

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Jasmina Skale

Medikalizacija moške seksualnosti: primer Viagre

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Jasmina Skale

Mentorica: red. prof. dr. Alenka Švab

Medikalizacija moške seksualnosti: primer Viagre

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

*»Tistega, kar je v življenju bistveno, ne moremo predvideti.
Največje zadovoljstvo vedno doživimo tam, kjer ga najmanj pričakujemo.«
(Antoine de Saint-Exupéry)*

*Zahvaljujem se mentorici prof. dr. Alenki Švab za odzivnost, nasvete in pomoč pri pisanju
naloge.
Hvala družini in prijateljem za podporo in spodbudne besede, ko sem jih najbolj potrebovala.
Amra, hvala za pregled naloge.*

Medikalizacija moške seksualnosti: primer Viagre

Cilj magistrske naloge je analiza družbene konstrukcije moške seksualnosti in njene medikalizacije v zahodnih družbah na primeru Viagre kot tehnologije za zdravljenje erektilne disfunkcije. Je medicinski in družbeni fenomen ter predstavlja preobrat pri zdravljenju tovrstne težave, ker predstavlja enostavno rešitev v obliki tablete, ki ne pomaga le pri dosegu erekcije, temveč rešuje tudi moškost. Diskurz moškega seksualnega nagona, ki še vedno prevladuje v zahodnih družbah kot normativ moške seksualnosti, veže koncept moškosti na telo, identiteto in seksualno moč, iz česar tudi izhaja filozofija Viagre in je tako tudi promovirana. S tem se širi biomedicinski pogled na telo kot stroj, bolezni pa kot okvaro stroja. Na ta način si medicina in farmacevtska industrija s podporo oglaševalcev skozi proces medikalizacije lastita vse več področij človekovega življenja. Z napredkom tehnologije je ta navezava usmerjena ne le v zdravljenje bolezni, temveč v preventivno skrb za zdravje v smislu optimizacije telesa. Pri tem je potrebno izpostaviti prevladujočo vlogo farmacevtske industrije, ki ni usmerjena le v iskanje odkrivanja novih zdravil, temveč novih bolezni za že obstoječa zdravila.

Ključne besede: medikalizacija, hegemonna moškost, diskurz moškega seksualnega nagona, farmacevtska industrija, Viagra.

Medicalization of male sexuality: the case of Viagra

The main objective of my master thesis is to analyze social construction of male sexuality and its medicalization in the context of western societies. I will use the case of Viagra as technology for treating erectile dysfunction. It is a medical and social phenomenon because it represents a simple solution, not only for getting erections but also for increasing manhood. For those reasons a Viagra pill is a turning point in the treatment process. The male sexual drive discourse is still normative for male sexuality in western societies, since the concept of manhood is connected to a body, identity, and sexual ability. From this arises Viagra's philosophy and its promotion. In general, Viagra is standing for biomedical view of the body as a machine and diseases as breakdowns. This is also a way that health care and pharmaceutical industry are taking their control over people's lives with the support of advertisers. With technological progress this agents are not interested only in treating diseases but also in optimizing bodies and health. The role of the pharmaceutical industry in this process is not negligible due to its research on drug discoveries but also for trying to find new diseases for existing drugs.

Key words: medicalization, hegemonic masculinity, male sexual drive discourse, pharmaceutical industry, Viagra.

KAZALO

1 UVOD	7
2 SOCIALNI KONSTRUKTIVIZEM	9
2.1 Jezik in diskurz	10
2.2 Razumevanje seksualnosti skozi socialno-konstruktivistično perspektivo	11
2.3 Družbena konstrukcija moškosti	13
2.3.1 Hegemona moškost	14
2.3.2 Kritike koncepta moškosti	15
2.4 Moška seksualnost v prevladujoči seksualni kulturi	16
2.4.1 Diskurz moškega seksualnega nagona	17
3 RAZVOJ SEKSOLOGIJE	18
3.1 Obdobje predseksološke vede	18
3.2 Seksologija 20. stoletja	19
3.3 Sodobna seksologija	21
3.3.1 Cikel človekovega seksualnega odzivanja po Williamu Mastersu in Virginii Johnson	21
3.3.2 Kritike cikla človekovega seksualnega odzivanja	23
3.4 Medicinska klasifikacija seksualnih disfunkcij	25
3.4.1 Faze seksualnega odzivanja po DSM-IV-TR	26
3.4.2 Seksualne disfunkcije po DSM-IV-TR	26
3.4.3 Spremembe v klasifikaciji seksualnih disfunkcij v DSM-V	26
3.5 Medicinska opredelitev erektilne disfunkcije	27
3.5.1 Vzroki	28
3.5.2 Diagnosticiranje in zdravljenje	29
4 MEDIKALIZACIJA	30
4.1 Ravni medikalizacije	31
4.2 Medikalizacija ali biomedikalizacija?	32
4.3 Vloga farmacevtske industrije v procesu (bio)medikalizacije	33
4.3.1 Kako farmacevtska podjetja odkrivajo nova zdravila	35
4.3.2 Oglaševanje zdravil	37
4.4 (Bio)medikalizacija seksualnosti	39
4.4.1 Prvi primeri medikalizacije seksualnosti	40

4.4.2 Medikalizacija moške seksualnosti: primer erektilne disfunkcije	42
4.4.3 Zgodovina medikalizacije erektilne disfunkcije	42
4.5 Viagra – tehnologija za moško seksualnost.....	43
5 NAMEN IN CILJ EMPIRIČNEGA DELA.....	46
5.1 Kritična diskurzivna analiza	46
5.2 Analiza izbranih oglasov	47
5.2.1 Oglas 1	48
5.2.2 Oglas 2	49
5.2.3 Oglas 3	49
5.2.4 Oglas 4	50
5.3 Diskusija	50
6 SKLEP.....	54
7 LITERATURA	56

1 UVOD

Viagra, zdravilo podjetja Pfizer, ima vse od njenega nastanka leta 1998 pa do danes status medicinskega in družbeno-kulturnega fenomena, hkrati velja tudi za eno izmed komercialno najbolj dobičkonosnih zdravil na splošno (Potts in drugi 2004). Na globalni ravni je postala sinonim za medikalizacijo moške seksualnosti (Tiefer 2004; Conrad 2007), konkretnije erektilne disfunkcije. V medicinski in kulturni promociji se predstavlja kot mehanska rešitev za mehanski problem, kot »orodje za popravilo« moškega stroja in posledično tudi moškosti, kajti fizična moškost je v zahodni kulturni konstrukciji moškosti in normativov moške seksualnosti še vedno neločljivo vezana na seksualno moč (Loe 2001; Bourdieu 2010). Jemanje Viagre naj bi rešilo tudi težave z negotovostjo in sramom, ki sta lahko posledica obstoječih stereotipov v zvezi z erektilno disfunkcijo. Posameznik se lahko tako izogne neprijetnim terapevtskim pogovorom glede svojega stanja s tableto (Carpiano 2001). Viagra je premaknila meje seksualnosti v smislu reduciranja le-te zgolj na mehansko delovanje in funkcionalnost, pri čemer se zanemarjajo vsi ostali vidiki seksualnosti. V tem primeru, ko je problem lociran na telo in kot tak obravnavan kot fiziološki problem, se »popravilo okvare« na telesu zdi popolnoma enostavno in neproblematično (Loe 2004; Tiefer v Izgoršek 2013).

V magistrskem delu tako izhajam iz ideje, da družbenega fenomena Viagre ne moremo obravnavati mimo oz. izven širšega konteksta procesa medikalizacije ter širšega kulturnega konteksta obravnave seksualnosti, tj. permisivne seksualne kulture poznomodernih zahodnih družb.

Namen naloge je analiza družbene konstrukcije moške seksualnosti, konkretnije erektilne disfunkcije in njene medikalizacije na primeru fenomena Viagre v zahodnih družbah. Predvsem me bo zanimalo, kako je Viagra kot medicinsko-farmacevtska tehnologija za zdravljenje erektilne disfunkcije vplivala na razvoj medikalizacije moške seksualnosti oz. na kakšen način je vplivala na družbeno konstrukcijo moške seksualnosti in normativov moškosti nasploh. Izpostavila bom vse večji vpliv farmacevtske industrije v procesu (bio)medikalizacije, ki zaradi finančnih interesov ne oglašuje samo različnih farmacevtskih produktov, ampak kar bolezenska stanja. Cilj ni več zdravljenje bolezni, temveč njihova preventivna obravnava.

Izbrani teoretski okvir naloge je socialni konstruktivizem, znotraj katerega bom pojasnila vlogo jezika in diskurzov pri družbeni konstrukciji realnosti ter pomen seksualnosti skozi socialno-konstruktivistični pristop z vidika različnih avtorjev. Nadalje bom identificirala

prevladujoč normativ moške seksualnosti, tj. diskurz moškega seksualnega nagona, širše pa splošno razumevanje koncepta moškosti v obliki njene prevladujoče oblike, hegemone moškosti. V poglavju o razvoju seksološke znanosti od 19. stoletja naprej do danes bom umestila cikel človekovega seksualnega odzivanja ter klasifikacijo seksualnih motenj, na katerih temelji sodobno diagnosticiranje in zdravljenje erektilne disfunkcije po biomedicinskih standardih, iz katerih izhaja tudi njena medikalizacija. Iz tega dela naloge je razvidno, kako se je začel razvijati javni govor o seksualnosti, kasneje tudi o seksualnih motnjah. Poleg tega je moj namen pojasniti, da je cikel človekovega odzivanja rezultat vnaprej postavljenih domnev in neobjektivno izvedene raziskave, pri čemer je problematična univerzalnost cikla, ki je, kot sem že omenila, še danes osnova za medicinsko klasificiranje motenj v seksualnem funkcioniranju. Z naslednjim poglavjem se bom dotaknila družbenih učinkov medikalizacije v kontekstu vse večjega vpliva na človekovo vsakdanje življenje, ki se kaže v obliki vse bolj zabrisanih mej med zdravjem in boleznijo. Pri tem ima nosilno vlogo farmacevtska industrija, ki s svojim pristranskim odkrivanjem zdravil, njihovim oglaševanjem ter oglaševanjem bolezni vse bolj osebno nagovarja (potencialnega) bolnika kot potrošnika. Argument farmacije je, da to predstavlja obliko informiranja koristno potrošniku, dejansko gre pa za golo trženje zdravil. Filozofija Viagre temelji na biomedicinskih pristopih zdravljenja erektilne disfunkcije in je zato tudi v promocijskih sporočilih predstavljena kot tehnologija za moško seksualnost. Osredotočila se bom na normative moškosti, ki so predstavljeni v njenih promocijskih strategijah. Pri tem se bom opirala na opravljeno analizo izbranih oglasov, narejenih za ameriški trg, s pomočjo metode kritične diskurzivne analize (v nadaljevanju KDA). Izpostaviti želim, da empirični del ni glavni del naloge, temveč je dodatek oz. ilustracija teoretičnemu delu. Zaključila bom z diskusijo, kjer bom povezala dobljene rezultate s teorijo in predstavila glavne ugotovitve naloge.

Nosilna teza dela je, da je družbeni fenomen Viagre primer združenega delovanja farmacevtske industrije, medicinske stroke in oglaševalcev v procesu medikalizacije moške seksualnosti, ki izhaja iz določenih podmen moške seksualnosti (biološki nagon oz. seksualna kompetenca) ter medicinskega razumevanje telesa kot stroja. V tem smislu se umešča v širši družbeni in kulturni kontekst permissivne seksualne kulture zahodnih družb, znotraj katere se prepletajo različni diskurzi o seksualnosti, ki določajo normative moške seksualnosti.

2 SOCIALNI KONSTRUKTIVIZEM

Socialni konstruktivizem ne predstavlja enotne teorije, ampak združuje različne družboslovne teorije, pristope in metode, kot so simbolični interakcionizem, socialna psihologija, etnometodologija, fenomenologija, simbolična antropologija, eksistencializem (Gergen v Tiefer 2004). Temeljno izhodišče družbeno-konstruktivistične perspektive je družbena in kulturna umeščenost fenomenov v določen kontekst. Ti so vezani na fizično realnost, ki skozi proces razmišljanja in osmišljanja pridobivajo družbeno in kulturno dimenzijo, s čimer začnejo zavzemati tudi specifične položaje s pripadajočimi specifičnimi pomeni. Drugače povedano, v družbi obstajajo stvari in ideje, katerih obstoj je naraven in zato očiten, posledično ravno zaradi tega tudi nevprašljiv. Ohranjanje njihovih pomenov poteka skozi specifične družbene mehanizme in prakse, ki so osnovani na konsenzu večinskega dela družbe (Kamin 2006; Plante 2006).

Berger in Luckmann (1988) v svojem delu iz leta 1966, *Družbena konstrukcija realnosti*, pojasnjujeta, kakšna je vloga posameznikov in družbenih skupin pri konstrukciji in percepciji družbene realnosti oz. objektivnih resnic. Izpostavila sta pomen njihove aktivne vloge, saj sta prav družbena interakcija in komunikacija pomembna elementa v procesu konstrukcije družbene realnosti. Dejstvo je, da družbeno realnost dojemamo kot nekaj samoumevnega, redko kdaj o njej sploh razmišljamo kritično, ker je tukaj in zato realna (Berger in Luckmann 1988). Če že razmišljamo o njej, je to znotraj obstoječih družbenih in kulturnih kategorij, ki so del družbenega prostora znotraj katerega se nahajamo in s katerim smo povezani preko jezika in komunikacije. Znane objektivnosti in resnice, ki so nam podane kot neizpodbitno veljavne, so rezultat družbenih tradicij in ne individualnih razmišljanj. Odvisne so od zgodovinsko-kulturnega konteksta, znotraj katerih so nastale in zato pripadajo točno določenim tradicijam. To je razlog, zaradi česar ne moremo govoriti o univerzalnih znanstvenih resnicah, ki obstajajo same po sebi in so veljavne v vseh družbenih okoljih (Gergen 2009).

2.1 Jezik in diskurz

S pomočjo jezika in diskurzov se v procesu družbene interakcije oblikujejo družbene resnice in normativnosti. Ravno iz tega razloga sta tudi predmet preučevanja socialnega konstruktivizma (Bečaj 2003).

V odnosu do diskurza je jezik definiran kot njegov konstitutivni element, ker zavzema vlogo diskurza pri oblikovanju družb in njihovih pripadajočih sistemov moči (Baglia 2005; Kamin 2006). Jezik, natančneje besedišče, ki ga uporabljamo v vsakdanjem življenju, izvira iz specifičnih področij znanstvenih tradicij in zaradi tega ni niti popolnoma objektivni niti univerzalen. Z jezikom se oblikujejo opisi in razlage prevladujočih resnic in dejstev, ki konstituirajo realnost, ki nas obdaja. Naše razumevanje realnosti je tako odvisno od tega, kakšno je naše razumevanje jezika in iz katere tradicije izvira (Erjavec in Poler Kovačič 2007; Gergen 2009).

Po Tanji Kamin (2006) se razlage diskurza omejujejo na »jezikoslovne in tiste, ki diskurz razumejo kot družbeno rabo jezika« (Kamin 2006, 18). Sam diskurz pa opredeli kot »omejeno celoto védenja in načinov njegove rabe, poseben, prepoznan način pojmovanja pojmov, njihovega osmišljanja prek besed, podob in odnosov med njimi« (Kamin 2006, 18). Védenje je v odnosu do realnosti v vzajemnem odnosu – védenje ustvarja realnost in obratno, zaradi česar je védenje posledično pridobilo status t.i. zdrave pameti (Kamin 2006).

Diskurzi delujejo kot filtri, ki usmerjajo posameznikovo razmišljanje ter določajo, kakšne sodbe in mnenja naj se izrekajo do posameznih družbenih dejstev in tudi, kdo jih naj izreka. Vezani so na interese posameznikov in družbenih skupin, katerim so na voljo znanja, védenja ter moč, ki jih lahko zaradi tega utrjujejo in širijo na osnovi zastavljenih interesov. Diskurzi so odvisni od časovno-prostorskega konteksta, v skladu s katerim se tudi spreminjajo, sočasno s tem se spreminjajo obstoječe »objektivne« resnice (Kamin 2006; Foucault 2010). Narekujejo tudi vrsto odnosov med posamezniki, njimi in institucijami. Določajo družbeno zaželenost posameznih odnosov oz. natančneje, potek odnosov med posameznimi družbenimi akterji (npr. med pacientom in zdravnikom). Tudi spreminjanje razmerja med nosilci moči močno vpliva na spremenljivost oz. preoblikovanje diskurzov (Kamin 2006).

2.2 Razumevanje seksualnosti skozi socialno-konstruktivistično perspektivo

Socialni konstruktivizem dojema telo kot platformo številnih bojov družbenih določenosti (Connell 2012). Za prikazovanje teh so za telo velikokrat uporabljene številne metafore, med drugim tudi platna. Npr. »telo kot platno, ki ga je treba pobarvati, površina, na katero se tiska, pokrajina, ki jo je treba zakoličiti« (Connell 2012, 87), pri čemer je seksualnost dojeta kot neločljiv del telesa in njegovega funkcioniranja (Connell 2012).

Connellova (2012) vidi pristop socialnega konstruktivizma pri obravnavi seksualnosti na splošno kot ustreznega, vendar pa je izpostavila, nanašajoč se na strukturalistično terminologijo, problem označenca in označevalca. Po njenem se pomen označevalca izpostavlja v takšni meri, da označenec velikokrat izgine, kar je v tem primeru seksualnost.

Skozi socialno-konstruktivistično perspektivo je seksualnost obravnavana z različnih vidikov, vendar je eden, ki prevladuje. Ta se ukvarja z dilemo ali je seksualnost razumljena kot univerzalni biološki nagon, ki jo je do neke mere mogoče oblikovati z individualnim učenjem in je tako deloma odvisna od družbeno-kulturnega konteksta ali pa je odvisna od vnaprej konstruiranih družbeno-kulturnih scenarijev, preko katerih se realizira skozi fizični akt (Tiefer 2004). V vsakem primeru znotraj posameznega družbeno-kulturnega okolja obstaja prevladujoč seksualni diskurz, odvisen od kulturnih, zgodovinskih in časovnih karakteristik, ki določa normative seksualnosti in seksualnih izkušenj (Tiefer 2004). To pomeni, da se o seksualnosti razmišlja in se jo razume na vsaj deloma vnaprej določen način (Kamin 2006).

Padgug (2007) meni, da je seksualnost biološko predispozicionirana, ki dobi pravi pomen skozi interpretiranje v posameznem družbeno-kulturnem kontekstu. Pomeni, konteksti, oblike seksualnosti se razlikujejo od družbe do družbe, tako da ne obstaja univerzalna kategorija »seksualnega« ali »erotičnega«, ki bi imela enak pomen v vseh družbah.

Moderni koncepti seksualnosti zahodnih družb opredeljujejo seksualnost kot pomemben del človekove realnosti, a ti zajemajo le opise in ne njene definicije. Predvsem so opredeljena posamezna področja (spol, zakon, družina, reprodukcija, socializacija), kjer ima seksualnost velik vpliv. Ta področja so obravnavana kot posamezne entitete, ki skupaj določajo celovito področje delovanja seksualnosti (Padgug 2007).

Številni govori o seksualnosti v zadnjih stoletjih so pripeljali do vprašanja, kaj sploh smo v odnosu do seksualnosti, zaradi česar se stalno sprašujemo, pišemo in govorimo o njej, jo analiziramo in jo na ta način poskušamo razumeti in definirati (Foucault v Padgug 2007).

V zvezi s seksualnostjo posamezni socialni konstruktivisti in postmodernisti izhajajo iz obstoječih feminističnih predpostavk in prepričanj Michela Foucaulta (Sanderson 2003).

Po Foucaultu (v Sanderson 2003; Foucault 2010) so družbe tiste, ki ustvarjajo sisteme seksualnih vedenj, vrednot ter praks in tvorijo prevladujoče seksualne režime, prepletene s političnimi elementi. Seksualnost je torej družbeni konstrukt, katerega pomen je odvisen od prevladujočega seksualnega diskurza v družbi. Ta na splošno predstavlja način razmišljanja o seksualnosti in z njo povezanimi vedenji in praksami ter določa normative seksualnosti (Foucault v Sanderson 2003; Foucault 2010). Spremenljivost seksualnega diskurza je pogojena s časovno-prostorskim kontekstom kot tudi razmerji med nosilci moči, skladno s katerimi se spreminja pomen seksualnosti ter seksualnih izkušenj, vedenj in praks (Tiefer 2004; Kamin 2006; Foucault 2010).

Jeffrey Weeks (2010) izpostavlja vlogo družbenega konteksta kot glavnega dejavnika pri konstrukciji seksualnosti, ki svoj pomen dobiva skozi kompleksne družbene prakse, ki osmišljujejo človekovo delovanje in so vir številnih definicij ter samo-definicij. So tudi nosilke bojev med nosilci moči na način, kdo je tisti, ki bo postavljал definicije ter kdo jim bo nasprotoval. Iz takšnega razumevanja je mogoče sklepati, da seksualnost ni nekaj, kar je dano samo po sebi oz. v celoti determinirano samo z biološkimi danostmi, temveč sta njen pomen in razumevanje rezultat pogajanj med različnimi nosilci moči, ki usmerjajo širše človekovo delovanje (Weeks 2010).

Kot konstitutivni element pri konstrukciji seksualnosti John Gagnon (1990) izpostavlja kulturo, ker deluje kot mehanizem, s katerim se posamezna vedenja ter odnosi definirajo in reproducirajo kot seksualni. Le-teh se pripadniki družbe naučijo preko t.i. scenarijev, ki so vnaprej določeni. Tako obstajajo tri vrste scenarijev, in sicer kulturni, medosebni in duševni. So neke vrste vodila za človekovo vedenje ter puščajo relativno malo prostora za spontanost oz. če že, zajemajo scenarije tudi za to. Scenariji vsebujejo definicije posameznih elementov, situacij, vedenj, s katerimi so določeni kot seksualni ali pa neseksualni. Brez takšnih poimenovanj ni nobeno vedenje ali situacija dojeta kot seksualna (Gagnon in Simon 2004; Laumann in Gagnon 2010).

Pomen teorije o seksualnih scenarijih se nanaša na to, kako posamezniki preko vseživljenjskega procesa akulturacije stalno ponotranjajo vzorce in norme seksualnega vedenja, zaželenih znotraj njihove kulture. Po tej teoriji posamezniki niso popolnoma pasivni akterji, ki zgolj sprejemajo te informacije, ampak so reflektivni posamezniki, ki sčasoma prilagodijo scenarije svojim željam in potrebam (Gagnon 1990; Laumann in Gagnon 2010).

Analiza s pomočjo socialno-konstruktivistične perspektive kaže na to, da seksualnost kljub biološkim predispozicijam ni univerzalni fenomen, ampak se razlikuje glede na družbeno-kulturni prostor ter zgodovinsko-časovni kontekst (Gagnon 1990). Tako si je težko predstavljati, da bi pripadniki neke druge družbe razumeli seksualnost kot jo razumejo postmoderne zahodne družbe, tj. kot individualiziran, s spolom pogojen nagon, pomemben del človekove osebnosti, njegovih intimnih razmerij ter neodvisen od reproduktivne funkcije (Tiefer 2004, 17).

V postmodernih družbah zahodnega sveta je posameznik podvržen pritisku doseganja družbenih pričakovanj in veljavnih normativov, zato konstantno analizira in razlaga svoje občutke, dejanja ter odnose do različnih stvari in tudi odnos do seksualnosti ni nobena izjema (Foucault v Tiefer 2004; Plante 2006).

2.3 Družbena konstrukcija moškosti

Kulturno razumevanje spola v zahodnih družbah, tako moškega kot ženskega, je odvisno od kulturno-fizičnega občutka spola. Karakteristike kot so otip kože, določeni gibi, mišična struktura, seksualna kompetenca je nekaj indikatorjev za določanje moškosti. Po drugi strani moškost sama po sebi nima pomena, temveč ga pridobi v relaciji s kategorijo ženskosti (in obratno). Pojma moškosti in ženskosti se konstituirata v medsebojni odnosnosti in ravno ta je skupaj z njenim zgodovinskim kontekstom predmet preučevanja prav zaradi njene temeljne vloge pri kulturnem oblikovanju moškosti in ženskosti (Connell 2012). Na ta način preučujejo moškost tudi semiotični pristopi, ki jo definirajo kot neženskost, natančneje kot »nezaznamovan pojem, prostor simbolne moči. Falus je glavni označevalec, ženskost pa simbolno opredeljuje pomanjkanje« (Connell 2012, 111).

Pri pojmovanju moškosti so pomembni tudi odnosi med moškimi, ker vplivajo na konstruiranje različnih vrst moškosti, ki med sabo niso enakovredne (Connell 2012).

Moškost, kot jo po SSKJ opisuje Milica Antić Gaber (2012, 359), je lastnost moškega, za katero ne obstaja splošna definicija. Vzrok je v kulturni specifičnosti konstruiranja spolov in pripadajočih vlogah, ki se razlikujejo od družbeno-kulturnega konteksta, s časom in prostorom (Connell 2012). Obenem ne moremo govoriti zgolj o eni moškosti, prej večih, ki nastajajo znotraj raznolikih družbeno-kulturnih kontekstov na podlagi številnih dejavnikov (rasa, razred, starost, spolna usmerjenost itd.), zaradi česar so hkrati podvržene tudi spremenljivosti (Connell in Messerschmidt 2005; Antić Gaber 2012). Med seboj se

razlikujejo po družbeni zaželenosti, vrednotenosti in sprejetosti. Najpogostejše oblike moškosti so bela, aristokratska, črnska, delavska, gejevska, metroseksualna, ki lahko sočasno obstajajo znotraj enega prostora, vsaka z določeno težnjo po prevladi. Tista oblika, ki dominira v nekem momentu in predstavlja družbeno najbolj zaželeno moškost, je poimenovana kot hegemonna moškost (Antić Gaber 2012).

2.3.1 Hegemonna moškost

Povod za oblikovanje pojma so bile:

- v 80-ih letih izvedene raziskave družbenih neenakosti v avstralskih srednjih šolah, ki so pokazale večkratno hierarhijo moškosti, in sicer znotraj spola ter razredne pripadnosti (Connell v Connell in Messerschmidt 2005; Kessler v Connell in Messerschmidt 2005);
- konceptualne razprave o moškosti in fizičnih doživljanjih te (Connell v Connell in Messerschmidt 2005);
- razprave, nanašajoče se na vlogo avstralskih moških v procesu delavske politike (Connell v Connell in Messerschmidt 2005);
- Gramschijeva analiza razrednih odnosov, iz katere je izpeljan koncept hegemonije. Pri tem je izpostavil kulturno dinamiko kot sredstvo, ki posamezni skupini omogoča prevzem in dominanco v družbenem življenju (Connell in Messerschmidt 2005; Connell 2012).

Na osnovi teh dejavnikov so v tistem obdobju številni avtorji ovrgli obstoječe definicije moške spolne vloge in predstavili novo formulacijo moškosti kot pluralnega pojma, ki se navezuje na moč. Sčasoma je model postal pomemben del sociološke teorije spolov (Connell in Messerschmidt 2005).

Hegemonna moškost, formirana okrog konceptov avtoritete, fizične moči, heteroseksualnosti ter plačanega dela, uteleša sklop spolnih praks, ki legitimirajo obstoječo patriarhalnost in s tem dominanco moških v nekem družbenem okolju (Connell 2012, 119). Hegemonna moškost predstavlja moškost, ki je v nekem trenutku vodilna v družbenem življenju. Lahko bi se reklo, da je »idealna podoba moškega v danem trenutku in prostoru« (Thomson 2006, 262). V modernih zahodnih družbah, konkretnije v angleško govorečih državah, to pozicijo zavzema bela, heteroseksualna moškost srednjega razreda (Thomson 2006). Wetherell and Edley (v

Connell in Messerschmidt 2005, 841) sta hegemono moškost razumela kot diskurzivne prakse, ki omogočajo moškim pozicioniranje samih sebe. Tako lahko moški v določenem trenutku prevzamejo vlogo hegemonne moškosti, kar se zgodi v primeru, ko jim ta vloga prinaša ugodnosti, ko pa jih nimajo, se lahko povsem distancirajo od nje.

Nanašajoč se na kulturno dominacijo moških, ne gre samo za prevlado nad ženskami, temveč tudi nad moškimi. V zahodnih družbah je eden izmed vidnejših primerov takega razmerja hierarhija med heteroseksualno in homoseksualno moškostjo, kjer je slednja podrejena prvi (Antić Gaber 2012; Connell 2012). Za hegemono moškostjo ne stojijo vedno najvplivnejši moški, to so moški z institucionalno močjo, ampak tudi filmski igralci, športniki, glasbeniki itd. Vzpostavitev hegemonije je možna le v primeru ujemanja obstoječih kulturnih idealov in institucionalne moči (Connell 2012).

Zaradi kulturne, prostorske in časovne specifičnosti moškosti se pod določenimi pogoji in okoliščinami hegemonna moškost spreminja. Dokaz za to so »modernejše« oblike moškosti, ki naj bi predstavljale manj »zatrinalne« oblike in so začele izpodrivati tradicionalne moškosti (Connell in Messerschmidt 2005; Connell 2012).

Poleg hegemonne in podrejene moškosti sta vidnejši še soudeležena in marginalizirana. Pri prvi moški koristijo ugodnosti obstoječega patriarhata, a se ne »bojujejo« aktivno za ohranjanje tega. Druga pa je predvsem posledica odnosov med moškostmi različnih razredov in etničnih skupin (Connell in Messerschmidt 2005; Connell 2012). Connellova (2012, 124) izpostavi, da navedene kategorije moškosti ne sovpadajo z značajskimi lastnostmi moških, ampak predstavljajo utelešene prakse znotraj specifičnih okoliščin in odnosov.

2.3.2 Kritike koncepta moškosti

Skozi čas in številne obravnave je koncept moškosti postal tarča številnih kritik, ki med drugim izpostavljajo nejasnost samega koncepta moškosti, statičnost tipologije zaradi koncepta pluralnosti moškosti ter vpetost v heteronormativne okvirje. Kljub protiargumentom so številne raziskave izvedene v različnih državah, družbeno-kulturnih kontekstih in institucijah potrdile obstoj pluralnosti in hierarhičnost moškosti (Connell in Messerschmidt 2005). Določene moškosti imajo dejansko več družbene moči in avtoritete v primerjavi z drugimi, zaradi česar se slednje nahajajo v podrejenem položaju. Raziskave so tudi pokazale, da hierarhija moškosti predstavlja obliko hegemonije in ne vrsto dominacije, ki izhaja iz moči. Hegemonna moškost tudi ni najpogostejša oblika moškosti, ki jo moški zavzamejo, ker se ta

reproducira skozi vzorce moškosti, ki so na vsakdanji ravni težko dosegljivi za moške. Za temi vzorci po navadi stojijo profesionalni športniki, igralci itd., ki niso reprezentativni za splošno populacijo moških (Connell in Messerschmidt 2005; Antić Gaber 2012).

V zadnjih nekaj desetletjih je skozi prakse množične kulture šport postal kontekst, ki pomembno vpliva na oblikovanje moškosti. Znotraj njegove institucionalne organizacije se izrazito odražajo uveljavljena družbena razmerja, kot so tekmovalnost, hierarhija med moškimi, izključenost oz. podrejenost žensk (Connell 2012, 92). Posledično je na svoj način večja uspešnost moških pri športu postala vir argumentov proti feminizmu, kar na simbolični ravni opravičuje dominanco moških ter njihove pravice. Telesno funkcioniranje pa je postalo polje, kjer se konstituirajo in simbolizirajo družbeni odnosi (Connell 2012).

Federico Boni (2002) je v svoji analizi medijskih reprezentacij moškosti v italijanskem *Men's Healthu* iz leta 2000 ugotovil, da se vsebine člankov o moškosti, ki jih je obravnaval, nanašajo na hegemono in heteroseksualno moškost, ki ni homoseksualna in je nasprotna ženskosti. Takšne vrste reprezentacij moškosti krepijo obstoječe normative, kot je hegemonna moškost, njen dominanten položaj ter podrejenost žensk (Boni 2002; Connell 2012).

2.4 Moška seksualnost v prevladujoči seksualni kulturi

Mnogi avtorji, ki so preučevali moškost, so že konec 20. stoletja izpostavili, da sta moško telo in moškost neločljivo povezana (Loe 2006). Tako je v zahodni kulturni konstrukciji moškosti in normativov moške seksualnosti koncept moškosti tesno vezan na telo, identiteto in seksualno moč, zato posameznik ob seksualni nekompetenci čuti, da je izgubil del te (Loe 2001; Bourdieu 2010). Moškost je potemtakem konstituirana s telesom in njegovim funkcioniranjem, zato v primeru nepravilnega funkcioniranja penisa, ki ima tudi velik kulturni in simbolni pomen, postane ogrožena in ranljiva (Zilbergeld v Rosen 1996; Connell 2012). S pomočjo metafore mehanske funkcionalnosti je moško telo obravnavano kot stroj, ki v okviru normalnosti brezhibno funkcionira (Kleinplatz 2004; Grace in drugi 2006). Posledično je tudi moška seksualnost določena z mehansko funkcionalnostjo – s pravilnim funkcioniranjem penisa (Engel in drugi v Tiefer 1996; Loe 2001; 2006). To je jasen primer, ko metafora mehanskega funkcioniranja oz. stroja prevladuje do te mere, da je način razumevanja in interpretiranja moškosti, moške seksualnosti v celoti usmerjen s strani te (Connell 2012, 84).

2.4.1 Diskurz moškega seksualnega nagona

V trenutno prevladujoči seksualni kulturi se prepletajo številni diskurzi in normativi tradicionalne ter poznomoderne permissivne seksualne kulture. Medtem ko tradicionalna seksualna kultura izpostavlja pomen koitusa (odnos penis – vagina), reproduktivno funkcijo in temelji na neenakopravnosti spolnih razmerij, permissivna seksualna kultura izhaja iz orgazmičnega imperativa ter permissivnega in psevdorecipročnega diskurza, ki uveljavlja bolj enakopravna načela v spolnih razmerjih (Jackson 1984; Švab 2010). Kljub temu, da je permissivna seksualna kultura prevladujoča v poznomodernih družbah, je diskurz moškega seksualnega nagona, ki izhaja iz tradicije tradicionalne seksualne kulture, še vedno močno prisoten v zahodnih družbah (Švab 2010). Delno zaradi dejstva, ker iz registra tradicionalne seksualne kulture izhaja medikalizacija moške seksualnosti, za katero je Viagra najvidnejši primer (Jackson 1984; Tiefer 2004).

Znotraj okvirja tradicionalne seksualne kulture je seksualnost razumljena kot biološki fenomen, katere osnovni namen je reprodukcija in znotraj katerega je bila zgrajena podoba moškega modela seksualnosti, ki predstavlja merilo za razumevanje seksualnosti na splošno (Jackson 1984). Diskurz moškega seksualnega nagona je utemeljen na premisi, da moškega vodi prirojen seksualni nagon, na katerega kulturni kontekst ne vpliva. Ravno zaradi tega nagona naj bi bili moški stalno pripravljeni na spolno občevanje (Jackson 1984; Gavey v Grace in drugi 2006). Diskurz je podprt z argumenti o naravnosti, ki izpostavljajo samoumevnost biološke predispozicije seksualnega nagona oz. njegovo univerzalnost (Tiefer v Gavey in drugi 1999). Ta pogled vodi do širše predpostavke o pogojenosti koitusa ter orgazma pri moških in tako predstavlja normalno seksualno vedenje v heteroseksualnih odnosih (Jackson 1984; Tiefer v Gavey in drugi 1999).

Z obstojem normativov za posamezno vedenje se pojavita tudi nadzor in samonadzor, kar velja tudi za seksualno vedenje. Posamezniki v določenih primerih uporabljajo seksualne odnose kot sredstvo za ohranjanje nadzora nad sabo in (si) na tak način dokazujejo, da njihovo vedenje sovпада z obstoječimi normativi, ki določajo normalnost (Gavey in drugi 1999).

Normativi moške seksualnosti in s tem moškosti, so v zahodnih družbah določeni s hitrostjo, učinkovitostjo in dosegom erekcije (Grosz v Potts 2000). Različna področja, od medicine, seksologije, psihiatrije do popularne kulture so diskurzivna polja, skozi katera se ti normativi stalno (re)producirajo (Potts 2000).

3 RAZVOJ SEKSOLOGIJE

V času pred 18. stoletjem se je izraz seksualno uporabljal samo v navezavi s spolom, tako biološkim kot družbenim. V kontekstu reproduciranja se je začel uporabljati naprej na področju botanike, šele nato človeške reprodukcije. V drugi polovici 19. stoletja in v 20. stoletju se je izraz seksualno oz. seks že močno utrdil kot izraz za obliko intimnega odnosa med moškim in žensko (Schultheiss in Glina 2010).

Z uporabo izraza v strokovnih publikacijah in posledično »popularizacijo« tematike, se je področje začelo preučevati z vidika interdisciplinarnosti. K modernemu razumevanju seksologije pa je tudi v veliki meri prispeval preobrat od klinične seksologije k seksološki medicini (Schultheiss in Glina 2010, 2032).

3.1 Obdobje predseksološke vede

V času viktorijanskega obdobja je bil govor o seksualnosti prepleten z zanikanjem seksualnih nagonov, kar je zaznamovalo življenje v Evropi in Ameriki v tem obdobju. Kljub temu so posamezni avtorji predstavili nove poglede na seksualnost, ki so zaznamovali še naslednje stoletje (Schultheiss in Glina 2010; Erić 2011).

Moralni kodeks, ki je obstajal v tistem obdobju, je vplival na vsa področja družbe, tudi odnosi med zdravniki in pacienti niso bili izvzeti. Komunikacija med njimi je bila zaradi tega omejena na uporabo evfemizmov za posamezne dele telesa. Zaradi kodeksa so se včasih razvili zadržki s strani žensk in tako v določenih situacijah onemogočali njihov fizični pregled (Erić 2011).

Javni govor o seksualnosti je na prehodu iz 18. v 19. stoletje zaradi »bolezni živčevja« začela splošna medicina (Foucault 2010, 33), ga nadaljevala psihiatrija s tem, ko je prevzela nadzor nad seksualnostjo, predvsem področje seksualnih »sprijenosti«, ter nato še kazensko pravo v sklopu obravnav posameznih seksualnih vedenj kot dejanj proti naravi. Kljub začetnim javnim govorom in raziskovanjem seksualnosti, seksologija ni bila ločena veda, obstajala je znotraj naštetih ved (Foucault 2010; Erić 2011).

Konec 19. stoletja so se razvili mehanizmi družbenega nadzora, ki so bili usmerjeni v raziskovanje seksualnih patologij in poudarjanje varne spolnosti, diagnosticiranju posameznih seksualnih deviacij ter urejanjem zdravljenj teh z namenom filtriranja in reguliranja seksualnosti prebivalstva. Oblast je spodbujala k javnemu govorjenju o seksualnosti, ki je

temeljilo na ustvarjanju straha in tako predstavljalo uspešno sredstvo nadzora nad populacijo (Foucault 2010; Erić 2011). Po Foucaultu (2010, 35) so zahodne družbe v zelo kratkem času seksualnost oz. govor o njej postavile v ospredje in tako posamezniku naložile odgovornost konstantnega izpraševanja ter opazovanja. Posamezna področja (ekonomija, medicina, pedagogika, pravo) so s svojimi mehanizmi urejala govor o seksualnosti, in ga še vedno, ter ga tudi institucionalizirala. Kot pravi Foucault, pri tem ne gre samo za eno vrsto govora, ampak niz govorov, ki so nastali zaradi delovanja številnih aparatov znotraj specifičnih institucij (Foucault 2010).

Temelje sodobni seksualni medicini je v 19. stoletju postavil italijanski profesor patologije in antropologije, Paolo Mantegazza. Za opise seksualnosti ter seksualnih odnosov je uporabljal izraz ljubezen in obenem zavzemal stališče, da namen seksualnih odnosov ni samo reprodukcija, ampak tudi užitek. Velik pomen je pripisal psihološkemu vidiku seksualne izkušnje in ne samo fizičnemu (Moruno 2010; Schultheiss in Glina 2010).

Zelo pomembno ime tega časa je tudi Richard von Krafft-Ebing, avstrijski psihiater in profesor. Bil je prvi, ki je v knjigi *Psychopathia Sexualis* (1886) točno klasificiral in opisal seksualne motnje. Njegovi opisi so bili zelo naturalistični, meja med deviantnim ter normalnim seksualnim vedenjem se je zaradi njegovega dela poglobila. Verjel je v dednost bolezni, zaradi česar po njegovem zdravljenju skoraj ni bilo mogoče. Njegove trditve o seksualnih motnjah in perverzijah so ovržene, je pa s svojimi precej radikalnimi opisi izstopal iz takratnih vzorcev mišljenja, med drugim tudi zaradi prepričanja, da je seksualne motnje potrebno zdraviti z medicinsko pomočjo (Erić 2011, 45).

3.2 Seksologija 20. stoletja

V 20. stoletju je seksologija pridobila na vrednosti kot samostojna znanstvena veda. Seksualnost ni bila več preučevana samo znotraj okvirjev biološke determiniranosti, temveč iz širše perspektive, tudi iz psihološke in etnološke (Erić 2011).

V tem obdobju so delovali Havelock Ellis, Sigmund Freud, Alfred Kinsey in vsak po svoje zaznamovali področje seksologije (Erić 2011).

Havelock Ellis, po poklicu zdravnik, se je ukvarjal s preučevanjem človeškega seksualnega vedenja s psihološkega vidika. Predvsem se je loteval tem, ki so v 19. kot tudi 20. stoletju veljale za tabu. Brez zadržkov je analiziral teme homoseksualnosti, masturbacije, seksualnih deviacij (Erić 2011; Encyclopaedia Britannica, Inc. 2015a). Podobno kot Kraft-Ebbing je

zagovarjal stališče, da so seksualne motnje v večini primerov podedovane (Erić 2011, 48). Poleg tega je izpostavil vpliv družbeno-kulturnega konteksta na seksualno vedenje, ker so posamezni seksualni simboli, ki so takrat veljali za perverzne, bili nekoč objekt čaščenja. Trudil se je za odprt odnos do preučevanja seksualnosti in seksualnih motenj. Bil je tudi eden izmed prvih zagovornikov pravic žensk, ki je poudaril pomen izobraževanja na področju seksualnosti (Erić 2011; Encyclopaedia Britannica, Inc. 2015a).

Sigmund Freud, pionir psihoanalize, si je prizadeval za razkritje seksualnosti v svojem bistvu, brez olepševanj in pri tem izhajal iz nezavednega. Spraševal se je o pomenu nezavednega, psihoseksualnem razvoju in sovpadajočih psihičnih procesih, Ojdipovem kompleksu, vlogi seksualnosti v psihičnem delu življenja ljudi itd. Poudarjal je vlogo seksualnih nagonov kot osnovnih dejavnikov, ki usmerjajo posameznikovo delovanje. V skladu s to predpostavko posameznik tako že od otroštva naprej teži h krepitvi telesnih užitkov (Erić 2011; Thornton 2015).

Razlikoval je moško in žensko seksualnost ter pri izražanju te ločeval biološke in psihološke dejavnike (Erić 2011, 49). Vsa svoja spoznanja je dosledno nadgrajeval zaradi kritičnosti do lastnih spoznanj. To mu je omogočilo postavitev teorije, iz katere je lahko razvil principe in metode za zdravljenje različnih psihičnih in seksualnih motenj. Zagotovo drži, da ima njegovo delo še danes izredno velik pomen, čeprav so bile nekatere njegove ugotovitve popravljene ali v celoti ovržene. (Erić 2011).

Alfred Kinsey je posvetil svoje delo raziskovanju človeškega seksualnega vedenja in prišel do zanimivih dognanj. Bil je prvi, ki je pri zbiranju podatkov v zvezi s seksualnim vedenjem uporabil kvantitativno metodo, in sicer anketni vprašalnik. Na ta način je pridobil empirične podatke, ki so podrli obstoječe seksualne mite. Raziskava je sicer vključevala le bele, mlade Američane, a so rezultati vseeno pokazali neko splošno sliko seksualnega vedenja Američanov v 20. stoletju. Pokrite so bile tematike zunajzakonskega seksa, homoseksualnosti in biseksualnosti, prostitucije, oralnega seksa, masturbacije, primerjava seksualnega vedenja ljudi iz različnih družbenih in verskih okolij. V malem deležu so bili zajeti tudi moški z erektilno disfunkcijo. Pridobljene ugotovitve imajo še danes veliko vrednost in pomen na področju seksologije, kljub temu da je bilo Kinseyjevo delo velikokrat tarča kritik (Erić 2011; Public Broadcasting Service 2015).

3.3 Sodobna seksologija

Po koncu 2. svetovne vojne je prišlo do razmaha medicinske seksologije, katere fokus raziskovanja je bil poleg normalnega seksualnega vedenja usmerjen tudi na seksualne patologije, seksualne motnje ter razvoj metod za zdravljenje teh. Sočasno se je zaradi naraščanja človekovih pravic in svoboščin v zahodnih družbah spremenil odnos do seksualnosti. Z iznajdbo kontracepcijske tabletko so ženske končno lahko začele uživati v brezskrbnem seksualnem življenju, to pa je predstavljalo tudi seksualno osvoboditev za moške. Začeli so se oblikovati novi vzorci seksualnega vedenja, ki so izpostavili pomen spolnosti kot pomembnega dela vsakdanjega življenja starejših, mladostnikov, hendikepiranih ter ljudi s psihičnimi težavami in ne samo mladih odraslih (Erić 2011).

V zvezi s seksualnostjo in seksualnimi problemi ni bilo več zadržkov, zato se je vse več posameznikov obrnilo po pomoč k strokovnjakom. Ti so znotraj svoje stroke razvili različne metode za zdravljenje, od vedenjske, seksualne ter psihoseksualne terapije, da bi natančneje razložili vzroke nastalih težav. Slednje je bila tudi ena izmed vedno bolj izrazitih nalog strokovnjakov, odgovoriti na čim več vprašanj bolnikov. Medicinska seksologija je ob podpori uspešnih diagnostičnih postopkov doživela hiter napredek, osnovanih na vedno naprednejši tehnologiji (Erić 2011). S pomočjo teh so rezultati znanstvenih raziskovanj pokazali, da je razmerje fiziološko-psihičnih vzrokov za nastanek seksualnih motenj 70% : 30% (Schoenberg in Segraves v Erić 2011, 54). Tako je bilo ovrženo prej veljavno prepričanje o prevladi psihičnih dejavnikov nad fiziološkimi kot vzrokom seksualnih motenj (Erić 2011).

Številne medicinske veje (urologija, endokrinologija, nevrologija, klinična farmakologija) so se sčasoma povezale in začele iskati učinkovite metode diagnosticiranja in zdravljenja motenj (Erić 2011).

Preobrat v diagnosticiranju vzrokov seksualnih motenj in povezovanje različnih strok predstavlja začetke medikalizacije seksualnih motenj, kot jo poznamo danes.

3.3.1 Cikel človekovega seksualnega odzivanja po Williamu Mastersu in Virginii Johnson

William Masters in Virginia Johnson sta bili osebnosti, ki sta s svojim delom iz leta 1966, *Cikel človeškega seksualnega odzivanja*, pretresla temelje takratne seksualne znanosti. Delo je

rezultat večletnih laboratorijskih raziskovanj ob pomoči meritvene tehnologije (Schultheiss in Glina 2010).

Masters, ki je opravljal delo ginekologa, je menil, da mu pomanjkanje strokovnega znanja onemogoča podrobnejše razumevanje težav pacientov, kar je bil glavni razlog za izvedbo laboratorijske raziskave fizioloških reakcij seksualnega odzivanja (pri masturbaciji in koitusu). Pri tem se mu je pridružila Johnsonova, takrat študentka sociologije. V sklopu večletnega raziskovanja sta intervjuvala skupaj 694 prostovoljcev (312 moških, 382 žensk), študijo pa zaključila z univerzalnim ciklom človekovega seksualnega odzivanja kot medicinskim standardom za določanje seksualnih motenj (Irvine in Tiefer v Bancroft 2002; Masters in Johnson v Tiefer 2004; Schultheiss in Glina 2010; Erić 2011). Na osnovi pridobljenih rezultatov sta prišla do ugotovitve, da cikel sestavljajo 4 ločene faze – vznemirjenje, plato, orgazem ter sprostitvena faza, za vsako pa so značilni specifični fiziološki vidiki seksualnega odziva. Prispevka cikla ponuja sklep, da sta Masters in Johnsonova videla seksualni odziv kot zaporedje ponavljajočih se seksualnih dogodkov. Cikel seksualnega odzivanja je aplikativen za vso populacijo z manjšimi možnimi prilagoditvami, vendar ob ohranitvi vseh faz (Tiefer 2004; Erić 2011).

Postavitev cikla kot ponavljajočega se niza faz je nasprotujoče prej obstoječemu prepričanju o seksualnem odzivu kot nepretrganemu procesu. Leonore Tiefer, ameriška klinična psihologinja in terapevtka (1996, 8) meni, da je »cikel človeškega seksualnega odzivanja odlično zapolnil družbeno in strokovno potrebo po telesni, biološki in univerzalni seksualnosti«. Postal je tudi osnova za novo klasifikacijo seksualnih disfunkcij v *Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih bolezni* (v nadaljevanju DSM), ki še danes velja za referenčni okvir Ameriškega psihiatričnega združenja (v orig. American Psychiatric Association) za določanje seksualnih disfunkcij (Tiefer 1996; Erić 2011).

V okviru svoje študije sta Masters in Johnsonova kot povod seksualnih disfunkcij določila strah, ki nastane kot posledica neskladja med fiziološkimi ter psihičnimi funkcijami. Le-te so bile predmet preučevanja v njuni naslednji knjigi *Človekova seksualna neustreznost* (1970), s katero sta načrtovale teoretski načrt zdravljenja seksualnih disfunkcij ter pomembno vplivala na razvoj nadaljnjih terapevtskih postopkov. Sama sta za namen zdravljenja disfunkcij uvedla t.i. seksualno terapijo (Erić 2011).

Njuno delo je na svoj način nadaljevala Helen Singer Kaplan, ki je izpostavila seksualno željo kot pomemben aspekt v ciklu seksualnega odzivanja. S tem je sooblikovala medicinsko klasifikacijo seksualnih disfunkcij v DSM-ju. Na psihoanalitični ravni je definirala strah kot

vzrok seksualnih disfunkcij, postavila pa je tudi temelje sodobni psihoseksualni terapiji, ki je v uporabi po celem svetu (Erić v Erić 2011).

3.3.2 Kritike cikla človekovega seksualnega odzivanja

Na osnovi analize dela Mastersa in Johnsonove je mogoče sklepati, da sta predpostavljala obstoj cikla seksualnega odzivanja še pred izvedbo same raziskave in tako s selektivnim izborom raziskovalnih metod ter prostovoljcev, nadzorovanjem in usmerjanjem njihovih teles, usmerjala potek raziskave. Udeleženci so imeli pred začetkom nekakšen uvajalni program, s katerim so pridobili samozavest za izvedbo seksualnih aktivnostih ob navzočnosti merske tehnologije (snemalne naprave) (Masters in Johnson v Tiefer 2004; Tiefer 2004). Njuno merilo uspešnega seksualnega odnosa je predstavljal orgazem, kar sta pojasnila tudi prostovoljcem, s čimer sta brisala objektivnost raziskovalcev. Njune vloge so se tekom raziskave menjale, ker sta v situacijah, ko je prišlo do težav pri seksualnih aktivnostih prostovoljcev, prevzela vlogo seksualnih terapevtov (Masters in Johnson v Tiefer 2004; Tiefer 2004).

Pogoji za izbiro prostovoljcev so bili definirani tako, da so bili njihovi seksualni odzivi oz. fiziološke reakcije v skladu z zastavljenimi cilji raziskave. Poleg tega so bile potrebne izkušnje z masturbacijo, pri ženskah še zmožnost doživljanja orgazma med vaginalnim spolnim odnosom. Dejstvo, da sta zaradi nereprezentativnosti rezultatov iz raziskave izključila posameznike, ki pri masturbaciji ali koitusu niso vedno doživeli orgazma, težko govori v korist univerzalnosti cikla seksualnega odzivanja. In še eno dejstvo, ki veliko pove: ženske so v primerjavi z moškimi takrat znatno manj masturbirale ter pri tem doživele orgazem, še posebej poročene ne. Posploševanje na osnovi takšnih rezultatov ne predstavlja reprezentativne slike večinske populacije, predvsem pa ne orodja za medicinsko določanje normativov in odklonskosti na področju seksualnega odzivanja in s tem tudi seksualnih disfunkcij (Tiefer 1996; Irvine in Tiefer v Bancroft 2002; Tiefer 2004).

Upoštevala nista niti družbeno-ekonomskega ozadja, iz katerega so prihajali prostovoljci. Navkljub Kinseyjevim ugotovitvam, da ima le-to pomemben vpliv na posameznikovo percepcijo do seksualnosti in njegovo seksualno vedenje (odnos do masturbacije, spolnost pred poroko, spolni odnosi s prostitutkami, seksualni položaji itd.), sta ta dejavnik zanemarila (Tiefer 2004). Osredotočila sta se na višje izobražene posameznike srednjega razreda zaradi

večje pripravljenosti sodelovanja v raziskavi in učinkovitejši komunikaciji v zvezi z njihovimi seksualnimi odzivi (Masters in Johnson v Tiefer 2004).

Leonore Tiefer (2004, 51) vidi največji problem dela Mastersa in Johnsonove v dejstvu, da sta vseskozi izpostavljala pomen učinkovite seksualne stimulacije, nikjer točno pa nista pojasnila, kaj natančno to je. Med vrsticami je mogoče razbrati, da sta imela s tem v mislih stimulativen dražljaj, ki spodbudi odziv skladen s človekovim ciklom seksualnega odzivanja, ki se konča z orgazmom (Tiefer 2004).

Tarča kritik je tudi univerzalnost cikla zaradi enačenja moškega in ženskega seksualnega odziva. Posledica neupoštevanja razlik med spoloma v seksualnem odzivu vodi do enačenja seksualnih disfunkcij. Žensko doživljanje seksualnosti je drugačno od moške, tudi družbene norme v zvezi s seksualnim vedenjem se razlikujejo glede na spol. Številne raziskave, opravljene v kasnejšem časovnem obdobju na podlagi ženskih opisov so pokazale, da ženski seksualni odziv ne sovпада s fazami univerzalnega cikla. Zastavljeno zdravljenje ženskih seksualnih disfunkcij na osnovi cikla je tako neustrezno ter neučinkovito (Tiefer 2001; 2004).

Seksualni nagon, o katerem so govorili že Freud in drugi raziskovalci seksualnosti, ni del modela seksualnega odziva. S tem, ko ga Masters in Johnsonova nista vključila v eno izmed faz, sta cikel lahko definirala kot univerzalnega, kajti gre za dejavnik, ki je specifičen od posameznika do posameznika. Še najbolj se približata seksualnemu nagonu z opisom cikla seksualnega odzivanja kot vrojenega nagona za orgazem (Tiefer 2004, 43).

Sodobna diagnostična terminologija seksualnih disfunkcij v DSM-ju je izpeljana iz cikla seksualnega odzivanja Mastersa in Johnsonove. Prva faza je v DSM-ju drugačna, ker se začne s seksualno željo in ne s fazo vznburjenja. Je pa večina besedišča povzeta po Mastersu in Johnsonovi, ki konstruira telo kot stroj. Na podlagi tega je seksualnost definirana kot eden izmed procesov v stroju, seksualni problemi pa okvara v stroju (Soble v Tiefer 2004; Tiefer 2004). Težavo je mogoče najti oz. popraviti ob pomoči medicinske tehnologije. Masters in Johnsonova sta s svojim delom pomembno vplivala še na zdaj veljavno medicinsko obravnavo seksualnosti kot učinek pravilnega delovanja delov telesa (Tiefer 2004).

Iz navedenega je mogoče uvideti, kako pristransko je potekala raziskava, katere rezultat je univerzalen cikel človekovega seksualnega odzivanja. Problematično je, da iz tega izhaja sodobna diagnostika seksualnih problemov, ki je fokusirana na »objektivno« merjenje, zanemara pa pomembne subjektivne dejavnike (družbeno-kulturne, ekonomske, politične, partnerski odnos itd.) (Tiefer 2001).

3.4 Medicinska klasifikacija seksualnih disfunkcij

V ZDA je DSM glavno orodje za klasificiranje duševnih motenj. Uporabljajo ga delavci na področju medicine (npr. zdravniki, medicinske sestre, terapevti, svetovalci, socialni delavci, zavarovalnice) pa tudi raziskovalci na področjih biologije, psihodinamike, behaviorizma, kognitivnih ved. Struktura DSM-ja je tridelna, ker sestoji iz diagnostične klasifikacije, kriterijev ter opisov diagnoz (American Psychiatric Association 2015a).

Prva izdaja DSM-I seže v leto 1952 in predstavlja prvi primer priporočnika za duševne motnje s poudarkom na njegovi klinični uporabnosti. Ta izdaja je vključevala slovar z opisi diagnostičnih kategorij, na seznamu motenj pa še ni bilo navedenih seksualnih disfunkcij. V celotni izdaji je bila omenjena le ena težava v seksualnem funkcioniranju. V tem obdobju seksualne disfunkcije niso bile obravnavane kot samostojne motnje, temveč kot posledice psihičnih bolezni (Tiefer 2004; American Psychiatric Association 2015b).

Sledila sta razvoj in izdaja DSM-II (1968) in DSM-III, kateri je bil izdan leta 1980. V DSM-II so bili seksualni problemi del kategorije psihosomatskih bolezni. Omenjene so bolečina med spolnim odnosom ter impotenca, katerih vzroki so bili čustvene narave in se kažejo kot telesne motnje (Tiefer 2004; American Psychiatric Association 2015b).

DSM-III je vseboval metodološke novosti v obliki natančno oblikovanih kriterijev za diagnosticiranje. Leta 1987 je izšla popravljena verzija, ker so se v prejšnji pojavile številne nepravilnosti in neskladja. Zaradi sprememb v razumevanju psihičnih motenj in dajanju večjega pomena seksualnosti v vsakdanjem življenju, so se seksualne disfunkcije v DSM-III pojavile v večjem obsegu (Tiefer 2004; American Psychiatric Association 2015b).

Še nedolgo nazaj je bil v uporabi DSM-IV-TR iz leta 1994, 2013 pa je bila izdana zadnja verzija, tj. DSM-V. Seznam motenj v DSM-IV-TR je v primerjavi z DSM-III postal daljši, določene motnje so bile redefinirane, nekatere pa odstranjene iz klasifikacije. Vzrok leži v nadgrajenih kriterijih klasificiranja (American Psychiatric Association 2015b). Tudi v DSM-V je mogoče na seznamu najti nove motnje, spremembe so zgodile tudi pri načinu kodiranja (American Psychiatric Association 2014a). V trenutni izdaji se je termin »splošno medicinsko stanje« spremenil v »drugo bolezensko stanje«, ki se uporablja splošno za vse motnje (American Psychiatric Association 2014b).

Po DSM-IV-TR so seksualne disfunkcije, kot najpogostejša oblika seksualnih motenj v seksualnem funkcioniranju, tretirane kot motnje v eni ali več fazah cikla seksualnega odzivanja (Tiefer 2001; Erić 2011; American Psychiatric Association 2014b).

3.4.1 Faze seksualnega odzivanja po DSM-IV-TR

Faze, ki sestavljajo univerzalni cikel seksualnega odzivanja v DSM-IV-TR so:

- seksualna želja (pojav seksualnih fantazij in misli);
- vzburjenje (telo se z občutji seksualnega vzburjenja ter fiziološkimi spremembami pripravlja na spolni odnos);
- orgazem (vrhunec sprostitve fiziološke napetosti in ugodja);
- resolucija (občutek fizične sprostitve in zadovoljstva) (Encyclopedia of Mental Disorders 2015b).

3.4.2 Seksualne disfunkcije po DSM-IV-TR

Seksualne disfunkcije, izpeljane na podlagi cikla seksualnega odzivanja:

- motnje, ki se nanašajo na izgubo želje po spolnosti ter strah pred dotikanjem genitalij;
- motnje seksualnega vzburjenja (moška erektilna disfunkcija, ženska motnja seksualnega vzburjenja);
- motnje orgazma (ženska motnja orgazma, moška motnja orgazma ter težave s prezgodnjim izlivom);
- bolečina pri spolnem odnosu (vaginizem kot bolečina zaradi krčenja mišic v zunanjem predelu vagine, disparevnija je bolečina med spolnim odnosom tako pri moških kot ženskah) (Tiefer 2001; Encyclopedia of Mental Disorders 2015b).

3.4.3 Spremembe v klasifikaciji seksualnih disfunkcij v DSM-V

V DSM-V je viden korak naprej, ker je nakazano, da je ločevanje seksualnih odzivov med določenimi fazami, predvsem med seksualno željo ter vzburjanjem, včasih nemogoče. Spremembe so tudi pri umeščanju seksualnih disfunkcij, ker je na seznamu možno najti nove klasifikacije, ki se razlikujejo po spolu. Npr. vaginizem in disparevnija sta postali združeni v genitalno-medenične bolečine pri penetraciji. Ženska seksualna motnja in motnja vzburjenja sta postali ena motnja, tj. ženska motnja seksualnega zanimanja/vzburjenja (American Psychiatric Association 2014b).

Za ustrezno in učinkovito diagnosticiranje seksualnih disfunkcij (razen za tiste, ki so tipična posledica jemanja zdravil) je v skladu z DSM-V čas trajanja težave vsaj 6 mesecev, diagnosticiranje pa izvedeno pod točno določenimi kriteriji. Seksualne disfunkcije so najpogostejše obravnavane kot posledica kombinacije psihičnih in fizioloških dejavnikov. V DSM-V so kot možni nemedicinski vzroki navedeni partnerski odnos, posameznikova ranljivost, kulturni ali verski dejavniki (American Psychiatric Association 2014b).

Kljub spremembam v zvezi s posameznimi seksualnimi disfunkcijami, kot so pogojenost s spolom ter nemedicinski vzroki v DSM-V, so značilnosti generalne slike, ki jo dobimo o seksualnosti in z njo povezanih disfunkcijah, še vedno univerzalnost, biološki determinizem, mehanskost, usmerjenost v genitalije, heteroseksualni spolni odnos kot normativ (American Psychiatric Association 2014b). Tieferjeva (2004, 136) argumentira, da dejavniki, kot so komunikacija med partnerji, pomen posameznikovega čustvenega stanja, seksualna izkušnost, privlačnost do partnerja, proces staranja, posameznikova poučenost o seksualnosti, niso vključeni v medicinski model klasifikacije. Iz tega je možno izpeljati sklep, da je seksualnost po DSM-ju imuna na družbeno-ekonomski kontekst. Seksualni diskurz v DSM-ju postavlja na piedestal moško seksualnost, žensko podreja. Vzrok je ta, da je vsa seksualnost v priročniku definirana skozi moško izkušnjo, posledično pa je celoten cikel seksualnega odzivanja osnovan na le-tej. Na subtilen način odseva elemente patriarhalnosti, kar pa škoduje ženskemu »seksualnemu zdravju« (Tiefer 2004).

3.5 Medicinska opredelitev erektilne disfunkcije

Eretilna disfunkcija je po medicinski definiciji vrsta seksualne disfunkcije, kadar moški ne zmore doseči ali obdržati erekcije in mu to preprečuje uspešen seksualen odnos (Erić 2011; Encyclopedia of Mental Disorders 2015a). Po DSM-ju spada v skupino motenj seksualnega vznburjenja (Encyclopedia of Mental Disorders 2015b). Na osnovi podatkov naj bi imelo tovrstno težavo čez 150 milijonov moških po svetu, številka pa bo po predvidevanjih v prihodnjih letih znatno narasla. Vzorci pojavljanja erektilne disfunkcije se razlikujejo. Lahko se pojavi na začetku seksualnega življenja, v tem primeru gre za primarno disfunkcijo, ki se pojavi pri mladih ter zdravih moških. Sekundarna ali pridobljena disfunkcija se pojavi po tem, ko je moški že imel uspešne seksualne odnose (običajno pri starejših moških). Lahko je splošna ali pa situacijsko pogojena (samo z določenim partnerjem) (Erić 2011; Encyclopedia of Mental Disorders 2015a; Urologija 2015). Moški z erektilno disfunkcijo ima lahko težave z

erekcijo že na začetku seksualne aktivnosti, drugi imajo težave z njo, ko pride do koitusa. So pa primeri, ko imajo moški erekcijo samo pri masturbaciji, v drugih fazah seksualne aktivnosti pa ne (Encyclopedia of Mental Disorders 2015a).

3.5.1 Vzroki

Skozi čas so se menjali prevladujoči teoretski okviri, ki so oblikovali razmerje psihično-fizioloških vzrokov za pojav erektilne disfunkcije. Tako je v časovnem obdobju prevlade psiholoških teoretskih okvirov (do 80-ih let 20. stoletja) veljalo razumevanje, da je erektilna disfunkcija posledica psihičnih vzrokov, fizioloških pa v manjši meri. V trenutno veljavni biološko-medicinski perspektivi je vpliv fizioloških vzrokov krepko nad psihičnimi (razmerje 80% : 20%) oz. kot kombinacija obojih (Erić 2011; Encyclopedia of Mental Disorders 2015a; Urologija 2015). Med sekundarne psihične dejavnike, podrejene primarnim fiziološkim, so najpogostejši občutek krivde, strah pred neuspehom, nezadovoljstvo s partnerskim odnosom, stres, seksualne fobije itd. Ti v največji meri povzročajo težave z erekcijo pri mlajših moških (Erić 2011; Encyclopedia of Mental Disorders 2015a; Urologija 2015). Kljub dejstvu, da se pojavnost erektilne disfunkcije viša s starostjo, ni več obravnavana kot neizogiben del staranja (Encyclopedia of Mental Disorders 2015a).

Skozi razvoj sodobne medicine se je pokazal negativen vpliv bolezenskih stanj na pojavnost erektilne disfunkcije. Sladkorna bolezen kot endokrini vzrok je eden izmed najpogostejših krivcev za njen nastanek. Povzroča jo kar pri 30% – 70% sladkornih bolnikov. Lahko je tudi posledica nevroloških obolenj in poškodb (poškodbe možganov, hrbtenjače, Alzheimerjeva in Parkinsonova bolezen) ter žilnih bolezni (povišan krvni tlak, ateroskleroza). Različni operativni posegi, okvara ledvic in jeter, zloraba drog in alkohola, različna zdravila (nekateri antidepressivi in pomirjevala), kajenje, prekomerna teža, vse to so dejavniki, ki vplivajo na erektilno funkcionalnost (Erić 2011; Encyclopedia of Mental Disorders 2015a; Urologija 2015). Eretilna disfunkcija pa lahko nastopi tudi kot simptom za druge bolezni (povišan krvni tlak, srčno-žilne bolezni) (Encyclopedia of Mental Disorders 2015a).

3.5.2 Diagnosticiranje in zdravljenje

Diagnosticiranje erektilne disfunkcije se izvaja na osnovi kriterijev mednarodnega vprašalnika za oceno erekcije (IIEF5) ter po DSM-V (Erić 2011; Urologija 2015). Erić (2011, 262) poudarja, da postavljanje diagnoze na ta način ni problematično niti težavno. Težava nastane pri opredeljevanju oz. ločevanju med različnimi vrstami erektilnih disfunkcij. To je med tistimi, katerih glavni vzroki so psihične narave, od tistih, ki so posledica fizioloških obolenj. Na osnovi vzrokov pojavnosti je pomembno tudi ustrezno diagnosticiranje primerov občasnih erektilnih motenj pri seksualno uspešnih posameznikih (Erić 2011; Urologija 2015).

Zdravnik pri postavljanju diagnoze opravi klinični pregled, laboratorijske teste, pozoren je na vidnejše spremembe (npr. poraščenost, nivo krvnega tlaka), ki bi lahko nakazovale na vzročnost z erektilno disfunkcijo. Preveri, če pacient uživa zdravila, ki lahko vplivajo na erektilno funkcioniranje. Prav tako je pomembna pogostost seksualnih odnosov, njihova kvaliteta in tudi seksualna zgodovina, s pomočjo katerih se tudi ugotavlja pojavnost (še) drugih seksualnih motenj (Encyclopedia of Mental Disorders 2015a; Urologija 2015). Ko diagnostični proces pokaže, katere vrste so vzroki, se začne postopek zdravljenja. Ne glede na vzroke, je razumevajoč odnos pacientovega partnerja osnoven za uspešno zdravljenje in pa sprememba življenjskega stila (Urologija 2015).

Najpogostejši način zdravljenja erektilne disfunkcije fizioloških vzrokov predstavlja oralno zdravljenje. Gre za uporabo zaviralcev PDE-5, Viagra je najbolj tipičen in znan primer. Z njeno iznajdbo se je ta način zdravljenja zelo povečal. Zaviralci delujejo pozitivno na dušikov oksid, ki širi žile. Posledično se večja dotok krvi v penis, zaradi česar se pojavi erekcija. Vse to se mora zgoditi ob seksualnem vznburjenju in stimulaciji, ker zdravilo brez tega ni učinkovito (Erić 2011; Urologija 2015). Uporaba vakuumskih črpalk, vbrizgavanje vazoaktivne snovi v telo, operativni posegi so načini zdravljenja, ki se jih poslužuje v manjšem deležu primerov (Encyclopedia of Mental Disorders 2015a; Urologija 2015).

Pri posameznikih z erektilno disfunkcijo psihične narave zdravljenje poteka s pomočjo terapije. Gre za kombinacijo večih terapevtskih pristopov (od partnerske do psihoanalitične in vedenjsko-kognitivne psihoterapije, seksualne terapije, transakcijske analize). Najbolj univerzalna je psihoseksualna terapija, ker združuje vse terapije. Pri tem tipu težav erektilnega funkcioniranja je uporaba oralnega zdravljenja strogo določena in vedno ob prisotnosti psihoterapije (Erić 2011, 265). Eretilna disfunkcija, posledica kombinacije delovanja

fizioloških in psihičnih dejavnikov, se zdravi pri specialistih (urologi, nevrologi, endokrinologi) in psihiatru (Erić 2011, 266).

4 MEDIKALIZACIJA

Medikalizacija je družbeni proces, ki preoblikuje nemedicinske težave (npr. problematična vedenja, osebne razvade) v medicinske s pomočjo medicinske terminologije in intervencije (Conrad 1992). Korenine ima v 18. in 19. stoletju, vzporedno z vzponom medicine kot vede z družbenim in političnim pomenom (cf. Laqueur 1990). Tovrstna medikalizacija je sprva v 19. stoletju preko psihiatrije, kasneje tudi porodništva in ginekologije, zajela ženski spol, nato še moškega. V 20. stoletju se je »pridružila« farmacevtska industrija, ki v zadnjem času pridobiva vodilno vlogo v tem procesu (Nye 1999, 115; Foucault 2010).

Je intelektualni fenomen, ki vse intenzivneje prežema vse več področij našega življenja na osnovi specifičnih, tj. medicinskih načinov mišljenja, modelov, vrednot in delovanj institucij (Zola v Conrad 1992; Conrad in Schneider v Tiefer 1996). Pri tem je bistveno definiranje problemov z medicinskim jezikom znotraj obstoječega medicinskega modela, kajti šele takrat je zares mogoče vzpostaviti nadzor in ga ohranjati (Conrad 1992; Tivadar 1996). Za postavitev klinične diagnoze obstaja tehnični postopek, rezultat moderne znanosti, ki temelji na znanstveni in standardizirani razlagi. V to so zajete tudi izjave pacientov, s pomočjo katerih se določa poškodbe oz. nenormalnosti na telesu in njegovem funkcioniranju (Szasz 2013, 59).

Szasz (2013, 77) pojasnjuje, da so bolezni naraven pojav, medtem ko so diagnoze in njihovo postavljanje družbeni konstrukt, na čemer tudi temelji medikalizacija. Razlogi za diagnosticiranje so:

- znanstveni: določanje mest obolenj in bolezenskih stanj ter njihovih vzrokov;
- poklicni: večanje medicinske moči in vpliva, posledično tudi dobička;
- pravni: legitimiranje poseganja državne oblasti v vsakdanje življenje državljanov (poleg kriminalno pravosodnega sistema);
- politično-ekonomski: spodbujanje in upravičevanje dejavnosti, ki so usmerjene v promoviranje javnega zdravstva, pridobivanje financ za medicinsko raziskovanje in projekte;

- osebni: s postavitvijo diagnoze dobi posameznik v družbi status pacienta, ki mu prinaša obravnavo, skladno s tem statusom.

Kot je razvidno, ne gre samo za medicinski proces, temveč je potrebno upoštevati tudi družbeno-kulturno-zgodovinski kontekst, ki ima vpliv na spoznanja in dosežke medicinske znanosti in znotraj katerega je obravnavano človeško telo. Samo znanstveno dognanje pa je posledica medsebojnega vplivanja idej, pričakovanj, vrednot in načinov interpretacij podatkov določene znanstvene skupine ter opazovanega okolja (Conrad 1992; 2007; Tivadar 1996).

Eden izmed vidnejših učinkov medikalizacije je ustvarjanje novih motenj in bolezni, ki so klasificirane v DSM-ju (Tiefer 2001; Selling Sickness 2014). Z vsako novo izdajo vsebuje obsežnejši seznam (Spitzer v Moynihan in Cassels 2010). Med drugim se na njemu nahajajo sociofobija, motnja nočnega prehranjevanja, predmenstrualna disforična motnja, ki v osnovi ne predstavljajo resnih obolenj, temveč vsakodnevne tegobe (Goldacre 2011; Moynihan in Cassels 2010).

4.1 Ravni medikalizacije

Po Conradu (1992, 211) se medikalizacija odvija na treh ravneh, in sicer konceptualni, ki jo pogojujeta obstoj medicinskega besedišča in modela za postavljanje diagnoz, poseg zdravnikov ni nujen, prav tako tudi zdravljenje ne; na institucionalni ravni, kjer si lahko posamezna institucija, specializirana za določeno medicinsko področje, prisvoji obstoječi medicinski model za obravnavo danih problemov. V tem primeru so zdravniki vratarji, ki legitimno ustvarjajo koristi te institucije, katerih dnevno delo temelji na delovanju nemedicinskega osebja. Najbolj neposredno so zdravniki v proces medikalizacije vključeni na interakcijski ravni, kjer je odnos pacient – zdravnik ključen za izvajanje le-te. Zdravnik v sklopu te ravni uporablja medicinske definicije za diagnosticiranje problemov, tu postane tudi veliko socialnih problemov npr. političnega ali ekonomskega izvora preoblikovanih v medicinske probleme s pomočjo medicinskega diskurza (Conrad 1992; Moynihan in drugi 2002; Kamin 2006).

4.2 Medikalizacija ali biomedikalizacija?

Vedno več je znanstvenih razprav o relaciji medikalizacija – biomedikalizacija. Slednja naj bi predstavljala »preoblikovanje« medikalizacije v smeri optimizacije človeškega telesa in njegovega delovanja s pomočjo tehnološkega (Clarke in drugi 2010). Predpona »bio« nakazuje na transformacijo tako človeškega kot nečloveškega ob pomoči tehnoloških inovacij molekularne biologije, biotehnologij, genomizacije, presaditvene medicine in novih medicinskih tehnologij« (Clarke in drugi 2003, 162).

Pri biomedikalizaciji je poudarek na preventivni (o)krepitvi (psiho)fizičnega stanja posameznika z biomedicinskimi praksami (intervencije, postavljanje diagnoz, zdravljenje). Obenem so na osnovi tehnoloških inovacij preoblikovane tudi biomedicinske institucije, njihova organizacija, prakse, znanje in njihovo širjenje (Clarke in drugi 2010).

V vsakdanjem življenju je inkorporacija biomedicinskih praks pripeljala do vzpostavitve dualizmov normalno/nenormalno in zdravo/bolno, ki se nanašajo na človeško telo in njegovo funkcioniranje (Conrad 2007). Telo je postalo sredstvo, na katerem se ob podpori tehnoloških inovacij izvajajo biomedicinske prakse, ga spreminjajo, hkrati se ob tem spreminjajo tudi same (Mamo in Fishman 2001).

Conrad (2007, 133) meni, da ni prišlo do transformacije medikalizacije v biomedikalizacijo, ampak vidi spremembo kot preobrat sil, ki poganjajo medikalizacijo v zahodnih družbah. Po njegovem so te sile biotehnologija s farmacevtsko industrijo v ospredju, potrošniki in upravljana nega, ki so vse bolj vodene s strani finančnih interesov, kot pa profesionalnih.

Genska medicina je na področju biotehnologije vse naprednejša, vse bolj se vlaga vanjo zaradi naraščajočega števila bolezenskih stanj, za katere bi lahko z njeno pomočjo našli zdravila in druge oblike zdravljenj. Med drugim so raziskovanja te veje medicine usmerjena v iskanje medicinskih rešitev za plešavost in izpadanje las pri moških. Če bo dokazan genetski vzrok za nastanek težave, je samo vprašanje časa, kdaj bo razvito učinkovito zdravljenje, plešavost pa bo postala »motnja rasti las« (Conrad 2007, 137). Conrad (2007) omenja tudi potencial biomedicinskih genetskih ojačevalcev, kateri bi, če bi dejansko prišlo do njihovega razvoja, lahko vplivali na okrepitev telesnih značilnosti, kot so višina, barva, oblika telesa ali pa sluh, vid, moč in celo občutek za glasbo. Obstajajo finančne spodbude za biotehnološka podjetja, ki bi lahko omogočile razvoj posameznih ojačevalcev, kar bi pomenilo še več področij človekovega življenja pod vplivom biomedikalizacije. Tudi genetski testi, s katerimi je možno ugotoviti podvrženost posameznim boleznim (rak, alkoholizem itd.), so postali tržna

niša in oglaševani na enak način kot zdravila. Širijo meje medikalizacije vsakdanjega življenja, s tem pa ustvarjajo nov status potencialno bolnega posameznika (Conrad 2007).

Posamezniki so v spreminjajočem se sistemu zdravstvenih storitev in farmacevtskih produktov postali potrošniki, ki lahko sami izbirajo zdravljenja in na tak način sooblikujejo potek biomedikalizacije. Vloga interneta ni nezanemarljiva, kajti posamezniki lahko najdejo veliko informacij, od seznama simptomov in diagnoz do ustreznih načinov zdravljenj. Poučeni hodijo do zdravnikov in zahtevajo od njih primerna zdravljenja. Vloga zdravnikov postaja z večanjem vloge potrošnikov sekundarnega pomena (Nye 2003; Conrad 2007).

Upravljanje je specifičen sistem zdravstvenega zavarovanja v ZDA oz. je njegova dopolnitev. Temelji na izdelavi zdravstvenega načrta, po katerem naj bi bil posameznik upravičen do zdravljenja po najnižji ceni. Nastanek take vrste sistema je podprt z argumentom vse višjih stroškov zdravstvenih storitev. S komercializacijo medicinskih storitev se njihova cena niža, zaradi česar se ustvarja dobiček, kar je pravi namen upravljanja nege (Conrad 2007; Student Health Organization 2015). Sistem upravljanja nege je tudi regulator predpisovanja ustreznih/neustreznih zdravljenj, kar po eni strani spodbuja biomedikalizacijo, po drugi pa jo zavira (Conrad 2007).

Težko je določiti, če lahko v postmoderne družbi govorimo bolj o medikalizaciji ali biomedikalizaciji. Kot pravi Conrad (2007), so se sile za medikalizacijo preusmerile, pri tem pa igra veliko vlogo farmacevtska industrija, kar bom pojasnila v naslednjem poglavju. S tem preobratom je telo postalo ne le objekt za izvajanje zdravljenj, ampak tudi za optimizacijo zdravstvenega stanja, za katerega je zaželeno, da sovpada s postavljenimi zdravstvenimi standardi.

4.3 Vloga farmacevtske industrije v procesu (bio)medikalizacije

Če je morda v preteklosti veljalo, da je bila institucija medicine tista, ki je v zahodnih družbah izvajala (bio)medikalizacijo, se je razmerje moči v zadnjih nekaj desetletjih spremenilo (Angell 2008). V ospredju so vse bolj finančni interesi različnih akterjev, predvsem farmacevtske, ki usmerjajo potek procesa (Conrad 2007). Farmacevtska industrija je tekom 80-ih in 90-ih let z iznajdbo Prozaca, kot enega izmed mejnikov tega preobrata, pridobila tako ekonomsko moč kot družbeni vpliv in posledično prevzela vajeti na področju (bio)medikalizacije (Angell 2008; Abraham in drugi v Abraham 2010).

V ZDA je Uprava za hrano in zdravila (v orig. U.S. Food and Drug Administration, v nadaljevanju FDA) pristojna institucija za izvajanje nadzora pri kliničnem raziskovanju zdravil kot tudi za odobritev za javno uporabo le-teh. Za vsako zdravilo obstaja določilo, katere bolezni lahko zdravi in kakšna je njegova učinkovitost. Farmacevtska podjetja morajo delovati skladno s temi določili, medtem ko zdravniki pri predpisovanju zdravil delujejo bolj svobodno. In ravno zaradi tega je farmacevtskim podjetjem v velik interes vplivati na odločitve zdravnikov, kot ključni povezavi med njimi in pacienti. To izvajajo z organiziranjem in sponzoriranjem različnih dejavnost (strokovni sestanki, seminarji, delavnice itd.), za katere navajajo, da imajo izobraževalni oz. raziskovalni namen, kjer so zdravniki seznanjeni o še drugih možnih rabah (tj. navedene rabe s strani FDA) posameznih zdravil. S tem argumentom upravičujejo nastale stroške za njih in zakrivajo dejstvo, da gre v resnici za trženje zdravil (Conrad 2007; Angell 2008).

Izobraževanja so vodena s strani »neodvisnih« podjetij, katera so v velikih primerih pod okriljem oglaševalskih agencij, s čimer se t.i. izobraževanje in trženje priročno dopolnjujeta. Trženje je zamaskirano kot izobraževanje, farmacevtska podjetja pa se spretno izognejo zakonskim omejitvam v zvezi z marketingom svojih izdelkov (Angell 2008). Poleg tega jim hodi v prid dejstvo, da je izobraževanje zdravnikov v večini držav po svetu obvezno, kar pomeni, da morajo na letni ravni zaradi obnove licence doseči določeno število kreditnih točk. Iz tega razloga je povpraševanje po izobraževalnih dejavnostih stalno, farmacevtska podjetja pa imajo dobro krinko za izvajanje tovrstne posredne kot tudi neposredne prodaje zdravil (Angell 2008).

Niso pa samo zdravniki ciljna skupina »izobraževanj«, temveč tudi potrošniki. To poteka kar v čakalnicah v bolnišnicah preko posebnega kanala za paciente, kjer so predvajane različne oddaje z zdravstveno tematiko, ki vključujejo oglaševanje zdravil. Program se v celoti financira s podporo oglaševalcev. Predstavlja zelo priročen in učinkovit način trženja, ker se izkorišča ranljiv položaj potrošnikov (Angell 2008).

Drug način trženja so podporniške skupine za bolnike. Ti jih obiskujejo zaradi pomoči in podpore, ne da bi se zavedali, da za njimi dostikrat stojijo farmacevtska podjetja, ki tržijo svoja zdravila za specifične bolezni (Angell 2008).

4.3.1 Kako farmacevtska podjetja odkrivajo nova zdravila

Raziskovanje novega zdravila se običajno začne z idejo, na katero bolezen naj bi novo odkrito zdravilo učinkovalo. Preučevanje vzrokov ter posledic bolezni je pomemben in poglobljen proces, del začetnega dela raziskovalnega procesa ter predhodna faza kliničnega raziskovanja. Ko je uvid v bolezen dovolj velik, se začne podrobno iskanje molekul in spojin v upanju na zmagovalno kombinacijo. Na tej stopnji se običajno pridružijo farmacevtska podjetja, ki imajo pomembno vlogo predvsem pri kliničnem preizkušanju (Angell 2008; Goldacre 2011). Zdravilo se v predklinični stopnji raziskovalnega procesa z namenom preverjanja delovanja, v najhujših primerih tudi smrtnosti, najprej preizkusi na živalih ter celičnih kulturah. Če uspešno prestane to fazo, se v klinični fazi izvede na ljudeh. Najprej na mladih in zdravih prostovoljcih, na katerih se ugotavlja le osnovne učinke (izločanje zdravila iz telesa, smrtnost ipd.). Naslednja faza je izvedba testiranja na skupini ljudi (cca. 200) z dano boleznijo. Tu, kot pojasnjuje Goldacre, se končajo testiranja za ogromno zdravil in z veliko finančno izgubo. Vzrok leži v tem, da se v tej fazi preverja odmerik in učinkovanje zdravil, kjer pa se jih veliko izkaže kot neučinkovita (Angell, 2008; Goldacre 2011, 183). V primeru uspešnosti te faze se testiranje zdravil nadaljuje na znatno večjemu številu testirancev (od več sto do več tisoč), razdeljenih v dve skupini. Ena skupina je prejemnik testiranega zdravila, druga placebo. Namen je pridobivanje in primerjanje podatkov o delovanju testiranega zdravila, njegovi učinkovitosti in varnosti. Po potrebi se testiranja večkrat izvedejo. Prav bi bilo, da bi se testiranja izvajala še po patentiranju, tudi s strani konkurenčnih farmacevtskih podjetij za realnejšo sliko o učinkovitem delovanju zdravila (Angell 2008; Goldacre 2011).

Proizvajalno farmacevtsko podjetje lahko zaprosi za patent za zdravilo že pred začetkom kliničnega raziskovanja. Patent, katerega veljavnost je nekje 20 let, onemogoča konkurenco, vendar pa v času testiranja prodaja zdravila ni mogoča. Farmacevtska podjetja si zaradi tega prizadevajo za čim hitrejšo izvedbo testiranj, da lahko začnejo s prodajo. V ta namen so bile s strani farmacevtske industrije ustanovljene pogodbene raziskovalne organizacije, katerih naloga je vodenje in izvedba kliničnih raziskovanj. Organizacije so vedno bolj številčne, število prostovoljcev pa premalo. Tako so za iskanje teh farmacevtska podjetja ustanovila urade za pridobivanje prostovoljcev, ki delujejo v navezi s samostojnimi podjetji ali pa pogodbenimi raziskovalnimi agencijami. S pomočjo različnih načinov oglaševanja (TV, radijski, časopisni, internetni oglasi, letaki) in zagovorniških skupin (predvsem za bolnike s specifičnimi boleznimi) privabljajo prostovoljce (Angell 2008).

V zadnjih letih ima farmacija vse večje težave z odkrivanjem novih zdravil. V ZDA se je število novo registriranih zdravil od 90-ih let do leta 2008 zmanjšalo za več kot polovico. Od nekje trenutno 20 odobrenih zdravil na leto, je nekaj od teh še generičnih zdravil. Gre za kopije originalov, katerih patent ni več veljaven. Po učinkovitosti so primerljiva z originali, a so cenovno dostopnejša (Angell 2008; Goldacre 2011; World Health Organization 2015). Za njihovo prodajo je potrebno dovoljenje s strani FDA, vendar se ta nanaša zgolj na dokazovanje enakosti z originalom. Klinična preizkušanja za generična zdravila niso potrebna. Potem so tu še zdravila »tudi mi« (Angell, 2008, 95), ki so variante že zdavnaj patentiranih zdravil. Od originalov naj bi se razlikovala po kemični sestavi, ni pa nujno. Predvsem pa ne predstavljajo izboljšav. Farmacevtska podjetja so Upravi za hrano in zdravila dolžna dokazati zgolj to, da so zdravila »tudi mi« boljša od nič. Generična zdravila kot zdravila »tudi mi« so način, kako farmacevtska industrija išče nove možnosti za zaslužek (Angell 2008).

Raziskovanja farmacevtskih podjetij so zato vse bolj usmerjena v iskanje novih motenj in bolezni za že obstoječa zdravila. Rezultat je, da je vse več vsakdanjih težav in strahov preoblikovanih v medicinske težave, ki so zdravljene z zdravili, pa morda ne bi rabile biti (Angell 2008; Goldacre 2011; Moynihan in drugi 2002). Vse bolj nejasna meja med zdravjem in boleznijo omogoča farmacevtskim podjetjem širjenje nabora bolezni ter posledično širjenja tržišča za svoje produkte (Moynihan in Cassels 2010).

Zelo problematično je, kako zelo pristransko so opisane ugotovitve kliničnih preizkusov novo odkritih zdravil v strokovno medicinskih publikacijah¹. Bralci teh so strokovno podkovani z ustreznim medicinskim znanjem, zaradi česar so v poročilih uporabljeni številni triki z namenom, da se ustvari zelena slika o učinkovitosti zdravila v očeh bralcev². Ni redko, da so izpostavljeni samo tisti izsledki testiranja, ki indicirajo uspešnost zdravila. Npr. tisti, ki so osnovani na testiranjih mlajših prostovoljcev z eno zdravstveno težavo. Verjetnost učinkovanja zdravila je pri njih znatno večja kot pri starejših, ki jih muči več tegob, zato izsledki slednjih ostanejo skriti (Goldacre 2011). Ali ko je primerjana učinkovitost novega zdravila z že obstoječim, je pri testiranju obstoječe zdravilo neustrezno dozirano (količina, način), da dobijo rezultate v korist novega. To je samo nekaj trikov, ki imajo en namen. Prepričati zdravnike, da je novo zdravilo najboljše, boljše od vseh na tržišču. Po navadi so rezultati v korist novega zdravila izpostavljeni že na začetku, v povzetku ali uvodu. Hkrati pa

¹ Dokaz o pristranskosti je dejstvo, da izvedena testiranja, o katerih se piše, niso izvedena s strani neodvisnih organizacij, ampak so naročniki oz. izvajalci kar sama farmacevtska podjetja (Goldacre 2011).

² Ciljna skupina so zdravniki.

so objavljeni v čim več publikacijah. Rezultati, ki ne podpirajo učinkovitost novega zdravila, če so že vključeni v poročilo, so zelo skriti in jih je mogoče razbrati ob temeljitem branju celotnega teksta. Avtorji poročil, v večini primerov proizvajalna farmacevtska podjetja, računajo na nezainteresiranost bralcev za kaj takega in upajo, da bodo kar spregledali takšne »malenkosti«. Zato je za vsaj malo bolj jasno sliko o raziskavi priporočljivo branje sekcije, kjer so opisane izbrane metode in izidi. Včasih se zgodi, da so podatki dosegljivi zgolj na zahtevo bralcev. Na »srečo« farmacevtskih podjetij večinoma bralci za njih ne zaprosijo (Goldacre 2011).

Domneve o usmerjanju potekov raziskav kot posledice financiranja s strani farmacevtskih podjetij so bile potrjene z večimi raziskavami. Pri pristransko financiranih kliničnih raziskavah obstaja štirikrat večja verjetnost, da bodo rezultati pristranski, kot če bi jih sponzorirala neodvisna podjetja (Goldacre 2011).

4.3.2 Oglaševanje zdravil

V tem poglavju je potrebno najprej omeniti, da sta ZDA in Nova Zelandija edini državi na svetu, ki dovoljujeta neposredno oglaševanje (v orig. Direct To Consumer, v nadaljevanju DTC) zdravil na recept potrošnikom. Namen DTC oglaševanja naj bi bil ozaveščanje javnosti o boleznih, ki otežujejo vsakdanje življenje posameznikov ter ustreznih načinov zdravljenj (WHO 2009). V resnici pa gre za mehanizem, kako čim hitreje napotiti potrošnike k zdravniku in tako učinkovito vplivati na njihove odločitve, ko gre za izbiro zdravil in zdravljenj (Mangin v WHO 2009). Najpogostejša oblika tovrstnega oglaševanja so televizijski oglasi, oglaševanje v revijah, časopisih, na internetu, letaki itd. Od leta 1997, ko je FDA spremenila določila glede vključitve opozoril za stranske učinke zdravil v oglasih, morajo farmacevtska podjetja navesti le glavna tveganja za uživanje zdravil. Posledično se je od takrat dalje delež DTC oglaševanja povečal, prav tako se je povečal proračun namenjen DTC oglaševanju (Angell 2008; WHO 2009). FDA je tudi regulator oglasov za zdravila, zato preden pride do javnega predvajanja oglasa, preveri kako so podane informacije pri oglaševanju. V primeru kršitev je FDA obvezana z uradnim pismom opozoriti podjetje za popravek ali umik oglas. V praksi se je izkazalo njeno delovanje na tem področju kot neučinkovito, kar potrjuje dejstvo, da veliko spornih oglasov ni bilo umaknjenih ali spremenjenih. Kritike na njeno delovanje se nanašajo predvsem na pomanjkanje osebja znotraj FDA, kar je vzrok za počasnost pregledovanja oglasov (Angell 2008).

V Evropski Uniji DTC oglaševanje zdravil na recept ni dovoljeno. Po zakonodaji je DTC oglaševanje v Evropi neustrezen način nagovarjanja potrošnikov s strani farmacije, ker ne vključuje neposredne vloge medicinske stroke. Evropska komisija in posamezna farmacevtska podjetja so v preteklosti že dala pobudo za spremembo zakonodaje, ki ureja to področje, vendar neuspešno (WHO 2009; Jessop 2011). Težnje po spremembi še ostajajo z argumentom, da je to neposreden način komuniciranja med farmacijo ter potrošniki. Potrebno je razumeti, da se evropski in ameriški trg kljub vsem procesom na globalni ravni, še vedno razlikujeta. Nesmiselno bi bilo prevzeti ameriški način oglaševanja (Jessop 2011), ker kot argumentira Angellova (2008, 138), »Američani z lažjimi obolenji trpijo bolj zaradi pretiranega jemanja zdravil in vseh stranskih učinkov ter navzkrižnega delovanja zdravil kot pa zaradi njihove premajhne uporabe«.

Farmacevtska podjetja, seveda ob pomoči oglaševalcev in množičnih medijev, snujejo številne oglaševalske kampanje, katerih namen naj bi bil informiranje potrošnikov o boleznih ter njihovih zdravljenj. Po mnenju farmacevtske industrije in oglaševalcev so kampanje orodje, ki je na voljo posamezniku, da ga uporabi sebi v korist za ohranjanje in krepitev svojega zdravja. Resničen namen teh kampanj je nič drugega kot prodajanje bolezenskih stanj in farmacevtskih rešitev za te. In širjenje medicinsko-farmacevtskega pogleda na bolezni in njihova zdravljenja. Torej, širše gledano je namen kampanj spreminjanje vzorcev mišljenja v zvezi z zdravjem in boleznijo pri posameznikih, bodočih potrošnikih, z namenom širjenja trga za prodajo zdravil. V res malo primerih so kampanje delovale v korist bolnikov in pripomogle k njihovi manjši stigmatizaciji (npr. pri bolniki okuženih s HIV-om in aidsom) ali pripomogle pri dosegu določenih ukrepov, potrebnih za večjo ozaveščenost glede posamezne bolezni (Angell 2008; Moynihan in Cassels 2010; Moynihan in drugi 2002).

Oglaševanje zdravil običajno deluje tako, da pri potrošniku izzove strah glede posameznega bolezenskega stanja. Posameznik postane prestrašen, zato na osnovi posredovanih informacij, kupi ustrezno zdravilo v upanju, da se bo njegovo zdravstveno stanje normaliziralo (Angell 2008; Moynihan in drugi 2002).

Z vse večjim vplivom (bio)medikalizacije se je posameznikova skrb za telo in zdravje individualizirala, zato je skrb zanj popolnoma njegova odgovornost in naloga. Reduciranje številnih tveganj in teženje k čim boljši fizični pripravljenosti je na plečih posameznika (Nye 2003). Vse to je prispevalo k razvoju vzorca vsakdanjega življenja v zahodnih kulturah – preverjanje bolezni po seznamu, kar daje potrošniku občutek nadzora nad svojim zdravjem/boleznijo ter zdravljenjem. Čeprav misli, da je svoboden pri teh izbirah, je svoboda

v tem primeru zelo vprašljiva in omejena (Andreasen; Cosgrove in Bursztajn v Cosgrove in drugi 2008).

Pri oglaševanju zdravil potrošnike pogosto nagovarjajo znane osebe, ker se njihova pojavnost izkazala za zelo učinkovit dejavnik pri vplivanju na odločitve potrošnikov. Farmacevtska podjetja in oglaševalci jih vidijo kot akterje, ki lahko skozi osebno izpoved spremenijo pogled potrošnikov na posamezne bolezni in njihova zdravljenja ter jih na tak način napotijo k zdravniku. Športniki nagovarjajo moško populacijo v zvezi s seksualnimi težavami, medtem ko igralko govorijo o zadregah menopavze ter nihanjih razpoloženja pred menstruacijo. Interes je čim več tegob oz. vsakdanjih težav zapakirati v bolezensko stanje ter za le-te prodati zdravljenje (Moynihan in Cassels 2010). Ni redko, da v oglasih nastopajo tudi t.i. neodvisni strokovnjaki, ki predstavljajo nove, pogosto revolucionarne, oblike zdravljenj. Njihova vloga na subtilen način vzbuja občutke zaupanja pri potrošnikih (Angell 2008; Moynihan in drugi 2002).

4.4 (Bio)medikalizacija seksualnosti

Biomedicinski model je osnovan na dualizmu um-telo in predstavlja okvir, iz katerega izhaja (bio)medikalizacija seksualnosti. Diagnosticiranje je usmerjeno v ločevanje fizioloških in psihičnih vidikov seksualnih težav. Znotraj modela je utemeljen diskurz telesa kot stroja, skozi katerega se klasificira normalno in nenormalno seksualno funkcioniranje. Tu se izrazito vidi prevladujoča vloga biološkega redukcionizma in tradicionalnega seksualnega diskurza v sodobni seksologiji. Na njem temelji razumevanje seksualnega funkcioniranja v zahodnih družbah (Tiefer 1996; Švab 2010).

Medicinsko obravnavanje seksualnosti kot zgolj ene izmed »funkcij stroja« si je prilastila tudi farmacevtska industrija, ki si s svojimi produkti v obliki tablet in drugačnih pripomočkov prizadeva popraviti napake v delovanju na enostaven, nezapleten in hiter način brez globljih analiz. Eden izmed učinkov (bio)medikalizacije je individualizacija odgovornosti za zdravje, s tem tudi seksualnega življenja. Farmacevtska industrija ob pomoči urologov in množičnih medijev pri oglaševanju svojih produktov izrablja ta element z namenom »informiranja« potrošnikov, da lahko sam postavi diagnozo in hkrati najde rešitev v obliki pravega zdravila (Loe 2001; Marshall 2002; Angell 2008; Moynihan in Cassels 2010).

S tem, ko je seksualnost tesno vezana na identiteto moškosti in ženskosti, seksualni problemi predstavljajo veliko težavo za posameznika. Ker so preoblikovani v stanje, potrebno

medicinske obravnave, ga je možno rešiti s pomočjo farmacevtske tehnologije. Vsako odstopanje od normativov biomedicinskega modela tako predstavlja tveganje, ki ga je treba izničiti in tudi pri seksualnosti ni izjeme (Lupton v Pryce 2000; Loe 2001).

Faze seksualnega odzivanja po DSM-V predstavljajo medicinski standard za določanje normalnega seksualnega funkcioniranja, vendar se s procesom (bio)medikalizacije, ki je usmerjena v optimizacijo telesnih funkcij, merila seksualne uspešnosti višajo (Tiefer 2004; Armstrong v Coveney in drugi 2011; American Psychiatric Association 2014b). Posledično je na področju seksualnega življenja vse bolj prisotna tudi »tekmovalnost«. Tako se zdi, da je za uspešnost tega potrebno doseči cel niz »pogojev«, od privlačnega zunanjega videza, čim boljših gibalnih sposobnosti ter sposobnost doseči ustrezne seksualne odzive. Ti v posamezniku vzbudijo številna nelagodja in frustracije, kot so slaba samopodoba ter strah pred seksualnimi odnosi zaradi neustreznega telesnega seksualnega odzivanja ali pa lastne ocene, da so premalo strastni (Tiefer 2004, 101).

Deloma je seksualnost zaradi njene (bio)medikalizacije postala bolj javna in ne več del zasebne sfere. Posredovanje seksualnih normativov prek medijskih sporočil in podob narekuje tudi pogostost seksualnih odnosov in oblikuje standarde za normalno in srečno življenje. Pri tem seveda niso upoštevani dejavniki družbeno-kulturnega konteksta, osebne izkušnje, čustvene komponente, ker ne sovpadajo z univerzalnostjo seksualnosti, kot je razumljena znotraj biomedicinskega modela (Tiefer 2004).

4.4.1 Prvi primeri medikalizacije seksualnosti

Prvi znani primer medikalizacije seksualnosti izhaja iz 18. stoletja, in sicer gre za primer onanije oz. masturbacije. John Marte, mazaški zdravnik, je bil avtor prvega letaka anti-propagande tega seksualnega vedenja, ki je trajala vse do polovice 20. stoletja. Po njegovem je onanija predstavljala nečastno vedenje pri moških kot ženskah z negativnimi posledicami. Ena izmed njih naj bi bila izguba velikih količin spermalne tekočine. »Žrtvam« tega vedenja je pomagal z nasveti, kako se fizično ter psihično soočati s to težavo. Anti-propaganda ni imela samo velikega družbeno-kulturnega vpliva, temveč je imela podporo medicinske stroke (Schultheiss in Glina 2010).

David Tissot, vidnejši predstavnik medicinske veje, je v okviru svojega dela sistematično zbral misli in ideje o masturbaciji. S svojim znanstvenim delom je doprinesel temeljem obravnavanj seksualne anatomije in njenih bolezenskih funkcij. Na temeljih njegovega dela so

številni zdravniki izpeljali različne terapije kot so kirurška, vedenjska itd. z namenom preprečevanja masturbacije. V ZDA je kot najbolj ekstremen primer zdravljenja in kot oblika kazenskega zdravljenja tega vedenja predstavljalo obrezovanje brez anestezije. Medikalizacija masturbacije predstavlja začetke medikalizacije seksualnosti na splošno in konkretnije tudi moške seksualnosti (Schultheiss in Glina 2010).

Seksualnost, tako moška kot ženska, je bila podvržena številnim medicinskim obravnavam tekom zgodovine. Najbolj znan primer medikalizacije pri moških iz preteklosti je prej omenjen primer masturbacije, pri ženskah pa histerija in porod. Pozornost seksologije se je preusmerila na moški penis po napredku v medikalizaciji ženske seksualnosti v 70-ih in začetku 80-ih let, kar Tieferjeva predvsem pripisuje krizi moškosti. Ideja krize moškosti gre z roko v roki z argumentom o »koristnosti« Viagre, saj obljublja ravno to – ideal moškosti skozi moško seksualno kompetenco (Tiefer 1994; 2006; Foucault 2010).

Izum Viagre kot najbolj tipičnem primeru medikalizacije moške seksualnosti, natančneje erektilne disfunkcije, je bil po mnenju mnogih akademikov jasen indikator prihajajočih družbenih sprememb, kajti Viagra naj bi bila povod za začetek nekega novega obdobja seksualnosti, predvsem v smislu omogočanja spolnih odnosov kadarkoli in kjerkoli (Hatzichriston in drugi v Marshall 2002). Z njenim komercialnim uspehom se je pozornost usmerila tudi na ženske seksualne probleme, na stanje imenovano ženska seksualna disfunkcija. Namen farmacevtske industrije v sodelovanju z urologi in seksologi je bil na enak, na mehanski način v okviru univerzalnega biomedicinskega modela, odkriti tableto, ki bi pozdravila novo definirano bolezensko stanje. Izkazalo se je, da se ženska seksualnost razlikuje od moške, zato je rešitev nemogoče zapakirati v obliko tablete. Medicinski diskurz zanemarja družbeno-kulturne, ekonomske, politične dejavnike poleg medicinskih, ki imajo veliko pri vlogo pri razumevanju ženske seksualnosti in s tem povezanih problemov, zato se je ta pristop pri obravnavanju ženske seksualne disfunkcije pokazal kot v celoti neustrezen (Tiefer 2001; 2006; 2008). Več podjetij (Pfizer, Procter&Gamble, BioSante Pharmaceuticals) je skušalo patentirati tablete, obliže, testosteronske kreme. Do danes FDA ni odobrila nobene oblike zdravljenja ženske seksualne disfunkcije zaradi njihove neučinkovitosti in neustreznosti (Tiefer 2003; 2006).

4.4.2 Medikalizacija moške seksualnosti: primer erektilne disfunkcije

(Bio)medikalizacija moške seksualnosti v več vidikih črpa iz registra različnih diskurzov in imperativov seksualne kulture, pri čemer se prepletajo diskurzi tradicionalne kulture ter diskurzi poznomoderne permissivne seksualne kulture (Švab 2010). Med njimi je najbolj očiten diskurz moškega seksualnega nagona, ki poudarja konstantno pripravljenost moških na spolni odnos (Gavey v Grace in drugi 2006). Temelji na razumevanju spolnosti kot (izključno) biološkega fenomena. Moška seksualnost je znotraj tega diskurza razumljena kot neproblematična in enostavna, v ospredju pa so penis, erekcija in orgazem (Jackson 1984).

Kot je že omenjeno v nalogi, družbena konstrukcija moškosti je tesno vezana na identiteto, telo in njegovo funkcionalnost. Znotraj medicinskega modela je seksualnost zreducirana na telesni proces, seksualni problemi pa okvara v funkcioniranju. Okvara nastane pri penisu, na katerega se vrši medikalizacija. Torej ni presenetljivo, da se na prvi pogled zdijo seksualni problemi enostavno in univerzalno rešljivi (Loe 2001; Soble v Tiefer 2004; Tiefer 2004).

4.4.3 Zgodovina medikalizacije erektilne disfunkcije

Po DSM-IV-TR obstaja več vrst moških seksualnih disfunkcij. To so pomanjkanje spolne želje, erektilna disfunkcija, prehiter izliv, motnje orgazma, bolečina med spolnim odnosom, vendar je bila erektilna disfunkcija kot motnja v fazi vzbujenja v celotni zgodovini v največjem obsegu predmet zanimanja in obravnavanja s strani medicine (Tiefer 2001; Schultheiss in Glina 2010).

Že Hipokrat je v svojih zapisih omenjal erektilno disfunkcijo oz. takrat poimenovana impotenca, v povezavi z neplodnostjo pri skupini iranskih nomadov, razlog pa pripisal jezdenju (Schultheiss in Glina 2010; Encyclopaedia Britannica, Inc. 2015b). Tudi Aristotel in Avicenna, arabski zdravnik, sta jo omenjala, Leonardo da Vinci je na podlagi njegovih lastnih opazovanj in seciranj teles skiciral nastanek erekcije kot posledico dotoka krvi v penis (Schultheiss in Glina 2010, 2038). Regnier de Graaf je prvi na umeten način spodbudil erekcijo z vbrizganjem vode v hipogastrično arterijo. Angleški zdravnik in anatomist John Hunter je v svoji knjigi podrobneje opisal impotenco, vzroke pripisal tako človeškemu umu kot tudi neskladnemu delovanju telesnih organov. Uporaba električne stimulacije živčnega sistema ali pa afrodiziakov, različni operativni postopki in pripomočki (umetni penis po

amputaciji, penilna proteza in vsadki) predstavljajo poskuse, kako naj bi bilo možno doseči erekcijo, vendar so vsi brez večjega uspeha (Schultheiss in Glina 2010).

Nekakšen mejnik pri zdravljenju erektilne disfunkcije je iznajdba in uporaba vazoaktivne snovi, ki se vbrizga. To tehniko je leta 1983 na konferenci Ameriške urološke zveze uporabil kar na sebi Giles Brindley, po poklicu zdravnik. Vbrizgal si je snov, imenovano fenoksibenzamin, in pred vsemi prikazal erekcijo, nastalo izključno zaradi kemičnih snovi. Stimulacija na čustveni in psihični ravni v tem primeru ni bila potrebna (Marshall 2002; Schultheiss in Glina 2010). Dogodek je bil zato eden izmed pomembnejših dejavnikov, ki so botrovali preobratu razmerja med fiziološkimi in psihičnimi vzroki za nastanek erektilne disfunkcije v »korist« prvih. Na pobudo Nacionalnega inštituta za zdravje (v orig. National Institute of Health) se je v 90-ih zgodil še en preobrat, in sicer preimenovanje stanja iz impotence v erektilno disfunkcijo. S tem je dokončno dobila pečat telesne bolezni (Tiefer 1994; Marshall 2002).

4.5 Viagra – tehnologija za moško seksualnost

Leta 1998 je farmacevtskemu gigantu Pfizer uspelo pridobiti dovoljenje Ameriške uprave za hrano in zdravila za Viagra (sildenafil) kot zdravilo za zelo razširjeno, a ozdravljivo stanje, poimenovano erektilna disfunkcija. Postala je primer več kot uspešne medikalizacije sodobne seksualne tegobe na globalni ravni (Tiefer 1996; Tiefer 2003; Tiefer 2006).

Viagra, zdravilo na recept, predstavlja način zdravljenja erektilne disfunkcije na enostaven in neinvaziven način. Pred tem je bilo zdravljenje mogoče samo s kirurškimi posegi ali s pomočjo različnih pripomočkov. Vsi postopki so bili zamudni, s sabo so nosili določeno stigmo seksualne nezmožnosti (Mamo in Fishman 2001; Erić 2011).

Kemijske spojine Viagre spodbudijo delovanje dušikovega oksida, ki omogoča pretok krvi v določene dele penisa. Ob prisotnosti seksualne stimulacije moškega nastane erekcija. Za delovanje jo je potrebno zaužiti od 20 – 60 minut pred seksualnim odnosom, njen učinek traja nekje od 2 – 4 ure (Mamo in Fishman 2001; Erić 2011; Urologija 2015).

Nastanek Viagre ni pogojen z začetno idejo o zdravljenju specifične bolezni in odkrivanju učinkovitih kemijskih spojin, ampak je rezultat »srečnega naključja« (Mamo in Fishman 2001; Angell 2008). V 90-ih letih se je izvajala raziskava o učinkovitosti dušikovega oksida na širjenje žil ter krčenje mišičnih tkiv. Za dosežek so trije ameriški raziskovalci leta 1998 prejeli Nobelovo nagrado za medicino. Podjetje Pfizer je poskušalo uporabiti to znanje za

razvoj zdravila za zniževanje povišanega krvnega tlaka, ki se je v procesu kliničnega preizkušanja izkazalo kot neučinkovito. Kot nepredviden stranski učinek je nastopila erekcija oz. njena izboljšava (Leland in drugi v Mamo in Fishman 2001), zaradi česar so se začeli izvajati klinični preizkusi na moških s težavami z erekcijo. Rezultati so pokazali učinkovitost zdravila, ki je sedaj poznano kot Viagra in je eno izmed bolj profitabilnih nasploh (Mamo in Fishman 2001).

Modra tabletko v obliki diamanta, ki predstavlja farmacevtsko tehnologijo za telo, je postala družbeni in medicinski fenomen ter sinonim orodja za popravilo moškega stroja in oblikovanje moškosti, kar je tudi skladno z biomedicinskim razumevanjem telesa kot stroja, ki ga je možno popraviti (Loe 2001; Mamo in Fishman 2001; Martin 2001; Bourdieu 2010). Izhaja iz mehanske obravnave penisa in njegovega delovanja, erekcija je po tem pogledu stvar hidravlike in na tak način deluje Viagra (Kleinplatz 2004). Hkrati je sredstvo za ohranjanje in reproduciranje medicinskega razumevanja in obravnavanja seksualnosti kot le ene izmed funkcij telesa (Loe 2001), ker združuje in medicinska in družbeno skonstruirana sporočila o seksualnosti (Mamo in Fishman 2001). Tako je jasno, da Viagra predstavlja sredstvo za reproduciranje tradicionalnih diskurzov seksualnosti v zahodnih družbah, še posebej diskurza moškega seksualnega nagona (Moore and Clarke v Mamo in Fishman 2001).

Meika Loe (2001) je na podlagi večih raziskav ugotovila, da zaradi družbeno skonstruiranih normativov moškosti in moške seksualnosti, ki so bili ustvarjeni v procesu medikalizacije, moški z erektilno disfunkcijo čutijo kot da so izgubili del moškosti, ki je pomemben del njihove identitete.

Medicinska in farmacevtska promocija Viagre izpostavlja, da le-ta omogoča »normalno« spolno funkcioniranje moških, kot to definirajo obstoječe medicinske doktrine in podpirajo kulturne norme (Jackson 1984). Viagra je oglaševana kot rešitev za erektilno disfunkcijo in s tem tudi za »ogroženo« podobo moškosti, s čimer je navezava farmacevtske industrije, medicinske stroke in množičnih medijev pridobila še večjo vlogo pri družbeni regulaciji moške seksualnosti (Loe 2001). Posameznik naj bi z jemanjem Viagre pridobil izgubljeno samozaupanje, rešil težave z negotovostjo in sramom, ki sta lahko posledica obstoječih stereotipov v zvezi z erektilno disfunkcijo in se tako izognil neprijetnim terapevtskim pogovorom glede svojega stanja (Carpiano 2001). Na ravni posameznika Viagra ne rešuje le težav z erekcijo, temveč omogoča ponovno vzpostavitev intimnosti s partnerjem ter pripomore pri ohranjanju odnosa. Širše gledano zaradi svoje medicinske in kulturne popularnosti zmanjšuje stigmatiziranost erektilne disfunkcije (Mamo in Fishman 2001; Conrad 2007).

Laura Mamo in Jennifer Fishman sta v letu 2001 analizirali Pfizerjeve promocijske letake za medicinsko osebje ter televizijske in časopisne oglase za Viagra namenjene ameriškim potrošnikom. Zanimalo ju je, kakšna sporočila v zvezi s seksualnostjo, spolom, telesom so posredovana.

Ugotovili sta, da je eden izmed temeljnih posredovanih diskurzov naravnost, ki je primer biomedicinskega povezovanja narave (telesa) in tehnologije. Predstavlja oblikovanje telesa in njegovih funkcij v okvirju kulturnih normativov. Torej, posameznik se z užitjem tablete prepusti »naravi«, da popravi neustrezno telesno funkcioniranje. Tako, ki je izven obstoječih okvirjev normativnosti ustreznega seksualnega funkcioniranja (Mamo in Fishman 2001). Viagra z delovanjem spodbudi naraven seksualni odziv. Pri tem se moške seksualne želje oz. pripravljenost na seksualni odnos ne postavlja pod vprašanje, ker gre za biološko danost, ki omogoča moškemu stalno konstantno pripravljenost na spolni odnos. Čustvena komponenta seksualnega je pri tem popolnoma zbrisana (Jackson 1984; Hatzichriston in drugi v Marshall 2002; Mamo in Fishman 2001; Kleinplatz 2004).

Z oglasi za Viagra se aplicira v »mladostna« moškost s seksualno kompetenco v ospredju na starejšo populacijo, ker se zaradi vedno bolj starajoče populacije moških večja pojavnost erektilne disfunkcije, kar daje večji manevrski prostor za pridobivanje novih uporabnikov (Carpiano 2001; Marshall 2006). V tem primeru je iz fraze kot je »imeti (spet) nadzor nad svojim telesom« možno razbrati, da Viagra pomaga starejšim pri vračanju mladostne moškosti na naraven način in tako tudi v zrelejših letih ohranjati nadzor nad sabo (Mamo in Fishman 2001; Gross in Blundo 2005).

Diskurz hegemonne moškosti je posredovan skozi oglaševalske narative za Viagra in se reproducira skozi binarnost moški – ženska, pa tudi v odnosu do ostalih moškostih. Hegemona moškost predstavlja ideal, ki ga določajo seksualna kompetenca, fizična moč, nadzor, in vse to ima Viagrin moški, in kar na nek način tudi obljublja Viagra (v smislu vračanja erektilne funkcionalnosti) (Mamo in Fishman 2001; Connell 2012).

V oglasih je pogosto uporabljena beseda partner, ki izraža nevtralnost. Kljub temu, da Viagra izhaja iz ideala heteroseksualnosti, beseda partner predstavlja odprte možnosti za branje normativnih skriptov. Tako predstavlja obliko za nagovarjanje tudi homoseksualnih moških ali pa tistih, ki ne sovpadajo s prevladujočimi seksualnimi normativi (Mamo in Fishman 2001).

Še ena binarnost, ki ima veliko težo pri nagovarjanju ciljne skupine za Viagra je belo – črno. Oglasi, ki sta jih analizirali Laura Mamo in Jennifer Fishman, so prikazovali pare bele ali črne rase. Gre za zelo dobro premišljeno strategijo podjetja Pfizer, ker premišljeno nagovarja

bodoče uporabnike. Eretilna disfunkcija je zelo pogosta posledica diabetesa ali visokega krvnega tlaka, za katerimi v največji meri trpijo pripadniki črne rase (beli v malo manjšem odstotku, a še vseeno več od ostalih ras). Obojni predstavljajo ciljno skupino nagovarjanja (Mamo in Fishman 2001).

(Bio)medikalizacija moške seksualnosti je fokusirana na penis. Pokončen, trd penis je sinonim za koitus, ki je še vedno seksualni normativ v zahodnih družbah. Če tega ni, moški ni seksualno uspešen v skladu z biomedicinskimi normativi in kulturnimi normami, pri čemer je tudi občutek moškosti omajan. Z argumenti o naravnosti Viagre, vračanju zaupanja moškim z omogočanjem seksualne kompetence, reševanju odnosov, pomoči pri ohranjanju intimnosti med partnerjema, razbremenjevanjem moške krivde in srama, se na prvi pogled zdi, da je mogoče (trdo) moškost kupiti v obliki tablete (Tiefer 1986; 1994; 1996; Mamo in Fishman 2001).

5 NAMEN IN CILJ EMPIRIČNEGA DELA

V tem delu naloge bom analizirala televizijske oglase za Viagro, katerih naročnik je podjetje Pfizer. Televizijski oglasi predstavljajo največji del DTC oglaševanja, katerih ciljni gledalec v tem primeru je ameriški moški z erekttilno disfunkcijo ali občasnimi erekttilnimi motnjami ter njihove partnerke. Kot zanimivost, v letu 2010 je Pfizerjev proračun za tovrstno oglaševanje znašal 100 milijonov dolarjev (Kornfield in drugi 2013).

Uporabila bom metodo kritične diskurzivne analize (v nadaljevanju KDA), ki predstavlja kvalitativni pristop pri preučevanju tekstov (Vezovnik 2008).

5.1 Kritična diskurzivna analiza

KDA predstavlja multidisciplinaren družbeno-znanstven pristop, katerega namen je interpretacija družboslovnih vprašanj oz. družbenih problemov na osnovi empirične analize jezika (Van Dijk 2001; Fairclough v Erjavec in Poler Kovačič 2007, 41).

Znotraj tega pristopa vloga jezika predstavlja družbeno prakso (Fairclough v Wodak 2009), s katero je v KDA definiran diskurz. Družben in političen kontekst jezikovne rabe ima v tem

primeru temeljno vlogo (Fairclough v Erjavec in Poler Kovačič 2007; Wodak in Benke v Wodak 2009).

Principi KDA izvirajo iz kritične teorije Frankfurtske šole, sociolingvistike, psihologije, zaradi česar nima enotne teoretske zasnove. Sama po sebi ne predstavlja specifične šole ali smeri, temveč bolj perspektivo, pristop, način analiziranja in interpretacije (Van Dijk 2001).

Bistvena načela, ki vodijo KDA so naslavljanje družbenih problemov; diskurzivnost odnosov moči; diskurzi oblikujejo družbo in kulturo, delujejo ideološko in imajo zgodovinski značaj; reguliranost odnosov med teksti in družbo; pojasnjevalni značaj KAD; diskurz kot oblika družbenega delovanja (Fairclough in Wodak v Van Dijk 2001, 353).

Cilj pristopa je tako preučevanje razmerja med jezikom in močjo (Van Dijk 2001). Jezik je sredstvo, s katerim se nakazuje, določa, signalizira družbena neenakost in to je predmet raziskovanja KDA. Dejstvo je, da jezik v osnovi nima moči, dobi pa jo s tem, ko ga uporabijo akterji z močjo (Wodak 2009).

Zaradi nespecifičnosti KDA so se znotraj nje razvile številne »smeri«, ki vsaka na svoj način analizira jezik (kritična analiza pogovora se razlikuje od analize časopisnega članka itd.). Vseeno pa vsem predstavlja skupno točko dekonstrukcija diskurzivnih struktur in to v smislu, kako ohranjajo in reproducirajo družbeno dominanco (Van Dijk 2001).

Uporabnost KDA je v sodobni družbi velika, ker je mogoče z njeno pomočjo razkriti in interpretirati diskurzivne narave »velike večine sodobnih socialnih in kulturnih sprememb« (Fairclough v Wodak 2009, 13). Pri medijskem poročanju bi moral biti jezik množičnih medijev nevtralen in objektivni, ker ta vpliva na definiranje javnega diskurza o pomembnih družbenih stvareh, a Fairclough (v Wodak 2009) meni, da temu ni tako. Zanj je vloga množičnih medijev pri poročanju pristranske in konstrukcijske narave.

5.2 Analiza izbranih oglasov

Osredotočila se bom na štiri oglase za Viagra iz dveh časovnih obdobj – iz leta 2000, ko je podjetje Pfizer začelo graditi na podobi »modre tabletk« in se je oglaševanje za to šele začelo ter oglase novejšega datuma, iz leta 2013 in 2014, ko je Viagra že pravi družbeni in medicinski fenomen in ima za sabo ogromen finančni uspeh. Čas trajanja oglasov je nekje med 30 in 45 sekund.

V tem delu naloge je moj cilj identificirati ter analizirati posredovane diskurze normativne oz. hegemonne moškosti in s tem moške seksualnosti. Zanima me tudi, če je v oglasih impliciran diskurz naravnosti Viagre ter obravnava telesa kot stroja.

Primerjala bom uporabljene diskurze moškosti v oglasih iz navedenih časovnih obdobj in tako poskušala ugotoviti, če se podoba Viagrinega moškega ujema z obstoječimi normativi moškosti. Ker pri (bio)medikalizaciji ni pomembno samo zdravljenje bolezni, temveč je vse več poudarka na optimizaciji telesa in zdravja (Featherstone 1991), me prav tako zanima, ali novejši oglasi za Viagra sugerirajo jemanje Viagre kot preventivne rešitve za preprečevanje erektilne disfunkcije.

5.2.1 Oglas 1

Prvi oglas, ki sem ga izbrala za analizo, je iz leta 2000. Prikazuje mlajši zakonski par, bele rase, ki sta tudi poslovna partnerja. Imata restavracijo, on je kuhar, ona natakarica. Zgodbo v oglasu v celoti pripoveduje žena, prostor dogajanja je njuna restavracija. V uvodnem nagovoru primerja zakon s poslom in nadaljuje, da je s skupnim trdom ter ljubeznijo restavracija postala uspešna, kar je bistvo partnerstva. Poudari pomen medsebojnega podpiranja in zaupanja, kar podpre z izjavo, da je stala možu ob strani pri odločitvi, da se napoti k zdravniku z zvezi s težavami z erekcijo ter povpraša po Viagri. Zaključi s stavkom, da je ponosna nanj, kajti to je storil zanju. Na koncu moški glas (ki ni možev) nagovarja moško populacijo, naj vprašajo svojega zdravnika za brezplačni vzorec Viagre. Gibanje para v oglasu je tako, da žena ali stoji ob možu ali za njim, nikoli pa pred njim (Pfizer 2000a).

V oglasu je prikazana binarnost moški – ženska. Moški je nadrejen ženski, kar je že razvidno iz njune postavitve tekom oglasa (ona nikoli pred njim; on je glavni kuhar, ona skrbi za ostale stvari). Ona ga podpira in mu stoji ob strani. Kot bel, uspešen, poročen moški srednjega razreda, športne postave on zavzema pozicijo hegemonne moškosti (Antić Gaber 2012; Connell 2012). Oglas tudi sporoča, da Viagra ni samo zdravilo za zdravljenje erektilne disfunkcije, temveč tudi za partnerstvo oz. intimnost.

Skozi opisan oglas se reproducirajo obstoječe družbeno-kulturne podobe moškosti (Boni 2002).

5.2.2 Oglas 2

Tudi ta je iz leta 2000. V tem primeru je pripovedovalec moškega spola. Oglas se začne z vizualnim prikazom modre Pfizerjeve tabletki, nato pa se začnejo prikazovati podobe različnih moških: od mlajših do starejših, belih, črnih, fizičnih delavcev, poslovnežev, upokojencev, športnikov, glasbenikov, ki se nahajajo v različnih okoljih. Nekateri imajo ob sebi partnerke, drugi ne. Med prikazovanjem njihovih podob se začne pripovedovalec spraševati, kdo sploh povprašuje po Viagri ter nemudoma odgovori, da med drugim tudi tisti posamezniki, za katere si ne bi mislili. Tudi v tem oglasu pripovedovalec nagovarja moškega gledalca naj vpraša zdravnika za brezplačni vzorec Viagre. Na končno vprašanje v oglasu, kdo sprašuje zdravnika po Viagri, pripovedovalec zaključi z osebnim nagovorom »... morda bi morali vi...« (Pfizer 2000b).

Oglas prikazuje različne oblike moškosti (hegemoni, podrejeni, marginalizirani, soudeleženi) in implicira na razširjenost erektilne disfunkcije ne glede na družbeno pripadnost, izobrazbo in starost (Connell in Messerschmidt 2005; Connell 2012). Zgodba želi moškemu gledalcu približati problematiko erektilnih težav na način izpostavljanja pogostosti le-te ter obenem zmanjšati stigmo, ki izhaja iz nje. Zaradi tega menim, da je eden izmed osrednjih učinkov oglasa zmanjševanje stigme erektilne disfunkcije.

5.2.3 Oglas 3

Oglas iz leta 2013 ima za osrednji lik belega moškega srednjih let (kavboj), ki vozi konje v prikolici. Sredi opuščenega predela naleti na težavo, z avtom zakoplje v blatu. Ker je izkušen in iznajdljiv, ne čaka na rešitev, temveč si pomaga sam, uporabi moč konjev, ki jih vozi, da ga izvlečejo iz blata. Vzporedno z vizualno zgodbo se začne osebni nagovor bodočega uporabnika Viagre s strani pripovedovalca. Ta začne s stavkom, da so srednja leta čas, ko ne bežiš pred izzivi, ampak se z njimi soočiš. To je starost, ko veš, kako nastale situacije obrniti sebi v prid. Zato erektilna disfunkcija naj ne bo ovira. Gledalca pozove naj se pogovori z zdravnikom o Viagri, kot je to naredilo že več kot 20 milijonov moških. Oglas se zaključi z mislijo, da so srednja leta čas, ko človek ukrepa (Pfizer 2013).

Opisan oglas prikazuje belega, pogumnega, močnega moškega, ki ve, kaj hoče. Ta moški s svojo vlogo kavboja, ki ima v ameriški družbi nekakšen status junaka, zavzema položaj hegemoni moškosti (Antić Gaber 2012; Connell 2012). Ko se mu v življenju pojavi izziv, v

tem oglasu metafora za erektilno disfunkcijo, se spopade z njim. Viagra ima tukaj podobo sredstva nadzora, v nekem trenutku je njena moč ponazorjena z močjo konjev.

Ciljna skupina oglasa so moški srednjih let. Z oglasom se prenaša sporočilo, da leta niso ovira, ravno nasprotno, takrat moški vedo, kako se konstruktivno spopadati s težavami.

5.2.4 Oglas 4

Zadnji izbran oglas je iz leta 2014. Osrednji in edini lik oglasa je znana ameriška igralka, Kelly King, ki večji del oglasa leži na postelji in nagovarja moške gledalce. Njen začetni nagovor se glasi v smislu, da se ženske sicer rade crkljajo z branjem knjige v postelji, vendar po njenem se pa še rajši z njihovim najljubšim moškim. Zatem izpostavi dejstvo, da ima polovica moških po 40. letu določeno stopnjo erektilne disfunkcije, pri čemer jim lahko pomaga Viagra, ker omogoča doseči in ohraniti erekcijo. Omeni, da jo posameznik lahko vzame le takrat, ko jo potrebuje. Na koncu pozove moške naj le povprašajo zdravnika o Viagri (Pfizer 2014).

Pfizer je v tem primeru za nagovarjanje bodočih uporabnikov Viagre izbral znano osebnost, ker predstavlja učinkovit faktor, ko gre za vplivanje na odločitve potrošnikov (Moynihan in Cassels 2010). Viden je tudi vpliv (bio)medikalizacije in s tem povezan odnos do izbiranja zdravljenja kot preventivne uporabe oz. v tem primeru občasne rabe Viagre (Clarke in drugi 2010). Igralka predstavi Viagro ne le kot pomoč pri dolgotrajnejših težavah z erekcijo, ampak tudi za blažje, občasne oblike erektilne disfunkcije. Tak pristop je strategija za nagovarjanje čim širšega nabora moških.

S postavitvijo ženske kot glavne pripovedovalke in nasploh edinega lika v oglasu je jasno, da so ciljna publika heteroseksualni moški. Poleg tega je mogoče razbrati, da erektilna disfunkcija ni samo stanje, ki prizadene moškega, ampak tudi njihove partnerje, v tem primeru partnerke.

5.3 Diskusija

Iz opravljene analize sem ugotovila, da moški v oglasih zavzemajo pozicijo hegemonne moškosti (oglas 2 je izjema, ker dopušča prostor za razmišljanje o obstoju še drugih moškostih). Predstavljeni so skozi podobo belega, heteroseksualnega, fizično vzdržljivega,

uspešnega moškega, ki je v partnerskem odnosu z žensko. Vse to so karakteristike hegemonne moškosti, ki v zahodnih postmodernih družbah predstavlja najbolj zaželeno obliko moškosti (Antić Gaber 2012; Connell). Hegemona moškost se v oglasih 1 in 4 kaže skozi binarnost moški – ženska oz. heteronormativnost (Mamo in Fishman 2001). V oglasu 1 je to razvidno iz same postavitve moške in ženske figure, kjer je moški pozicioniran pred žensko. Oglas 4 z žensko pripovedovalko kot edinim likom jasno nagovarja heteroseksualne moške.

Umeščanje seksualnega odnosa znotraj partnerstva implicira na družinsko moškost kot normativ in tako dodaja še eno karakteristiko za doseg družbeno najbolj zaželene oblike moškosti. S tem se tudi strinja Thomson (2006), ki je prišel do podobnih ugotovitev z analizo Pfizerjeve spletne strani za Viagra, ki seže od leta 1998 do 2003. Diskurzi, vezani na seksualnost, so formulirani okrog partnerstva in družinskosti, erektilna disfunkcija pa ovira v odnosu (Thomson 2006). In ravno tu nastopi argument Viagre kot terapevtskega sredstva. To je razvidno tudi iz oglasa 1, v katerem žena izjavi, da mož ni šel k zdravniku po Viagra samo zaradi sebe, temveč je to storil zanj. Reprezentacija Viagre kot zdravila za zdravljenje partnerskih odnosov sugerira na njeno delovanje kot pomoč pri ponovni vzpostavitvi bližine oz. intimnosti s partnerjem in pri ohranjanju odnosa (Mamo in Fishman 2001; Conrad 2007).

Terapevtski vidik Viagre naj bi imel še eno funkcijo, in sicer moškemu pomaga pri občutkih sramu in negotovosti, ki se lahko pojavita kot posledica obstoječih stereotipov v zvezi z erektilno disfunkcijo (Carpiano 2001).

V oglasu 3 je erektilna disfunkcija metaforično predstavljena kot izziv. Izziv, s katerim se pravi moški v srednjih letih (v tem primeru kavboj) zna soočiti in ga ne presenetiti. Viagra je tu oglaševana kot sredstvo nadzora, s katerim se je mogoče spopadati z izzivi in vzeti stvari v svoje roke na naraven način. Do podobnega zaključka sta v svoji analizi oglasov za Viagra prišli tudi Mamo in Fishman (2001), ki pojasnjujeta, da sporočila v oglasih izpostavljajo njeno naravnost. Tako naj bi bilo delovanje Viagre v skladu z naravo oz. biologijo telesa, ker okrepi čustveno in fiziološko reakcijo, katerega posledica je seksualni odziv, skladen z medicinskimi normativi seksualnosti. S tem pa moški prevzame nadzor nad svojim telesom in njegovim funkcioniranjem (Mamo in Fishman 2001; Thomson 2006). Diskurza naravnosti in nadzora se tako v promocijskih sporočilih Viagre prepletata in ustvarjata podobo naravnega medicinsko-farmacevtskega pripomočka za povrnitev moškosti.

Oglasa 3 in 4 sta namenjena točno določeni ciljni populaciji, to so moški srednjih let po 40. letu, od katerih naj bi imela kar polovica določeno stopnjo erektilne disfunkcije. Na podlagi statističnih podatkov naj bi se število moških s težavami z erekcijo v naslednjih letih znatno povečalo. Poleg tega prevladuje prepričanje, da je potrebno tudi občasne težave z erekcijo

medicinsko obravnavati in zdraviti (Thomson 2006). Kot je ugotovil Thomson (2006), in kar sem tudi sama zaznala, so v promociji Viagre ta dejstva izpostavljena. Menim, da je s tem dan večji maneverski prostor oglaševanju za nagovarjanje čim širšega kroga bodočih uporabnikov Viagre (Carpiano 2001; Marshall 2006). Obenem se kaže vpliv (bio)medikalizacije pri obravnavanju bolezenskih stanj v smislu optimizacije telesnega delovanja, zato Viagra nastopa v vlogi ojačevalca erekcije oz. je promovirana tudi za namen preventivne uporabe.

Zadnja dva analizirana oglasa (3 in 4) sta novejša, iz leta 2013 in 2014, in oba imata ciljno populacijo moških srednjih let, medtem ko starejša oglasa, 1 in 2, nagovarjata drugo skupino moških. Oglas 1 predvsem mlajše moške, 2 je po mojem mnenju usmerjen na najširšo populacijo moških izmed vseh obravnavanih oglasov. V njegovem sporočilu vidim pozitiven vidik v tem, ker po svoje poskuša destigmatizirati erektilno disfunkcijo, kar bi na splošno moral biti namen oglaševanja (Angell 2008). Po drugi strani pa s prikazom moških, ki prihajajo iz različnih družbeno-kulturnih okolij, so različne starosti ter poklicev, oglas implicira na pogostost erektilne disfunkcije na način pozicioniranja večjega števila moških v vlogo pacienta.

Konkretno v nobenem od izbranih oglasov nisem zasledila neposrednega sporočila o obravnavi telesa kot stroja ali s tem povezanih metafor. Je pa res, da bistvo Viagrine filozofije zajema ta pogled na telo že v sami osnovi, ker deluje po principu okvara – popravilo, brez da bi bila pri tem upoštevana čustvena ali psihološka komponenta seksualnosti (Loe 2001; Kleinplatz 2004).

Kakšni so družbeni vplivi Viagre, je ugotavljala Annie Potts s sodelavkami leta 2001 na Novi Zelandiji (poleg ZDA je to edina država, kjer je dovoljeno DTC oglaševanje) (Potts in druge 2004; WHO 2009). Študija se je izvedla ob podpori Nacionalnega sveta za raziskovanje zdravja Nove Zelandije (v orig. Health Research Council of New Zealand). Ugotavljale so, kako moški z erektilno disfunkcijo in njihove partnerke dojemajo narative v oglasih za Viagro, in če je obstoječi model moške seksualnosti, na katerem temelji Viagra, splošno aplikativen. Sodelovalo je 33 moških, starih med 33 in 72 let ter 27 žensk, starih med 33 in 68 let, in so izhajali iz različnih družbeno-ekonomskih okolij. Vsem sodelujočim moškim, razen enemu, ki je jemal Viagro v rekreativen namen, je Viagro predpisal zdravnik (Potts 2004, 491). Izkazalo se je, da niso vsi participanti dojemali erektilne disfunkcije kot bolezensko stanje, temveč kot del procesa staranja, ki ga je potrebo sprejeti. Še posebej pri starejših ima lahko definicija disfunkcije učinek povzročanja občutka neenakosti, ker seksualno ne zmorejo več toliko kot včasih oz. mlajši moški (Potts 2004, 492). Tudi v povezavi z diskurzom moškega seksualnega nagona, ki povezuje seksualno kompetenco in moškost, so mnenja

različna (Loe 2001). Posamezni moški so videli v Viagri rešitev, ki jim je povrnila določen občutek moškosti, medtem ko drugi niso povezovali njihovih težav z erekcijo z izgubo občutka moškosti. En moški je poskusil Viagro, vendar se je odločil, da je ne bo jemal, ker svojih težav ni klasificiral kot disfunkcijo. Še več, v tem je videl priložnost, da je raziskal še druge oblike seksualnosti, ki so mu po njegovem okrepile lastno vrednotenje moškosti (Potts 2004, 493–494). V promociji Viagre je navedeno, da predstavlja hitro rešitev za erektilno disfunkcijo, metaforično rečeno, rešitev za moški stroj (Loe 2001; Mamo in Fishman 2001). Večina moških je navedla spremembe v erekciji po zaužitju Viagre, posamezni so navedli, da Viagra predstavlja orodje za doseganje cilja. Nekaj moških ni čutilo učinka, spet tretji pa so imeli po zaužitju občutek otopelosti ali pa je bil čas učinkovanja zelo kratkotrajen. Pri posameznikih je tudi prisoten strah psihološke odvisnosti, kar lahko prestavlja prej težavo kot rešitev (Potts 2004, 494–495). V povezavi z diskurzom Viagre kot rešitve za partnerski odnos se je izkazalo, da pri posameznih parih težave z erekcijo ne vplivajo na kvaliteto partnerskega odnosa. Še več, ravno zaradi tega so postali bolj odprti za nove stvari. Prav tu se vidi neustreznost obstoječega normativa seksualnosti v obliki koitusa (Jackosn 1984; Mamo in Fishman 2001; Potts 2004, 496–497; Conrad 2007; Švab 2010). V določenih primerih se je izkazalo, da ni erektilna disfunkcija tista, ki ogroža partnerski odnos, ampak Viagra. Dosti moških je začelo imeti po uporabi Viagre seksualne odnose izven primarne partnerske zveze (Potts 2004, 496).

Kljub malemu vzorcu sodelujočih v študiji, je ta pokazala, da erektilna disfunkcija ne predstavlja konec seksualnega življenja, oz. da lahko tudi pozitivno vpliva na partnerski odnos. Prav tako se je izkazalo, da diskurzi, na katerih temelji Viagra (koitus, določenost moškosti z uspešno seksualno kompetenco, obravnava telesa kot stroja) niso splošno aplikativni, in da je zanemarjanje individualnega vidika seksualnosti problematično (Potts 2004).

6 SKLEP

V magistrskem delu sem z vidika socialnega konstruktivizma obravnavala konstrukcijo moške seksualnosti v zahodni družbi na primeru medikalizacije erektilne disfunkcije. Sinonim za to je Viagra, ki ni le medicinski fenomen, ampak tudi družbeni. S tem mislim njeno družbeno podobo kot »moškosti, ki se nahaja v obliki modre tablete«.

Moškost je v zahodni kulturni konstrukciji moškosti in normativov moške seksualnosti še vedno neločljivo vezana na seksualno moč, ki je tesno vezana na moško identiteto. V skladu z medicinsko obravnavo seksualnosti je ta razumljena kot funkcija telesa, telo se tretira kot stroj. In v primeru, ko pride do težav v seksualnem funkcioniranju, je hkrati ranjena tudi moškost.

V širšem pogledu je Viagra primer, kako sodobna zahodna družba postaja vse bolj (bio)medikalizirana. Vsaka najmanjša težava, ki sploh ni nujno medicinskega izvora, je postala stvar medicinske obravnave. Farmacevtska industrija postaja vse močnejši akter v tem procesu, vedno več je na voljo farmacevtskih produktov, ki nam lahko rešijo življenje, pri tem je preventivna uporaba bistvena. Pri oglaševanju se uporabljajo vedno bolj agresivni pristopi, ki nagovarjajo bodoče potrošnike v smislu, da je njihova odločitev (oz. v duhu postmoderne družbe, izbira), ali si bodo rešili življenje.

Viagra je primer, kako je medikalizacija moške seksualnosti fokusirana na penis. Pokončen, trd penis omogoča uspešne seksualne odnose, s tem se potrjuje tudi moškost. In ko tega ni, tudi moškosti ni. Podjetje Pfizer tu nastopi z rešitvijo v obliki Viagre. Ne le kot pomoč pri popravilu dela telesa, predvsem pri vračanju moškosti. Sporočilo Viagre je, da na naraven način vrača moškost in samozaupanje, pomaga pri ohranjanju intimnosti s partnerjem in zmanjšuje stigmo v zvezi z erektilno disfunkcijo v družbi.

Tezo, ki sem jo zastavila na začetku magistrskega dela, lahko potrdim. Družbeni fenomen Viagre je zelo izrazit primer združenega delovanja farmacevtske industrije, urologov in oglaševalcev v procesu medikalizacije moške seksualnosti, ki izhaja iz določenih podmen moške seksualnosti (biološki nagon oz. seksualna kompetenca) ter medicinskega razumevanja telesa kot stroja. V tem smislu se umešča v širši družbeni in kulturni kontekst permisivne seksualne kulture zahodnih družb, znotraj katere se prepletajo različni diskurzi o seksualnosti, ki določajo normative moške seksualnosti.

Tudi z analizo oglasov, ki sem jo opravila s pomočjo KDA, sem prišla do ugotovitev, da se podoba moškega, ki je predstavljena v njih, ujema z družbenimi normativi moškosti

(heteroseksualnost, seksualna kompetenca, moč, uspeh, nadzor). Poleg tega oglasi predstavljajo Viagro kot naravno orodje za nadzor nad telesom in zdravilo za partnerski odnos.

Dejstvo je, da erektilna disfunkcija za moškega lahko predstavlja hudo težavo in osebno stisko. Vendar v velikih primerih ni to le težava fiziološkega izvora, pomembni so tudi ostali vidiki (čustveni, odnosni, družbeno-kulturni), ki pa jih biomedicinski model zanemara. Erektilna disfunkcija lahko tudi pozitivno vpliva na kvaliteto odnosa, če sta partnerja odprta za nove stvari in ne dojemata koitus kot normativ seksualnega odnosa. Celoten medicinski model razumevanje seksualnosti je neustrezen, ker popolnoma zanemara specifičnosti posameznikov, ki se jih preprosto ne da zreducirati v nek skupen okvir, ki je bil poleg vsega izpeljan iz pristransko izveden raziskave.

Z Viagro je erektilna disfunkcija zreducirana zgolj na okvaro mehanskega delovanja, zato predstavlja tehnologijo za telo, v širšem pogledu tudi za vračanje moškosti. To sicer predstavlja zelo enostaven in hiter način reševanje težave, vendar če izvor ni medicinske narave oz. če posameznik s to težavo ne vidi stvari s te perspektive, predstavlja le beg od resničnih vzrokov težav ali pa neustrezen način spopadanja z njimi.

7 LITERATURA

- Abraham, John. 2010. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology* 44 (4): 603–622.
- American Psychiatric Association. 2014a. *DSM-5 Development*. Dostopno prek: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> (23. junij 2015).
- 2014b. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Dostopno prek: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> (23. junij 2015).
- 2015a. *DSM*. Dostopno prek: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm> (23. junij 2015).
- 2015b. *DSM: History of the Manual*. Dostopno prek: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual> (23. junij 2015).
- Angell, Marcia. 2008. *Resnica o farmacevtskih podjetjih*. Ljubljana: Krtina.
- Antić Gaber, Milica. 2012. Onkraj binarnosti in dihotomij V *Moškosti*, ur. Raewyn Connell, 349–370. Ljubljana: Krtina.
- Bancroft, John. 2002. The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution. *Archives of Sexual Behavior* 31 (5): 451–455.
- Baglia, Jay. 2005. *The Viagra Ad Venture: Masculinity, Media, and the Performance of Sexual Health*. New York: Peter Lang Publishing. Dostopno prek: Google Books.
- Bečaj, Janez. 2003. (Socialni) konstrukcionizem in socialna psihologija. *Psihološka obzorja* 12 (3): 43–64.
- Berger, Peter L. in Thomas Luckman. 1988. *Družbena konstrukcija realnosti*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Boni, Federico. 2002. Framing Media Masculinities: Men's Lifestyle Magazines and the Biopolitics of the Male Body. *European Journal of Communication Studies* 17 (4): 465–478.
- Carpiano, Richard M. 2001. Passive Medicalization: The Case of Viagra and Erectile Dysfunction. *Sociological Spectrum* 21: 441–450.
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket in Jennifer R. Fishman. 2003. Biomedicalization: Tehnoscientific Transformations of Health, Illnes, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68 (2): 161–194.
- Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, Jennifer R. Fishman in Janet K. Shim. 2010. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illnes in the U.S.*. Durham: Duke University Press. Dostopno prek: Google Books.

- Connell, R. W. in James W. Messerschmidt. 2005. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society* 19 (6): 829–859.
- Connell, Raewyn. 2012. *Moškosti*. Ljubljana: Krtina.
- Conrad, Peter. 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18: 209–232.
- 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Coveney, Catherine, Jonathan Gabe in Simon Williams. 2011. The Sociology of Cognitive Enhancement: Medicalization and beyond. *Health Sociology Review* 20 (4): 381–393.
- Cosgrove, Lisa, Melissa Pearrow in Maria Anaya. 2008. Toward a New Paradigm for Psychiatric Diagnoses and Clinical Research in Sexology. *Feminism & Psychology* 18 (4): 457–465.
- Encyclopedia of Mental Disorders. 2015a. *Erectile Dysfunction*. Dostopno prek: <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/Erectile-dysfunction.html> (23. junij 2015).
- 2015b. *Sexual Dysfunctions*. Dostopno prek: <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Sexual-dysfunctions.html> (23. junij 2015).
- Encyclopaedia Britannica, Inc.. 2015a. *Havellock Ellis*. Dostopno prek: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/185133/Havelock-Ellis> (23. junij 2015).
- 2015b. *Scythian*. Dostopno prek: <http://global.britannica.com/EBchecked/topic/530361/Scythian> (23. junij 2015).
- Erić, Ljubomir. 2011. *Seksualne disfunkcije*. Ljubljana: Hermes IPAL, založba Inštituta za psihološko astrologijo in psihoanalizo Ljubljana.
- Erjavec, Karmen in Melita Poler Kovačič. 2007. *Kritična diskurzivna analiza novinarskih prispevkov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Featherstone, Mike, Mike Hepworth in Bryan S. Turner. 1991. *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: SAGE Publications.
- Foucault, Michel. 2010. *Zgodovina seksualnosti*. Ljubljana: ŠKUC.
- Gagnon, John H. 1990. The Explicit and Implicit Use of the Scripting Perspective in Sex Research. *Annual Review of Sex Research* 1: 1–43.
- Gagnon, John H. in William Simon. 2004. The Social Origins of Sexual Development V *Sexualities: Identities, Behaviours, and Society*, ur. Michael S. Kimmel in Rebecca F. Plante. New York: Oxford University Press.
- Gavey, Nicola, Kathryn McPhillips in Virginia Braun. 1999. Interruptus Coitus: Heterosexuals Accounting for Intercourse. *Sexualities* 2 (1): 35–68.

- Gergen, Kenneth J. 2009. *An Invitation to Social Construction*. London: Sage Publications.
Dostopno prek: Google Books.
- Goldacre, Bob. 2011. *Slaba znanost*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Grace, Victoria, Annie Potts, Nicola Gavey in Tiina Vares. 2006. The Discursive Condition of Viagra. *Sexualities* 9 (3): 295–314.
- Gross, Gregory in Robert Blundo. 2005. Viagra: Medical Technology Constructing Aging Masculinity. *Journal of Sociology and Social Welfare* XXXII (1): 85–97.
- Jackson, Margaret. 1984. Sex Research and the Construction of Sexuality: A Tool of Male Supremacy. *Women's Studies International Forum* 7: 43–51.
- Izgoršek, Urša. 2013. Sram in negotovost ohromita seks. *Nedelo*, št. 21 (26. maj).
- Jessop, Nathan. 2011. Will DTC Advertising Appear in Europe?. *Pharmaceutical Technology Europe* 23 (1). Dostopno prek: <http://www.pharmtech.com/will-dtc-advertising-appear-europe?rel=canonical> (23. junij 2015).
- Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kleinplatz, Peggie J. 2004. Beyond Sexual Mechanics and Hydraulics: Humanizing the Discourse Surrounding Erectile Dysfunction. *Journal of Humanistic Psychology* 44 (2): 215–242.
- Kornfield, Rachel, Julie Donohue, Ernst R. Berndt, G. Caleb Alexander. 2013. Promotion of Prescription Drugs to Consumers and Providers, 2001–2010. *PLoS ONE* 8 (3): 1–7.
- Laqueur, Thomas. 1990. *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.
- Laumann, Edward O. in John H. Gagnon. 2010. A Sociological Perspective in Sexual Action V *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in Postmodern World*, ur. Richard G. Parker in John H. Gagnon, 183–213. New York; London: Routledge.
- Loe, Meika. 2001. Fixing Broken Masculinity: Viagra as Technology for the Production of Gender and Sexuality. *Sexuality & Culture* 5 (3): 97–125.
- 2006. Fixing the Broken Male Machine V *Sex Matters: Sexuality and Society Reader (2nd Edition)*, ur. Stomblor, Mindy, Dawn M. Baunach, Elizabeth C. Burgess, Denise Donnelly in Wendy Simonds, 235–250. Boston: Allyn & Bacon.
- Mamo, Laura in Jennifer Fishman. 2001. Potency in All the Right Places: Viagra as Technology of the Gendered Body. *Body & Society* 7 (4): 13–35.
- Marshall, Barbara L.. 2002. “Hard Science”: Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the “Viagra Age”. *Sexualities* 5 (2): 131–158.

--- 2006. The New Virility. Viagra, Male Aging and Sexual Function. *Sexualities* 9 (3): 345–362.

Martin, Emily. 2001. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Moruno, Dolores Martin. 2010. Love in the Time of Darwinism: Paolo Mantegazza and the Emergence of Sexuality. *Medicina & Storia* X (19 – 20): 147–164.

Moynihan, Ray in Alan Cassels. 2010. *Krošnjari z boleznijo: kako farmacevtske velikanke delajo iz nas bolnike*. Ljubljana: V.B.Z..

Moynihan, Ray, Iona Heath in David Henry. 2002. Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering. *BMJ* 324: 886–891.

Nye, Robert A.. 1999. *Sexuality*. Oxford: Oxford University Press.

--- 2003. The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century. *Journal of History of the Behavioral Sciences* 39 (2): 115–129.

Padgug, Robert A. 2007. Sexual Matters: On Conceptualizing Sexuality in History V **Culture, Society and Sexuality**, ur. Richard Parker in Peter Aggleton, 17–30. New York: Routledge. Dostopno prek: Google Books.

Pfizer. 2000a. *Viagra TV Ad*. Dostopno prek: https://www.youtube.com/watch?v=kFZ1_slXea8 (23. junij 2015).

--- 2000b. *Viagra TV Ad*. Dostopno prek: <https://www.youtube.com/watch?v=2sqfxwfl9XM> (23. junij 2015).

--- 2013. *The Age of Knowing How to Make Things Happen*. Dostopno prek: <http://www.ispot.tv/ad/7kNk/viagra-the-age-of-knowing-how-to-make-things-happen#moreData> (23. junij 2015).

--- 2014. *Viagra Commercial featuring Kelly King – 2014*. Dostopno prek: <https://www.youtube.com/watch?v=-YtOOeDEJ6Y> (23. junij 2015).

Plante, Rebecca F. 2006. ***Sexualities in Context: A Social Perspective***. Colorado: Westview Press. Dostopno prek: Google Books.

Potts, Annie. 2000. »The Essence of the Hard On«: Hegemonic Masculinity and the Cultural Construction of »Erectile Dysfunction«. *Men and Masculinities* 3 (1): 85–103.

Potts, Annie, Victoria Grace, Nicola Gavey in Tiina Vares. 2004 »Viagra Stories«: Challenging »Erectile Dysfunction«. *Social Science & Medicine* 59: 489–499.

Pryce, Anthony. 2000. Frequent Observations: Sexualities, Self-surveillance, Confession and the Construction of Active Patient. *Nursing Inquiry* 7: 103–111.

- Public Broadcasting Service. 2015. *Alfred Kinsey, The Naturalist*. Dostopno prek: http://www.pbs.org/wgbh/amex/kinsey/peopleevents/p_naturalist.html (23. junij 2015).
- Rosen, Raymond C. 1996. Erectile Dysfunction: The Medicalization of Male Sexuality. *Clinical Psychology Review* 16 (6): 497–519.
- Sanderson, K. Stephen. 2003. *A Darwinian Alternative of Social Constructionism and Postmodernism*. Indiana: University of Pennsylvania. Dostopno prek: <http://stephenksanderson.com/documents/TheSociologyofHumanSexualityADarwinianAlternativetoSocialConstructionismandPostmodernism.pdf> (23. junij 2015).
- Schultheiss, Dirk in Sidney Glina. 2010. Highlights from the History of Sexual Medicine. *J Sex Med* 7: 2031–2043.
- Selling Sickness*. 2012. Dostopno prek: <http://sellingsickness.com> (23. junij 2015).
- Szasz, Thomas Stephen. 2013 *Kraja človeka: eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: UMco.
- Student Health Organization. 2015. *Managed Care*. Dostopno prek: <https://www.uhcsr.com/SelfServiceSupport/Students/HealthInsurance101/DetailsManagedCare.aspx> (23. junij 2015).
- Thomson, Michael. 2006. Viagra Nation: Sex and the Prescribing of Familial Masculinity. *Law, Culture and the Humanities* 2: 259–283.
- Thornton, Stephen P. *Sigmund Freud*. Dostopno prek: <http://www.iep.utm.edu/freud/> (23. junij 2015).
- Tiefer, Leonore. 1986. In Pursuit of the Perfect Penis. The Medicalization of Male Sexuality. *The American Behavioral Scientist* 29 (5): 579–599.
- 1994. The Medicalization of Impotence: Normalising Phallocentrism. *Gender and Society*, 8 (3): 363–377.
- 1996. The Medicalization of Sexuality: Conceptual, Normative, and Professional Issues. *Annual Review of Sex Research* (7): 252–282.
- 2001. A New View of Women's Sexual Problems: Why New? Why Now?. *The Journal of Sex Research* 38 (2): 89–96.
- 2003. The Pink Viagra Story: We have the drug, but what's the disease?. *Radical Philosophy* 21: 2-5.
- 2004. *Sex is not a Natural Act and Other Essays*. Second Edition. Colorado, Oxford: Westview Press.
- 2006. The Viagra Phenomenon. *Sexualities* 9 (3): 273–294.

--- 2008. The New View in Activism and Academics 10 Years On. *Feminism & Psychology* 18 (4): 451-456.

Tivadar, Blanka. 1996. Medicinski govor o ženski V *Spol Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek, 68–98. Ljubljana: KUD France Prešeren.

Urologija. 2015. *Eretilna disfunkcija (ED)*. Dostopno prek: http://www.uroweb.si/index.php?menu=erekthhttp://www.uroweb.si/index.php?menu=erektlna_disfunkcijailna_disfunkcija (23. junij 2015).

Van Dijk, Teun A. 2001. Critical Discourse Analysis V *Handbook of Discourse Anaylis*, ur. Deborah Schiffrin, Deborah Tannen in Heidi E. Hamilton, 352–371. Oxford: Blackwell. Dostopno prek: <http://www.discourses.org/OldArticles/Critical%20discourse%20analysis.pdf> (23. junij 2015).

Vezovnik, Andreja. 2008. Kritična diskurzivna analiza v kontekstu sodobnih diskurzivnih teorij. *Družboslovne razprave* 57: 79–76.

Weeks, Jeffrey. 2010. ***Sexuality. Third Edition***. New York: Routledge. Dostopno prek: Google Books.

Wodak, Ruth. 2009. Za kaj gre v KAD – pregled zgodovine, pomembnih konceptov in razvoja. *Šolsko polje* 5 (6): 5–23.

World Health Organization. 2009. Direct-to-Consumer Advertising under Fire. *Bulletin of World Health Organization* 87 (8): 565–644. Dostopno prek: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/09-040809/en/> (23. junij 2015).

--- 2015. *Generic Drugs*. Dostopno prek: <http://www.who.int/trade/glossary/story034/en/> (23. junij 2015).