

Leena Väisälä, Marita Räsänen ja Katja Kero

Naisen seksuaalihäiriöt

Naisten seksuaaliongelmia ovat seksuaalisen halun vähäisyys, kiihottumis- ja orgasmiongelmat sekä seksuaalinen kipu. Häiriöasteiseksi tilanne määritellään, mikäli se aiheuttaa henkilökohtaista ahdistusta, on toistuva ja pitkäkestoinen eikä ole seurausta sairaudesta. Seksuaaliset ongelmat ovat yleisiä, ja ne voivat heijastua yksilön elämänlaatuun monin tavoin. Seksuaalitoimintoihin vaikuttavat biologiset, psykososiaaliset, sosiokulttuuriset ja parisuhdetekijät. Tilapäiset vaikeudet liittyvät usein normaaliin elämäntilanteeseen. Naisen seksuaalivastesykliin perehtyminen auttaa ymmärtämään aiheen moniulotteista kokonaisuutta. Ongelman selvittäessä huomioidaan seksuaalianamneesi, terveydentila, lääkitys ja elämäntilanne. Seksuaaliongelmien hoitona käytetään elämäntapa- ja seksuaalineuvontaa, seksuaaliterapiaa, psyko- ja pariterapiaa, fysioterapiaa sekä valikoiduissa tapauksissa lääkitystä tai lääkityksen muutosta.

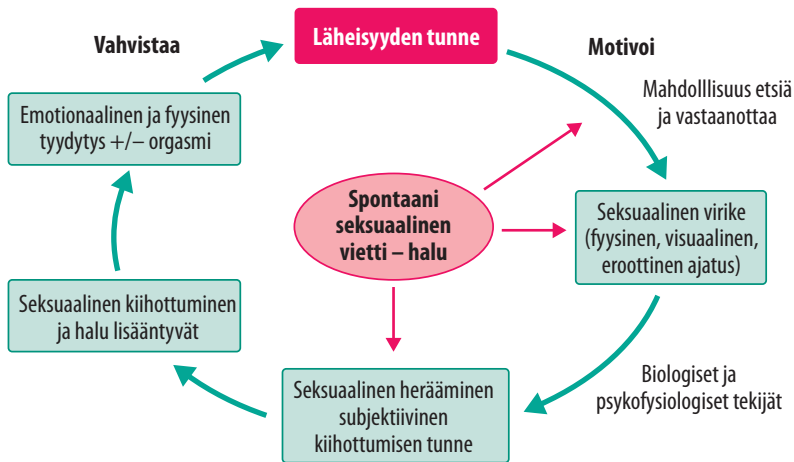
Viiime vuosina seksuaalilääketieteellinen tutkimus on lisännyt huomattavasti tietoa naisen seksuaalivasteesta ja seksuaalihäiriöiden fysiologiasta. Erityisesti aivokuvantaminen on selventänyt keskushermoston osuutta säätelyssä. Laboratoriotutkimuksiin 1960-luvulla pohjautuvassa Masters ja Johnsonin seksuaalireaktiomallissa lähtökohtana on seksuaalinen perusjännite, josta seuraa kiihottumisen kautta tasannevaihe, orgasmi ja laukeaminen. Mallissa ei huomioida psykofyysisten tekijöiden kuten, seksuaalisen halun, merkitystä. Seksuaaliterapeutti Helen Kaplanin vuonna 1979 esittämässä reaktiosarjassa seksuaalista halua seuraa kiihottuminen ja orgasmi. Tähän lineaariseen reaktiosarjaan perustuvat seksuaalihäiriöiden tautiluokitukset DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) ja ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th edition) (1).

Monet naiset kokevat, että lääkäri-seksologi Rosemary Bassonin 2000-luvun alussa esittämä seksuaalireaktioiden kehä kuvastaa heidän seksuaalisuuttansa lineaarista mallia parem-

min (2). Bassonin mukaan naisen into ryhtyä seksuaaliseen kanssakäymiseen ei välttämättä aina ole spontaani halu. Motivaationa voi olla läheisyyden kaipuu, rakkauden ja kiintymyksen osoittaminen, halu kokea olevansa viehättävä, ilo fyysisen kokemuksen jakamisesta tai sitoutumisen vahvistaminen. Läheisyyden kokemukseen liittyvät syyt ovat erityisen tärkeitä pitkäaikaisessa parisuhteessa (KUVA 1).

Seksuaalihäiriöiden nykyinen luokitus

Seksuaalilääketieteen asiantuntijat ja kansainväliset alan järjestöt ovat työskennelleet näyttöön perustuvan, ajantasaisen ja kliiniseen käyttöön soveltuvan naisten seksuaalihäiriöiden luokittelun luomiseksi. Kansainvälinen naisten seksuaaliterveyden tutkimusjärjestö (The International Society for the Study of Women's Sexual Health, ISSWSH) on julkaissut luokituksen, jossa erotellaan seksuaalisen halun ja kiihottumisen häiriöt sekä tarkennetaan kiihottumishäiriöiden alalajit (TAULUKKO 1) (3). Seksuaalisen kivun luokitus esitetään omassa osiossaan.



KUVA 1. Bassonin dynaaminen seksuaalireaktioiden kehä. Mallin keskiössä on yksilön seksuaalinen vietti, mutta spontaani halu ei ole välttämätön seksuaaliselle kanssakäymiselle. Suhteessa koettu läheisyys motivoi yksilöä huomaamaan ja olemaan vastaanottavainen seksuaalisille virikkeille. Sopiva seksuaalinen virike voi saada aikaan seksuaalisen heräämisen ja kiihottumisen tunteen. Mikäli aistielämys koetaan riittävänä, kiihottuminen ja halu jatkaa kokemusta seksuaalisen jännityksen ja nautinnon vuoksi kasvavat. Monet psykologiset ja biologiset tekijät voivat joko edistää tai estää kiihottumista ja halua. Emotionaalinen ja fyysinen tyydytys puolestaan vahvistaa läheisyyden tunnetta ja seksuaalista motivaatiota (2).

Seksuaalianamneesi ja elämäntilanne

Naisen seksuaalihäiriöiden syyt ovat moniulotteisia. Tyypillistä on, että fyysiset, psyykkiset ja ihmissuhdeongelmat kietoutuvat toisiinsa. Naisella fysiologiset muutokset eivät välttämättä aiheuta seksuaalihäiriötä. Toisaalta seksuaalisia ongelmia esiintyy normaalista seksuaalifysiologiasta huolimatta. Kliinisessä työssä seksuaalianamneesi ja potilaan elämäntilanteen kartoittaminen ovat olennaisia seksuaalihäiriöiden taustan selvittelyssä (TAULUKKO 2) (4).

Seksuaalinen haluttomuus

Seksuaalinen haluttomuus on yleisin naisten valittama seksuaalisuuteen liittyvä oire. Häiriöksi määrittely vaatii, että tilanne on kestänyt yli kuusi kuukautta ja häiritsee henkilöä itseään. Tällöin puhutaan hypoaktiivisesta seksuaalisen halun häiriöstä (TAULUKKO 1). Eri tutkimusten mukaan siitä kärsii 7–12 % naisista (3,5).

Ongelman taustalla on monenlaisia tekijöitä. Haluttomuudesta kertoessaan naiset voivat tarkoittaa hyvinkin erilaisia asioita. Oleellista

tilanteen selvittämiseksi on hyvä seksuaalianamneesi (TAULUKKO 2). Erilaisilla psykofysiologisilla malleilla, kuten Bancroftin Dual Control on pyritty selittämään haluttomuuden syytä (KUVA 2) (6).

Opittu seksuaalikäyttäytymisen malli vaikuttaa: mikä on sopivaa seksuaalisuutta ja mistä saa kiihottua ja nauttia. Negatiivinen kehonkuva sekä muut häiritsevät ajatukset ja uskomukset vaikuttavat kykyyn keskittyä seksuaaliseen nautintoon. Kiihottavat voimat voivat olla vähäisiä: esimerkiksi stimuloivia mielikuvia tai materiaaleja, hyväilyjä ja tarvittaessa apuvälineitä ei osata käyttää. Henkilö saattaa kokea seksuaaliset fantasiansa tai ajatuksensa kiellettyinä. Halukkuutta lisäävistä tekijöistä on usein vaikeaa puhua kumppanille. Kumppanin kyvyttömyys kuulla henkilön toiveita vaikuttaa myös tilanteeseen (7).

Seksuaaliongelmien kartoituksessa voidaan käyttää apuna Bassonin seksuaalivaste- ja Dual Control -malleja. Ne saattavat auttaa potilasta oivaltamaan asioita, joihin hän voisi vaikuttaa. Tämän lisäksi, jo avoin keskustelu vastaanotolla voi antaa eväitä asian käsittelemiseen kumppanin kanssa.

TAULUKKO 1. Naisen seksuaalihäiriöiden luokitus ja suosituksen aste ISSWSH:n mukaan (3). Diagnoosiin vaaditaan, että oire on esiintynyt vähintään kuuden kuukauden ajan. (Näytön aste B = kohtalainen tutkimusnäyttö, suositus. Asiantuntijasuositus = kliiniseen kokemukseen perustuva mielipide

Hypoaktiivinen seksuaalisen halun häiriö¹ (Hypoactive sexual desire disorder, HSDD) (Näytön aste B)

Puuttuva motivaatio seksuaaliseen kanssakäymiseen. Mikä tahansa seuraavista oireista:

- Vähentynyt tai puuttuva spontaani halu (seksuaaliset ajatukset ja fantasiat)
 - Vähentynyt tai puuttuva vaste eroottisille vihjeille ja stimulaatiolle tai kykenemättömyys ylläpitää halua tai mielenkiintoa seksuaaliseen aktiviteettiin.
 - Haluttomuus aloittaa tai osallistua seksuaaliseen aktiviteettiin. Seksuaaliseen kanssakäymiseen johtavien tilanteiden välttäminen. Seksuaalinen kipu on suljettu pois.

JA tilanteeseen liittyy kliinisesti merkittävää henkilökohtaista ahdistusta (turhautuminen, murhe, kyvyttömyys, suru, huoli).

Naisen seksuaalisen kiihottumisen häiriö² (Female sexual arousal disorder, FSAD)

Naisen kognitiivinen kiihottumishäiriö³ (Asiantuntijasuositus)

- Häiritsevä vaikeus tai kyvyttömyys saavuttaa tai ylläpitää henkistä kiihottumisen tunnetta seksuaalisen aktiviteetin aikana.

Naisen genitaalinen kiihottumishäiriö⁴ (Näytön aste B)

- Häiritsevä vaikeus tai kyvyttömyys saavuttaa tai ylläpitää riittävää genitaalivastetta, kuten ulkosynnyttimien ja emättimen kostuminen, sukuelinten turpoaminen ja seksuaaliseen aktiviteettiin liittyvä sukuelinten herkkyyden, seksuaalisen kanssakäymisen yhteydessä

Jatkuva epämiellyttävä seksuaalisen kiihottumisen tila⁵ (Persistent genital arousal disorder, PGAD) (Asiantuntijasuositus)

Jatkuvat tai toistuvat tahattomat epämiellyttävät ja häiritsevät kiihottumisen tai orgasmin tulemisen tuntemukset sukuelimissä (genitaalinen dysestesia) ilman seksuaalisia ajatuksia, fantasioita tai halua. Oireet voivat:

- Lievittyä tai pahentua seksuaalisen aktiviteetin aikana ja orgasmin yhteydessä
- Pahentua tietyissä tilanteissa
- Aiheuttaa epätoivoa, tunneherkkyyttä, katastrofointia tai itsetuhoisuutta

Näyttö genitaalisesta kiihottumista oireiden aikana on ristiriitaista

Naisen orgasmihäiriö⁶ (Female orgasm disorder, FOD) (Näytön aste B)

Jatkuva tai toistuva itseä häiritsevä orgasmikokemus, joka liittyy orgasmin yleisyyteen, ajoitukseen tai nautintoon seksuaalisen aktiviteetin yhteydessä.

Yleisyys – orgasmi tulee harvoin tai ei koskaan (anorgasmia)

Voimakkuus – orgasmi on heikko (hiljainen orgasmi)

Ajoitus – orgasmi tulee naisen toivomusten mukaan joko liian myöhään (myöhästynyt orgasmi) tai liian aikaisin (spontaani tai enneaikainen orgasmi)

Nautinto – orgasmikokemus ei ole nautinnollinen (anhedoninen orgasmi) (Asiantuntijasuositus)

Naisen orgasmiin liittyvä sairausoireyhtymä⁷ (Female orgasmic illness syndrome, FOIS) (Asiantuntijasuositus)

Fyysiset tai psyykkiset epämiellyttävät oireet, jotka esiintyvät ennen orgasmia, sen aikana tai jälkeen, mutta eivät sinänsä ole yhteydessä itse orgasmiin tai sen laatuun.

- Esimerkiksi päänsärky, levottomuus, masennus, unettomuus, ripuli, lihaskivut, väsymys tai sukuelinten kipu.

¹Hypoactive sexual desire disorder, HSDD, ²Female sexual arousal disorder, FSAD, ³Female cognitive arousal disorder, FCAD, ⁴Female genital arousal disorder, FGAD, ⁵Persistent genital arousal disorder, PGAD, ⁶Female orgasm disorder, FOD, ⁷Female orgasmic illness syndrome, FOIS.

Seksuaaliongelmien hoidossa voidaan edetä PLISSIT-mallin mukaan (**KUVA 3**) (8).

Lääkärin tehtävänä on kartoittaa potilaan hormonaalinen tilanne ja lääkitys. Esimerkiksi tietyt SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa haluttomuutta sekä hidastaa tai vaikeuttaa yksilöllisesti kiihottumista ja orgasmia. Lääkkeen vaihtoa vähemmän seksuaalisuuteen vaikuttaviin valmisteisiin, kuten agomelatiiniin, bupropioniin

tai vortiooksetiiniin, voi harkita (9). Hormonaalinen ehkäisy voi joillakin naisilla vähentää seksuaalista halua, tärkeää on kuitenkin sulkea pois muut syyt. ESSM:n (European Society of Sexual Medicine) konsensusjulkaisun mukaan hormonaalisen ehkäisyvaikutukset naisen seksuaalisuuteen ovat edelleen kiistanalaiset. Hormonikierukan vaikutus ei tutkimusten mukaan eroa kuparikierukasta, joten muiden

TAULUKKO 2. Seksuaalianamneesi ja sen yhteydessä selvitettäviä psykososiaalisia ja parisuhteeseen liittyviä asioita (4).

Sukupuoli-identiteetti ja seksuaalinen suuntautuminen

Mikä on potilaan käsitys omista seksuaalireaktioistaan?

- Onko hän kokenut seksuaalista halua, ovatko kiihottuminen ja orgasmi tuttuja asioita ja onnistuvatko ne yksin tai kumppanin kanssa?
- Onko seksuaalisuus ja seksuaalinen kanssakäyminen tuottanut nautintoa?

Häiriön alku

- Onko ongelma ollut aina vai alkanut jossain vaiheessa elämää?
- Millaisen tilanteen jälkeen: esimerkiksi trauma, yhdyntä uuden kumppanin kanssa, sairastuminen tai stressi?

Missä määrin tilanne haittaa?

- Liittyykö siihen turhautumista, syyllisyyttä, häpeää tai suorituspaineita?

Onko seksuaaliongelma itsenäinen vai seurausta jostain muusta seksuaalihäiriöstä?

- Esimerkiksi onko naisen haluttomuus seurausta yhdyntäkivuista?

Onko häiriö yleistynyt eli esiintyy pääsääntöisesti aina?

- Onnistuuko orgasmi itsetyydytyksessä?

Onko häiriö tilannekohtainen?

- Kohdistuuko tiettyyn kumppaniin tai tiettyyn tilanteeseen?

Traumaattiset kokemukset

- Onko potilaalla ollut lapsuudessa, nuoruudessa tai aikuisena loukkaavia, omia rajoja rikkovia seksuaalisia kokemuksia? Esimerkiksi seksuaalista hyväksikäyttöä tai raiskaus.

Onko potilas tullut parisuhteessa fyysisesti tai henkisesti petetyksi?

- Onko parisuhteessa ulkopuolisia tai rinnakkaisuhteita?

Seksuaalinen stimulaatio

- Mikä on stimulaation laatu, riittävyys ja vaihtelevaisuus?
- Onko seksuaalinen kanssakäyminen eroottista?

Esiintyykö seksin aikana häiritseviä ajatuksia?

- Jos, niin millaisia ja kuinka usein?

Seksuaaliset uskomukset, kulttuuritausta ja mahdolliset uskontoon liittyvät seikat.

Masturbaatio ja pornografian käyttö.

Psykoseksuaaliset tekijät

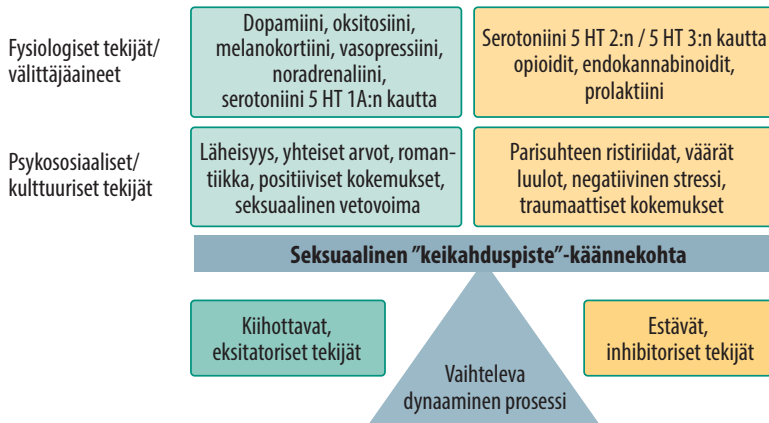
- Yleinen mieliala, väsymys ja stressaavat asiat, kuten työ, talous, pikkulapsiarki
- Psykkiset häiriöt, aiemmat ja nykyiset
- Persoonallisuuden piirteet, itsetunto, itseluottamus, perfektionismi
- Kehonkuva, myös käsitys omista sukuelimistä
- Sosiaaliset taidot, flirttailukyky, sosiaalinen media

Parisuhde ja kumppaniin liittyvät tekijät

- Tyytyväisyys parisuhteeseen, rakkaus, luottamus, intimitteetti ja parisuhteen dynamiikka
- Läheisyys ja parisuhdesekin tavat, laatu ja määrä
- Kommunikaatiokyky, kyky puhua seksuaalisista toiveistaan kumppanille
- Kumppanin seksuaalinen vetovoima
- Parin ongelmaratkaisukyky ja -tavat, painostaminen
- Kumppanin asenne ja reaktio seksuaaliongelmaan
- Kumppanin seksuaalihäiriöt (erektiohäiriö, enneaikainen siemensyöksy, seksuaalinen kipu)

hormonaalisten ehkäisymenetelmien vaihtoa hormonikierukkaehkäisyyn voi tarvittaessa kokeilla (10). Vaihdevuosisoireisiin voi liittyä väsymystä ja ahdistusta. Hormonihoito saattaa parantaa jaksamista ja antaa energiaa myös sek-

sille, vaikka hoito ei suoranaisesti vaikutakaan haluttomuuteen (11). Emättimen ja ulkosyntyntien limakalvojen arkuus vaihdevuosissa ja niiden jälkeen voi aiheuttaa sekä kiihottumista haluttomuusongelmaa. Tämä on hoidetta-



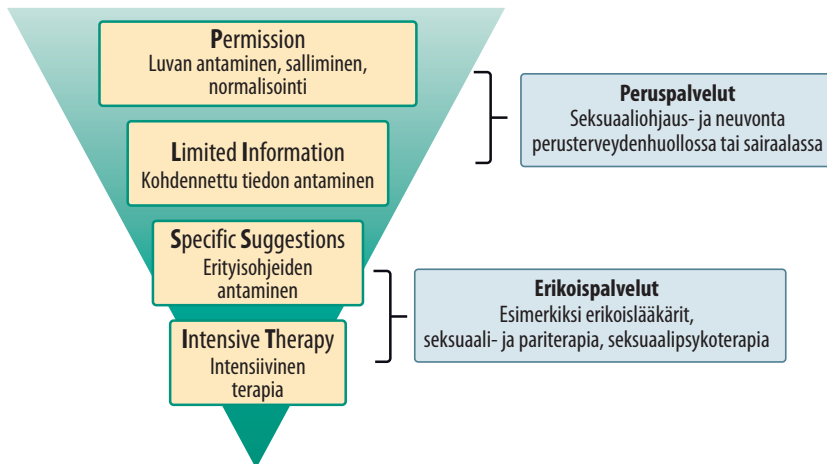
KUVA 2. Bancroftin Dual Control -mallin mukaan HSDD (Hypoactive sexual desire disorder) johtuu estävien tekijöiden ylimäärästä tai kiihottavien voimien vähäisyydestä tai näiden epätasapainosta.

Usein haluttomuuden taustalla on estävien tekijöiden ylimäärä (huono parisuhde, stressi, lääkkeet tai sairaudet, nautintoa tuottamaton seksi, kiihottumis- tai orgasmihäiriö, seksuaalinen kipu tai kumppanin seksuaaliongelmia) (6).

vissa limakalvojen paikallishoidolla (**TAULUKKO 3**) (12).

Seksuaaliseen haluttomuuteen on kehitetty lääkkeitä, joita toistaiseksi ei ole Suomessa markkinoilla. Yhdysvalloissa markkinoilla on flibanseriini ja bremelanotidi. Niiden vaikutusmekanismia ei täysin tunneta, mutta fli-

banseriini lisää aivoissa dopamiini- ja vähentää serotoniinivaikutusta. Bremelanotidi taas vaikuttaa aivojen melanokorttiinijärjestelmää stimuloiden. Molemmat ovat tehonneet hieman lumelääkitystä paremmin HSDD:n hoidossa. Flibanseriinista sai apua noin 40–50 %, ja lumelääkkeestä 30–40 % naisista (13,14). Vastaa-



KUVA 3. PLISSIT-mallissa ammatilliselta edellytettävä osaaminen jaetaan neljälle tasolle.

Luvan antaminen tarkoittaa lupaa puhua seksuaalisuudesta ja normalisoida huolenaiheita. Aktiivinen kuuntelu on asian puheeksi ottamista ja tilanteen kartoitusta. Rajattu (kohdennettu) tieto tarkoittaa tiedon antamista johonkin potilaan rajattuun ongelmaan. Seksuaalineuvonnassa voidaan käsitellä esimerkiksi tunteiden ilmaisuun, kehonkuvaan, ikään ja elämäntilanteeseen ja -tapoihin liittyviä asioita. Luvan antaminen ja rajattu tieto kuuluvat jokapäiväiseen hoitotyöhön ja potilaan kohtaamiseen. Erytisoheiden tai harjoitusten avulla pyritään muutokseen potilaan tilassa. Seksuaaliterapiassa voidaan käsitellä esimerkiksi seksuaaliseen nautintoon liittyviä asioita. Erytispalveluita vaativat esimerkiksi pitkäaikainen seksuaalinen kipu tai seksuaalinen hyväksikäyttö. Erytisoheiden taso edellyttää täydennyskoulutusta ja intensiivinen terapia terapiakoulutusta (8).

vat luvut Bremelanotidilla olivat 58 % ja 36 %. Ero oli merkitsevä (15).

Kuten miehillä, myös naisilla testosteroni vaikuttaa seksuaaliseen halukkuuteen. Eniten näyttöä testosteronihoidon tehosta on naisilla, joilta on poistettu fertiili-ässä munasarjat. Suosituksia testosteronin käytöstä HSDD:n hoidossa ovat antaneet BMS (British Menopause Society) sekä ISSWSH (16,17). Naisille tarkoitettua testosteronivalmistetta ei ole markkinoilla, joten kyseessä on aina myyntiluvasta poikkeava hoito. Ennen testosteronihoidon aloitusta pitää sulkea pois muut mahdolliset haluttomuuteen vaikuttavat tekijät. Mikäli hoitoon päädytään, mitataan ensin naisen vapaa testosteronipitoisuus. Sen ollessa pieni, hoito voidaan aloittaa pienellä annoksella, esimerkiksi 2 %:lla testosteronigeelillä annoksella yksi painallus, eli 10 mg, iholle joka toinen aamu. Kuuden hoitoviikon jälkeen kontrolloidaan seerumin vapaa testosteroni. Hoidolla pyritään fysiologiseen tasoon. Hoidon teho arvioidaan kuuden kuukauden kuluttua. Hoito lopetetaan, mikäli sillä ei saavuteta vastetta tässä ajassa. Naisten testosteronihoidosta puuttuu vielä pitkäaikaisseuranta, mutta kahden vuoden seurannassa fysiologisilla pitoisuuksilla haittavaiikutukset ovat olleet vähäisiä. (5,16,17)

Seksuaalinen kiihottumishäiriö

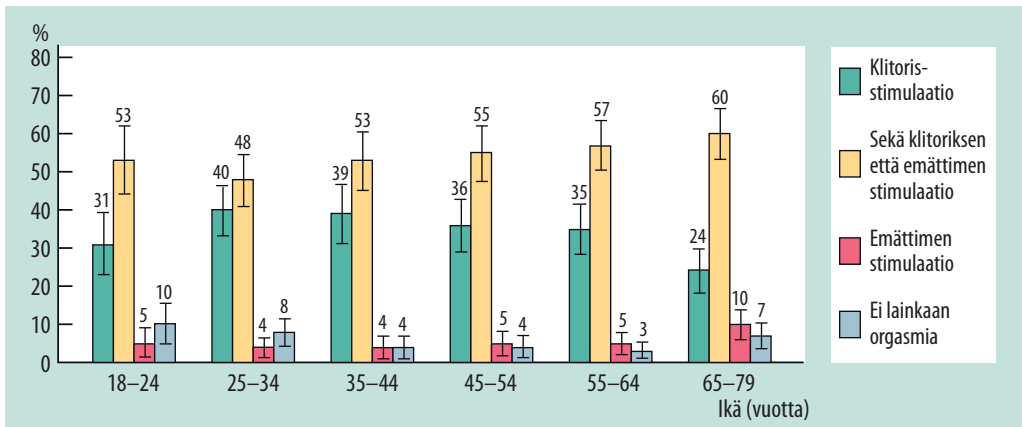
Naisen kiihottumishäiriöllä tarkoitetaan tilannetta, jolloin nainen ei koe subjektiivisesti kiihottuvansa tai tilannetta, jossa fysiologinen vaste eli paisuvaiskudoksen verkkyyden lisääntyminen tai emättimen kostuminen ei tapahdu riittävästi.

Usein kiihottumishäiriöön liittyy seksuaalista haluttomuutta ja orgasmivaikeutta. Kiihottumishäiriön esiintyvyydeksi on arvioitu noin 5 %. Satunnaisena tai ajoittaisena kiihottumishäiriöä esiintyy huomattavasti suuremmalla osalla naisia (28–35 %). Kiihottumisvaikeudet lisääntyvät iän myötä. Naisillakin perifeerinen seksuaalivaste riippuu verisuoniston toiminnasta, ja yleisten verenkiertohäiriöiden on todettu heikentävän sukuelinten verenkiertoa. Toisaalta kohonneen verenpaineen ja dyslipidemioiden vaikutuksista naisen kiihottumishäiriöön on rajallista tietoa. Monet mielialälääkkeet (esimerkiksi SSRI-lääkkeet) voivat heikentää naisen kiihottumista. Kliinisessä tutkimuksessa suljetaan pois emättimen limakalvon atrofia, genitaalien ihosairaudet tai tulehdukselliset tilat ja vulvodynia. Psykososiaalisia kiihottumiseen liittyviä tekijöitä ovat parisuhteen laatu, syyllisyyden tunteet ja yleisesti ottaen läsnäolokyky sekä kyky nauttia seksistä. Stressi, mielialahäiriöt ja ikääntyminen vaikuttavat myös kiihottumiskokemukseen (18).

Vaihdevuosissa emättimen limakalvon ohennaminen ja kuivuus hoidetaan paikallisestrogenilla tai DHEA (dehydroepiandrosteroni)-valmisteella (TAULUKKO 3) (12). Kosteuttavia valmisteita saa käyttää ja seksissä kannattaa käyttää liukuvoidetta. Suuri osa terveiden naisten kiihottumishäiriöistä johtuu riittämättömästä seksuaalisesta stimulaatiosta. Hoidon ydin onkin toimivamman kiihotuksen etsiminen kehon eri alueiden, varsinkin sukuelinten hyväilyllä. Seksin apuvälineitä kannattaa kokeilla, ja aivoja voi stimuloida erilaisilla kiihottavilla mielikuvilla ja fantasioilla, esimerkiksi eroottisen kirjallisuuden ja elokuvien avulla.

TAULUKKO 3. Ulkosynnyttimien ja emättimen limakalvojen paikallishoito.

Valmiste	Vaikutus limakalvolle	Annostus	Reseptin tarve
Estradioliamätin-tabletit	Paikallinen estrogenivaikutus emättimeen	1–2 viikkoa annostus joka ilta, sitten 2–3 kertaa viikossa	Reseptillä peruskorvattava
Estradiolirengas	Paikallinen estrogenivaikutus emättimeen	Rengas vaihdetaan kolmen kuukauden välein	Reseptivalmiste
Estriolivalmisteet: puikot, geeli ja voiteet	Paikallinen estrogenivaikutus emättimeen ja ulkosynnyttimiin, voide tehokkaampi ulkosynnyttinten alueelle	1–3 viikkoa annostus joka ilta emättimeen, sitten 2–3 kertaa viikossa	Yksi reseptivalmiste, muut itsehoitolääkkeitä
DHEA (prasteroni) emätinpuikot	Paikallinen sekä estrogeeni- että testosteronivaikutus	Yksi emätinpuikko iltaisin	Resepti pakollinen



KUVA 4. Kuinka eri-ikäiset naiset yleisimmin saavuttavat orgasmin seksuaalisessa kanssakäymisessä (20).

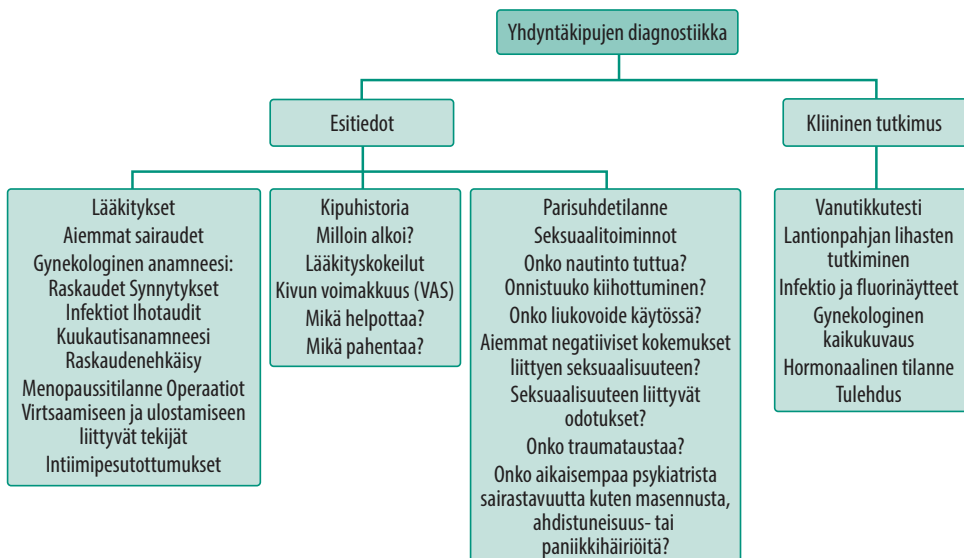
Parisuhteen kommunikaation parantamisessa seksuaalineuvonnasta tai -terapiasta voi olla hyötyä. Kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja tietoisilla läsnäoloharjoitteilla pyritään stressin vähentämiseen ja tietoisien läsnäolon lisäämiseen. Lantionpohjan lihasten vahvistaminen auttaa verenkierron ja kiihottumisen parantamisessa. Tässä fysioterapia saattaa auttaa. Nainen tutustuu parhaiten omiin reaktioihinsa itsetyödytyksen avulla (18).

Harvinainen kiihottumisen häiriö on niin sanottu jatkuva epämiellyttävä kiihottuneisuuden tila, PGAD (persistent genital arousal disorder) (TAULUKKO 1). Tilaan liittyy erittäin

epämiellyttävä kiihottuneisuuden tunne sukuelimissä ilman seksuaalista halua. Etiologia tunnetaan huonosti, ja toistaiseksi hoito on oireenmukaista: tilannetta pahentavien tekijöiden eliminaatio, kognitiivinen terapia ja fysioterapia lantionpohjan lihasten rentouttamiseksi. Lääkitys on vasta tutkimusasteella (19).

Orgasmihäiriö

Orgasmihäiriöksi määritellään tilanne, jossa nainen ei saavuta orgasmia riittävästä seksuaalisesta stimulaatiosta ja kiihottuneisuudesta huolimatta tai orgasmikokemus on heikko tai



KUVA 5. Yhdyntäkipujen diagnostiikka (26).

TAULUKKO 4. Yhdyntäkivun erotusdiagnoosiikka (26).

Ulkosynnyttimen kiputila, syynä tunnettu tila	Vulvodynia (muut syyt pois-suljettu)	Vulvodynian mahdolliset liitännästekijät	Syvä kipu emättimen tai lantionpohjan alueella
Infektio Hiivatulehdus Herpestulehdus Inflammatorinen ihosairaus Punajäkälä Valkojäkälä Rakkulaihottumat Syöpäkasvaimet Levypiteelisyöpä Pagetin tauti Neurologinen syy Postherpeettinen neuralgia Hermopinne (n. pudendalis) Hermovaurio Trauma Synnytystrauma Ympäri-leikkaus latrogeeninen Leikkausarpi Sädehoitovaurio Hormonipuutos Vaihdevuosien jälkeinen limakalvoatrofia Imetykseen liittyvä limakalvoatrofia	Lokalisaatio Paikallinen (emättimen eteinen, klitoris) Yleistynyt (koko ulkosynnyttimen alue) Kivun ilmeneminen Spontaani Provosoituva (kosketukseen liittyvä) Sekamuotoinen Ilmaantuminen Primaarinen (ensimmäisestä yhdynnästä lähtien) Sekundaarinen (myöhemmin elämässä ilmaantuva) Ajallisuus Jaksottainen/kausittainen Jatkuva Pysyvä Välitön Viivästynyt	Neurologiset mekanismit Perifeeristen hermojen proliferaatio ja herkistyminen Sentraalinen herkistyminen Inflammaatio Hormonaaliset tekijät Perinnölliset syyt Synnynnäiset rakennepoikkeavuudet Lihis- ja tukirankaperäiset syyt Lantionpohjan lihasten toimintahäiriö Yhtäaikaiset liitännäissairaudet Fibromyalgia Kivulias virtsarakko -oireyhtymä Ärtyneen suolen oireyhtymä Suuolteoireyhtymä Psykososiaaliset tekijät Parisuhdetekijät Komorbiditeetti muiden seksuaalihäiriöiden kanssa Seksuaalinen rajojen rikkomisen kokemus Affektiiviset, tunnepuolen häiriöt Katastrofiajattelu Somatisaatio	Endometriooisi Munsarjakystat Maligniteetit PID (pelvic inflammatory disease) latrogeniset syyt (sädehoito) Lantionpohjan lihasten toimintahäiriö Emättimen dermatoosi Suolistoperäiset syyt Virtsateihin liittyvät syyt

se ei ole nautinnollinen ja johtaa yksilön itsensä kokemaan haittaan (TAULUKKO 1). Varsinaisen orgasmihäiriön yleisyydeksi on arvioitu 5 %, mutta toisaalta tutkimuksissa tulee esille, että naiset saavat orgasmin paljon harvemmin kuin miehet parisuhdeseksissä. Suomalaisia seksitapoja kartoittaneen FINSEX-tutkimuksen mukaan miehistä 93 % ilmoittaa saavansa seksin yhteydessä ainakin useimmiten orgasmin, kun naisilla luku on vain 46 % (20).

Yhdysvaltalaisen laajan 52 588 vastaajan kyselytutkimuksen mukaan 95 % heteromiehistä raportoi useimmiten saavansa orgasmin parisuhdeseksin aikana, kun vastaava luku heteronaisilla oli 65 %, ja lesbonaisilla 86 % (21).

Orgasmin todennäköisyyttä lisäsivät yleisemmin harjoitettu suuseksi, pidempään kestänyt seksi, tyytyväisyys parisuhteeseen, kyky pyytää kumppanilta jotakin seksiin liittyvää, kumppanin kehuminen hänen tehdessään jotakin seksuaalisesti miellyttävää, seksuaalinen kiusoitelu, seksikäs pukeutuminen, uusien asentojen kokeileminen, fantasioiden toteuttaminen, seksipuhe ja rakkauden ilmaiseminen seksin aikana. Myös syvä suutelu, käsin hyväily sekä monipuoliset seksitavat lisäsivät orgasmin todennäköisyyttä. Tutkimus korostaa pariskunnan monipuolisten seksitapojen ja kommunikaation merkitystä naisen orgasmin saavuttamisessa.

Orgasmihäiriön taustalla on samoja seikkoja

TAULUKKO 5. Vaginisin taustasyitä (26,30).

Psykogeeniset
Epämiellyttävä kokemus
Rajojen rikkominen
Ensimmäinen yhdyntäkokemus kivulias
Pelko liian tiukasta tai pienestä anatomiasta
Anatomia liian pieni yhdynnälle
Raskauden tai intiimin läheisyyden pelko
Partneriin kohdistuvat negatiiviset tunteet
Tunnesäätelyhäiriöt
Uskonnolliset syyt
Fyysiset (harvinaisempia)
Tulehdukset
Endometrioosi
Arpi
Kireä hymen eli immenkalvo
Emättimen stenoosi/ahtauma

kuin kiihottumishäiriön ja seksuaalisen haluttomuudenkin yhteydessä. Naisen tärkein sukuelin on klitoris ja oleellista naisen orgasmin kokemiselle on riittävä klitoriksen stimulaatio (**KUVA 4**). Suurin osa naisista saavuttaa helpoiten orgasmin itsytydytyksellä. Kiihottavien mielikuvien ja fantasioiden etsiminen ja käyttö on tärkeää.

Orgasmihäiriön hoitoon ei ole lääkitystä. Mainostettujen pistoshoitojen ei ole osoitettu auttavan orgasmin kokemisessa eikä parantavan nautintoa, joten niitä ei tulisi käyttää. Kiihottumista hidastavat lääkitykset (SSRI-lääkkeet ym.) tulisi vaihtaa, mikäli mahdollista. Myös muihin etiologisiin tekijöihin tulisi vaikuttaa. Orgasmihäiriöissä voidaan käyttää samoja apuvälineitä ja ohjeita kuin kiihottumishäiriöissä. Parhaiten orgasmi löytyy useimmiten itsytydytyksellä. Ensin tutustutaan peilin avulla omiin sukuelimiin, minkä jälkeen erilaisin hyväilyjen ja samanaikaisten mielikuvien ja fantasioiden tai kuvamateriaalin avulla etsitään omaa kiihottumispolkua kohti orgasmia. Hyväilyharjoituksissa voidaan käyttää liukuvoiteita ja apuvälineitä. Opittuja taitoja voidaan siirtää parisuhdetilanteeseen. Seksuaalineuvonnassa ja -terapiassa käydään läpi orgasmia estäviä tapoja tai uskomuksia ja annetaan neuvoja itsehyväilyharjoituksista (22).

TAULUKKO 6. Seksuaalisen kivun hoito (30).

Seksuaalineuvonta
Seksuaalireaktioiden anatomia ja fysiologia, liukuvoiteet, intiimialueen pesu- ja hoito-ohjeet, psykoedukaatio liittyen sairauden tai häiriön vaikutukseen seksuaalisuuteen, suolen ja rakon toimintoihin liittyvät tekijät, hellyysharjoitukset, potilaan tilanteen validointi
Ihon ja limakalvojen hoito ja gynekologisten muiden syiden hoito
Infektioiden hoito
Ihottumien hoito
Syöpien hoito
Fysioterapia
Lantionpohjan fysioterapia
Dilataatio- eli laajennushoito ja desensitisaatio eli siedätyshoito
Sähköstimulaatio
Elektromyografia, biofeedback
Yhdistelmähoitot
Akupunktio
Lääkehoito
Paikalliset kipulääkkeet ja -geelit
Paikalliset injektiot botuliini A:lla
Häpyhermon puudutukset
Systeemiset kipulääkkeet, amitriptyliini, pregabaliini, gabapentiini
Operatiivinen hoito
Harvoin, erittäin valikoiduissa tapauksissa vestibulektomia
Psykologiset terapiat
Kognitiivinen terapia
Pariterapia
Mindfulness
Seksuaaliterapia

Seksuaalinen kipu

Naisen seksuaalisen kivun taustalla voi olla useita erilaisia biologisia ja lääketieteellisiä syitä, joiden aiheuttamaa kivun kokemusta muokkaavat psykologiset ja seksuaaliset tekijät. Esitietojen kartoittaminen ja huolellinen gynekologinen tutkimus ovatkin tärkeitä seksuaalisen kivun taustalla esiintyvien sairauksien ja häiriöiden kartoittamiseksi. (**KUVA 5** ja **TAULUKKO 4**) (23). Yleinen ulkosynnyttimillä esiintyvä seksuaalisen kivun syy on vulvodynia, josta on julkaistu tuoreet korkeatasoiset suomenkieliset artikkelit (24,25). Diagnoosi voidaan asettaa, kun muut syyt on suljettu pois. Vulvodynia

voidaan jakaa alaryhmiin, joista emättimen eteisessä esiintyvä vestibulodynia on tavallimpi nuorilla ikäryhmillä. Tilan etiologiaa ei tarkkaan tiedetä, mutta laukaiseviksi tekijöiksi on ehdotettu muun muassa nuorena aloitettua pieniannoksisten yhdistelmäehkäisy pillereiden käyttöä ja pitkittynyttä hiiva- tai virtsatieinfektiota. Tyypillinen löydös kliinisessä tutkimuksessa on potilaan ilmoittama viiltävä, kirvelevä tai polttava kipu emättimen aukossa jo kevyen kostutetulla vanupuikolla tehdyn tutkimuksen yhteydessä. Kipu aiheuttaa lähes aina lantionpohjan lihasten toimintahäiriön.

Vaginismi on määritelty jatkuvaksi tai toistuvaksi vaikeudeksi sallia peniksen, sormen tai jonkin naisen haluaman esineen viemistä emättimeen (26,27). Uusissa luokituksissa se määritellään sukuelin- ja lantion alueen kivun alaryhmäksi (28,29). Taustalla on usein psykosomaattista pelkoa seksuaalisuutta ja yhdyntöjä kohtaan (TAULUKKO 5). Vaginismien hoidossa keskitytään somaattisten syiden lisäksi pelon aiheuttamiin välttämisreaktioon liittyviin kysymyksiin (30).

Seksuaalisen kivun hoito suunnataan taustalla olevaan syyhyn. Mikäli seksuaalivonnasta ja psykoedukaatiosta ei ole riittävästi apua, potilas tulisi lähettää hoitoyksikköön, jossa on moniammatillinen seksuaalihäiriöiden hoitoon perehtynyt tiimi, johon lääkärin lisäksi voi kuulua seksuaalivonjoja ja -terapeutti, ihotautilääkäri, fysioterapeutti ja mahdollisesti psykoterapeutti (TAULUKKO 6) (29). Moniammatillisia toimipisteitä on Suomessakin jo joissakin yliopisto- ja keskussairaaloissa. Ammattitaitoista osaamista löytyy myös yksityissektorilta.

LEENA VÄISÄLÄ, LL, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, seksuaalilääketieteen asiantuntija (FECMS)

Lääkärikeskus Aava ja Mehiläinen, Helsinki

MARITA RÄSÄNEN, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, lääkärikouluttajan erityispätevyys, klininen opettaja (ma.)

Kliinisen lääketieteen yksikkö, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio

KATJA KERO, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, seksuaalivonjoja

TYKS, Naistenklinikan Seksuaaliterveyspoliklinikka ja Seritukikeskus ja Turun yliopisto

Ydinasiat

- ▶ Naisen seksuaalihäiriöitä ovat seksuaalinen haluttomuus, kiihottumis- ja orgasmihäiriöt sekä seksuaalinen kipu.
- ▶ Seksuaalihäiriöiden luokittelu perustuu seksuaalireaktiomalleihin, joiden ymmärtäminen auttaa lääkäriä ja potilasta tilanteen tunnistamisessa ja hoidossa.
- ▶ Monet potilaista hyötyvät jo seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta ja seksuaalivonnasta.
- ▶ Hoitona käytetään seksuaaliterapiaa, paritai psykoterapiaa ja fysioterapiaa.
- ▶ Varsinaista lääkettä ei ole, limakalvojen paikallishoitoa lukuun ottamatta, ei ole toistaiseksi Suomessa tarjolla.

Lopuksi

Seksuaalilääketieteen tunteminen kuuluu kaikille kliinistä työtä tekeville lääkäreille. Yksittäinenkin empaattinen ja kunnioittava kohtaaminen, jossa potilas voi jakaa intiimejä kokemuksiaan saattaa olla hänelle merkityksellinen ja terapeutin. On tärkeää ymmärtää, että elämäntilanteisiin liittyvät seksuaaliset ongelmat eivät välttämättä tarkoita seksuaalihäiriötä. Asioiden turhaa lääketieteellistämistä pitää välttää. Anatomian, fysiologian ja hormonitoiminnan tuntemisen lisäksi psykososiaalisten asioiden huomioiminen on olennaista seksuaalivonnasta ja seksuaalihäiriöiden ymmärtämisessä ja hoidossa. ■

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT

Päivi Polo ja Katja Kero

VASTUUTOIMITTAJA

Hanna Savolainen-Peltonen

SIDONNAISUUDET

Leena Väisälä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Exeltis, Sandoz, Bayer), luottamustoimet (Suomen gynekologiyhdistyksen hallituksen jäsen)

Marita Räsänen: Luottamustoimet (Suomen Gynekologiyhdistys)

Katja Kero: Luottamustoimet (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimikunta, Suomen Gynekologiyhdistys), hankkeet (SexMEdu (Sexual Medicine Education) -tutkimusryhmä, Ehyeksi-hanke)

KIRJALLISUUTTA

1. Brusila P. Mitä on seksuaalilääketiede. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 18–24.
2. Basson R. A model of woman's sexual arousal. *J Sex Marital Ther* 2002;28:1–10.
3. Parish S, Cottler-Casanova S, Clayton A, ym. The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: a review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sex Med Rev* 2021;9:36–56.
4. Piha J. Seksuaalihäiriöpoltiaan anamneesi ja tutkiminen. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 240–8.
5. Väisälä L. Naisen seksuaalinen haluttomuus. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 249–59.
6. Bancroft J, Graham CA, Janssen E, ym. The dual control model: current status and future. *Directions J Sex Res* 2009;46:121–42.
7. Parish S, Hahn S. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Review Sex Med Rev* 2016;4:103–20.
8. Annon J. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioural treatment of sexual problems. *J Sex Ed Ther* 1976;2:1–15.
9. Vuola T. Lääkkeiden seksuaaliset vaikutukset. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 552–65.
10. Both S, Lew-Starowicz M, Luria M, ym. Hormonal contraception and female sexuality: position statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *J Sex med* 2019;16:1681–95.
11. Tuomikoski P. Naisten hormonaaliset häiriöt ja vaihdevuodet. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s.381–8.
12. Kagan R, Kellogg-Spadt S, Parish S. Practical treatment considerations in the management of genitourinary syndrome of menopause. *Drugs Aging* 2019;36:897–908.
13. Clayton A, Dennerstein L, Pyke R ym. Drug evaluation flibanserin: a potential treatment for hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *Women's Health* 2010;6:639–53.
14. Clayton A, Valladares Juarez E. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am.* 2019;103:681–98.
15. Kingsberg, S, Clayton, A, Portman, D, ym. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder two randomized phase 3 trials. *Obstet Gynecol* 2019;134:899–908.
16. Panay N. Testosterone replacement in menopause. *British Menopause Society* 2019. <https://thebms.org.uk/2019/02/testosterone-replacement-in-menopause/>.
17. Davis, S, Baber, R, Panay, N. Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women. *J Clin Endocrinol Metab* 2019;104:4660–6.
18. Väisälä L. Naisen kiihottumishäiriöt. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 260–64.
19. Goldstein I, Komisaruk B, Pukall C, ym. International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) review of epidemiology and pathophysiology, and a consensus nomenclature and process of care for the management of persistent genital arousal disorder/genito-pelvic dysesthesia (PGAD/GPD). *J Sex Med* 2021;18:665–97.
20. Kontula O, Miettinen A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffect Neurosci Psychol* 2016;6:1.
21. Frederick DA, John HKS, Garcia JR, ym. Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a U.S. national sample. *Arch Sex Behav* 2018;47:273–88.
22. Väisälä L. Naisen orgasmihäiriöt. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 265–8.
23. Bornstein J, Preti M, Simon JA, ym. Descriptions of vulvodynia: a multisocietal definition consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). *J Low Genit Tract Dis* 2019;23:161–3.
24. Tommola P. Ulkosynnyttimien kiputilat. *Duodecim* 2018;134:927–35.
25. Paavonen J. Vulvovaginaaliset ongelmat: kokemusperäinen ja näyttöön perustuva tieto. *Suom Lääkäril* 2020;75:39–49.
26. Kero K. Yhdyntäkivut – vulvodynia, vaginismi ja krooniset lantionpohjan kivut. Kirjassa: Brusila P, Kero K, Piha J, ym. toim. Seksuaalilääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 269–80.
27. Basson R, Leiblum S, Brotto L ym. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004;1:40–8.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing, Arlington 2013.
29. Reed G, Drescher J, Krueger R, ym. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016;15:205–21.
30. Al-Abbadey M, Liossi C, Curran N, ym. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Sex Marital Ther* 2016;42:99–142.