Liječenje seksualne disfunkcije

Menjak, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:667358

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Iva Menjak

Liječenje seksualne disfunkcije

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017./2018.

Mentor rada: prof.dr.sc. Dražen Begić

SADRŽAJ:

Sažetak
Summary

1. **UVOD** ... 1
   - **1.1. Definicija seksualnih disfunkcija** ... 1
   - **1.2. Povijest seksualne medicine** ... 2
2. **KLASIFIKACIJA SEKSUALNIH DISFUNCKIJA** ... 5
   - **2.1. MKB-10 klasifikacija** ... 5
   - **2.2. DSM-5 klasifikacija.** ... 6
3. **EPIDEMIOLOGIJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA** ... 7
4. **ETIOLOGIJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA** ... 9
   - **4.1. Organski uzroci** ... 9
   - **4.2. Psihološki uzroci** ... 10
5. **GLAVNI OBLICI SEKSUALNIH DISFUNKCIJA** ... 12
   - **5.1. Poremećaji seksualne želje** ... 12
   - **5.2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja** ... 13
     - **5.2.1. Poremećaji seksualnog uzbuđenja u žena** ... 13
     - **5.2.2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja u muškaraca** ... 14
   - **5.3. Poremećaji doživljavanja orgazma** ... 14
     - **5.3.1. Poremećaji doživljavanja orgazma u žena** ... 14
     - **5.3.2. Poremećaji doživljavanja orgazma u muškaraca** ... 15
   - **5.4. Poremećaji vezani za seksualnu bol.** ... 16
     - **5.4.1. Vaginizam** ... 16
     - **5.4.2. Dispareunija.** ... 17
6. **LIJEČENJE SEKSUALNIH DISFUNCKIJA** ... 18
   - **6.1. Liječenje seksualnih disfunkcija u žena** ... 18
     - **6.1.1. Liječenje poremećaja seksualne želje** ... 18
     - **6.1.2. Liječenje poremećaja seksualnog uzbuđenja i doživljavanja orgazma** ... 19
     - **6.1.3. Liječenje bolnih poremećaja** ... 22
   - **6.2. Liječenje seksualnih poremećaja u muškaraca** ... 23
     - **6.2.1. Liječenje poremećaja seksualne želje** ... 23
     - **6.2.2. Liječenje poremećaja seksualnog uzbuđenja** ... 24
     - **6.2.3. Liječenje poremećaja doživljaja orgazma** ... 26
7. **ZAKLJUČAK** ... 29
8. **ZAHVALE** ... 30
9. **POPIS LITERATURE** ... 31
10. **ŽIVOTOPIS** ... 33

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

BHP – Benigna hiperplazija prostate

c-GMP – Ciklički gvanozin monofosfat

ED – Erektilna disfunkcija

DM – Dijabetes melitus

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FDA – Food and Drug Administration

FSH – Folikulostimulirajući hormon

IELT – Intravaginal Ejaculation Latency Time

IIEF – International Index of Erectile Function

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

MUSE – Medicated Urethral System for Erection

NPT – Nocturnal Penile Tumescence

PDE5 – Fosfodiesteraza 5

PE – Preuranjena ejakulacija

REM – Rapid Eye Movement

SHIM – Sexual Health Inventory for Men

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

SŽS – Središnji živčani sustav

TCA – Triciklički antidepresivi

5-HT1A – Serotoninergički receptor tip 1 A

5-HT2A – Serotoninergički receptor tip 2 A

SAŽETAK

Naslov rada: Liječenje seksualne disfunkcije

Autor: Iva Menjak

Seksualne disfunkcije ili kvantitativni poremećaji seksualnog nagona su teškoće koje može iskusiti pojedinac ili par u bilo kojoj fazi seksualne aktivnosti kao bol ili teškoće u ostvarenju seksualnog nagona. Sam seksualni nagon ostvaruje se kroz četiri faze: želja, uzbuđenje, orgazam ili klimaks i smirenje ili rezolucija. U prve tri faze javljaju se specifično seksualne disfunkcije, dok se u posljednjoj javljaju bolni sindromi koji se mogu javiti i u nekoj od prethodnih faza. Možemo ih podijeliti na poremećaje smanjenog ili povećanog seksualnog nagona. Riječ je o dosta čestim poremećajima, što dokazuju ankete u kojima 43% ženske, a 30% muške populacije u SAD-u prijavljuje neki oblik seksualne disfunkcije. U podlozi seksualnih disfunkcija nalazimo organske uzroke, kao što su kronične bolesti, trudnoća, promjene endokrinološkog profila te abuzus psihoaktivnih tvari, ili pak psihosocijalni uzroci od kojih su najčešći depresija i anksioznost, zatim nisko sampouzdanje, neriješen intrapersonalni konflikt, problemi u vezi, nespješna prethodna iskustva i sl. Klasificiraju se prema MKB-10 klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije te DSM-5 klasifikaciji Američkog psihijatrijskog udruženja. Najvažniji oblici jesu smanjenje ili nedostatak seksualne želje, poremećaji seksualnog uzbuđenja koji se u žena manifestiraju u obliku smetnji lubrikacije, a u muškaraca kao erektilna disfunkcija, poremećaji doživljavanja orgazma, odnosno, anorgazmija ili inhibirani orgazam u žena, dok je u muškaraca najčešća preuranjena ejakulacija. Konačno, imamo bolne sindrome koji uključuju vaginizam i dispareuniju, koja se može javiti u oba spola. Temelj liječenja seksualnih disfunkcija je kognitivno-bihevioralna psihoterapija koja se koristi u liječenju gotovo svih oblika ovih poremećaja koju pojedinac može prolaziti samostalno ili s partnerom/partnericom. Za neke oblike poremećaja postoje i farmakološke metode liječenja, metode fizikalne terapije te kirurške metode.

Ključne riječi: seksualne disfunkcije, seksualni nagon, liječenje

SUMMARY

Title: Treatment of sexual dysfunction

Author: Iva Menjak

Sexual dysfunctions or quantitative disorders of sexual drive are difficulties that an individual or a couple may experience at any stage of sexual activity as pain or difficulty in achieving sexual drive. Sexual drive itself is realized through four phases: desire, excitement, orgasm or climax and comfort or resolution. Sexual dysfunctions specifically occur in the first three phases, while in the last phase there are sexual pain disorders that can also occur in one of the previous phases. We can divide them into disorders of reduced or increased sexual drive. These are rather frequent disorders, confirmed by surveys in which 43% of women and 30% of men in the United States, reported some form of sexual dysfunction. The underlying causes of sexual dysfunctions are organic causes, such as chronic illnesses, pregnancy, changes in the endocrine profile and psychoactive substances abuse, or psychosocial causes, of which the most common are depression and anxiety, followed by low confidence, unresolved intrapersonal conflict, relationship problems, prior sexual failure, etc. They are classified according to the ICD-10 classification by the World Health Organization and the DSM-5 classification by the American Psychiatric Association. The most important disorders are reduction or lack of sexual desire, sexual arousal disorders that are manifested in women in the form of lubrication problems, and in men as erectile dysfunction, orgasmic disorders, or anorgasmia or inhibited orgasm in women, while in men the most common problem is premature ejaculation. Finally, there are sexual pain disorders that include vaginismus and dyspareunia, which can occur in both sexes. The main form of treatment for sexual dysfunctions is cognitive-behavioral psychotherapy used in the treatment of almost all forms of these disorders that an individual can undergo it alone or with a partner. For some disorders, there are also pharmacological methods of treatment, methods of physical therapy, and surgical methods.

Keywords: sexual dysfunctions, sexual drive, treatment

1. UVOD

1.1. Definicija seksualnih disfunkcija

Poremećaji seksualnog nagona mogu se podijeliti na kvantitativne i kvalitativne poremećaje. Seksualne disfunkcije ili kvantitativni poremećaji seksualnog nagona su teškoće koje može iskusiti pojedinac ili par u bilo kojoj fazi seksualne aktivnosti, bilo kao bol ili teškoću u ostvarenju seksualnog nagona. S obzirom na to da govorimo o kvantitativnim poremećajima, razlikujemo poremećaje smanjenog i povećanog seksualnog nagona, od kojih su puno češći poremećaji smanjenog seksualnog nagona.

Da bismo uopće mogli govoriti o seksualnim disfunkcijama kao poremećaju seksualnog nagona, moramo raspraviti što je to i kako se seksualni nagon ostvaruje. To je jedan od najvažnijih nagona koji se ostvaruje djelovanjem limbičkog sustava, koji uz seksualni nagon regulira i uvjetuje nastanak i drugih za život važnih nagona, kao što je nagon za hranjenjem i pijenjem, a isto tako povezuje emocionalni odgovor s reakcijama autonomnog živčanog sustava.

Sastoji se od četiri faze: želja, uzbuđenje, orgazam ili klimaks i smirenje ili rezolucija (1). Ako izuzmemo želju za seksualnim kontaktom, faza uzbuđenja ili pobuđenosti prva je faza seksualnog odgovora koja može biti potaknuta bilo tjelesnim, bilo psihičkim podražajem, koji je subjektivan za svaku osobu, a rezultira objektivnim promjenama na spolnim organima pa je tako kod žena prvi znak seksualnog uzbuđenja vlaženje rodnice, a kod muškaraca erekcija penisa. Između faze uzbuđenja i orgazma, javlja se i faza platoa u kojoj se intenziviraju promjene započele u prethodnoj fazi, stvarajući podlogu za orgazam, odnosno, kratkotrajni vrhunac koji se manifestira otpuštanjem nakupljene seksualne napetosti kao rezultata djelovanja podražaja iz prethodnih faza ritmičnim kontrakcijama mišićja spolnih organa i perineuma praćenih psihičkim reakcijama.
Konačno, slijedi posljednja faza, rezolucija, u kojoj se obrću sve fiziološke reakcije iz faze uzbuđenja i platoa, javlja se psihičko blagostanje te potpuno opuštanje (2). U prve tri faze seksualnog nagona mogu se javiti poremećaji koje svrtavamo u seksualne disfunkcije, osim u

četvrtoj, fazi rezolucije, kad se mogu pojaviti bolni sindromi, koji nisu specifični samo za nju, već se mogu javiti i u nekoj od prethodnih faza (1).

1.2. Povijest seksualne medicine

Zanimanje za seksualno ponašanje i općenito ljudsku seksualnost postojalo je još u davnoj prošlosti, o čemu zapisi datiraju iz razdoblja prije 1000.g.pr.Kr. Treba imati na umu kulturološke razlike, gdje se na zapadu, pod utjecajem židovske i kršćanske vjeroispovijesti, seks strogo osuđivao, dok su na istoku stavovi o seksualnosti bili mnogo pozitivniji. Uzmimo za usporedbu knjigu kršćanskog sveca Augustina, *Ispovijesti*, u kojoj strogo osuđuje seksualnu požudu i seks navodeći kako on odvaja ljude od Boga, a u isto vrijeme na istoku, točnije u Indiji, nastaje poznata *Kama Sutra* kao detaljni seksualni priručnik (2).

U srednjem vijeku, jačanjem Katoličke crkve, negativan stav prema seksu samo se dodatno učvrstio, došlo je do stvaranja koncepta čiste ljubavi, koji je slavio odupiranje tjelesnim požudama i nekonzumiranje ljubavi. Sve to slabi dolaskom renesansnog razdoblja, kada stupaju na snagu liberalniji stavovi prema seksualnosti, pogotovo odvajanjem Protestantske crkve čiji stav prema seksu nije bio negativistički kao onaj Katoličke crkve. U to vrijeme Amerika, kao novootkriveni kontinent, nije dijelila stavove s Europom, dapače, tamo je vladala tzv. puritanska etika, koja je odobravala jedino bračni seks, ostali oblici seksualnog ponašanja bili su strogo kažnjavani (2).

Viktorijansko doba, početak 19. stoljeća, u Americi ne donosi ništa novo, dok u Europi ponovno snaži negativan stav prema seksu i bilo kakvom obliku seksualnosti, što se odražavalo ne samo u odnosima između muškarca i žene, već i u odgoju djece, načinu odijevanja, književnosti, znanosti, zapravo bilo kojem aspektu života. Ono što je zanimljivo je da upravo tada, u vrijeme najsnažnije supresije seksualnosti, dolazi do procvata prostitucije i pornografije. To vrijeme smatra se veoma važnim za razvoj seksologije, grane medicine koja se bavi proučavanjem ljudske seksualnosti, jer njemački psihijatar, Richard von Krafft-

Ebing izrađuje detaljnu klasifikaciju seksualnih poremećaja, *Psychopathie Sexualis,* koja je utrla put stavovima i odnošenju prema onima s kakvom seksualnom patologijom te se smatra osnivačem seksologije kakvu danas poznajemo.
Upravo to otvara vrata sve većem broju istraživanja ljudske seksualnosti koja se ostvaruju u narednim dekadama. Tu svakako treba spomenuti Sigmunda Freuda, bečkog liječnika, koji stavlja ljudsku seksualnost u podlogu ljudskog postojanja, odnosno, objašnjava kako je seksualni nagon tj. libido usmjeravač ljudskog ponašanja, da s obzirom na njega čovjek, na nesvjesnoj razini, svrsishodno djeluje kako bi ostvario nekakvu ugodu i da je to razvoj koji počinje praktički od rođenja i traje sve do odrasle dobi, razlikujući pet stadija: oralni, analni, falusni, stadij latencije i genitalni stadij (2).

Razdoblje Prvog i Drugog svjetskog rata donosi brojne promjene u društvu; muškarci su regrutirani u vojske i odlaze na bojišta, a žene odlaze iz sigurnosti svojih domova na radna mjesta u tvornice. Jača sloboda žena, makar ne u potpunosti, ali gubi se stav 'stroja za rađanje' koji je prethodno postojao i samim time dolazi do drastičnog mijenjanja stavova o seksualnosti, pogotovo u odnosu na viktorijansko razdoblje. Alfred Kinsey, inače zoolog, potaknut manjkom podataka o seksualnom ponašanju ljudi, provodi istraživanje na više od 12 000 ispitanika i 1948. objavljuje *Seksualno ponašanje muškaraca*, pet godina kasnije i *Seksualno ponašanje žena*, djela koja su iznjedrila iznenađujuće rezultate, ali i izazvalo burne reakcije javnosti, većinom negativne, pogotovo onaj dio koji se doticao žena. Zahvaljujući Kinseyevom radu i radu njegovih suradnika, osnovan je Institut za istraživanje seksualnosti pri Sveučilištu u Indiani, koji i danas vrijedno djeluje (2).

Mijenjaju se stavovi javnosti, kako o seksualnosti, tako i o drugim aspektima javnog života. Moda, glazbeni izričaj, književnost, filmska kultura, sve postaje liberalnije. 60-ih godina prošlog stoljeća pojavljuju se oralni kontraceptivi, mladi postaju hrabriji i suprotsavljaju se pravilima nametnutima u društvu u obliku raznih protesta čime se stvorila jedna slobodnija atmosfera, pogotovo za žene, da uspostave kontrolu nad svojim seksualnim životom bez miješanja javnosti. Nedugo nakon Kinseya, liječnik William Masters i bihevioristica Virginia Johnson provode laboratorijsko istraživanje u kojem su za shvaćanje seksualnog ponašanja u ljudi, uzimali u obzir i fiziologiju i anatomiju čovjeka, kao i psihološku i socijalnu podlogu,

uspostavili koncept seksualnog odgovora i tako stvorili temelje za razvoj terapijskih postupaka za ljude sa seksualnim teškoćama. Njihov rad nastavio se i 70-ih i 80-ih godina, kada i mediji, poput televizije i filmske industrije, preuzimaju zasluge u snaženju pozitivnijeg stava o seksualnosti u javnosti. Legaliziran je pobačaj, homoseksualnost, koja se kroz povijest provlačila kao duševna bolest i bila predmet strogog kažnjavanja, izuzeta je na taj način iz klasifikacija istih, što je dovelo do razvoja prava homoseksualaca, osuvremenjen je zakon o silovanju, medicina je napredovala do razvoja novih tehnika oplođivanja i rađanja prve 'djece iz epruvete'. Takav slobodniji stav doveo je i do nekih negativnih posljedica, kao što su epidemije spolnih bolesti (najviše genitalnog herpesa i AIDS-a) kako među heteroseksualnom, tako i među homoseksualnom populacijom (2).

Razvoj se nastavlja sve do danas, i ne staje. Seks postaje sve manje tabu tema u javnosti, znanost i medicina otkrivaju načine prevencije i liječenja bolesti koje su prije tridesetak godina i manje predstavljale opasnost za život oboljelih. Naravno, kao i svako društvo prije nas, razvijamo se i nailazimo na prepreke specifične za naše doba, kao što je uvođenje seksualnog odgoja u škole, razvoj društvenih mreža i eksploatacija seksualnosti putem Interneta, a kakvo će se rješenje za te probleme naći, vrijeme će pokazati.

2. KLASIFIKACIJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA

2.1. MKB-10 klasifikacija

Međunarodna klasifikacija bolesti (International Classification of Diseases, ICD), 10. revizija je klasifikacija svih poznatih bolesti i srodnih zdravstvenih stanja pod šiframa koje se sastoje od slova dodijeljenog svakoj skupini poremećaja prema organskim sustavima i brojki koji pobliže opisuju određenu bolest, a sve radi lakše komunikacije među liječnicima diljem svijeta. Izdaje ju Svjetska zdravstvena organizacija, a posljednja revizija, ona deseta, učinjena je 1992. godine (1).

Po MKB-u, kvantitativni poremećaji seksualnog nagona svrstani su u skupinu bihevioralnih sindroma vezanih uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50-F59). Seksualna disfunckija koja nije uzrokovana organskim poremećajem ili bolešću (F52) uključuje sljedeće dijagnoze: (F52.0) nedostatak ili gubitak spolne želje, (F52.1) seksualna averzija ili nedostatak spolnog užitka, (F52.2) izostanak genitalnog odgovora, (F52.3) disfunkcija orgazma, (F52.4) prijevremena ejakulacija, (F52.5) neorganski vaginizam, (F52.6) neorganska dispareunija, (F52.7) pretjerani spolni nagon, (F52.8) ostale spolne disfunkcije koje nisu uzrokovane organskim poremećajem ili bolešću, (F52.9) nespecificirana spolna disfunkcija koja nije uzrokovana organskim poremećajem ili bolešću (3).

Poremećaji i bolesti koji također dovode do pojave seksualnih disfunkcija, ali su organskog podrijetla klasificirani su u drugim dijelovima MKB-a, a to su: Dhatov sindrom (F48.8), impotencija organskog podrijetla (N48.4), vaginizam (organski) (N94.2), dispareunija (organska) (N94.1) (3).

Ostale skupine poremećaja koje spadaju u skupinu bihevioralnih sindroma vezanih uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike su: poremećaji hranjenja (F50), neorganski poremećaji spavanja (F51), mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja u vezi s babinjama, nesvrstani drugamo (F53), psihološki i bihevioralni čimbenici u vezi s poremećajem ili bolešću svrstani drugamo (F54) i, konačno, nespecificirani bihevioralni sindromi povezani s fiziološkim poremećajima i fizičkim čimbenicima (F59) (3).

2.2. DSM-5 klasifikacija

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition), peto je klasifikacijsko izdanje Američkog psihijatrijskog udruženja nastalo 2013. godine i, za razliku od MKB-a koji klasificira sve poznate bolesti čovjeka, DSM sadrži isključivo psihijatrijske bolesti i poremećaje (1). Sama klasifikacija je podosta komplementarna MKB-u i ideja iza njezinog stvaranja bila je dodatno pojasniti i olakšati dijagnosticiranje psihijatrijskih poremećaja (4).

DSM klasificira seksualne disfunkcije na sljedeći način: odgođena ejakulacija (302.74), erektilna disfunkcija (302.72), poremećaj postizanja orgazma u žena (302.73), poremećaji seksualne želje i uzbuđenja u žena (302.72), poremećaji penetracije i bolovi u zdjelici i genitalnom području (302.76), poremećaj smanjene seksualne želje u muškaraca (302.71), preuranjena ejakulacija (302.75), seksualna disfunkcija uzrokovana psihoaktivnim tvarima, ostale seksualne disfunkcije (302.79), neodređene seksualne disfunckije (302.70) (5).

3. EPIDEMIOLOGIJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA

Učestalost sekusalnih disfunkcija u populaciji mnogo je češća nego što očekujemo. Prema anketi provedenoj 1999. godine, *National Health and Life Survey*, provedenoj u SAD-u, između 20% i 50% žena prijavilo je nekakvu seksualnu disfunkciju. Trećina žena prijavila je smanjenje seksualne želje, dok je četvrtina prijavila teškoće u postizanju orgazma. Studija novijeg datuma pokazuje kako otprilike 43% žena starijih od 18 godina ima neki oblik seksualne disfunkcije (6). Što se tiče muškaraca, otprilike 30% muškaraca u SAD-u ima neki oblik seksualne disfunkcije (7).

U radu kojeg su objavili Simons J. i Carey M., sažeta su 52 istraživanja provedenih u 10 godina (1990-1999.) na uzorcima opće populacije iz sjeverne Europe i SAD-a te na uzorcima dobivenim na razini primarne zdravstvene zaštite i na razini klinika, što je dovelo ne samo do rasnih i kulturoloških, već i do dobnih razlika. Neka od njih su kao rezultat dala životnu prevalenciju, druga jednogodišnju ili trenutnu, a prilikom provođenja istih nisu korišteni isti kriteriji; u nekima se koristila tada aktualna DSM-III klasifikacija, dok su u drugima korištene idiosinkratske definicije pojedinih bolesti. Sve to ide u prilog otežanom tumačenju pojedinih i međusobnom uspoređivanju provedenih istraživanja. Rezultati su pokazali sljedeće: u žena, prevalencija poremećaja postizanja orgazma varira između 4% (životna) i 7-10% (jednogodišnja) u zemljama sjeverne Europe, životna prevalencija poremećaja smanjene seksualne želje iznosila je 16%, poremećaja uzbuđivanja 6%, dispareunije 3%, dok je jednogodišnja prevalencija vaginizma iznosila 0.5-1%. U muškaraca, životna prevalencija postizanja orgazma iznosila je oko 3%, jednogodišnja prevalencija preuranjene ejakulacije iznosila je 4-5%, a erektilne disfunkcije 0-10%. Životna prevalencija smanjene seksualne želje u muškaraca iznosila je 4%, a jednogodišnja 0-7%, dok je životna prevalencija dispareunija iznosila 0.2%. U usporedbi s razdobljem od 50 godina (1940-1989.), u kojem je objavljeno 47 istraživanja, vidimo napredak u istraživanju što pokazuje porast interesa za seksualne disfunkcije, njihovu dijagnozu i liječenje, ali ostaje prostor za napredak. Ovaj rad ukazao je na neke nedostatke provedenih istraživanja i ukazao na područja koja treba popraviti, kao što je povećanje i korištenje stratificiranog uzorka reprezentativnog za cijelu

populaciju, korištenje jedinstvene klasifikacije bolesti i poremećaja radi lakšeg uspoređivanja rezultata te uniformni način prikupljanja podataka vezanih za seksualne disfunkcije (8).

Prema gore navedenim rezultatima, vidljivo je kako je učestalost seksualnih disfunkcija veća u žena nego u muškaraca, i raste s dobi, pa je najučestalija u žena srednje životne dobi između 45. i 64. godine, a razlog tome je snižen seksualni odgovor i smanjenje seksualne želje i libida. Isto tako, u tom razdoblju života žene ulaze u menopauzu pa snižene razine spolnih hormona mogu uzrokovati smanjenu vlažnost rodnice i dispareuniju. Općenito, pokazalo se kako viša dob, loši socioekonomski uvjeti, niža razina obrazovanja, depresija, anksioznost, urinarna inkontinencija mogu korelirati s pojavom seksualnih disfunkcija, a neki komorbiditeti poput šećerne bolesti, hipertenzije, artritisa, neuromuskularnih bolesti te prekomjerne tjelesne težine također mogu pridonijeti nastanku istih (6).

4. ETIOLOGIJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA

Seksualne disfunkcije mogu imati organsku ili psihološku podlogu. Može biti riječ o jednom vodećem uzroku, a može biti i kombinacija oba. Mogu biti urođene (primarne) ili stečene (sekundarne) te generalizirane, prisutne u svim situacijama i sa svim partnerima ili povremene, u određenim situacijama i s određenim partnerima (9).

4.1. Organski uzroci

Organski čimbenici mogu uzrokovati teškoće u svim fazama seksualnog odgovora. Najčešći su kronične bolesti, trudnoća, neki lijekovi, promjene endokrinološkog profila i abuzus psihoaktivnih tvari (9).

Utjecaj kronične bolesti na seksualnu aktivnost ovisi o vrsti kronične bolesti, dobi u kojoj se ona pojavljuje u odnosu na seksualnu zrelost i tome je li bolest prepoznata prije ili nakon ulaska u vezu u kojoj se oboljela osoba nalazi. Kongenitalne bolesti i bolesti koje su započele prije ili za vrijeme puberteta imaju jači utjecaj na tijek seksualnog razvoja.

Što je bolest razvijenija, to će više utjecati na seksualni razvoj. Najčešće su to kardiovaskularne bolesti, šećerna bolest, pretilost, brojne neurološke bolesti, stanja nakon kirurških zahvata, i sl.

Utjecaj trudnoće na seksualnu aktivnost ovisi o trimestru trudnoće. Tako će u prvom trimestru zbog straha od gubitka ploda i, u nekih žena, zbog izraženih gastrointestinalnih smetnji, seksualna želja biti smanjena, a u trećem trimestru zbog uznapredovalog stupnja trudnoće i eventualne percepcije smanjene privlačnosti te usredotočenosti na porod.

Suprotno tome, u drugom trimestru zbog vazokongestije tkiva zdjelice i dobrog općeg osjećanja raste seksualni odgovor u trudnih žena.

Lijekovi mogu utjecati na razvoj seksualnih disfunkcija putem različitih mehanizama. Adrenergički antagonisti, kao što su gvanetidin, rezerpin, metildopa, klonidin, fenoksibenzamin, smanjuju aktivnost noradrenalina blokirajući α-adrenergičke receptore, otpuštanje noradrenalina iz živčanih završetaka ili smanjujući zalihe noradrenalina i tako utječu na ejakulaciju. Sedativi i drepresori SŽS-a kao što su alkohol, kanabis, barbiturati te benzodiazepini smanjuju libido i utječu na potenciju snižavajući razine dopamina, a

povisujući razine serotonina. Neki lijekovi podižu razinu prolaktina koji smanjuje odgovor muških spolnih žlijezdi na luteinizirajući hormon što dovodi do smanjene produkcije testosterona. Takav učinak imaju fenotijazini, butirofenoni i cimetidin. Spironolakton, antagonist aldosterona, može zbog svog antiandrogenog učinka imati neželjene učinke kao što su smanjenje libida, impotencija i ginekomastija u muškaraca, a u žena bolno povećanje grudi i nepravilnosti menstrualnog ciklusa. Antikolinergici i lijekovi s atropinu sličnim učinkom mogu izazvati seksualne disfunkcije, najčešće poremećaje uzbuđenja, kao npr. antiparkinsonici, triciklički antidepresivi, mnogi antipsihotici, antihistaminici i dr. Što se tiče hormonalnih promjena za vrijeme menstrualnog ciklusa, malo je vjerojatno kako one utječu na nastanak seksualnih disfunkcija, ali kombinacije određenih emocionalnih i somatskih simptoma koje doživljavaju pojedine žene mogu dovesti do smanjene seksualne želje i otežanog postizanja uzbuđenja. Češći način na koji menstruacija može utjecati na seksualnu aktivnost je zbog nekih vjerskih razloga, nedovoljnog znanja, straha od izazivanja gadosti u partnera i sl.

Endokrinološke bolesti mogu dovesti do manjka androgena koji su bitni hormoni za postizanje libida i u žena i u muškaraca. Androgena insuficijencija kao posljedica panhipopituitarizma, obostrane adrenalektomije, ovariektomije u žena ili kastracije u muškaraca, hiperprolaktinemija kao posljedica prolaktin-sekretirajućeg adenoma hipofize samo su neki od primjera bolesti koje dovode do razvoja seksualnih disfunkcija.

Psihoaktivne supstance, kao što su alkohol i marihuana, mogu uzrokovati smanjenje libida te erektilnu disfunkciju. Kokain se očituje ravnodušnoću prema seksu, disforijom, povremenom impotencijom te anorgazmijom, dok ovisnici o heroinu mogu iskusiti smanjenje seksualne želje, erektilnu disfunkciju i anorgazmiju. Duhan dovodi do erektilne disfunkcije svojim djelovanjem na krvožilni sustav (9).

4.2. Psihosocijalni uzroci

Seksualne disfunkcije rijetko su posljedica jednog uzroka. Čak i kada je prisutan neki organski čimbenik kao vodeći, potrebno je liječiti onaj psihološki koji može komplicirati organsku bolest ili je mogao nastati kao rezultat organske bolesti. Najvažnije je uočiti

individualne psihološke determinante, probleme u vezi i psihoseksualne faktore.

Depresija i anksioznost su najčešći individualni psihološki faktori koji utječu na pojavu seksualnih disfunkcija. Ponekad je teško uspostaviti uzročnoposljedičnu vezu jer u nekim slučajevima seksualne disfunkcije mogu dovesti to razvoja depresije i anksioznosti, a ne obrnuto, ali kao generalno pravilo uzima se da je teška depresija češće uzrok nego posljedica. Nisko samopouzdanje, krivnja, hipohondrija, nerealistična očekivanja ili perfekcionizam te intrapsihički konflikt, poput neriješene seksualne orijentacije, također mogu biti u podlozi.

Problemi u vezi mogu uzrokovati seksualnu disfunkciju, organska bolest može potencirati nastanak problema u vezi ili oba faktora mogu postojati nedjelujući jedan na drugog. Iako postoje brakovi koji proživljavaju probleme, a u kojem je prisutno zadovoljstvo oba partnera seksualnim životom, problemi u braku najčešće jesu glavni uzrok seksualnog nezadovoljstva u vezi. Problemi s kojima se susreću ljudi u braku jesu slaba komunikacija, nerealistična očekivanja u vezi braka, manjak povjerenja, nemogućnost rješavanja konflikta, strah od intimnosti, nesnalaženje u ulogama u obitelji, poslovni problemi ili financijske teškoće.

Što se tiče psihoseksualnih faktora, prethodni seksualni neuspjesi (uglavnom prilikom prvog seksualnog odnosa), prethodeća seksualna trauma, kronična nedosljednost u seksualnom odgovoru te negativni stavovi o seksu najčešći su uzrok seksualne disfunckije, a još neki od njih su strogo vjersko učenje, nerealistična očekivanja od seksualnog odnosa, anksioznost vezana uz seks zbog straha od neuspjeha ili neispunjenja očekivanja partnera, teškoće vezane uz neodređenu spolnost i orijentaciju i sl.

U nekim slučajevima, razlogom za pojavu seksualne disfunkcije pokazao se manjak znanja o fiziologiji čovjeka i seksualnoj stimulaciji. Nedovoljna stimulacija penisa može dovesti do erektilne disfunckije, dok dispareunija u žene može biti uzrokovana nedovoljnom predigrom koja nije dovela do uzbuđenja, pregrubom digitalnom ili penilnom penetracijom ili neodgovarajućim položajem zdjelice za zadovoljavajući seksualni odnos (9).

5. GLAVNI OBLICI SEKSUALNIH DISFUNKCIJA

5.1. Poremećaji seksualne želje

Poremećaji seksualne želje mogu se pojaviti i u muškaraca i u žena, a te teškoće mogu biti blage ili razviti se do seksualne averzije (10).

Nedostatak ili gubitak seksualne želje (F52.0), ujedno i najučestalija seksualna disfunckija u žena, definira se kao stalni ili povremeni manjak ili odsutnost seksualnih maštarija i želje za seksualnim odnosom što uzrokuje distres ili teškoće u vezi, a koje nisu posljedica nekog drugog organskog ili psihičkog uzroka (11). *The National Health and Social Life* anketa, provedena u SAD-u na populaciji žena i muškaraca od 18 od 59 godina starosti, pokazuje prevalenciju od 32% žena i 15% muškaraca koji su imali smanjenu seksualnu želju u proteklih nekoliko mjeseci (10).

Etiologija poremećaja seksualne želje može se objasniti na neurološkoj razini, gdje određena stanja ili psihoaktivne tvari snižavaju razine dopamina, neurotransmitora odgovornog za regulaciju seksualnog odgovora, potiču aktivnost serotoninskih 5-HT2A receptora ili opioidne μ receptore, budući da serotonin i opioidi imaju suprotni učinak dopaminu i aktiviraju se u fazi rezolucije seksualnog ciklusa. Isto tako, istraživanja su pokazala kako niske razine testosterona i estradiola, a povećane razine progesterona u žena dovode do smanjenja seksualne želje (11).

Klinička slika uključuje smanjenu motivaciju za seksualnom aktivnošću, bilo zbog smanjene spontane želje za istom, smanjene želje i nakon erotskih inicijacija ili stimulacija partnera, ili nemogućnost održavanja želje kroz cijelu seksualnu aktivnost. Osim toga, izbjegavanje situacija koje bi mogle rezultirati seksualnom aktivnošću, kao što je odlazak na spavanje nakon partnera te sudjelovanje u seksualnoj aktivnosti samo iz straha od gubitka partnera također mogu biti neki od simptoma. Za dijagnozu poremećaja mora biti prisutna promjena u želji za seksualnom aktivnošću (u odnosu na ranije) u trajanju od minimalno tri mjeseca, moraju biti prisutni simptomi osobnog distresa kao što su frustracija, tuga, osjećaj inkompetentnosti i ljutnje, nisko samopouzdanje, zbunjenost, zabrinutost, ali oni ne smiju biti uzrokom smanjene seksualne želje (11) te isto tako, prethodno moraju biti isključeni

seksualni poremećaji inducirani lijekovima ili nekom drugom bolešću (10).

Seksualna averzija (F52.1) je teži poremećaj seksualne želje koji se definira kao ekstremna averzija i izbjegavanje svih ili gotovo svih oblika seksualne aktivnosti s partnerom. Rijeđi je od smanjene seksualne želje, ali je i dalje češći u žena (10). U podlozi je često prethodna seksualna trauma, nasilje ili bolovi, a inicijacija bilo kakve seksualne aktivnosti rezultira psihološkim odgovorom u obliku napadaja panike, kratkoće daha ili čak mučnine (12).

5.2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja (F52.2)

5.2.1. Poremećaji seksualnog uzbuđenja u žena

Radi se o poremećaju koji uključuje perzistentne ili povremene teškoće postizanja ili zadržavanja dovoljno jake reakcije uzbuđenja na seksualni podražaj, što uključuje vlažnost rodnice i oticanje spolnih organa kao posljedica vazokongestije. Mogu nastati kao posljedica neurovaskularne ili neuroendokrine disfunkcije ili kao posljedica poremećene regulacije SŽS-a. Žene mogu doživjeti diskrepancu između subjektivnog i objektivnog seksualnog uzbuđenja, odnosno, jedan oblik može biti prisutan, a drugi ne, ili su oba poremećena (13). Subjektivni oblik poremećaja seksualnog uzbuđenja je odsutnost ili značajno smanjenje subjektivnog osjećaja uzbuđenja i zadovoljstva na bilo kakvu seksualnu stimulaciju, dok su objektivni tj. fiziološki znakovi, kao što je vlaženje rodnice, prisutni. Objektivni oblik poremećaja manifestira se obrnuto, tj. odsutno je vlaženje rodnice, oticanje vulve i ostali oblici fiziološkog odgovora na seksualni podražaj, a subjektivni osjećaj uzbuđenja i dalje je prisutan. Perzistentni poremećaj seksualnog uzbuđenja je pojava spontanih i neželjenih osjećaja peckanja i probadanja u genitalnoj regiji u odsutsvu seksualne želje i uzbuđenja, a subjektivno praćena najčešće neugodnim osjećajem. Uzbuđenje ne završava orgazmom, a može trajati satima ili danima (14). Prema istraživanjima, učestalost poremećaja seksualnog uzbuđenja je 5-51%, smetnje lubrikacije prijavljuje 8-60% žena, a učestalost perzistentnog poremećaja seksualnog uzbuđena otprilike je 1% (6).

5.2.2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja u muškaraca

Poremećaj seksualnog uzbuđenja u muškaraca je u stvari erektilna disfunkcija (ED), impotencija u užem smislu (1), odnosno, nemogućnost postizanja ili održavanja erekcije u dovoljnoj mjeri za penetraciju ili opuštanje penisa prije nego što je završila seksualna aktivnost (15). To je ujedno i najčešća seksualna disfunkcija zbog koje muškaraci zatraže pomoć (16), s učestalošću u muškaraca starijih od 20 godina od 10 do 20% diljem svijeta, s tim da na pojavu same disfunkcije, dob ima veliki učinak; što je muškarac stariji, veća je vjerojatnost da će doživjeti erektilnu disfunkciju. Osim toga, neki komorbiditeti, kao npr. DM tip 2, pretilost, hipertenzija i kardiovaskularne bolesti, dislipidemija depresija te BHP (benigna hiperplazija prostate) povećavaju učestalost ED (17). ED može biti uvjetovana psihološkim, neurološkim, endokrinim čimbenicima ili iatrogeno tako što lijekovi onemogućuju opuštanje glatkog mišićja penisa i posljedično tome, ispunjenje kavernoznog tijela penisa krvlju što dovodi do ukrućivanja i mogućnosti penetracije (18). S obzirom da se radi o vrlo čestom problemu u muškoj populaciji, osmišljeni su i brojni standardizirani upitnici radi lakšeg i efikasnijeg dijagnosticiranja ED, a to su primjerice Međunarodni indeks erektilne funkcije (International Index of Erectile Function – IIEF-5) i Preglednik seksualnog zdravlja za muškarce (Sexual Health Inventory for Men – SHIM) (16).

5.3. Poremećaji doživljavanja orgazma (F52.3)

5.3.1. Poremećaji doživljavanja orgazma u žena

Frigidnost u užem smislu, anorgazmija ili inhibirani orgazam (1), označava značajno kašnjenje, smanjenu učestalost ili izostanak postizanja orgazma u 75-100% slučajeva seksualne aktivnosti. Neke žene normalno postižu orgazam direktnom stimulacijom klitorisa, dok je za vrijeme seksualnog odnosa to gotovo nemoguće, makar mogućnost postizanja orgazma raste sa seksualnim iskustvom (7). Takve žene nisu u potpunosti anorgazmične, već govorimo o obliku seksualne inhibicije (1). Procjenjuje se da je učestalost ovog poremećaja

između 10 i 42%, makar velik dio žena ne prijavljuje pojavu disfunkcije (7). U podlozi nastanka ovog poremećaja mogu biti psihosocijalni faktori (manjak seksualne edukacije, vjerski razlozi, negativni stavovi prema seksu), psihološki (anksioznost, depresija, negativan stav prema vlastitom izgledu), problemi s partnerom ili neka prethodna neugodna iskustva (razni oblici zlostavljanja), uz naravno one organske ili iatrogene naravi (13). Vrlo često navodi se preuranjena ejakulacija, odnosno smetnja funkcije orgazma u muškarca, kao razlog izostanka orgazma u žene (7).

5.3.2. Poremećaji doživljavanja orgazma u muškaraca

Pod tim pojmom nalazimo zakašnjelu ejakulaciju, izostalu ejakulaciju i anorgazmiju, što su jedne od najslabije istraženih seksualnih disfunkcija, iako su razlog velikom nezadovoljstvu muškarca i njegove partnerice ili partnera te svakako, prepreka u željenoj prokreaciji. Definiraju se kao stalne ili povremene teškoće u postizanju, zakašnjenje ili odsutnost orgazma nakon adekvatnog seksualnog podražaja. Osim vremenske komponente poremećaja, snaga, količina i osjećaj prilikom ejakulacije također mogu biti zahvaćeni. Kao ekstremi ove skupine poremećaja, može se naći anejakulacija ili retrogradna ejakulacija, koje su puno rjeđe od prethodno navedenih oblika. Za postavljanje dijagnoze uzima se latencija veća od 25 do 30 minuta nakon čega muškarac prekida seksualnu aktivnost, bilo zbog umora, bilo zbog frustracije, te sama činjenica da je zatražio stručnu pomoć. Učestalost iznosi oko 3%, makar se povećava s dobi, što nije začuđujuće, obzirom na to da ejakulacija općenito slabi s dobi muškarca, posljedično degeneraciji živčanih putova. Uz starenje, najčešće spominjani uzrok pojave ovog poremećaja je psihogeni, točnije, izuzetno strogi vjerski odgoj (19).

Kao puno češći oblik poremećaja doživljavanja orgazma u muškaraca je prijevremena ejakulacija, PE (F52.4), karakterizirana ejakulacijom unutar minute prilikom svakog ili gotovo svakog seksualnog odnosa (vaginalne penetracije) te nemogućnost odgode ejakulacije (praćenje IELT, Intravaginal ejaculation latency time, važno je za postavljanje dijagnoze), što dovodi do razvoja negativnih emocija, kao što su frustriranost, zabrinutost ili čak izbjegavanja seksualne intimnosti s partnericom. Učestalost poremećaja u općoj muškoj populaciji je između 4 i 39% (19), što ga čini uz ED, najčešćom muškom seksualnom

disfunkcijom (16). Uz trajne (primarne) i stečene (sekundarne), spominju se još i varijabilna PE, što u stvari nije poremećaj, već prirodna varijacija vremena ejakulacije u muškaraca te subjektivna PE, što su slučajevi koje prijavljuju muškarci kao PE, a zapravo imaju normalno ili čak blago produženo vrijeme ejakulacije. Kao najčešći uzrok, prijavljuje se anksioznost, što se objašnjava aktivacijom simpatičkih živčanih vlakana i snižavanjem granice podražljivosti za ejakulaciju. Osim toga, nedavna istraživanja pokazuju kako u nekih muškaraca postoje neurobiološke i genetičke različitosti koje bi mogle pridonijeti razvoju primarne PE (19).

5.4. Poremećaji vezani za seksualnu bol

5.4.1. Vaginizam (F52.5)

Radi se o perzistentnom ili povremenom nevoljnom spazmu mišića koji okružuju ulaz u rodnicu i donju trećinu rodnice što otežava penetraciju za vrijeme seksualnog odnosa i uzrok je značajnog personalnog distresa za par. Spomenuti spazam može dovesti i do drugih teškoća, kao što je nemogućnost umetanja tampona ili spekuluma prilikom ginekološkog pregleda. Međutim, te žene mogu doživjeti sve faze seksualnog ciklusa, uključujući uzbuđenje i orgazam. Može se javiti u žena svih dobnih skupina, a nešto češće pogađa visoko obrazovane žene i one višeg socioekonomskog statusa(20), s učestalošću od otprilike 6% (1). Većina slučajeva vaginizma prezentira se kao nekonzumirani brak. Kao i svaki oblik seksualne disfunkcije, uzrok može biti organski ili psihološki. Od organskih uzroka navode se abnormalnosti himena, genitalni herpes, opstetrička trauma ili atrofični vaginitis, no oni se vrlo rijetko nađu. Najčešće se radi o strahu od penetracije koji se manifestira tjelesnim simptomima, zbog čega se kod pacijentica nalaze znakovi psihosomatskog poremećaja, fobija i konverzivnog poremećaja. Strah dodatno pospješuje vjerovanje da se penetracija teško može postići i da će rezultirati bolovima i neugodnošću. U podlozi su često psihosocijalni čimbenici: strogi vjerski odgoj koji predstavlja seks kao nešto prljavo i čega se treba sramiti, strah od trudnoće, odbojnost prema genitalijama ili homoseksualna orijentacija (20).

5.4.2. Dispareunija (F52.6)

Definira se kao perzistentna ili povremena bol u genitalnom području prije, za vrijeme ili poslije seksualne aktivnosti. Može se podijeliti na superficijalnu, koja se javi nakon pokušaja penetracije, najčešće kao posljedica nekog anatomskog ili upalnog problema, vaginalnu, koja je posljedica trenja i duboku, vezanu uz utiskivanje, uz prisutnost neke zdjelične bolesti. Učestalost poremećaja je dosta visoka, između 4 i 55%, za što se vjeruje da nije rezultat stvarne situacije, već teškoća u dijagnosticiranju dispareunije, jer je u žena ponekad teško raščlaniti dispareuniju od vaginizma, ali ako je u podlozi manjak lubrikacije ili vaginizam, dispareunija se ne dijagnosticira (20). Za razliku od vaginizma, i muškarci mogu iskusiti dispareuniju, makar je ona češća u žena. Kod njih se bol najčešće javlja tijekom odnosa u spolovilu ili u području prostate (1). Uzroci mogu biti organski (najčešće posljedica patoloških stanja ili operativnih zahvata organa spolnog sustava) (1), a oni psihološki su posljedica nesvjesnog intrapsihičkog konflikta, prethodne traume, strogog odgoja ili lošeg odnosa s partnerom/partnericom (20).

6. LIJEČENJE SEKSUALNIH DISFUNKCIJA

6.1. Liječenje seksualnih disfunkcija u žena

6.1.1. Liječenje poremećaja seksualne želje

U liječenju poremećaja seksualne želje u žena kao priznata metoda koristi se psihoterapija koja se usredotočuje na modifikaciju misli, vjerovanja, ponašanja te komunikacije i ponašanja u vezi koji utječu na seksualnu želju. Najčešće se radi na promjeni negativnih misli i stavova u vezi seksa, očekivanja, kulturoloških i vjerskih standarda koje posljedično dovode do smanjene seksualne aktivnosti ili izbjegavanja istih, dodatno potencirajući smanjenje želje. Kod osoba u vezi, važna su nam očekivanja para, autonomija, kohezija, privrženost, način na koji rješavaju konflikt, pritisak od strane drugog partnera, emocionalna intimnost, i konačno, je li ta veza razlog pojave smanjenja seksualne želje ili je smanjena seksualna želja dovela do problema u vezi. Žena koja ima manju seksualnu želju od svog partnera može osjećati pritisak u vezi seksa i obavljati ga kao dužnost ili steći averziju prema njemu. Da se navedeno izbjegne, terapija se fokusira na dinamično međusobno utjecanje žene i partnera u njihovoj seksualnoj vezi, odnosno njihovo kognitivno funkcioniranje, seksualnu komunikaciju, ponašanje i umijeće, i razinu zadovoljstva.

Tu je i terapija senzualnog fokusa, koja se najčešće koristi kod parova, a cilj je smanjiti anksioznost i izbjegavanje dodirivanja i seksualne aktivnosti, poboljšati seksualnu komunikaciju između partnera i povećati intimnost ponovno prolazeći korak po korak kroz seksualnu aktivnost. Terapija započinje dodirivanjem po negenitalnim regijama i uspješno prolazeći različite stadije vježbi, prelazi se na dodirivanje genitalne regije i konačno, seksualnog odnosa s penetracijom ili neke druge seksualne aktivnosti (11).

Nakon dvostrukog odbijanja od strane Američke agenciju za hranu i lijekove (FDA, Food and Drug Administration), 2015. napokon je prihvaćen lijek filbanserin za liječenje poremećaja smanjene seksualne želje u premenopauzalnih žena, koji djeluje agonistički na 5HT1A i antagonistički na 5HT2A serotoninergičke receptore. Otkriven je nakon što nije prošao drugi stadij kliničkih ispitivanja kao antidepresiv. Može se prepisati na recept ženama

starijima od 18 godina koje imaju redoviti menstrualni ciklus od 21 do 35 dana unazad godinu dana i normalne razine FSH (folikul-stimulirajući hormon). Ako je u podlozi neka organska ili psihijatrijska bolest, ili je smanjenje želje posljedica nekih drugih lijekova, ne bi se trebao propisivati. Najčešće nuspojave opisane uz uzimanje ovog lijeka su vrtoglavica, umor, povraćanje, nesanica i suhoća usne šupljine (21). Ovaj lijek u Hrvatskoj nije registriran.

Od ostalih lijekova koji se mogu prepisati jesu preparati testosterona, koji u istraživanjima pokazuje pozitivan učinak na seksualnu želju u žena, za razliku od muškaraca. Ono što ga čini nepoželjnim oblikom terapije je posljedična maskulinizacija žena, odnosno, razvoj akni, pojačana dlakavost, povećanje klitorisa, dobitak na težini, hiperkolesterolemija i povećani kardiovaskularni rizik (10). Za pojavu učinka ponekad je potrebno i nekoliko tjedana, a niti jedan oblike terapije testosteronom ne bi trebalo nastaviti dulje od šest mjeseci ako nema nikakvog učinka. Spominju se još i bupropion i buspiron kao *off-label* lijekovi za liječenje smanjene seksualne želje (11).

6.1.2. Liječenje poremećaja seksualnog uzbuđenja i doživljaja orgazma

Jedan od najučinkovitijih pristupa liječenju primarnog poremećaja doživljavanja orgazma u žena je program vođene masturbacije kojeg su osmislili 1972. godine LoPiccolo i Lobitz. Osim što se masturbacija pokazala kao metoda koja će najuspješnije dovesti do orgazma još u istraživanjima koje su proveli Johnsonova i Masters, ponajviše zbog naučenih tehnika koje dovode do uzbuđenja, pokazalo se da intenzivni orgazmi dovode do pojačane vaskularizacije vagine, usana i klitorisa. Povećan broj doživljenih orgazama ne samo da vodi do psihološke anticipacije seksualne ugodnosti, već je i Kegel uočio da žene, izvodeći vježbe koje jačaju pubokokcigealne mišiće i povećavajući time vaskularizaciju dna zdjelice, češće doživljavaju orgazam. Stoga, i s fiziološkog i psihološkog stajališta, odabir masturbacije kao načina liječenja anorgazmije u žena čini se logičnim. Program kojeg su razvili LoPiccolo i Lobitz bazira se na modelu učenja seksualnih vještina i dio je vremenski ograničenog bihevioralnog programa u koji su uključeni i partner i partnerica. Program uključujue devet koraka, od edukacije, istraživanja samog sebe i svojeg tijela, što mu odgovara i kako ono funkcionira pa do vođene masturbacije, poticanja razvijanja seksualnih fantazija i maštanja, fokusirajući se

prvenstveno na sebe, a kasnije i na partnera, eventualno kasnije podijelivši naučene tehnike s njim.
Budući da dosta žena i muškaraca koji se uključe u ovaj oblik terapije imaju manjak znanja o anatomiji i fiziologiji ženskog tijela i ciklusa seksualnog odgovora, primjenjuje se dosta knjiga samopomoći kao dodatak terapiji (22).

Što se tiče ostalih programa, oni uključuju kombinacije treninga seksualnih tehnika, sustavne desenzitizacije, treninga komunikacijskih tehnika te reedukacijskih procedura. Oni se mogu provoditi kao individualna terapija, terapija za par ili grupna terapija. Nedovoljno se istražilo ima li utjecaja na terapiju uključivanje partnera u istu, zadavanje kakvih domaćih zadataka i sl. Isto tako, postoje dvojbe i oko upuštanja u seksualni odnos za vrijeme terapije; dok neki terapeuti dopuštaju, čak potiču seksualni odnos za vrijeme trajanja tretmana kao mogućnost praćenja napretka u odnosu žene i muškarca, ali i kao motivacija za daljnje napredovanje, drugi napominju da bi eventualni izostanak uspjeha mogao biti izvorom anksioznosti za ženu i interferirati s uspjehom terapije. Kao najčešća metoda praćenja uspješnosti terapije upravo je prijava postizanja orgazma od strane žene, iako neka istraživanja provedena na tu temu nisu imala nikakve kriterije za praćenje uspješnosti. Ono što je svakako važno i na što je pažnju skrenula Jayne je partner kao varijabla u praćenju uspješnosti terapije, odnosno, više se žena odlučilo i preferiralo je seksualni odnos u usporedbi s masturbacijom, zbog većeg osjećaja intimnosti i povezanosti, iako je sama masturbacija bila efikasnija što se postizanja orgazma tiče. Jedan važan čimbenik koji utječe na uspjeh primijenjene terapije u liječenju sekundarnih poremećaja doživljavanja orgazma je brak, odnosno bračno zadovoljstvo. Uočilo se kako bi tim ženama bolje odgovara kombinacija klasične bračne terapije i seksualne terapije, pogotovo u onim brakovima gdje bračno neslaganje pridonosi poremećaju, u odnosu na žene s primarnim poremećajima, koje najbolje odgovaraju na terapiju usmjerenu isključivo na seksualne teškoće. Još jedno objašnjenje za razlike u odgovoru na terapiju je naučenost žene sa sekundarnim poremećajem na jednu, dosta određenu tehniku postizanja orgazma što ih čini ograničenima i od tog ih je teško odučiti, za razliku od žene s primarnim poremećajem, koju je lakše podučiti nekoj tehnici za postizanje orgazma. Metoda sustavne desenzitizacije koristi se u žena s visokom razinom anksioznosti vezanom uz seks, za što se pokazala veoma dobrom. Rezultati pokazuju smanjenje anksioznosti, povećanu učestalost orgazma za vrijeme seksualnog odnosa i van odnosa i višu

razinu seksualne komunikacije (22).

Grupna terapija, koju su prvi popularizirali Wallace i Barbach 1974., pokazala se odličnom opcijom za liječenje i primarnih i sekundarnih poremećaja doživljavanja orgazma. Indicirano je kako ovaj oblik terapije pruža potporu i pomoć ženama bez neke teže psihopatologije, problema u vezi ili drugih psiholoških problema. Pokrenuvši prvu grupnu terapiju za žene s primarnom anorgazmijom, 100% žena doživjelo je orgazam putem masturbacije nakon samo pet tjedana terapije, a 87% žena u odnosu s partnerom. Isto tako, Barbach ističe kako su žene doživjele veći užitak i seksualno zadovoljstvo vezano za seksualni odnos s partnerom u odnosu na ranije, višu razinu seksualne komunikacije s partnerom te generalno osjećaj sreće i opuštenosti (22).
Na uključivanje muških partnera u grupnu terapiju, osvrnuli su se Ersner-Hershfield i Kopel, procjenjujući utjecaj muškaraca u dvije grupe. Pokazalo se kako sama prisutnost muškaraca nije utjecala na bihevioralni dio terapije, žene iz grupa gdje su sudjelovali i njihovi partneri, prijavljivale su veću razinu bračnog i seksualnog zadovoljstva. Ako je muškarac voljan uključiti se u terapiju, treba saznati pati li i on od kakvog oblika seksualne disfunkcije i liječiti ga, poraditi na komunikaciji između njega i partnerice ili eventualnim problemima u vezi, izbjeći razvoj osjećaja prijetnje ili izostavljanja u muškog partnera te neutralizirati potencijalnu rezistenciju koju može razviti prema terapiji (22).

Na pitanje je li orgazam tijekom seksualnog odnosa potreban, ili čak razuman cilj, odgovor je dala Helen Kaplan, koja tvrdi kako uzimajući u obzir anatomiju spolnog sustava, primijenjenog oblika stimulacije i duljine stimulacije prije ejakulacije, čini
orgazam za vrijeme odnosa dosta neizglednim, a to kasnije potvrđuju i drugi terapeuti (22).

Što se tiče poremećaja uzbuđenja u žena, poticanje adekvatne predigre te korištenje elektičnih vibratora može pomoći. Prethodno spomenuto poticanje seksualnog
maštanja i fantazija, korištenje erotskog materijala, Kegelove vježbe, vježbe usredotočenja, samo su neke od korisnih metoda za poticanje reakcije uzbuđenja. Anksioznost je čest uzrok nemogućnosti uzbuđivanja u žena pa metode distrakcije mogu koristiti u opuštanju žene. Postoje i farmakološke opcije, ali problem u njihovom korištenju je što se ne mogu koristiti regularno i ne dovode do konačnog
izlječenja. Lijekovi koji se koriste u liječenju erektilne disfunkcije, PDE5-inhibitori,

povećavaju vlažnost rodnice. Vaginalne kreme s estrogenom, fentolamin, prostaglandin E, L-arginin također mogu biti od pomoći u žena s poremećajem uzbuđenja (20).

6.1.3. Liječenje bolnih poremećaja

Vaginizam, po definiciji, je bolni poremećaj koji se prezentira bez prisutne fizičke lezije koja bi uzrokovala bol. Problem je psihosomatske naravi; strah od penetracije grči vaginalnu muskulaturu, a bol se javlja zbog penetracije vagine penisom na silu. Vrlo često se vaginizam zamijeni za dispareuniju kod koje postoji fizička lezija koja dovodi do pojave boli, no pažljivo uzetom anamnezom i pregledom zdjelice i ta se zabuna može izbjeći. Efektivna metoda za liječenje vaginizma kombinacija je vježbi relaksacije i progresivne dilatacije vagine. Dilataciju može provoditi ginekolog ili pacijentica sama kod kuće, ali kako god, ona mora biti pod kontrolom i pod uvjetima same pacijentice, jer bilo kakvo nasilno dilatiranje dovodi do produbljivanja
vaginizma, potvrđujući njen strah da je penetracija bolno iskustvo. Ovakav program liječenje uspješan je onda kada se uvjeri par da ga isprate u potpunosti, bez požurivanja napretka. Ako je u podlozi nekakva seksualna trauma (silovanje, incest), liječenje će zahtijevati i druge terapijske pristupe. Dodatno, temeljiti pregled para
može otkriti neke probleme u vezi koji potpomažu vaginizam, koji se moraju riješiti prije početka liječenja kako bi ono bilo uspješno i kako bi se par uopće odlučio na liječenje (22). Uz to, preporučuje se terapija senzibiliziranog fokusa za smanjenje anksioznosti te psihoterapija usmjerena na mijenjanje disfunkcionalnih misli koje utječu na normalnu seksualnu funkciju (20).

Liječenje dispareunije, zbog svoje ne tako česte pojave u kliničkoj praksi, pomalo je ostalo zanemareno. Koriste se slične metode kao kod vaginizma; vaginalna dilatacija kao najstarija i najčešće korištena metoda, fizikalna terapija u vidu Kegelovih vježbi, uz vježbe relaksacije, posturalnu edukaciju i slično (20).

6.2. Liječenje seksualnih disfunkcija u muškaraca

6.2.1. Liječenje poremećaja seksualne želje

Tri su glavna etiološka čimbenika koja se moraju uzeti u obzir pri liječenju smanjene seksualne želje u muškarca, a to su hormonalni poremećaji, obiteljski odnosi i dinamika veze (22).

Što se tiče hormonalnih poremećaja, niska razina testosterona, visoke razine estrogena i prolaktina te niska razina LH, mogu biti povezane sa smanjenom seksualnom željom. Istraživanja su pokazala kako je zapravo veza između razina hormona i seksualne želje dosta slaba. Kod muškaraca koji imaju nizak testosteron, davanje nadomjeska testosterona pomoći će u podizanju libida, ali većina muškaraca sa smanjenom seksualnom željom ima normalne razine hormona. Isto tako, povišena razina prolaktina zbog tumora hipofize ili visoka razina estrogena zbog alkoholne ciroze jetre mogu smanjiti seksualnu želju, ali sve su to dosta rijetka stanja. Teorije o obitelji kao porijeklu dotične seksualne disfunkcije temeljene su na slučajevima i nisu empirijski potvrđene, ali govore o čimbenicima kao što su incestuozno erotiziran odnos s roditeljem suprotnog spola, izloženost disfunkcionalnom odnosu roditelja, nemogućnost uživljanja u ulogu spola istospolnog roditelja kao podlozi nastanka smanjene seksualne želje. Teorije o dinamici veze u kojoj je muškarac fokusiraju se na funkciju koju dobiva ta seksualna disfunkcija; ona postaje pasivno agresivan način postizanja balansa u budućim vezama, npr. održavanja emocionalne distance.

Istraživanja su pokazala kako korištenje složenih kognitivno-bihevioralnih terapija usmjerenih specifično na smanjenu seksualnu želju postiže dobre rezultate, ali ono što odmaže u liječenju je i otežana dijagnoza. Često se koriste neki arbitrarni ponašajni čimbenici, kao što je učestalost seksualnih aktivnosti, no time se zanemaruju brojni drugi, kao što su socioekonomski čimbenici, masturbacija i izvanbračni seks te nedijagnosticirani slučajevi kod kojih seksualnih odnosa ima zbog prijetnji, dok sama želja ne postoji. Trebalo bi moći raspoznati muškarce koji imaju smanjenu želju kao posljedicu neke druge seksualne disfunkcije, jer tada je potrebno liječiti onu podležeću, od onih koji imaju izolirani oblik smanjene seksualne želje (22).

6.2.2. Liječenje poremećaja seksualnog uzbuđenja

Erektilna disfunkcija je u 95% slučajeva psihogenog podrijetla, što su još 1970. ustanovili Johnsonova i Masters. Zbog neuspjeha psiholoških metoda u razgraničavanju erektilnih disfunkcija psihološkog i fiziološkog podrijetla, razvijene su neke fiziološke metode koje se i danas koriste kao što su procjena protoka krvi kroz penis te procjena zdjeličnih refleksa i osjetilne granice podražljivosti. Nekada se puno češće koristio NPT-test (Nocturnal Penile Tumescence), ali zbog potrebe za skupocjenim laboratorijima gdje bi se izvodio, razvijeni su jeftiniji uređaji za praćenje noćne erekcije. Najčešće se sastoje od plastične mjerne trake koja se postavlja oko penisa (tzv. *snap-gauge* aparati). Nalazak poknuća te trakice isključuje fiziološko podrijetlo erektilne disfunkcije. Nalazi tih aparata ne moraju uvijek korelirati s NPT nalazom. U slučaju da muškarac ima jednu kratku erekciju u snu, što je nenormalni NPT obrazac, nalaz puknute trakice bit će lažno pozitivna. Ono što je potrebno zabilježiti je REM faza spavanja, u kojoj se NPT događa jer bez toga, nalaz tih aparata neće se moći očitati (22).

Ponekad uzrok erektilne disfunkcije može biti dvostruk, odnosno, kombinacija psihološkog i organskog uzroka. Muškarac može imati tek blago organsko oštećenje koje dodatno potencira učinak psiholoških, bihevioralnih ili seksualnih faktora na erekciju. Ako se ti psihološki ili bihevioralni faktori uspiju otkloniti psihoterapijom, to može biti dovoljno da muškarac postigne punu erekciju. Alternativa u liječenju takvih kombiniranih disfunkcija je ugradnja penilne proteze, no ona može biti izvorom neželjenih teškoća kao što je umjetno ukrućeni penis, jer ako se ne riješe podležeći psihološki, bračni ili drugi problemi, erektilna disfunkcija će i dalje biti prisutna (22). Postoje dvije vrste proteza; hidraulička, punjena tekućinom, i rastezljiva, polutvrda proteza. Služe kao parna potpora i umeću se u svako kavernozno tijelo. Sama ugradnja traje manje od sat vremena i može se učiniti u općoj ili lokalnoj anesteziji. Najčešće komplikacije su infekcije i mehaničke teškoće, ali s napretkom tehnologije, one se sve manje viđaju (23).

Osim ugradnje proteze, jedno vrijeme bila je popularna i vaskularna kirurgija kao metoda rješavanja problema protoka krvi kroz penis. Iako su prvi rezultati bili veoma pozitivni, kasnije se uvidjelo kako je to metoda koja ostaje za one specifične

slučajeve začepljenja neke veće arterije ili strukturalnog defekta penisa. Zahvati na nekim

manjim krvnim žilama, pogođenim aterosklerotskim promjenama, nemaju većeg učinka (22). Ako je izvor psihološkog poremećaja neki urođeni ili stečeni nedostatak testisa, kao posljedica kriptorhizma ili tumora testira, estetska kirurgija može pomoći (16).

Što se tiče farmakološke terapije, postoji više opcija. Vrlo često se muškarcima s erektilnom disfunkcijom propisuje terapija testosteronom, što može biti opasno. Ona je rezervirana u muškaraca koji imaju endogeni manjak, ali u muškarca s normalnom razinom testosterona, može biti vrlo opasna, uzrokujući oštećenja jetre ili aktivaciju okultnog tumora prostate (22).
Danas se najčešće propisuju inhibitori fosfodiesteraze 5 (PDE5). Prvi oblik te terapije pojavio se na tržištu 1998. godine, generičkog imena sildenafil i zamijenio je bolnu terapiju ubrizgavanja prostaglandina direktno u penis prije seksualne aktivnosti.
Danas na tržištu postoje i drugi, kao što su vardenafil, tadalafil i avanafil, i svi su registrirani u Hrvatskoj (16). Općenito, PDE5 je enzim koji razgrađuje ciklički gvanozin-monofosfat (cGMP, cyclic guanosine-monophosphate), spoj koji sudjeluje u postizanju erekcije, odnosno, on je odgovoran za pospremu kalcija u stanične rezerve, omogućujući na taj način relaksaciju mišića i ispunjenje kavernoznog tijela krvlju, tj. promovira erekciju. Blokadom tog enzima, dolazi do nakupljanja cGMP-a i omogućuje se erekcija (23). Svi ti spojevi djeluju na isti način, ali se razlikuju po vremenu poluživota, t½, odnosno vremenu eliminacije iz organizma te vremenu nastupa djelovanja, a različiti oblici pripravaka mogu također utjecati na navedene karakteristike. Apsolutna kontraindikacija za primjenu PDE5-inhibitora je uzimanje snažnih vazodilatatornih lijekova, kao što su nitrati, dok relativne mogu biti stanje nakon akutnog infakta miokarda, akutno kongestivno zatajenje srca i sl. Neke važne informacija za uzimanje ovih lijekova, na što treba upozoriti muškarca kojem se propisuju, jesu da mora postojati seksualna želja da bi ovi lijekovi djelovali, a erekcija se izaziva tek po seksualnoj stimulaciji; samo uzimanje lijeka neće dovesti do erekcije. Počinje se sa srednjim dozama lijeka i titrira se prema uočenom efektu. Nemaju kurativnu sposobnost, odnosno, ne mogu izliječiti erektilnu disfunkciju pa se uzimaju prema potrebi tj. prije seksualne aktivnosti. Djeluju i po nekoliko sati, stoga ne treba uzimati novu dozu lijeka ukoliko se nova seksualna aktivnost odvija unutar vremena djelovanja prethodno uzetog lijeka (16). Neke od mogućih nuspojava vezanih uz ove lijekove su glavobolja, žgaravica, crvenilo lica, kongestija nazalne sluznice, smetnje vida koje su posljedica križne reaktivnosti s PDE6 enzimom (18).

Postoje i vakuumski uređaji koji se koriste za postizanje erekcije. Sastoje se od plastičnog cilindra u koji se umeće penis, vakuumske pumpe koja je spojena s cilindrom i koja stvara negativan tlak unutar cilindra navlačeći krv u penis, odnosno, omogućuje erekciju. Elastična guma stavlja se na bazu penisa, zadržava krv u penisu i održava erekciju sve dok se ne skine, a ne preporučuje se ostaviti ju dulje od 30 minuta. Najbolje je koristiti one vakuumske uređaje s ograničenjima tlaka da se izbjegnu ozljede penisa zbog primjene prevelikog negativnog tlaka (23).

Kao prva linija liječenja erektilne disfunkcije koriste se psihoterapija i PDE5- inhibitori, kao druga linija vakuumske pumpe i aplikacija prostaglandina u penis, bilo direktno u kavernozno tijelo, bilo putem razvijenih sistema (MUSE, medicated urethral system for erection) i konačno, treću liniju čine penilne proteze (23).

6.2.3. Liječenje poremećaja doživljavanja orgazma

U liječenju preuranjene ejakulacije visoko učinkovitima pokazale su se metode stimuliraj-pa-stani (*stimulate and pause*) koju su razvili Semans 1956. i Johnsonova i Masters 1970, s uspješnošću od 90% do 98%. Istraživanja pokazuju kako su to metode korisne u individualnoj terapiji, grupnoj terapiji, programima samopomoći, u obliku individualne masturbacije s generalizacijom na seks s partnerom (20).

Kaplan je objasnila kako muškarci s preuranjenom ejakulacijom ne mogu točno percipirati razinu svog seksualnog uzbuđenja i stoga ne posežu za mehanizmima samokontrole kako bi odgodili ejakulaciju. Neka istraživanja pokazuju kako se osjetilne granice podražljivosti u penisu snižavaju sa smanjenom učestalosti seksualne aktivnosti i da se upravo preuranjna ejakulacija javlja kod takvih, manje aktivnih muškaraca, no isto tako sama preuranjena ejakulacija može izazvati smanjenu učestalost seksualniohg odnosa jer ih može činiti neugodnima, što je češći slučaj (22).

Metoda stimuliraj-pa-stani uključuje stimulaciju penisa do visoke razine uzbuđenosti, ali ne dosežući prag podražaja za ejakulaciju. Ta se metoda ponavlja sve dok ejakulacija nije poželjna. Postoji još jedna metoda, metoda stiskanja. Prvo se stimulira penis, potom se postavi palac na frenulum penisa, a druga dva prsta ispod ruba krune penisa sa suprotne strane. Stisne se penis na par sekundi, odnosno dok ne nestane nagon za ejakulacijom, i onda

naglo otpusti (7). To otpuštanje odgađa ejakulaciju, a onda postupak ponovi. Na taj način muškarac se uči pratiti razinu svoje uzbuđenosti i podiže osjetilni prag podražljivosti penisa. Ono što literatura ne specificira je treba li nastaviti s tom procedurom pošto je počeo imati zadovoljavajuće seksualne odnose (22).

LoPiccolo predlaže izvođenje Valsavinog manevra za vrijeme izvođenja metode stimuliraj-pa-stani. Sam Valsavin manevar smanjuje aktivnost simpatičkog živčanog sustava, a budući da je njegova aktivnost odgovorna i za ejakulaciju, manevar bi trebao odgoditi i ejakulaciju. Empirijski ta metoda nije potvrđena (22).

Osim tehnika kontrole i odgode ejakulacije, psihoterapija u slučaju PE ima za cilj i podići samopouzdanje muškarca u vezi izvođenja seksualne aktivnosti i smanjiti anksioznost, modificirati ustaljene repertoare seksualnih aktivnosti, prebroditi barijere do intimnosti, razriješiti interpersonalne teškoće koje potiču i održavaju disfunkciju, prihvatiti osjećaje i misli koji interferiraju sa seksualnom funkcijom te povećati seksualnu komunikaciju (24).

Za dva najčešća oblika PE, primarnu i sekundarnu, često se koristi kombinirana terapija koja se sastoji od psihoterapije i farmakološke terapije (24). Od lijekova koji se mogu za ovu disfunkciju propisati, postoje topički anestetički preparati, najčešće lidokaina ili lidokaina i prilokaina, koji se apliciraju na glans penisa prije početka seksualnog odnosa i trebali bi se koristiti u kombinaciji s kondomom da se izbjegne anestezija partneričinih genitalija. Antidepresivi koji povisuju razinu serotonina, kao što su triciklički antidepresivi (TCA, tricyclic antidepressants) ili selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI, selective serotonin reuptake inhibitors), budući da serotonin odgađa ejakulaciju, također se mogu propisati. TCA, točnije klomipramin, koristi se rijetko zbog čestih nuspojava kao što su mučnina, suhoća ustiju, erektilna disfunkcija, naleti vrućine i kardiotoksičnost. Za razliku od njih, SSRI imaju manje izražene nuspojave i brojna istraživanja potvrđuju njihovu učinkovitost u liječenju PE. Koriste se u dozama manjima nego za depresiju i učinak postižu kroz jedan do dva tjedna. Od SSRI, najčešće se propisuje dapoksetin, zbog brze apsorpcije u svega par sati i brzog nastupa djelovanja, efikasno produljuje IELT vrijeme za 2,5-3 minute. Iako su pokazali veliku učinkovitost, ni jedna ni druga skupina lijekova nije odobren za liječenje u svrhu PE, već se koriste kao *off-label* lijekovi, izuzev dapoksetina u Australiji, gdje je odobren 2010. godine (24).

Od ostalih, PDE5-inhibitori mogli bi pomoći pacijentima s PE koji imaju i ED, jer iako ne

utječu na IELT, pomažu im postići bolju kontrolu nad ejakulacijom. Tramadol je još jedan od lijekova za koji su istraživanja pokazala dobar učinak na odgodu ejakulacije, makar sam mehanizam djelovanja nije razjašnjen (24).

Što se tiče inhibirane ejakulacije, osnovne metode za liječenje jesu smanjenje anksioznosti vezane uz izvođenje uz povećanu fizičku stimulaciju. Neki elementi koji se koriste u liječenju anorgazmičnih žena kao što su električni vibratori, ponašajni okidači orgazma i slično, također se koriste (22).

7. ZAKLJUČAK

Ljudska seksualnost bila je predmet interesa već kod starijih civilizacija, u vidu religijskih ili pak reproduktivnih aspekata, no o njoj se konkretno vrlo malo znalo, a još manje javno govorilo. Tek posljednjih pedesetak godina svjedočimo razvoju seksualne medicine, većem interesu za ljudsku seksualnost i seksualne navike što čini tu granu medicine vrlo mladom, s mnogo prostora za razvoj i otkrivanje novih saznanja, kako o samim bolestima, tako i o metodama njihovog liječenja. Seksualne disfunkcije su teškoće koje može iskusiti pojedinac ili par u bilo kojoj fazi seksualne aktivnosti, a u podlozi mogu biti ili organske ili psihološke smetnje, što dovodi do zaključka da se radi o bolestima koje se mogu javiti u bilo kojem razdoblju ljudskog života, a ne samo u starijoj životnoj dobi kad bismo mogli očekivati slabljenje libida i smanjenu učestalost seksualne aktivnosti. Isto tako, dosad provedena istraživanja pokazuju kako je riječ o vrlo čestim poremećajima koje doživljavaju muškarci i žene podjednako što dodatno budi interes za daljnjim istraživanjima. Ono što čini problem i na što treba utjecati je svojevrsna stigma koju ovi poremećaji nose među pacijentima, ali i liječnicima, posebice u našim krajevima, gdje razgovor o seksualnim navikama i eventualnim teškoćama čini određenu nelagodu, a što dovodi do otežanog postavljanja dijagnoze, a samim time i liječenja koje je u većini slučajeva veoma uspješno.

8. ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru prof. dr. sc. Draženu Begiću na stručnoj pomoći, ustupljenim materijalima te vremenu posvećenom izradi ovog diplomskog rada.

Zahvalila bih svojoj obitelji što su uvijek vjerovali u mene i bili bezuvjetna podrška tijekom cijelog života i studija.
Hvala i mojim prijateljima na razumijevanju i potpori kroz mnoge ispite.

U Zagrebu, 2018.

Iva Menjak

9. POPIS LITERATURE:

1. Begić D. Psihopatologija. Treće, nepromijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
2. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Ljudska seksualnost. Peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
3. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti. 10. revizija. 2012.
4. Begic D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorder. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Ferri F. Ferri's clinical advisor. U: Anthony A. (ur.) Sexual dysfunction in women. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. Str.1168-1170.
7. Stern, TA, Fava, M, Wilens, TE, Rosenbaum, JF. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. Drugo izdanje. U: Shafer L- (ur). Sexual disorders and sexual dysfunction. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016. Str.402-411.
8. Simons J, Michall CP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. Arch Sex Behav 2001;30(2):177-219.
9. Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction, part I: classification, etiology and pathogenesis. J Am Board Fam Pract 1992;5:51-61.
10. Montgomery KA. Sexual desire disorders. Psychiatry (Edgmont) 2008;5(6):50-55
11. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ i sur. Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. Mayo Clin Proc 2017;92(1):114-128.
12. Walters MD, Karram MM. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. Četvrto izdanje. U: Rezzae RL, Kingsberg SA. (ur.) Female sexual function and dysfunction: Assessment and treatment. Philadelphia, PA: Saunders; 2015. Str.81-95.
13. Faubion SS, Parish SJ. Sexual dysfunction in women: can we talk about it. Cleve Clin J Med 2017;84(5):367-376.
14. Basson, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ 2005;172(10):1327-1333.

15. Bhatt SP, Wadhwani S, O'Hanlon KM, Pearson RL, Baustian GH, Kabongo ML i sur. Erectile Dysfunction. Elsevier BV. [ažurirano 10.02.2012.; pristupljeno 20.04.2018.] Dostupno na: https://www.clinicalkey.com/#!/content/medical_topic/21-s2.0-1014835
16. Mrduljaš-Đuić N i sur. Osnove seksualne medicine. Split: Redak, 2017.
17. Wein, AJ, Kavoussi, LR, Partin, AW, Peters, CA. Campbell-Walsh Urology. Jedanaesto izdanje. U: Burnett AL. (ur.) Evaluation and management of Erectile Dysfunction. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016. Str.643-668.
18. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, Corona G, Isidori AM, Goldfarb S i sur. Erectile Dysfunction. Nat Rev Dis Primers 2016;2:160003.
19. Wein, AJ, Kavoussi, LR, Partin, AW, Peters, CA. Campbell-Walsh Urology. Jedanaesto izdanje. U: McMahon CG. (ur.) Disorders of Male Orgasm and Ejaculation. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016. Str.692-708.
20. Sathyanarana Rao TS, Kumar M. Nagaraj. Female sexuality. Indian J Psychiatry 2015;57(Suppl2):S296-S302.
21. Hong Sang J, Kim TH, Kim SA. Filbanserin for treating hypoactive sexual desire disorder. J Menopausal Med 2016;22(1):9-13.
22. LoPiccolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction. J Consult Clin Psychol 1986;54(2):158-167.
23. Melmed S, Polonsky KS, Larsen, PR, Kronenberg, HM. Williams textbook of endocrinology. Trinaesto izdanje. U: Bhasin S, Basson R. (ur.) Sexual dysfunction in men and women. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016. Str.785-830.
24. Chung E, Gilbert B, Perera M, Roberts MJ. Premature ejaculation: a clinical review for the general practician. AFP. 2015;44(10):737-743.

10. ŽIVOTOPIS

Rođena sam u Zagrebu 04. ožujka 1994. godine.

Pohađala sam Osnovnu školu Vukovina te Gimnaziju Velika Gorica koje sam završila s odličnim uspjehom. 2012. godine upisujem Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu te redovito polažem godinu za godinom.

Aktivno se služim engleskim i talijanskim jezikom.
U slobodno vrijeme rekreativno vozim bicikl i treniram u teretani.

Članica sam Dobrovoljnog vatrogasnog društva Staro Čiče.
Posjedujem vozačku dozvolu B kategorije.