

Poremećaji seksualne želje

Oršolić, Jelena

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:105:370918>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-29**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Jelena Oršolić

Poremećaji seksualne želje

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2023.

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 2022./2023.

SADRŽAJ:

Sažetak

Summary

1.	UVOD	1
1.1.	Linearni modeli seksualne reakcije	2
1.2.	Ciklički modeli seksualne reakcije	3
2.	KLASIFIKACIJA	4
2.1.	MKB-11 klasifikacija	4
2.2.	DSM-5 klasifikacija	5
2.3.	Druge klasifikacije seksualnih poremećaja	5
3.	EPIDEMIOLOGIJA	7
4.	ETIOLOGIJA	9
4.1.	Model dualne kontrole seksualnosti	9
4.2.	Biopsihosocijalni model	9
5.	KLINIČKA SLIKA	11
6.	DIJAGNOZA	12
6.1.	MKB-11 kriteriji	13
6.2.	DSM-5 kriteriji	14
7.	DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA	16
7.1.	Normalne varijacije u seksualnoj želji.....	16
7.2.	Interpersonalne razlike u seksualnoj želji	16
7.3.	Prolazno smanjena seksualna želja	16
7.4.	Aseksualnost	16
7.5.	Depresija	17
8.	LIJEČENJE	18
8.1.	Model PLISSIT.....	18
8.2.	Biopsihosocijalni pristup	19
8.3.	Nefarmakološko liječenje	19
8.4.	Farmakološko liječenje	21
8.5.	Liječenje komorbiditeta	22
9.	ZAKLJUČAK	24

10.	ZAHVALE	25
11.	POPIS LITERATURE	26
12.	ŽIVOTOPIS	30

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

FSAD – *Female Sexual Arousal Disorder*

FSIAD – *Female Sexual Interest/Arousal Disorder*

HSDD – *Hypoactive Sexual Desire Disorder/Dysfunction*

ICSM – *International Consultation in Sexual Medicine*

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

NDRI – inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina

SAD – *Sexual Aversion Disorder*

SDD – *Sexual Desire Discrepancy*

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

SNRI – inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina

TSH – tireoidni stimulirajući hormon, tireotropin

SAŽETAK

Naslov rada: Poremećaji seksualne želje

Autor: Jelena Oršolić

Procjenjuje se da svaka deseta žena i svaki pedeseti muškarac pati od poremećaja hipoaktivne seksualne želje, međutim samo mali dio njih javlja se svojim liječnicima radi ovog problema. Razlog tomu je što ne vjeruju da se njihova smetnja može liječiti te da će liječniku i/ili njima biti nelagodno ako razgovaraju o tim problemima. Odgovornost je na liječnicima da pitaju pacijente/ice za eventualne smetnje u seksualnom funkcioniranju te po potrebi uzmu seksualnu anamnezu po principu tri prozora: biološko-medicinski prozor, osobna seksualna anamneza te prozor odnosa.

Dijagnozu disfunkcije seksualne želje najčešće postavljaju psihijatri (a mogu je postaviti i liječnici drugih specijalnosti i stručnjaci koji su educirani po pitanju seksualnih smetnji) vodeći se MKB-10/11 ili DSM-5 kriterijima. Dijagnoza se mora temeljiti na detaljno i adekvatno uzetoj anamnezi, a osnovni simptom jest odsutnost erotskih/seksualnih misli ili fantazija i želje za seksualnom aktivnošću. Smanjena je ili odsutna i reagibilna želja, odnosno želja za seksualnom aktivnošću potaknuta neseksualnom motivacijom ili iniciranjem seksualne aktivnosti od strane partnera/ice. Osobe sa smanjenom seksualnom željom i njihovi partneri/ice imaju povećan rizik od depresije, anksioznosti, manje zadovoljstvo intimnim odnosom te narušenu kvalitetu života. Kod dijagnosticiranja disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom u obzir treba uzeti normalne varijacije u seksualnoj želji, interpersonalne razlike u seksualnoj želji, prolazno smanjenu seksualnu želju, aseksualnost te depresivnost.

Osim adekvatnog liječenja eventualnih komorbiditeta, modaliteti liječenja disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom uključuju edukaciju, psihoterapiju, seksualnu terapiju, te farmakoterapiju koja uključuje i liječenje vulvovaginalne atrofije, suhoće rodnice i dispareunije kod pacijentica u postmenopauzi. Liječenje disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom treba slijediti biopsihosocijalni pristup s obzirom na međusobni utjecaj psihosocijalnih, interpersonalnih i bioloških čimbenika na razvoj, tijek i održavanje tog stanja.

Ključne riječi: poremećaji seksualne želje, smanjena seksualna želja, seksualne disfunkcije

SUMMARY

Title: Sexual desire disorders

Author: Jelena Oršolić

It is estimated that one in ten women and one in fifty men suffer from hypoactive sexual desire disorder, but only a small proportion of them tell their medical providers about this problem. The reason for this is that they do not believe that their disorder can be treated, and they fear their doctor will be embarrassed if they talk about their sexual problems. It is the responsibility of healthcare providers to ask patients about possible sexual dysfunctions and, if necessary, to take a sexual history based on the principle of three windows: the biological-medical window, personal sexual history and the relationship window.

The diagnosis of sexual desire dysfunction is usually made by a psychiatrist (although doctors of other specialties and sexual health providers can also make the diagnosis) based on the ICD-10/11 or DSM-5 criteria. HSDD diagnosis must be based on a detailed and adequately taken history, the main symptom being absence of erotic/sexual thoughts or fantasies and reduced desire for sexual activity. Responsive desire, that is, desire for sexual activity prompted by non-sexual motivation or initiation of sexual activity by the partner, can also be absent or diminished. Patients with HSDD and their partners have an increased risk of depression and anxiety, they experience less relationship satisfaction and have lower quality of life.

Normal variations in sexual desire, interpersonal differences in sexual desire, transiently reduced sexual desire, asexuality and depression should be taken into account when diagnosing hypoactive sexual desire dysfunction.

In addition to adequately treating possible comorbidities, treatment modalities for hypoactive sexual desire dysfunction include education, psychotherapy, sex therapy, and pharmacotherapy, which can include treatment of vulvovaginal atrophy, vaginal dryness, and dyspareunia in postmenopausal patients. HSDD treatment should follow a biopsychosocial approach, considering the mutual influence of psychosocial, interpersonal, and biological factors on the development, direction, and duration of this condition.

Key words: sexual desire disorders, low sexual desire, sexual dysfunctions

1. UVOD

Disfunkcija seksualne želje čest je, ali i često nedijagnosticiran, problem koji značajno utječe na kvalitetu života. Procjenjuje se da svaka deseta žena i svaki pedeseti muškarac pati od hipoaktivne seksualne želje, no zbog intimne prirode seksualnih aktivnosti i potencijalnih osjećaja srama i nelagode kod pacijenata i kod kliničara, postoje jedinstvene barijere u komunikaciji o seksualnom zdravlju i funkcioniranju u liječničkim ambulantama. Manje od četvrtine liječnika prilikom uzimanja anamneze uključuje pitanja o seksualnom životu, a uglavnom se dotiču samo „prihvatljivijih“ pitanja, a to su kontracepcija i spolno prenosive infekcije. S obzirom da je područje seksualnosti u medicinskoj edukaciji, istraživanjima i kliničkom radu zanemareno, ne čudi da liječnici kao glavne razloge neuzimanja seksualne anamneze navode nedostatak znanja i komunikacijskih vještina o seksualnim problemima. Osim toga, sprječava ih nedostatak vremena, ali i vlastiti sram u razgovoru o ovoj temi, što osjećaju i pacijenti. Naime, velika većina osoba sa seksualnim smetnjama ne javlja se svojim liječnicima zato što smatraju da će liječnicima biti nelagodno te da se njihov problem ne može liječiti. Ova obostrana šutnja nažalost rezultira time da pacijenti godinama žive sa seksualnim smetnjama koje postaju kronične, pogoršavaju se s vremenom te negativno utječu na fizičko i mentalno zdravlje, interpersonalne odnose i sveukupno zadovoljstvo životom (1,2). Da bismo razumjeli seksualne smetnje, pa tako i poremećaje seksualne želje, potrebno je poznavati ciklus seksualne reakcije.

1.1. Linearni modeli seksualne reakcije

Ciklus seksualne reakcije prvi su opisali Masters i Johnsonova 1960-ih godina. Promatrajući isključivo fiziološke promjene koje tijelo doživljava tijekom seksualnih aktivnosti, podijelili su seksualni odgovor u ljudi na četiri faze: uzbuđenje, plato, orgazam i razrješenje (3).

Kaplanova 1974. godine modificira ovaj model u model od tri faze (želja, uzbuđenje i orgazam) na kojem se temelji klasifikacija seksualnih disfunkcija. Prema tom modelu, seksualna reakcija u ljudi započinje seksualnom željom (osoba spontano kreće razmišljati o seksu, ima seksualne misli ili osjećaje), slijedi seksualno uzbuđenje (tjelesne promjene – erekcija klitorisa ili penisa, vlaženje rodnice, crvenilo kože, ubrzano disanje, pojačana srčana frekvencija, porast krvnog tlaka, podizanje testisa, otvrdnuće bradavica, promjena boje i nabreknuće vulve), te orgazam (psihološki doživljaj velikog seksualnog užitka praćen grčenjem i kontrakcijom mišića u raznim

dijelovima tijela, uglavnom uz ejakulaciju ili dodatno vlaženje rodnice). Međutim, definicija seksualne želje u literaturi kroz godine je doživljavala različite nadogradnje te debate o njenom smještaju unutra ciklusa seksualnog odgovora u ljudi. Smatralo se da linearni model bolje opisuje seksualni odgovor kod muškaraca, a i novija istraživanja su pokazala da veliki broj žena ne doživljava seksualnu reakciju na ovakav, linearni način, gdje se seksualna želja pojavljuje prva spontano (poput poriva) te jedna faza kronološki slijedi drugu (2,4,5).

1.2. Ciklički modeli seksualne reakcije

Whipple and Brash-McGreer 1997. godine predložili su kružni model seksualnog odgovora kod žena koji se sastoji od četiri faze: zavođenje (koje uključuje želju), osjeti (uzbuđenje i plato), prepuštanje (orgazam) te refleksija. Ako je doživljeno seksualno iskustvo ugodno i zadovoljavajuće, tada će imati pojačavajući učinak, započinjući fazu zavođenja sljedećeg seksualnog iskustva i odgovora (6).

Nastavno na to, Basson opisuje model u kojem spontana seksualna želja nije na početku seksualnog ciklusa, već osoba ulazi u seksualnu aktivnost iz neke druge, neseksualne motivacije (kako bi ostvarila bliskost i povezanost s partnerom/icom, da bi se osjećala privlačnom, željenom ili voljenom, osjećala se dobro). Zbog toga može najprije osjećati subjektivno uzbuđenje (psihičko, u centralnom živčanom sustavu, „napaljenost“) i/ili objektivno uzbuđenje (fiziološko, genitalno) koje pokreće reagibilnu seksualnu želju. Ako seksualna aktivnost bude ugodna i zadovoljavajuća (s ili bez orgazma), to dodatno pokreće želju i namjeru za nastavljanjem seksualnih aktivnosti. Osim toga, reagibilna želja se javlja kao seksualna želja nakon što partner/ica na neki način (poljupcima, dodirima, verbalno) inicira seksualne aktivnosti ili osoba krene u seksualnu aktivnost bez seksualne želje, ali nakon započinjanja te aktivnosti, želja se pojavi. U ovom modelu, faze seksualnog odgovora mogu ići drugačijim redoslijedom, te uz druge čimbenike (prethodna iskustva, osjećaj sigurnosti, slobode, povezanosti) pozitivnom ili negativnom povratnom spregom utječu na pojavu i intenzitet sljedeće faze. Uz sve navedeno, žene također neovisno o tome mogu doživjeti i spontanu seksualnu želju (2,7,8).

Navedeni teorijski modeli seksualne reakcije temelje se na stručnim mišljenjima i kliničkom iskustvu, dok su istraživanja u populaciji (pogotovo među muškarcima i seksualnim manjinama) malobrojna. Za sada pokazuju da većina (oko 85 %) ispitanih muškaraca smatra da linearni Masters/Johnson/Kaplan model najbolje opisuje njihov doživljaj seksualnih iskustava.

Među ženama, oko 30 % odabralo je Master/Johnson/Kaplan linearni model, oko 20 % Basson kružni model, 40 % kombinaciju linearnog i kružnog modela (ponekad na jedan način dožive seksualne aktivnosti, ponekad na drugi), te 10 % niti jedan od navedenih (5,9). Dakle, niti jedan od postojećih modela ne može se smatrati u potpunosti točnim ili univerzalnim prikazom ciklusa seksualne reakcije u ljudi. Ipak, oni čine temelj klasificiranja seksualnih disfunkcija, grupiranja pacijenata i epidemioloških istraživanja. Unatoč trajnoj debati o definiciji seksualne želje, stručnjaci naglašavaju važnost individualnog i holističkog pristupa i ženama i muškarcima sa seksualnim smetnjama. Smatraju da buduća istraživanja veću važnost trebaju staviti na sličnosti (a ne različitosti) seksualnog funkcioniranja muškaraca i žena, naglašavajući interindividualnu varijabilnost, kako među rodovima, tako i unutar para (10).

2. KLASIFIKACIJA

2.1. MKB-11 klasifikacija

Međunarodna klasifikacija bolesti (*International Classification of Diseases, ICD*) klasifikacija je svih poznatih bolesti i srodnih zdravstvenih stanja, uključujući duševne bolesti, uzroke smrti i razloge za kontakt sa zdravstvenom službom. Koristi se u većini svijeta te su sva stanja šifrirana radi lakše komunikacije među zdravstvenim djelatnicima iz različitih zemalja. Izdaje ju Svjetska zdravstvena organizacija, a posljednje izdanje jest MKB-11, koje je predstavljeno 2018. godine (11).

Prema prethodnoj klasifikaciji, MKB-10, poremećaji seksualne želje svrstani su u kategoriju F52 – Seksualne smetnje koje nisu uzrokovane organskim poremećajem ili bolesti. Oni uključuju „nedostatak ili gubitak seksualne želje“ (F52.0) i „seksualnu averziju i nedostatak seksualnog uživanja“ (F52.1). U istoj kategoriji nalazi se i poremećaj „pretjerani seksualni nagon“ (F52.7) koji bi se eventualno mogao smatrati poremećajem seksualne želje u širem smislu.

S obzirom da je u posljednjih tridesetak godina došlo do brojnih novih spoznaja u području seksualne medicine, a 10. izdanje MKB-a objavljeno 1992. godine, nova, 11. revizija sadrži značajne promjene u klasifikaciji. Izdvojena je zasebna kategorija „Stanja povezana sa seksualnim zdravljem“, što je veliki pomak u odnosu na prethodno izdanje. Dosad je većina seksualnih smetnji bilo smješteno u kategoriji F – Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja, a ostale u kategoriji N – Bolesti genitourinarnog sustava. A MKB-11, izdvajanjem zasebne kategorije HA – Stanja povezana sa seksualnim zdravljem, naglašava se da se seksualne smetnje više ne smatraju duševnim (psihičkim) poremećajem. Osim toga, seksualne smetnje više se ne dijele po uzroku na organske i neorganske, s obzirom da su istraživanja pokazala da većina seksualnih smetnji ima multifaktorijalnu etiologiju, odnosno da su najčešće rezultat kombinacije bioloških, psiholoških i socio-kulturoloških čimbenika.

Prema MKB-11, poremećaji seksualne želje svrstani su u kategoriju Seksualne disfunkcije (HA0). Kao jedini poremećaj seksualne želje navodi se Disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom (HA00) (eng. *Hypoactive Sexual Desire Dysfunction*) (prije F52.0 – Nedostatak ili gubitak seksualne želje). Seksualna averzija isključena je iz nove klasifikacije. Hiperseksualni poremećaj (prije F52.7 – Pretjerani seksualni nagon; ovisnost o seksu) u novoj klasifikaciji smješten je u kategoriju poremećaja poriva pod nazivom Poremećaj s kompulzivnim

seksualnim ponašanjem (6C72). Prema tome, ne smatra se poremećajem seksualne želje u smislu „pretjerane“, „hiperaktivne“ seksualne želje ili nagona, već poremećajem kontrole repetitivnog seksualnog ponašanja štetnog za pojedinca ili okolinu.

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 izdanje klasifikacije duševnih poremećaja koje izdaje Američko psihijatrijsko udruženje. Prvo izdanje objavljeno je 1952. godine, a posljednje 2013. godine. DSM klasificira isključivo psihijatrijske bolesti i poremećaje, za razliku od MKB-a koji sadržava sve poznate bolesti čovjeka (12).

U DSM-5 klasifikaciji, poremećaji seksualne želje smješteni su u kategoriju Seksualne disfunkcije, kao i u MKB-11 klasifikaciji. Međutim, za razliku od MKB-11 (i za razliku od DSM-IV klasifikacije), u ovoj klasifikaciji poremećaj s hipoaktivnom seksualnom željom (eng. *Hypoactive sexual desire disorder*, HSDD) i poremećaj seksualnog uzbuđivanja žena (eng. *Female sexual arousal disorder*, FSAD) spojeni su u jedinstven poremećaj pod nazivom Poremećaj seksualne želje/uzbuđenja kod žena (eng. *Female sexual interest/arousal disorder*, FSIAD). Poremećaj seksualne želje muškaraca ne spaja se s erektilnim poremećajem (što je poremećaj uzbuđenja), već se klasificira odvojeno kao Poremećaj s hipoaktivnom seksualnom željom kod muškaraca (eng. *Male hypoactive sexual desire disorder*, MHSDD). Ova odluka objašnjava se određenim brojem istraživanja koja pokazuju da je teško odvojiti seksualnu želju od uzbuđenja kod žena kao dvije zasebne faze seksualne reakcije (13). Nova klasifikacija smatra se kontroverznom među mnogim stručnjacima u polju seksualne medicine, koji smatraju da u suvremenim kliničkim istraživanjima nema dovoljno empirijskih dokaza za stvaranje te nove dijagnostičke kategorije (14–16).

2.3. Druge klasifikacije seksualnih poremećaja

Međunarodna konzultacija u seksualnoj medicini (*International Consultation in Sexual Medicine*, ICSM) je izdanje koje sadrži detaljnu klasifikaciju seksualnih poremećaja, uključujući i neka manje učestala stanja za koja autori DSM-a i MKB-a smatraju kako još nema dovoljno podataka (17).

Međunarodni stručnjaci u polju seksualnih disfunkcija postigli su konsenzus po kontroverznom pitanju disfunkcije sa smanjenom seksualnom željom na sastanku za 4. izdanje ICSM-a 2015.

godine. Zaključuju da podaci o incidenciji i učestalosti te čimbenicima rizika za seksualne disfunkcije jasno pokazuju da je odvajanje ovih dviju disfunkcija kod žena (HSDD i FSAD) podržano trenutnom literaturom o epidemiologiji i čimbenicima rizika.

ICSM-4 prema tome zadržava HSDD i FSAD kao odvojene disfunkcije, te disfunkciju s hipoaktivnom seksualnom željom jednako definira i za žene i za muškarce kao trajno ili ponavljajuće smanjenje ili nedostatak seksualnih ili erotskih misli ili fantazija i želje za seksualnom aktivnošću. MKB-11 klasifikacija se temeljila i na ovom stručnom konsenzusu (18).

3. EPIDEMIOLOGIJA

Postoji relativno velika varijabilnost u epidemiološkim istraživanjima disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom. Razlog tomu je što se od početka klasificiranja ovog stanja više puta mijenjala i sama definicija i kriteriji za dijagnosticiranje. S obzirom da je HSDD poddijagnosticirano stanje, relevantni epidemiološki podaci ne dobivaju se iz kliničkih baza podataka, već se većina istraživanja temelji na različitim upitnicima i mjerama s različitim stupnjevima pouzdanosti i valjanosti.

Najveće razlike u podacima nastale su uvođenjem kriterija kod kojeg osoba radi svoje seksualne disfunkcije doživljava značajnu patnju. Postoji i manjak istraživanja disfunkcije seksualne želje kod muškaraca i kod seksualnih manjina.

Generalno se učestalost disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom nalazi u rasponu od 2 do 40 % kod muškaraca (od 1:2,5 do 1:50), a još je češća u žena, gdje se učestalost procjenjuje na 10 do 65 % (od 1:1,5 do 1:10). Učestalost raste s dobi i kod žena i kod muškaraca.

Prvo istraživanje seksualnih smetnji s velikim reprezentativnim uzorkom u Sjedinjenim Američkim Državama bilo je Nacionalno istraživanje zdravlja i društvenog života (*National Health and Social Life Survey*, NHSLS). Smanjena seksualna želja bila je najčešća seksualna smetnja kod žena (22 %), a najrjeđa seksualna smetnja kod muškaraca (5 %). Smanjena seksualna želja bila je češća kod žena s višim stupnjem obrazovanja, žena s lošijim zdravljem, emocionalnim problemima, ekonomskim problemima i stresom, te češća kod crkinja nego bijelkinja (19).

Iako učestalost smanjene seksualne želje raste s dobi, stres i patnja povezani sa smanjenom željom se umanjuju. Prema tome učestalost smanjene seksualne želje s posljedičnom osobnom patnjom ostaje relativno konstantna s dobi (6 do 13 % žena u Europi, 12 do 19 % žena u Sjedinjenim Američkim Državama) (20,21).

U Hrvatskoj postoje istraživanja o seksualnim smetnjama ograničena na zagrebački uzorak ispitanika. Anketirane su žene i muškarci u dobi između 20 i 60 godina, a za ispitivanje seksualne želje koristio se Indeks seksualne želje sastavljen od šest varijabli: učestalost razmišljanja/fantaziranja o seksu, učestalost pojavljivanja želje za ljubavljenjem,

samozadovoljavanjem, seksualnim dodirivanjem (maženjem), te oralnim i vaginalnim odnosom. Hipoaktivna seksualna želja bila je prisutna kod 14,5 % ispitanica (od 4,1 % u najmlađoj dobnoj skupini do 34,6 % u najstarijoj) i kod 4 % ispitanika (22,23).

Više od 50 % žena sa smanjenom seksualnom željom ima i još jednu ili dvije seksualne smetnje (probleme s uzbuđivanjem, orgazmom, boli, zadovoljstvom) (24). Kod muškaraca, smanjena seksualna želja povezana je s erektilnom disfunkcijom.

Osim drugih seksualnih disfunkcija, psihijatrijske, endokrinološke i druge tjelesne bolesti povezane su s hipoaktivnom seksualnom željom. Kod osoba s poremećajima raspoloženja i anksioznim poremećajima, prevalencija hipoaktivne seksualne želje je oko 50 %. Ostali česti čimbenici rizika za hipoaktivnu seksualnu želju uključuju seksualne i zdravstvene probleme partnera, narušenu komunikaciju među partnerima, lošu sliku o tijelu te seksualno zlostavljanje (2).

4. ETIOLOGIJA

Kompleksnu etiologiju hipoaktivne seksualne želje možemo bolje razumjeti pomoću Bancroftove teorije dualne kontrole seksualnosti i biopsihosocijalnog pristupa.

4.1. Model dualne kontrole seksualnosti

Model dualne kontrole seksualnosti objašnjava seksualno funkcioniranje kao rezultat interakcije seksualno ekscitirajućih i inhibirajućih čimbenika. Smanjena seksualna želja može biti posljedica povećanog djelovanja inhibirajućih čimbenika, smanjenog djelovanja ekscitirajućih čimbenika ili kombinacije jednog i drugog. Pojačana inhibicija seksualne želje ili seksualnog odgovora može biti i zdrava prilagodba na životne okolnosti ili okolnosti unutar intimnog odnosa, kako bi se izbjegle riskantne, stresne ili opasne seksualne situacije i ponašanja, te njihove moguće posljedice.

Opisuju se tri skupine čimbenika koji djeluju na seksualnu ekscitaciju i inhibiciju:

1. Životne situacije i odnosi: problemi u intimnoj vezi, umor, stres;
2. Osobna seksualna ponašanja i povijest: sklonost reagiranju inhibicijom seksualne želje kod pojave seksualnih problema kao posljedica naučenih ponašanja, kulturnih i religijskih utjecaja, te proživljene traume;
3. Fizički i medicinski čimbenici: menopauza, uzimanje egzogenih hormona ili drugih lijekova, te druge bolesti.

Dakle, inhibirajući i ekscitirajući čimbenici postoje na svim biopsihosocijalnim razinama pa ih se može i na taj način sistematizirati. Treba imati na umu da su svi čimbenici u svakom trenutku u međusobno složenoj interakciji te da se radi o didaktičkoj podjeli na tri razine.

4.2. Biopsihosocijalni model

4.2.1. Biološki čimbenici

Od bioloških čimbenika inhibirajuće djelovanje imaju serotonin, prolaktin i opiodi. Učinci serotonina na seksualnu reakciju primijećeni su kao nuspojave antidepresiva sa serotoninergičkim mehanizmom djelovanja. Iako primarno odgađaju orgazam, također mogu smanjiti seksualnu želju. Osim fiziološki povišenih razina prolaktina za vrijeme trudnoće i dojenja, hiperprolaktinemija može biti simptom novotvorina, pretilosti, sindroma policističnih jajnika te nuspojava nekih antipsihotika. Također se pojačano izlučuje pri intenzivnim tjelesnim aktivnostima. Endogeni i egzogeni opiodi smanjuju seksualnu želju.

Ekscitirajuće djelovanje u seksualnoj reakciji imaju testosteron, dopamin, oksitocin te noradrenalin. Manjak testosterona uzrokuje smanjenu seksualnu želju i kod muškaraca i kod žena. Može biti posljedica pretilosti, hipogonadizma ili orhidektomije, a kod žena dolazi do pada razine testosterona u menopauzi. Hormonska kontracepcija također može smanjiti testosteron, odnosno razinu slobodnog testosterona u krvi radi povećane sinteze globulina koji veže spolne hormone (SHBG). Dopamin je povišen u stanjima uzbuđenja i novosti, dakle rutina i dosada mogu uzrokovati smanjene razine tog neurotransmitora, kao i antipsihotici.

4.2.2. Psihološki čimbenici

Na psihološkoj razini, dosada i rutina djeluju inhibirajuće na seksualnu želju. Pad seksualne želje kod oba partnera pojavljuje se u dugotrajnim intimnim vezama kada se izgubi osjećaj uzbuđenja i novosti tipičan za početak odnosa. Predvidljivost, rutina, zajedničke obaveze i rađanje djece česti su inhibirajući čimbenici. Nedovoljna komunikacija o seksualnim željama i potrebama među partnerima i očekivanje da partneri znaju kakva stimulacija i atmosfera drugoj osobi odgovara i uzrokuje najviše zadovoljstva posredno može inhibirati seksualnu želju. Tada je ona zapravo posljedica neadekvatne seksualne stimulacije i manjka užitka koji s vremenom erodiraju želju.

4.2.3. Sociokulturni čimbenici

Osjećaji krivnje i srama snažni su inhibirajući čimbenici za seksualnu želju i seksualni odgovor. Mogu biti posljedica strogih religioznih stavova, rodnih stereotipa ili nedostatka znanja o seksualnosti radi seksualno zatvorenog okruženja. Krivnja i sram onemogućavaju znatiželju oko seksualnosti, razgovor o seksualnosti, bilo kakvo eksperimentiranje ili istraživanje vlastitog tijela, želje ili potreba. Radi toga često osobe ne upoznaju vlastite psihološke i fiziološke reakcije na seksualne podražaje i ne uspijevaju uživati u seksualnosti (2).

5. KLINIČKA SLIKA

Osnovni simptom disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom jest odsutnost erotskih ili seksualnih misli ili fantazija i želje za seksualnom aktivnošću. Osoba uglavnom ne razmišlja o seksu, nema seksualnih maštarija niti sudjeluje u seksualnim aktivnostima (s drugom osobom ili sama). Osim spontane seksualne želje, smanjena je ili odsutna i reagibilna seksualna želja (ona koja se pojavi kao rezultat uzbuđenja, iniciranja seksualnih aktivnosti od strane partnera/ice ili iz neseksualnih motivacija).

U dugoročnim monogamnim partnerskim odnosima radi smanjene želje jednog od partnera može doći do prestanka seksualnih aktivnosti kroz dulji period, a katkad do izbjegavanja i drugih vrsta intimnog kontakta (ljubljenje, grljenje, maženje) iz straha da će partner/ica kontakt interpretirati kao iniciranje seksualnog odnosa. Često takva situacija uzrokuje dodatan pritisak osobi sa smanjenom željom (što pogoršava problem), dok njihovi partneri/ce postaju sve više frustrirani, osjećaju se nepoželjno i zanemareno. S druge strane, osoba sa smanjenom željom može ponekad sudjelovati u seksualnim aktivnostima samo iz osjećaja obaveze ili dužnosti prema partneru/ici, ali bez ikakve želje. Posljedično, dolazi do sve više problema u odnosu – zamjeranja, udaljavanja, krivnje, srama.

Osoba sa hipoaktivnom seksualnom željom i njen partner/ica imaju povećan rizik za razvitak drugih seksualnih disfunkcija, npr. partner može imati problema s erekcijom jer se osjeća neprivlačno, neželjeno ili seksualno neadekvatno. Mogu se javiti osjećaji beznada, smanjeno samopouzdanje, promjene raspoloženja te negativna slika o svom tijelu. Obje osobe u partnerstvu imaju povećan rizik za depresiju i anksiozne poremećaje te narušenu kvalitetu života (1,2).

6. DIJAGNOZA

Dijagnozu disfunkcije seksualne želje, kao i drugih seksualnih disfunkcija, najčešće postavljaju psihijatri (a mogu je postaviti i liječnici drugih specijalnosti i stručnjaci koji su educirani po pitanju seksualnih smetnji) vodeći se MKB-10/11 ili DSM-5 kriterijima. Dijagnoza se mora temeljiti na detaljno i adekvatno uzetoj anamnezi. S obzirom da na pojavu i poboljšanje/pogoršanje seksualnih smetnji utječu razni biološki, psihološki, sociokulturni, ijtrogeni i drugi čimbenici, Bancroft je predložio uzimanje seksualne anamneze principom triju prozora (25,26):

1. Biološko-medicinski prozor – ispitati o tjelesnim bolestima (hipo/hipertiroidizam, dijabetes, hipertenzija, srčane bolesti; ozljede i bolesti mišićno-koštanog sustava), duševnim bolestima (depresija, anksioznost, shizofrenija, ovisnosti o alkoholu), lijekovima i dodacima prehrani (antidepresivi, antihipertenzivi, antipsihotici, benzodiazepini, antilipemici) te provedenim operativnim ili drugim zahvatima (zračenje, zahvati na kralježnici, zahvati u maloj zdjelici).
2. Osobna seksološka anamneza – ispitati o načinu stjecanja seksualnog iskustva, kako je osoba stjecala seksualna znanja, s kime je mogla razgovarati o seksualnosti, pitati o razini otvorenosti prema seksualnosti, maštanjima i eksperimentiranju, o strahovima i sramu prema seksualnosti te pitati za eventualna neželjena ili traumatska seksualna iskustva.
3. Prozor odnosa – ispitati koliko je osoba zadovoljna partnerskim odnosom (ako je u intimnoj vezi), postoji li nešto što se u zadnje vrijeme promijenilo u vezi, razgovara li o svome problemu s partnerom/icom, kako svatko od njih o tom problemu razmišlja; također ispitati o eventualnim stresnim zbivanjima na poslu, financijskim problemima, problemima u široj obitelji.

Važno je utvrditi jesu li seksualne smetnje koje osoba ima primarne ili sekundarne (cjeloživotne ili stečene), te generalizirane ili situacijske.

Primarni (cjeloživotni) poremećaji su oni koji se pojavljuju od početka seksualne aktivnosti, dok su sekundarni (stečeni) oni poremećaji koji su se razvili nakon razdoblja u kojem je osoba već imala zadovoljavajući seksualni život.

Generalizirani seksualni poremećaj je onaj koji se pojavljuje u svim seksualnim situacijama, sa svim partnerima i partnericama i u svim vrstama seksualnih aktivnosti, uključujući masturbaciju. S druge strane, situacijski seksualni poremećaj je onaj koji se pojavljuje samo

u određenim okolnostima, s određenim partnerima i partnericama ili samo u nekim vrstama seksualnih aktivnosti.

Kliničar zatim procjenjuje potrebu za provođenjem laboratorijskih testova. Kod smanjene seksualne želje, to su razine testosterona, prolaktina i TSH-a, te estrogena kod žena (2).

6.1. MKB-11 kriteriji

Disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom (HA00) karakterizira se nedostatkom ili značajnim smanjenjem želje ili motivacije za seksualnom aktivnošću, što se očituje kao:

- 1) smanjena ili odsutna spontana želja (erotske/seksualne misli ili fantazije);
- 2) smanjena ili odsutna reagibilna želja potaknuta stimulacijom ili drugim erotskim podražajima; ili
- 3) kada i jest potaknuta, nemogućnost održavanja želje ili interesa za seksualnu aktivnost.

Obrazac smanjene/odsutne spontane ili reagibilne želje ili nemogućnost održavanja želje ili interesa za seksualnu aktivnost javlja se epizodično ili kontinuirano kroz razdoblje od barem nekoliko mjeseci, te uzrokuje klinički značajnu patnju (frustriranost, tugu, osjećaj neadekvatnosti, izgubljenost, brigu, žalost).

Po tome radi li se o cjeloživotnoj ili stečenoj te generaliziranoj ili situacijskoj disfunkciji, detaljnije ju možemo klasificirati kao:

- HA00.0 – cjeloživotna, generalizirana disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom;
- HA00.1 – cjeloživotna, situacijska disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom;
- HA00.2 – stečena, generalizirana disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom;
- HA00.3 – stečena, situacijska disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom;
- HA00.Z – disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom, nespecificirana.

MKB-10 definira nedostatak ili gubitak seksualne želje (F52.0) kao poremećaj kod kojeg je gubitak želje glavni problem i nije sekundaran u odnosu na druge seksualne disfunkcije kao što su izostanak erekcije ili dispareunija.

Iako je seksualna averzija izbačena iz nove klasifikacije jer sve više autora smatra da i nije seksualni poremećaj, već da pripada skupini anksioznih poremećaja (fobičnim

poremećajima), vrijedi je ovdje spomenuti. Seksualnu averziju i nedostatak seksualnog uživanja (F52.1) MKB-10 definira kao poremećaj kod kojeg očekivanje seksualnih aktivnosti uzrokuje dovoljan strah ili anksioznost da se seksualna aktivnost izbjegava (seksualna averzija) ili se javlja normalni seksualni odgovor i doživljava orgazam, ali manjka svojstveno zadovoljstvo (nedostatak seksualnog uživanja) (27). Javljaju se osjećaji odbojnosti, nelagode, nezadovoljstva ili gađenja prema seksualnim aktivnostima. U nastanku seksualne averzije važnu ulogu mogu imati neželjeni seksualni događaji, seksualno uznemiravanje ili zlostavljanje (2).

6.2. DSM-5 kriteriji

Prema DSM-5 za dijagnozu poremećaja seksualne želje/uzbuđenja kod žena (FSIAD) moraju biti zadovoljena kriteriji:

A. Smanjena seksualna želja/uzbuđenje prisutno je tijekom minimalno 6 mjeseci i ispunjava barem 3 od sljedećih 6 kriterija:

1. smanjena/odsutna želja za seksualnom aktivnošću
2. smanjene/odsutne seksualne misli i fantazije
3. smanjeno/odsutno iniciranje seksualne aktivnosti i odbijanje partnerovih pokušaja da inicira seksualnu interakciju
4. smanjeno/odsutno uzbuđenje ili užitak tijekom seksualnih aktivnosti u skoro svim ili svim (75-100 %) seksualnim interakcijama
5. smanjena/odsutna seksualna želja potaknuta unutarnjim ili vanjskim seksualnim/erotičnim podražajima (pisanim, verbalnim, vidnim)
6. smanjene/odsutne genitalne ili negenitalne senzacije tijekom seksualne aktivnosti u skoro svim ili svim (75-100 %) seksualnim interakcijama.

B. Seksualna disfunkcija uzrokuje klinički značajnu patnju.

C. Seksualna disfunkcija ne može se bolje objasniti:

1. neseksualnom duševnom bolešću
2. značajnim stresom u partnerskom odnosu
3. utjecajem supstanci/lijekova ili drugih medicinskih stanja (12).

Prema DSM-5 za dijagnozu poremećaja s hipoaktivnom seksualnom željom kod muškaraca (MHSDDD) moraju biti zadovoljeni kriteriji:

A. Smanjene/odsutne seksualne misli ili fantazije te želja za seksualnom aktivnošću u trajanju od minimalno 6 mjeseci.

B. Seksualna disfunkcija uzrokuje klinički značajnu patnju.

C. Seksualna disfunkcija ne može se bolje objasniti:

1. neseksualnom duševnom bolešću
2. značajnim stresom u partnerskom odnosu
3. utjecajem supstanci/lijekova ili drugih medicinskih stanja (12).

7. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Kod dijagnosticiranja disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom u obzir treba uzeti normalne varijacije u seksualnoj želji, interpersonalne razlike u seksualnoj želji, prolazno smanjenu seksualnu želju, aseksualnost te depresivnost.

7.1. Normalne varijacije u seksualnoj želji

Radi li se o normalnoj varijaciji u seksualnoj želji ili disfunkciji s hipoaktivnom seksualnom željom razlučuje se pomoću dva kriterija. Ako seksualna želja nije snižena u odnosu na ranije stanje, te ako sama osoba ne doživljava patnju povezanu sa smanjenjem želje, takvo stanje ne smijemo proglasiti disfunkcijom (2).

7.2. Interpersonalne razlike u seksualnoj želji

Ako osoba ima smanjenu želju u odnosu na ranije stanje, ali sama ne doživljava patnju povezanu sa smanjenjem želje, nego povezanu s nezadovoljstvom partnera/ice njenom smanjenom željom, radi se o razlici u seksualnoj želji partnera (eng. *sexual desire discrepancy*, SDD). Često SDD dovodi do konflikta u partnerskom odnosu zbog čega se parovi i javljaju na liječenje.

Smanjena seksualna želja koja je posljedica konflikta i nezadovoljstva u partnerskom odnosu može imati i prilagodbenu ulogu te se u tom slučaju ne bi trebala proglasiti disfunkcijom (28).

7.3. Prolazno smanjena seksualna želja

Postoji mnoštvo različitih čimbenika koji mogu značajnije inhibirati seksualnu želju, tako važni životni događaji (npr. gubitak posla, prekid veze, žalovanje) mogu dovesti do prolaznog smanjenja ili gubitka seksualne želje. Takvo stanje koje traje do nekoliko mjeseci, pogotovo uz jasnu prisutnost vanjskog inhibirajućeg čimbenika, ne treba dijagnosticirati kao disfunkciju s hipoaktivnom seksualnom željom (2).

7.4. Aseksualnost

Aseksualnost je stanje kod kojeg osoba nema seksualnu želju ni interesa za seksualnom aktivnošću s drugom osobom. Osobe koje se identificiraju kao aseksualne mogu smatrati aseksualnost kao svoju seksualnu orijentaciju. Aseksualnost je trajno i konzistentno stanje koje se ne mijenja po intenzitetu, po čemu aseksualnost i možemo razlikovati od disfunkcije s

hipoaktivnom seksualnom željom, kod koje u nekom trenutku života dolazi do nestanka ili smanjenja želje u odnosu na ranije stanje.

Nema dokaza da bi se aseksualnost mogla klasificirati kao psihijatrijski poremećaj ili seksualna disfunkcija. Većina aseksualnih osoba imaju održanu želju za romantičnim ili intimnim odnosom, te za bliskošću i partnerstvom. Međutim, vjerojatno je da postoji jednako velika varijabilnost nedostatka seksualne želje među aseksualnim osobama, kao varijabilnost seksualne želje kod osoba koje se ne identificiraju kao aseksualne (2,29).

7.5. Depresija

S obzirom da smanjena seksualna želja može biti simptom depresije, a najčešće propisivani antidepresivi (SIPPS-i) mogu dodatno utjecati na smanjenje seksualne želje, treba dobro procijeniti vremenski i uzročno-posljedični odnos ova dva stanja. U kliničkoj slici depresije pojavljuju se dodatni simptomi, kao što su gubitak interesa i uživanja u većini životnih aktivnosti, problemi sa spavanjem, depresivno raspoloženje, problemi s koncentracijom, umor. Predstavljaju dijagnostički izazov ako se pojavljuju istodobno zbog dvosmjerne povezanosti depresije i smanjene seksualne želje (jedno stanje povećava rizik za pojavljivanje drugog) (30). U tom slučaju, kod pacijenata koji imaju kliničku sliku depresije sa smanjenom seksualnom željom, poželjno je odabrati antidepresiv s dualnim učinkom (SNRI, NDRI) ili antidepresiv s drugačijim mehanizmom djelovanja (bupropion, mirtazapin, tianeptin ili agomelatin) (2).

Ako je smanjena seksualna želja nastupila tek početkom liječenja antidepresivima (pogotovo onima sa serotoninskim učinkom), ne treba je dijagnosticirati kao disfunkciju s hipoaktivnom seksualnom željom, već se radi o nuspojavi lijeka.

8. LIJEČENJE

Osim adekvatnog liječenja eventualnih komorbiditeta, modaliteti liječenja disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom uključuju edukaciju, psihoterapiju, seksualnu terapiju i farmakoterapiju. Uz smanjenu seksualnu želju često se pojavljuju depresija, anksioznost, erektilna disfunkcija i prijevremena ejakulacija kod muškaraca, te vulvovaginalna atrofija, suhoća rodnice i dispareunija kod pacijentica u postmenopauzi (1,31).

8.1. Model PLISSIT

Većini osoba koje imaju seksualne probleme, smetnje, strahove, nedoumice ili pitanja vezana u seksualnost, a koje nemaju potpuno razvijenu disfunkciju koja bi ispunila kriterije za seksualni poremećaj, neće trebati složeni modaliteti liječenja. Svi liječnici, psiholozi, medicinske sestre/tehničari, drugi zdravstveni djelatnici i stručnjaci u području mentalnog zdravlja mogu pomoći velikoj većini pacijenata koji traže savjet u vezi seksualnog zdravlja koristeći model PLISSIT. Model PLISSIT (eng. *permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy*) razvio je Annon 1974. godine (32), a odnosi se na stupnjevani pristup pacijentima sa seksualnim smetnjama čiji se prvi koraci mogu početi provoditi već pri prvom razgovoru u ordinaciji obiteljskog liječnika. Radi se o sljedećim stupnjevima:

1. (P) Dopuštenje – liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik daje osobi mogućnost da govori o seksualnosti i da postavlja pitanja o seksualnosti, daje dopuštenje da istražuje, eksperimentira, da bude slobodna u svojoj seksualnosti, te validira pravo osobe na zadovoljavajuće seksualno funkcioniranje.
2. (LI) Ograničene informacije – liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik educira o fiziologiji i psihologiji ljudske seksualnosti dajući određene podatke koji su relevantni za seksualnu smetnju osobe koja traži pomoć. Također može predlagati dodatne izvore informacija u obliku literature, videa, erotike.
3. (SS) Specifični prijedlozi – seksualni terapeut, specijalist seksualne medicine ili drugi dodatno educiran zdravstveni djelatnik daje zadatke koji su specifični za seksualnu smetnju osobe koja traži pomoć. Zadaci/igrice zadaju se tijekom individualne ili partnerske terapije, a obično se rade kod kuće. To mogu biti vježbe usmjeravanja na dodir, vježbe usmjerene na istraživanje fantazija, vođena masturbacija, Kegelove vježbe, korištenje lubrikanata ili dilatatora, te specifični savjeti o primjeni lijekova i njihovih mogućih seksualnih nuspojava.

4. (IT) Intenzivna terapija – seksualni terapeut ili specijalist seksualne medicine provodi intenzivnu individualnu ili partnersku seksualnu psihoterapiju uzimajući u obzir sve čimbenike koje utječu na seksualno funkcioniranje, uključujući tjelesne bolesti, lijekove, psihološku strukturu osobe, ranija seksualna iskustva, odnos s drugima i trenutačan odnos među partnerima. Radi se na specifičnom seksualnom problemu, na komunikaciji među partnerima, njihovom odnosu, te na promjeni strukture ličnosti osobe (2,32).

8.2. Biopsihosocijalni pristup

Liječenje disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom treba slijediti biopsihosocijalni pristup s obzirom na međusobni utjecaj psihosocijalnih, interpersonalnih i bioloških čimbenika na razvoj, tijek i održavanje tog stanja (33). Terapija treba biti individualizirana na način da se najprije fokus stavlja na čimbenike koji najizglednije doprinose nastanku disfunkcije, također stavljajući naglasak na one čimbenike koje pacijentu/ici subjektivno uzrokuju najviše patnje i stresa (1). Cilj liječenja jest, po modelu dualne kontrole seksualnosti, smanjiti inhibirajuće i pojačati ekscitirajuće čimbenike koji sudjeluju u procesu seksualnog odgovora pojedinca ili para (1,26).

Ako disfunkcija sa smanjenom seksualnom željom nije primarna, već sekundarna radi određenih hormonskih stanja (hipotiroidizam, hiperprolaktinemija, hipogonadizam), treba najprije liječiti ta stanja. Smanjena želja uzrokovana određenim lijekovima može se tretirati smanjenjem doze ili zamjenom lijeka nekim drugim ekvivalentnim lijekom s drugačijim nuspojavama koje su pacijentu/ici prihvatljivije (2).

8.3. Nefarmakološko liječenje

8.3.1. Edukacija

Osobe sa smanjenom seksualnom željom najprije treba educirati o utjecaju dobi, kvalitete interpersonalnih odnosa, te psihičkog i tjelesnog stanja na seksualnu želju i uzbuđenje. Može biti korisno razgovarati o činjenici da različiti ljudi na različit način doživljavaju seksualnu želju te da ona može biti doživljena kao spontana ili reagibilna želja (ili nešto treće). Tako dio osoba koje uopće ne doživljavaju spontanu seksualnu želju može naučiti na zadovoljavajući način uživati u seksualnosti svjesno potičući reagibilnu želju (2). Osim toga, može biti potrebno

pacijente educirati o fiziologiji seksualnog odgovora i seksualnog zadovoljstva, ako je smanjena želja rezultat neadekvatne stimulacije i nedostatka seksualnog užitka (13).

8.3.2. Individualna ili partnerska psihoterapija

Psihoterapijom nastoje se modificirati misli, vjerovanja, ponašanja, emocije, te načini komunikacije i ponašanja unutar partnerskog odnosa koja imaju utjecaj na problem sa seksualnom željom. Obično su to automatske negativne misli i vjerovanja o seksualnosti, kulturna ili religijska očekivanja ili standardi o seksualnosti i seksualnim aktivnostima, osjećaji manjka samopouzdanja i negativne slike o svom tijelu. Propitivanjem i mijenjanjem misli, vjerovanja i ponašanja koja jačaju negativne reakcije i osjećaje i smanjuju seksualnu želju, modificiramo i potičemo pozitivne osjećaje i stavove u vezi seksualnosti (1). Važno je raditi na podupiranju rekreacijskih i hedonističkih aspekata seksualnog uzbuđenja i seksualnosti (2).

Ako je moguće, u terapiju osobe sa smanjenom seksualnom željom treba uključiti i partnera/icu. Kvaliteta intimnog odnosa ima snažan utjecaj na seksualno funkcioniranje (34–37), a osobe sa smanjenom željom izražavaju manje zadovoljstvo partnerskim odnosom (38,39). S obzirom na te poveznice, bitno je odrediti je li smanjena seksualna želja uzrok partnerskog konflikta ili je partnerski konflikt uzrok smanjene želje (33). Na partnerskoj psihoterapiji radi se na važnim aspektima odnosa – očekivanja i želje svakog od partnera, stupanj autonomije, suradnja, rješavanje konflikata, predanost, emocionalna intimnost. Nastoje se uspostaviti nove obrasci ponašanja u partnerstvu koja razbijaju njihovu uobičajenu rutinu. Savjetuje se otvorena komunikacija o seksualnim pitanjima, kvalitetno provođenje vremena kroz zajedničke aktivnosti, razgovaranje o osjećajima, te određivanje posebnog vremena za tjelesni dodir i intimnost. Nekim pacijentima/parovima trebat će dugotrajnija i intenzivnija seksualna terapija te se mogu primijeniti određene seksološke tehnike, kao što su vježbe seksualnih fantazija ili vježbe usmjeravanja na osjete (2).

8.3.3. Vježbe usmjeravanja na osjete

Vježbe usmjeravanja na osjete seksološka je tehnika koja se koristi uglavnom u partnerskoj seksualnoj terapiji. Radi se o nizu vježbi dodira koje su stupnjevane od dodira koji nema nikakvu seksualnu komponentu ili značenje, te se postepeno kreću do eksplicitnije seksualnih vrsta dodira i na kraju željene vrste seksualnog odnosa (31,40). Cilj ovih vježbi je smanjiti anksioznost i izbjegavanje senzualnog ili seksualnog dodira među partnerima, poboljšati njihovu komunikaciju te povratiti seksualnu intimnost na polagan, postepen način, prihvatljiv i

jednoj i drugoj osobi. Važnost ovih vježbi/igrica je što značajno smanji pritisak osobi sa smanjenom seksualnom željom jer je u početnim fazama vježbi zabranjen seksualni odnos, a partneri i dalje dobivaju tjelesni dodir i intimnost (2). Vježbe usmjeravanja na osjete kao terapijska tehnika najviše koriste ženama sa smanjenom seksualnom željom uzrokovanom anksioznošću u vezi penetrativnog seksualnog odnosa, te povezanih izbjegavajućih ponašanja (1).

8.3.4. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralnom terapijom nastoji se utjecati na misli i ponašanja koja su seksualno inhibirajuća ili odvlače pažnju za vrijeme seksualnih aktivnosti (41). Kognitivna komponenta je rad na automatskim mislima i na uvjerenjima/stavovima koja mogu inhibirati seksualnu želju. Bihevioralna komponenta odnosi se na promjenu seksualnih ponašanja na način da se više pažnje posvećuje na doživljaj ugone i užitka, nego na formu, performans ili zacrtan scenarij seksualnog odnosa. Bitan dio kognitivno-bihevioralne terapije je također psihoedukacija o seksualnoj želji i razgovor o tome kako osoba percipira svoju seksualnu želju i seks (1).

8.3.5. Mindfulness

Mindfulness je skup psiholoških tehnika i vještina kojima se nastoji pojačati svjesnost vlastitih misli, emocija ili iskustava procesom usmjeravanja pažnje na unutrašnje i vanjske događaje u datom trenutku. Razvija se meditacijom i određenim tehnikama disanja. Dosadašnja istraživanja pokazuju da bi ove tehnike mogle biti korisne za poboljšanje seksualnog funkcioniranja, uključujući smetnje sa seksualnom željom, gdje su potencijalno korisnije od kognitivno-bihevioralnih tehnika (42–45).

8.4. Farmakološko liječenje

8.4.1. Flibanserin

Flibanserin je centralno djelujući postsinaptički agonist 5-HT_{1A} serotoninskih receptora i antagonist 5-HT_{2A} serotoninskih receptora (pri dozi od 100mg). Uzima se navečer (zbog mogućeg hipotenzivnog i blagog sedativnog učinka), a djeluje na smanjenje serotoninske aktivnosti i povećava dopaminergičnu i noradrenergičku aktivnost. Odobren je u nekoliko zemalja, a trenutno je jedini lijek s indikacijom generalizirane, stečene disfunkcije sa smanjenom seksualnom željom (kod žena u premenopauzi) (46). Iako se učinkovitost i sigurnost flibanserina pokazala sličnom za žene u postmenopauzi, još nije odobren za tu

populaciju, kao ni za muškarce (47). Da bi se ovaj lijek propisao, najprije se mora isključiti druga etiologija za stečenu disfunkciju želje (druga medicinska ili psihijatrijska stanja, problemi unutar partnerskog odnosa, te utjecaj drugih lijekova ili supstanci).

8.4.2. Bupropion

Bupropion odobren je kao antidepresiv i za liječenje ovisnosti o pušenju, ali propisuje se i izvan odobrene indikacije (eng. *off-label use*) kod pacijenata koji imaju smanjenu seksualnu želju i depresiju ili smanjenu seksualnu želju kao posljedicu liječenja depresije SIPPS-ima (48,49). Pokazao je učinkovitost i kod žena u premenopauzi koje ne boluju od depresije (50). Djeluje mehanizmom inhibicije ponovne pohrane noradrenalina i dopamina, povećavajući centralnu dopaminergičnu i noradrenergičku aktivnost.

8.4.3. Buspiron

Buspiron je anksiolitik odobren za liječenje generaliziranog anksioznog poremećaja, a djeluje centralno kao parcijalni agonist serotoninских 1A receptora. Propisuje se izvan odobrene indikacije uz SIPPSE kod pacijenata koji imaju smanjenu seksualnu želju kao posljedicu liječenja SIPPSE-ima. (51,52).

8.4.4. Testosteron

Testosteron se koristi kao terapija kod muškaraca kod kojih je disfunkcija želje posljedica hipogonadizma. Ako pacijent ima fiziološke razine testosterona, nije kandidat za liječenje testosteronom. Dostupni su pripravci u obliku gela ili za intramuskularnu primjenu (2).

Ženama u perimenopauzi i postmenopauzi (prirodnoj ili poslije kirurškog odstranjenja jajnika) testosteron se propisuje kao *off-label* terapija za disfunkciju sa smanjenom seksualnom željom, gdje se pokazao vrlo učinkovitim. Koristi se u obliku transdermalnog flastera. Ako željeni učinak nije postignut nakon 6 mjeseci, terapija se prekida (53–55).

8.5. Liječenje komorbiditeta

8.5.1. Depresija i anksiozni poremećaji

Komorbidna anksioznost i/ili depresija liječe se antidepresivima, anksioliticima te psihoterapijom. Treba paziti da uvođenjem lijekova ne pogoršamo prisutnu seksualnu smetnju ili izazovemo neku drugu (npr. disfunkciju orgazma). Mogu se propisivati antidepresivi s

dualnim učinkom (SNRI, NDRI) ili antidepresivi s drugačijim mehanizmom djelovanja (bupropion, mirtazapin, tianeptin ili agomelatin), a pacijent/ice treba pomno pratiti kako reagiraju na liječenje.

8.5.2. Eretilna disfunkcija i prijevremena ejakulacija

Terapija erektilne disfunkcije uključuje psihoedukaciju, mijenjanje stila života, psihoseksualnu terapiju, farmakoterapiju (PDE-5 inhibitori, johimbin ili L-arginin) te različita pomagala (penoskrotalne prstenove, vakuumske pumpe i penisne proteze).

Liječenje prijevremene ejakulacije započinje psihoedukacijom i nefarmakološkim mjerama, kao što su masturbiranje prije planiranog odnosa, korištenje kondoma s anestetičkim sredstvima ili poseban položaj pri seksualnom odnosu. Od bihevioralnih metoda koriste se Semansova tehnika stiskanja i tehnika stani-kreni koje muškarac vježba prilikom masturbacije, a kasnije koristi u partnerskom odnosu. Farmakoterapija uključuje SIPPSe (dapoksetin je odobren za ovu indikaciju), klomipramin i tramadol. Koriste se i lokalni anestetici, a najboljim se pokazala kombinacija lidokaina i prilokaina (2).

8.5.3. Vulvovaginalna atrofija, suhoća rodnice i dispareunija

U terapiji za olakšanje genitourinarnih simptoma povezanih s menopauzom, kao što su suhoća rodnice, vulvovaginalna atrofija i dispareunija, osim lubrikanata, koriste se pripravci estrogena i estradiola. Terapija može biti sistemska u obliku oralnih ili transdermalnih pripravaka i intravaginalnih prstenova, te lokalna u obliku kreme, vaginaleta ili intravaginalnih prstenova. Kod lokalne estrogenske terapije preporučaju se niskodozni vaginalni pripravci (56).

Ospemifen je selektivni modulator estrogenskih receptora (SERM) odobren za liječenje dispareunije. Djeluje u rodnici kao agonist estrogenskih receptora i iako se uzima oralno, čini se da nema klinički značajnog djelovanja na dojke i endometrij (57).

9. ZAKLJUČAK

Disfunkcija s hipoaktivnom seksualnom željom vrlo je česta, ali i često nedijagnosticirana seksualna disfunkcija. Unatoč trajnoj debati o definiciji seksualne želje, stručnjaci naglašavaju važnost individualnog i holističkog pristupa pacijentima/cama sa seksualnim smetnjama. Iako je područje seksualnosti zanemareno u medicinskoj edukaciji, istraživanjima i kliničkom radu, uvođenje nove kategorije HA – Stanja povezana sa seksualnim zdravljem u 11. izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti korak je prema prepoznavanju važnosti ove grane medicine. Seksualne smetnje utječu na fizičko i psihičko zdravlje pojedinca, na zadovoljstvo partnerskim odnosom te narušavaju kvalitetu života. Osobe sa smanjenom seksualnom željom imaju povećan rizik od depresije, anksioznih poremećaja te drugih seksualnih smetnji (disfunkcije orgazma, erektilne disfunkcije). Odgovornost je na liječnicima da pitaju pacijente/ice za eventualne smetnje u seksualnom funkcioniranju jer se većina seksualnih problema može riješiti jednostavnim intervencijama (davanjem dopuštenja i ograničenih informacija) prije nego što se razviju u seksualne disfunkcije i zahtijevaju kompleksnije modalitete liječenja. Liječenje disfunkcije s hipoaktivnom seksualnom željom uvijek treba slijediti biopsihosocijalni pristup s obzirom na međusobni utjecaj psihosocijalnih, interpersonalnih i bioloških čimbenika na razvoj, tijek i održavanje tog stanja.

10. ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru prof. dr. sc. Draženu Begiću na strpljivosti i pomoći pruženoj pri izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojim roditeljima na odricanju i radu kako bi nam omogućili obrazovanje, a sestrama i bratu na zajedništvu i pruženim primjerima. Posebno hvala mojoj blizanki Ivani. Hvala prijateljicama Ani i Nini čije društvo mi je bila svakodnevna motivacija za rad.

Hvala doc. dr. sc. Tanji Jurin, prof. dr. sc. Goranu Arbanasu i prof. dr. sc. Aleksandru Štulhoferu, koji me svojim dugogodišnjim radom u području seksualnog zdravlja inspiriraju da se bavim ovom kompleksnom i predivnom temom.

Hvala meni što nisam odustala kada je bilo jako teško ne odustati.

U Zagrebu, 2023.

Jelena Oršolić

11. POPIS LITERATURE

1. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 01. travanj 2016.;4(2):103–20.
2. Arbanas G. Uvod u seksualnu medicinu. Zagreb: Naklada Slap; 2021. 172 str.
3. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Oxford, England: Little, Brown; 1966. (Human sexual response).
4. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1977.;3(1):3–9.
5. Nowosielski K, Wróbel B, Kowalczyk R. Women's Endorsement of Models of Sexual Response: Correlates and Predictors. *Arch Sex Behav*. veljača 2016.;45(2):291–302.
6. Sipski ML, Alexander CJ, urednici. Sexual function in people with disability and chronic illness: a health professional's guide. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers; 1997. 651 str.
7. Basson R. The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2000.;26(1):51–65.
8. Basson R. Rethinking low sexual desire in women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002.;109(4):357–63.
9. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men and Women with a Sexual Partner: An Online Survey in a Population Sample of Danish Adults Ages 20–65 Years. *The Journal of Sexual Medicine*. siječanj 2015.;12(1):116–28.
10. Nimbi FM, Tripodi F, Rossi R, Navarro-Cremades F, Simonelli C. Male Sexual Desire: An Overview of Biological, Psychological, Sexual, Relational, and Cultural Factors Influencing Desire. *Sexual Medicine Reviews*. 01. siječanj 2020.;8(1):59–91.
11. ICD-11 [Internet]. [citirano 30. kolovoz 2023.]. Dostupno na: <https://icd.who.int/en>
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 str.
13. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav*. travanj 2010.;39(2):221–39.
14. DeRogatis LR, Clayton AH, Rosen RC, Sand M, Pyke RE. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? *Arch Sex Behav*. travanj 2011.;40(2):217–9; author reply 221-225.
15. Clayton AH, DeRogatis LR, Rosen RC, Pyke R. Intended or Unintended Consequences? The Likely Implications of Raising the Bar for Sexual Dysfunction Diagnosis in the Proposed DSM-V Revisions: 2. For Women with Loss of Subjective Sexual Arousal. *The Journal of Sexual Medicine*. kolovoz 2012.;9(8):2040–6.
16. Balon R, Clayton AH. Female Sexual Interest/Arousal Disorder: A Diagnosis Out of Thin Air. *Arch Sex Behav*. listopad 2014.;43(7):1227–9.

17. Arbanas G. Novelties in ICD-11 in the area of sexual health. LV [Internet]. 05. siječanj 2021. [citirano 12. rujan 2022.];142(11–12). Dostupno na: http://lijecnicki-vjesnik.hlz.hr/pdf/11-12-2020/09_arbanas.pdf
18. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, i ostali. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 01. veljača 2016.;13(2):135–43.
19. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*. 1999.;281(6):537–44.
20. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women. *Archives of Internal Medicine*. 14. srpanj 2008.;168(13):1441–9.
21. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*. siječanj 2007.;87(1):107–12.
22. Stulhofer A, Gregurović M, Galić I, Pikić A. Raširenost seksualnih smetnji u uzorku zagrebačkih žena (Prevalence of Female Sexual Difficulties in a Metropolitan Setting). *Medicina*. 01. siječanj 2005.;42:300–9.
23. Stulhofer A, Tiljak H, Gregurović M, Kuti S, Zelenbrz J, Landripet I. Prevalence of Male Sexual Difficulties in a Community Sample [In Croatian]. *Medicina*. 01. siječanj 2005.;42:294–300.
24. Rosen RC, Shifren JL, Monz BU, Odom DM, Russo PA, Johannes CB. Correlates of Sexually Related Personal Distress in Women with Low Sexual Desire. *The Journal of Sexual Medicine*. lipanj 2009.;6(6):1549–60.
25. Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. 3. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2009. 546 str.
26. Bancroft J, Graham CA, Janssen E, Sanders SA. The Dual Control Model: Current Status and Future Directions. *The Journal of Sex Research*. 17. ožujak 2009.;46(2–3):121–42.
27. ICD-10 Version:2019 [Internet]. [citirano 05. rujan 2023.]. Dostupno na: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F52.0>
28. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Archives of Sexual Behavior*. 2003.;32(3):193–208.
29. Brotto LA, Yule M. Asexuality: Sexual Orientation, Paraphilia, Sexual Dysfunction, or None of the Above? *Arch Sex Behav*. 01. travanj 2017.;46(3):619–27.
30. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional Association Between Depression and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 01. lipanj 2012.;9(6):1497–507.
31. Leiblum S, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World Journal of Urology*. 01. lipanj 2002.;20(2):127–36.

32. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. travanj 1976.;2(1):1–15.
33. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, i ostali. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med*. travanj 2016.;13(4):538–71.
34. Mark KP, Jozkowski KN. The mediating role of sexual and nonsexual communication between relationship and sexual satisfaction in a sample of college-age heterosexual couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2013.;39(5):410–27.
35. Sims KE, Meana M. Why Did Passion Wane? A Qualitative Study of Married Women’s Attributions for Declines in Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 29. lipanj 2010.;36(4):360–80.
36. Byers ES. The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction: Implications for Sex Therapy with Couples. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy [Internet]*. 1999. [citirano 11. rujana 2023.];33(2). Dostupno na: <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/58618>
37. Heiman JR, Long JS, Smith SN, Fisher WA, Sand MS, Rosen RC. Sexual Satisfaction and Relationship Happiness in Midlife and Older Couples in Five Countries. *Arch Sex Behav*. 01. kolovoz 2011.;40(4):741–53.
38. Carvalho J, Nobre P. Gender Issues and Sexual Desire: The Role of Emotional and Relationship Variables. *The Journal of Sexual Medicine*. 01. srpanj 2010.;7(7):2469–78.
39. Brezsnyak M, Whisman MA. Sexual Desire and Relationship Functioning: The Effects of Marital Satisfaction and Power. *Journal of Sex & Marital Therapy*. svibanj 2004.;30(3):199–217.
40. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. London: Churchill; 1970. 467 str.
41. Meston C, Bradford A. Sexual Dysfunctions in Women. *Annual review of clinical psychology*. 01. veljača 2007.;3:233–56.
42. Brotto LA, Krychman M, Jacobson P. Eastern Approaches for Enhancing Women’s Sexuality: Mindfulness, Acupuncture, and Yoga (CME). *The Journal of Sexual Medicine*. 01. prosinac 2008.;5(12):2741–8.
43. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behav Res Ther*. lipanj 2014.;57:43–54.
44. Brotto LA, Basson R, Luria M. A Mindfulness-Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 01. srpanj 2008.;5(7):1646–59.
45. Brotto LA, Seal BN, Rellini A. Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2012.;38(1):1–27.
46. Stahl SM, Sommer B, Allers KA. Multifunctional Pharmacology of Flibanserin: Possible Mechanism of Therapeutic Action in Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*. 01. siječanj 2011.;8(1):15–27.

47. Portman DJ, Brown L, Yuan J, Kissling R, Kingsberg SA. Flibanserin in Postmenopausal Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder: Results of the PLUMERIA Study. *J Sex Med.* lipanj 2017.;14(6):834–42.
48. Segraves RT, Croft H, Kavoussi R, Ascher JA, Batey SR, Foster VJ, i ostali. Bupropion sustained release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. *J Sex Marital Ther.* 2001.;27(3):303–16.
49. Segraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion Sustained Release for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Premenopausal Women. *Journal of Clinical Psychopharmacology.* lipanj 2004.;24(3):339–42.
50. Razali NA, Sidi H, Choy CL, Che Roos NA, Baharudin A, Das S. The Role of Bupropion in the Treatment of Women with Sexual Desire Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Neuropharmacol.* 31. kolovoz 2022.;20(10):1941–55.
51. Landen M, Eriksson E, Agren H, Fahlen T. Effect of Buspirone on Sexual Dysfunction in Depressed Patients Treated With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: *Journal of Clinical Psychopharmacology.* lipanj 1999.;19(3):268–71.
52. Loane C, Politis M. Buspirone: What is it all about? *Brain Research.* lipanj 2012.;1461:111–8.
53. Roney JR, Simmons ZL. Hormonal predictors of sexual motivation in natural menstrual cycles. *Hormones and Behavior.* 01. travanj 2013.;63(4):636–45.
54. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, Miller S, i ostali. Testosterone Patch Increases Sexual Activity and Desire in Surgically Menopausal Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 01. rujun 2005.;90(9):5226–33.
55. Panzer C, Guay A. Testosterone Replacement Therapy in Naturally and Surgically Menopausal Women (CME). *The Journal of Sexual Medicine.* 01. siječanj 2009.;6(1):8–18.
56. Tan O, Bradshaw K, Carr BR. Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. *Menopause.* siječanj 2012.;19(1):109–17.
57. Portman DJ, Bachmann GA, Simon JA. Ospemifene, a novel selective estrogen receptor modulator for treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy. *Menopause.* lipanj 2013.;20(6):623–30.

12. ŽIVOTOPIS

Rođena sam u Zagrebu 4. kolovoza 1996. godine. Pohađala sam Osnovnu školu Većeslava Holjevca, nakon koje sam upisala Prvu gimnaziju u Zagrebu. 2015. godine upisala sam Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Od 2015. do 2018. godine sudjelujem u javnozdravstvenom projektu „Promicanje mentalnog zdravlja – Pogled u sebe“ koji je pokrenula Međunarodna udruga studenata medicine Hrvatska (CroMSIC) kao vršnjačka edukatorica u srednjim školama. 2016. i 2017. godine bila sam dio organizacijskog odbora visoko posjećenog simpozija „Mladi i mentalno zdravlje – Slušam te“. U istom razdoblju volontirala sam u udruzi „BoliMe“ na projektima „Kad te boli, moraš reći“ i „Osjećam. – mentalna higijena i emocionalna pismenost mladih“ u sklopu kojih sam držala radionice u srednjim školama.

2020. godine postajem asistentica u CroMSIC-ovom Odboru za spolno i reproduktivno zdravlje i prava, uključujući HIV i AIDS (SCORA), u sklopu kojeg sam organizirala brojna predavanja i radionice na temu seksualnog i reproduktivnog zdravlja za studente medicine. Od 2020. do 2023. godine sudjelujem u projektu srednjoškolske edukacije o spolnom i reproduktivnom zdravlju „THE Talk“ kao voditeljica i kao vršnjačka edukatorica.