

Spolne motnje in njihova obravnava po načelih spolne medicine

The management of sexual dysfunctions according to the principles of sexual medicine

Gabrijela Simetinger

Splošna bolnišnica Novo mesto

Korespondenca/ Correspondence:

asist. dr. Gabrijela Simetinger, dr. med.
e: gabrijela.simetinger@sioL.net

Ključne besede:

spolno zdravje; bio-psiho-socialni model; model PLISSIT; seksualna terapija; ginekološka ambulanta

Key words:

sexual health; biopsychosocial model; PLISSIT model; sexual therapy; gynaecological outpatient clinic

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn. 2016;
85: 313–23

Prispelo: 1. maj 2016,
Sprejeto: 15. jun. 2016

Izvleček

Spolna medicina je veda, ki se ukvarja z vplivom psiho-fiziologije, intimnih odnosov, družbenih in kulturoloških dejavnikov, razvojnih učinkov, spolne usmerjenosti in raznolikosti, spolne identitete ter medspolnih razlik na spolno funkcijo. Njen cilj je ponovna vzpostavitev ali izboljšanje spolne funkcije, optimizacija spolne izkušnje in dobrega počutja ter osebnega kakor tudi medosebnega zadovoljstva v spolnosti. Spolna medicina spolne probleme deli na: skrbi (napačna stališča in prepričanja), težave (občasni problemi v spolnosti), motnje (disfunkcije) in okvare ali bolezni.

V spolni medicini se najpogosteje uporabljajo trije modeli spolnega odgovora: linearna (Masters in Johnson, Kaplan) in krožni model (Basson) ter je na podlagi novih znanj o spolnosti uveljavljena nova klasifikacija spolnih motenj po Mednarodnem komiteju za spolno medicino. Spolne motnje niso več opredeljene kot organske ali psihogene, temveč se njihov vzrok razjasni skozi etiologijo. Anamnestična obravnava oseb s spolno motnjo je biološko-medicinska, psihološka in socialno-kulturološka po bio-psiho-socialnem modelu. Osnoven okvir za psihoseksualno terapijo je model PLISSIT.

V ginekološki specialistični ambulanti bolnišnice Novo mesto smo v letih 2013–2015 po bio-psiho-socialnem modelu obravnavali 127 žensk s spolnimi motnjami, starih v povprečju 34,3 let (19–64 let). Model PLISSIT kot osnoven okvir za psihoseksualno terapijo se je izkazal kot enostaven in uspešen.

Abstract

Sexual Medicine is a discipline dealing with the impact of psychophysiology, relationships, socio-cultural influences, developmental effects, sexual preference and variations, gender identity and inter-gender differences on the sexual function and experience of men and women of all ages, both as individuals and within the context of their relationships. Its aim is the restoration or improvement of function, and the optimisation of sexual experience and wellbeing, and of personal and interpersonal satisfaction with sexuality. According to sexual medicine, sexual problems are divided into four categories: sexual concerns, difficulties, dysfunctions and disorders.

Two linear (Masters and Johnson, Kaplan) and a circular model (Basson) are the three most commonly used models of sexual response in sexual medicine. According to the latest sexuality studies, a new classification has been introduced by the International Committee of Sexual Medicine. Sexual dysfunctions are not divided into physical or psychogenic anymore; the cause should be clarified through the etiology. A biopsychosocial approach, which systematically considers biomedical, psychological and socio-cultural history, is used in the assessment of a sexual problem. The basic modelling system of psychosexual therapy is the PLISSIT model.

A biopsychosocial approach was used in 127 women with a sexual dysfunction, average age 34.3 years (from 19 to 64), treated at the gynaecological outpatient clinic of the General Hospital Novo mesto between 2013 and 2015. The PLISSIT model proved to be simple and successful.

Uvod

Spolna medicina je veda, ki se ukvarja z vplivom psiho-fiziologije, intimnih odnosov, družbenih in kulturoloških dejavnikov, razvojnih učinkov, spolne usmerjenosti in raznolikosti, spolne identitete ter medspolnih razlik na spolno funkcijo. Hkrati jo zanimajo spolne izkušnje moških in žensk vseh starosti, tako posamezno kot tudi v kontekstu partnerskih odnosov. Spolna medicina si prizadeva izboljšati spolno zdravje s preventivo, diagnostiko, zdravljenjem in rehabilitacijo.¹ Njen cilj je ponovna vzpostavitev ali izboljšanje spolne funkcije, optimizacija spolne izkušnje in dobrega počutja ter osebnega kakor tudi medosebnega zadovoljstva v spolnosti.² V obravnavi oseb s spolni motnjami veljajo tri temeljna določila: v osebo usmerjena klinična praksa z upoštevanjem kulturoloških znanj, diagnostika in načrtovanje zdravljenja s spolno medicino, podprto z dokazi in terapija enotna ne glede na spol. V psihoseksualni terapiji je nujen uravnotežen in integrativen pristop.¹

Spolna medicina spolne probleme ne obravnava in deli na normalne ali patološke, kot je to običaj pri medicini,³ temveč jih deli na: skrbi (napačna stališča in prepričanja), težave (občasni problemi v spolnosti), motnje (disfunkcije) in okvare ali bolezni.⁴

Napačna stališča in prepričanja v spolnosti

Najpogostejša stališča in napačne predstave o ženski seksualnosti so: seks je za mlajše od trideset let; ‚normalna‘ ženska pri vsakem spolnem odnosu doživi orgazem; nosečnost in porod zmanj-

šata žensko spolno odzivnost; žensko spolno življenje se zaključi z menopavzo; obstajata dva orgazma – ‚vaginalni‘ je bolj ženstven in zrelejši od ‚klitoričnega‘; dostojnih žensk erotična literatura ne vznburja, ne dajejo pobude in ne marajo ‚bolj erotičnih‘ oblik seksa; če ženska nima spolnih želja ali fantazij, je ‚frigidna‘, če jih ima, je razuzdanka.⁵

Obstajajo tudi številni miti in napačne predstave o moški seksualnosti: moški so svobodomiselni in se brez težav pogovarjajo o seksu; moški lahko vedno sproži spolni odziv pri ženski; moški so vedno zainteresirani in pripravljeni za seks in vsak dotik vodi v spolni odnos; pravi moški mora biti glavni pri seksu; seks je osredotočen na penis in to, kar se njim počne; če penis ‚ne zmore‘, obstaja tabletko, ki bo poskrbela za vse; seks pomeni vaginalni spolni odnos; dober seks je spontan brez planiranja in brez pogovarjanja.^{5,6}

Spolni odgovori

V spolni medicini je ključno poznavanje človeških fizioloških spolnih odgovorov. Najpogosteje se uporabljajo: linearna (Masters in Johnson, Kaplan) in krožni model (Basson).

Linearna spolna modela

Ginekolog William H. Masters in psihologinja Virginia E. Johnson sta v 50. letih prejšnjega stoletja na podlagi laboratorijskih raziskav prva oblikovala model človekovega spolnega odziva, ki temelji na biološkem in medicinskem razumevanju človeške spolnosti.^{7,8} Z razi-

skovanjem spolnega odgovora, ki je bil po njunem mnenju enak pri obeh spolih, sta postavila temelje fiziologiji človeške spolnosti. Model je bil zelo pripraven za medicinsko razlago človeške spolnosti z natančnim opisovanjem fizioloških različic spolne odzivnosti. Zato je takrat njuno delo postalo osnova za opredelitev spolnih motenj.⁹ Fiziološko sta spolni odziv razdelila na štiri faze: fazo vzburjenja, fazo platoja, fazo orgazma in fazo umiritve.^{7,8} Njune ugotovitve so še danes osnova za klasifikacijo spolnih motenj po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – MKB-10-AM.¹⁰

Psihiatrinja Helen Singer Kaplan je kasneje predstavila nov trifazni koncept spolnega odgovora, v katerega je vključila spolno željo.¹¹ Človeški spolni odgovor je razdelila na tri faze: spolno željo, vzburjenje in orgazem, ki naj bi bile fiziološko povezane, vendar jih sprožijo različni nevropsihološki sistemi.¹² Kaplanova je s svojim modelom odprla pomembno razpravo med željo po spolni dejavnosti in občutkom vzburjenja.¹³

Krožni model

Glede na medicinsko spoznanje, da vseh žensk ni mogoče uvrstiti v spolna modela po Mastersovi in Johnsonu ali Kaplanovi, so seksologi začeli razvijati nove modele. Prvi, t. i. krožni model, sta pripravili nefrofiziologinja Beverly Whipple in družinska zdravnica Karen Brash-McGreer. Razdelili sta ga na 4 faze: fazo zapeljevanja, ki obsega spolno željo, fazo občutenja vzburjenja in užitka, fazo predaje z orgazmom in fazo refleksije in resolucije. Poudariti sta želeli, da zadovoljiva spolna izkušnja povečuje spolno željo in vodi žensko v novo spolno dejavnost.¹⁴

Najbolj referenčen krožni model ženskega spolnega odgovora je predstavi-

la internistka Rosemary Basson.¹⁵⁻¹⁷ V svojem modelu razlaga, da je glavna motivacijska sila, ki sproži spolni odgovor, stopnja čustvene bližine s partnerjem. Obstajajo še številni drugi psihološki (spolne fantazije) in biološki dejavniki (senzorični dražljaji), ki vodijo v subjektivno vzburjenje. Če je stimulacija prijetna in traja dovolj dolgo ter je ženska nanjo osredotočena, postane spolno vzburjenje tako intenzivno, da se sproži spolna želja za dodatne spolne občutke in čustva, ki lahko poveča objektivno spolno vzburjenje.¹⁵⁻¹⁷ Pozitivna izkušnja takšnega poteka spolnega odnosa ima za posledico povečano čustveno bližino s partnerjem; pri tem orgazmična sprostitvev ni pogoj za spolno zadovoljstvo.¹⁷

Na podlagi teh ugotovitev se danes ženska spolna motnja obravnava multivzročno in multidimenzionalno, kjer se prepletajo biološke, psihološke in medosebne opredelitve.¹⁸ Za žensko ne obstaja preprost spolni odgovor, temveč je kompleksnejši in odvisen od številnih drugih dejavnikov. Zato še vedno nimamo enotnega modela, s katerim bi se lahko identificirale vse ženske.¹⁹

Giraldi, Kristensen in Sand v svoji raziskavi trdijo, da naj bi skoraj 50 % moških svoj spolni odgovor opredelilo po linearnem modelu Mastersa in Johnsonove in manj kot 40 % po Kaplanovi, medtem ko so se ženske enakomerno razporedile med tri zgoraj omenjene modele (Masters in Johnson, Kaplan ter Basson). Ženske s spolno motnjo so svoj spolni odgovor v več kot 90 % opredelile po krožnem modelu Basson.²⁰

Nove definicije spolnih motenj po načelu spolne medicine

Težave pri spolnem odnosu, npr. situacijska anorgazmija (nedoživljanje orgazma) pri ženski se občasno pojavijo v

drugačnih okoliščinah in ne pomenijo, da ima oseba motnjo v doseganju orgazma.¹ Spolna motnja je po definiciji problem, ki je pri spolnem odnosu vedno prisoten, ne glede na razpoloženje in okoliščine, kot npr. pekoče spolovilo pri ženski ali ukrivljen penis pri moškem, kar obema onemogoča vaginalni spolni odnos.¹ Problemi v spolnosti nastopijo tudi pri boleznih, ki zaradi lokalne poškodbe tkiva onemogočajo fiziološki spolni odnos, kot npr. okvare hrbtenice ali sladkorna bolezen.¹ Skrbi in težave v spolnosti se večinoma rešujejo s terapevtskim svetovanjem, motnje in bolezni pa potrebujejo poglobljeno terapevtsko obravnavo.²¹

Po MKB-10-AM so spolne motnje, ko izključiš organski vzrok, opredeljene in razvrščene pod klasifikacijsko podenoto F, ki razvršča psihiatrične motnje, med njimi pod F52.X spolne motnje neorganskega tipa. Pod F52.X so naslednje kategorije: F52.0 Pomanjkanje ali izguba spolne želje (frigidnost, hipoaktivna spolna želja); F52.1 Seksualna averzija in pomanjkanje seksualnega uživanja (anhedonija, seksualna); F52.2 Neuspešnost genitalnega odziva (motnja seksualnega vznburjenja pri ženski, erektilna motnja pri moškem, psihogena impotenca); F52.3 Orgazmična disfunkcija (zavrti orgazem (moški, ženski), psihogena anorgazmija); F52.4 Prezgodnja ejakulacija; F52.5 Neorganski vaginizem (psihogeni vaginizem); F52.6 Neorganska disparevnija (psihogena disparevnija); F52.7 Čezmerni spolni nagon (nifomanija, satiriaz); F52.8 Druge vrste spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen, in F52.9 Neopredeljena spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen.¹⁰

V spolni medicini je uveljavljena nova klasifikacija spolnih motenj po Mednarodnem komiteju za spolno me-

dicino (*angl.* International Committee of Sexual Medicine – ICSM).²²

Spolne motnje po ICSM klasifikacijskem sistemu niso opredeljene kot organske ali psihogene, saj se vzroki njihovega nastanka medsebojno ne izključujejo in naj bi se razjasnili skozi etiologijo.²² Pomembno v obravnavi in postavitvi diagnoze spolne motnje je, da motnja osebi povzroča klinično pomembno stisko, in traja več kot tri mesece. Glede na izraženost stiske ločimo blago, zmerno in očitno motnjo. Če oseba stiske nima, motnja ni prisotna.²²

Spolne motnje se v splošni populaciji pojavljajo od 5–35%.²²⁻²⁴ Pogostost spolnih motenj je ocenjena na 15% po pregledu številnih raziskav.²²⁻²⁴ Po raziskavi Laumanna so v ameriški populaciji spolne motnje pogostejše pri ženskah (43%) kot pri moških (31%).²⁵ Pri ženskah je najpogostejše pomanjkanje spolne želje (22%), sledijo motnje vznburjenja (14%), medtem ko je pri moških najpogostejša motnja prezgodnja ejakulacija (21%).²⁵

Definicije ženskih spolnih motenj

Motnja spolne želje je zmanjšanje ali odsotnost zanimanja za spolnost, odsotnost razmišljanja o spolnosti, odsotnost spolnih fantazij oziroma zmanjšanje ali odsotnost spolne želje v fazi vznburjenja. Motivacija (tukaj definirana kot razlogi/spodbude) za spolno vznburjenje pri ženski je nezadostna ali je ni. Skrajna oblika motnje spolne želje je spolna averzija, ki je opredeljena kot strah in/oziroma odpor do kakršnega koli poskusa spolne dejavnosti.²²

Motnje spolnega vznburjenja so tri: a) Motnja genitalnega spolnega vznburjenja, ki je odsotno ali nezadostno, po navedbah žensk je prisotna minimalna nabreklost vulve in/ali zmanjšana vaginalna vlažnost, ne glede na način spolne stimulacije ter zmanjšana genitalna ob-

čutljivost pri draženju. Subjektivno spolno vzburjenje se pojavi pri ne-genitalni spolni stimulaciji. b) Motnja subjektivnega spolnega vzburjenja je odsotnost ali opazno zmanjšanje občutkov spolnega vzburjenja (spolno vznemirjenje in spolni užitek), ob katerem koli načinu spolne stimulacije. Vaginalna vlažnost, nabreklost vulve in/ali drugi znaki fizičnega spolnega odziva so prisotni. c) Kombinirana motnja genitalnega in subjektivnega vzburjenja.²²

Med motnje spolnega vzburjenja sodi tudi motnja trajajočega genitalnega vzburjenja (*angl.* persistent genital arousal dysfunction). Gre za spontano, nadležno in nezaželeno genitalno vzburjenje (kot npr. ščemenje, utripanje in pulziranje) v odsotnosti spolnega interesa ali spolne želje. Vsako zavedanje subjektivnega vzburjenja je običajno neprijetno. Vzburjenja ne poteši ne en ali celo več orgazmov. Občutek vzburjenja ostaja prisoten še ure in dneve.²²

Motnja orgazma je izostanek orgazma, opazno zmanjšana intenziteta občutkov pri orgazmu ali opazno zapoznel orgazem ne glede na vrsto spolne stimulacije. Po navedbah žensk gre pri tej motnji za stanje močnega spolnega vzburjenja.²²

Bolečina pri spolnem odnosu je opredeljena kot disparevnija ali vaginizem. Disparevnija je trajajoča ali ponavljajoča se bolečina pri poskusu ali popolnem vstopu v vagino in/ali vaginalni penetraciji penisa. Vaginizem je trajajoča ali ponavljajoča težava ženske pri vaginalni penetraciji penisa, prsta ali katerega koli drugega predmeta, čeprav si ženska to želi. Prisotni so še: nehotno krčenje mišic medeničnega dna, izogibanje penetraciji ter vnaprej pričakovan fobični strah pred bolečino, kar vodi v izogibanje spolnim dejavnostim. Pri tem je potrebno izključiti ali obravnavati strukturne ali druge telesne abnormnosti.²²

Definicije moških spolnih motenj

Motnja spolne želje je definirana enako, kot velja za ženske. Pri epidemioloških raziskavah je nekoliko zanemarjena tema, čeprav se v klinični praksi pogosto pojavlja.²²

Eretilna motnja je trajajoča ali ponavljajoča se nesposobnost moškega, da doseže in/ali zadrži zadostno erekcijo penisa za spolno dejavnost. Za potrditev diagnoze je potrebno trimesečno obdobje. V nekaterih primerih travm ali kirurško povzročeni erektilni motnji (npr. po radikalni prostatektomiji) se lahko diagnoza postavi pred obdobjem treh mesecev. Objektivno testiranje lahko potrdi diagnozo, ne more pa nadomestiti bolnikovih lastnih navedb.²²

Prezgodnja ejakulacija: a) dolgotrajna prezgodnja ejakulacija (od prve spolne izkušnje); (*angl.* lifelong premature ejaculation) je definirana z dokazi podprto medicino kot ejakulacija, ki vedno ali skoraj vedno nastane tik pred vaginalno penetracijo ali v časovnem okviru ene minute po njej; nesposobnost zadržati ejakulacijo pri vseh ali skoraj vseh vaginalnih penetracijah; ter negativne psihološke posledice (stiska, zaskrbljenost, razočaranje in/ali izogibanje spolni intimnosti). Za postavitev diagnoze pridobljena prezgodnja ejakulacija je premalo dokazov.²²

Anejakulacija je odsotnost ejakulacije med orgazmom.²²

Motnja orgazma je nezmožnost doživeti orgazem, opazno zmanjšana je intenziteta občutkov pri orgazmu ali opazno zapoznel orgazem med kakršno koli spolno stimulacijo. Spolno vzburjenje je lahko zelo intenzivno brez potešitve. Motnja se lahko pojavi skupaj z motnjo ejakulacijske funkcije.²²

Bolečina pri spolnih odnosih pri moškem ali disparevnija je trajajoča ali ponavljajoča se genitalna bolečina med spolno dejavnostjo.²²

Obravnavanje spolnih motenj po načelu spolne medicine

Številni zdravstveni delavci se bojijo pogovarjati o spolnosti zaradi osebnega nelagodja, pomanjkanja zavedanja o spolnih vprašanjih, zaskrbljenosti zaradi nezadostnega znanja in zmožnosti ali pa menijo, da nimajo zadostnega časa, virov in usposobljenosti.²⁶

Običajna vprašanja, s katerimi začnemo pogovor o spolnosti, so: odprta vprašanja: "Kakšno je vaše spolno življenje?"; vprašanja za ocenitev: "Ocenite svoje običajno spolno življenje/funkcijo od 1–10."; vprašanja za dajanje dovoljenj: "Številne moje pacientke s podobnim stanjem so opazile spremembe v spolnem življenju. Kako je glede tega z vami?"; vprašanja o partnerju: "Kakšna je v zadnjem času spolna funkcija vašega partnerja?"; vprašanja osebam s kroničnimi boleznimi oziroma na kronični terapiji: "Kako vaša bolezen vpliva na vaše spolno življenje? Kako zdravila vplivajo na vaše spolno življenje?"¹

Pri tem lahko za opredelitev spolnega problema uporabimo samoocenjevalne presejane vprašalnike, npr. kot Kratek vprašalnik o spolnih simptomih za ženske (*angl.* The Brief Sexual Symptom Checklist for Women – BSSC-W) in moške (*angl.* The Brief Sexual Symptom Checklist for Men – BSSC-M).²⁷ V klinični praksi je zelo uporaben tudi vprašalnik Arizonska lestvica spolnih izkušenj (*angl.* Arizona Sexual Experience Scale–ASEX)²⁸.

Jemanje anamneze o spolnem zdravju vključuje vprašanja o spolni dejavnosti (število in spol posameznikovih spolnih partnerjev, trajanje razmerij), o reproduktivnem statusu in kontracepciji (število otrok/splavov, zaščita pred nezaželjeno nosečnostjo, težave z neplodnostjo/zdravljenjem), o spolno prenosljivih infekcijah (HIV, HPV, gonoreja, klami-

dija itd.), o spolnih praksah (samostimulacija/masturbacija, različna vedenja, odstopanja), o spolnih izkušnjah (spolni razvoj/telesna samopodoba, spolna zloraba/travma) o spolnih problemih in zadovoljstvu (v preteklosti in v sedanjosti). Povprašamo tudi o stališčih in prepričanjih. Anamnezo zaključimo z vprašanjem: "Ali obstaja še kaj v vašem spolnem življenju, kar bi morali vedeti za zagotovitev dobre zdravstvene spolne oskrbe?"¹

Obravnavanje v okviru spolne medicine je biološko-medicinska, psihološka in socialno-kulturološka, kar pomeni razumevanje in postavitve problema v kulturno okolje. Pri jemanju spolne anamneze se upošteva bio-psiho-socialni model,^{13,29-31} v katerem se v okviru biološkega dela pridobijo vsi podatki o sedanjih in preteklih boleznih, spolno prenosljivih okužbah, zdravilih, hormonskih dejavnikih, anatomskih in genetskih posebnostih, ki bi lahko vplivali na spolno funkcijo. V psihološkem delu modela dobimo podatke o intrapsihičnih in medosebnih dejavnikih ter lastnostih osebe, kot na primer povečana ranljivost, jeza, strah in tesnoba, depresija, nizka samopodoba, občutek drugačnosti, krivda, sram, spremembe telesne samopodobe, sprememba občutka moškosti ali ženskosti ter o travmatski ali pretresljivi preteklosti. V socialno-kulturološkem delu modela nas zanimajo težave na delu (bolniška odsotnost, brezposelnost, upokojitve), težave s starši, finančni problemi, problemi v odnosu (ločitev, strah pred intimnostjo, sprememba v vlogi in moči v odnosu, nemoč), dejavniki okolja (socialna osamitev, pomanjkanje socialnega omrežja, ožigosanost/obrobnost) in etična, verska, kulturna sporočila, prepričanja in stališča ter njihov vpliv na bolezen.^{13,29-31}

Tako podrobna spolna anamneza omogoča razločevati predispozicijske

dejavnike, sprožilne dejavnike in vzdrževalne dejavnike; pri tem ne smemo pozabiti tudi kontekstualnih dejavnikov, kot so nenaspanost, finančne obveznosti, brezposelnost, skrb za starše, otroka ali partnerja, utrujenost pri vzgoji otroka, pomanjkanje zasebnosti, pomanjkanje časa, različne delovne izmene partnerjev, ponavljajoči se neuspešni poskusi zanositve, itd.^{13,31}

Med predispozicijske dejavnike sodijo konstitucijski dejavniki (anatomske deformacije, npr. interseksualna stanja, hormonska neravnovesja, telesne zmožnosti, osebnostne značilnosti – temperament, energetska opremljenost) in razvojni dejavniki (problematično vedenje/izkušnje s starši ali skrbniki, izpostavljenost telesni, spolni prisili ali nasilju, kirurški posegi/kronične bolezni, dogodki ali procesi, ki temeljijo na neki travmi, zgodnje spolne izkušnje, npr. prvi koitus, spolna zloraba ter verska in družbena sporočila, pričakovanja in omejitve).^{13,31}

Sprožilni dejavniki so različni stresni življenjski dogodki in obdobja (ločitev, izguba partnerja, nezvestoba, menopavzne težave, neplodnost ali poporodno obdobje, ponižujoča spolna srečanja/izkušnje, depresija/anksioznost, nesoglasja v odnosu) ter raba zdravil in zloraba različnih psihoaktivnih substanc (alkohol, nikotin, nedovoljene droge).^{13,31}

Dejavniki, ki stanje vzdržujejo, so: trajajoči medosebni konflikti, stres (čustven, poklicen in osebni), akutne in kronične bolezni, akutni in kronični zdravstveni problemi, raba zdravil, zloraba različnih psihoaktivnih substanc, izguba spolne samozavesti, trema, skrb zaradi telesne samopodobe.^{13,31}

Anamnezi sledi usmerjen klinični pregled osebe (anatomske posebnosti, poškodbe) in določene laboratorijske preiskave (hormoni, krvni sladkor, itd). Glede na najdeno patologijo se lahko po-

kaže potreba po še določenih specifičnih testih ali preiskavah (pudendalni angiogram, Dopplerjev ultrazvok itd).¹ Lahko uporabimo še diagnostične vprašalnike za ženske Indeks ženske spolne funkcije (*angl.* Female Sexual Function Index – FSFI) in za moške Mednarodni indeks erektilne funkcije (*angl.* International Index of Erectile Function – IIEF).^{1,32,33} Po ocenitvi spolnega problema osebi ali paru predstavimo terapevtske možnosti (svetovanje zdravega življenjskega sloga, psihoseksualno terapijo, terapijo z zdravili ali pripomočki in kirurško zdravljenje).¹

Po načelu spolne medicine se v praksi uporablja model PLISSIT, ki opisuje štiri osnovne oblike psihoseksualne terapije. Kratica PLISSIT pomeni: Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy.³⁴

Permission – dovoljenje. Zdravnik posameznika vpraša o njegovi spolni funkciji, vedenjih, fantazijah in mu s tem da dovoljenje za pogovor in omogoča osnovno klinično obrazložitev problema.³⁴

Limited information – omejene informacije. Je psihoedukacija, v kateri je zdravnik vir pravih informacij in znanj o spolnem odgovoru, anatomiji in fiziologiji spolnega odnosa, o mitih in napačnih predstavah, o odnosih med moškim in žensko, o spremembah spolnega odgovora v življenju in o učinkih bolezni na spolnost.³⁴

Specific suggestions – specifični predlogi. Je poglobljena nadgradnja, ko zdravnik zagotovi dodatne informacije o problemu in ponudi specifične predloge in spolne prakse (spodbujanje zdravega življenjskega sloga, relaksacijske tehnike, terapevtske naloge, izpolnjevanje dnevnika).³⁴

Intensive Therapy – intenzivna psihoseksualna terapija se uporablja pri zapletenih kompleksnih psihoseksualnih

problemih kot individualna psihoterapija posameznika in/ali terapija para, vedenjsko kognitivna terapija, kar izvajajo posebej usposobljeni psihoseksualni terapevti.³⁴

Zdravnik s področja spolne medicine mora poleg osnovnih medicinskih znanosti obvladovati naslednja specializirana področja: spolni razvoj človeka, fiziologija in psihologija spolnega odgovora, vplivi na biološki spol, spolna usmerjenost, staranje in spolnost, spolne motnje moških in žensk, problematična oziroma različna spolna vedenja, motnje spolne identitete, vplivi zdravil in drugih stanj na spolnost in spolno funkcijo ter poznati osnovno klinično obravnavo spolnih problemov.^{2,21} Zavedati se mora tudi pravne in etične odgovornosti v spolno medicinski praksi ter skrbeti za uveljavitev spolnega zdravja.²

Usposobljen seksualni terapevt mora imeti poleg tega še široko znanje za družbeno-kulturološke pristojnosti, ki so: poznavanje epidemiologije in diferencialnih učinkov zdravljenja v različnih etničnih skupinah; zavedanje vpliva kulture na posameznikovo vedenje in razmišljanje; zavedanje družbene konstrukcije spolnosti, v kateri živijo posamezne etnične skupine; zavedanje lastnih predsodkov in nagnjenosti k stereotipom; sposobnost za podajanje informacij na razumljiv način oziroma po potrebi

uporabiti zunanjo pomoč – tolmača ter sposobnost fleksibilnega in ustvarjalnega prilagajanja novim razmeram.³⁵

Obravnavo ženskih spolnih motenj ginekologa seksologa v ginekološki ambulanti

Ginekolog seksualni terapevt – seksolog pri ženski s spolno motnjo po bio-psiho-socialnem modelu jemanja anamneze opravi razširjen ginekološki pregled, v katerega spada natančen pregled vulve, pregled vulve z vatirano palčko in ocena tonusa mišic medeničnega dna.^{36,37} Psihoedukacijo prične s pregledom spolovila, ki ga ženska spremlja z ogledalom in jo nadaljuje z edukacijo anatomije spolovila in spolnega odgovora. Glede na ženskin spolni odgovor svetuje spremembo spolnega vedenja, spremembo spolnih položajev in uporabo spolnih pripomočkov (vibratorjev, dilatatorjev), lubrikantov, vlažilcev itd.²¹ Če samo terapevtsko svetovanje in specifični predlogi ne zadoščajo, vključi poglobljeno kognitivno vedenjsko seksualno terapijo, s katero uči specifične seksualne tehnike, kot npr. terapijo za osredotočanje na občutke, vaje za sistemsko desinstitizacijo določenega predela spolovila ter vaje za sproščanje mišic medeničnega dna. Po potrebi svetuje uporabo vaginalnih dilatatorjev ter vaje čuječnosti.^{5,21,36-38} Pri tem je pomembno, da ženski, ki ne želi zanositi, svetuje primerno kontracepcijo, ki ji ne poslabša spolne funkcije.^{5,21}

Ženske s spolnimi problemi v ginekološki ambulanti Splošne bolnišnice Novo mesto

V ginekološki ambulanti Splošne bolnišnice Novo mesto smo v letih 2013–2015 seksološko, po načelih spol-

Tabela 1: Povprečna starost žensk glede na posamezno diagnozo.

Diagnoza	Povprečna starost žensk v letih
F52.5 Neorganski vaginizem	28,8
F52.6 Neorganska disparevnija	33,1
F52.0 Pomanjkanje ali izguba spolne želje	45,8
F52.1 Seksualna averzija in pomanjkanje seksualnega uživanja	35,1
F52.3 Orgazmična disfunkcija	36,6

ne medicine, obravnavali 127 žensk s spolnimi motnjami. V letu 2013 smo obravnavali 50 žensk (39,4 %), v letu 2014 novih 36 žensk (28,3 %) in leta 2015 novih 41 žensk (32,3 %). Pri vseh je bila narejena bio-psiho-socialna anamneza za odkrivanje vzroka za motnjo. Bile so obravnavane po modelu PLISSIT. Pri večini žensk, tj. 114 (89,8 %), ni bilo nobenega organskega vzroka za motnjo, pri 13 ženskah (10,2 %) je bil izražen in pri teh smo odkrili še psihološke dejavnike.

Nadalje smo ženske s spolno motnjo klasificirali po starosti in vrsti motnje. Po MKB-10-AM smo ženske razvrstili v naslednje skupine diagnoz: F52.5 neorganski vaginizem, F52.6 neorganska disparevnija, F52.0 pomanjkanje ali izguba spolne želje, F52.1 seksualna averzija in pomanjkanje seksualnega uživanja ter F52.3 orgazmična disfunkcija.

V Tabeli 1 so prikazane povprečne starosti žensk po posameznih diagnozah, povprečna starost vseh žensk je bila 34,3 let (19–64 let).

Iz Tabele 2 razberemo število žensk, ki smo jih zdravili za posamezno diagnozo, in število žensk v posamezni starostni skupini glede na posamezno diagnozo.

Vse ženske so bile obravnavane po modelu PLISSIT, vendar je bila stopnja obravnave različna. Nekaterim ženskam je zadoščalo svetovanje z izčrpno psiho-educacijo. Pri večini smo uporabili površinsko terapijo, usmerjeno v specifične tehnike, ženske z neorganskim vaginizmom in nekatere z disparevnijo smo zdravili z intenzivno psihoseksualno kognitivno vedenjsko terapijo.

Zaradi neorganskega vaginizma se je v obdobju 2013–2015 zdravilo 22 (17,3 %) žensk. Najmanjše število obiskov je bilo 1, največje 8, v povprečju so opravile tri obiske. Trinajst žensk je zdravljenje uspešno zaključilo, 11 žensk s penetracijo penisa (3 od teh so takoj zanosile) in 2 ženski, ki sta bili v obdobju terapije brez partnerja, s penetracijo prstov. Pet žensk je še vedno vključenih v proces terapije. Dve sta po prvem obisku odklonili zdravljenje, ena ni prišla na ponovno terapijo in ena je prišla na terapijo že noseča, ker je zanosila ob ejakulaciji semenske tekočine na introitusu vagine, tako kot prvič, in je zaradi tega rodila s carskim rezom. Terapijo smo preložili na obdobje po porodu.

Za neorgansko disparevnijo se je v obdobju od 2013 do 2015 zdravilo 63

Tabela 2: Razporeditev žensk po starostnih skupinah glede na diagnozo spolne motnje.

Starostna skupina	F52.5	F52.6	F52.0	F52.1	F52.3	Skupno število
do 20	4	7	0	1	0	12 (9,4 %)
21–30	9	23	0	5	3	40 (31,5 %)
31–40	7	18	4	9	3	41 (32,3 %)
41–50	2	6	3	3	4	18 (14,2 %)
51–60	0	6	2	2	2	12 (9,5 %)
več kot 60	0	3	1	0	0	4 (3,1 %)
Skupno število	22 (17,3 %)	63 (49,6 %)	10 (7,9 %)	20 (15,7 %)	12 (9,5 %)	127

F52.5 = neorganski vaginizem, F52.6 = neorganska disparevnija, F52.0 = pomanjkanje ali izguba spolne želje, F52.1 = seksualna averzija in pomanjkanje seksualnega uživanja, F52.3 = orgazmična disfunkcija.

žensk (49,6 %), ki so opravile povprečno 1,5 terapevtskih srečanj, ker se je samo 6 žensk odločilo za intenzivno terapijo. Pri 8 ženskah so bili ugotovljeni naslednji organski vzroki: terapija raka dojke, terapija raka ovarija in terapija mielodisplastičnega sindroma, atrezija vagine v zgornjem delu, huda atrofija vagine, Turnerjev sindrom, stanje po pri laparoskopsko potrjeni diagnozi endometrioze in razširjen lichen sklerosis vulve.

Zaradi pomanjkanja ali izgube spolne želje se je zdravilo 10 žensk (7,9 %), od teh je bila ena po operaciji hrbtenice. Dvajset žensk (15,7 %) je imelo ugotovljeno seksualno averzijo ali pomanjkanje seksualnega uživanja: ena je bila po poškodbi hrbtenice v ledvenem področju, druga je bila po vaginalni operaciji urinske inkontinence z mrežico, 8 pa jih je imelo hkrati disparevnijo in/ali genitalno dismorfofobijo.

Zaradi orgazmične motnje se je v ambulanti zdravilo 12 žensk (9,5 %). Od teh je bila ena po terapiji karcinoma dojke, pri osmih smo ugotovili, da gre zgolj za situacijsko pogojeno težavo (z določenim partnerjem ne doživijo orgazma, imajo spremenjeno intenziteto orgazma ali ga doživijo le pri samozadovoljevanju). Dve ženski, ki nikoli nista doživele orgazma, sta bili v preteklosti spolno zlorabljeni.

Prepričanja in stališča žensk v ambulanti so bila naslednja: občutek, da je vagina prevelika in da je ohlapna; da je

klitoris premajhen; da je penis prevelik; da je manj razvito spolovilo; da so sramne ustnice čudne, prevelike; spolovilo je umazano; spolnost je nekaj grdega; če se ženska preveč razgali, je slaba; vaginalni orgazem je edini pravi orgazem; partnerju moraš vedno ustreči; itd. Pri vaginizmu je bil izpostavljen pomen devišstva pred poroko. Zanimivo je, da so tudi partnerji imeli spolne skrbi: težave z erekcijo, zgodnjo ali zakasnelo ejakulacijo.

Zaključek

Spolna medicina je veda, ki se ukvarja z vplivom psiho-fiziologije, intimnih odnosov, družbenih in kulturoloških dejavnikov, razvojnih učinkov, spolne usmerjenosti in raznolikosti, spolne identitete ter medspolnih razlik na spolno funkcijo. Na podlagi novih znanj o spolnosti je v spolni medicini uveljavljena nova klasifikacija spolnih motenj, v kateri niso več opredeljene kot organske ali psihogene, temveč se njihov vzrok razjasni skozi etiologijo. Model PLISSIT je osnovni okvir za psihoseksualno terapijo.

V članku smo prikazali prve obravnave žensk s spolno motnjo z bio-psiho-socialno-kulturološkim pristopom po načelih spolne medicine v ginekološki specialistični ambulanti v Sloveniji. Model PLISSIT kot osnoven okvir za psihoseksualno terapijo se je izkazal kot enostaven in uspešen.

Literatura

1. Hatzichristou D, Rosen R, Derogatis L, Low WY, Meuleman E, Sadovsky R, et al. Clinical Evaluation and Symptom Scales in Men and Women with Sexual Dysfunction. In: Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton A, Giuliano F, et al, eds. Sexual Medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women. Paris: Health Publication; 2010. p. 231–80.
2. Stettini P. Sexual and reproductive health promotion. In: Kirana PS, Tripodi F, Porst H, Reisman Y, eds. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. Amsterdam: Medix; 2013. p. 56–82.
3. Simetinger G. Družbena in medicinska konstrukcija kontracepcije: primer prekinjenega spolnega odnosa. [PhD thesis]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2015.

4. Wylie K. Assessment & management of sexual problems in women. *JRSM* 2007; 100: 547–50.
5. Heiman JR, Lopiccolo J. *Becoming orgasmic. A sexual and personal growth programme for women.* London: Piatkus; 2009.
6. Zilbergeld B. *Nova muška seksualnost.* Beograd: Rad; 2003.
7. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy.* Boston: Little, Brown and Company; 1970.
8. Masters WH, Johnson VE. *Spolna reakcija.* Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1979.
9. Bancroft, John. *Human Sexuality and its Problems.* 3th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.
10. Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija. Verzija 6 (MKB-10-AM). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2008.
11. Singer Kaplan H. *The new sex therapy.* New York: Routledge; 1974.
12. Bancroft J. *Human Sexuality and its Problems.* 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989.
13. Tripodi F, Silvaggi C, Simonelli C. Psychology of sexual response. In: Porst H, Reisman Y, eds. *The ESSM Syllabus of sexual medicine.* Amsterdam: Medix; 2012. p. 83–139.
14. Gruenwald I. Sexual response. In: Porst H, Reisman Y, eds. *The ESSM Syllabus of sexual medicine.* Amsterdam: Medix; 2012. p. 75–80.
15. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(1): 51–65.
16. Basson R. A model of Women's Sexual Arousal. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28(1): 1–10.
17. Basson R. Are Our Definitions of Women's Desire, Arousal and Sexual Pain Disorders Too Broad and Our Definition of Orgasmic Disorder Too Narrow? *J Sex Marital Ther* 2002; 28(4): 289–300.
18. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J Sex Marital Ther.* 2001; 27(2): 83–94.
19. Wylie K, Mimoun S. Sexual response models in women. *Maturitas.* 2009; 63(2): 116–8.
20. Girdali A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: an online survey in a population sample of Danish adults ages 20–65 years. *J Sex Med.* 2015; 12(1): 116–28.
21. Leiblum SR, ed. *Principles and Practice of Sex Therapy.* 4th ed. New York, London: The Guilford Press; 2007.
22. Fugl-Meyer KS, Lewis RW, Corona G, Hayes RD, Edward O, Laumann EO, Moreira ED, et al. Definitions, Classification, and Epidemiology of Sexual Dysfunction. In: Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton A, Giuliano F, et al, eds. *Sexual Medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women.* Paris: Health Publication; 2010. p. 41–117.
23. Derogatis LR, Brunett AL. The epidemiology of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2008; 5: 289–300.
24. Rahne otorepec I. *Spregovorimo o depresiji in spolnem življenju.* Ljubljana: Servier; 2015.
25. Laumann EO, Park A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 281: 537–44.
26. Parish SJ, Clayton AH. Sexual medicine education: review and commentary. *J Sex Med.* 2007; 4: 259–68.
27. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, Clayton A, Cuzin B, Derogatis L, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med.* 2004; 1: 49–57.
28. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(1): 25–40.
29. Hawton K, Catalan J. Prognostic factors in sex therapy. *Behav Res Ther.* 1986; 24: 377–85.
30. Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, Hartmann U, Levine SB, McCabe M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2005; 2: 793–800.
31. Althof SE, McCabe MP, Assalian P, Leiblum S, Chevret-Measson M, Simonelli C, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction In: Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton A, Giuliano F, et al, eds. *Sexual medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women.* Paris: Health Publication; 2010. p. 121–81.
32. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26: 191–208.
33. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N 3rd. The International Index of Erectile Function (IIEF): A state-of-the-science review. *Int J Impot Res.* 2002; 14: 226–44.
34. Reisman Y. Let's talk about sex: taking a sexual history. In: Porst H, Reisman Y, eds. *The ESSM syllabus of sexual medicine.* Amsterdam: Medix; 2012. p. 233–310.
35. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ.* 2009; 43: 229–37.
36. Lev-Sagie BA, Shechter A. Physical examination in sexual medicine, part II: Female. In: Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana PS, eds. *The ESSM manual of sexual medicine,* 2nd ed. Amsterdam: Medix; 2015. p. 304–14.
37. Kirana PS. Psychosexual treatment methods in sexual medicine. In: Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana PS, eds. *The ESSM manual of sexual medicine,* 2nd ed. Amsterdam: Medix; 2015. p. 316–28.
38. Van Lankveld JDM, Granot M, Weijmar Schultz WCM, Binik YM, Wessellmann U, Pukall C, et al. Women's Sexual Pain Disorders. In: Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton A, Giuliano F, et al, eds. *Sexual medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women.* Paris: Health Publication; 2010. p. 1207–64.