

## Frigiditeetistä suomalaisen avioliittoneuvolan potilailla.

*Mikko Olki.*

Toiminnallisista gynekologisista häiriöistä muodostavat frigiditeettipotilaat hoitonsa kannalta yhden vaikeimmista ja etiologialtaan epäyhtenäisimmän ryhmän. Vielä muutama vuosikymmen sitten katsottiin sukupuolisen kylmyyden tavallisimmin joutuva puhtaasti somaattisista tekijöistä; esim. partuksen aiheuttamista muutoksista synnyttimissä kuten kohdun asennon muutoksista, kohdunlaskeumasta tai yleisestä genitaalien alikehittyneisyydestä. Vasta yleisen psykosomaattisen lääketieteellisen ajatustavan kehittyessä on oivallettu, miten suuressa määrin psyykkiset ja hermostolliset tekijät ovat frigiditeetin syynä.

Meillä ei aikaisemmin ole esitetty suomalaiseseen aineistoon perustuvaa tutkimusta sukupuolisen kylmyyden esiintymisestä ja sen syistä suomalaisella naisella. Tätä asiaa valaistakseni olen suorittanut oheisen, avioliittoneuvoloiden potilaistoon perustuvan tutkimuksen, joka aineiston melkoisen laajuuden huomioonottaen kytkeytyy jossain määrin selvittämään tätä kysymystä.

**Aineisto.** Aineisto käsittää ne 347 potilasta, jotka vuosien 1947—53 aikana ovat kääntyneet Väestöliiton avioliittoneuvoloiden puoleen sukupuolisen kylmyyden takia. Yllämainittuna aikana neuvoloissa frigiditeetin takia käyneiden kokonaismäärä on ollut 435, mutta koska 88 potilaan kohdalla ovat tutkimuksen perusteella täytetyt potilaskortit olleet vajavaisesti täytetyt, on ne jätetty tutkimuksessa huomioimatta. Kun Väestöliiton avioliittoneuvoloissa vastaavana aikana käyneiden potilaiden yhteismäärä on noin 15 000, muodostavat frigiditeetin takia neuvolaan tulleet potilaat 3 % potilaistosta.

Tiedot on kerätty avioliittoneuvoloiden potilaskorteista ja perustuvat näin ollen hoitaneen lääkärin tekemiin diagnooseihin ja havaintoihin. Aineiston ryhmittely, varsinkin mitä tulee frigiditeetin syyn arvioimiseen, on tuottanut vaikeuksia. Useimmiten on potilaan kohdalla ollut samanaikaisesti vaikuttamassa kaksi tai kolme tekijää. Tällöin on ryhmittely pyritty suorittamaan tärkeimmäksi arvioitavan tekijän mukaisesti.

Koska tarkoitukseni on ensi sijassa antaa kuva suomalaisesta frigiditeettipotilaistosta ja niistä tekijöistä, jotka suomalaisilla naisilla esiintyvät frigiditeetin syynä, en ole katsonut aiheelliseksi puuttua tämän häiriötilan hoitoon enempää kuin avioliittoneuvoissa saavutettuihin hoitotuloksiinkaan.

Potilaisto ja sen yleispiirteet. Aineistoa käsitellessäni olen jakanut sen kahteen osaan: 1) primäärästi frigideihin, eli niihin, jotka eivät koskaan ole normaalissa coituksessa saavuttaneet orgasmia sekä 2) sekundäärisesti frigideihin eli niihin, joilla normaalissa yhdynnässä on aikaisemmin esiintynyt orgasmi. Primäärästi frigidejä (PF) on aineistossa 151 (44 %) ja sekundäärisesti frigidejä (SF) 196 (56 %).

Taulukko 1 osoittaa aineiston potilaiden jakautumisen iän perusteella, sekä primäärin ja sekundäärisen frigiditeetin osuuden eri ikäkausina.

Taulukosta ilmenee, että vaikka tämä häiriö näyttää suomalaisella naisella esiintyvän tavallisimmasta avioliittoiästä (18—23 vuotta) aina vaihdevuosi-ikäen (45—52 vuotta) asti, muodostavat alle 36 vuotiaat kuitenkin yli 80 % koko aineistosta ja 22—33 vuotiaat hiukan vaille kolme neljännestä (72 %) kaikista. Primäärifrigiditeetti on noin 30 ikävuoteen asti yhtä yleinen sekundäärisen kanssa, kun taas sen jälkeen sekundäärisen frigiditeetin osuus käy yhä vallitsevammaksi potilaan iän kasvaessa.

Siviilisiäyty. Naimattomia potilaita, joita avioliittoneuvolan potilaistossa muutenkin on erittäin vähän (alle 1 %), on jo tämän häiriön luonteen mukaisestikin tässä aineistossa vain muutama, yhteensä 11 potilasta (0,4 %). Naimattomat ovat kaikki alle 25 vuotiaita ja primäärifrigiditeetin ryhmään kuuluvia.

Lapsiluku. Aineiston potilaiden lapsiluvussa on huomattava eroavaisuus primääristä ja sekundäärisesti frigidienvälillä (taulukko 2) Primäärifrigiditeetin ryhmässä on lapsettomia 1/3, yhden lapsen omaavia 1/3 ja kaksi lasta omaavia 1/4. Kolme tai sitä useampia lapsia on ainoastaan 7 %:lla tämän ryhmän potilaista. Kun otetaan huomioon, että 59 % primääristi frigideistä on kääntynyt neuvolan puoleen vasta avioliiton kestettyä yli 2 vuotta, voidaan pitää todennäköisenä, että heistä suurella osalla on käsiteltävän häiriön lisäksi kysymyksessä myöskin primäärinen steriliteetti. Sekundääriin frigiditeetin ryhmässä on lapsettomia ainoastaan 7 %, yhden lapsen omaavia vajaa kolmannes, kahden lapsen omaavia 2/5 ja kolme tai sitä enemmän lapsia omaavia 1/4 kaikista. Tämän ryhmän lapsiluku vastanee suurin piirtein maamme väestön keskimääräistä lapsilukua.

Avioliiton kesto. Ensimmäisen avioliittovuoden aikana on primääristi frigideistä 18 % kääntynyt lääkärin puoleen, vastaavan luvun sekundäärisesti frigideillä ollessa ainoastaan 2 %. Kahden ensimmäisen avioliittovuoden kuluessa on neuvolan puoleen kääntynyt PF ryhmästä 41 % ja SF ryhmästä 32 %. Suomalaiselle luonteelle tyypillisenä voitaneen pitää sitä, että primääristi frigideissä on 30 % kääntynyt neuvolan puoleen vasta viidennen avioliittovuoden jälkeen (taulukko 3).

Häiriön kesto. Sekundäärisesti frigideissä on valtaosa (65 %) hakeutunut neuvolaan ennen kuin häiriötila on kestänyt yli 2 vuotta (taulukko 4). Sen sijaan primääristi frigideistä on ainoastaan vajaa puolet (43 %) saman ajan kuluessa tullut hakemaan apua. Näyttää siltä, että SF potilaat yleensä tulevat hakemaan apua häiriöönsä varhaisemmassa vaiheessa kuin PF potilaat. Tätä on pidettävä toisaalta luonnollisena, koska PF potilaat eivät aina ole häiriötilasta edes tietoisia, eivätkä näin ollen osaa etsiä siihen parannusta.

Taulukko 1. Frigiditeettipotilaat iän mukaan jaoiteltuna.

Ikä	Lukumäärä	Prim.	Sec.	Ikä	Lukumäärä	Prim.	Sec.
				(yht.	247	124	123)
18	2	2	—	33	18	6	12
19	3	3	—	34	8	1	7
20	4	3	1	35	7	1	6
21	6	3	3	36	13	5	8
22	18	10	8	37	8	2	6
23	17	9	8	38	11	4	7
24	25	14	11	39	12	4	8
25	20	9	11	40	4	1	3
26	24	14	10	41	5	1	4
27	24	10	14	42	5	—	5
28	20	7	13	43	2	2	—
29	26	10	16	44	2	—	2
30	16	10	6	45	1	—	1
31	15	11	4	47	2	—	2
32	27	9	18	52	2	—	2
Yht.	247	124	123	Summa	347	151	196

Taulukko 2. Aineiston potilaiden lapsiluku.

Lukumäärä	Lapsiluku										
	0	%	1	%	2	%	3	%	4—5	%	
Primääri frigiditeetti	151	49	32	53	35	39	26	9	6	2	1
Sekundääri frigiditeetti	196	13	7	56	29	78	39	28	14	20	11
Koko aineisto	347	62	18	109	31	117	34	37	11	22	6

Taulukko 3. Avioliiton kesto.

Lukumäärä	Avioliiton kesto vuosissa				
	alle	1—2	3—4	5—10	yli 10
Primääri frigiditeetti	151	27	36	44	3
Sekundääri frigiditeetti	196	4	21	73	13
Koko aineisto	347	31	57	117	16

Taulukko 4. Frigiditeetin kesto.

	Lukumäärä	Frigiditeetin kesto					
		Alle 1 v.	1—2 v.	3—4 v.	5—10 v.	yli 10 v.	
Primääri frigiditeetti	151	28 18	37 25	51 34	33 21	3 2	
Sekundääri frigiditeetti	196	23 12	104 53	57 29	11 6	— —	
Koko aineisto	347	51 15	141 40	108 31	44 13	3 1	

Taulukko 5. Frigiditeetin syyt.

Todennäköinen syy	Primääri frigidit.	Sekundääri frigidit.
I. Frigiditeetti .....	114	
1. Psykkiset estot .....	21	
2. Psykinen infantilismi .....	48	
3. Hormonaalinen insufficienssi		
Synnyttelinten hypoplasia .....	39	6
II. Pseudofrigiditeetti .....	233	
1. Psykinen sopeutumattomuus		
Avi puolison alkoholismi .....	15	50
2. Raskaudenpelko .....	12	86
3. Gynekologiset vaivat .....	4	25
4. Miehen ejaculatio praecox		
Coitus interruptus .....	12	29
Yhteensä	151	196

Frigiditeetin syyt. J. P. Greenhill erottaa toisistaan frigiditeetin, pseudofrigiditeetin ja dyspareunian ja määrittelee ne seuraavasti:

Dyspareunia. Vaikeutunut tai tuskallinen yhdyntä, johtuen tavallisesti vaginaa ympäröivien lihasten spasmista. Perimmäisenä syyinä on useimmiten psykinen tekijä.

Pseudofrigiditeetti. Johtuu tavallisimmin raskauden pelosta tai gynekologisten vaivojen aiheuttamasta kivusta. Myöskin ejaculatio praecox, karkea coitus tekniikka, tai aviolliset ristiriidat voivat miehen puolelta olla vaivan aiheuttajina.

Frigiditeetti. On todellisessa muodossaan silloin, kun naisen kehitysvaiheessa ei tapahdu seksuaalisen ärsytyskeskuksen siirtymistä clitoriksesta vaginaan. Lapsella muodostaa clitoris seksuaalisen ärsytyksen keskuksen, kypsyneellä naisella on tämä keskus siirtynyt vaginaan. Frigidillä naisella ei tämä siirtyminen ole tapahtunut, vaan hän on jäänyt tässä suhteessa kehityksessään lapsen asteelle.

Olen yllämainittua jakoa noudattaen jakanut aineiston potilaat kahteen pääryhmään frigiditeetin syyn perusteella frigiditeettien ja pseudofrigiditeettiin, jolloin jälkimmäinen ryhmä sisältää myöskin dyspareuniatapaukset.

### *I. Frigiditeetti.*

1. Psyykiset estot (kasvatukselliset tekijät, uskonnolliset tekijät)
2. Psyykinen infantilismi
3. Hormonaalinen insufficienssi  
Synnyttelinten hypoplasia

### *II. Pseudofrigiditeetti.*

1. Psyykinen sopeutumattomuus (ristiriidat)  
Aviopuolison alkoholismi
2. Raskaudenpelko
3. Gynekologiset vaivat: tulehdukset ja leikkausten tai synnytysten jälkitilat
4. Miehellä ejaculatio praecox  
Coitus interruptus  
Huono coitustekniikka.

Näiden eri syiden esiintymistä tutkittavana olevassa aineistossa esittää taulukko 5.

Taulukosta selviää, että varsinaisen frigiditeetin piiriin kuuluvia tapauksia on aineistossa kaikkiaan 114 ja pseudofrigiditeetin piiriin kuuluvia 233. Varsinaista frigiditeettiä on aineistossa esiintynyt melkein yksinomaan PF ryhmän potilailla, lukuunottamatta 6 tapausta, joissa kaikissa on kyseessä myöhemmin synnytysten jälkeen kehittynyt hormonaalinen insufficienssi.

Psykkiset estot (kasvatukselliset ja uskonnolliset tekijät) sekä psyykinen infantilismi muodostavat 61 % varsinaisen frigiditeetin syistä sekä 46 % kaikista PF:n syistä. Pseudofrigiditeetin syistä taas on raskauden pelko tavallisin, käsittäen 42 % siitä. Huomattava osuus tässä ryhmässä on myöskin psyykkisellä sopeutumattomuudella, jossa aviomiehen alkoholin väärinkäyttö näyttelee huomattavaa osaa.

Seuraavassa kutakin ryhmää kuvaava tapaus aineistosta:

### I. Frigiditeetti.

#### 1. Psykkiset estot.

26 v. teknikon vmo. Avioliitossa 2 v., yksi synnytys. Menarche 14 v., kk:t säännölliset, ei kipuja.

Sukupuoliasioista ei kotona puhuttu positiivisessa hengessä mitään, ei myöskään kuukautisista, joiden ilmaantuminen oli järkyttänyt potilasta kovasti. Kaikki seksuaalielämään liittyvä oli leimattu pahaksi ja likaiseksi. Potilaan isä juoppo. 1. coitus hiukan ennen häitä. Itki hymenin menetystä monta päivää. Sexus tuntuu yhä vieläkin likaiselta: »parempi kun ei sellaista olisi ollenkaan». Avioliitto muuten onnellinen, taloudellinen asema hyvä, aviomies terve ja tavoiltaan moitteeton. Coituksessa ei tunne mitään, toimitus käynyt vastenmieliseksi. Hellyyden- ja hyväilynkaipuu on niin kauan kun ei kajota genitaalihin.

#### 2. Psyykinen infantilismi.

24 v. maisterin vmo. Pankkivirkailija. Naimisissa 2 v., ei raskauksia. Menarche 13 v., kk:t säänn., ei kipuja.

Sopuisan porvariskodin lapsi. Kasvatuksessa ei positiivista eikä negatiivista. 17 vuotiaasta lähtien harjoittanut masturbatiota, saaden orgasmin. 22 vuotiaana kihloihin, jolloin huomasi olevansa frigid. Toivoi sen menevän ohitse ja meni naimisiin 2 v. sitten. Ei orgasmia normaalissa coituksessa, mutta clitorista ärsytettäessä kyllä. Omaa voimakkaan libidon ja on eroottisesti aktiivinen. Ajattelee usein — ainakin kerran päivässä — eroottisia asioita. Haluaa coitusta, mutta coituksessa ei saa orgasmia. Haaveilee usein muista miehistä ja toivoo silloin, ettei olisi naimisissa.

Luonteeltaan mutkaton, kepeä, infantilisella tasolla oleva nainen. Rakenne hento, solakka, kapeaharteinen, hoikkajäseninen, pienirintainen.

Gyn status = 0. Ei hypoplasiaa.

#### 3. Hormonaalinen insufficienssi.

21 v. kirvesmiehen vmo, naimisissa 3 v., ei raskauksia. Menerche 17 v. kk:t epäsäännölliset, intervalli 1—3 kk., niukat kivuliaat. Tutkittu

steriliteetin takia (HSG), jolloin todettu kohtu hypoplastiseksi, mutta tubat vapaiksi.

Ei koskaan ole tuntenut mitään sukupuolista vetovoimaa miehiin. Ennen avioliittoa piti poikia täysin samanlaisina tyttöjen kanssa. Ollut aikaisemmin 17<sup>k</sup> vuotiaana kihloissa 7 kk. Sukupuolielämä silloin ja myöhemminkin vastenmielistä. Ei koskaan kiihoitu, ei koskaan orgasmia.

St. Pykninen, rehevä, naisellinen, lihavahko tyyppi.

St. gyn. Corpus uteri peukalonpään kokoinen.

## II. Pseudofrigiditeetti.

### 1. Psykinen sopeutumattomuus.

39 v. putkiasentajan vmo. Kaksi partusta kolmen vuoden välein. Menarche 14 v., kk:t säännölliset, kivuttomat.

Naimisissa 10 vuotta miehen kanssa, joka käyttää alkoholia runsaasti ollen vähintään kaksi kertaa viikossa juovuksissa. Avioliitto alusta alkaen vaikea. Mies väkivaltainen, sulkeutunut, pahoinpitelee vaimoan juovuspäissään. Taloudellisia huolia ei kuitenkaan ole, sillä mies ansaitsee hyvin. Mies pitää lapsista, ja ottaisivat niitä enemmänkin. Kahtena ensimmäisenä avioliittovuonna vita sex. normaali. Sai orgasmin säännöllisesti. Sittenmin orgasmi heikentynyt ja nyt kahtena viime vuotena ei ole saanut kertaakaan. Inhoa miestänsä, coitus ja hyväilyt vastenmielisiä. Ajattelee usein avioeroa päästäkseen täyttämästä avioliista velvollisuuttan.

St. gyn. = 0.

### 2. Raskaudenpelko.

30 v. sotilamestarin vmo. Naimisissa 4 vuotta. 2 synnytystä 2 vuoden vällajoin. Menerche 15 v. kk:t säännölliset, kivuttomat.

Kahtena ensimmäisenä avioliittovuonna vita sex normali. Sai orgasmin aina, ja oli eroottisesti aktiivinen. Toinen lapsi syntynyt vastoin toivomuksia, sillä miehellä on paljon velkoja ja perhe on taloudellisesti hujilla. Viimeisen synnytyksen jälkeen tullut täysin kylmäksi. Ei ole saanut orgasmia kertaakaan, ja jokaisen coituksen jälkeen on pelännyt tulleensa raskaaksi. Hedelmöitystä ehkäisevänä keinona käytetty coitus interruptusta (kuten on tehty avioliiton alusta lähtien) sekä Ogino-Knaus laskelmaa. Sukupuolielämä käynyt vähitellen vastenmieliseksi, ja potilas hermostuneeksi ja kätttyisäksi. Jos kuukautiset ovat päivänkään myöhässä, suunnittelee jo puoskarille menca. Muuten on avioliitto sopusointuinen. Mies hyvä ja kunnollinen.

St. gyn. = 0.

### 3. Gynekologiset vaivat.

27 v. topografian vaimo. Naimisissa 5 vuotta. 2 partusta. Menerche 15 v., kk:t säännölliset, kivuttomat.

Viimeisen partuksen yhteydessä 2 vuotta sitten repeämä emättimeen



ja välilihaan, joka neulottiin. Haava märki ja aukeni. Operatiivinen korjaus suoritettiin vuoden kuluttua. Leikkauksen jälkeen coitus kivalloinen, ei saanut kertaakaan enää orgasmia. Alkanut pelätä yhdyntää. Mies ymmärtäväinen. Coitusfrekvenssi n. kerran kuussa. Haluaisivat kahden tytön lisäksi pojan, mutta vaimolle coitus tullut vastenmieliseksi kivun takia.

St. gyn. Vagina ahdas kahdelle sormelle. Perineumissa paksu arpi, joka introituksen kohdalla erittäin aristava. Corpus uteri ja sivuelimet = 0.

#### 4. Ejaculatio praecox.

32 v. aliupseerin vmo. 10 vuotta naimisissa, 5 lasta. Menerche 14 v. kk:t säännölliset, kivuttomat.

Ei koskaan koko avioliiton aikana orgasmia. Libido alussa voimakas, kiihottui, mutta jäi aina tyydytystä vaille. Miehellä aina ejaculatio praecox — coituksen kesto alle 1 minuutin. Viimeisten viiden vuoden aikana kärsinyt vatsanpohjankivuista aina coituksen jälkeen. Nyt saa vatsanpohjakipuja ja päänsärkyä jo vuoteeseen mennessään. Sukupuoliyhteys käynyt vastenmieliseksi. Tulee neuvolaan koska kuullut tuttaviltaan, että nainenkin voi coituksessa päästä orgasmiin.

Aineiston potilaiden ryhmittäminen frigiditeetin syyn perusteella on luonnollisesti tapahtunut jossain määrin väkivaltaisoin keinoin. Useimmiten on kylmyyden syytä haettaessa tullut ilmi useampia, yhtäaikaan vaikuttavia tekijöitä, joista on ollut vaikea, ellei mahdotonta arvostella primääristä ja pääasiallista syytä. Aineiston ryhmityksessä olen kuitenkin yrittänyt noudattaa niitä perusteita, joita tutkinut ja hoidon antanut lääkäri (useimmiten psykiatri) on pitänyt todennäköisimpänä syynä.

Haluumatta tässä yhteydessä puuttua lähemmin eri frigiditeetitimuotojen hoitoon ja hoidon tuloksiin, on mielestäni syytä tarkastella, millä keinoin tämän häiriön yleistyminen olisi estettävissä. Tämän kysymyksen kohdalla on ilmeisesti järjestelmällisellä seksuaalikasvatuksella ja ajoissa annetulla avioliittoneuvonnalla kaikkein suurimmat mahdollisuudet vaikuttaa edulliseen suuntaan. Kasvatukselliset tekijät, jotka aiheuttavat väärän asennoitumisen seksuaalikysymystä kohtaan sekä puutteellisten ja epäluotettavien ehkäisymenetelmien käytöstä johtuva psyykinen raskaudenpelko, on poistettavissa yleisen seksualivalistuksen tietä. Hormonaalinen insufficienssi, muut gynekologiset vaivat sekä

miehen seksuaalielämän häiriötilat ovat useimmiten autettavissa erikoislääkärin hoitotoimenpitein edellyttäen, että apua haetaan ajoissa. Näin ollen voidaan yli 2/3 tässä aineistossa esiintyvistä syistä ehkäistä ja poistaa ajoissa saadulla neuvonnalla. Jäljelle jäävät psyykinen infantilismi ja avioliiton ristiriidat, joihin syihin on ulkopuolisen vaikeampi vaikuttaa parantavasti.

Psyykinen infantilismi tässä aineistossa käsittää ahtaimmassa muodossa sen, mitä yleensä tarkoitetaan frigiditeetillä: naisen jäämistä seksuaalis-eroottisessa mielessä kehityksessään alamittaiseksi. Tämä on häiriö, joka kaikesta päätellen on yleistymässä länsimaisen sivistyksen valtapiirissä, ja johon on viimevuosina kiinnitetty laajalti huomiota sekä Yhdysvalloissa että naapurimaassamme Ruotsissa. Psykoterapia ja hormonihoito eivät ole saavuttaneet sanottavia tuloksia näiden tapausten hoidossa.

Psykillisen sopeutumattomuuden aiheuttama frigiditeetti kuuluu hoidossaan jo yhtäpaljon yleisen sosiaalisen virkakoneiston piiriin kuin lääketieteenkin. Toisena osapuolena ovat näissä tapauksissa usein assosiaaliset miehet (rikolliset, psykopaatit, alkoholistit) ja toisaalta taas usein naiset, jotka ovat menneet avioliittoon ilman rakkautta päästäkseen pois ahdistavasta kotiympäristöstään, tai jotka ovat joutuneet »pakkoavioliittoon» avioliiton ulkopuolisessa suhteessa syntyneen raskauden takia. Tällaisten avioliittojen saattaminen sopusointuisiksi ja seksuaalielämältään harmonisiksi ei liene mahdollista minkäänlaisten lääketieteellisten toimenpiteiden avulla.

Lääketieteellistä avioliittoneuvontaa on Suomessa harjoitettu järjestelmällisesti jo yli 8 vuotta. Eräs sen tärkeimpiä saavutuksia on mielestäni se, että sen avulla on kiinnitetty huomio niihin tärkeisiin avioelämän häiriötiloihin, jotka ovat olleet suhteellisen tuntemattomia maassamme. Näiden häiriöiden esiintyminen on kuitenkin siksi yleistä, että niiden estäminen ja hoito vaatisi osakseen laajempaa ja suurempaa mielenkiintoa sekä lääkärikunnan että suuren yleisön taholta.

## *Kirjallisuutta.*

*Parland, O.*: Några psykiatriska fall av frigiditet. *Avioliitto ja Lääkäri* 1950: 1.

*Greenhill, J. P.*: The year Book of Obst and Gyn. 1954.

*Guggisberg, H.*: Lehrbuch der Gynekologie 1948.

*Kaprio, L., Nieminevo, K. and Olki, M.*: On the Medical Marriage Guidance in Finland. *Acta Chir. et. Gyn. Fenniae: Suppl. 3*: 1954.