

Stanja vezana uz seksualno zdravlje u jedanaestoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti

Samardžić Ilić, Ivan

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:039990>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-19**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Ivan Samardžić Ilić

**Stanja vezana uz seksualno zdravlje u
jedanaestoj reviziji Međunarodne klasifikacije
bolesti**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2023.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu pod vodstvom izv. prof. dr. sc. Zorane Kušević i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2022/2023.

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, 5. Izdanje

FECSM – Fellow of European Committee of Sexual Medicine

MKB-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti

MKB-11 – 11. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

SADRŽAJ

SAŽETAK	I
SUMMARY	II
1. UVOD	1
2. KLASIFIKACIJA	3
3. STANJA VEZANA ZA SEKSUALNO ZDRAVLJE	9
3.1. SEKSUALNE DISFUNKCIJE	9
3.2. POREMEĆAJI SA SEKSUALNOM BOLI	15
3.3. ETIOLOŠKA RAZMATRANJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA I POREMEĆAJA SEKSUALNE BOLI	18
3.4. RODNA NEUSKLAĐENOST	19
4. OSTALA STANJA VEZANA ZA SEKSUALNO ZDRAVLJE	24
4.1. POREMEĆAJ S KOMPULZIVNIM SEKSUALNIM PONAŠANJEM	24
4.2. PARAFILIČNI POREMEĆAJI	26
5. RASPRAVA	29
6. ZAKLJUČAK	35
7. ZAHVALE:	36
8. LITERATURA:	37
9. ŽIVOTOPIS	44

Sažetak

Stanja vezana uz seksualno zdravlje u jedanaestoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti

Ivan Samardžić Ilić

Novo 11. izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih stanja predstavljeno 2019. godine u elektroničkom obliku donosi brojne promjene u dijagnozama vezanima za seksualno zdravlje. Seksualno zdravlje ključni je element sveukupnog zdravlja i blagostanja pojedinca, no često je stigmatizirano od strane društva. Ovaj rad istražuje promjene u novoj klasifikaciji i uspoređuje ih s ranijim izdanjem (MKB-10) kao i s Dijagnostičkim i statističkim priručnikom za mentalne poremećaje (DSM-5). Nova klasifikacija prepoznaje stanja vezana uz seksualno zdravlje kao zaseban dio medicine i odvaja ih od duševnih poremećaja. U novom poglavlju pronalazimo seksualne disfunkcije, poremećaje sa seksualnom boli i rodne neusklađenosti. Nova klasifikacija donosi i novu opisnu kategoriju etioloških razmatranja seksualnih disfunkcija i poremećaje seksualne boli kao i vremenske i situacijske odrednice. Poremećaj s kompulzivnim seksualnim ponašanjem i parafilicni poremećaji ostaju u poglavlju duševnih bolesti, dok se seksualna orijentacija više ne smatra poremećajem. Mogućnost povezivanja dijagnoza u novoj klasifikaciji donosi poboljšanje dijagnosticiranja bolesti i olakšat će medicinskim djelatnicima pružanje kvalitetnije medicinske skrbi. Otvara se i put za razvoj nove grane specijalizacije u hrvatskoj medicini. Nova klasifikacija pruža temelj za bolje razumijevanje i liječenje stanja vezanih za seksualno zdravlje. Samim time otvara put za holistički pristup pacijentu uzimajući u obzir multidisciplinarnost stanja vezanih za seksualno zdravlje.

Ključne riječi: Međunarodna klasifikacija bolesti, Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, seksualno zdravlje, seksualni poremećaji, rodna disforija

Summary

Conditions Related to Sexual Health in International Classification of Diseases Eleventh Revision

Ivan Samardžić Ilić

The new 11th Edition of the International Classification of Diseases and Related Health problems were electronically known to the audience by Internet in the year 2019. It introduces numerous changes in the diagnoses related to sexual health. The sexual health is a key element of overall health and wellbeing that is often stigmatized by society. This paper explores the changes in the new classification and compares them to the previous edition (ICD-10) as well as to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). The new classification recognizes sexual health conditions as a distinct part of medicine and separates them from mental disorders. In the new chapter, we find sexual dysfunctions, sexual pain disorders and gender incongruence. The new classification introduces a new descriptive category named etiological considerations in sexual dysfunction and sexual pain disorders, as well as temporal and situational qualifiers. Compulsive sexual behavior and paraphilic disorders remain in the chapter of mental disorders, while sexual orientation can no longer be considered a disorder. The possibility of linking diagnoses in the new classification brings an improvement in diagnosing and it will provide better medical care. It also paves a path for the development of a new specialization in Croatian medicine. The new classification provides the foundation for better understanding and treatment of conditions related to sexual health and creates a holistic approach to patients, giving the matter careful consideration for multidisciplinary nature of sexual health conditions.

Key Words: International Classification of Diseases, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, sexual health, sexual disorders, gender dysphoria

1. Uvod

Seksualno zdravlje je bitna odrednica sveukupnog zdravlja i blagostanja pojedinca i dotiče esencijalne dijelove ljudskog života. Unatoč tome, kao tema često podliježe stigmatizaciji i izbjegava se u svakodnevnom razgovoru (1). Klasifikacija i definicija stanja vezanih za seksualno zdravlje može biti jako složena jer je pod utjecajem kulturalnih i socijalnih normi koje se razlikuju u pojedinim dijelovima svijeta i podložne su promjenama, a za uzvrat i sama klasifikacija može utjecati na društvene norme i razmišljanja svakog pojedinca (2–5). U novom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti predstavljene 2019. godine dolazi do brojnih promjena u klasifikaciji stanja vezanih za seksualno zdravlje. Prema novoj klasifikaciji ta stanja su izdvojena u posebnom poglavlju, u usporedbi s prošlim izdanjem, gdje su većinom pripadala psihijatrijskim dijagnozama (6–8).

Novom klasifikacijom MKB-11 vidi se značajna promjena razmišljanja o stanjima vezanima za seksualno zdravlje te takva stanja više nisu definirana kao poremećaji i stanja koja pripadaju domeni psihijatrije, već su zasebni dio i zahtijevaju multidisciplinarni pristup (6,9,10).

Cilj ovoga rada je objasniti stanja vezana za seksualno zdravlje u MKB-11 i usporediti ga s ranijom klasifikacijom MKB-10 i s Dijagnostičkim i statističkim priručnikom za duševne poremećaje (DSM-5). Pregledom aktualne literature i analizom dijagnostičkih kriterija korištenih u pojedinim klasifikacijama, ovaj rad će sadržavati sveobuhvatni prikaz utjecaja

promjena na dijagnozu i liječenje stanja vezanih za seksualno zdravlje u nadi boljeg razumijevanja kompleksnosti i interdisciplinarnosti koju ova stanja donose.

2. Klasifikacija

Sustavi klasifikacije bolesti su ključni u organizaciji liječenja, istraživanja i funkcioniranja zdravstvenog sustava. U području seksualnog zdravlja najpoznatije i najrasprostranjenije klasifikacije koje se koriste su Međunarodna klasifikacija bolesti 10. revizija (MKB-10), Međunarodna klasifikacija bolesti 11. revizija MKB (MKB-11) i Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje 5. izdanje (DSM-5). Međunarodna klasifikacija bolesti 11. revizija je već trebala biti prevedena i u upotrebi u Hrvatskoj, ali se još koristi njezina 10. revizija. MKB-11 uključuje dijagnoze za sva medicinska stanja što ga razlikuje od DSM-a koji obuhvaća samo duševne bolesti. Liječnici i zdravstveni djelatnici diljem svijeta koriste MKB klasifikaciju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i time je međunarodno priznata. Ova klasifikacija postavlja jedinstvene dijagnostičke standarde za brojna medicinska stanja i poremećaje, olakšavajući identifikaciju, dokumentaciju i praćenje medicinskih stanja.

Svjetska zdravstvena organizacija objavljuje globalno korištena izdanja MKB-a, a posljednje izdanje, tj. jedanaesta revizija predstavljena je u 2019. godini. Njegova ranija, deseta verzija objavljena je 1992. godine i nadalje je u širokoj primjeni. S druge strane imamo DSM koji objavljuje Američka psihijatrijska asocijacija. Trenutno je u svom petom izdanju objavljenom 2013. godine i njime se koriste stručnjaci koji se bave duševnim zdravljem.

MKB internacionalni je standard za evidenciju, analizu, interpretaciju i usporedbu podataka mortaliteta i morbiditeta. Ministarstva zdravstva koristeći podatke dobivene iz MKB

klasifikacija mogu napraviti učinkovitiji plan javnoga zdravstva, mjeriti utjecaj tih planova te poboljšati liječenje i prevenciju bolesti unutar države. Dostupan je u elektroničkom obliku i sadržava oko 17000 dijagnostičkih kategorija i uključuje više od 55000 entiteta. Oni obuhvaćaju poremećaje, ozljede, vanjske uzroke, znakove i simptome, supstance, lijekove, anatomiju, medicinske uređaje, histopatologiju i ozbiljnost stanja (11).

Objektive klasifikacije koriste alfanumeričke kodove koji reprezentiraju pojedina zdravstvena stanja s tim da se DSM-5 bavi samo psihijatrijskim bolestima i u stvari nema svoje vlastite kodove, već se koristi kodovima iz MKB-10 i MKB-9.

U MKB-10 kodovi započinju sa slovom poglavlja koji potom prate dva (ili tri) broja dok u MKB-11 svako poglavlje započinje s jednim znakom koji je u nekima broj, a u drugima slovo. Taj znak je potom praćen sa slovom, brojem i četvrtim znakom koji započinje kao broj, ali može se nastaviti kao slovo.

Značajna promjena između MKB-11 i MKB-10 je da se u ranijoj verziji kodiranje sastojalo prvo od slova koja su potom pratila dva (ili tri) broja dok to nije uvijek slučaj u MKB-11.

U MKB-10 je organiziran u poglavlja tjelesnih sustava dok je MKB-11 organiziran po linearnoj podjeli bolesti i poremećaja gdje svaki poremećaj ima poseban kod. Veća fleksibilnost postoji u pisanju dijagnoza u MKB-11. U MKB-11 prvih devet kategorija počinju sa slovom, a ostale s brojem i ukupno sadrži 28 poglavlja (7,8).

U tablici 1. navedena su poglavlja unutar MKB-10.

Tablica 1. Poglavlja MKB-10

Poglavlja MKB-10	
1.	(A00–B99) Zarazne i parazitarne bolesti
2.	(C00–D48) Novotvorine
3.	(D50–D89) Bolesti krvi i krvotvornog sustava, te određene bolesti imunskog sustava
4.	(E00–E90) Endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma
5.	(F00–F99) Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja
6.	(G00–G99) Bolesti živčanog sustava
7.	(H00–H59) Bolesti oka i očnih adneksa
8.	(H60–H95) Bolesti uha i mastoidnog nastavka
9.	(I00–I99) Bolesti cirkulacijskog sustava
10.	(J00–J99) Bolesti dišnoga sustava
11.	(K00–K93) Bolesti probavnoga sustava
12.	(L00–L99) Bolesti kože i potkožnoga tkiva
13.	(M00–M99) Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnoga tkiva
14.	(N00–N99) Bolesti genitourinarnog sustava
15.	(O00–O99) Trudnoća, porođaj i babinje
16.	(P00–P96) Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju
17.	(Q00–Q99) Prirodne malformacije, deformiteti i kromosomske abnormalnosti
18.	(R00–R99) Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi nesvrstani drugamo
19.	(S00–T98) Ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka
20.	(V01–Y98) Vanjski uzroci morbiditeta i mortaliteta
21.	(Z00–Z99) Čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom
22.	(U00–U99) Šifre za posebne namjene
1.	(A00–B99) Zarazne i parazitarne bolesti

2.	(C00–D48) Novotvorine
3.	(D50–D89) Bolesti krvi i krvotvornog sustava, te određene bolesti imunskog sustava
4.	(E00–E90) Endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma
5.	(F00–F99) Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja
6.	(G00–G99) Bolesti živčanog sustava

U tablici 2. navedena su poglavlja unutar MKB-11.

Tablica 2. Poglavlja MKB-11

Poglavlja MKB-11	
1.	1A00–1H0Z Određene infekcijske i parazitske bolesti
2.	2A00–2F9Z Novotvorine
3.	3A00–3C0Z Bolesti krvi i krvotvornih organa
4.	4A00–4B4Z Bolesti imunskog sustava
5.	5A00–5D46 Endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma
6.	6A00–6E8Z Mentalni poremećaji, poremećaji ponašanja i neurorazvojni poremećaji
7.	7A00–7B2Z Poremećaji spavanja i budnosti
8.	8A00–8E7Z Bolesti živčanog sustava
9.	9A00–9E1Z Bolesti vidnog sustava
10.	AA00–AC0Z Bolesti uha i mastoidnog nastavka
11.	BA00–BE2Z Bolesti cirkulacijskog sustava
12.	CA00–CB7Z Bolesti dišnoga sustava
13.	DA00–DE2Z Bolesti probavnoga sustava
14.	EA00–EM0Z Bolesti kože
15.	FA00–FC0Z Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnoga tkiva
16.	GA00–GC8Z Bolesti genitourinarnog sustava
17.	HA00–HA8Z Stanja vezana uz seksualno zdravlje
18.	JA00–JB6Z Trudnoća, porođaj i babinje
19.	KA00–KD5Z Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju
20.	LA00–LD9Z Razvojne anomalije

21.	MA00–MH2Y Simptomi, znakovi i klinički nalazi, nesvrstani drugamo
22.	NA00–NF2Z Ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka
23.	PA00–PL2Z Vanjski uzroci morbiditeta i mortaliteta
24.	QA00–QF4Z Čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom
25.	RA00–RA26 Šifre za posebne namjene
26.	SA00–SJ3Z Dopunsko poglavlje stanja tradicionalne medicine – modul I
27.	VA00–VC50 Dopunski odjeljak za procijenu funkcioniranja
28.	XA0060–XY9U Dodatni kodovi

Najveća razlika postojanje je dimenzionalnosti kodiranja u MKB-11 u kojem osnovno stanje možemo povezivati s drugim stanjima i dodavati stupanj ozbiljnosti (jako, srednje, slabije) nekih stanja što rezultira detaljnijim i korisnijim kodovima preko kojih će liječnici moći usmjeriti liječenje koje najbolje odgovara njihovom pacijentu (12). Dolazi i do mogućnosti kombiniranja više kodova u grupu koja opisuje klinički koncept (13).

Ovo se može usporediti s višeosnom klasifikacijom psihijatrijskih poremećaja i poremećaja u djece i adolescenata. To je sustav klasifikacije za opisivanje i kategorizaciju različitih mentalnih poremećaja. Svrha osovina jest uzimanje u obzir različitih osovina koje pružaju cjelovitu sliku o pojedinom poremećaju. U navedene osi ubrajamo: prvu os: klinički psihijatrijski sindromi; drugu os: specifični poremećaji psihološkog razvoja; treću os: intelektualna razina; četvrtu os: zdravstvena stanja; petu os: popratne abnormalne psihosocijalne okolnosti i šestu os: ukupna procjena psihosocijalne nesposobnosti. Svrha ove klasifikacije jest stvaranje cjelovite slike pojedinog poremećaja(14).

Razlike koje se mogu primijetiti u MKB-11 su bazirane na trenutnim istraživanjima.

Promjene u dijagnozama su stvorene u svrhu što bolje upotrebe u kliničkome radu. Nova klasifikacija imat će utjecaj na dijagnosticiranje i liječenje bolesti diljem svijeta (15).

3. Stanja vezana za seksualno zdravlje

U novoj klasifikaciji ne postoji više podjela između tijela i uma kada govorimo o seksualnim poremećajima i smetnjama. Prije su one bolesti i poremećaji za koje se smatralo da imaju organski uzrok bile u poglavlju genitourinarnih poremećaja, a ostale seksualne smetnje za koje se smatralo da imaju psihogeni uzrok bile su u poglavlju duševnih poremećaja. Sada su seksualne smetnje i poremećaji ujedinjeni u jedinstveno poglavlje koje sadrži seksualne disfunkcije, poremećaje sa seksualnom boli, etiološka razmatranja seksualnih disfunkcija i seksualne boli, i rodnu neusklađenost. Nalaze se pod oznakom HA (7,8,16).

3.1. Seksualne disfunkcije

Seksualne disfunkcije su kvantitativni poremećaji seksualnog nagona. Oni su česti i imaju utjecaj na značajan dio populacije i često su zanemareni u svijetu medicine, a mogu imati ozbiljan utjecaj na kvalitetu života, mentalno zdravlje i partnerske odnose (17).

Seksualne disfunkcije u MKB-11 su „Sindromi koji obuhvaćaju različite načine na koje odrasli ljudi mogu imati teškoća u doživljavanju seksualnih aktivnosti bez prisile koje donose osobno zadovoljstvo. Seksualni odgovor složena je interakcija psiholoških, međuljudskih, društvenih, kulturnih i fizioloških procesa i jedan ili više od ovih čimbenika može utjecati na bilo koju fazu seksualnog odgovora. Da bi se smatrala seksualnom disfunkcijom, disfunkcija mora ispunjavati sljedeće uvjete: 1) javljati se često, iako u nekim prilikama može izostati; 2) biti prisutna najmanje nekoliko mjeseci; i 3) biti povezana s klinički značajnim distresom.

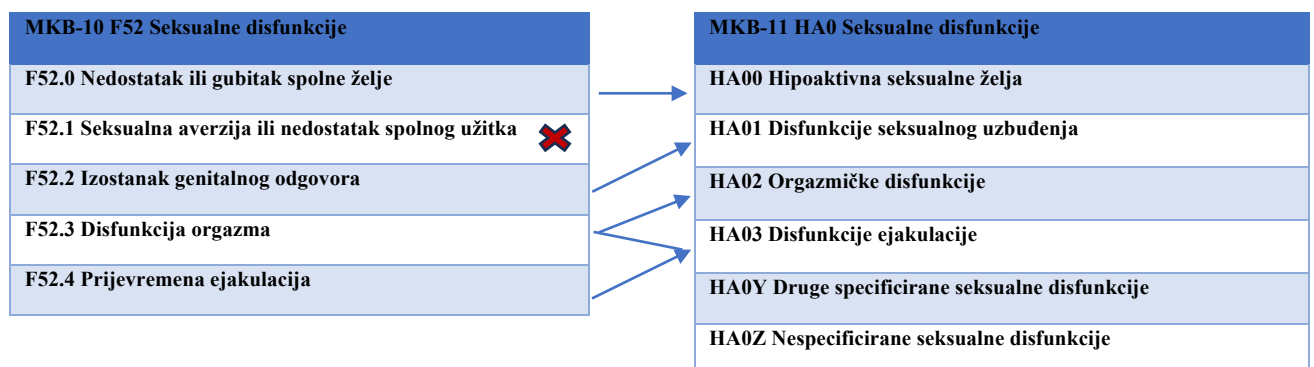
(8).“

Ta je definicija puno kraća u MKB-10 gdje glasi da „Seksualna disfunkcija obuhvaća različita stanja kod kojih osoba nije u stanju sudjelovati u seksualnom odnosu, iako bi to željela. Seksualni je odgovor psihosomatski proces i obično su kao uzrok seksualnih disfunkcija uključeni i psihološki i somatski procesi (7).“

U zadnjem MKB-u, MKB-11, može se primijetiti opširnija definicija i bitne promjene u klasifikaciji koje su posljedica boljeg razumijevanja kompleksne prirode seksualnog funkcioniranja što dovodi do detaljnije klasifikacije ovih problema (6).

U ranijoj klasifikaciji ti poremećaji su bili uključeni pod poglavlje mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja pod zajedničkom šifrom F52 koje je imalo naziv seksualne disfunkcije. Dolazi do premještanja dijela ove grupe u Stanja vezano za seksualno zdravlje (grupa HA) pod grupom seksualne disfunkcije (HA0). Navedene promjene prikazane su u slici 1.

Slika 1. Seksualne disfunkcije



Seksualne disfunkcije u MKB-11 uključuju četiri glavne kategorije. Hipoaktivnu seksualnu želju (HA00) koja se prije nazivala nedostatak ili gubitak spolne želje (F52.0). Disfunkcije seksualnog uzbuđenja (HA01), prije pod nazivom izostanak genitalnog odgovora (F52.2). Orgazmičke disfunkcije (HA02), prije pod nazivom disfunkcija orgazma (F52.3). I na kraju

disfunkcije ejakulacije (HA03), koja sadrži disfunkciju orgazma (F52.3) i prijevremenu ejakulaciju (F52.4).

Prema MKB-10 definicija nedostatak ili gubitak spolne želje jest gubitak seksualne želje. Gubitak seksualne želje jest glavni problem i nije sekundarni u odnosu na druge spolne teškoće kao što je izostanak erekcije ili dispareunija. U MKB-11 definicija hipoaktivne seksualne želje obuhvaća odsutnost ili izraženu smanjenju želju ili motivacije za bavljenjem seksualnom aktivnošću što se očituje sljedećim: 1) smanjenom ili odsutnom spontanom željom (seksualnih misli ili fantazije); 2) smanjenom ili odsutnom željom za odgovorom na erotske znakove i stimulaciju; ili 3) nemogućnost održavanja želje ili interesa za seksualnom aktivnošću nakon što je započeta. Obrazac smanjene ili odsutne spontane želje ili želje za odgovorom ili nemogućnosti održavanja želje ili interesa za seksualnom aktivnošću javljao se povremeno ili stalno tijekom razdoblja od najmanje nekoliko mjeseci i povezan je s klinički značajnim distresom.

Definicija izostanka genitalnog odgovora (F52.2) u MKB-10

Glavni je problem u muškaraca erektilna disfunkcija tj. teškoće u nastajanju i održavanju erekcije prikladne za zadovoljavajući seksualni odnos. U žena je glavni problem suhoća vagine ili izostanak lubrikacije. MKB-11 pod disfunkcije seksualnog uzbuđenja uključuje teškoće s fiziološkog ili subjektivnog aspekta seksualnog uzbuđenja. Disfunkcija seksualnog uzbuđenja uključuje i dvije pod dijagnoze: disfunkciju seksualnog uzbuđenja žena (HA01.0) i erektilnu disfunkciju muškaraca (HA01.1).

Disfunkciju seksualnog uzbuđenja kod žena karakterizira odsutnost ili izrazito smanjenje odgovora na seksualnu stimulaciju što se manifestira sljedećim: 1) odsutnost ili izrazito

smanjenje genitalnog odgovora, uključujući lubrikaciju vulve i vagine, povećanje protoka krvi u genitalnom području te osjetljivost genitalija; 2) odsutnost ili izrazito smanjenje ne genitalnih reakcija kao što su stvrdnjavanje bradavica, crvenilo kože, ubrzanje srčanog ritma, povišenje krvnog tlaka i ubrzanje disanja; 3) odsutnost ili izrazito smanjenje osjećaja seksualne uzbuđenosti (seksualnog uzbuđenja i zadovoljstva) izazvanog bilo kojom vrstom seksualne stimulacije. Odsutnost ili izrazito smanjenje odgovora na seksualnu stimulaciju javlja se unatoč želji za seksualnom aktivnošću i adekvatnoj seksualnoj stimulaciji, a pojavljuje se povremeno ili trajno tijekom razdoblja od najmanje nekoliko mjeseci i povezano je s klinički značajnim distresom. Na prvi pogled hipoaktivna seksualna želja i disfunkcija seksualnog uzbuđenja mogu se činiti kao iste dijagnoze, no prva obilježava nedostatak i smanjenje motivacije za seksualnom aktivnošću, dok druga obilježava teškoće s fiziološkim ili subjektivnim aspektima seksualnog uzbuđenja, iako i dalje postoji želja (6,18).

Eretilna disfunkcija muškarca karakterizira nemogućnost ili izraženo smanjenje sposobnosti muškaraca da postignu ili održe dovoljno dugotrajnu ili čvrstu erekciju penisa koja omogućuje seksualnu aktivnost. Obrazac teškoća s erekcijom javlja se unatoč želji za seksualnom aktivnošću i adekvatnoj seksualnoj stimulaciji, pojavljuje se povremeno ili trajno tijekom razdoblja od najmanje nekoliko mjeseci i povezan je s klinički značajnim distresom (8).

Disfunkcija orgazma (F52.1) u MKB-10 se događa kada se orgazam ne pojavljuje ili znatno kasni (7) . Sada se (MKB-11) prožima kroz dvije kategorije: orgazmičke disfunkcije (HA02) i disfunkcije ejakulacije (HA03).

U okviru dijagnoze orgazmičke disfunkcije (HA02) koje se odnose na teškoće povezane sa subjektivnim doživljajem orgazma (8), pronalazimo i pod dijagnozu anorgazmije (HA02.0) koja se karakterizira „odsutnošću ili izraženo rijetkom pojavom orgazma ili značajno smanjenom intenzitetu osjeta orgazma. Kod žena, to uključuje izraženo kašnjenje postizanja orgazma, što bi kod muškaraca bilo dijagnosticirano kao odgođena ejakulacija muškaraca. Obrazac odsutnosti, kašnjenja ili smanjene učestalosti ili intenziteta orgazma javlja se usprkos adekvatnoj seksualnoj stimulaciji, uključujući želju za seksualnom aktivnošću i orgazmom, pojavljuje se povremeno ili trajno tijekom razdoblja od najmanje nekoliko mjeseci i povezan je s klinički značajnim distresom (8).“

Disfunkcije ejakulacije (HA03) se odnose na poremećaje ejakulacije u muškaraca i uključuju dijagnoze rane ejakulacije (HA03.0) i već spomenute odgođene ejakulacije (HA03.1). Prijevremena ejakulacija (F52.4) u MKB-10 je definirana kao nesposobnost kontroliranja ejakulacije u dovoljnoj mjeri da oba partnera uživaju u spolnom odnosu (7). Dok se u MKB-11 rana ejakulacija muškaraca definirana kao „ejakulacija koja se događa prije ili vrlo brzo nakon početka vaginalne penetracije ili druge relevantne seksualne stimulacije, bez ili s malo percepcije kontrole nad ejakulacijom. Obrazac prerane ejakulacije javlja se povremeno ili trajno tijekom razdoblja od najmanje nekoliko mjeseci i povezan je s klinički značajnim distresom (8).“

Kod muškaraca se najčešće pojavljuje rana ejakulacije i erektilna disfunkcija dok je kod žena najčešća pojava hipoaktivna seksualna želje i disfunkcija seksualnog uzbuđenja (19).

Može se primijetiti proširivanje definicija dijagnoza seksualnih disfunkcija koje kao bitnu odrednicu uključuju klinički značajni distres (19–21).

Za sve seksualne disfunkcije postoje vremenske i situacijske odrednice. Po vremenskoj odrednici poremećaj može se opisati kao stečeni, ako je nastao nakon nekog vremena normalnog seksualnog funkcioniranja, ili cjeloživotni ako je prisutan od početka. Dok po situacijskoj odrednici poremećaj može biti opisan kao situacijski, što znači da se pojavljuje samo u određenim okolnostima, ili generalizirani tj. da je sve prisutan (10,16). Ove odrednice mogu se pronaći i unutar DSM-5.

Kategorija seksualne averzije (F52.1) koju MKB-10 definira kao očekivanje spolnog odnosa koje uzrokuje dovoljan strah ili anksioznost da se spolna aktivnost izbjegava (spolna averzija), ili se javlja normalni spolni odgovor i doživljava orgazam, ali manjka svojstveno zadovoljstvo (izostanak spolnog užitka) (7), izbrisana je. Nova klasifikacija ne sadrži je zbog teškoća u dijagnosticiranju i liječenju te sveukupnom manjku empirijskih dokaza za ostavljanje ovog poremećaja u kategoriji seksualnih disfunkcija (10). Kategorije neorganskog vaginizma (F52.5), neorganske dispareunije (F52.6) i pretjeranog seksualnog nagona (F52.7) su promijenjene i premještene u druge grupe te će o njima biti više govora kasnije.

Kategorija seksualnih disfunkcija u MKB-11 odgovara istoimenoj kategoriji u DSM-5, ali postoje neke razlike između njih. U DSM-5 kategorije hipoaktivna seksualna želja i poremećaj seksualnog uzbuđivanja stavljeni su pod istu kategoriju poremećaj seksualne želje/uzbuđenja. Razlog takvog kategoriziranja u DSM-5 je taj da je kod žena teško razdvojiti seksualnu želju od uzbuđenja (16). Uz to DSM-5 poremećaj sa seksualnom boli stavlja isto u seksualne disfunkcije za razliku od MKB-11 koji ga stavlja u zasebnu kategoriju (HA20). DSM-5 također sadrži vremenske i situacijske odrednice (22). Ova nam je kategorija doista bitna jer je prevalencija pojedinih poremećaja dosta visoka (23). Oko 40 % žena iskusi probleme sa seksualnim uzbuđenjem, a oko 30 % muškaraca s ranom ejakulacijom što je veliki postotak ljudi kojima je potrebna medicinska pomoć. U trećine pacijenata to će

uzrokovati značajan distres. Ovisno koje dijagnostičke parametre rabimo dolazimo do različitih zaključaka o njihovoj prevalenciji. Iz tog razloga ako koristimo DSM-5 koji se bavi samo mentalnim zdravljem doći ćemo do brojki od 1 % prevalencije za jednu godinu, a ako koristimo MKB-11 koji obuhvaća i tjelesno i mentalno zdravlje brojke su mnogo više u rasponu od 3 do 7 % za individualne disfunkcije (19). Prevalencija uvelike ovisi o dobi kao i distres koji osoba proživljava (24,25). Što je osoba starije životne dobi to je manja vjerojatnost njezinog dolaska u ordinaciju zbog seksualnih smetnji (19,26). Ovo može rezultirati u padu prevalencije jer je distres bitan dijagnostički kriterij koji osoba starije dobi sve manje osjeća spram tim poremećajima iako se pojedini simptomi češće pojavljuju u starijoj dobi.

3.2. Poremećaji sa seksualnom boli

Poremećaji sa seksualnom boli odnose se na „značajne i trajne, ili ponavljajuće teškoće povezane s doživljajem boli tijekom seksualne aktivnosti kod odraslih osoba koje se ne mogu u potpunosti pripisati osnovnom medicinskom stanju; nedovoljnoj lubrikaciji kod žena, promjenama povezanim s dobi ili promjenama povezanim s menopauzom kod žena te su povezani s klinički značajnim distresom (8).“

Dijagnoza poremećaj sa seksualnom boli – boli pri penetraciji karakterizirani su s barem jednim od sljedećih kriterija: 1) znatan i trajni ili ponavljajući problemi s penetracijom, uključujući nevoljno zatezanje ili napetost mišića zdjeličnog dna tijekom pokušaja penetracije; 2) znatna i trajna ili ponavljajuća vulvovaginalna ili zdjelična bol tijekom penetracije; 3) znatan i trajan ili ponavljajući strah ili anksioznost zbog vulvovaginalne ili

zdjelčne boli u iščekivanju, tijekom ili kao rezultat penetracije. Simptomi se ponavljaju tijekom seksualnih interakcija koje uključuju ili potencijalno uključuju penetraciju, unatoč adekvatnoj seksualnoj želji i stimulaciji, ne mogu se u potpunosti pripisati medicinskom stanju koje nepovoljno utječe na područje zdjelice i rezultira genitalnom boli i/ili boli pri penetraciji ili duševnom poremećaju. Ne mogu se u potpunosti pripisati ni nedovoljnoj vaginalnoj podmazanosti ili promjenama uzrokovanim postmenopauzom/ promjenama povezanim sa starenjem. Povezani su s klinički značajnim distresom (8).

Bitno je liječenje ovih poremećaja jer mogu rezultirati drugim seksualnim disfunkcijama poput hipoaktivne seksualne želje, orgazmičkih disfunkcija i emocionalnog distresa. U žena u dobi od 18-25 godina, 16 % će ih osjetiti bol pri seksualnim aktivnostima, a njih 8 % će zadovoljiti dijagnostičke kriterije za poremećaj (19). Unatoč velikoj prevalenciji poremećaji sa seksualnom boli često su nedijagnosticirani i neliječeni uzrokujući konstantnu patnju. Bolje razumijevanje ovih stanja je od iznimne važnosti za dijagnosticiranje, liječenje i nadzor nad ovim stanjima. Za očekivati je da će ovakve dijagnoze najčešće postaviti psihijatri na temelju samoprocjene pacijenta ili ginekolozi tijekom fizikalnog pregleda (27). Zbog neugodnosti samog fizikalnog pregleda koji su opisali Master i Johnson (28) za očekivati je da će većinu dijagnoza ipak postavljati psihijatri.

U MKB-11 dolazi do spajanja neorganskog vaginizma (F52.5) i vaginizma (N94.2) u novu dijagnozu pod nazivom poremećaj sa seksualnom boli (HA20). U MKB-10 neorganski vaginizam karakteriziran je kao spazam mišića dna zdjelice koji okružuju vaginu što uzrokuje zatvaranje vaginalnog otvora, a penetracija je onemogućena ili bolna. (7). Dispareunija koja je isto bila podijeljena u kategorije F52 i N94 sada spada pod urogenitalne bolesti pod kodom

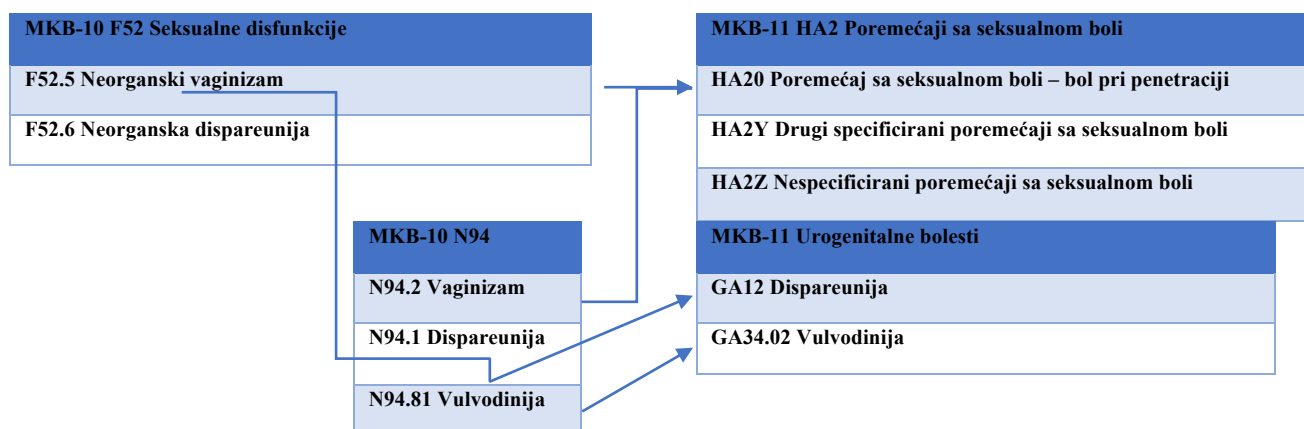
GA12 i za razliku od vaginizma isključivo je uzrokovana fizikalnim čimbenicima koji ne uključuju manjak lubrikacije. Vulvodinija ostaje pod urogenitalnim bolestima (GA34.02).

DSM-5 ne razlikuje dijagnoze vaginizma i dispareunije već su pod zajedničkom kategorijom zdjelično-genitalna bol/penetracijski poremećaj (6,10,16). DSM-5 ima A, B, C i D kriterij za dijagnosticiranje ovog poremećaja. Kriterij A uključuje „trajne ili ponavljajuće teškoće s vaginalnom penetracijom tijekom spolnog odnosa; vulvovaginalnu ili zdjeličnu bol tijekom vaginalnog odnosa ili pokušaja penetracije; značajan strah ili tjeskobu zbog vulvovaginalne ili zdjelične boli u iščekivanju, tijekom ili kao rezultat penetracije; značajno zatezanje ili napetost mišića zdjeličnog dna tijekom pokušaja vaginalne penetracije (29). Kriterij B označava da simptomi traju najmanje 6 mjeseci. Kriterij C označava da simptomi iz kriterija A uzrokuju klinički značajan distres kod pojedinca. Kriterij D označava da poremećaj nije bolje objašnjiv nekim drugim faktorom poput neseksualnim duševnim poremećajem, nasiljem, stresom, korištenjem lijekova i drugih supstanci ili drugim medicinskim stanjem.

Može se primijetiti da se dijagnostički kriteriji za zdjelično-genitalnu bol/penetracijski poremećaj unutar DSM-5 malo razlikuju od onih za poremećaje sa seksualnom boli u MKB-11. U novom izdanju MKB-11 se nisu spojile dijagnoze vaginizma i dispareunije te one ostaju zasebne dijagnoze unutar te klasifikacije (8). Navedene promjene u klasifikaciji prikazane su u slici 2.

Važno je opet napomenuti da i za poremećaje seksualne boli imamo iste vremenske i situacijske odrednice kao i za seksualne disfunkcije.

Slika 2. Poremećaji sa seksualnom boli



3.3. Etiološka razmatranja seksualnih disfunkcija i poremećaja seksualne boli

Unutar nove klasifikacije imamo i opisnu kategoriju HA40. Ona ne služi kao zasebna dijagnoza već kao dodatak na osnovni poremećaj. Sadrži opisne dijagnoze: etiološka razmatranja povezana sa zdravstvenim stanjima, ozljedom, učincima kirurškog zahvata ili zračenja (HA40.0), etiološka razmatranja povezana sa psihološkim ili ponašajnim čimbenicima, uključujući duševne bolesti (HA40.1), etiološka razmatranja povezana s uporabom psihoaktivnih tvari ili lijekova (HA40.2), etiološka razmatranja povezana as nedostatkom znanja ili iskustva (HA.40.3), etiološka razmatranja povezana s čimbenicima u odnosu (HA40.4), etiološka razmatranja povezana s kulturološkim čimbenicima (HA40.5) i ostala specificirana etiološka razmatranja seksualnih disfunkcija i poremećaje seksualne boli (HA40.Y). Sve je to prikazano u slici 3.

Slika 3. Etiološka razmatranja seksualnih disfunkcija i poremećaja seksualne boli

HA40 Etiološka razmatranja seksualnih disfunkcija i poremećaja seksualne boli
HA40.0 Etiološka razmatranja povezana sa zdravstvenim stanjima, ozljedom, učincima kirurškog zahvata ili zračenja
HA40.1 Etiološka razmatranja povezana sa psihološkim ili ponašajnim čimbenicima, uključujući duševne bolesti
HA 40.2 Etiološka razmatranja povezana s uporabom psihoaktivnih tvari ili lijekova
HA40.3 Etiološka razmatranja povezana s nedostatkom znanja ili iskustva
HA40.4 Etiološka razmatranja povezana s čimbenicima odnosa
HA40.5 Etiološka razmatranja povezana s kulturološkim čimbenicima
HA40.Y Ostala specificirana etiološka razmatranja seksualnih disfunkcija i poremećaje seksualne boli

Ova opisna kategorija služi istoj svrsi kao vremenske i situacijske odrednice koje smo prethodno spomenuli. Razmatranje uzroka disfunkcije zasigurno je bitan dio svakodnevnog rada s pacijentima, omogućava bolju komunikaciju medicinske struke i značajan je za znanstveno objavljivanja prevalencije (22). Istraživanja uzroka seksualnih disfunkcija mogu pružiti uvid u kompleksne faktore koji mogu pridonijeti razvoju i postojanosti tih poremećaja. Daljnje razumijevanje uzroka može pomoći u liječenju i odabiru ciljane terapije u svrhu poboljšanja seksualnog zdravlja i blagostanja pacijenta.

3.4. Rodna neusklađenost

Rodna neusklađenost je kompleksno i osjetljivo pitanje zdravstva i društva općenito.

Klasifikacija i povezana stanja su teme rasprave već godinama i pod velikim su utjecajem

politike i religije (2–5). Jedanaesto izdanje MKB donosi bitne izmjene klasifikacije i percepcije ovih stanja.

Pojmovi vezani za rodnu neusklađenost prvi puta pojavljuju se u 19. stoljeću. Tada je stvoren termin rodno/seksualna inverzija koja je bila zajednički nazivnik za homoseksualnost, transvestizam i transrodnost, u kojem su se svi ti pojmovi vidjeli kao različita ispoljavanja iste dimenzije. S modernim dobom i naše znanje se mijenja i poboljšava te ih više ne vidimo kao zajedničke pojmove već odvojene entitete nečije seksualnosti, ponašanja i nečijeg rodnog identiteta (30,31).

Kako bismo razumjeli što znači rodna neusklađenost moramo prvo definirati pojmove spola i roda. Biološki spol odnosi se na tjelesne karakteristike pojedinca koje su određene kromosomima, hormonima i reproduktivnim organima dok se rodni identitet odnosi na vlastiti doživljaj pripadnosti određenom rodu. Kada se spol i rod kod pojedinca ne podudaraju radi se o rodnoj neusklađenosti (16,31–33).

MKB-11 definira rodnu neusklađenost kao „izraženu i trajnu neusklađenost između vlastitog doživljaja pripadnosti određenom rodu i biološkog spola. Samo ponašanje kao drugi rod i preferencija kao sami kriteriji nisu osnova za postavljanje dijagnoze (8).“ Rodna neusklađenost u adolescenciji i odrasloj dobi može rezultirati željom za tranzicijom u svrhu kako bi osoba mogla živjeti i biti prihvaćena kao preferirani rod. U svrhu tranzicije koriste se psihosocijalna tranzicija te hormonalna terapija i kirurške operacije kako bi pojedinac do

najveće moguće mjere nalikovao rodu kojem pripada. Dijagnoza rodne neusklađenosti u adolescenciji i odrasloj dobi ne može se postaviti prije početka puberteta (8).

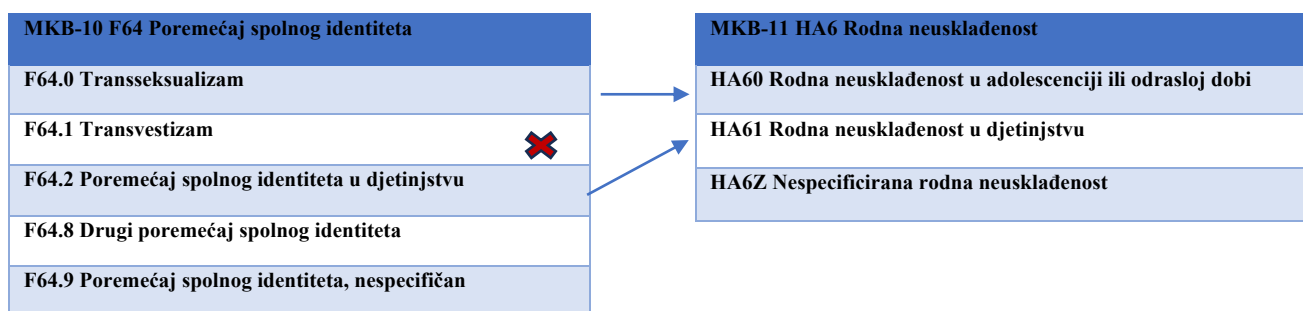
Definicija u MKB-10 vezana za rodnu neusklađenost (F64.0) poprilično je slična: „Želja da netko živi i bude prihvaćen kao osoba suprotna spola, obično povezana s osjećajem nelagode u neprikladnosti vlastitog anatomskog spola i sa željom da na kirurški i hormonalni način tijelo postane željenog spola (7).“ Važno je primijetiti da osjećaj nelagode više nije dijagnostički kriterij. Ovo omogućava da osobe pristupe procesu tranzicije i bez percepcije značajnog distresa vezanog za stanje.

Rodna neusklađenost u djetinjstvu se odnosi na djecu prije početka puberteta. U dijagnostičke kriterije pripadaju jaka želja biti suprotnog roda, jak otpor od strane djeteta vezano za njegovu anatomiju i/ili anticipaciju sekundarnih spolnih karakteristika koje pripadaju željenom rodu. Igranje specifično za spol suprotnom od onog od djeteta također spada pod dijagnostičke kriterije. Rodna neusklađenost mora biti prisutna oko dvije godine. Kao i kod dijagnosticiranja rodne neusklađenosti u adolescenata i odraslih samo ponašanje kao drugi rod i preferencija kao sami kriteriji nisu osnova za postavljanje dijagnoze(8).

Najveća promjena u novoj klasifikaciji je premještanje rodne neusklađenost iz duševnih poremećaja u poglavlje o seksualnom zdravlju. Ovim potezom smanjuje se stigmatizacija osoba koja su transrodne i koje traže i trebaju medicinsku pomoć tako što ih više ne smatramo duševnim bolesnicima (6,34,35). Istraživanja pokazuju da što je veća

stigmatizacija i osjećaj rodne neusklađenosti to je osoba pod većim rizikom za samoozljeđivanje (36,37). Navedene promjene prikazane su u slici 4.

Slika 4. Rodna neusklađenost



Od velike je važnosti poboljšati edukaciju liječnika za brigu o rodnoj neusklađenosti i ostalim problemima s kojima se mogu susresti u brizi za takve pacijente. Razumijevanjem ovog stanja i pozadine iz kojih ti ljudi dolaze poboljšava odnos liječnik – pacijent koji rezultira s boljom sveobuhvatnijom zdravstvenom njegom kao i sa smanjivanjem stigme i diskriminacije koji imaju veliki utjecaj na pojedince s rodnom neusklađenošću (35,38).

Trebamo imati na umu da ranije dijagnosticiranje ovog stanja ima mnogostruke prednosti ne samo u liječenju već i u svakodnevnom funkcioniranju pojedinaca. Dijagnosticiranje u djetinjstvu može imati pozitivan utjecaj jer rezultira s boljim razumijevanjem i podrškom iz okoline (obitelj, zdravstveni djelatnici). Rodna neusklađenost može dovesti do ozbiljnih smetnji kao što su depresija i anksioznost te na kraju dovesti do socijalne izolacije pojedinca

(39–41). Iz tog razloga presudno je povećati svijest javnosti na važnost ranog otkrivanja rodne neusklađenosti i njezine prihvaćenosti (38,42).

Može se primijetiti da su promjene u klasificiranju rodne neusklađenosti dobile potporu transrodnih osoba koje se susreću s tim problemom što je jedan od bitnih pokazatelja da je promjena valjana i dobra. Novom klasifikacijom osiguran je njihov identitet i adekvatan tretman koje takve osobe trebaju i traže (38). Depsihopatologizacijom transrodnih osoba otvara se put boljoj zdravstvenoj njezi, no pošto je ovo relativno novi problem u medicini, potrebno je još puno istraživanja za razumijevanje ovih stanja (43).

4. Ostala stanja vezana za seksualno zdravlje

Do sada smo obradili samo poglavlje unutar MKB-11 pod nazivom Stanja vezana za seksualno zdravlje, no nisu sve dijagnoze povezane sa seksualnim zdravljem stavljene pod tu kategoriju. Pojedina stanja su ostala pod duševnim poremećajima poput poremećaja s kompulzivnim seksualnim ponašanjem i parafilicnim poremećajem iako postoji povezanost sa seksualnim zdravljem (8).

Psihološki poremećaji i poremećaji ponašanja povezani sa spolnim razvojem i orijentacijom (F66) izbrisani su iz klasifikacije te u nikakvoj formi nisu prisutni što je i u skladu s DSM-5. Ovo je uključivalo poremećaje seksualnog sazrijevanja F66.0, egodistoničku seksualnu orijentaciju (F66.1) i poremećaj seksualnih odnosa (F66.2). U poremećaju seksualnog sazrijevanja osoba ima nesigurnost oko svojega seksualnog identiteta ili orijentacije, što rezultira anksioznošću i depresijom. U egodistoničkoj seksualnoj orijentaciji osoba želi promijeniti svoju seksualnu orijentaciju zbog povezanih psihičkih poremećaja, U poremećajima seksualnog odnosa spolni identitet ili seksualna sklonost osobe stvaraju teškoće u partnerskom odnosu (16,31).

4.1. Poremećaj s kompulzivnim seksualnim ponašanjem.

Hiperseksualni poremećaj (F52.7) u novoj klasifikacije dobiva ime Poremećaj s kompulzivnim seksualnim ponašanjem (6C72). Prije se nalazio pod kategorijom seksualnih

disfunkcija, a sada spada pod poremećaje kontrole poriva te tako i on ostaje pod duševnim poremećajima (44).

„Poremećaji kontrole poriva karakterizirani su ponovljenim neuspjehom u odupiranju impulsa, nagona ili potrebe za izvođenjem čina, unatoč posljedicama kao što su dugoročna šteta ili za pojedinca ili za druge, izražena uznemirenost zbog obrasca ponašanja ili značajno oštećenje u osobnom, obiteljskom, društvenom, obrazovnom, profesionalnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Poremećaji kontrole impulsa obuhvaćaju niz specifičnih ponašanja uključujući paljenje vatre, krađu, seksualno ponašanje i iznenadne izljeve bijesa (8).“

Ovom promjenom se ukazuje ne činjenicu da je srž ovog poremećaja problem u kontroli impulsa, a ne pretjeran fokus na seksualni sadržaj (45). Unutar poremećaja kontrole poriva su još piromanija, kleptomanija i intermitentni eksplozivni poremećaj. Brojna istraživanja bave se činjenicom trebali li ovaj poremećaj svrstati pod poremećaje ovisnosti, ali za sada postoji manjak zadovoljavajućih kriterija da bi ga tako svrstali (46).

„Poremećaj s kompulzivnim seksualnim ponašanjem karakterizira ustrajan uzorak nemogućnosti kontroliranja intenzivnih, ponavljajućih seksualnih impulsa ili poriva koji rezultiraju ponavljajućim seksualnim ponašanjem. Simptomi mogu uključivati da ponavljajuće seksualne aktivnosti postanu središnji fokus života osobe u toj mjeri da zanemaruje zdravlje, osobnu njegu ili druge interese, aktivnosti i odgovornosti; brojni neuspješni pokušaji značajnog smanjenja ponavljajućeg seksualnog ponašanja; te nastavak ponavljajućeg seksualnog ponašanja unatoč nepoželjnim posljedicama ili izvučenoj malom ili

nikakvom zadovoljstvu iz njega. Uzorak nemogućnosti kontroliranja intenzivnih seksualnih impulsa ili poriva i rezultirajućeg ponavljajućeg seksualnog ponašanja očituje se tijekom produljenog vremenskog razdoblja (npr. 6 mjeseci ili više) i uzrokuje značajan distres ili značajno ometanje u osobnom, obiteljskom, društvenom, obrazovnom, profesionalnom ili drugim važnim životnim područjima funkcioniranja. Distres koji je u potpunosti povezan s moralnim prosudbama i osudom seksualnih impulsa, poriva ili ponašanja nije dovoljan za ispunjavanje ove dijagnoze(8).“

Detaljniji dijagnostički kriteriji sastavljeni su u svrhu smanjenja patologiziranja seksualnog ponašanja (47). Novi strogi dijagnostički kriteriji bi trebali rezultirati manjom prevalencijom ovog poremećaja koji je po novim istraživanjima između 1 i 3% (48). Ova dijagnoza se ne nalazi unutar DSM-5.

4.2. Parafilni poremećaji

Parafilni poremećaji su se u prijašnjoj klasifikaciji MKB-10 nazivali Poremećaji spolne sklonosti kao kvalitativni poremećaji seksualnog nagona. U poremećaje spolne sklonosti MKB-10 ubraja fetišizam, fetišistički transvestizam, egzibicionizam, voajerstvo, pedofiliju, sadomazohizam, višestruki poremećaj seksualne sklonosti, ostale poremećaje seksualne sklonosti i poremećaj seksualne sklonosti, nespecificiran. Parafilni poremećaji se i dalje nalaze pod duševnim bolestima, iako postoji povezanost sa stanjima vezanima za seksualno zdravlje u obliku sivih čvorova (7,8,49). Termin „sivi čvor“ odnosi se na međusobnu povezanost između medicinskih stanja i postojanja svijesti o složenoj i višestranjoj prirodi

seksualnog zdravlja kao i na činjenicu da parafilicni poremećaji mogu imati utjecaj na seksualna iskustva i partnerske odnose. Na ovaj način zdravstveni djelatnici se potiču na pristupanje dijagnozi i liječenju ovih poremećaja na holistički način spajajući perspektive mentalnog i seksualnog zdravlja.

Parafilicni poremećaji su karakteristični po upornim i intenzivnim obrascima atipičnog seksualnog uzbuđenja izraženoga kroz misli, fantazije, potrebe ili ponašanja fokusirana na one čije godine ili status ih sprečavaju u davanju pristanka na temelju kojega je parafilicna osoba djelovala, zbog čega on ili ona snažno osjeća distres. Parafilicni poremećaji mogu uključivati uzbuđujuće obrasce ponašanja, uključujući osamljenost ili dopuštenje povezano sa snažnim strahom koji nije jednostavno rezultat odbijanja, reakcije ili ustrašene reakcije pred uzbuđujućim obrascem kod drugih osoba; postoji značajni rizik od povrede ili smrti.

Unutar kategorije izbačene su dijagnoze fetišizma (F65.0) i fetišističkog transvestizma (F65.1) koje se više ne smatraju duševnim poremećajima ako ne uzrokuju distres ili štetu (49). Novo dodana kategorija unutar MKB-11 jest froterizam (6D34). Prema tome u novoj klasifikaciji u parafilicne poremećaje spadaju egzibicionizam (6D30), voajerizam (6D31), pedofilija (6D32), prisilni seksualni sadizam (6D33), froterizam (6D34) i ostali parafilicni poremećaji koji uključuju osobe koje nisu dale pristanak (6D35). Važno je uzeti u obzir kako prisutnost distresa ili nanošenje štete igraju ključnu ulogu u određivanju hoće li parafilija biti poremećaj ili ne (29). No moramo biti oprezni jer šteta u pojedinim parafilicnim poremećajima nije odmah vidljiva i lako uočljiva kao što je u slučaju pedofilije te ona ne treba biti važan dijagnostički kriterij za dijagnozu (50,51). Važno je napomenuti da se učinak zlostavljanja djece od strane pedofila često ne očituje odmah već tek u kasnijoj dobi (52–54).

Činjenicu da posljedice zlostavljanja djece nisu odmah uočljive koriste neke aktivističke skupine u svrhu pokušaja dekriminalizacije ovog protupravnog djela (55). Relevantan dio populacije ispoljava neki oblik parafilije. Iz tog razloga se teži što manjoj stigmatizaciji u medicinskoj klasifikaciji i pažljivoj definiciji što se smatra poremećajem jer samo postojanje parafilije ne znači da se radi i o parafilichnom poremećaju (49,56). Kao i u ostalim poremećajima bitan je individualizirani pristup i procjena postoji li šteta koju pacijent nanosi sebi ili drugima svojim ponašanjem?

5. Rasprava

Jedno od važnih pitanja u medicini, a ponajviše u području psihijatrije, jest što je točno normalno ponašanje i kakvog pojedinca smatramo duševno zdravim? Kako se naše shvaćanje stanja vezanih uz seksualno zdravlje mijenja i proširuje, primjećujemo kako ti poremećaji nisu isključivo ograničeni na duševne poremećaje, već se protežu kroz različite grane medicine. Njihovo adekvatno zbrinjavanje zahtijeva multidisciplinarni i holistički pristup te bi bilo pogrešno smatrati da se ovi problem mogu riješiti kroz samo jednu granu medicine (57–59).

Važno je naglasiti da stanja vezana uz seksualno zdravlje imaju složenu etiologiju koja uključuje biološke, psihološke, socijalne i kulturalne čimbenike. Stoga je integracija različitih specijalnosti ključna za dijagnosticiranje i liječenje ovih poremećaja. Stanja vezana uz seksualno zdravlje predstavljaju izazov za dijagnosticiranje zbog njihove varijabilnosti. Iznimno je važan sveobuhvatni pristup pacijentu u kojem obraćamo pozornost na sve relevantne aspekte njegova zdravlja i svakodnevnoga funkcioniranja.

Kako je nekada teško zaključiti zahtijeva li neki seksualni problem medicinsku pomoć, važan je kriterij distresa koji osoba proživljava. Stanja koja dijelom zadovoljavaju naše kriterije, ali osobi ne stvaraju teškoće u njihovu funkcioniranju, niti izazivaju štetu u drugih pojedinaca, ne trebaju se smatrati problemom koji zahtijeva liječenje, a posebno dijagnozu (57,60). Sličan pristup se koristi i za brojna psihijatrijska stanja. Sa ciljem smanjivanja moguće zabune važno je napomenuti da rodna neusklađenost više ne zahtijeva distres i probleme u funkcioniranju kao dijagnostički kriterij i tako odudara od ostalih seksualnih poremećaja. Ova promjena je

od medicinske i administrativne važnosti jer omogućava proces tranzicije spola osobama neovisno o razini distresa koji proživljavaju. Po prijašnjoj klasifikaciji osobe s rodnom neusklađenošću nisu mogle dobiti adekvatan tretman u slučaju ako ih njihovo stanje nije ometalo u svakodnevnom funkcioniranju i izazivalo značajan distres. S tim promjenama dijagnozu rodne neusklađenosti udaljavamo još više od psihijatrije i stigmatizacije koju povezanost s psihijatrijom nažalost donosi, no i dalje je za očekivati da će ovi pojedinci zahtijevati pomoć psihijatra zbog visoke razine komorbiditeta povezanih s dijagnozom (61,62). Ovo je i suštinska razlika u dijagnosticiranju rodne neusklađenosti između MKB-11 i DSM-5 koji zahtijeva postojanje distresa i problema u funkcioniranju (30).

Iz prethodnih poglavlja može se primijetiti da novo izdanje MKB-11 donosi brojne promjene vezane za seksualno zdravlje. Cilj nove klasifikacije je smanjenje stigmatizacije pacijenata sa stanjima vezanima za seksualno zdravlje kao i smanjenje patologiziranja seksualnog ponašanja (47). Sa smanjivanjem srama povezanoga za traženje pomoći, očekivano je i povećanje broja dijagnoza stanja u području seksualnoga zdravlja koja su u hrvatskom zdravstvu još uvijek premalo dijagnosticirana i liječena. Istraživanje provedeno u 2013. godini pokazalo je da se u cijeloj Hrvatskoj dijagnosticiralo samo 288 dijagnoza seksualnih poremećaja, prema MKB-10 klasifikaciji, od kojih su većina bili muškarci (17). Ljudi u Hrvatskoj često ne traže pomoć liječnika za smetnje vezane za seksualno zdravlje (17). Uzimajući u obzir prevalencije u medicinskoj praksi može se očekivati više dijagnoza seksualnih disfunkcija nego rodne neusklađenost (17,19)

U općoj populaciji kao i u populaciji adolescenata, svjedočimo pojavi prema epidemiološkim podacima (63–65) povećanju broja onih poremećaja kod kojih je psihosocijalni čimbenik

značajan etiološki faktor. To se prije svega odnosi na teškoće u kontroli agresije, afektivne poremećaje, reakcije na stres, bolesti ovisnosti i psihosomatiku, poremećaje ponašanja i stanja vezana uz pitanja rodnog identiteta. U novoj klasifikaciji dolazi do najznačajnijih izmjena (8, 12, 16, 66, 67) kod stanja vezanih uz pitanja rodnog identiteta.

Uzimajući u obzir ranija istraživanja koja pokazuju da pandemije, ratovi i geografske katastrofe značajno utječu na psihičko zdravlje pojedinca za očekivati je porast prevalencije stanja vezanih za seksualno zdravlje u post pandemijskom razdoblju (68–71). Iz toga razloga važno je što prije implementirati novu klasifikaciju u hrvatski zdravstveni sustav jer se Hrvatska trenutno nalazi ne samo u post pandemijskom razdoblju, već i u razdoblju nakon potresa i brojnih poplava (65,70).

Važno nam je naglasiti potrebe ugroženih populacija koje uključuju transrodne osobe i osobe koje se ne identificiraju s tradicionalnim binarnim kategorijama spola te podliježu diskriminaciji i nerazumijevanju od strane okoline (60,72). Tijekom pandemije COVID-19 transrodne osobe imale su smanjeni pristup zdravstvenim uslugama poput psihoterapije, hormonske terapije i kirurških postupaka (37). Pandemija sa sobom donosi i simptome anksioznih i depresivnih poremećaja koji su često komorbiditeti pronađeni uz rodnu disforiju i to može rezultirati još većim osjećajem stigmatizacije u transrodnoj populaciji (37,73). Iako već samo postojanje dijagnoze može stvoriti stigmatizaciju prema takvim osobama, promjenama koje su donesene u novoj klasifikacije može se očekivati smanjenje stigmatizacije transrodnih osoba, odnosno dalje omogućavanje pristupa skrbi koja im je potrebna (74,75). Zadnjih godina zabilježen je neobjašnjiv porast rodne neusklađenosti u

svijetu i to ukazuje na povećanu potrebu za istraživanjem i razumijevanjem ove kompleksne teme koja zahtijeva interdisciplinarni pristup (32,33,76,77).

Osobito nije razriješena činjenica da se sve više zapaža pojava rodne neusklađenosti među adolescenticama (77,78).

S obzirom na promjenu našega razumijevanja seksualnih smetnji koje su se ranije smatrale psihičkim poremećajima, a prema novoj klasifikaciji se smatraju poremećajima vezanim uz seksualno zdravlje koji se prema MKB-11 nazivaju stanja vezana uz seksualno zdravlje, postavlja se pitanje kako ćemo ih liječiti? Uzimajući u obzir da se ne radi o duševnim smetnjama, stanja vezana uz seksualno zdravlje odstupaju od ustaljenih okvira psihoterapije. Za pretpostaviti je da će se osobe koje imaju stanja vezana za seksualno zdravlje liječiti od strane sub specijalista za seksualno zdravlje. Nova razumijevanja u području seksualnog zdravlja zasigurno će rezultirati stvaranjem timova stručnjaka iz područja seksualne medicine, ginekologa, urologa, psihologa, psihoterapeuta i psihijatarata.

Istraživanja ukazuju na veću prevalenciju rodne neusklađenosti među djevojčicama u usporedbi s dječacima (77,78). Ovaj trend možda može se pokušati objasniti utjecajem okoline koja ima značajan utjecaj na razvoj identiteta djevojčica koje potom mogu ispoljavati simptome rodne neusklađenosti (77,78). Potrebno je razmotriti otvara li manjak pravila za promjenu spola put kasnijem nezadovoljstvu učinjenim medicinskim postupcima i detranziciji koja se pojavljuje u 13,1% (N=17,151) slučajeva (79,80)? Postoji potreba za pažljivom analizom psihičkog profila osobe kako bismo isključili mogućnosti utjecaja

duševnog poremećaja na rodnu identifikaciju osobe koja rezultira nezadovoljstvom tijelom s obzirom na visok stupanj komorbiditetnosti (37,80–82).

Sumarno promjene koje su se dogodile u novoj klasifikaciji MKB-11 vezane za rodnu neusklađenost je ukidanje poglavlja F64 „Poremećaj spolnog identiteta“ koje je sadržavalo dijagnoze transseksualizma (F64.0), transvestizma (F64.1), poremećaja spolnog identiteta u djetinjstvu (F64.2), drugih poremećaja spolnog identiteta (F64.8) i poremećaja spolnog identiteta, nespecificiranog (F64.9). Transseksualizam i poremećaj spolnog identiteta u djetinjstvu su promijenili naziv u rodna neusklađenost u adolescenciji ili odrasloj dobi (HA60) i rodna neusklađenost u djetinjstvu (HA61) i našli se u novoj kategoriji stanja vezano za seksualno zdravlje. U slučaju da ne navodimo dob može se staviti kod HA6Z za nespecificiranu rodnu neusklađenost. Transvestizam je posve ukinut kao valjanja dijagnoza (6). DSM-5 je u skladu s MKB-11 i priznaje rodnu neusklađenost kao dijagnozu samo pod drugim imenom rodne disforije te se njihovo dijagnosticiranje ne razlikuje (16). DSM-5 ne sadrži dijagnoze transseksualizma ili transvestizma.

Nova klasifikaciji ukazuje i na potrebu za novom specijalizacijom iz seksualne medicine koja nije zaživjela u Hrvatskoj. U Hrvatskoj trenutno samo jedan liječnik nosi titulu FECSM (*Fellow of the European Committee of Sexual Medicine*) Ova titula predstavlja međunarodno priznanje na razini Europe za stručno znanje, iskustvo i doprinos u području seksualnog zdravlja (16). U cilju promicanja seksualne terapije 2007. godine osnovano je Hrvatsko društvo za seksualnu terapiju (83). Unatoč brojnim naporima, stanja vezana uz seksualno zdravlje nedovoljno su dijagnosticirana i postoji manjak opće edukacije liječnika vezane za

seksualno zdravlje i funkcioniranje njihovih pacijenata (17,84). Ova analiza ukazuje na potrebe za promjenom edukacije liječnika i studenata medicine.

6. Zaključak

U radu „ Stanja vezana uz seksualno zdravlje u jedanaestoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti“ prikazane su promjene vezane za stanja seksualnoga zdravlja u 11. izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-11) koje je predstavljeno 2019. godine. One su uspoređene s 10. revizijom Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) kao i s razlikama u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peta revizija (DSM-5). Nova klasifikacija MKB-11 najveću novinu donosi u tome što poremećaji u MKB-10 nazvani seksualne disfunkcije (F52) i poremećaji spolnog identiteta (F64), sada pripadaju novostvorenom poglavlju zvanim stanja, vezano za seksualno zdravlje. Novina je kategorizacija i mogućnost davanja ozbiljnosti stanja - jako, srednje, slabije - u pojedinim slučajevima. Novi pristup u klasifikaciji ukazuje na potrebu za novom specijalizacijom iz seksualne medicine. Također, naglašava i važnost holističkog pristupa pacijentu uz razumijevanje da je osobito važno raditi na pitanju destigmatizacije pojedinaca koji su zahvaćeni opisanim stanjima. Epidemiološki podaci ukazuju na porast pacijenata sa stanjima vezanima za seksualno zdravlje. Potrebno je obratiti pažnju na implementaciju dijagnostičkih i terapijskih protokola koji su interdisciplinarno usuglašeni, a odnose se za stanja vezana uz seksualno zdravlje.

Na kraju, važno je naglasiti činjenicu o velikom porastu smetnji seksualnoga zdravlja u populaciji mlađih osoba, osobito adolescenata. Iako smetnje seksualnoga zdravlja prema dostupnim epidemiološkim podacima ne predstavljaju javnozdravstveni fenomen, ove teme s razlogom pobuđuju sve veći interes stručne javnosti radi složenoga utjecaja na zdravstvena, socijalna, gospodarska i društvena pitanja općenito.

7. Zahvale

Zahvaljujem se svojoj mentorici, izv. prof. dr. sc. Zorani Kušević, kao i pročelniku Katedre za psihijatriju i psihološku medicinu prof. dr. sc. Draženu Begiću, na pomoći, savjetima i strpljenju ukazanom prilikom izrade ovog rada.

Zahvaljujem se članu povjerenstva, prof.dr.sc. Darku Marčinku na evaluaciji ovog rada.

Posebno se zahvaljujem svojoj majci, baki i djedu koji su mi omogućili studiranje te svojim razumijevanjem i bezuvjetnom podrškom bili uz mene sve ove godine. Veliki pozdrav velikom bratu Marku.

8. Literatura

1. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
2. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*. 2015;5(4):565.
3. Silverstein C. The implications of removing homosexuality from the DSM as a mental disorder. *Arch Sex Behav*. 2009;38(2):161–3.
4. Barragán-Medero F, Pérez-Jorge D. Combating homophobia, lesbophobia, biphobia and transphobia: A liberating and subversive educational alternative for desires. *Heliyon*. 2020;6(10).
5. Spurlin WJ, Spurlin WilliamSpurlin WJ. Queer Theory and Biomedical Practice: The Biomedicalization of Sexuality/The Cultural Politics of Biomedicine. *J Med Humanit*. 2019;40:7–20.
6. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016;15(3):205–21.
7. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*. World Health Organization; 1992.
8. *International Classification of Diseases 11th Revision* [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 2023 May 27]. Available from: <https://icd.who.int/en>
9. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14(5):404–11.
10. Jąderek I, Lew-Starowicz M. Changes in the Diagnosing of Sexual Dysfunctions of Women in ICD-11 Classification. *Przegląd Seksuologiczny*. 2018;18(2):12–20.
11. World Health Organization. *ICD-11 Implementation of Transition Guide*. Geneva; 2019.
12. Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020;22(1):7.
13. Mabon K, Steinum O, Chute CG. Postcoordination of codes in ICD-11. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021;21(Suppl 6).

14. World Health Organization. Višeosna klasifikacija psihijatrijskih poremećaja i poremećaja u djece i adolescenata. Matešić K, editor. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
15. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3–19.
16. Arbanas G. Novosti u MKB-11 u području seksualnog zdravlja. *Lijec Vjesn*. 2020;142(11–12):414–9.
17. Arbanas G. Tko liječi seksualne probleme u hrvatskom zdravstvenom sustavu. *Socijalna psihijatrija*. 2019;47(1):102–12.
18. Pettigrew JA, Novick AM. An Overview of Hypoactive Sexual Desire Disorder: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. *J Midwifery Womens Health*. 2021;66(6):740.
19. Briken P, Matthiesen S, Pietras L, Wiessner C, Klein V, Reed GM, et al. Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines: Results of the First Representative, Population-Based German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(39):653.
20. Sheng Z. Psychological consequences of erectile dysfunction. *Trends in Urology & Men's Health*. 2021;12(6):19–22.
21. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed Orgasm and Anorgasmia. *Fertil Steril*. 2015;104(5):1082.
22. Avasthi A, Grover S, Sathyanarayana Rao T. Clinical Practice Guidelines for Management of Sexual Dysfunction. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(Suppl 1):S91.
23. Hendrickx L, Gijs L, Enzlin P. Sexual Difficulties and Associated Sexual Distress in Flanders (Belgium): A Representative Population-Based Survey Study. *J Sex Med*. 2016;13(4):650–68.
24. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev*. 2016;4(3):197–212.
25. Geerkens MJM, Al-Itejawi HHM, Nieuwenhuijzen JA, Meuleman EJM, Lissenberg-Witte BI, van Moorselaar RJA, et al. Sexual Dysfunction and Bother Due to Erectile Dysfunction in the Healthy Elderly Male Population: Prevalence from a Systematic Review. *Eur Urol Focus*. 2020;6(4):776–90.

26. Arbanas G. Muče li starije ljude njihovi seksualni problemi? *Socijalna psihijatrija*. 2019;47(3):373–9.
27. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):278–91.
28. Masters W, Johnson V. *Human sexual inadequacy*. 1st ed. Boston: Little, Brown; 1970.
29. Američka psihijatrijska udruga. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. 5. izdanje. Jukić V, Arbanas G, editors. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
30. Crocq MA. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses – a historical review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2021;23(1):44.
31. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
32. Begić D. *Transseksualnost kao interdisciplinarni entitet*. U: *Suvremeni pristup transseksualnosti*. 2013.
33. Jokić-Begić N, Babić Čikaš A, Jurin T, Lučev E, Markanović D, Ručević S. *Transseksualnost: život u krivom tijelu?* *Lijec Vjesn*. 2008;9–10(130):237–237.
34. Fuss J, Lemay K, Stein DJ, Briken P, Jakob R, Reed GM, et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry*. 2019;18(2):233–5.
35. Dakic T. New Perspectives on Transgender Health in the Forthcoming 11th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: An Overview of Gender Incongruence - Depathologization, Considerations and Recommendations for Practitioners. *Psychiatr Danub*. 2020;32(2):145–50.
36. Jackman KB, Dolezal C, Levin B, Honig JC, Bockting WO. Stigma, gender dysphoria, and nonsuicidal self-injury in a community sample of transgender individuals. *Psychiatry Res*. 2018;269:602–9.
37. Koehler A, Motmans J, Mulió Alvarez L, Azul D, Badalyan K, Basar K, et al. How the COVID-19 pandemic affects transgender health care - A cross-sectional online survey in 63 upper-middle-income and high-income countries. *Int J Transgend Health*. 2021;
38. Vargas-Huicochea I, Robles R, Real T, Fresán A, Cruz-Islas J, Vega-Ramírez H, et al. A Qualitative Study of the Acceptability of the Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis Among Transgender Adults Who Were Labeled Due to Their Gender Identity Since Childhood. *Arch Sex Behav*. 2018;47(8):2363–74.

39. Reisner SL, Veters R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2015;56(3):274.
40. Poljak M, Begić D. Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*. 2016;44(4):310–29.
41. Kušević Z, Friščić T, Babić G, Jurić Vukelić D. Depresija u svjetlu nekih psihoanalitičkih teorija. *Socijalna psihijatrija*. 2020;48(1):72–103.
42. Dora M, Grabski B, Dobroczyński B. Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis. *Psychiatr Pol*. 2021;55(1):23–37.
43. Baleige A, Guernut M, Denis F. Impact of Depsychopathologization of Transgender and Gender Diverse Individuals in ICD-11 on Care Delivery: Looking at Trans Expertise through a Trans Lens. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20).
44. Bucci P. Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima prijevod: Nenad Jakšić. *Socijalna psihijatrija*. 2016;44(1):86.
45. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol*. 2017;51(2):169–95.
46. Kraus SW, Voon V, Potenza MN. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction*. 2016;111(12):2097.
47. Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan MS, et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*. 2018;17(1):109.
48. Klein V, Rettenberger M, Briken P. Self-reported indicators of hypersexuality and its correlates in a female online sample. *J Sex Med*. 2014;11(8):1974–81.
49. Krueger RB, Reed GM, First MB, Marais A, Kismodi E, Briken P. Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Arch Sex Behav*. 2017;46(5):1529–45.
50. Münch R, Walter H, Müller S. Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder. *Front Psychiatry*. 2020;11.
51. O'Donohue W. A critique of the proposed DSM-V diagnosis of pedophilia. *Arch Sex Behav*. 2010;39(3):587–90.
52. Fresno A, Spencer R, Ramos N, Pierrehumbert B. The effect of sexual abuse on children's attachment representations in Chile. *J Child Sex Abus*. 2014;23(2):128–45.

53. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830–9.
54. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *Am J Prev Med*. 2005;28(5):430–8.
55. Blanchard R. A dissenting opinion on DSM-5 pedophilic disorder. *Arch Sex Behav*. 2013;42(5):675–8.
56. Holvoet L, Huys W, Coppens V, Seeuws J, Goethals K, Morrens M. Fifty Shades of Belgian Gray: The Prevalence of BDSM-Related Fantasies and Activities in the General Population. *J Sex Med*. 2017 Sep 1;14(9):1152–9.
57. Wakefield JC, First MB. Clarifying the boundary between normality and disorder: a fundamental conceptual challenge for psychiatry. *Can J Psychiatry*. 2013;58(11):603–5.
58. Lew-Starowicz M, Coleman E. Mental and sexual health perspectives of the International Classification of Diseases (ICD-11) Compulsive Sexual Behavior Disorder •: Commentary to the debate: “Behavioral addictions in the ICD-11”. *J Behav Addict*. 2022;11(2):226.
59. Kroflin K, Krstanović K, Kušević Z. How can we improve clinical outcome by understanding the inseparability of mind and body ? *Medica Jadertina*. 2021;51(3):243–52.
60. Lobato MI, Soll BM, Costa AB, Saadeh A, Gagliotti DAM, Fresán A, et al. Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation - an ICD-11 field study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(4):310–5.
61. Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin MJ, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *Eur Psychiatry*. 2019;59:8–14.
62. Furlong Y, Janca A. Gender (r)evolution and contemporary psychiatry. *BJPsych Open*. 2022;8(3).
63. Marčinko D, Jakovljević M, Jakšić N, Bjedov S, Drakulić AM. The Importance of Psychodynamic Approach During COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub*. 2020;32(1):15–21.
64. Radoš I, Kušević Z. Epidemiologija u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. *Med Jad*. 2022;52(2):121–8.

65. Marčinko D, Aurer Z, Bajs Janović M, Beinrauch T, Begić D, Begovac I, I sur. Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori. Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021.
66. Nedić M, Marčinko D, Postružin L. Socijalni, biološki i psihodinamski aspekti nasilja. *Socijalna psihijatrija*. 2016;44(3).
67. Arbanas G. Does post-traumatic stress disorder carry a higher risk of sexual dysfunctions? *J Sex Med*. 2010;7(5):1816–21.
68. Kušević Z, Vukušić H, Lerotić G, Jokić-Begić N, Bencarić Z. Prevalence of chronic posttraumatic stress disorder in Croatian war veterans. *Psychiatr Danub*. 1999;11(1–2):19–24.
69. Kušević Z, Sanja MH, Prosinečki N, Kulenović Somun A, Babić G, Vukušić, et al. Odnos intenziteta posttraumatskog stresnog poremećaja izazvanoga ratnom traumom i socijalne podrške. *Socijalna psihijatrija*. 2012;40:70–5.
70. Kušević Z, Krstanović K, Kroflin K. Some psychological, gastrointestinal and cardiovascular consequences of earthquakes. *Psychiatr Danub*. 2021;33.
71. Kušević Z, Marčinko D, Jurić Vukelić D. Doživljaj stresa i percepcija rizika kod zdravstvenih djelatnika vezano uz SARS-Cov-2. In: *Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2021. p. 207–22.
72. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165–232.
73. Jokić-Begić N, Begić D. (ur.) *Psihijatrijski aspekti transseksualnosti*. U: *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
74. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):850–9.
75. Jokić-Begić N, Altabas V, Antičević V, Arbanas G, Begić D, Budi S, et al. Croatia Needs a Gender Incongruence Diagnosis for Prepubertal Children. *Arch Sex Behav*. 2017;46(8):2507–8.
76. Kušević Z, Jurić Vukelić D, Horvatić J. Quo tendimus? Usporedba MKB-10 i MKB-11 u području stanja povezanih sa seksualnim zdravljem. In: *29 godišnja konferencija hrvatskih psihologa: psihologija u promociji cjeloživotnog razvoja, otključavanju*

- potencijala i jačanju otpornosti pojedinca i zajednice - knjiga sažetaka. Tuheljske toplice; 2022. p. 197.
77. Chao KY, Chou CC, Chen CI, Lee SR, Cheng W. Prevalence and Comorbidity of Gender Dysphoria in Taiwan, 2010-2019. *Arch Sex Behav.* 2023;52(3).
 78. Wagner S, Panagiotakopoulos L, Nash R, Bradlyn A, Getahun D, Lash TL, et al. Progression of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: A Longitudinal Study. *Pediatrics.* 2021;148(1).
 79. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One.* 2018;13(8):e0202330.
 80. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to 'Detransition' Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health.* 2021;8(4):273–80.
 81. Marchiano L. Gender detransition: a case study. *J Anal Psychol.* 2021;66(4):813–32.
 82. Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav.* 2021;50(8):3353–69.
 83. Arbanas G, Knez R, Barolin N, Štulhofer A. Hrvatsko društvo za seksualnu terapiju i uvjeti za stjecanje diplome seksualnog terapeuta. *Medicina Fluminensis.* 2007;43(4):311–2.
 84. Arbanas G. Seksualna medicina – multidisciplinarna (sup)specijalizacija. *Lijec Vjesn.* 2018;140(3–4).

9. Životopis

Ivan Samardžić Ilić rođen je u Osijeku 24.12.1998. Pohađao je Osnovnu Školu Vijenac i Glazbenu školu Franje Kuhača, nakon čega je nastavio školovanje u III. Gimnaziji Osijek. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisuje u akademskoj godini 2017./2018.

Tijekom studija sudjelovao je u radu CroMSICA i bavio se pisanjem znanstvenih članaka. Dobitnik je posebne dekanove nagrada za promociju i doprinos ugledu Fakulteta u vođenju projekta Budi mRAK 2021. godine.