

Luku 1

Mitä on seksuaalilääketiede

Pirkko Brusila

Mitä seksuaalilääketiede on?	19
Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja seksuaalioikeudet	19
Seksuaalilääketieteellistä termistöä	20
Seksuaalireaktiomallit seksuaalisten toimintahäiriöiden perustana	21
Seksuaaliset toimintahäiriöt tautiluokituksessa	24
Tulevaisuudennäkymiä	26

- Seksuaalisuus on oleellinen osa ihmisyyttä ja tärkeä elämänlaatutekijä.
- Seksuaalilääketiede tarkastelee seksuaalisuutta ja seksuaalitoimintoja sekä niihin liittyviä häiriöitä lääketieteen näkökulmasta huomioiden niin psyykkiset, fyysiset kuin sosiokulttuurisetkin tekijät.
- Seksuaalisuutta on totuttu pitämään siksi yksityisenä ja intiiminä asiana, että se on kliinisessä työssä usein sivuutettu, koska koulutuksen puutteen vuoksi ei ole ollut riittävää osaamista.
- Ratkaisemattomat seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat lisäävät suomalaistutkimuksen mukaan merkittävästi terveydenhuollon palvelujen käyttöä.
- Seksuaalisuuden huomioiminen on osa potilaan hyvää hoitoa. Käytännössä se tarkoittaa pyrkimystä seksuaalitoimintoihin kohdistuvien ja odotettavissa olevien haittavaikutusten minimoimiseen, potilaiden informoimista niistä ja ongelmatilanteissa ratkaisujen etsimistä yhteistyössä potilaan kanssa.
- Seksuaalilääketieteellisen osaamisen parantamiseksi tarvitaan paitsi aihealueen mukaan ottamista kaikkien kliinisten erikoisalojen opetukseen, myös enenevästi kotimaisen seksuaalilääketieteellisen tutkimuksen lisäämistä.

Mitä seksuaalilääketiede on?

Seksuaalilääketiede on lääketieteen alana varsin nuori. Termin ottivat tosin käyttöön alan tutkijat William Masters ja Virginia Johnson julkaistessaan yhdessä Rober C. Kolodnyn kanssa kirjan *Textbook of sexual medicine* vuonna 1979. Asemansa ala vakiinnutti 1980-luvulla erektiohäiriö-tutkimuksen myötä, minkä jälkeen kiinnostus myös naisten seksuaalisten ongelmien tutkimukseen alkoi viritä. Alkuaikojen fysiologiakeskeisyydestä häiriöiden arvioinnissa ja hoidossa on siirrytty biopsykososiaaliseen lähestymistapaan, sillä ihmisten seksuaalielämään vaikuttavat paitsi keho ja mieli, myös kumppani tai kumppanit sekä sosiokulttuurinen ympäristö. Kehittyneet menetelmät esimerkiksi neurokemian ja -fysiologian tai aivojen kuvantamisenkin alalla avaavat uusia, kiinnostavia näkymiä seksuaalilääketieteelle. Seksuaalisuuteen kohdistuvassa tutkimustyössä käytetään validoituja menetelmiä (ks. luku 4).

Seksuaalilääketieteessä tarkastellaan seksuaalisten toimintahäiriöiden prevalenssia ja patofysiologiaa sekä häiriöiden optimaalisia hoitomahdollisuuksia. Kunkin lääketieteen erikoisalan kontekstissa arvioidaan, miten sairaudet, erilaiset hoitomuodot, lääkitykset ja leikkaukset vaikuttavat seksuaalitoimintoihin ja potilaiden hyvinvointiin. Potilaat tutkitaan ja hoidetaan lääketieteen menetelmillä käyttäen monitieteellistä lähestymistapaa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja seksuaalioikeudet

Käsitteet seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys (*sexual and reproductive health*, SRH) ovat melko uusia. Virallisesti ne määriteltiin ja otettiin käyttöön vuonna 1994 Kairossa järjestetyssä Yhdistyneiden kansakuntien väestö- ja kehityskonferenssissa (*International conference on population and development*, ICPD). Tuolloin lisääntymisterveyden käsite tarkentui ja laajeni, kun lisääntymisoikeudet nostettiin osaksi ihmisoikeuksia ja seksuaaliterveys liitettiin osaksi lisääntymisterveyttä. Seksuaaliterveys- ja lisääntymisterveyskäsitteet ovat vahvasti rinnakkaisia, ja niillä on paljon päällekkäisyyksiä. Tästä syystä on otettu käyttöön käsite seksuaali- ja lisääntymisterveys, jotta aiheeseen liittyvistä asioista voidaan keskustella yhden kattavan käsitteen alla.

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan ”seksuaaliterveys on fyysistä, psyykkistä, emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia suhteessa seksuaalisuuteen”. Se ei poissulje sairautta tai toimintakyvyttömyyttä, sillä seksuaalioikeuksien kunnioitus sekä positiivinen asenne seksuaalisuutta ja seksuaalisia suhteita kohtaan mahdollistavat kaikille tyydyttävät ja turvalliset seksuaaliset kokemukset ilman pakottamista, syrjimistä tai väkivaltaa.

WHO:n seksuaalioikeudet THL:n suomentamina

- 1) Oikeus omaan seksuaalisuuteen seksuaalisesta suuntautumisesta riippumatta
- 2) Oikeus tutkittuun tietoon seksuaalisuudesta
- 3) Oikeus laadukkaisiin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin
- 4) Oikeus suojella itseään ja oikeus saada osakseen suojelua (mm. tyttöjen silpominen)
- 5) Oikeus yksityisyyteen
- 6) Oikeus seksuaaliseen tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen riippumatta ihonväristä, rodusta, uskonnosta, etnisestä taustasta tai seksuaalisesta suuntauksesta
- 7) Oikeus itsenäisesti päättää kumppanin valinnasta ja perheen perustamisesta sekä lasten hankinnasta
- 8) Oikeus keholliseen koskemattomuuteen
- 9) Oikeus tyydyttävään ja turvalliseen seksuaalielämään ilman pakottamista, riistoa ja väkivaltaa

Seksuaalioikeudet ovat yleismaailmallisia, kaikkien ihmisten ohittamattomia ihmisoikeuksia. Vuonna 2002 Maailman terveysjärjestö WHO laati seksuaalioikeuksien julistuksensa, joka perustuu 1948 laadittuun YK:n ihmisoikeuksien julistukseen. Maailman perhesuunnittelujärjestö IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) ja Maailman Seksuaaliterveyden kattojärjestö WAS (*World Association for Sexual Health*) ovat laatineet omat, mutta WHO:n kanssa yhteneväiset julistuksensa. Niiden mukaan ihmiset ovat muun muassa seksuaalisesti tasavertaisia, niin että jokaisella on perheen perustamista koskeva itsemääräämisoikeus, oikeus seksuaaliseen koskemattomuuteen, seksuaaliterveyteen ja laadukkaisiin, tutkittuun tietoon perustuviin seksuaaliterveyspalveluihin. Näitä oikeuksia ei voida kiistää keneltäkään esimerkiksi uskontoon, etniseen taustaan tai yhteiskunnalliseen asemaan perustuen. Edellä mainittujen järjestöjen julistusten pohjalta on myös Suomessa Väestöliitto laatinut erityisesti nuoria

koskevat seksuaalioikeudet (www.vaestoliitto.fi/nuoret/seksi/seksuaalioikeudet/), ja Amnesty Internationalin laatimissa oikeuksissa painotetaan naisten tasa-arvoa sekä uhrin oikeutta saada korvausta seksuaalisesta väkivallasta (www.amnesty.fi/tyomme/teemat/seksuaalioikeudet/). Seksuaalioikeudet ovat jakamattomia ihmisoikeuksia. Vaikka Suomi on useisiin maihin verrattuna tasa-arvoinen, sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen tasa-arvon edistämiseksi on edelleen työsarkaa, sillä lainsäädäntömme ei vielä tunnista muita sukupuoliä kuin dikotomisen mies- ja naissukupuolen. Asenne niin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjä kuin seksuaalisuuden toteuttamisen tapoja kohtaan on kuitenkin muuttunut avoimemmaksi ja hyväksyvämmäksi. Kaikissa kohtaamisissa tuleekin ammattilaisten muistaa toimia ennakkoluulottomasti, neutraalisti ja kunnioittavasti.

Seksuaalilääketieteellistä termistöä

Seksuaalisuus

Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä läpi elämän. WHO:n mukaan seksuaalisuus on oleellinen osa terveyttä, ja siihen vaikuttavat ”biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, kulttuuriset, juridiset, historialliset, uskonnolliset ja henkiset tekijät”. ”Seksuaalisuuden ulottuvuuksiin kuuluvat paitsi sukupuoli, myös sukupuoli-identiteetti, seksuaalinen suuntautuminen, erotiikka, mielihyvä, intimitteetti ja lisääntyminen. Seksuaalisuutta voidaan ilmaista ja kokea ajatusten, fantasioiden, halujen, käytöstopojen, erilaisten roolien ja ihmissuhteiden kautta. Seksuaalisuudella voi olla ihmisille erilaisia merkityksiä elämän eri vaiheissa ja tilanteissa. Seksuaalisuuden täysin merkityksettömäksi kokevia ihmisiä (aseksuaaleja) arvioidaan olevan noin yksi prosentti väestöstä.

Seksi

Seksi on seksuaalisuuden ilmaisua ja toteuttamista joko yksin, yhden tai useamman kumppanin

kanssa. Seksiin kuuluu yhdyntän lisäksi kaikki koskettaminen ja hyväily eroottisessa, mielihyvää tuottavassa tarkoituksessa. Myös fantasiat ja itse-tyytytys ovat osa sitä. Seksi voi olla keino ilmaista läheisyyttä, hellyyttä, rakkautta tai intohimoa. Sitä saatetaan käyttää myös nöyryyttämisen ja väkival-
lan tai kaupankäynnin välineenä.

Seksologia

Seksologia tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyvien ilmentymien monitieteellistä tutkimusta (esimerkiksi sosiologia, psykologia, terveystiede, filosofia, juridiikka). Siihen liittyvää ammatillista toimintaa ovat seksuaalikasvatus, -neuvonta, -terapia ja kou-
lutus, jotka perustuvat systemaattiseen, tieteelli-
sesti tutkittuun tietoon (ks. luku 2). Seksologian arvotaustana ovat seksuaalioikeudet ja -etiikka sekä alaa koskeva lainsäädäntö.

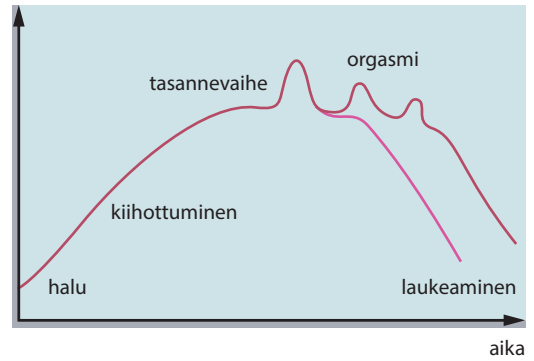
Seksuaalireaktiomallit seksuaalisten toimintahäiriöiden perustana

Seksuaalireaktiomallit

Seksuaalireaktiomallit mallintavat teoreettisesti seksuaalitoimintoihin liittyviä ilmiöitä. Master-
sista ja Johnsonista alkaen on kehitelty toistakym-
mentä erilaista mallia, joista tässä tarkastellaan
neljää tärkeintä. Nekin osoittavat, miten on opittu
ymmärtämään toimintahäiriöiden yhteyttä mui-
hinkin kuin fysiologisiin tekijöihin.

Gynekologi William Masters ja seksologi
Virginia Johnson tutkivat 1960-luvulla seksuaalireaktioiden fysiologiaa autenttisissa labo-
ratorio-olosuhteissa. He kehittivät lineaarisen
EPOR-reaktiomallin (kuva 1.1), jossa lähtökoh-
tana on seksuaalinen perusjännite tai kiinnostus
(*excitement/excitation*) ja seuraavina tasannevaihe
(*plateau*), orgasmi (*orgasm*) sekä lopuksi laukea-
minen (*resolution*). Fysiologisten ilmiöiden ete-
nemisen oletettiin tässä mallissa tapahtuvan aina
suoraviivaisesti, eikä seksuaalivasteessa juurikaan

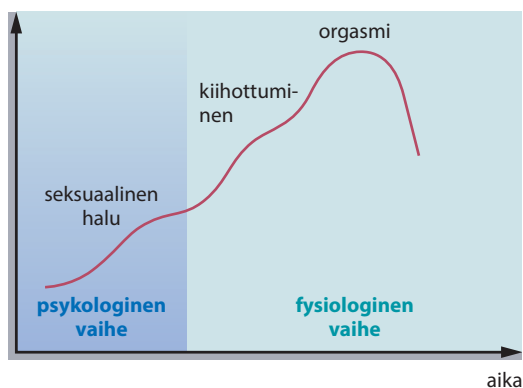
seksuaalinen kiinnostus
/ perusjännite / virittyminen



Kuva 1.1. Seksuaalireaktiot Masters & Johnsonin mukaan. Mallissa yksilöllisestä perusvireestä riittävällä stimulaatiolla käynnistyy seksuaalinen halu, joka johtaa aina lineaarisesti kiihottumiseen, jolloin ihon verenkierto vilkastuu, penis erektoituu ja miehenkin nännien kosketusherkkyys voimistuu ja naisen rinnat paisuvat, verenpaine ja pulssi nousevat sekä lihaksisto jännittyy. Tasannevaiheessa genitaalit kostuvat ja turpoavat. Orgasmi tässä mallissa mielletään miehen ejakulaatio ja naisen lantionpohjan lihasten rytmisen supistelu. Nainen voi saada useampia orgasmeja. Orgasmin jälkeinen resoluutio- eli laukeamis-
vaihe koetaan miellyttävänä kehon rentoutumisena.

huomioitu ihmisen sisäisten psykofyysisten teki-
jöiden osuutta. Koska seksuaalisen halun merkitys
jäi tässä mallissa sivuosaan, kritisoitiin sitä naisten
seksuaalireaktioihin soveltumattomaksi.

Puutteiden korjaamiseksi seksuaaliterapeutti
Helen Kaplan kehitti vuonna 1979 tasapuolisem-
min sekä miehille että naisille soveltuvan lineaar-
isen mallinsa. Se sai kansainvälisesti hyväksytyn
perusmallin aseman, jolle ovat rakentuneet mm.
amerikkalainen DSM-IV (*Diagnostic and statisti-
cal manual of mental disorders, 4th edition*)- ja
meillä käytössä oleva ICD-10 (*International statisti-
cal classification of diseases and related health
problems, 10th edition*) -tautiluokitus. Kaplanin
mallin seksuaaliseen reaktiosarjaan kuuluvat
halu, kiihottuminen ja orgasmi. Reaktioketjun
käynnistymisen perusedellytyksenä pidetään
psykkisellä tasolla ilmenevää seksuaalista halua,
johon vaikuttavat keskushermoston ja limbisen
järjestelmän kautta niin hormonaaliset kuin
psykososiaalisetkin tekijät. Fysiologisella tasolla
seuraavat perifeerisinä, selkäydinperäisinä reak-



Kuva 1.2. Seksuaalireaktiot Kaplanin mukaan. Tässä mallissa reaktiosarja jaetaan psykologiseen ja fysiologiseen vaiheeseen. Seksuaalisen perusvireen taso voi olla yksilöllinen ja siitä käynnistyy halu, jonka seurauksena ilmenevät kiihottumiseen liittyvät fysiologiset reaktiot. Tässä mallissa ejakulaatio ja naisen kokemat lihassupistukset mielletään orgasmiksi, joka purkaa seksuaalisen jännitteen.

tiolina kiihottuminen ja orgasmi (kuva 1.2). DSM-IV-luokittelussa katsottiin resoluutiovaiheen kuuluvan mukaan myös Kaplanin malliin. Siksi sitä amerikkalaisessa kirjallisuudessa kutsutaan myös DEOR-malliksi (D = *desire*, halu E = *excitement*, *excitation*, kiihottuminen, O = *orgasm*, orgasmi, R = *resolution*, laukeaminen).

Myöhemmin kiinnitettiin huomiota siihen, että seksuaalireaktioiden käynnistävänä tekijänä ei aina olekaan halu, vaan kiihottuminen voi tapahtua myös sitä ennen. Whipple ja Brash-McGreer kehittivät tältä pohjalta ensimmäisen sirkulaarisen, sittemmin käytöstä sivuun jääneen mallinuksensa, jossa fyysiset seksuaalireaktiot etenevät kehämäisesti M&J:n mallia mukaillen. Siinä seksin tyydyttävyyden katsottiin lisäävän naisen seksuaalista aktiivisuutta, tyydyttymättömyyden puolestaan vähentävän sitä. Malli ei kuitenkaan huomionnut naisen reaktioiden syklistyyttä eikä sitä, että osalla kiihottuminen voi johtaa orgasmiin ja tyydytykseen ilman halua tai että halua voi tuntea ilman kiihotusta ja tyydytystä voi kokea ilman orgasmia.

Nykyinen holistinen käsitys halusta ja sen vastakohdasta haluttomuudesta alkoi muotoutua, kun Kinsey-instituutin tutkijat Eric Janssen

ja John Bancroft olivat kiinnostuneita aivo-kemiallisten järjestelmien yhteisvaikutuksista seksuaalisen halun aktivoitumisessa ja inhiboitumisessa. He julkaisivat v.1996 "*Dual control*" (kaksoiskontrolli)-mallin, jossa seksuaalista halua ja sen vastakohtaa haluttomuutta tarkasteltiin aivojen välittäjäaineiden ja hormonien välisinä ilmiöinä. He totesivat, että halua lisäävät, ekskitaatoriset välittäjäaineet dopamiini, noradrenaliini, vasopressiini, oksitosiini ja melanokortikoidit ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa halua inhiboivien serotoniinin, opioidien, endokannabinoidien ja prolaktiinin kanssa. Malli innoittikin tutkijoita etsimään farmakologisia keinoja näiden mekaniismien aktivoimiseen tai vaimentamiseen seksuaalisen halun parantamiseksi.

2000-luvun alkupuolella psykologi Michael Perelman kehitti *Dual control* -mallista seksologiaan aiemmin perehtymättömien lääkäreiden käyttöön seksuaalisia toimintahäiriöitä kokonaisvaltaisesti havainnollistavan *Tipping point* -hypoteesin. Se huomioi seksuaalisen halun vasteessa samanaikaisesti paitsi hormonien ja välittäjäaineiden keskinäisen osuuden, myös niin psyykkisten kuin puhtaasti fyysisten ja ulkoistenkin seikkojen roolin sekä näiden kaikkien tekijöiden keskinäisen ja jatkuvan vuorovaikutuksen. Psyykkisiin tekijöihin kuuluvat kognitio, tunteet, sosiaaliset ja kulttuuriset seikat, fyysisiin anatomia, genetiikka, endokrinologia, lääkeaineet, sairaudet, leikkaukset ja elinympäristö. Hypoteesin mukaan seksuaalinen vaste syntyy näiden kaikkien tekijöiden tuloksena, yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti.

Kuva 1.3 havainnollistaa vastakkaisesti vaikuttavien voimien dynaamista ja vaihtelevaa tasapainoilua kolmion kärjen kriittisessä kalistuspisteessä (*Tipping point*). Siinä vaaka voi toisin sanoen minkä tahansa joko positiivisen tai negatiivisen tekijän seurauksena kallistua vastakkaiseen suuntaan.

Tanskalaisessa nettipohjaisessa kyselytutkimuksessa selvitettiin, miten 20–65-vuotiaat miehet ja naiset arvioivat edellä esitettyjen reaktiomallien soveltuvuutta heidän omiin seksuaalikokemuksiinsa. Vastanneista valikoitui mukaan 401 miestä ja 429 naista. Miehistä 48,5 % piti Master & John-sonin mallia itselleen sopivimpana, Kaplania 38,3 %, Bassonia suosi ainoastaan 5,4 % ja 7,3 %

keskiössä on yksilöllinen seksuaalienergia tai -vietti (*sexual drive*), joka vaikuttaa seksuaalisesti neutraalissa tilassa olevan naisen motivaatioon (*motivation*) olla vastaanottavainen (*receptive*) seksuaalisille ärsykeille. Naisella tärkeitä seksuaaliseen haluun vaikuttavia tekijöitä voi olla monia, kuten esimerkiksi läheisyyden kaipuu, halu osoittaa rakkautta, antaa ja saada fyysistä tyydytystä tai vain halu olla sopivissa olosuhteissa vastaanottavainen seksuaalisille virikkeille. Bassonin mukaan halu ei ole perusedellytys seksuaalisen kehän käynnistymiselle, koska sopiva seksuaalinen stimulus voi saada aikaan kiihottumisen ensin ja vasta myöhemmin varsinaisen halun. Kiihottumiseenkin vaikuttavat sekä psyykkiset että biologiset tekijät. Lopputulena sekä fyysinen että emotionaalinen tyydytys vahvistavat naisille tärkeää läheisyyden kokemusta. Tällä kehällä on positiivinen, itseään ylläpitävä vaikutus.

Seksuaaliset toimintahäiriöt tautiluokituksessa

Seksuaaliseksi toimintahäiriöksi määritetään tilanne, joka on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan, ilmenee vähintään 75 %:ssa seksuaalisia tilanteita ja aiheuttaa henkilölle itselleen tai hänen parisuhteelleen tai kummallekin merkittävää haittaa.

Kaplanin seksuaalireaktiomallin mukaisesti määritetään sekä miesten että naisten seksuaaliseksi toimintahäiriöksi seksuaalinen haluttomuus, kiihottumis- ja orgasmihäiriö. Mallin ulkopuolelta ovat mukana myös ennenaikainen siemensyöksy ja seksuaalinen kipu, joka on merkittävä naisten toiminnallinen ongelma. WHO:n kehittämän *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD) tautiluokituksen ICD-10-versiossa oletus häiriöiden syy-yhteydestä jaottelee ne somaattis- ja psyykkisperäisiin. Elinmellisiin syihin perustuvat alkavat N-tunnuksella nykyisessä tautiluokitusjärjestelmässä, psyykkisperäisiksi oletetut F-merkinnällä. Puhuttaessa esimerkiksi seksuaalisesta haluttomuudesta tulee

huomata, että yleisesti puhekielessä käytetään sanaa haluttomuus, kun puhutaan johonkin tilanetekijään liittyvästä halun häiriöstä (väsymys, huolet, parisuhteen kriisi). Silloin edellä esitetyt häiriön diagnostiset kriteerit eivät suinkaan aina täyty.

Meillä käytetään toistaiseksi vielä ICD-10-tautiluokitusta. Tuorein, vuonna 2019 julkaistu versio ICD-11 on tulossa Suomessa käyttöön lähivuosina THL:n ja lukuisten sidosryhmien myötävaikutuksella, mutta virallinen käännoistyö on vienyt oletettua enemmän aikaa. Ennakkotiedon mukaan ICD-11 tulee olemaan aiempaa laajempi, koodistoltaan tarkempi ja sen koodit keskenään paremmin yhdisteltäviä. Sen on tarkoitus täysin sähköisesti käytettävänä palvella sekä terveydenhuollon että sosiaalipuolen toimijoita ja tutkimustyötä niin kotimaisesti kuin kansainvälisestikin.

ICD-10-luokituksen epäjohdonmukaisuuksia pyritään uudessa ICD-11-luokituksessa korjaamaan luopumalla jyrkästä mielen ja kehon välisestä erottelusta, mikä mahdollistaa häiriöiden holistisemman tarkastelun. Seksuaaliterveyteen liittyviä tiloja käsittelevä kappale (*Conditions related to sexual health*) tulee sisältämään seksuaaliset toimintahäiriöt, seksuaalisen kivun, parafiliat, sukupuoli-identiteetin monimuotoisuuden, adrenogenitaaliset häiriöt, seksitaudit, naisen ja miehen genitaalien anatomiset muutokset, seksuaalisen väkivallan ja lapsuuden seksuaalisen hyväksikäytön sekä raskauden ehkäisyn. Uudessa luokituksessa luovutaan seksuaalisuuden normatiivisista standardeista sekä seksuaalisen orientaation ja seksuaalisuuden monimuotoisuuden selektiivisestä kategorisoinnista. Transsukupuolisuus ja sukupuoli-identiteettiin liittyvät tilanteet siirretään psyykkisistä tai käytökseen liittyvistä määritelmistä seksuaaliterveyden yhteyteen. Siten vähennetään stigmatisoimista ja edistetään sekä biolääketieteellisiä että psykologisia hoitomahdollisuuksia. (Huomattakoon, että DSM-5-luokituksessa transsukupuolisuus säilyy edelleen psykiatristen häiriöiden joukossa.) Omassa kehosaan vierautta tuntevien ja siihen apua hakevien auttaminen onkin noussut erityisesti nuorten, mutta myös aikuisten parissa työskentelevien ammattilaisten tärkeäksi aihealueeksi.

Taulukko 1.1. Seksuaaliset toimintahäiriöt ICD-11-tautiluokituksen mukaan (*ICD-11 for mortality and morbidity statistics, version: 01/2023*).

17 Conditions related to sexual health
Sexual dysfunctions
HA00 Hypoactive sexual desire dysfunction (lifelong generalised/ situational, acquired generalised/ situational, unspecified)
HA01 Sexual arousal dysfunctions
HA01.0 Female sexual arousal dysfunction (lifelong generalised/ situational, acquired generalised/ situational, unspecified)
HA01.1 Male erectile dysfunction ((lifelong generalised/ situational, acquired generalised/ situational, unspecified)
HA01.Y Other specified sexual arousal dysfunctions
HA01.Z Sexual arousal dysfunctions, unspecified
HA02 Orgasmic dysfunctions
HA02.0 Anorgasmia (lifelong generalised/ situational, acquired generalised/ situational, unspecified)
HA02.Y Other specified orgasmic dysfunctions
HA02.Z Orgasmic dysfunctions, unspecified
HA03 Ejaculatory dysfunctions
HA03.0 Male early ejaculation (lifelong generalised/ situational, acquired generalised/ situational, unspecified)
HA03.1 Male delayed ejaculation (lifelong generalised/ situational, acquired generalised/ situational, unspecified)
MF40.3 Retrograde ejaculation
HA03.Y Other specified ejaculatory dysfunctions
HA03.Z Ejaculatory dysfunctions, unspecified
GC42 Sexual dysfunction associated with pelvic organ prolapse
HA0Y Other specified sexual dysfunctions
HA0Z Sexual dysfunctions, unspecified
Sexual pain disorders
HA20 Sexual pain-penetration disorder (lifelong generalised/ situational, acquired generalised/ situational)
GA12 Dyspareunia
HA2Y Other specified sexual pain disorders
HA2Z Sexual pain disorders, unspecified
Associated with (use additional code, if desired)

Taulukko jatkuu seuraavalle sivulle

Taulukko jatkuu edelliseltä sivulta

HA40 Aetiological considerations in sexual dysfunctions and sexual pain disorders
HA40.0 Aetiological considerations associated with a medical condition, injury, or the effects of surgery or radiation treatment
HA40.1 Aetiological considerations associated with psychological or behavioural factors, including mental disorders
HA40.2 Aetiological considerations associated with use of psychoactive substance or medication
HA40.3 Aetiological considerations associated with lack of knowledge or experience
HA40.4 Aetiological considerations associated with relationship factors
HA40.5 Aetiological considerations associated with cultural factors
HA40.Y Other specified aetiological considerations in sexual dysfunctions and sexual pain disorders

Amerikan psykiatriyhdistyksen laatimassa, meilläkin erityisesti psykiatrian puolella usein siteeratussa *Diagnostic and statistical manual* (DSM-5)-järjestelmässä huomioidaan ICD-luokittelua kattavammin seksuaalisten toimintahäiriöiden sisältöjä, kuten esimerkiksi,

1. onko häiriö ollut elinikäinen vai hankittu
2. onko kyseessä yleistynyt häiriö (riippumaton tilanteesta, stimulaatiotavasta tai partnerista) vai onko tilanneriippuvainen (ilmenee vain tietyissä tilanteissa, tietyllä stimulaatiolla tai tietyn kumppanin kanssa)
3. onko häiriön vaikeusaste lievä, keskivaikea tai vaikea.

Keskeiset seksuaaliset toimintahäiriöt kuten seksuaalinen haluttomuus, kiihottumisvaikeus (miehillä erektiohäiriö), orgasmivaikeus ja ennenaikainen siemensyöksy, emätinkouristus, toiminnalliset yhdyntäkivut ja erektiohäiriöt (nomenklatuurissa edelleen nimikkeellä impotenssi), sekä naisen sukuelimiin ja kuukautiskiertoon liittyvät kivut ja muut sairaustilat löytyvät ICD-10-tautiluokituksessa koodeista F52–F56 ja N48.4 sekä N94.

ICD-11-luokituksessa seksuaalisen toimintahäiriön diagnoosi edellyttää, että

1. häiriö esiintyy säännöllisesti vaikka voi joissakin tilanteissa puuttuakin
2. häiriö on esiintynyt ainakin usean kuukauden ajan (tämä aikaoletus ei koske akuuttia

tilannetta häiriön taustalla, esim. selkäydinvaurio tai syövän hoito)

3. häiriöön liittyy merkittävää ahdistusta.

Diagnoosissa tarkennetaan, onko ongelma elinikäinen vai hankittu, esiintykö se yleisesti vai satunnaisesti, tai onko määrittämätön. Seksuaalinen toimintahäiriö voidaan todeta ilman etiologiaa, mutta etiologian määreissä huomioidaan, että seksuaalinen toimintahäiriö voi olla monimutkainen vyyhti, johon vaikuttavat psykologiset, ihmisten väliset, sosiaaliset, kulttuuriset, fysiologiset ja sukupuoleen liittyvät tekijät. Huomioitava on, että tiettyyn ongelmaan voi liittyä useita etiologisia tekijöitä (taulukko 1.1). Seksuaalisen kivun diagnoosissa ei ole aikamäärittelyä, mutta ongelman tulee olla toistuva.

Tulevaisuudennäkymiä

Seksuaalisuuden huomioiminen luonnollisena osana opetusta ja kunkin erikoisalan sisällä -opintojen alkuvaiheesta läpi klinisten kurssien opettaa näkemään seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset sekä luonnollisina että merkittävänä osana potilaiden hyvinvointia ja elämänlaatua. Opiskelun edetessä seksuaalisuudesta opitaan keskustelemaan potilaiden kanssa luontevalla ja kun-

nioittavalla tavalla. Teeman äärellä kukin pääsee ennen ammattiin valmistumista kohtaamaan myös oman seksuaalisuutensa sekä tarkastelemaan omia ennakkoluulojaan ja rajojaan. Kiinnostuksen kasvaessa on mahdollisuus syventäviin opintoihin ja lisäkoulutuksiin niin kotimaassa kuin ulkomailla (ks. luku 5).

Modernia seksuaalilääketieteellistä tutkimusta on harjoitettu reilusti yli 50 vuoden ajan ja alan uranuurtajiin kuuluvan Irwin Goldsteinin mukaan on tämänkin vuosisadan vaihteessa löydetty uusia oireyhtymiä seksuaalitoimintovaikutuksineen, kuten esim. *post-finasteride syndrome* ja *hard flaccid syndrome* (ks. luku 29), tai neuroproliferatiivinen vestibulodynia (ks. luku 25). Tutkimusta tarvitaan uusien ilmentymien syntymekanismien ymmärtämiseksi ja hoitomahdollisuuksien löytämiseksi. Koulutuksen myötä on väitöskirjatasoinen tutkimustyö käynnistynyt myös Suomessa, ja niin Tampereella kuin Turussakin on koulutusta saatu mukaan opetusohjelmaan. Seksuaalilääketieteellä on tulevaisuudessa edellytykset erikostumisalaksi muiden joukossa, sillä Euroopassa on juuri alkamassa työ alan saamiseksi itsenäiseksi erikoisalaksi. Suomesta on professori Osmo Kontula kutsuttu mukaan kyseiseen työryhmään. Systemaattinen, käynnissä oleva koulutussisältöjen suunnittelutyö Euroopassa edesauttaa todennäköisesti koulutuksen kehityskulkua myös meillä.

Kirjallisuutta

- Bancroft J, Graham CA, Janssen E ym. The dual control model: current status and future. *J Sex Res* 2023; 60(7):948–68. doi.org/10.1080/0022449.2023.2219247
- Giraldi A, Kristensen E, Sand M ym. Endorsement of models describing sexual response of men and women with sexual partner: an online survey in a population sample of danish adults ages 20–65 years. *J Sex Med* 2015;12(1):116–24. doi.org/10.1111/jsm.12984
- Goldstein I, Goldstein S. Fighting for sexual medicine. *Sexual Medicine Reviews* 2024;12:114–5. http://doi.org/10.1093/sxmrev/qeae015
- Gonsalves L, Cottler-Casanova S, Van Treeck K, ym. Results of a World Health Organization scoping of sexual dysfunction-related guidelines: what exists and what is needed. *J Sex Med* 2020; 17: 2518–21. doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.022
- Jansen K L, Fried A L, Goetz C, ym. Mistrust and missed opportunities: BDSM practitioner experiences in healthcare. doi.org/10.1093/jsxmed/qdae125
- McCabe M P, Sharlip I D, Atalla E ym. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the fourth consultation on sexual medicine. *J Sex Med* 2016;13:135–43. doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019
- Parish S J, Cottler-Casanova S, Clayton A H ym. The evaluation of the female sexual disorders/dysfunction definitions, nomenclature and classifications: *Sex Med Rev* 2021;9:35–56. doi.org/10.1016/j.sxm.2020.05.001
- Seksuaalioikeudet THL:n suomentamina. www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalioikeudet.
- Väisälä L, Räsänen M, Kero K. Naisen seksuaalihäiriöt. *Duodecim* 2021;137:2204–14.
- World Association for Sexual Health. Declaration on sexual pleasure. Accessed January 12, 2023. worldsexualhealth.net/resources/declaration-on-sexual-pleasure/.
- World Health Organization. International classification of diseases, 11th revision: the global standard for diagnostic health information. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019. Saatavilla: icd.who.int/.

Keskeisiä käsitteitä

Seksi Seksuaalisuuden ilmaisua ja toteuttamista joko yksin tai useamman kumppanin kanssa. Seksiin kuuluu yhdynnän lisäksi kaikki kosketaminen ja hyväily eroottista mielihyvää tuottavassa tarkoituksessa. Fantasiat ja itsetyydytys ovat myös osa sitä. Seksi voi olla keino osoittaa läheisyyttä, hellyyttä, rakkautta tai intohimoa. Se voi olla myös väkivallan, nöyryyttämisen ja kaupankäynnin väline.

Seksologia tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyvien ilmentymien tieteiden välistä tutkimusta (esimerkiksi sosiologia, psykologia, juridiikka).

Seksuaalilääketiede Kaikkien erikoisalojen kontekstissa tapahtuvaa lääketieteellistä arviointia, miten näyttöperusteisesti sairaudet, niiden hoitomuodot, leikkaukset ja lääkitykset vaikuttavat seksuaalitoimintoihin ja siten potilaiden hyvinvointiin. Potilaiden tutkiminen ja hoito tapahtuu lääketieteen menetelmin, monitieteellistä lähestymistapaa käyttäen.

Seksuaalireaktiomallit Seksuaalitoimintoihin liittyvien ilmiöiden teoreettisia mallinnuksia, joissa tarkastellaan reaktioihin (halu, kiihotuminen, orgasmi ja laukeaminen) vaikuttavia mekanismeja. Ensimmäisessä, ns. Masters-Jonsonin mallissa oletettiin kaiken tapahtuvan aina suoraviivaisesti ja automaattisesti, kunhan

olisi riittävää fyysistä, oikein kohdennettua stimulaatiota. Myöhemmin kehitellyt mallit ovat pyrkineet huomioimaan niin aktivoivia kuin inhiboivia ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä dynaamisesti muuttuvassa vuorovaikutuksessa. Helen Kaplanin lineaarisesta mallista tuli perusta kansainvälisille tautiluokituksille. Ns. *Dual control* eli kaksoiskontrollimallin kehittäneet Eric Janssen ja John Bancroft havaitsivat hormonien ja välittäjäaineiden kiinteän vuorovaikutuksen merkityksen seksuaalisen halun synnyssä. *Dual control* -malliin Michael Perelman rakensi niin sisäiset kuin ulkoisetkin fyysiset ja psyykkiset tekijät huomioivan hypoteesin, jossa kaikki tekijät kommunikoivat keskenään joko inhiboivasti tai ekskitoivasti, jolloin lopputulos voi vaaan kielen kallistuspisteessä suuntautua kumpaan suuntaan tahansa.

Seksuaaliterveys WHO:n mukaan psyykkistä, fyysistä ja emotionaalista sekä sosiaalista hyvinvointia suhteessa seksuaalisuuteen. Se ei poissulje sairautta tai toimintakyvyttömyyttä, mutta seksuaalioikeuksien huomiointi sekä positiivinen asenne seksuaalisuutta ja seksuaalisia suhteita kohtaan mahdollistavat tyydyttävät ja turvalliset seksuaaliset kokemukset ilman pakottamista, syrjimistä tai väkivaltaa.