid [kot moška]" (Tiefer 2004b: 193).

Pomembno je izpostaviti tudi dobičkonosnost biomedicinskega razumevanja človeške seksualnosti. Najbolj znan je profit viagre (na primer Moynihan v članku leta 2003 omenja, da je leta 2001 znašal milijardo in pol ameriških dolarjev), vendar verjetno tudi druga zdravila s svojo prodajo proizvajajo velik plus. Zato se sprašujem, kako je možno zaupati zagovornikom biomedicinskega modela, če pa jih vodi samo

dobiček. Glede na to, za kakšne ogromne vsote denarje gre, je povsem možno, da bi prodali vse, kar nima ravno negativnih posledic. Učinki viagre pri ženskah niso dokazani, vendar jo na primer sestri Berman predpisujeta mnogim pacientkam in zagovarjata stališče, da viagra "očitno na enak način [kot pri moških] deluje tudi pri ženskah" (Berman in Berman 2001: 103).

Kar menim, da "manjka" v DSM-IV-TR, sta motnja velikosti penisa, predvsem glede na to, kako pogosto se poudarja, da je velikost penisa izjemno pomembna (na spletnem iskalniku Google se ti pri geslu 'penis size' izpiše 6,680,000 zadetkov), in motnja pretirane seksualne želje oziroma hiperseksualnost (ki sicer obstaja v ICD-10, vendar ni definirana). Mislim, da je eden izmed možnih razlogov, da ta definicija ne obstaja v DSM-IV-TR, ta, da DSM temelji na modelu človeške seksualnosti, ki ne le upravičuje veliko moško "spolno slo", ampak jo celo predpostavlja in ima za nekaj, kar vsekakor obstaja. Poleg tega po SSKJ obstajata samo nimfomanija in nimfomanka, podobno je tudi v angleščini. Veliki angleško-slovenski slovar nimfomanijo definira kot "bolestno spolno poželenje pri ženski", beseda nymphomaniac je prevedena kot nimfomanka, nimfomanski.

Kljub vsem kritikam in alternativam DSM-IV-TR ostaja standard, po katerem se meri, kdo je seksualno funkcionalen in kdo nefunkcionalen. Klasifikacija Svetovne zdravstvene organizacije ICD-10 je v nekaterih pogledih boljša, vendar pa je v drugih slabša in še bolj omejena na spolni odnos penis-vagina. Kljub vsemu pa menim, da je veliko že to, da se o tem govori, piše in razpravlja, saj se s tem razvijajo in odpirajo nove perspektive.

9. SLOVARČEK KLJUČNIH IZRAZOV IN KRATIC

A

APA – Ameriško psihiatrično združenje (American Psychiatric Association)

AFUD – Ameriška fundacija za urološke bolezni (American Foundation for Urologic Disease)

arousal – vzburjenje

D

DAVOS – Liefov model seksualnosti: želja (desire) + vzburjenje (arousal) + nabreklost (vasocongestion) + orgazem (orgasm) + zadovoljstvo (satisfaction)

disease mongering – prodajanje bolezni

DSM – Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DSM-IV-TR – Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni, 4. izdaja, ponovno pregledan tekst (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)

dyspareunia – disparevnija

E

EROS STD (stimulation therapy device) – stimulacija terapevtska naprava za zdravljenje ženskih seksualnih motenj

excitement – vznemirjenje

F

farmacija – veda o zdravilih, zlasti o njihovem izdelovanju in pripravljanju

farmakologija – nauk o delovanju zdravil na organizem

FDA – Ameriška uprava za hrano in zdravila (U.S. Food and Drug Administration)

female/male orgasmic disorder – ženska/moška motnja orgazma

H

human sexual response cycle – cikel človekovega seksualnega odzivanja

hypoactive sexual desire disorder – pomanjkanje ali izguba spolne želje

I

ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

IELT – čas znotrajvaginalne ejakulacije (intravaginal ejaculation latency time)

J

JAMA – Revija ameriškega medicinskega združenja (Journal of American Medical Association)

M

male erectile disorder – motnje erekcije

N

National Commission on Mental Hygiene – Nacionalna komisija za duševno higieno

natural variable premature ejaculation – naravno spremenljiva prezgodnja ejakulacija

O

orgasmic disorders – motnje orgazma

P

penile-vaginal intercourse – spolni odnos penis-vagina

persistent sexual arousal syndrome – sindrom nenehnega genitalnega vzburjenja

personal distress – osebna stiska

premature ejaculation – prezgodnja ejakulacija

premature-like ejaculatory dysfunction – prezgodnja ejakulacija, ki to ni

S

sexual arousal disorders – motnje seksualnega vzburjenja

sexual aversion disorder – seksualna averzija

sexual pain disorders – bolečine pri seksualni aktivnosti

sexual scripts – seksualni scenariji

V

vaginismus – vaginizem

VVS – vulvar vestibulitis syndrome (ena izmed podkategorij disparevnije)

10. PRILOGA

Priloga A: Članek z naslovom Seks je čudovit in zdrav

Seks je čudovit in zdrav

Mnogo ljudi – predvsem žensk – se izgovarja z 'imam glavobol', 'sem utrujena', 'ne počutim se privlačno' ali 'nisem potrebna' itd. Ljudje imajo 1001 razlog in izgovor, da bi se izognili seksu tisti večer oz. noč. Raziskovalci pravijo, da je bolje, če čimprej prenehate s temi izgovori in se raje posvetite seksu. Telo, um in vaša čutila vam bodo hvaležni. Tu je nekaj idej in dejstev, zakaj seks naredi telo bolj pozitivno, zdravo in boljšega počutja.

Seks izboljša in okrepi vaš imunski sistem

V študiji so dokazali, da so imeli ljudje, ki so bili seksualno aktivni 3x ali 4x tedensko, boljši imunski odziv in boljše krvne rezultate ter so manj zbolevali, kot pa tisti, ki so seksali le 1-krat na teden ali manj.

Preprečevanje raka

Druga študija kaže, da so imeli tisti moški, ki so imeli več ejakulacij po 35. letu, za 33 odstotkov manjšo možnost raka na prostati, kot pa tisti, ki so ejakulirali manj in redko. Seks tudi preprečuje endometrozo pri ženskah.

Zmanjševanje holesterola v krvi

Aktivnost pri seksu in sproščanje dobrih hormonov v kri zmanjša tveganje za bolezni srca in ožilja.

Izostri voh

Po seksu produkcija hormona prolaktin vzpodbudi izvorne celice v možganih, da proizvedejo nove nevrone v možganih – v centru kateri je zadolžen za vonjanje.

Zmanjšuje bolečino

Pred orgazmom se nivo hormona oksitocina poveča za petkrat. To sproži proizvodnjo endorfina, ki zniža prag bolečine od glavobola, artritisa pa vse do migrene. Prav

tako pomaga pri menstrualni bolečini.

Boljša kontrola mišic in trening

Med seksom uporabljamo mišice, s katerimi tudi uriniramo. Pogostejše seksanje, pogostejše uporabljamo te mišice in jih treniramo. Več bomo seksali – dlje časa bomo kontinentni.

Hitrejše celjenje ran

Nekateri dokazi kažejo, da seks povzroča hitrejše celjenje ran. Nekaj eksperimentov je dokazalo, da oksitocin hitreje regenerira celice, ki so potrebne pri celjenju ran.

Zmanjševanje stresa

Seks znižuje nivo anksioznosti, sprošča in pomirja ter nas osrečuje.

Preprečevanje depresije

Študija je pokazala, da so bile ženske, ki imajo redne spolne odnose, manj potrte in srečnejše. Niso bile sitne in negativno nastrojene. Razpoloženje je bilo enkratno in nihalo iz ure v uro. Tiste, ki pa so prejele mesnatga enkrat na teden ali na mesec, pa so bile potrte, nerazpoložene, in nivo dobrega razpoloženja je vedno bolj tonil v negativnih prizvokih.

Preprečevanje staranja

Pri primerjanju starejših parov in kvantitativnih raziskavah in su-



bjektivnih ocenah videzov so bili tisti pari, ki so seksali 30-40 let vsaj 3x ali 4x tedensko, videti za 10 let mlajši od tistih, ki niso imeli rednih spolnih odnosov.

Skrb za vašo kondicijo in telo

Če pol ure zmerno seksate, porabite pri tem 150 kalorij. Oseba, ki seksa vsaj trikrat na teden celo leto, lahko izgubi do 5 kilogramov letno samo s seksom. Da ne boste jamrali, da se ne da shujšati na zdrav način.

Prav tako so pri seksu udeležene skoraj vse mišice, kar povzroča v boljšo kondicijo. Prav tako pa se poveča produkcija testosterona, kar vodi do močnejših mišic in kosti.

Bolj svetleči lasje in zdrava koža

Seks poveča proizvodnjo estrogena pri ženski kar naredi lase bolj sijoče in kožo bolj zdravo in mladostniško.

Bolj zdravi zobje

Semenska plazma vsebuje cink, kalcij in ostale minerale, ki preprečujejo nastanek zobnega kamna. Tiste, ki ne marate goltati in vlačiti sperme po ustih, imate tu dokaz, da je to zdravo.

Tako da – če bo vaša doma tečna, sitna in nervozna, veste kaj je zdravo za to. Nabrisat jo kakor ježovko brez bodic, da ga bo čutila do želodca in se bodo razmere prav lepo umirile, zbistrile in polepsale. In ja – lahko tudi ženske kdaj pa kdaj napadete ali ga objamete z usti, ne da samo čakate, kdaj ga boste fasale.

Če pa bo katera proti, pa ji sprintajte in obesite na vsa vrata v stanovanju. Da ne bo imela več izgovorov in protidejstev, saj so vse zgoraj naštetje pozitivne strani podprte z dokazi!

Pa lep sočen vsakdanji seks vam želim.

11. LITERATURA

- American Psychiatric Association (1952): *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I)*. Washington, D.C.: APA. Dostopno na www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf (1. september 2008).
- American Psychiatric Association (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Second Edition (DSM-II)*. Washington, D.C.: APA. Dostopno na www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-ii.pdf (1. september 2008).
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: APA. Dostopno na www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iii.pdf (1. september 2008).
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition Revision (DSM-III-R)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2005): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition: Text Revision: First Indian Edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- Anastasiadis, Aristotelis G., Anne R. Davis, Mohamed A. Ghafar, Martin Burchardt, in Ridwan Shabsigh (2002): The Epidemiology and Definition of Female Sexual Disorders. *World Journal of Urology* 20(2), 74–78.
- Anastasiadis, Aristotelis G., Laurent Salomon, Mohamed A. Ghafar, Martin Burchardt in Ridwan Shabsigh (2002): Female Sexual Dysfunction: State of the Art. *Current Urology Reports* 3(6), 484–491.
- ArginMax (2008): *ArginMax – For Women*. Dostopno na <http://www.arginmax.com/html/wmn-ingredients.htm> (1. september 2008).
- Aydın, Sabahattin, Doğan Ünal, Haluk Erol, İhsan Karaman, Yüksel Yılmaz, Erdal Şengül in Haşmet Bayraklı (2001): Multicentral Clinical Evaluation of the Aetiology of Erectile Dysfunction: A Survey Report. *International Urology and Nephrology* 32(4), 699–703.

- Bancroft, John (2002). The Medicalization of Female Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 31(5), 451–455.
- Barnes, Tricia in Ian Eardley (2007): Premature Ejaculation: The Scope of the Problem. *Journal of Sex & Marital Therapy* 33(2), 151–170.
- Bass, Barry A. (2001): The Sexual Performance perfection industry and the Medicalization of male sexuality. *The Family Journal* 9(3), 337–340.
- Basson, Rosemary (2000): The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26(1), 51–65.
- Basson, Rosemary (2001a): Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(1), 33–43.
- Basson, Rosemary (2001b): Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(5), 395–403.
- Basson, Rosemary (2002a): A Model of Women's Sexual Arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy* 28(1), 1–10.
- Basson, Rosemary (2002b): Are Our Definitions of Women's Desire, Arousal and Sexual Pain Disorders Too Broad and Our Definition of Orgasmic Disorder Too Narrow? *Journal of Sex & Marital Therapy* 28(4), 289–300.
- Basson, Rosemary, Jennifer Berman, Arthur Burnett, Leonard Derogatis, David Ferguson, Jean Fourcroy, Irwin Goldstein, Alessandra Graziottin, Julia Heiman, Ellen Laan, Sandra Leiblum, Harin Padma-Nathan, Raymond Rosen, Kathleen Segraves R.Taylor Segraves, Ridwan Shabsigh, Marcalee Sipski, Gorm Wagner in Beverly Whipple (2001): Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 83–94.
- Bayer HealthCare (2008): *Dobrodošli! – Levitra*. Dostopno na <http://www.erekcija.si/> (1. september).
- Berman Health and Media, Inc. (2004): *Berman Center*. Dostopno na <http://www.bermancenter.com/> (1. september 2008).
- Berman, Jennifer, Laura Berman in Elisabeth Bumiller (2001): *For Women Only: A Revolutionary Guide to Overcoming Sexual Dysfunction and Reclaiming Your Sex Life*. New York: Henry Holt and Company.

- Binik, Yitzchak M. (2005a): Should Dyspareunia Be Retained as a Sexual Dysfunction in DSM-V? A Painful Classification Decision. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 11–21.
- Binik, Yitzchak M. (2005b): Dyspareunia Looks Sexy on First but How Much Pain Will It Take for It to Score? A Reply to My Critics Concerning the DSM Classification of Dyspareunia as a Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 63–67.
- Binik, Yitzchak M., Caroline F. Pukall, Elke D. Reissing in Samir Khalife (2001): The Sexual Pain Disorders: A Desexualized Approach. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 113–116.
- Birnbaum, Gurit E. (2003): The Meaning of Heterosexual Intercourse Among Women With Female Orgasmic Disorder. *Archives of Sexual Behavior* 32(1), 61–71.
- Book and Writers (2003): *Havelock Ellis*. Dostopno na <http://www.kirjasto.sci.fi/havelock.htm> (1. september 2008).
- Both, Stephanie in Walter Everaerd (2002): Comment of "The Female Sexual Response: A Different Model". *Journal of Sex & Marital Therapy* 28(1), 11–15.
- Brotto, Lori A. in Boris B. Gorzalka (2002): Genital and Subjective Sexual Arousal in Postmenopausal Women: Influence of Laboratory-induced Hyperventilation. *Journal of Sex & Marital Therapy* 28(1, Supp. 1), 39–53.
- Byers, E. Sandra (2001): Evidence for the Importance of Relationship Satisfaction for Women's Sexual Functioning. *Women & Therapy* 24(1/2), 23–26.
- Clement, Ulrich (2002): Sex in Long-Term Relationships: A Systemic Approach to Sexual Desire Problems. *Archives of Sexual Behavior* 31(3), 241–246.
- Conaglen, Helen M. (2001): Report on the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction. A View from Down Under. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 127–130.
- Condon, Bill (2004): *Kinsey* [film].
- Davis, Susan R. (2001): An external Perspective on the Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: More Work to Be Done. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 131–133.
- Delo, d.d. (27. julij 2008): *Ona: ženski magazin Dela in Slovenskih novic* 10(30).

- Delo, d.d. (17. julij 2008): *Polet: magazin Dela in Slovenskih novic* 7(28).
- DiMeo, Patrick J. (2006): Psychosocial and Relationship Issues in Men With Erectile Dysfunction. *Urologic Nursing* 26(6), 442–453.
- Discovery Communications, LLC (2008a): *Alfred C. Kinsey*. Dostopno na <http://health.discovery.com/centers/sex/sexpedia/alfredckinsey.html> (1. september 2008).
- Discovery Communications, LLC (2008b): *Masters in Johnson*. Dostopno na <http://health.discovery.com/centers/sex/sexpedia/mandj.html> (1. september 2008).
- Dunne, Michael P. in Jake M. Najman (2005): Is Dyspareunia Unrelated to Early Sexual Abuse? *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 23–61.
- Farlex, Inc. (2008): *The Free Dictionary by Farlex*: <http://www.thefreedictionary.com> (1. september 2008).
- Figueira, Ivan, Elizabete Possidente, Carla Marques in Kelly Hayes (2001): Sexual Dysfunction: A Neglected Complication of Panic Disorder and Social Phobia. *Archives of Sexual Behavior* 30(4), 369–377.
- First, Michael B. (2005): Weighing the Pro's And Con's in Reclassifying Dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 30–32.
- Foucault, Michel (1973): *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
- Foucault, Michel (2000): *Zgodovina seksualnosti. 1, Volja do znanja*. Ljubljana: ŠKUC.
- Grace, Victoria, Annie Potts, Nicola Gavey in Tiina Vares (2006): The Discursive Condition of Viagra. *Sexualities* 9(3), 295–314.
- Grad in Leeming (2002): *Slovensko-angleški slovar (elektronska verzija v1.0)*. Ljubljana: DZS, d.d., Založništvo literature. Računalniška priprava: Amebis, d.o.o.
- Grad, Škerlj in Vitrovič (2002): *Veliki angleško-slovenski slovar (elektronska izdaja v1.0)*. Ljubljana: DZS, d.d., Založništvo literature. Računalniška priprava: Amebis, d.o.o.
- Graham, Cynthia A., Stephanie A. Sanders, Robin R. Milhausen in Kimberly R. McBride (2004): Turning On an Turning Off: A Focus Group Study of the Factors That Affect Women's Sexual Arousal. *Archives of Sexual Behavior* 33(6), 527–538.

- Graziottin, Alessandra (2005): Why Deny Dyspareunia Its Sexual Meaning. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 32–34.
- Graziottin, A., M. Bottanelli in L. Bertolasi (2004): Vaginismus: A Clinical and Neurophysiological Study. *Urodinamica* 14(2), 117–121.
- Greiner, Guy in E. Sandra Byers (2001): Operationalizing Premature or Rapid Ejaculation. *The Journal of Sex Research* 38(4), 369–378.
- Hall, Marny (2001): Small Print and Conspicuous Omissions: Commentary on "FSD" Classification Report. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 149–150.
- Hartley, Heather (2006): The 'Pinking' of Viagra Culture: Drug Industry Efforts to Create and Repackage Sex Drugs for Women. *Sexualities* 9(3), 363–378.
- Hartman, Uwe, Kristina Heiser, Claudia Rüffer-Hesse in Gabriele Kloth (2002): Female Sexual Desire Disorders: Subtypes, Classification, Personality Factors and New Directions for Treatment. *World Journal of Urology* 20(2), 79–88.
- Heath, Stephen (1984): *The Sexual Fix*. London: The Macmillian Press Ltd.
- Heliohealth.com (2008): *EROS Clitoral Therapy Device*. Dostopno na <http://www.healiohealth.com> (1. september 2008).
- Hicks, Karen M. (2005): *The "New View" Approach to Women's Sexual Problems*. Dostopno na <http://www.medscape.com/viewarticle/515902> (1 september 2008).
- Hurlbert, David Farley, Carol Apt, Melissa K. Hurlbert in Aaron Paul Pierce (2000): Sexual Compatibility and the Sexual Desire.Motivation Relation in Females with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Behavior Modification* 24(3), 325–347.
- Hurlbert, David Farley, Evan R. Fertel, Devendra Singh, Ferdinand Fernandez, A. Menendez in Camila Salgado (2005): The Role of Sexual Functioning in the Sexual Desire Adjustment and Psychosocial Adaptation of Women with Hypoactive Sexual Desire. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 14(1–2), 15–30.
- Irvine, Janice M. (2005): *Disorders of Desire: Sexuality and Gender in Modern American Sociology: 2nd Edition*. ZDA: Temple University Press.
- Jackson, Graham (2004): Female Sexual Dysfunction is Being Medicalized by the Pharmaceutical Company: Con. *Current Sexual Health Reports* 1(4), 120–122.
- Jackson, Stevi in Sue Scott (2001): Embodying Orgasm: Gendered Power Relations and Sexual Pleasure. *Women & Therapy* 24(1/2), 99–110.

- Kameya, Yuzuru (2001): How Japanese Affects the Sexual Function of Normal Females. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 151–152.
- Katz, Roger C. in David Jardine (1999): The Relationship Between Worry, Sexual Aversion, and Low Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy* 25(4), 293–296.
- Katz, Steven in Barbara L. Marshall (2004): Is the Functional 'Normal': Aging, Sexuality and the Bio-marking of Successful Living. *History of the Human Sciences* 17(1), 53–75.
- Kelly, Mary P, Donald S. Strassberg in Charles M. Turner (2004): Communication and Associated Relationship Issues in Female Anorgasmia. *Journal of Sex & Marital Therapy* 30(4), 263–276.
- Kelly, Mary P, Donald S. Strassberg in Charles M. Turner (2006): Behavioral Assessment of Couples' Communication in Female Orgasmic Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy* 32(2), 81–95.
- Kleinplatz, Peggy J. (2004): Beyond Sexual Mechanics and Hydraulics: Humanizing the Discourse Surrounding Erectile Dysfunction. *Journal of Humanistic Psychology* 44(2), 215–242.
- Kubin, M, G Wagner in AR Fugl-Meyer (2003): Epidemiology of Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 15(1), 63–71.
- Laumann, Edward O. in John H. Gagnon (1995): A Sociological Perspective on Sexual Action. V Richard G. Parker in John H. Gagnon (ur.): *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Reserach in a Postmodern World*, 183–213. New York in London: Routledge.
- Lavie-Ajayi, Maya (2005): "Because All Real Women Do": The Construction and Deconstruction of "Female Orgasmic Disorder". *Sexualities, Evolution and Gender* 7(1), 57–72.
- Leading Edge Marketing Inc. (2001–2008a): *Avlimil*. Dostopno na <http://www.avlimilshop.com/?a=emoshe&t=GoogleINTL&c=0> (1. september 2008).
- Leading Edge Marketing Inc. (2001–2008b): *Vigorelle*. Dostopno na <http://www.vigorelle.com/> (1. september 2008).

- Leiblum, Sandra (2001): Critical Overview of the New Consensus-based Definitions and Classifications of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 159–168.
- Leiblum, Sandra (2004): Sexual Arousal Problems in Women: A Clinical Perspective. *Urologica* 14(2), 89–93.
- Leiblum, Sandra R. in Sharon G. Nathan (2001): Persistent Sexual Arousal Syndrome: A Newly Discovered Pattern of Female Sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(4), 365–380.
- Lek in Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (2002): *Slovenski medicinski slovar (elektronska verzija v1.0)*. Ljubljana: Lek, d.d. in Medicinska fakulteta.
- Levine, Stephen B. (2005): A Slightly Different Idea. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 38–39.
- Lewis, Jean H., Raymond Rosen in Irwin Goldstein (2005): Erectile Dysfunction. *Nursing* 35(2), 64.
- Lexxus International (2008): *Alura – viagra za ženske*. Dostopno na <http://alura.najboljsa.com/> (1. september 2008).
- Lief, Harold I. (2001): Satisfaction and Distress: Disjunctions in the Components of Sexual Response. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 169–170.
- Maass, Vera Sonja (2006): *Facing the Complexities of Women's Sexual Desire*. ZDA: Springer US.
- MacDougall, Robert (2006): Remaking the Real Man: Erectile Dysfunction Palliatives and the Social Re-construction of the Male *Heterosexual* Life Cycle. *Sexuality & Culture* 10(3), 59–90.
- Mah, K. in Y. M. Binik (2004): Female Orgasm Disorders: A Clinical Approach. *Urologica* 14(2), 99–104.
- Mahoney, Sheila in Carlos Zarate Jr. (2007): Persistent Sexual Arousal Syndrome: A Case Report and Review of the Literature. *Journal of Sex & Marital Therapy* 33(1), 65–71.
- Marshall, Barbara L. (2002): 'Hard science': gendered construction of sexual dysfunction in the 'Viagra age'. *Sexualities* 5(2), 131–158.

- McHugh, Maureen C. (2007): Women and Sex at Midlife: Desire, Dysfunction, and Diversity. V Varda Muhlbauer in Joan C. Chrisler (ur.): *Women over 50: Psychological Perspectives*, 26–52. U.S.: Springer.
- Meana, Marta (2005): Teasing Apart the Pain from the Sex: Is the Pendulum Swinging Too Far? *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 42–44.
- Metz, Michael E. in Barry W. McCarthy (2005): Erectile Dysfunction: An Integrative, Biopsychosocial Approach to Evaluation, Treatment, and Relapse Prevention. *Contemporary Sexuality* 39(5), i–viii.
- Metz, Michael E. in Jon L. Pryor (2000): Premature Ejaculation: A Psychophysiological approach for Assessment and Management. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26(4), 293–320.
- Modrataletka.com (2008): *Viagra*. Dostopno na <http://www.modrataletka.com/> (1. september 2008).
- Moser, Charles (2005): Dyspareunia: Another Argument for Removal. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 44–46.
- Moynihan, Ray (2003): The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. *BMJ (British Medical Journal)* 326, 45–47.
- Moynihan, Ray (2005): The Marketing of a Disease: Female Sexual Dysfunction. *BMJ (British Medical Journal)* 330, 192–194.
- New View Campaign (2007): *New View Campaign*. Dostopno na <http://www.fsd-alert.org/> (1. september 2008).
- Ohl, Linda E. (2007): Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective. *Urologic Nursing* 27(1), 57–63.
- One Look (2008): *Dictionary Search*. Dostopno na <http://www.onelook.com/> (1. september 2008).
- *Oxford Advanced Learner's Dictionary (CD-ROM) (2000): 6th Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Payne, Kimberley (2005): Making the Case for Sexual Pain: Let's Not Throw Out the Baby With the Bath Water. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 46–48.
- Pfizer Inc. (2002–2008): *Pfizer*. Dostopno na <http://www.pfizer.com/> (1. september 2008).

- Pfizer Inc. (2001–2008): *Viagra*. Dostopno na <http://www.viagra.com/> (1. september 2008).
- Plante, Rebecca F. (2006): *Sexualities in Context: A Social Perspective*. Colorado, Boulder: Westview Press.
- Potts, Annie (2000): Coming, Coming, Gone: A Feminist Deconstruction of Heterosexual Orgasm. *Sexualities* 3(1), 55–76.
- Ranke-Heinemann, Uta (1992): *Katoliška cerkev in spolnost*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Regev, Lisa G., Antonette Zeiss in Robert Zeiss (2006): Orgasmic Disorders. V Fisher, J. E. in O'Donohue, W. T. (ur.): *Practitioner's Guide to Evidence-based Psychotherapy*, 469–477. New York: Springer.
- Rellini, A. in C. M. Meston (2004): Sexual Abuse and Female Sexual Disorders: Clinical Implications. *Urologica* 14(2), 80–83.
- Riley, Alan, Anthony Beardsworth, Stathis Kontomidas, David Suarez, Vicente Juan Torres in Josep Maria Haro (2007): Sexual Intercourse Frequency in Men Presenting for Treatment of Erectile Dysfunction: Results from the Pan-European Erectile Dysfunction Observational Study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 33(1), 3–18.
- Rinkleib Ellison, Carol (2001): A Research Inquiry into Some American Women's Sexual Concerns and Problems. *Women & Therapy* 24(1/2), 147–159.
- Rosen, Raymond (2000): Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Men and Women [povzetek]. *Current Psychiatry Report* 2(3), 189–195.
- Rosen, Raymond C. (2003): Female Sexual Dysfunction: Industry Creation or Under-recognized Problem? *BJU International* 92(1), 3–4.
- Sawver, Lois (1998): *Notes on Reading Foucault's Birth of the Clinic*. Dostopno na: <http://www.california.com/~rathbone/foucabc.htm> (1. september 2008).
- SAZU in ZRC SAZU, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša in avtorji (2002): *Slovar slovenskega knjižnega jezika (elektronska izdaja v1.0)*. Ljubljana: DZS, d.d., Založništvo literature. Računalniška priprava: Amebis, d.o.o.
- Shabsigh, Ridwan, Anne R. Davis, Aristotelis G. Anastasiadis, Nawras Makhsida in Grace Yan (2005): Female Sexual Dysfunction: Is There a Magic Pill? V Gregory

- A. Broderick (ur.): *Oral Pharmacotherapy for Male Sexual Dysfunction: A Guide to Clinical Management*, 423–443. New Jersey: Humana Press.
- Simon, William in John H. Gagnon (1984): Sexual Scripts. *Society* november/december 1984, 53–60.
 - Simon, William in John H. Gagnon (1998): Psychosexual Development. *Society* january/february 1998, 60–67.
 - Simons, Jeffrey S. in Michael P. Carey (2001): Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Archives of Sexual Behavior* 30(2), 177–219.
 - Sirk, Nina, Evgen Štefančič in Alenka Švab (2007–...): *Seksualni imperativi v percepcijah seksualnosti pri mladih ženskah* (predstavljeno na mednarodnem študentskem simpoziju v Grožnjanu, 16.–18. maj 2008).
 - Smith, Dennis (1999): *The Civilizing Process* and *The History of Sexuality*: Comparing Norbert Elias and Michel Foucault. *Theory and Society* 28(1), 79–100.
 - Strassberg, Donald S. (2005): A Rose by Any Other Name: Should Dyspareunia Be Reclassified? *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 48–49.
 - Symonds, T., D. Roblin, K. Hart in S. Althof (2003): How Does Premature Ejaculation Impact a Man's Life? *Journal of Sex & Marital Therapy* 29(5), 361–370.
 - The Working Group of Women's Sexual Problems (2001): A New View of Women's Sexual Problems. *Women & Therapy* 24(1/2), 1–8.
 - Tiefer, Leonore (1986): In Pursuit of the Perfect Penis. *American Behavioral Scientist* 29(5), 579–599.
 - Tiefer, Leonore (2001a): Arriving at a "New View" of Women's Sexual Problems: Background, Theory, and Activism. *Women & Therapy* 24 (1/2), 63–98.
 - Tiefer, Leonore (2001b): The "Consensus" Conference on Femal Sexual Dysfunction: Conflicts of Interest and Hidden Agendas. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2) 227–236.
 - Tiefer, Leonore (2004a): Female Sexual Dysfunction is Being Medicalized by the Pharmaceutical Industry: Pro. *Current Sexual Health Reports* 1(4), 117–119.
 - Tiefer, Leonore (2004b): *Sex is Not a Natural Act and Other Essays: Second Edition*. Westview Press.

- Tiefer, Leonore (2005): Dyspareunia Is the Only Valid Sexual Dysfunction and Certainly the Only Important One. *Archives of Sexual Behavior* 34(1), 49–51.
- Tiefer, Leonore (2006a): Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Medicine* 3(4) e178, 0436–0440.
- Tiefer, Leonore (2006b): *The "New View" Approach to Men's Sexual Problems*. Dostopno na <http://www.medscape.com/viewarticle/541364> (1. september 2008).
- Tiefer, Leonore (2008): Prognosis: More Pharmasex. *Sexualities* 11(1/2), 53–59.
- Toporišič, Jože idr., ur. (2001): *Slovenski pravopis*. Ljubljana: SAZU in ZRC SAZU, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša.
- Traish, Abdulmaged M., Noel Kim, Kwesonik Min, Ricardo Munarriz in Irwin Goldstein (2002): Androgens in Female Genital Sexual Arousal Function: A Biochemical Perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy* 28(1, Supp. 1), 233–244.
- Vares, Tiina in Virginia Braun (2006): Spreading the Word, but What Word is That? Viagra and Male Sexuality in Popular Culture. *Sexualities* 9(3), 315–332.
- Vibrance Network LLC (2006): *The Berman Women's Wellness Center*. Dostopno na <http://www.bermansexualhealth.com> (1. september 2008).
- Waldinger, Marcel D. (2007): Premature Ejaculation. *Primary Psychiatry* 14(29): 58–64.
- Wehmeier, Sally, ur. (1997): *Oxford Wordpower Dictionary*. Oxford: Oxford University Press.
- Vroege, Jos A., Luk Gijs in Michiel W. Hengeveld (2001): Classification of Sexual Dysfunctions in Women. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27(2), 237–243.
- Wood, Jill M., Patricia Barthalow Koch in Phyliss Kernoff Mansfield (2006): Women's Sexual Desire: A Feminist Critique. *The Journal of Sex Research* 43(3), 236–244.
- Wood, Jill M., Phyliss Kernoff Mansfield in Patricia Barthalow Koch (2007): Negotiating Sexual Agency: Postmenopausal Women's Meaning and Experience of Sexual Behavior. *Qualitative Health Research* 17(2), 189–200.
- World Health Organization (2007): *International Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision, Version for 2007*. Dostopno na <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (1. september 2008).

- Zestra Laboratories, Inc. (2007): *Zestra*. Dostopno na <http://www.zestra.com/> (1. september 2008).