

Ειδικό άρθρο Special article

Η γυναικεία σεξουαλική λειτουργία μέσα από τα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης: Από το DSM-IV στο DSM-5

Φ. Φερενίδου,^{1,2} Π.Σ. Κυράνα,² Λ. Αθανασιάδης¹

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,

²Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2017, 28:322–331

Μέχρι πρότινος, οι ταξινομήσεις κατά DSM που αφορούν στις γυναικείες σεξουαλικές διαταραχές, βασίστηκαν σε ορισμούς που δεν υποστηρίζονταν επαρκώς από κλινικές ή επιδημιολογικές μελέτες, αλλά στηρίζονταν κατά κύριο λόγο σε γνώμες ειδικών. Επιπλέον, η κατηγοριοποίηση αυτή ακολουθούσε το ίδιο μοτίβο σε άνδρες και γυναίκες, θεωρώντας ως δεδομένη την ύπαρξη ενός ενιαίου μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης και για τα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, τα κύρια μοντέλα που περιγράφηκαν και επικράτησαν ήταν τα γραμμικά μοντέλα των Master's & Johnson, της Kaplan, καθώς και το μεταγενέστερο κυκλικό μοντέλο της Rosemary Basson. Μεταξύ των γραμμικών και του κυκλικού μοντέλου, οι διαφορές αφορούν κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι στο κυκλικό μοντέλο οι φάσεις της σεξουαλικής ανταπόκρισης αλληλοεπικαλύπτονται, χωρίς να είναι πάντα σταθερό μοτίβο με ποια φάση ξεκινά η σεξουαλική εμπειρία. Στα γραμμικά μοντέλα, η σεξουαλική επιθυμία, η διέγερση, ο οργασμός και η αποκατάσταση ακολουθούν την ίδια, σταθερή διαδοχή, ενώ στο κυκλικό μοντέλο η σεξουαλική επιθυμία μπορεί να είναι αυθόρμητη και να αποτελεί το πρώτο στάδιο και το κύριο αίτιο σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά μπορεί και να έπεται. Σε αυτήν την περίπτωση οι λόγοι για σεξουαλική επαφή μπορεί να είναι άλλοι, πέραν της αυθόρμητης σεξουαλικής επιθυμίας, καλύπτοντας και άλλες πτυχές της σεξουαλικότητας και της προσωπικότητας του ανθρώπου. Το DSM-5, βάσισε την ταξινόμηση των σεξουαλικών διαταραχών στο κυκλικό μοντέλο, ενώ από ό,τι φαίνεται δεν υπάρχουν ακόμη επαρκείς αποδείξεις ότι όλοι οι άνδρες και γυναίκες μπορούν να αντιπροσωπευτούν από το ίδιο, κοινό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Εκτός από τα προαναφερόμενα μοντέλα, περιγράφηκαν και άλλα από διάφορους ερευνητές, σε μια προσπάθεια να δοθεί μια πιο ακριβής περιγραφή της ανθρώπινης σεξουαλικής λειτουργίας και ανταπόκρισης, καθώς και των διαταραχών της. Στο παρόν άρθρο γίνεται μια προσπάθεια ανασκόπησης τόσο των μέχρι σήμερα περιγραφέντων από τη βιβλιογραφία μοντέλων, όσο και συσχέτισής τους με τα ταξινομικά συστήματα DSM.

Λέξεις ευρετηρίου: Μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης, γυναικείες σεξουαλικές διαταραχές, DSM-IV, DSM-5.

Εισαγωγή- Τα γραμμικά μοντέλα και το DSM-IV

Η ταξινόμηση κατά DSM-IV-TR βασιζόταν σε ένα ενιαίο γραμμικό μοντέλο περιγραφής της σεξουαλικής ανταπόκρισης. Το μοντέλο αυτό, όπως περιγράφηκε αρχικά από τους Master's & Johnson το 1966,¹ αποτελείτο από τέσσερις φάσεις/συνιστώσες: (α) Διέγερση/έξαψη/ενθουσιασμός (excitation-E), (β) Οροπεδίου «πλατό» (plateau-P), (γ) Οργασμού (orgasm-O), (δ) Αποκατάστασης (resolution-R). Το μοντέλο ονομάστηκε και EPOR, από τα αρχικά των φάσεων που το απαρτίζουν. Πιο αναλυτικά, κατά τη φάση του ενθουσιασμού, ως απάντηση στα σεξουαλικά ερεθίσματα ξεκινά η κολπική εφύγγραση. Επιπλέον, άλλες σωματικές αλλαγές είναι δυνατόν να επισυμβούν τόσο στη γεννητική περιοχή, όσο και στο υπόλοιπο σώμα. Κατά τη φάση του οροπεδίου, συνεχίζεται η διόγκωση των κολπικών ιστών, με πιθανές συστολές στην είσοδο του κόλπου. Κατά τη φάση του οργασμού, επισυμβαίνουν συσπάσεις των πυελικών μυών πέριξ του κόλπου, ενώ και η μήτρα και ο σφιγκτήρας μς του πρωκτού συσπάζεται με ρυθμικό τρόπο. Οι συσπάσεις βιώνονται ως ευχάριστα συναισθήματα ανακούφισης και απελευθέρωσης. Σύμφωνα με τους Masters & Johnson, δεν υφίσταται διαχωρισμός μεταξύ κολπικού και κλειτοριδικού οργασμού, ή μεταξύ του οργασμού που βιώνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής και μέσω άλλων τρόπων ερεθισμού. Σε κάποιες γυναίκες μπορεί να επισυμβούν περισσότεροι οργασμοί, με μια σταδιακή επαναφορά στο στάδιο της αποκατάστασης. Έτσι, κατά το στάδιο αυτό, απομακρύνεται το αίμα που είχε συσσωρευτεί τόσο στις γεννητικές όσο και σε άλλες περιοχές του σώματος, ενώ σταδιακά αποκαθίσταται η μυϊκή τάση, η κυκλοφορία, η ερυθρότητα του δέρματος. Συνοδεύεται από γενικότερα αισθήματα χαλάρωσης. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η σεξουαλική ανταπόκριση αποτελεί μια σταδιακή κορύφωση της σεξουαλικής έντασης μέχρι την επέλευση του οργασμού.

Το 1974, η Helen Kaplan² πρότεινε ένα κάπως διαφορετικό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης. Η πρότασή της δεν προήλθε ως αποτέλεσμα φυσιολογικών μελετών, όπως των Masters & Johnson, αλλά ως αποτέλεσμα της κλινικής της δουλειάς ως σεξολόγος (sex therapist). Σύμφωνα, λοιπόν, με την

Karlan, η σεξουαλική ανταπόκριση απαρτίζεται από τέσσερις συνιστώσες, την επιθυμία (desire), τον ενθουσιασμό (excitation), τον οργασμό (orgasm) και την αποκατάσταση/λύση (resolution). Ουσιαστικά, η βασική προσθήκη της στο προηγούμενο μοντέλο, ήταν αυτή του σταδίου της επιθυμίας, γι' αυτό και το νέο μοντέλο ονομάστηκε DEOR, από τα αρχικά που απαρτίζουν τις συνιστώσες του (Desire, Excitation, Orgasm, Resolution). Κατά το προηγούμενο μοντέλο (Master's & Johnson), η διάθεση για σεξουαλική επαφή ή για να νιώσει κάποιος «σεξουαλικά» δεν περιγραφόταν, καθώς ξεκινούσε από τη φάση όπου κανείς ήταν ήδη «διεγερμένος». Με την επικέντρωση στη σεξουαλική επιθυμία, η Kaplan διαφοροποίησε τη διάθεση από τη διέγερση. Πάντως, –όπως περιγράφηκε και προηγουμένως– αντιπαράθεσεις και συζητήσεις για το τι συνιστά τη διάθεση συνεχίζονται μέχρι και σήμερα.^{3,4}

Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο στάδιο της σεξουαλικής ανταπόκρισης, η επιθυμία, συμπεριλαμβάνει τις φυσιολογικές και ψυχολογικές συνιστώσες της σεξουαλικής διάθεσης ή λίμπιντο, που καθορίζονται από τα εγκεφαλικά κέντρα του λιβιδινικού (μεταιχμιακού) συστήματος, αλλά επίσης επηρεάζονται, σε έναν βαθμό, και από ορμονικούς (π.χ. ανδρογόνα) και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Στο μοντέλο αυτό βασίστηκε, όπως έχει ήδη ειπωθεί, η ταξινόμηση των ανδρικών και γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών κατά την τρίτη και τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου Ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM III, DSM IV).^{5,6} Η έναρξη της σεξουαλικής ανταπόκρισης γίνεται με την αυθόρμητη σεξουαλική επιθυμία, η οποία ακολουθείται από τη διέγερση που μπορεί να οδηγήσει σε οργασμό και στη συνέχεια σε αποκατάσταση. Υπό «φυσιολογικές» συνθήκες, η γυναικεία σεξουαλική ανταπόκριση ακολουθεί μια γραμμική διαδοχή φάσεων, αντανακλώντας τις φάσεις της ανδρικής σεξουαλικής ανταπόκρισης.

Η προαναφερθείσα ταξινόμηση, υπέστη κριτική διότι δεν συμπεριέλαβε την πολυπλοκότητα των σεξουαλικών εμπειριών που είναι μοναδικές για το κάθε άτομο και ειδικά για το κάθε φύλο.⁷ Σήμερα υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι το σεξουαλικό ενδιαφέρον, τα κίνητρα για σεξουα-

λική επαφή, η διέγερση και ο οργασμός βιώνονται διαφορετικά.⁸⁻¹⁰ Οι ορισμοί που βασίζονται σε κοινό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης τείνουν να τροποποιηθούν υποστηρίζοντας τη διαφορετικότητα της ανδρικής και της γυναικείας σεξουαλικότητας και επομένως και τη διαφορετική ταξινόμηση και αντιμετώπισή τους.^{7,11}

Τα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης που ακολούθησαν

Κάποια χρόνια αργότερα, διάφοροι συγγραφείς αμφισβήτησαν τα γραμμικά μοντέλα όπως αυτά περιγράφηκαν από τους Masters & Johnson & Kaplan. Έτσι, πρώτοι οι Whipple και Brush-McGreer¹² περιέγραψαν ένα κυκλικό διαμορφωμένο πρότυπο σεξουαλικής ανταπόκρισης αποτελούμενο από τέσσερα στάδια: το αρχικό στάδιο της «αποπλάνησης» –seduction– (όπου περιλαμβάνεται η σεξουαλική επιθυμία), το δεύτερο στάδιο των «αισθήσεων» –sensations– (ενθουσιασμός και ευχαρίστηση), το τρίτο στάδιο της παράδοσης, «παραχώρησης» –surrender– (οργασμός) και το τελευταίο στάδιο που το ονομάζουν «αντανάκλαση» –reflection– (λύση, επαναφορά, υποχώρηση). Σύμφωνα με τους Whipple & Brush-McGreer, οι ικανοποιητικές σεξουαλικές εμπειρίες έχουν ευοδωτική δράση στη σεξουαλικότητα της γυναίκας, ενισχύοντας τη σεξουαλική της επιθυμία, ενώ αντιθέτως οι αρνητικές σεξουαλικές επιθυμίες ωθούν στην απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξουαλική επαφή. Με το μοντέλο αυτό, αναγνωρίστηκε το ενδεχόμενο η γραμμικότητα των σεξουαλικών συνιστωσών, όπως περιγράφηκαν από τους Masters & Johnson & Kaplan, να μην ταιριάζει σε όλες τις γυναίκες.

Το 1998, εκφράστηκε η άποψη από τον Roy Levin, της ανατροφοδότησης της σεξουαλικής επιθυμίας από τα γεννητικά ερεθίσματα.¹³ Πρότεινε, ότι παρά το γεγονός ότι η «αυθόρμητη» επιθυμία της γυναίκας είναι αυτή που την ωθεί να έχει σεξουαλική δραστηριότητα είτε μόνη της είτε με σύντροφο, η φάση του «ενθουσιασμού» (διέγερσης) φαίνεται να αυξάνει αυτήν την επιθυμία ακόμη περισσότερο. Θεωρεί ότι η «ενδογενής» επιθυμία (απέφευγε να χρησιμοποιήσει τον όρο «αυθόρμητη»), ήταν το αποτέλεσμα ενός «γαλαξία ερεθισμάτων». Οι Levin & Riley, θεώρησαν αναγκαίο τον διαχωρισμό

της σεξουαλικής διέγερσης που αναφέρεται στις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα, από τον «σεξουαλικό ενθουσιασμό» που περιλαμβάνει την υποκειμενική αντίληψη της διέγερσης.¹⁴ Επιπλέον, αναφέρουν ότι η «σεξουαλική ορμή» αποτελεί τη βιολογική παράμετρο της σεξουαλικής λειτουργίας, ενώ η «σεξουαλική επιθυμία» είναι ένας αντικειμενικός δείκτης που μπορεί να υποδηλώνει την επιθυμία συμμετοχής σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα με έναν συγκεκριμένο σύντροφο. Έτσι, η σεξουαλική επιθυμία μπορεί να μην ακολουθηθεί από σεξουαλική διέγερση και η σεξουαλική διέγερση να λάβει χώρα δίχως να έχει προηγηθεί σεξουαλική επιθυμία.

Το κυκλικό μοντέλο και το DSM-5

Η ταξινόμηση των γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών που βασίζεται σε ένα γραμμικό μοντέλο είναι πιθανό πως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Η γυναικεία σεξουαλική λειτουργία δεν φαίνεται να είναι απόλυτα ανάλογη με την ανδρική.⁷ Κάποιες γυναίκες μπορεί να μην έχουν 'αυθόρμητη' σεξουαλική επιθυμία ή αυτή η έννοια μπορεί ακόμη και να μην υπάρχει.^{15,16}

Το 2000 περιγράφηκε από τη Basson το εναλλακτικό μοντέλο, το οποίο περιελάμβανε αλληλοεπικαλυπτόμενες φάσεις της σεξουαλικής ανταπόκρισης, σε ποικίλη χρονική διαδοχή.¹⁷ Σε αντίθεση με την προηγηθείσα «αυθόρμητη» επιθυμία, το κυκλικό μοντέλο της Basson περιγράφει μια μορφή «απαντητικής» επιθυμίας η οποία επισυμβαίνει μετά τη σεξουαλική διέγερση.¹⁸ Το μοντέλο αυτό βασίστηκε στις παρατηρήσεις γυναικών που αναφέρουν ότι βιώνουν τις φάσεις της σεξουαλικής ανταπόκρισης με έναν αλληλοεπικαλυπτόμενο, μη διαδοχικό τρόπο, που περιλαμβάνει ψυχολογικές και σωματικές διαστάσεις.^{19,20} Με την προοπτική αυτή, η επιθυμία ευοδώνεται κατά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, προσθέτοντας στην «εγγενή» επιθυμία. Σύμφωνα, δε, με την πρόσφατη βιβλιογραφία, οι γυναίκες αναφέρουν πληθώρα λόγων και κινήτρων για τις οποίες έχουν σεξουαλική δραστηριότητα και αυτές μπορεί να αφορούν σε επιθυμία για συναισθηματική εγγύτητα, επιθυμία να εκφράσουν αγάπη, επιθυμία να λάβουν και να προσφέρουν σω-

ματική απόλαυση, διάθεση να «ανοιχτούν» στον σύντροφό τους, επιθυμία να είναι δεκτικές στα σεξουαλικά ερεθίσματα σε ένα κατάλληλο περιβάλλον κ.λπ.^{19,21,22}

Σύμφωνα με το μοντέλο της Basson,¹⁷ η γυναικεία επιθυμία ξεκινάει από ένα ουδέτερο επίπεδο. Αν βιώσει επαρκή συναισθηματική εγγύτητα από τον σύντροφό της μπορεί να αναζητήσει και η ίδια τα σεξουαλικά ερεθίσματα. Η δεκτικότητα στα σεξουαλικά ερεθίσματα είναι αυτή που ουσιαστικά «μετακινεί» τη γυναίκα από το στάδιο της σεξουαλικής ουδετερότητας, στο στάδιο της διέγερσης. Εάν η επεξεργασία των ερεθισμάτων οδηγήσει σε περαιτέρω διέγερση, η σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας θα την ωθήσει να προχωρήσει στη σεξουαλική ικανοποίηση και στον οργασμό. Επομένως, η σεξουαλική επιθυμία είναι περισσότερο μια «απάντηση» παρά ένα αυθόρμητο γεγονός. Υπάρχει, φυσικά, το ενδεχόμενο η γυναίκα να βιώνει αυθόρμητη επιθυμία κυρίως υπό τη μορφή σκέψεων, φαντασιώσεων και ονείρων, αλλά φαίνεται πως συνήθως κατά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας με σύντροφο βρίσκεται στην «αφετηρία».

Συγκρινόμενο με τα προηγούμενα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης, το συγκεκριμένο δεν θεωρεί απαραίτητη την επέλευση των σταδίων του οργασμού και της αποκατάστασης.¹⁹ Η έμφαση στην υποκειμενική φύση της σεξουαλικής ικανοποίησης, παρά σε μια αντικειμενική παράμετρο όπως είναι η επέλευση ή όχι του οργασμού, φαίνεται πως ταιριάζει καλύτερα στην ποικιλομορφία της γυναικείας σεξουαλικότητας. Τα συναισθήματα και οι σκέψεις φαίνεται πως επηρεάζουν περισσότερο την υποκειμενική εμπειρία της σεξουαλικής διέγερσης, παρά η αντίληψη της γεννητικής διέγερσης. Επιπλέον, το συγκεκριμένο μοντέλο συνδυάζει βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες με τους παράγοντες του περιβάλλοντος σε ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο. Τέλος, αναγνωρίζει την αμοιβαία σχέση διέγερσης και επιθυμίας στη γυναίκα, ενώ θεωρεί δευτερεύουσες την αυθόρμητη σεξουαλική επιθυμία και την επέλευση του οργασμού, ως απόλυτα κλινικά κριτήρια.²³

Το μοντέλο της Basson (εικόνα 1) έχει δύο περιορισμούς. Βασικά, όπως και τα προηγούμενα μοντέλα,

βασίστηκε στην παρατήρηση κλινικού δείγματος, καθώς και δείγματος εθελοντών.²⁴ Επιπρόσθετα, η παραδοχή ότι η σεξουαλική επιθυμία στη γυναίκα έχει τη μορφή απάντησης και αποδοχής, μπορεί να ενισχύσει στερεότυπα των γυναικών ως σεξουαλικά ανενεργείς και παθητικές. Εξάλλου, το μοντέλο βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη συναισθηματική εγγύτητα, αποκλείοντας κάποιες γυναίκες των οποίων η σεξουαλική επιθυμία και διέγερση δεν σχετίζονται με την εγγύτητα.²⁵

Τα κύρια σημεία του μοντέλου της Basson, είναι ότι η σεξουαλική επιθυμία δεν αποτελεί προαπαιτούμενο για την έναρξη της σεξουαλικής ανταπόκρισης. Βέβαια, αυτό που τονίζεται είναι η «προθυμία» της γυναίκας να εμπλακεί σε σεξουαλική δραστηριότητα και να λάβει σεξουαλικά ερεθίσματα. Η σεξουαλική επιθυμία μπορεί να έρθει όχι απαραίτητα πριν, αλλά και μετά την εμπειρία ευχάριστων σεξουαλικών ερεθισμάτων, όπου και ονομάζεται «απαντητική σεξουαλική επιθυμία». Σύμφωνα επομένως με αυτό το μοντέλο, η σεξουαλική επιθυμία και η διέγερση στη γυναίκα σχετίζονται και αλληλοδιαπλέκονται στενά.



Εικόνα 1. Μοντέλο Basson.

Στην άποψη αυτή, περί της αλληλοεπικάλυψης των δύο αυτών φάσεων, συνηγορήσαν και άλλοι παράγοντες. Συγκεκριμένα, αρκετές ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες έχουν βρει συννοσηρότητα μεταξύ των διαταραχών μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης.^{26,27} Πολλές γυναίκες φαίνεται να δυσκολεύονται να διαχωρίσουν τις έννοιες της σεξουαλικής επιθυμίας και της υποκειμενικής σεξουαλικής διέγερσης.^{28,29} Για κάποιες η επιθυμία αποτελεί το πρώτο στάδιο της σεξουαλικής ανταπόκρισης και για άλλες η επιθυμία ακολουθεί τη διέγερση.²⁹ Τέλος, κάποιες από τις διαθέσιμες θεραπευτικές μεθόδους για τις ανωτέρω καταστάσεις φαίνεται να επιδρούν και στα δύο αυτά στάδια της γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης.^{30,31}

Το DSM-5³² εισάγει για πρώτη φορά την ενιαία διάγνωση της διαταραχής σεξουαλικής επιθυμίας/διέγερσης. Σύμφωνα με αυτή, τρία τουλάχιστον από τα παρακάτω κριτήρια πρέπει να πληρούνται:

- α. Μειωμένο/απόν ενδιαφέρον για σεξουαλική δραστηριότητα.
- β. Μειωμένες/απούσες σεξουαλικές/ερωτικές σκέψεις ή φαντασιώσεις.
- γ. Μειωμένη/καμία πρωτοβουλία για σεξουαλική δραστηριότητα και τυπικά μη-ανταπόκριση στην πρωτοβουλία του συντρόφου.
- δ. Μειωμένη/απούσα συχνότητα ή ένταση σεξουαλικού ενθουσιασμού/ευχαρίστησης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας.
- ε. Μειωμένο/απόν σεξουαλικό ενδιαφέρον/σεξουαλική διέγερση ως απάντηση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερωτικά/σεξουαλικά ερεθίσματα (π.χ. γραπτά, λεκτικά, οπτικά κ.λπ.).
- στ. Μειωμένη/απούσα συχνότητα ή ένταση των γεννητικών ή μη αισθήσεων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνεύρεσης.

Η διάγνωση αυτή προσφέρει ευρύτερη κατανόηση της σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης σε σχέση με το DSM-IV,^{32,33} καθώς η επιθυμία δεν περιορίζεται μόνο στις σεξουαλικές σκέψεις και φαντασιώσεις αλλά περιλαμβάνει και την απαντητική επιθυμία, καθώς και το σεξουαλικό ενδιαφέρον. Επιπλέον, η σεξουαλική διέγερση δεν περιορίζεται στη γεννητική διέγερση αλλά περιλαμβάνει και τον σεξουαλικό ενθουσιασμό και την ευχαρίστηση.

Επιπρόσθετα, αναγνωρίζοντας την αλληλοεπικάλυψη των εννοιών της επιθυμίας και της διέγερσης, η γυναίκα που βιώνει προβλήματα στους τομείς αυτούς δεν περιορίζεται να κατηγοριοποιηθεί αποκλειστικά σε κάποια από τις δύο. Βέβαια, επειδή μόνο κάποιες από τις γυναίκες θα εμφανίζουν διαταραχές και στις δύο κατηγορίες, ενώ κάποιες άλλες θα έχουν προβλήματα μόνο στην επιθυμία ή στη διέγερση, η ύπαρξη μιας ενιαίας διάγνωσης μπορεί να έχει και κάποια μειονεκτήματα ειδικά όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση.^{7,31,33,34}

Άλλα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης

Σύμφωνα με το μοντέλο του κινήτρου όπως περιγράφηκε από τους Both και Laan,³⁵ η σεξουαλική επιθυμία στη γυναίκα προκύπτει ως αποτέλεσμα στη συνειδητοποίηση του σεξουαλικού ερεθίσματος, ακόμη και αν το σεξουαλικό ερέθισμα είναι ασυνείδητο. Ακόμη και οι σεξουαλικές σκέψεις ή φαντασιώσεις θεωρούνται ως αντίστοιχα με τα εξωγενή σεξουαλικά ερεθίσματα, που απλά λαμβάνουν χώρα σε γνωσιακό επίπεδο.

Τα τελευταία χρόνια περιγράφηκαν διάφορα μοντέλα, τα οποία δεν ανήκουν ούτε στην κατηγορία των γραμμικών ούτε των κυκλικών μοντέλων. Συγκεντρωτικά, τα μοντέλα αυτά προσπαθούν να συνδέσουν τους νευρολογικούς και βιοχημικούς παράγοντες που σχετίζονται με το σεξουαλικό κίνητρο και αποτελούν αντικείμενο ερευνών τα τελευταία χρόνια, με τη σεξουαλική ανταπόκριση. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να έχουν ενεργό ρόλο στην ανάπτυξη των σεξουαλικών διαταραχών, αλλά μικρότερο στην περιγραφή των σταδίων της σεξουαλικής ανταπόκρισης.²⁵

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ο Steven Levine,³⁶ ασχολήθηκε με την ανάλυση των συνιστωσών της σεξουαλικής ορμής, και θεώρησε τη σεξουαλική επιθυμία ως «σύμπλεγμα» βιολογικών (ορμή), ψυχολογικών (κίνητρα) και κοινωνικών/πολιτισμικών (αξίες) δυνάμεων.

Το 1998, η Helen Fisher³⁷ περιέγραψε το σύστημα συναισθημάτων/κινήτρων, κατά το οποίο βασικά συναισθήματα φαίνεται να προέρχονται από διαφορετικά κυκλώματα και συστήματα νευρωνικής δραστηριότητας. Πρότεινε ότι ο άνθρωπος διαθέτει τρία πρωτογενή κυκλώματα στον εγκέφαλο που κα-

τευθύνουν τη συμπεριφορά του. Το πρώτο επηρεάζει τον «πόθο και τη λίμπιντο» και επηρεάζεται από τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα. Το δεύτερο αφορά στη «ρομαντική έλξη» και επηρεάζεται από τα επίπεδα της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης, ενώ το τρίτο αφορά στην «πρόσδεση» και επηρεάζεται από την ωκυτοκίνη και τη βαζοπρεσίνη.

Ο Toates,³⁸ έκανε έναν συνδυασμό του μοντέλου των κινήτρων και του ελέγχου της συμπεριφοράς, για την κατανόηση του σεξουαλικού κινήτρου, της σεξουαλικής διέγερσης και της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, έδωσε έμφαση στη σημασία των εξωγενών πηγών σεξουαλικών κινήτρων (σε αντίθεση με τις εγγενείς, εσωτερικές πηγές) και στη γνωσιακή ανάλυση των κινήτρων αυτών.

Για περισσότερο από μία δεκαετία το Ινστιτούτο Μελέτης της ανθρώπινης σεξουαλικότητας Kinsey, ασχολήθηκε με τη διατύπωση ενός θεωρητικού μοντέλου, του μοντέλου «διπλού ελέγχου» (the dual control model).³⁹ Σύμφωνα με αυτό, η σεξουαλική ανταπόκριση και διέγερση για το κάθε άτομο, σε κάθε περίπτωση εξαρτάται και καθορίζεται από την ισορροπία μεταξύ δύο κεντρικά ελεγχόμενων συστημάτων του εγκεφάλου, το σύστημα σεξουαλικής ενεργοποίησης ή ευόδωσης και το σύστημα σεξουαλικής αναστολής, τα οποία, αμφότερα, έχουν νευροβιολογικό υπόβαθρο.⁴⁰

Σύμφωνα με τον Perelman,⁴¹ τόσο η ψυχή όσο και το σώμα αναστέλλουν και ευοδώνουν τη σεξουαλική ανταπόκριση. Το «σεξουαλικό σημείο ανατροπής» (sexual tipping point) είναι το χαρακτηριστικό «κατώφλι» ή η «ουδός» για την έκφραση της σεξουαλικής ανταπόκρισης του κάθε ατόμου. Ουσιαστικά, η σεξουαλική ανταπόκριση καθορίζεται από μια ισορροπία ανάμεσα σε ανασταλτικούς και ευοδωτικούς παράγοντες, που μπορεί να είναι ψυχολογικοί, οργανικοί, ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί. Παράγοντες που σχετίζονται με το πλαίσιο ή ψυχοκοινωνικά ζητήματα μπορεί να επηρεάσουν την ανταπόκριση.

Πολλοί μελετητές, όπως η Tiefer⁴² και η Leiblum,⁴³ εξέφρασαν την άποψη ότι η επικέντρωση στη γεννητική ανταπόκριση και στους κλασικούς «δείκτες» της σεξουαλικής επιθυμίας, όπως οι φαντασιώσεις και η ανάγκη για αυτοϊκανοποίηση, μας κάνει να

αγνοούμε βασικές παραμέτρους της σεξουαλικής ικανοποίησης της γυναίκας, όπως είναι η εγγύτητα, και η δυνατότητα να νιώθει κανείς ευάλωτος και να έχει την ανάγκη αποδοχής συναισθημάτων, ο σεβασμός και η επικοινωνία, η τρυφερότητα και η απόλαυση από τη σεξουαλική επαφή.⁴⁴

Πρόσφατα έχει διατυπωθεί το μοντέλο του «αρκετά καλού σεξ».²⁵ Αυτό αναφέρει 12 διαφορετικές, αλλά ισότιμες διαστάσεις του σεξ, ενώ προβάλλει ένα πολυπαραγοντικό πρότυπο, το οποίο φαίνεται πιθανότερο να καλύπτει την εγγύτητα και την ικανοποίηση του ζευγαριού. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής:

1. Το σεξ είναι ένα θετικό στοιχείο στη ζωή.
2. Το σεξ σχετίζεται με τη σχέση.
3. Οι ρεαλιστικές, ανάλογα με την ηλικία, ακριβείς πληροφορίες και γνώσεις είναι χρήσιμες για τη σεξουαλική ικανοποίηση.
4. Η καλή σωματική υγεία και οι υγιείς συνήθειες είναι ζωτικής σημασίας για την καλή σεξουαλική υγεία.
5. Η χαλάρωση αποτελεί απαραίτητο στοιχείο.
6. Η αισθησιακή επαφή και η συναισθηματική απόλαυση είναι τόσο σημαντικά όσο και η απόδοση.
7. Η ευελιξία και η ποικιλία στις σεξουαλικές εμπειρίες είναι σημαντική.
8. Οι 5 βασικές λειτουργίες και στόχοι της σεξουαλικής επαφής αναπτύσσονται και ολοκληρώνονται στη σεξουαλική σχέση και είναι: η φυσική απόλαυση (βιοψυχολογική), η μείωση της έντασης και του άγχους (βιοψυχολογική), η εγγύτητα στη σχέση (διαπροσωπική), η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση (ψυχολογική), η αναπαραγωγή και τεκνοποίηση (βιολογική).
9. Οι τρεις βασικοί τρόποι σεξουαλικής διέγερσης (επαφή μεταξύ των συντρόφων, αυτοϊκανοποίηση, ανάληψη ρόλων) χρησιμοποιούνται με άνεση και εναλλάσσονται.
10. Οι διαφορές των δύο φύλων είναι σεβαστές και αποδεκτές.
11. Το σεξ ανήκει στην πραγματική ζωή και είναι τμήμα της.

12. Η σεξουαλικότητα προσωποποιείται: ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την πνευματικότητα, τη διάθεση για παιχνίδι.

Το μοντέλο αυτό, διατυπώθηκε από τους Metz και McCarthy⁴⁵⁻⁴⁷ και φαίνεται να αντανakλά τη σεξουαλικότητα των ενηλίκων ανδρών, γυναικών, καθώς και των ζευγαριών σε μακροχρόνιες σχέσεις. Δίνει έμφαση στη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση για την κατανόηση τόσο της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας, όσο και των σεξουαλικών διαταραχών.²⁵

Νεότερα δεδομένα

Τελευταία, έχει γίνει μια προσπάθεια να συσχετισθεί η επιλογή των γραμμικών ή του κυκλικού μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης με την ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι πρώτοι ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα αυτό ήταν οι Sand & Fisher σε ένα δείγμα Αμερικανίδων νοσηλευτριών⁴⁸ ακολουθούμενοι από τους Giraldi et al οι οποίοι διενέργησαν διαδικτυακή μελέτη σε δείγμα πληθυσμού στη Δανία.⁴⁹ Τα τρία θεωρητικά μοντέλα που περιεγράφησαν επιλέχθηκαν εξίσου και στα δύο δείγματα, με τα γραμμικά μοντέλα να επιλέγονται περίπου από τα 2/3 των γυναικών. Οι γυναίκες που διαλέξαν το μοντέλο της Basson (κυκλικό μοντέλο) ως αντιπροσωπευτικό της σεξουαλικής τους ανταπόκρισης, είχαν συχνότερα σεξουαλικές δυσλειτουργίες, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο FSFI (Female Sexual Function Index). Έκτοτε, βασισμένοι στα ευρήματα των Sand & Fisher,⁴⁸ και στη συνέχεια των Giraldi et al,⁴⁹ υπάρχει η τάση να θεωρούνται τα γραμμικά μοντέλα ως αντιπροσωπευτικά των γυναικών με φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία και το κυκλικό μοντέλο της Basson, ως αντιπροσωπευτικό των γυναικών με κάποια σεξουαλική διαταραχή,^{48,50} κάτι το οποίο υποστηρίχθηκε και από αυστραλιανή μελέτη,¹⁸ αλλά και από μελέτη που διενεργήθηκε σε ελληνικό πληθυσμό.⁵¹ Παράλληλα και στους άνδρες, σύμφωνα με πολύ πρόσφατη μελέτη,⁵² φαίνεται μια αδυναμία αντιπροσώπευσής τους τόσο από τα γραμμικά, όσο και από το κυκλικό μοντέλο της Basson, και μια προσπάθεια εύρεσης εναλλακτικού μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης που να μπορεί να περιγράψει με πληρότητα την ανδρική σεξουαλική εμπειρία.

Εξάλλου, πολλοί παράγοντες έχουν συσχετισθεί με την επιλογή των μοντέλων σεξουαλικής ανταπόκρισης. Οι περισσότεροι μελετημένοι είναι η ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η ηλικία, η διάρκεια της σχέσης, η ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή και από τη σχέση, η συναισθηματική εγγύτητα που υπάρχει με τον σύντροφο.^{18,48,49,51,53,54}

Συμπεράσματα

Τα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης που περιγράφηκαν από άλλους ερευνητές, δεν είχαν τόσο μεγάλη επίδραση στον χώρο της γυναικείας σεξουαλικότητας όσο τα μοντέλα των Master's & Johnson, Kaplan & Basson. Για τον λόγο αυτόν, τα ταξινομικά συστήματα ψυχιατρικών διαταραχών βασίστηκαν και βασίζονται σε αυτά για την κατηγοριοποίηση των σεξουαλικών διαταραχών τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η νεότερη κατηγοριοποίηση των γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών κατά DSM-5, έχει βασιστεί στο κυκλικό μοντέλο όπως αυτό περιγράφηκε από τη Rosemary Basson. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, υπάρχουν ενδείξεις ότι το μοντέλο αυτό επιλέγεται συχνότερα από γυναίκες με κάποια σεξουαλική διαταραχή. Παρόλ' αυτά, φαίνεται ότι τα μέχρι σήμερα υπάρχοντα μοντέλα μάλλον αδυνατούν να περιγράψουν και να συμπεριλάβουν όλες τις πτυχές της γυναικείας σεξουαλικότητας, σε όλες τις ηλικιακές φάσεις ζωής μιας γυναίκας.^{18,48,49,51,55} Εξάλλου, ενδέχεται η επιλογή του μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης που αντιπροσωπεύει τον καθένα να μην είναι σταθερό και αμετάβλητο, αλλά να μπορεί να αλλάξει διά βίου, ανάλογα με τις συνθήκες και τις καταστάσεις ζωής. Πάντως, η ενιαία Διαταραχή Μειωμένης Σεξουαλικής επιθυμίας/διέγερσης, όπως διατυπώνεται στην ανανεωμένη έκδοση DSM-5, εξακολουθεί να αποτελεί ζήτημα αντιπαράθεσης για την επιστημονική κοινότητα. Αφενός η έλλειψη επαρκών εμπειρικών μελετών, ώστε να υποστηριχθεί η ύπαρξη μιας ενιαίας κλινικής οντότητας και αφετέρου η διευκόλυνση- ή μη- στον θεραπευτικό χειρισμό της από τους ειδικούς,³¹ αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω ερευνητικής τεκμηρίωσης στον τομέα αυτόν, ώστε να αξιολογηθεί κατά πόσο η συγχώνευση των δύο εννοιών ωφελεί τη σεξουαλική ιατρική και τους ασθενείς της.

Women's sexual function through sexual response models: From DSM-IV to DSM-5

F. Ferenidou,^{1,2} P.S. Kirana,² L. Athanasiadis¹

¹1st Psychiatric Clinic of the Aristotle University of Thessaloniki,

²Institute for the Study of Urologic Diseases, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2017, 28:322–331

Until recently, DSM classifications regarding women's sexual dysfunctions were based on definitions that mainly derived from experts opinions, rather than clinical or epidemiological studies. Additionally, this classification was the same for men and women, taking for granted the existence of a single sexual response model for men and women. More specifically, the main models that were described and prevailed were the linear models of Master's & Johnson and Kaplan, as well as the circular model of Rosemary Basson that followed. The differences between linear and circular models have to do mainly with the fact that stages of sexual response overlap with each other in the circular model, while the initiation of sexual activity may not need the presence of spontaneous sexual desire. In linear models, the stages of sexual desire, arousal, orgasm and resolution follow each other in a stable manner, in contrary to circular models where sexual desire may not be neither the first stage nor the main reason for sexual activity. In this case, reasons for sexual activity may vary, focusing also on other aspects of human sexuality and personality and not only on innate sexual desire. DSM-5 based the classification of sexual dysfunctions on the circular model, although there is still not enough evidence to prove that all men and women can be represented by the same sexual response model throughout the lifespan. Apart from the aforementioned sexual response models, also other models have been described by several investigators, making an important effort to give a more accurate and complete description of human sexual function, as well as its disorders. The present article makes an attempt to review the sexual response models that have been described by the literature up to date, as well as to relate them to the DSM-IV and DSM-5 classifications.

Key words: Sexual response models, female sexual dysfunctions, DSM-IV, DSM-5.

Βιβλιογραφία

1. Masters W, Johnson V. *Human sexual response*. Boston, Little, Brown & Co, 1966
2. Kaplan H. *The new sex therapy*. New York, Brunner, Mazel, 1974
3. DeRogatis L, Clayton AH, Rosen RC, Sand M, Pyke RE. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? *Arch Sex behav* 2011, 40:217–219, doi: 10.1007/s10508-010-9677-1
4. Brotto L, Graham CA, Binik YM, Seagraves TR, Zucker KJ. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? A response to DeRogatis, Clayton, Rosen, Sand and Pyke. *Arch Sex Behav* 2010, 40:221–225, doi 10.1007/s10508-010-9706-0
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 1980
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000
7. Sungur GA. Critiques and challenges to old and recently proposed American Psychiatric Association's website DSM 5 diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *Klin Psikofarmakol B* 2013, 23:113–128, doi: 10.5455/bcp.20130416063859

8. Chivers BJ. A sex difference in features that elicit genital response. *Biol Psychol* 2005, 70:115–120, doi: 10.1016/j.biopsycho.2004.12.002
9. Chivers TA. Effects of gender and relationship context in audio narratives on genital and subjective sexual response in heterosexual women and men. *Arch Sex Behav* 2012, 41:185–197, doi: 10.1007/s10508-012-9937-3
10. Laan W, van Bellen G, Hanewald G. Women's sexual and emotional responses to male- and female- produced erotica. *Arch Sex Behav* 1994, 23:153–169, PMID:7517135
11. Leiblum S. Sex Therapy Today Current Issues and Future Perspectives. In: Leiblum S (ed) *Principles and practice of sextherapy*. Guilford Press, New York, NY, 2007:3–22
12. Whipple B, Brash-McGreer KB. Management of female sexual dysfunction. In: Sipski MLAC (ed) *Sexual function in people with disability and chronic illness. A health professional's guide*. Gaithersburg, Aspen Publishers, 1997:509–534
13. Levin R. Sexual desire and the deconstruction and reconstruction of the human female sexual response model of Masters and Johnson. In: Everaerd W, Laan E, Both S (eds) *Sexual appetite, desire and motivation: energetics of the sexual system. Proceedings of the colloquium*. Academy of Arts and Sciences, Amsterdam: Royal Netherlands, 1998
14. Levin R, Riley A. Sexual disorder and psychosexual therapy. *Psychiatry* 2007, 6:90–94
15. Laan EvDE, van Lunsen RH. Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med* 2008, 5:1424–1435, doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00827.x
16. Laan E, Both S. What makes women experience desire? *Fem Psychol* 2008, 18:505–514, doi: 10.1177/0959353508095533
17. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther* 2000, 26:51–65, doi: 10.1080/009262300278641
18. Giles K, McCabe MP. Conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response. *J Sex Med* 2009, 6:2761–2771, doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01425.x
19. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005, 172:1327–1333, doi: 10.1503/cmaj.1020174
20. Dennerstein L, Leher P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004, 30:173–183, doi: 10.1080/00926230490262375
21. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendation on sexual dysfunction in women. *J Sex Med* 2010, 7:314–326, doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x
22. Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Arch Sex Behav* 2007, 36:477–507, doi: 10.1007/s10508-007-9175-2
23. Rosen RC, Barsky JL. Normal sexual response in women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006, 33:515–526, doi: 10.1016/j.ogc.2006.09.005
24. Wylie K, Mimoun S. Sexual response models in women. *Maturitas* 2009, 63:112–115, doi: 10.1016/j.maturitas.2009.03.007
25. Tripodi SC, Simonelli C. Psychology of sexual response. In: Porst HRY (ed) *The ESSM Syllabus of sexual medicine. European Society for Sexual Medicine*, MEDIX, Milano, 2012: 83–141
26. Bozman AW, Beck JG. Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Arch Sex Behav* 1991, 20:47–60, PMID: 2003771
27. Sanders S, Graham CA, Milhausen RR. Predicting sexual problems in women: the relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Arch Sex Behav* 2008, 37:241–251, doi: 10.1007/s10508-007-9235-7
28. Brotto L, Heiman JR, Tolman DL. Narratives of desire in midage women with and without arousal difficulties. *J Sex Res* 2009, 46:387–398, doi: 10.1080/00224490902792624
29. Graham C, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav* 2004, 33:527–538, doi: 10.1023/B:ASEB.0000044737.62561.f0
30. Hurlbert DF. A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Arch Sex Behav* 1993, 19:49–55, doi: 10.1080/00926239308404887
31. Kirana P. Female Sexual Arousal Disorders. In: Kirana PSTF, Reisman Y, Porst H (eds) *The EFS and ESSAM syllabus of clinical sexology*. MEDIX, Amsterdam, 2013:786–801
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013
33. Derogatis LE, Brauer M, van Lunsen RH, Jannini EA, Davis SR et al. Responses to the proposed DSM-V changes. *J Sex Med* 2010, 7:1998–2014, doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01865.x
34. Sungur GA. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-V definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med* 2014, 11:364–373, doi: 10.1111/jsm.12379
35. Both S, Everaerd W, Laan E. Desire emerges from excitement: a psychophysiological perspective on sexual motivation. In: Janssen E (ed) *The psychophysiology of sex*. Indiana University Press, Bloomington, 2007:327–339
36. Levine S. *Demystifying love*. Routledge, New York, 2008
37. Fisher H. Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Hum Nat* 1998, 9:23–52, doi: 10.1007/s12110-998-1010-5
38. Toates F. An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *J Sex Res* 2009, 46:168–193, doi: 10.1080/00224490902747768
39. Bancroft J, Janssen E. The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally-mediated erectile dysfunction. *Neurosci Biobehav Rev* 2000, 24:571–579, PMID:10880822
40. Bancroft J. Central inhibition of sexual response in the male: a theoretical perspective. *Neurosci Biobehav Rev* 1999, 23:763–784, PMID:10541055
41. Perelman M. The Sexual Tipping Point: a mind/body model for sexual medicine. *J Sex Med* 2009, 6:629–632, doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01177.x
42. Tiefer L. Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of "the human sexual response cycle". *Annu Rev Sex Res* 1991, 2:1–23
43. Leiblum S. Definitions and classification of female sexual disorders. *Int J Impot Res* 1998, 10:104–106, PMID:9647970

44. Babar K, Murray CI. A postmodern feminist approach to teaching human sexuality. *Fan Relay* 2001, 50:23–33, doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00023.x
45. McCarthy MM. The "Good-Enough Sex" model: a case illustration. *Sex Relat Ther* 2008, 23:227–234, doi: 10.1080/14681990802165919
46. Metz M, McCarthy B. The Good-Enough Sex model for couple satisfaction. *Sex Relat Ther* 2007, 22:351–362, doi: 10.1080/14681990601013492
47. Metz M, McCarthy B. *Enduring desire: Your guide to lifelong intimacy*. Routledge, New York, 2010
48. Sand M, Fisher WA. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *J Sex Med* 2007, 4:708–719, doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00496.x
49. Giraldi A, Kristensen EMS. 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, 12:116–128, doi: 10.1111/jsm.12720
50. Meana M. Elucidating women's (hetero)sexual desire: definitional challenges and content expansion. *J Sex Res* 2010, 47:104–122, doi: 10.1080/00224490903402546
51. Ferenidou F, Kirana PS, Fokas K, Hatzichristou D, Athanasiadis L. Sexual response models: Toward a more flexible pattern of women's sexuality. *J Sex Med* 2016, 13:1369–1376
52. Connaughton C, Karantzas G. Conceptualization of the sexual response models in men: Are there differences between sexually functional and dysfunctional men? *J Sex Med* 2016, 13:453–463, doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.032
53. McCall K, Meston, C. Cues resulting in desire for sexual activity in women. *J Sex Med* 2006, 3:838–852, doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00301.x
54. Balon R. The DSM criteria of sexual dysfunction: Need for a change. *J Sex Marital Ther* 2008, 34:186–197, doi: 10.1080/00926230701866067
55. Meston C, Hamilton LD, Harte CB. Sexual motivation in women as a function of age. *J Sex Med* 2009, 6:3305–3319, doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01489.x

Corresponding author: Φ. Φερενίδου, Κ. Μελενίκου 5, 546 35 Θεσσαλονίκη
e-mail: fferenidou@yahoo.com