

Utjecaj osobnosti na seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika

Vučić Peitl, Marija

Doctoral thesis / Disertacija

2009

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:188:083697>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka Library - SVKRI Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET**

MARIJA VUČIĆ PEITL

**UTJECAJ OSOBNOSTI NA SEKSUALNO SAMOPOIMANJE U
SHIZOFRENIH I DEPRESIVNIH BOLESNIKA**

Doktorska disertacija

Rijeka, 2009.

Mentor: prof.dr.sc. Gordana Rubeša

Doktorska disertacija je obranjena dana _____ u/na

_____ **pred povjerenstvom u sastavu:**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Rad ima 290 stranica, 53 tablice i 9 slika.

UDK klasifikacija:

Riječi su “preslabe” da iskažu svu ljubav koju osjećam za vas,

Martini i Anamariji, s ljubavlju.

ZAHVALE

Zahvaljujem se mentorici prof.dr.sc. Gordani Rubeša za pomoć pri izradi ovog rada.

Veliko hvala kolegama i suradnicima koji su mi pomogli tijekom izrade ovog rada.

Zahvaljujem se pacijentima koji su pristali sudjelovati u ovom istraživanju.

Zahvaljujem svojim dragim roditeljima na ljubavi, razumijavanju i potpori koju mi daruju cijeli život.

Hvala mom suprugu na nesebičnoj podršci.

SADRŽAJ

	SAŽETAK.....	III
	SUMMARY.....	IV
1.0.	UVOD.....	1
1.1.	OBRAZLOŽENJE TEME.....	1
1.2.	OPĆI DIO.....	5
1.2.1.	OSOBNOST – LIČNOST.....	5
1.2.2.	Teorijski model.....	7
1.2.3.	Osobnost i seksualno samopoimanje.....	9
1.3.	SEKSUALNO SAMOPOIMANJE.....	10
1.3.1.	Self i self koncept.....	11
1.3.1.1.	Seksualnost.....	13
1.3.2.	SAMOPOIMANJE.....	15
1.3.2.1.	Samopoštovanje.....	16
1.3.2.2.	Seksualno samopoimanje.....	17
1.3.2.2.1.	Aspekti seksualnog samopoimanja.....	17
1.3.3.	SEKSUALNI ČIN.....	20
1.4.	SHIZOFRENIJA.....	21
1.4.1.	Simptomi.....	23
1.4.1.1.	Pozitivni psihotični simptomi shizofrenije su halucinacije i sumanute misli smetenosti i dezorganiziranosti.....	23
1.4.1.2.	Pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti.....	24
1.4.1.3.	Negativni simptomi shizofrenije.....	25
1.4.1.4.	Ostali simptomi.....	26

1.4.2.	Etiologija.....	26
1.4.3.	Liječenje shizofrenije.....	31
1.4.4.	SHIZOFRENIJA I SEKSUALNE DISFUNKCIJE.....	35
1.5.	DEPRESIJA.....	39
1.5.1.	Uvod.....	39
1.5.2.	Etiologija.....	40
1.5.3.	Simptomi.....	45
1.5.4.	Liječenje depresije.....	46
1.5.5.	Seksualnost i seksualne disfunkcije u depresije.....	49
1.6.	SEKSUALNE NUSPOJAVE PSIHOFAKAMA.....	52
1.6.1.	Seksualne nuspojave uzrokovane antidepresivima.....	52
1.6.2.	Seksualne nuspojave uzrokovane antipsihoticima.....	56
2.0.	RADNA HIPOTEZA.....	59
2.1.	CILJ.....	60
3.0.	ISPITANICI I METODE.....	61
3.1.	Ispitanici.....	61
3.2.	Metode rada.....	69
3.3.	Statistička obrada podataka.....	70
4.0.	REZULTATI.....	72
4.1.	Razlike u crtama ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	72
4.2.	Razlike u seksualnom iskustvu između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	76
4.3.	Povezanost crta ličnosti sa seksualnim iskustvom u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	78

4.4.	Seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	87
4.5.	Povezanost crta ličnosti i seksualnog samopoimanja u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	91
4.6.	Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja i seksualnog zadovoljstva u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika	103
4.7.	Utjecaj antipsihotika i antidepresiva na seksualno iskustvo u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.....	115
4.8.	Utjecaj antipsihotika i antidepresiva na seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.....	124
4.9.	Utjecaj spola na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	131
4.10.	Razlike u utjecaju spola na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	143
4.11.	Utjecaj dobi na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	148
4.12.	Utjecaj bračnog stanja na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	157
4.13.	Utjecaj stručne spreme na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	175
4.14.	Utjecaj broja hospitalizacija na seksualno iskustvo i seksualno	

	samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.....	191
4.15.	Utjecaj dužine liječenja na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.....	196
4.16.	Utjecaj vjere na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	201
4.2.	Kratki pregled rezultata.....	214
5.0.	RASPRAVA.....	224
5.1.	OSOBNOST – LIČNOST; SEKSUALNO SAMOPOIMANJE I SEKSUALNO ZADOVOLJSTVO U SHIZOFRENIH I DEPRESIVNIH BOLESNIKA.....	227
5.1.1.	Crte ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	227
5.1.2.	Razlike u seksualnom zadovoljstvu u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	230
5.1.3.	Crte ličnosti i seksualno zadovoljstvo u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	232
5.2.	SEKSUALNO SAMOPOIMANJE U BOLESNIKA SA SHIZOFRENIJOM I DEPRESIJOM TE ZDRAVIH ISPITANIKA.....	233
5.2.1.	Crte ličnosti i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	234
5.2.2.	Aspekti seksualnog samopoimanja i seksualnog zadovoljstva u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	239
5.3.	UTJECAJ FARMAKOTERAPIJE I SOCIODEMOGRAFSKIH ČIMBENIKA NA SEKSUALNO SAMOPOIMANJE I SEKSUALNO ISKUSTVO U BOLESNIKA SA SHIZOFRENIJOM I DEPRESIJOM	

	TE ZDRAVIH ISPITANIKA.....	242
5.3.1.	Utjecaj farmakoterapije na seksualno iskustvo u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, u usporedbi s utjecajem na zdrave ispitanike.....	242
5.3.2.	Utjecaj medikacije na aspekte seksualnog samopoimanja u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, u usporedbi s utjecajem na zdrave ispitanike.....	245
5.3.3.	Utjecaj spolne pripadnosti na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	247
5.3.4.	Utjecaj dobi na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	249
5.3.5.	Utjecaj bračnog statusa na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	251
5.3.6.	Utjecaj stručne spreme na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	254
5.3.7.	Utjecaj vjerske pripadnosti na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika.....	256
6.0.	ZAKLJUČCI.....	259
7.0.	LITERATURA.....	261
	ŽIVOTOPIS	

SAŽETAK

Cilj: Cilj ovog istraživanja bio je istražiti da li postoje značajne razlike u seksualnom samopoimanju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom u odnosu na zdravu populaciju, te ustanoviti moguće utjecaje čimbenika osobnosti na aspekte seksualnog samopoimanja i na seksualni čin u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih pojedinaca. Nadalje, ustanoviti da li postoji utjecaj psihomedikamenata i određenih sociodemografskih čimbenika: spola, dobi, bračnog statusa, stupnja stručne spreme, religijske pripadnosti na aspekte seksualnog samopoimanja i na seksualni čin.

Ispitanici i metode: Istraživanje je obuhvatilo 100 bolesnika sa shizofrenijom i 100 bolesnika s depresijom koji su medikamentozno tretirani više od deset godina, te 100 zdravih, nasumice odabranih dobrovoljaca koji odgovaraju po spolu, dobi, bračnom statusu, stupnju stručne spreme, religijsko pripadnosti ispitanim bolesnicima. Svi ispitanici koji su biti uključeni u istraživanje bili su upoznati s vrstama testiranja i dali su svoju pismenu potvrdu o informiranosti. Bolesnici sa shizofrenijom i depresijom su dijagnosticirani prema kriterijima DSM-IV, a intenzitet shizofrenih simptoma utvrđen skorom na ocjenskom upitniku PANSS (Pozitivna i negativna skala simptoma), dok je intenzitet depresije utvrđen ocjenskom ljestvicom MADRS (Montgomery-Aspergerova ljestvica za procjenu razine depresije koja se sastoji od 10 točaka koje predstavljaju simptome depresije). Za ispitivanje sedam aspekata seksualnog samopoimanja koristio se Bezinovićev upitnik za seksualno samopoimanje koji se sastoji od 57 čestica koje dotiču sedam aspekata seksualnog samopoimanja (seksualna “self-schema”, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost, seksualno zadovoljstvo). Za ispitivanje seksualnog čina koristila se Ljestvica seksualnog iskustva Arizona (ASEX), za muški i ženski spol, koji se sastoji od pet pitanja, od kojih su prva dva obvezatna, a slijedeća tri samo ako su

u zadnjih mjesec dana imali seksualni odnos. Za ispitivanje seksualnih disfunkcija kao nuspojava psihofarmaka koristila se ista ljestvica. Za ispitivanje osobina ličnosti koristio se uputnik ličnosti IPIP (International Personality Item Pool). Ovaj se uputnik sastoji od 44 čestice, a mjeri pet dimenzija ličnosti (ekstraverzija, neuroticizam, savjesnost, ugodnost i otvorenost za iskustva).

Rezultati: Rezultati ukazuju da se crte ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom i s depresijom te zdravih ispitanika značajno razlikuju. Nadalje seksualna iskustva bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika se razlikuju, te bolesnici s depresijom imaju intenzivnije izražene sve testirane seksualne disfunkcije i od bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika. Seksualna iskustva značajno su povezana sa crtama ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom. Tako određene crte ličnosti mogu predvidjeti određena njihova seksualna iskustva. Nema razlika u seksualnom samopoimanju između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom. Zdravi ispitanici se značajno razlikuju u seksualnom samopoimanju od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom jer na svim skalama postižu bolje rezultate. Crte ličnosti koje su značajno povezane sa boljim ili lošijim seksualnim samopoimanjem bolesnika sa shizofrenijom i depresijom razlikuju se u odnosu na zdrave ispitanike. Tako crte ličnosti postaju prediktor seksualnog samopoimanja. Seksualno iskustvo značajno je povezano sa seksualnim samopoimanjem u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom i razlikuju se u odnosu na zdrave ispitanike. Tako seksualno iskustvo postaje prediktor seksualnog samopoimanja. Antipsihotici i antidepresivi mogu značajno mijenjati seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje. Značajniji učinak imaju na seksualno iskustvo nego na seksualno samopoimanje. Spolna pripadnost utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje. Ženski spol je prediktor s više seksualnih disfunkcija i lošijim seksualnim samopoimanjem u bolesnika s depresijom i sa shizofrenijom te u zdravih ispitanika. Dob više utječe na seksualno samopoimanje nego na seksualna iskustva bolesnika s depresijom ili

shizofrenijom. Brak je loš prediktor za seksualno iskustvo bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika, ali ne u bolesnika sa shizofrenijom. Viša stručna sprema povezana je s manje seksualnih disfunkcija i boljim seksualnim samopoimanjem u bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika. Broj hospitalizacija u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom ne utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje. Duljina liječenja u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom ne utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje. Vjerska pripadnost utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika.

Zaključak: I konačno možemo zaključiti da crte ličnosti mogu biti prediktor za seksualno samopoimanje i seksualno iskustvo u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih pojedinaca, ali konačni utjecaj crta ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih pojedinaca ovisi i o sociodemografskim čimbenicima kao i psihomedikaciji.

Ključne riječi: depresija, osobnost, seksualnost, samopoimanje, shizofrenija

SUMMARY

Aim: Aim of this research was to establish if significant differences exist regarding sexual self-perception of patients suffering from schizophrenia or depression, compared to healthy individuals. More specific, we sought to establish possible influences of personality factors on the aspects of sexual self-perception and sexual intercourse of patients suffering from schizophrenia and depression, as well as healthy individuals. Furthermore, establishing possible influence of psychopharmacs and socio-demographic factors (gender, age, marital status, level of education, religious denomination) on the aspects of sexual self-perception and sexual intercourse was also a part of this research.

Participants and methods: This research was conducted on 100 patients suffering from schizophrenia and 100 patients suffering from depression, who have been treated with psychopharmacs for at least ten years, and 100 randomly selected healthy volunteers. All participants were informed about the various types of testing used in this research and gave their written informed consent about participating in this research. Schizophrenia and depression were diagnosed according to DSM-IV criteria and the intensity of schizophrenia symptoms was established by a score on the PANSS scale (Positive and negative symptom scale) while the intensity of depression was assessed by MADRS scale (Montgomery-Asperg depression rating scale). Bezinović's questionnaire was used in order to assess seven aspects of sexual self-perception. That questionnaire consists of 57 items regarding seven aspects of sexual self-perception (sexual self-scheme, sexual consciousness, sexual readiness, sexual adventurism, negative emotionality, sexual incompetence and sexual satisfaction). ASEX scale (Arizona sexual experiences scale) was used to research sexual intercourse and sexual dysfunctions caused by the use of psychopharmacs. It consists of five questions separate for male and female gender; first two of which are obligatory and the following three apply only

if participant had sexual intercourse during the month prior to completing the scale. International Personality Item Pool (IPIP) was used to research personality traits. IPIP consists of 44 items and measures five personality dimensions (extraversion, neuroticism, conscientiousness, pleasantness and openness to experience).

Results: Results show that personality traits of patients suffering from schizophrenia or depression and healthy individuals significantly differ. Furthermore, sexual experiences of patients suffering from schizophrenia or depression and healthy individuals also significantly differ, and patients suffering from depression have more pronounced sexual dysfunctions compared to patients suffering from schizophrenia and healthy individuals. Among patients suffering from schizophrenia or depression, sexual experiences are significantly correlated to personality traits. Therefore, personality traits can predict certain sexual experiences. There are no differences regarding sexual self-perception between patients suffering from schizophrenia and those suffering from depression. Healthy individuals exhibit significantly different sexual self-perception than patients suffering from schizophrenia or depression due to the fact that on all of the observed scales they achieve significantly better results. Personality traits, which are significantly related with better or worse sexual self-perception, of patients suffering from schizophrenia or depression differ from those of healthy individuals. In that manner, personality traits can become predictors of sexual self-perception. Sexual experience is significantly related to sexual self-perception of patients suffering from schizophrenia or depression and differs to that of healthy individuals. In that manner, sexual experience can become predictor of sexual self-perception. Antipsychotics and antidepressants can significantly alter sexual experience and sexual self-perception. Their influence on sexual experience is more significant than on sexual self-perception. Gender also influences sexual experience and sexual self-perception. Female gender is a predictor for a higher number of sexual dysfunctions and worse sexual self-perception among patients

suffering from schizophrenia or depression, as well as healthy individuals. Age has a more pronounced effect on sexual self-perception than on sexual experiences of patients suffering from schizophrenia or depression. Marriage is a bad predictor for sexual experiences of patients suffering from depression and healthy individuals, but that is not the case with patients suffering from schizophrenia. Higher level of education is related to fewer sexual dysfunctions and better sexual self-perception of patients suffering from depression and healthy individuals. Number of hospitalizations and length of treatment of patients suffering from schizophrenia or depression does not influence sexual experiences and sexual self-perception. Religious denomination has an influence on sexual experiences and sexual self-perception of patients suffering from schizophrenia and healthy individuals.

Conclusion: We can conclude that personality traits can predict sexual self-perception and sexual experiences of patients suffering from schizophrenia or depression, as well as healthy individuals, but socio-demographic factors and psychopharmacs also need to be taken into account when assessing the full influence of personality traits.

Key words: depression, personality, sexuality, self-perception, schizophrenia

1.0. UVOD

1.1. OBRAZLOŽENJE TEME

Nagoni snažnim podražajem na psihičko stvaraju napetost i jedino zadovoljenje nagona oterećuje od napetosti. Pripadaju našem unutrašnjem, nesvjesnom (Id), svijetu i "bijeg od njih" ne koristi. Izvor im je nejasan, a cilj uvijek isti - zadovoljenje ili ukidanje podražaja. Izvan dometa su realiteta pa ne podliježu zakonima vremena, logike i uzročnosti. Sudbina nagona može biti zadovoljenje, zadržavanje u nesvjesnom ili preokretanje u suprotno. Sudbinu im određuje Ego (Ja) i Suprego (Nad-ja) (1). Seksualni nagon je jedan od najjačih nagona (1), a seksualnost sama po sebi u određenoj mjeri determinira naš život – naše ponašanje i opću prilagodbu (2,3). Shvaćanje vlastite seksualnosti i odnos prema njoj uči se u procesu razvoja i mijenja načine na koje pojedinac percipira, procjenjuje i zamišlja samoga sebe, odnosno tijekom razvoja njegovog samopoimanja (selfa).

Suvremena tumačenja samopoimanje sebstva (self-a) prikazuju kao složen, dinamički sustav koji se odražava u ponašanju i koji posreduje u tom ponašanju (4). Seksualno samopoimanje samo je jedna podjedinica tog složenog sustava (selfa). Sami aspekti seksualnosti su se uglavnom istraživali u zdravoj populaciji (2,5,6,7,8), a u populaciji osoba sa psihičkim smetnjama takvih radova gotovo i nema. Tako su istraživanja na zdravoj populaciji razvila mjerni instrumentarij za mjerenje seksualne "self –sheme" i nekih drugih aspekata seksualnog samopoimanja (seksualna "self - shema", seksualna svijest, seksualna spremnost, seksualni avanturizam, negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost, seksualno zadovoljstvo) (9). U svom sam

magistrskom radu istakla razlike nekih aspekata seksualnog samopoimanja (seksualna svijest, seksualna spremnost, seksualni avanturizam, negativna emocijnost, seksualna nekompetentnost, seksualno zadovoljstvo) između akutnih i kroničnih shizofrenih bolesnika, te zdravih pojedinaca (10). Rad je istaknuo da: duljina bolesti, duljina medikacije, različitost psihofarmaka, hereditarno opterećenje, bitnije ne utječu na aspekte seksualnog samopoimanja između akutnih i kroničnih shizofrenih bolesnika. Ipak se njihovo seksualno samopoimanje razlikuje u odnosu na zdrave pojedince gotovo u svim aspektima seksualnog samopoimanja, osim u aspektu seksualne spremnosti što je nametnulo zaključak da u shizofrenih bolesnika seksualna spremnost nije ledirana, ali je realizacija odnosa poremećena.

Shizofrenija i depresija su teške duševne bolesti, etiološki različite, koje se klinički manifestiraju brojnim sličnim ali i različitim simptomima, među kojima su i poremećaji nagona (11).

Treba istaknuti da je shizofrenija najteža duševna bolest koja dovodi do promjene cjelukupne ličnosti (11) stoga je za očekivati da će rezultirati i brojnim promjenama u seksualnom samopoimanju i seksualnom činu (koncept odnosno doživljaj seksualnog čina) u odnosu na depresivne bolesnike i zdrave pojedince.

Kliničkim opservacijama uočavamo razlike u seksualnom samopoimanju unutar istih dijagnostičkih kategorija, čije se vremensko i psihofarmakološko liječenje nije razlikovalo, pa je za pretpostaviti da osobnost ima utjecaj na seksualno samopoimanje. Radova koji direktno govore o osobnosti i seksualnom samopoimanju gotovo i nema. Postoje samo radovi koji fragmentarno istražuju samo neke aspekte seksualnog samopoimanja (12,13,14,15,16,17) u određenih duševnih bolesnika, ali sveobuhvatnih istraživanja seksualne “self-scheme” i ostalih aspekata seksualnog samopoimanja u shizofrenih i depresivnih bolesnika u nama dostupnoj literaturi nema.

Nadalje, dokazana receptorska djelovanja različitih psihofarmaka upućuju na moguće promjene u seksualnom samopoimanju i samom seksualnom činu (18). Tako seksualnu disfunkciju kao nešto što je primjereno depresivnom poremećaju vežu uz djelovanje antidepresiva na perifernu kolinergičnu i andrenergičnu transmisiju koje mogu izazvati seksualne efekte od oligospermije do enormnih uzbuđenja (19).

Iako su dosadašnja istraživanja imala fragmentarni pristup izučavanju seksualiteta u težih duševnih bolesnika ipak su pokazali da osobnost, medikacija i sociodemografski čimbenici imaju stanovito značenje u boljem razumijevanju seksualnog samopoimanja.

U skladu sa dosada poznatim definirali smo ciljeve ovom istraživanja koji će sveobuhvatno analizirati seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom uključujući sve sociodemografske čimbenike koji mogu imati upliva na seksualno samopoimanje: spol, dob, bračni status, stupanj stručne spreme, religijska pripadnost, kao i psihofarmakološki tretman.

Do sada ovakvih cijelovitih pristupa seksualitetu težih psihijatrijskih bolesnika nije bilo. Naime, dosadašnja saznanja uglavnom se baziraju na analizi seksualnosti bolesnika različitih dijagnostičkih kategorija (20,21), analizi pojavnosti seksualnih disfunkcija pri primjeni određenih psihofarmaka (22,23,24), te na utjecaju herediteta na seksualitet (10).

Ovakav tip istraživanja omogućava bolje razumijevanje samih duševnih poremećaja napose onih težih, te utjecaj same medikacije i određenih sociodemografskih činitelja na svekoliko funkcioniranje duševno bolesnih, a poglavito u sferi seksualnosti kao sustavu koji može imati aktivirajuću i inhibirajuću funkciju. Naime, sveobuhvatnost ovog istraživanja omogućit će definiranje prediktora koji mogu dovesti do značajnih smetnji u sferi seksualnosti težih duševnih bolesnika i

bolju prevenciju takvih smetnji što u konačnici reducira diskriminaciju i stigmatizaciju duševnih bolesnika, napose shizofrenih.

1.2. OPĆI DIO

1.2.1. OSOBNOST- LIČNOST

Velika većina psihičkih poremećaja je rezultat suigre bioloških (B), psiholoških (P), okolinskih (socijalnih) (S) i razvojnih (R) čimbenika i odnosu među njima (25).

Tako će se u ovm radu razmatrati kako psihičke osobine ličnosti utječu na seksualno samopoimanje koje je urođeno, ali se i tijekom razvoja dijelom mijenja, u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom. Svakako trebam početi s nekim značajkama vezanim za osobnost.

Nijedno ljudsko biće, unatoč tome što mnoga obilježja dijeli s drugim ljudskim bićima, genetički nije jedinstveno. Otuda proizlaze teškoće i problemi u pokušaju svrstavanja ljudi u različite tipove i kategorije.

U našem govornom jeziku često se susrećemo s riječima kao što su jedinaka, osoba, ličnost, što označuje jedinstvenost ljudskog bića. Uz njih se često spominju karakter i osobitost. S pomoću njih želimo iskazati posebnost ljudske jedinice iz čega nerijetko proizlazi i moralno značenje jedinice za društvo. Poremećaji jedinice, odnosno poremećaji ličnosti u nekim slučajevima znače i bitno odstupanje od strandarnog ponašanja. U širem smislu „karakter“ obično znači moralno ili etičko vrednovanje ponašanja. U tom općem smislu karakter ili karakterne crte najčešće se označavaju opisno i upućuju na kvalitete kao što su poštenje, iskrenost, pouzdanost, čvrstina. Temperament je zajednički za skupinu globalnih tendencija ponašanja i odnosi se više na individualne razlike nego na opće karakteristike. Karakter je uži

pojam od ličnosti jer izražava samo jedan od njezinih vidova tj. odnosi se samo na izravno ponašanje (26).

Tako J. Musek navodi poimanje strukture osobnosti kroz nekoliko vidova koji uključuju: temperament, sposobnost, stajališta, interese, potrebe, fiziologiju i morfologiju osobnosti (27).

Pod ličnošću podrazumijevamo ono što je karakteristično za neku osobu. Ličnost se učituje kroz ponašanje i reakcije neke osobe, njezin odnos prema sebi i okolini, njihov međusobni utjecaj te dojam koji ostavlja na druge. Ne postoji neka opća definicija ličnosti, ali postoje brojne teorije ličnosti.

Po Allportu ličnost je dinamička organizacija unutar neke osobe tj. zbir onih psihofizičkih sustava koji određuju njezinu specifičnu prilagodbu okolini.

Eysenck smatra da je ličnost više ili manje stabilna i trajna organizacija karaktera, temperamenta, intelekta i fizičke konstitucije neke osobe koja određuje njezinu osobitu prilagodbu njenoj okolini.

Hilgard predlaže da je ličnost ukupan zbir obilježja pojedinaca i načina ponašanja koji po svojoj organizaciji ili obrascu opisuju način prilagođavanja tog pojedinca njegovoj okolini. Ryckman definira ličnost kao dinamički i organizirani skup pojedinčevih obilježja koja utječu na njegovu kogniciju, motivaciju i ponašanje u različitim situacijama (26).

1.2.2. Teorijski model ličnosti

Iako još ne postoji dogovor oko definicije ličnosti, a niti oko teorijskog modela ličnosti, psihologija ličnosti približila se shvaćanju da se crte ličnosti mogu sumirati u pet osnovnih dimenzija, a što je i potvrđeno brojnim istraživanjima gdje su se koristili različiti upitnici, opservacija i samoprocjena. To je model ličnosti koji predstavlja klasifikaciju crta ličnosti kroz pet dimenzija: neuroticizam, ekstraverziju-introverziju, otvorenost za iskustvo, suradljivost i savjesnost.

Ova teorija predstavlja sveobuhvatnu sistematizaciju crta ličnosti koja s tih pet čimbenika normalno i patološko spaja u jedinstveno polje ličnosti. To nije teorija psihopatologije ličnosti. Ista je kompatibilna s drugim psihopatološkim modelima i polazi od stava da nema kvalitativnih razlika između normalne i patološke ličnosti, izuzimajući promjene ličnosti. Izuzetak su promjene ličnosti u shizofrenih stanja ili demencija (28).

Neuroticizam je prva dimenzija ličnosti koja razlikuje prilagođenost i emocionalnu stabilnost u odnosu na neprilagođenost i emocionalnu nestabilnost. Neuroticizam je tendencija da se dožive negativne emocije, poput tuge, straha, uznemirenosti, ljutnje i drugih. Osobe s visokim stupnjem neuroticizma su sklone razvoju različitih mentalnih poremećaja, iracionalno reagiraju, slabo kontroliraju impulse te imaju slabije kapacitete za prevladavanje stresnih situacija. Nasuprot njima, osobe s niskim stupnjem neuroticizma su emocionalno stabilne, staložene, relaksirane i u stanju su prevladati stresne situacije. Nadalje, osobe s visokim stupnjem neuroticizma pokazuju višu razinu seksualne nervoze i seksualne inhibicije, nižu razinu seksualnog zadovoljstva i brzo seksualno uzbuđenje (28,29).

Ekstraverzija se odnosi na društvenost, mogućnost socijalizacije. Osobe s

visoko razvijenom ekstraverzijom više vole velike skupove ljudi, pričljivi su, samopouzdana, aktivni, vole uzbuđenja, po prirodi su veseli, optimistični i puni energije.

Nasuprot njima, introvertirane osobe su rezervirane, zatvorene, neovisnije i umjerenije. Ekstravertirane osobe su sklonije eksperimentiranju u seksu, imaju više partnera i češće seksualne odnose te su zadovoljnije seksualno od introvertiranih osoba (28,29).

Otvorenost podrazumijeva estetsku senzibilnost, intelektualnu radoznalost, vole različitosti, potrebu za promjenom i slobodu mišljenja. Ovakve osobe su otvorenog duha, njihov život je bogat doživljajima, sklone su eksperimentiranju, novim idejama i nekonvencionalnim vrijednostima. Intenzivnije doživljavaju kako pozitivne, tako i negativne emocije. Osobe s niskim stupnjem otvorenosti su konvencionalnog izgleda i ponašanja, sklone konzervativnim stavovima, daju prednost poznatom u odnosu na novo te su umjerenijih emocionalnih reakcija (28).

Suradljivost je dimenzija međuljudskih odnosa. Uključuje povjerenje, altruizam, suosjećajnost, potrebu pomaganja drugima. Nasuprot tome je cinizam, sebičnost, antagonizam, sumnjičavost, egocentričnost i kompetitivnost (28).

Savjesnost predstavlja sposobnost samokontrole u smislu disciplinirane težnje prema ciljevima i strogog pridržavanja osobnih principa. Ogleda se u procesima planiranja, organizacije, izvršavanja dužnosti i obaveza. Savjesne su osobe osobe jake volje, usmjerene prema cilju, točne i pouzdane. Visok stupanj savjesnosti je povezan sa akademskim i profesionalnim uspjehom. Negativni vid povišene savjesnosti može se ogledati kroz sitničavost, kompulzivnu urednost, "radoholičarsko" ponašanje. Osobe s niskim stupnjem savjesnosti su više hedonistički orijentirane, bezbrižnije u

pogledu ostvarivanja ciljeva, manje ograničene moralnim principima u ponašanju (28).

1.2.3. Osobnost i seksualno samopoimanje

Gotovo nema radova koji direktno govore o osobnosti i seksualnom samopoimanju. Postoje samo radovi koji djelomično istražuju samo neke aspekte seksualnog samopoimanja (2,3,30,31,32,33) u određenih duševnih bolesnika, ali sveobuhvatnih istraživanja seksualne “self – sheme” i ostalih aspekata seksualnog samopoimanja u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom u nama dostupnoj literaturi nema. Istraživanjem je utvrđeno da postoje stabilne razlike u osobnosti među osobama koje boluju od shizofrenije te da su one, vrlo vjerojatno, postojale i prije početka bolesti. Malo se zna o tome da li su individualne razlike po pitanju osobnosti povezane s razinama psihopatologije, no Lysaker i suradnici su ustanovili da su individualne razlike u osobnosti povezane sa psihopatologijom u shizofreniji te da mogu pomoći u razumijevanju različitosti koja je tako široka u ovom poremećaju (34).

Bolesnici koji pate od psihotičnih poremećaja iskazuju povišenu razinu neuroticizma (35) te se smatra da je neuroticizam održavajući čimbenik psihoze (36). Shizofreni bolesnici iskazuju sniženu razinu savjesnosti (37).

Istraživanja pokazuju da osobe s anksioznim i depresivnim poremećajima ispoljavaju visok neuroticizam, a one sa socijalnim fobijama i agorafobijom introverziju (38, 39, 40, 41, 42, 43, 44). Neki od spomenutih autora su pronašli vezu depresije i introverzije, dok drugi taj odnos nisu potvrdili jer se u depresivnih

bolesnika nalaze dva osnovna tipa ličnosti: a) aktivni ili otvoreni (ekstravertirani) i b) pasivni ili zatvoreni (introrvertirani) tip. Aktivni tipovi (ekstravertirani) traže uzbuđenje, radoholičari su, stalno su u pokretu, otvoreni su. Biraju hranu i aktivnosti koje potiču stvaranje noradrenalina i dopamina koji su pokretački neurotransmiteri u mozgu i dovode do uzbuđenja, pojačane energije, borbenosti i ugodnosti. Pasivni tipovi (introvertirani) traže opuštajuću atmosferu, laganu glazbu, intimnost, meditaciju, čitanje, odnosno aktivnosti povjerenja i zadovoljstva (11).

1.3. SEKSUALNO SAMOPOIMANJE

Samopoimanje je mišljenje koje imamo o sebi. To je način na koji vidimo sebe i razumijemo sebe. Seksualnost je važan dio naše cjelokupne osobnosti. Ona je isprepletena s našim emotivnim, socijalnim i tjelesnim identitetom.

Seksualnost, kao jedan od najvažnijih segmenata (svakodnevnog) života, sastavni je dio našeg identiteta tj. onog što jesmo. Utječe na naše samopoimanje i samopouzdanje, na definiranje onoga što želimo. To su kocepti koji su ključni za ponašanje pa zbog toga determiniraju naš život (45).

Seksualnost bi mogla dakle imati bitnu ulogu u složenosti ukupnog samopoimanja. Čovjek se kao seksualno biće pokazuje kroz određene aspekte seksualnog samopoimanja (9).

1.3.1. Self i self koncept

“Self” je dinamički proces kojim stvaramo kontakt sa sobom i drugima. On je naučen, organiziran i dinamičan te ispunjava brojne funkcije. Funkcije “selfa” se mogu svrstati u četiri šire kategorije: “self – regulacija”, filter za procesiranje informacija, razumijevanje drugih i procesi identiteta.

Svaka od tih funkcija zahtijeva sposobnost stvaranja stabilnih mentalnih reprezentacija i reflektiranja na vlastite mentalne procese. Kako pojedinac odgovara na nove odnose i izazove vezane uz različite faze razvoja, “self” se tijekom života kontinuirano razvija. “Self” se smatra nadređenim principom organizacije ličnosti, jezgrom “sebstva” i jedinstvenosti kao i povezanosti s ljudima i svijetom koji nas okružuje (46).

U zdravih je ličnosti prisutna stalna asimilacija novih ideja i napuštanje starih. Svijet i stvari u njemu nisu samo percipirani, oni su percipirani u odnosu na “self koncept” pojedinca. Prema Nathansonu tri su temeljna vida koncepta “selfa”: 1) “self” kao identitet, 2) “self” kao granica koja razdvaja iskustvo “selfa” pojedinca od iskustva drugih te 3) “self” kao lokalizacija iskustva unutar i izvan “selfa” (47).

“Self koncept”, po Markusovoj, je skup reprezentacija sposobnosti, postignuća i preferencija pojedinca, jedinstvenih vidova njegova izgleda i karakterističnih ekspresija njegova temperamenta. Kroz socijalno iskustvo pojedinac prikuplja sve više informacija koje se odnose na njega i koje se organiziraju u kognitivne strukture ili sheme, tj. “self – sheme”. “Self koncept” sadrži niz takvih, međusobno povezanih, shema što govori u prilog multifacetičnoj strukturi “self – koncepta” (4).

Po Andersenu i Cyranowskom jedan od tih vidova je seksualna “self –

schema". Seksualna "self - shema" je kognitivna generalizacija seksualnih vidova pojedinca, a koje su razvijene iz prethodnog iskustva, ogledavaju se u sadašnjem iskustvu, utjecajne su u procesiranju seksualno relevantnih socijalnih informacija te upravljaju seksualnim ponašanjem (48,49).

Bemina teorija spolne sheme služi za objašnjenje procesa kojim pojedinci doživljavaju vlastitu spolnost. Pojam sheme se koristi kako bi se objasnile razlike dobivene u spolnom doživljaju pojedinca (50).

U teoriji "self – sheme" Markusove i suradnika, spolna shema je shvaćena kao sastavni dio "self koncepta" i predstavlja važan dio ponajprije u procesiranju informacija u vezi s doživljajem sebe. To znači da će osobe, ovisno o udjelu tih spolnih shema u self konceptu, biti određene procesuiranjem informacija, a njihovo određenje sebe i drugih kategorijama spola. Na taj način se spol shvaća kao vrlo važna odrednica vlastitog doživljaja i socijalnih interakcija pojedinaca. U njihovom teorijskom modelu self-shema predstavlja središnji pojam self koncepta ili pojma o sebi u kojem je spolni identitet shvaćen kao individualna konceptualizacija vlastitog stupnja maskulnosti ili femininosti i utoliko predstavlja jedan od njegovih bitnih vidova (4).

Po Piagetu, spolni se identitet može definirati kao predstavljanje doživljaja sebe ili "self –koncepta" s obzirom na maskuline i feminine kategorije iskustva.

Ovakvo shvaćanje nametnulo je razumijevanje spolnosti prema kojem osoba može istovremeno, u različitim omjerima, posjedovati maskuline i feminine spolne karakteristike (51).

Patološki razvoj u smjeru shizoidne i granične psihopatologije je određen nepovoljnim razvojem u najranijem emocionalnom odnosu majke i djeteta. U

interpretaciji geneze tih psihopatoloških stanja posebno mjesto se daje iskustvima u razdoblju separacije - individuacije.

Parker, Fairley, Greenwood, Jurd i Silove su zapazili da su shizofreni bolesnici identificirali oba svoja roditelja kao “neemocionalno kontrolirajuće” (52). U shizoidnih bolesnika dominira zanemarujući i odbijajući vid roditeljskog emocionalnog odnosa, tj. roditelji su slabo uključeni u zadovoljenje djetetovih potreba tijekom njihova razvoja.

1.3.1.1. Seksualnost

Seksualnost se sastoji od svih onih podražaja, emocija i kognicija koje u osobe dovode do tjelesnog seksualnog uzbuđenja čime doprinose povećanju seksualne želje i/ili ponašanja. Povezana je s anatomijom, fiziologijom i biokemijskim sustavima, seksualnim reakcijama, s ulogama, identitetom i osobnošću, s individualnim mislima, osjećajima, ponašanjima i odnosima (53).

Ljudska seksualnost je izrazito složen psihološki i sociološki fenomen koji se ne može promatrati odvojeno od kulture u kojoj živimo i u kojoj postoje određena pravila ponašanja. Pojam seksualnosti je podložan promjenama u onolikoj mjeri u kojoj se mijenjaju norme, stavovi i pravila ponašanja društva.

Društveni utjecaj na seksualnost se može promatrati kroz nekoliko razina:

- 1) makro razina utjecaja moćnih socijalnih institucija - religije, ekonomskih uvjeta, obitelji, medicine te zakonskog sustava,
- 2) subkulturna razina – pripadnost socijalnoj, klasnoj ili etničkoj skupni s

njenim normama i pravilima,

- 3) interpersonalna razina – odnos sa partnerom,
- 4) individualna razina – definirana osobnim razmišljanjima i željama, seksualnom orijentacijom te seksualnim skriptom.

Teško je i nepraktično točno definirati normalnu seksualnost. Lakše je definirati abnormalnu seksualnost – seksualno ponašanje destruktivno prema sebi i prema drugima. Ono se ne može usmjeriti prema partneru, isključuje stimulaciju primarnih spolnih organa i povezano je s osjećajima krivnje i anksioznosti (54).

Seksualnost i osobnost se toliko isprepliću da je praktički nemoguće govoriti o seksualnosti kao posebnom entitetu. Kako bi se opisao razvoj i funkcioniranje ličnosti, na koje seksualnost utječe, koristi se termin “psihoseksualno”. “Psihoseksualno” se ne odnosi samo na seksualne osjećaje i ponašanja i nije sinonim za libido (54).

Seksualnost ovisi o četiri međusobno povezana psihoseksualna čimbenika: spolni identitet, spolna uloga, seksualna orijentacija i seksualno ponašanje.

Spolni identitet predstavlja ukupan zbir bioloških seksualnih karakteristika osobe, a njih čine kromosomi, vanjske i unutarnje genitalije, hormonski status, gonade te sekundarne spolne karakteristike.

Spolna uloga je pojedinčev osjećaj da je muško ili žensko, a razvija se iz odnosa sa članovima obitelji, vršnjacima, učiteljima i kulturnim okolnostima.

Seksualna orijentacija opisuje objekt prema kojemu pojedinac usmjerava

seksualne impulse. Ona može biti heteroseksualna (suprotan spol), homoseksualna (isti spol) ili biseksualna (oba spola).

Seksualno ponašanje uključuje požudu, fantazije, potragu za partnerima, autoeroticizam i sve aktivnosti kojima se izražavaju ili zadovoljavaju seksualne potrebe (54).

Robinson i Skinner (55) tvrde da je seksualnost karakteristična i uvijek prisutna značajka u svim ljudskim aktivnostima. Seksualnost bi mogla, dakle, imati bitnu ulogu u složenosti ukupnog samopoimanja.

1.3.2. SAMOPOIMANJE

Praktički svaki čovjek barem jednom u životu osjeti potrebu da shvati i objasni samoga sebe, a kako je to izrazito subjektivan proces, samopoimanje je teško i istraživati.

Mnogi autori su dali svoj doprinos u razumijevanju i definiranju samopoimanja, a složenost tih definicija odražava složenost samog samopoimanja.

Samopoimanje je složen i dinamičan sustav koji u sebi sadrži složene kognitivne procese obrade informacija, emocionalnost i motivacijske čimbenike. Ono je karakteristično za svakog pojedinca te je ključna komponenta njegova opstanka pošto određuje opću i specifičnu prilagodbu.

Susan Harter je pak definirala samopoimanje kao individualnu percepciju kombinacije različitih vidova "ja" (6). Coombs (1981.) definira samopoimanje kao fenomenološku organizaciju iskustva pojedinca i ideja o njemu samom u svim

vidovima njegova života.

Prema suvremenim tumačenjima, samopoimanje je složeni dinamički sustav koji se odražava u tekućem ponašanju i posreduje u regulaciji tog ponašanja (4), te je kao takav višeznačno ustrojen. Uistinu, većina istraživanja potvrđuje multiaspektnost samopoimanja, a poradi toga se seksualnost, kao biološka datost, nužno integrira u dinamični sustav samopoimanja.

Samopoimanje je središnji pojam u teorijama “selfa”, koji se različito shvaća i interpretira. Tako se kao sinonimi koriste još i termini percepcija, slika, shema, definicija ili prototip. U našem jeziku također je moguća upotreba različitih termina koji bi približno mogli označavati značenje izvornika, a to su primjerice: svijest o sebi, pojam o sebi, mišljenje o sebi, poznavanje sebe, shvaćanje sebe (56).

Još su Cooley i Mead početkom dvadesetog stoljeća istaknuli važnost reakcija drugih ljudi za pojedinčevo poimanje sebe samog. Mnoga istraživanja potvrđuju njihovu tvrdnju da pojedinčevi osjećaji i misli o samome sebi odražavaju način na koji pojedinac misli da ga drugi doživljavaju i procjenjuju (57, 58, 59).

1.3.2.1. Samopoštovanje

Određeni vid samopoimanja naziva se samopoštovanje i odnosi se na stupanj u kojem osoba ima opći osjećaj vrijednosti i valjanosti, tj. na ukupnu procjenu svih osobina pojedinca (56, 49).

Većina autora prihvaća da samopoštovanje ima dva opća izvora a to su socijalno prihvaćanje i uspješno djelovanje. Socijalno prihvaćanje obuhvaća odobravanje i pozitivne stavove drugih, a uspješno djelovanje se odnosi na svijest o vlastitim sposobnostima i znanjima (61).

Po Rosenbergu samopoštovanje ima motivacijsku ulogu pošto ga ljudi pokušavaju steći, a istovremeno izbjeći samoprezir (60). Općenito, samopoštovanje se smatra jednim od najsnažnijih motivacijskih čimbenika u ljudi (56).

Važan utjecaj na samopoštovanje ima bliska okolina. Stavovi roditelja (62) i stilovi odgoja (63, 64) utječu na oblikovanje samopoštovanja i samokritičkih stavova u mladih ljudi.

Samopoštovanje je vezano uz kvalitetu života, odnosno što je ono niže to je niža i kvaliteta života (63). Gubitak samopoštovanja je povezan s razvojem anksioznosti i depresije (65), a odnos između samoće i samopoštovanja je jedan od konstantnijih rezultata ustanovljenih u istraživanjima (66). Nisko samopoštovanje može imati kao posljedicu pojačanje stigme te dovesti do toga da oboljeli negiraju svoju bolest (67).

Mentalne bolesti snažno utječu na cjelokupno ljudsko funkcioniranje, pa ne čudi što utječu i na samopoštovanje. Nisko samopoštovanje se u slučaju depresije, ali i psihoza najbolje može objasniti i kao održavajući čimbenik i kao posljedica bolesti (66). Osim toga, nisko samopoštovanje u depresiji može imati i uzročnu funkciju, a upravo to je dokazano u nekoliko longitudinalnih studija (68, 69), no za psihozu to još nije potvrđeno. S jedne strane, psihotična uvjerenja je lakše održavati kada se njihov sadržaj podudara s negativnim uvjerenjem u sebe, druge i okolinu (70), no s druge strane čimbenici vezani uz pojavu psihoze, poput socijalnog funkcioniranja, stigme i same bolesti mogu utjecati na samopoštovanje (71, 72, 73).

Istraživanja pokazuju da je u oboljelih od shizofrenije samopoštovanje narušeno te da težina simptoma utječe na subjektivno doživljavanje "selfa" (74, 75). U tom kontekstu Brown i suradnici su ustanovili snažnu vezu između negativnog samopoštovanja i negativnih odnosa s partnerima, djecom i bliskim prijateljima. Stoga

se čini vjerojatnim da negativne reakcije bližnjih na probleme i ponašanje povezano s javljanjem psihoze mogu dovesti do smanjenja samopoštovanja (76).

No, zbog nepostojanja konsenzusa o razinama samopoštovanja u shizofreniji neki istraživači su došli i do ponešto drugačijih zaključaka. Zaključili su da je samopoštovanje u shizofrenih niže nego u zdravih, a drugi su pak našli da je samopoštovanje jednake razine kao i u zdravih. Tomu je tako zato što se u većini istraživanja promatralo ukupno samopoštovanje, a ne njegovi pojedini vidovi. Pojedini vidovi samopoštovanja se odnose na pojedinačne stavove prema pojedinim vidovima "selfa". Njegov odnos prema ukupnom samopoštovanju ovisi o tome koliko je pak pojedini vid visoko rangiran u pojedinačnoj osobnoj hijerarhiji vrijednosti (77). Glede pozitivnog i negativnog samopoštovanja postoje dokazi da su to odvojene komponente koje odražavaju različite dimenzije "self - koncepta" (78, 79). Stoga pojedinci mogu u isto vrijeme imati snažne i pozitivne i negativne poglede na "self", a da te dvije dimenzije odvojeno doprinose ukupnom samopoštovanju, ali i zasebno djeluju na ponašanje i afekt. Pronađeno je da je negativno samopoštovanje snažno povezano sa pozitivnim simptomima shizofrenije te da su kritički stavovi članova obitelji povezani s višim negativnim samopoštovanjem (80).

Ženski spol je povezan s višim stupnjem pozitivnog i ukupnog samopoštovanja. Žene koje boluju od shizofrenije općenito kasnije oboljevaju, nisu toliko često hospitalizirane i provode manje vremena na bolničkom liječenju, češće su udane te imaju bolje socijalne vještine od muškaraca (81).

Sumanutosti i halucinacije mogu povećati samopoštovanje preko okrivljavanja drugih. S druge strane, intrapsihički čimbenici mogu odrediti sadržaj sumanutosti i halucinacija te Bowins i Shugar smatraju da je, pošto je samopoštovanje stabilnije od sumanutosti moguće da posjeduje neprestani učinak na sadržaj psihijatrijskih

simptoma (82). Stoga se djelovati na samopoštovanje čini prirodnim izborom pri liječenju osoba sa shizofrenijom (83, 84).

1.3.2.2. Seksualno samopoimanje je samo jedan od aspekata složenog sustava samopoimanja, a čovjek se kao seksualno biće pokazuje kroz određene aspekte seksualnog samopoimanja. Uobičajeno je istraživati sedam aspekata seksualnog samopoimanja: seksualna “self – shema”, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo (7).

1.3.2.2.1. Aspekti seksualnog samopoimanja

Seksualna self-shema se definira kao stupanj iskazivanja vlastite seksualnosti i doživljavanja sebe kao seksualnog bića.

Svijest o vlastitoj seksualnosti definira se kao svijesnost svojih unutarnjih potreba.

Spremnost na seksualnu akciju se definira kao preuzimanje inicijative za realizaciju neke seksualne veze.

Seksualni avanturizam se definira kao sustav liberalnih i pozitivnih stavova spram seksualne raznolikosti.

Negativna emocionalnost se definira kao negativna emocionalna obojenost vezana uz vlastitu seksualnost.

Seksualna nekompetentnost se definira kao percepcija vlastite (ne)kompetentnosti tijesno vezane uz emocije i uz ponašanje u određenim situacijama.

Seksualno zadovoljstvo se definira kao stupanj zadovoljstva vlastitom seksualnošću i seksualnim aktivnostima.

Poimanje osobne kompetentnosti je okosnica samopoštovanja osobe (7) i bitan čimbenik temeljnih motivacijskih procesa (85). Stupanj uvjerenja u vlastitu kompetentnost bitno utječe na pokretanje svrhovitih akcija i temelj je učinkovite prilagodbe pojedinca (86). U skladu s time može se očekivati da bi percepcija osobne seksualne kompetentnosti mogla biti značajan čimbenik kvalitetne seksualne prilagodbe.

Snažno nagonско djelovanje, s jedne strane, i tabuiziranje i mistificiranje problematike s druge, čine da seksualnost predstavlja snažan potencijalni izvor međuljudskih sukoba. Neprirodan odnos prema vlastitom tijelu i vlastitoj spolnosti je, po nekim teorijama ličnosti, temeljni uzročnik neurotskih poremećaja ličnosti i osnovni izvor problema prilagodbe.

1.3.3. SEKSUALNI ČIN

Prema četverofaznom konceptu seksualni čin se sastoji od faze seksualne želje i seksualnih maštanja, seksualnog nadraživanja i predigre, faze seksualnog snošaja i faze smirenja i opuštanja (87).

Seksualno zdravlje se po Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji definira kao kontinuitet pozitivnih fizičkih, psihičkih i sociokulturnih iskustava povezanih sa seksualnošću, dok po MKB-10 seksualne smetnje predstavljaju nemogućnost sudjelovanja u spolnom odnosu na način na koji bi pojedinac to htio. Disfunkcija se očituje kao gubitak želje ili zadovoljstva ili kao fiziološka nemogućnost započinjanja,

održavanja ili dovršetka spolnog odnosa. Zbog psihosomatske prirode seksualnog odgovora, teško je odrediti koju važnost imaju psihološki, a koju organski čimbenici.

Seksualne smetnje mogu biti simptomi bioloških (biogenih), intrapsihičkih ili međuljudskih problema (psihogenih) ili kombinacija ovih čimbenika. Na seksualno funkcioniranje mogu štetno djelovati stresori bilo koje vrste, emocionalni poremećaji ili nepoznavanje seksualnog funkcioniranja i fiziologije. Bez obzira na uzrok smetnje su praćene trajnom anksioznošću u vezi sa seksualnim aktivnostima te često dovode do problema u vezi i bolesnici često razviju strah od seksualnog neuspjeha i od samog spolnog odnosa.

Smetnje mogu biti primarne (prirođene) ili sekundarne (stečene), generalizirane ili situacijske (ograničeni na određenog partnera ili situaciju) te posljedica psiholoških, fizioloških ili kombiniranih čimbenika. Seksualne smetnje, tj. narušeno seksualno zdravlje, su dijelom života 25-50% žena (88, 89).

Uz mogući izuzetak preuranjene ejakulacije, seksualne smetnje se rijetko dijagnosticiraju odvojeno od drugih psihijatrijskih sindroma. Seksualne smetnje su često povezane s drugim mentalnim poremećajima poput depresivnih i anksioznih poremećaja, poremećaja osobnosti i shizofrenije. Nekada se seksualna smetnja može dijagnosticirati uz drugi psihijatrijski poremećaj, a nekada je samo jedna od manifestacija psihijatrijskog poremećaja.

Glede terapije uglavnom se provodi psihoterapija i to obično grupna i kognitivno-bihevioralna, a rjeđe psihoanalitička i psihodinamska. Psihoterapija je u ulozi jačanja snaga ega kako bi svijesno mogli kontrolirati svoje nagonske pulzije. Prognoza je loša, a ako su seksualni poremećaji posljedica neke primarne bolesti ili poremećaja, prognoza im ovisi o prognozi primarne bolesti.

1.4. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija se smatra duševnim poremećajima recidivirajućeg tijeka s tendencijom ka kroničnom. Oštećenje u funkcioniranju je karakterizirano s poremećajem u mišljenju, osjećanju i ponašanju. Obično u shizofreniji razlikujemo prodromalnu fazu, aktivnu fazu i fazu remisije (90).

Prema DSM-IV klasifikaciji postoji šest dijagnostičkih kriterija shizofrenog poremećaja koji podrazumijevaju:

1. Karakteristične simptome: sumanutosti, halucinacije, smetnje govora, jako smeteno ili katatono ponašanje, negativne simptome (alogija, avolucija, anhedonija i afektivna zaravnjenost)
2. Socijalne/radne smetnje: pad razine funkcioniranja u odnosu na prethodno razdoblje ili ako je poremećaj započeo u djetinjstvu ili adolescenciji nemogućnost postizanja očekivane razine funkcioniranja
3. Trajanje: kontinuirani znakovi bolesti koji traju bar 6 mjeseci
4. Isključenje shizoafektivnog poremećaja i poremećaja raspoloženja
5. Isključenje psihoaktivnih tvari i poremećaja općeg zdravstvenog stanja
6. Veza s pervazivnim razvojnim poremećajem. Ako postoji anamneza za pervazivni razvojni poremećaj, dodatna dijagnoza shizofrenije postavlja se ako postoje upadljive sumanutosti ili halucinacije barem mjesec dana ili kraće ako su uspješno liječene.

Prema desetoj reviziji međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-10) shizofrenija je svrstana u kategoriju F20 do F29:

- F20.0 Paranoidna shizofrenija
- F20.1 Hebefrena shizofrenija
- F20.2 Katatona shizofrenija
- F20.3 Nediferencirana shizofrenija
- F20.4 Postshizofrena depresija
- F20.5 Rezidualna shizofrenija
- F20.6 Shizofrenija simpleks
- F20.8 Ostale shizofrenije
- F20.9 Shizofrenija, nespecificirana

Podtipovi shizofrenije su: paranoidni, dezorganizirani ili hebefreni, katatoni, nediferencirani i simpleks.

1.4.1. Simptomi

Prema suvremenoj koncepciji shizofrenije simptome možemo podijeliti u pozitivne i negativne. Pozitivne simptome nadalje možemo podijeliti u dvije dimenzije: psihotičnu dimenziju i dimenziju smetenosti ili dezorganiziranosti.

1.4.1.1. Pozitivni psihotični simptomi shizofrenije su halucinacije i sumanute misli

Najčešće su prisutne slušne halucinacije, no mogu se javiti i vidne, mirisne i okusne, taktilne, čak i seksualne. Od slušnih halucinacija mogu biti prisutne

jednostavne slušne halucinacije ili akoazmi u vidu zvižduka, mumljanja, zvukova strojeva, ali i složene slušne halucinacije (fonemi) kao govor jedne ili više osoba. Prisustvo glasova koji komentiraju čvrsto govore u prilog shizofreniji. Sumanute ideje proganjanja su naročito česte kao i one koje uključuju hipohondrijske ili pak religiozne ideje, ljubomoru, kao i spolni identitet. Česte su i sumanute ideje veličine, no njih se nalazi i u drugih poremećaja. Sumanute interpretacije čudnih iskustava kao što je blokada misli, emitiranje misli ili depersonalizacija, vode pacijenta u zaključke da se događa telepatija, da mu se snimaju misli ili da ga strane agencije kontroliraju. Tada razvija cijeli sustav sumanutih ideja koje objašnjavaju ono što se sa njim događa. Takav sustav je u naravi dijagnostički karakterističan za shizofreniju.

1.4.1.2. Pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti

Ovi simptomi su obilježeni smetenim govorom i bizarnim i smetenim ponašanjem. Smeteno mišljenje i smeteni govor odnose se na tijek mišljenja i način izražavanja misli i spadaju u formalne poremećaje mišljenja. Za shizofreniju je tipično gubitak asocijacija (disocirano mišljenje) ili nepostojanje veze između pojedinih misli (inkohherentno mišljenje, salata od riječi), pa govor postaje nerazumljiv. Ponekad pucaju granice pojmova pa bolesnici sklapaju nove nepostojeće riječi - neologizme ili mogu besmisleno ponavljati iste riječi ili rečenice (verbigeracija i perseveracija). Tijek misli može biti usporen, a može nastati i blok misli, dok neki imaju osjećaj da im se misli emitiraju i dijele s drugim ljudima.

Dezorganizirano ponašanje može se pokazivati kao: katatoni stupor (motorička imobilnost); katalapsija (voštana savitljivost, kada bolesnik može održavati bizarni položaj tijela bez zamora mišića, pacijent zauzima bizarne položaje, npr. raspelo,

glava iznad jastuka par cm i to može dugo trajati); katatoni negativizam (aktivan otpor pokušajima pokretanja tijela); ili automatska poslušnost; katatona uzbuđenost (nesvršishodna, besciljna kretanja bez vanjskog podražaja); stereotipijama (besmisleno ponavljanje nekih radnji ili pokreta); manirizam (neprirodno ponašanje u vidu pretjeranog grimasiranja ili naglašavanja pokreta).

1.4.1.3. Negativni simptomi shizofrenije

a) Alogija je siromaštvo govora. Očituje se usporenim mišljenjem, smanjenom produktivnošću govora, pa su odgovori shizofrenih bolesnika kratki, šturi, često samo „da” ili „ne”.

b) Poremećaji afektivnosti očituju se zaravnjenim ili neadekvatnim izražavanjem afekta. Zaravnjen afektivitet podrazumijeva smanjenu raznolikost ili jakost osjećajnog izražavanja. Praćena je smanjenom mimikom lica, kratkim kontaktom oči u oči i smanjenim govorom tijela. Neodgovarajući afekt podrazumijeva paramimiju i paratimiju. Paratimija označava neprikladno afektivno izražavanje na vanjski stimulus (npr. na pogrebu se smije), a paramimija je neprikladno afektivno izražavanje stanja svog raspoloženja (npr. veseo je, a plače).

c) Anhedonija se očituje potpunim gubitkom životnom interesa i zadovoljstva.

d) Avolicija je potpuni gubitak volje: gubi se i inicijacija i akcija i realizacija voljnog procesa. Posljedica toga je potpuni gubitak socijalnih aktivnosti.

1.4.1.4. Ostali simptomi

a) Nasilno ponašanje: Iako se prijetnje nasiljem i manji izljevi agresije ponekad vide i tijekom relapsa bolesti, opasno ponašanje nastupa kada je pacijent pod intenzivnim uplivom glasova koji mu naređuju. Nekat postoje i mutilacije vlastitog tijela ili pak smrtonosni napadi. Događaju se homicidi majke ili oca, iako su to najrjeđe forme ubojstava. Nasilnost u shizofrenih bolesnika nije veća nego u općoj populaciji. Rizik od samoubojstva čest je u svim fazama bolesti. Neke studije bilježe stopu od 50% pokušaja suicida i 10% ih uspije izvršiti suicid.

b) Nespecifični simptomi: Povlačenje od izvanjske realnosti kao i nemogućnost koordinacije unutarnjih poriva česte su. Postoje izvjesne abnormalnosti u psihomotornoj aktivnosti: ljuhanje, čudni pokreti, njihanje. Pacijenti mogu biti čudno odjeveni ili očešljani. Može biti prisutno ritualizirano ponašanje. Može biti depresivan, tjeskoban, ljut, a nekad je sve pomiješano.

Shizofrenija je jedna od najtežih duševnih bolesti čija je incidencija javljanja u općoj populaciji oko 1%.

1.4.2. Etiologija

Etiologija bolesti još uvijek je nepoznanica, stoga je ona predmetom velikog broja istraživanja, a čimbenici koji se smatraju važnima u javljanju i razvoju shizofrenije se mogu podijeliti u nekoliko skupina: biološki, genetski, kulturalni i zemljopisni, socioekonski te psihološki. Za sada postojeći dokazi govore da genetska predispozicija i okolišni čimbenici mogu djelovati zajednički te rezultirati pojavom bolesti (91).

Mnoštvo istraživanja je ukazalo na abnormalnosti moždane strukture u oboljelih od shizofrenije, poput proširenja ventrikularnih prostora, smanjenja veličine moždanih struktura i regija, posebice temporalnog režnja i limbičkog sustava, a uz njih i frontalnog režnja te bazalnih ganglija (92, 93, 94). Uz to neki istraživači se i pitaju zašto se simptomi shizofrenog poremećaja znaju odgoditi i do treće dekade života premda su postojali poremećaji u samom razvoju mozga (95, 96).

Nadalje recentna istraživanja ukazuju da bi shizofrenija mogla biti neurorazvojan i progresivan poremećaj u kojem dolazi do višestrukih biokemijskih abnormalnosti. Te biokemijske abnormalnosti uključuju neurotransmitterske sustave dopamina, serotonina, glutamata te gamaaminomaslačne kiseline (95, 97, 98, 99).

Veliki broj dokaza ide u prilog nasljedne komponente shizofrenije, a novija istraživanja govore da okolišni čimbenici igraju značajnu ulogu u ekspresiji genetske predispozicije shizofrenije. Rizik za oboljenje od shizofrenije je oko 10% ako je jedan od članova obitelji bolestan, a 40% ako su oba roditelja bolesna. Oko 60% oboljelih od shizofrenije nema među rođacima oboljelih (100, 101).

Istraživanja u blizanaca su pokazala da postoji 28% šanse da jedan blizanac razvije shizofreniju ukoliko drugi već boluje od shizofrenije, no takva istraživanja se nisu previše bavila socioekonomskim i sociopsihološkim razlikama između blizanaca (102,103).

Shizofrenija nije vezna uz spol tj. nije važno koji je roditelj bolestan kako bi se bolest prenijela na dijete. Trenutno se velika pažnja posvećuje molekularnoj genetici pomoću koje se nastoji ustanoviti veza između specifičnih gena i pojave shizofrenije (104,105,106,107, 108).

Shizofrenija je povezana s većim brojem autoimunih bolesti nego što se to prije mislilo (dijabetes tip 1, reumatoidni artritis, autoimuna oboljenja štitnjače), a

autoimunost se smatra jednim od bitnih čimbenika u etiologiji i patogenezi shizofrenije (109,110).

Smatra se da stresni životni događaji mogu uzrokovati shizofreniju ili pak biti otponac za njeno javljanje (111).

Zlostavljanje ili traume iz djetinjstva se također smatraju čimbenicima rizika za razvoj shizofrenije u daljnjem tijeku života (112, 113, 114).

Značajano nepovoljan učinak na oboljele od shizofrenije i one koji su pod povećanim rizikom za razvoj te bolesti imaju negativni stavovi i pristup okoline, posebice su tu važni kritični komentari, nasilnost, autoritativnost te visoko izražene emocije (intruzivni i kontrolirajući stavovi) (115). Doduše, nije jasno u kojoj su mjeri takvo ponašanje i stavovi okoline uzročno povezani s javljanjem shizofrenije, a okolinom ne treba smatrati samo obitelj bolesnika već i cijelokupni sustav zdravstvene njege u kojem se bolesnik nalazi i u sklopu kojega komunicira (116).

Čimbenici poput siromaštva ili diskriminacije su također povezani sa povećanim rizikom za pojavu shizofrenije ili pak njenog relapsa, a pretpostavlja se da je tomu tako zbog visokog stresa koji prati takva stanja (117, 118).

Neki od psihosocijalnih čimbenika koji se spominju jesu da su u ljudi oboljelih od shizofrenije prisutni brojni kognitivni deficiti i neuravnoteženost. Neki od tih kognitivnih defekata se manifestiraju kroz prebrzo donošenje zaključaka kada su suočeni s ograničenim i kontradiktornim informacijama, teškoćama razlikovanja unutarnjeg govora od govora iz vanjskog izvora, teškoćama u prilagođavanju govora sugovorniku te teškoćama koncentracije. Neke od tih teškoća se pogoršavaju ili pojavljuju pri pojačanom stresu ili kada se osoba nalazi u za nju zbunjujućoj situaciji.

Saznanja glede kognitivnih poteškoća u shizofreniji su relativno stabilna i dovoljno konzistentna da ih neki istraživači smatraju dijagnostičkim parametrima za

shizofreniju (119). Oštećena sposobnost razumijevanja svojeg i tuđeg mentalnog stanja je najbolji prediktor slabije socijalne kompetencije u oboljelih od shizofrenije (120).

Iako se dugo vremena smatralo da zaravnjeni afekt označava i slabije doživljavanje snažnih emocija u oboljelih od shizofrenije, novije studije govore o normalnoj ili čak povišenoj razini emocionalnosti, posebice vezano uz odgovor na negativne životne događaje ili stresne situacije (121).

Neke teorije se baziraju na tome da su pozitivni simptomi shizofrenije rezultat negativnih emocija ili ih one pak mogu pogoršati, kao npr. depresivno raspoloženje, sniženo samopoštovanje te osjećaje ranjivosti, inferiornosti ili samoće (122,123).

Nadalje smatra se da uzročni čimbenici mogu djelovati zajednički u ranom stadiju razvoja živčanog sustava, uključujući i prenatalni period, te na taj način dovesti do povećanog rizika za razvoj shizofrenije.

Zanimljivo je saznanje da je viša incidencija shizofrenije u ljudi rođenih zimi ili na proljeće. Neki istraživači su mišljenja da izloženost virusnim infekcijama tijekom trudnoće povećava rizik za razvoj shizofrenije u daljnjem tijeku života, što je još jedan od dokaza o povezanosti intrauterinih razvojnih abnormalnosti i povećanog rizika za razvoj shizofrenije (124).

Neka istraživanja ukazuju da bi na rađanje djece koja će kasnije razviti shizofreniju mogli utjecati i razni vanjski čimbenici: slaba ishrana, smanjena oksigenacija fetusa i novorođenčeta, ali i psihološke traume majke tijekom trudnoće (125, 126, 127, 128, 129).

Od psihodinamskih teorija spominje se Freudova konceptualizacija etiologije shizofrenije koja se razvila iz njegove ideje “katekse”, a koja se odnosila na količinu energije povezanu s bilo kojom intrapsihičkom strukturom ili reprezentacijom

objekta. On je definirao shizofreniju kao regresiju u odgovoru na snažnu frustraciju i konflikt s okolinom. Tu regresiju s nivoa objekta na autoerotski stupanj razvoja prati emocionalna dezinvesticija objektnih reprezentacija i vanjskih objekata, a što objašnjava pojavu autistične odsutnosti u shizofrenih.

Freud je smatrao da neuroza sadrži konflikt između ega i ida, a da se psihoza može prikazati kao konflikt između ega i vanjskog svijeta kada se stvarnost poriče i posljedično remodelira (130, 131).

Psihodinamski koncept nastanka shizofrenije vezuje nastanak negativnih simptoma shizofrenije uz biološke čimbenike te ih možemo smatrati deficitom pošto su vezani uz manjak funkcije. S druge strane, pozitivni simptomi su često povezani s akutnom pojavom psihoze u odgovoru na uzročni događaj te su usko vezani uz konflikt (131).

Neovisno o tome da li se za objašnjenje shizofrenije uzme model konflikta, deficita ili pak kombinirani konfliktno-deficitni model, postoje neke zajedničke osobine. Prvo psihotični simptomi su smisleni. Grandiozne deluzije ili halucinacije često povremeno prate bolesnikovo samopoštovanje, a sam grandiozni sadržaj misli je bolesnikov pokušaj kompenziranja narcističke povrede.

Drugo, u shizofrenih bolesnika su ljudski odnosi ispunjeni strahom, a posljedica su poremećene dijade majka - dijete. Treće, svi psihodinamski orijentirani autori su uvjerenja da kvalitetni terapijski odnosi i dovoljno senzibilni liječnici mogu fundamentalno poboljšati kvalitetu života shizofrenih bolesnika (131).

U psihoanalitičkom pogledu na shizofreniju defekti ega utječu na interpretaciju stvarnosti i kontrolu unutarnjih poriva, poput spolnog nagona i agresivnosti. Ti poremećaji se javljaju kao posljedica poremećenog recipročnog odnosa majke i djeteta.

Kao što je opisala Margaret Mahler, dijete se ne može odvojiti i napredovati dalje od potpune ovisnosti koja karakterizira odnos majke i djeteta u oralnoj fazi razvoja. Osoba koja boluje od shizofrenije nikada ne postigne objektu konstantnost koju karakterizira osjećaj sigurnog identiteta i do kojeg dolazi zbog bliskog odnosa s majkom tijekom djetinjstva (132).

1.4.3. Liječenje shizofrenije

U liječenju shizofrenije koristi se farmakoterapija, elektrostimulativna terapija te psihoterapija, a sam terapijski pristup se očituje u sedam kategorija. Za liječenje psihotičnih bolesnika koriste se antipsihotici, lijekovi heterogene kemijske strukture, koji se dijele u dvije skupine: tipične i atipične antipsihotike.

Tipični antipsihotici uglavnom djeluju na receptore dopaminske neurotransmisije, a u liječenju shizofrenije se koriste od 50-tih godina prošlog stoljeća. U tipične ili konvencionalne antipsihotike spadaju klorpromazin, flufenazin, haloperidol, tiotiksen, trifluoperazin, perfenazin i tioridazin. Moguće ih je podijeliti na visoko potentne i nisko potentne. Flufenazin i haloperidol su primjeri visoko potentnih tipičnih antipsihotika, a klorpromazin je primjer nisko potentnog antipsihotika. Visoko potentni uzrokuju i više ekstrapiramidnih, a manje histaminskih alfa adrenergičkih i antikolinergičkih nuspojava, dok je to kod nisko potentnih obrnuto. Nuspojave se razlikuju od lijeka do lijeka, no najčešće su: suha usta, mišićni spazmi i ukočenost, tremor, porast tjelesne težine i ekstrapiramidne nuspojave.

Ekstrapiramidne nuspojave obuhvaćaju skup simptoma kojeg čine parkinsonizam, distonije i akatizija. Jedna od najozbiljnijih nuspojava je pojava neuroleptičkog malignog sindroma (NMS) koji se ogledavaju u sljedećim simptomima: rigiditet mišića, vrućica i promjene kognitivnih funkcija, a osim toga i nestabilan krvni tlak, konfuzija, koma, delirij te tremor. NMS može završiti i fatalno u oko 20% onih koji ga razviju (133).

Tijekom zadnjeg desetljeća sve intenzivnije se upotrebljavaju *atipični antipsihotici* među koje spadaju aripiprazol, risperidon, klozapin, olanzapin, kvetiapin, ziprasidon i paliperidon. Kada ih se uspoređi s konvencionalnim antipsihoticima, oni su podjednako učinkoviti u liječenju pozitivnih, ali su učinkovitiji u liječenju negativnih simptoma shizofrenije. Osobito je značajno to što mnogo rjeđe izazivaju ekstrapiramidne nuspojave te neuroleptički maligni sindrom. Lijekovi ove skupine su poznati po tome što često uzrokuju porast tjelesne težine, intoleranciju glukoze, hiperprolaktinemiju, produženje QT intervala na EKG-u, somnolenciju, ortostatsku hipertenziju i ekstrapiramidne simptome, a izbor lijeka često ovisi o vrsti i izraženosti same nuspojave. Uz klozapin je zabilježena i pojava agranulocitoze, potencijalno fatalne nuspojave zbog koje bolesnici liječeni tim lijekom moraju biti redovito kontrolirani (133).

Atipični antipsihotici se međusobno razlikuju po djelovanju na neurotransmitterske receptore, a ta različitost je vjerojatno uzrok različitom odgovoru bolesnika na liječenje te nuspojavama koje uzrokuju. Novija istraživanja ukazuju da je terapijski učinak atipičnih antipsihotika određen djelovanjem na tri različite domene: (1) povećanje afiniteta za vezanje na D(2) DA receptore koje povećavaju i antipsihotični učinak; (2) povećanje afiniteta za vezanje na 5-HT(2C) i 5-HT(2A) receptore također povećava antipsihotični učinak te (3) povećanje afiniteta za vezanje

na 5-HT(1A) receptore koje pak smanjuje antipsihotič učinak (134). Osim na serotoninske i dopaminske receptore, atipični antipsihotici djeluju i na različite podtipove noradrenalinskih, acetilkolinskih i histaminskih receptora.

Antidepresivi se također propisuju bolesnicima zbog određenog depresivnog pomaka u tijeku liječenja samim antipsihoticima.

Benzodiazepini se uobičajeno koriste u liječenju anksioznosti, no pri tome treba paziti na eventualnu pojavu ovisnosti te treba voditi računa o tome da se intenzitet psihoze može pogoršati nakon prestanka uzimanja benzodiazepina. U tom kontekstu poželjniji je, te s kraćim djelovanjem od diazepama, lorazepam.

Litij može biti učinkovit u daljnjem smanjenju psihotičnih simptoma u oko 50% bolesnika koji boluju od shizofrenije. Obično se dodaje antipsihotičkoj terapiji, ali može se dati i kao monoterapija u bolesnika u kojih ne dolazi u obzir uzimanje antipsihotika.

Antiepileptici se rijetko mogu propisivati za liječenje shizofrenije i to napose u bolesnika s izraženom agresivnošću i onih koji ne reagiraju kod primjene antipsihotika ili litija. Iako mnogo manje učinkovita od antipsihotika i elektrostimulativna terapija može koristiti u katatonih bolesnika te u onih bolesnika u kojih ne dolazi u obzir uzimanje antipsihotika.

Sami antipsihotici nisu učinkoviti u liječenju shizofrenih bolesnika kao što su to onda kad se kombiniraju sa psihosocijalnim postupcima.

a) Bihevioralna terapija. U liječenju se koristi tehnika “žetoniranja”, tj. postizanje poželjnog ponašanja se nagrađuje specifičnim darovima (žetonima) kao što su premještaj ili privilegije. Takvi bolesnici nerijetko zahtjevaju učenje socijalnih vještina, poput nabavke hrane, pospremanja vlastitog doma, održavanja osobne higijene, itd. (135, 136). Namjera je poboljšati bolesnikove socijalne vještine,

samodostatnost, praktične vještine te međuljudsku komunikaciju.

b) Grupna terapija. Tu je pažnja usmjerena na potporu i razvoj socijalnih vještina (svakodnevne aktivnosti). Skupine su korisne za smanjenje socijalne izolacije i za poboljšanje testiranja realnosti. Grupe mogu biti bihevioralno ili psihodinamski orjentirane ili suportivne; suportivno vođene grupe su djelotvornije u liječenju shizofrenije od interpretativnih grupa.

c) Obiteljska terapija. Terapija bi se trebala fokusirati na neposrednu situaciju te bi se u njoj trebalo baviti identificiranjem i izbjegavanjem potencijalno problematičnih situacija. Cilj je ove terapije brzo rješavanje problema kada se oni pojave u obitelji. Značajno može smanjiti stope relapsa u shizofrenih članova obitelji. Obiteljska terapija se pokazala izuzetno potrebnom u obiteljima s oboljelim članom koji se počeo izraziti interesirati za religiju, sport, kulturu i druge aktivnosti (137).

d) Radna rehabilitacija. Izuzetno je značajna kao jedan od segmenata programa liječenja u zajednici jer se pokazalo da 90% svih duševnih problema proizlazi iz nezaposlenosti. Tako, neka istraživanja pokazuju da je 40% radnika sa shizofrenijom iskazivalo radne poteškoće nakon jedne godine liječenja, a 50% onih koji su imali pozitivne simptome shizofrenije. U SAD-u je četvrtina shizofrenih bolesnika uključena u programe kako naći posao, odnosno kako zadržati postojeći posao (138).

e) Odgovorajući tretman u zajednici. Stanoviti programi liječenja u zajednici pokazali su se vrlo učinkoviti. Tako se npr. uz pomoć profesionalnog tima pokušava korigirati bolesnikovo držanje, ali i pružiti mu podršku u vlastitom domu. U SAD-u je ovakvim programima obuhvaćeno i do 10% shizofrenih bolesnika (139).

1.4.4. SHIZOFRENIJA I SEKSUALNE DISFUNKCIJE

U shizofrenih bolesnika često su prisutne seksualne disfunkcije (140). Tako susrećeno hiposeksualnost koja je najčešće prisutna, a očituje se u smanjenom interesu za seks, u nedovoljnom uzbuđenju i/ili zadovoljstvu u seksualnom odnosu te u izrazito maloj učestalosti seksualnih odnosa.

S obzirom da muškarci češće razvijaju shizofreniju s negativnom simptomatologijom, koja ima lošiju prognozu, imaju i više seksualnih disfunkcija a to je dijelom uvjetovano i početkom pojave bolesti (distorzija ili poremećaji misli) koja se obično u muškarca javlja ranije, od 17-te do 27-me godine života, a u žena od 20-te do 37-me godine (141, 142).

Nadalje, procjenjuje se da trećina shizofrenih bolesnika nema nikakvih seksualnih aktivnosti, pa čak ni seksualnih fantazija, a jedna trećina pribjegava autoerotskom zadovoljavanju i masturbaciji. Smanjena seksualnost povezana je s relativno visokim postotkom neudatih i neoženjenih shizofrenih bolesnika i čestom pojavom razvoda braka kada supružnik oboli od shizofrenije.

Primjena nekih antipsihotika također može doprinjeti smanjenoj seksualnosti. Hiperseksualnost i promiskuitetno ponašanje nisu rijetka pojava u početku bolesti. Prema nekim tumačenjima promiskuitetno ponašanje predstavlja pokušaj bolesnika da se dovede u stanje uzbuđenosti kada ga gubitak interesa i shizofreno povlačenje u sebe sve više osvaja. Katkada se radi o potrebi bolesnika, da se kroz seksualni odnos stopi s drugom osobom, kao neka vrsta dokaza stvarnosti. Različite parafilije koje se susreću u shizofrenih bolesnika, primjerice egzibicionizam i/ili sadomazohizam više su izraz manjkavog testiranja realiteta, a manje u funkciji postizanja seksualnog uzbuđenja i zadovoljstva. Tema homoseksualnosti često je prisutna u oboljelih od

shizofrenije.

Seksualni problemi su velika poteškoća u oboljelih od shizofrenije te su značajan prediktor ukupne kvalitete života. Iako je među tim bolesnicima ustanovljena visoka incidencija seksualnih disfunkcija, mnogi od njih ipak normalno seksualno funkcioniraju. Nekoliko se istraživanja bavilo spolnim životom i aktivnostima u shizofrenih bolesnika i pa su Collins i Kellner tako ustanovili da većina oboljelih od shizofrenije ima smanjene seksualne porive, aktivnosti i misli (143).

Raboch je došao do zaključka da je u žena oboljelih od shizofrenije seksualni razvoj značajno usporen te da je u njih seksualna aktivnost i uzbuđenost niža nego u zdravih žena (144).

McEvoy i suradnici su ustanovili da je većina žena koje su bile liječene antipsihoticima zainteresirana za svoju seksualnost te da su seksualno aktivne (145).

Kockott i Pfeiffer su u svom istraživanju došli do rezultata da su shizofreni bolesnici na terapiji antipsihoticima skupina s najviše seksualnih poremećaja, za razliku od istih bolesnika koji nisu liječeni lijekovima ili pak zdravih kontrola koji su pak bili minimalno zahvaćeni (18).

Aizenberg i suradnici su ustanovili da je u neliječenih shizofreničara veće oštećenje spolne želje, a da su se u onih koji su liječeni antipsihoticima povećale i seksualna želje i seksualne misli, ali uz poremećaj erekcije, orgazma i zadovoljstva, što su već navedene nuspojave antipsihotika. U obje skupine je ustanovljena veća incidencija preuranjene ejakulacije te češća masturbacija nego u zdravih (146).

U muškaraca s kroničnom shizofrenijom utvrđeno je da je seksualno funkcioniranje različito od istog u zdravih, uključujući premorbiditet, a te su se razlike tijekom vremena povećale te su imale tendenciju pogoršanja (147). Suprotno tome,

Akhtar i Thomson opisuju razdoblje hiperseksualnosti i promiskuiteta u prodromalnom i ranom stadiju bolesti (148).

Nekolicina istraživanja je dala za pravo razmišljanju da je glavna seksualna aktivnost u shizofrenih bolesnika autoerotična po prirodi. Tako su Lukoff i suradnici opisali da su muškarci s recentnom pojavom shizofrenije spolno aktivni, a da je najveći dio te aktivnosti autoerotičan (149, 150).

Po Lukianowiczu muškarci koji boluju od shizofrenije su dva do tri puta aktivno autoerotični od zdravih (151).

Što se tiče etiologije poremećaja seksualnog ponašanja, smatra se da nekoliko čimbenika može biti uključeno u razvoj tih poremećaja u bolesnika s kroničnim psihičkim poremećajima, kao što je i shizofrenija, a to su biološki čimbenici (kao što su strukturalne ili funkcionalne disfunkcije određenih moždanih regija koje sudjeluju u seksualnom ponašanju), psihološki čimbenici (nisko samopoštovanje i socijalna stigmatizacija), loše socijalno funkcioniranje te neželjene pojave lijekova (152).

Iako psihijatrijski bolesnici rijetko spontano govore o svojim seksualnim problemima (153), razumijevanje bolesnikova seksualnog života je važno zbog nekoliko razloga.

Prvo, seksualna aktivnost odražava mogućnost uspostavljanja i održavanja međuljudskih odnosa te postojanje nagona da se postigne specifična svrha i zadovolji potreba. To je osjetljiv pokazatelj bolesnikova globalnog funkcioniranja.

Drugo, seks igra važnu ulogu u ukupnoj čovjekovoj kvaliteti života. Upravo u bolesnika koji pate od kroničnih mentalnih bolesti javlja se veliki broj seksualnih disfunkcija te je samim time njihova kvaliteta života niža (154).

Žene koje boluju od shizofrenije, u usporedbi sa zdravim ženama, žale se na smanjenu seksualnu želju i nižim ocjenjuju svoje fizičko i emocionalno zadovoljstvo spolnim odnosima, imaju više spolnih partnera tijekom života, u manje slučajeva su trenutno u vezi te imaju više šanse biti prisiljene u neželjeni spolni odnos ili se baviti prostitucijom (155, 156).

Treće, seksualne disfunkcije su jedna od najproblematičnijih nuspojava psihotropnih lijekova (157, 158, 159).

Četvrto, u psihotično poremećenom seksualnom ponašanju visok je rizik neželjenih trudnoća, a znano je da kronični mentalni bolesnici imaju manje planiranih trudnoća, više neželjenih trudnoća te više pobačaja (156).

Peto, kronični mentalni bolesnici su pod višim rizikom za oboljevanje od spolno prenosivih bolesti (160, 161, 162). Skloniji su zlouporabi opojnih sredstava, a koja su povezana s visoko rizičnim spolnim ponašanjem te kratkotrajnim seksualnim odnosima. Takvi bolesnici teško održavaju stabilne veze. Zbog destruktivnih, suicidalnih i homicidnih impulsa mogu se upustiti u visoko rizične spolne odnose (163).

1.5. DEPRESIJA

1.5.1. Uvod

Depresija je mnogo teže stanje od povremenog osjećaja sjete i tuge, osjećaja sniženog raspoloženja koje je svatko od nas barem jednom tijekom života doživio. To je ozbiljno stanje iznimno jake tuge, melankolije ili očaja koji ometaju socijalno funkcioniranje i svakodnevne aktivnosti. Depresija utječe i na um i na tijelo, na sve vidove svakodnevnog života te na bolesnikovo mišljenje o sebi. Osobe koje pate od depresije ne mogu se same od sebe “izvući” iz depresije i ukoliko se ne liječe simptomi mogu trajati mjesecima pa i godinama.

Depresija je kao bolest prepoznata još u antičko doba te se opisi depresije mogu naći u mnogim drevnim pisanim dokumentima, pa tako i u Bibliji. Suvremena ideja depresije je dosta slična mnogo starijem konceptu melankolije, koji je poznao još i Hipokrat. Termin melankolija je izvedenica od dvije starogrčke riječi “melan” - crn i “chole” - žuč, a prvi ga je koristio rimski liječnik Aulus Cornelius Celsus oko 30-te godine Nove ere.

Jedna do najranijih hipoteza depresije temeljila se na djelovanju rezerpina i izoniazida na razinu monoaminskih neurotransmitera, a posljedično i na simptome depresije te se smatralo da je depresija u biti posljedica neurotransmiterskog dizbalansa. Od tih početaka razvile su se i mnoge druge teorije o uzrocima depresije.

Depresija barem jednom tijekom života zahvati između 7% i 18% svjetskog stanovništva a po podacima Svjetske zdravstvene organizacije od depresija u svijetu boluje 121 milijun ljudi. Ta teška bolest zahvaća oba spola, sve rase te sve etničke i socioekonomske skupine. Srednje doba javljanja je u četrdesetim godinama života.

Otprilike dva puta više žena nego li muškaraca javlja se liječniku ili se liječi zbog depresije, no razlika se u zadnje vrijeme sve više smanjuje (54).

Poslije 50-te godine života incidencija depresije među spolovima se izjednačava. U posljednje vrijeme sve je viša incidencija u mlađim dobnim skupinama te se depresija u djetinjstvu više ne smatra rijetkom, uz prevelenciju u djece između 0.5% i 2.5%, a u adolescenata između 2% i 8% (164).

Depresija je vodeći uzrok nesposobnosti za rad u Sjevernoj Americi te u drugim razvijenim zemljama te SZO smatra da će do 2020. godine postati drugi najčešći uzrok nesposobnosti za rad na cijelom svijetu (nakon kardiovaskularnih bolesti) (165, 166).

Novija istraživanja govore u prilog tezi da su kriteriji za depresiju preširoko postavljeni, a što, primjerice, dovodi do postavljanja dijagnoze depresije i u ljudi u kojih je to normalna reakcija na negativne životne događaje (167).

1.5.2. Etiologija

Do danas nije utvrđen specifični uzrok depresije, no smatra se da je u etiologiju bolesti uključen velik broj čimbenika. Čimbenici koji bi mogli biti vezani uz razvoj depresije mogu se svrstati u tri veće skupine: genetski, biološki i psihosocijalni čimbenici.

Znanstveni podaci ukazuju na postojanje značajnih genetskih čimbenika u razvoju depresije, no genetsko nasljeđivanje se odvija složenim mehanizmima te nije u potpunosti moguće odbaciti psihosocijalne učinke i negenetske čimbenike koji vjerojatno imaju bitnu ulogu u nastanku depresije u barem dijela ljudi koji od nje boluju. Smatra se da je depresija u 40% do 70% nasljedna, ali da je u to nasljeđivanje

posljedica interakcije nekolicine gena s okolišnim čimbenicima (168).

Istraživanjima je utvrđeno da u bliskih rođaka oboljelih od depresije postoji 2 do 3 puta veći rizik od razvoja depresije nego u zdravih ispitanika. Vjerojatnost razvoja depresije u obitelji opada što se stupanj srodnosti smanjuje, primjerice veći je u braće nego u bratića (54).

U studijama o posvojenoj djeci ustanovljeno je da biološka djeca oboljelih roditelja imaju povišen rizik za oboljevanje od depresije, čak i ako su ih posvojili zdravi posvojitelji. Ukoliko jedan blizanac već boluje od depresije, stopa javljanja u jednojajčanog blizanca je oko 50%, a u dvojajčanog između 10% i 25% (54).

Potencijalni genetski markeri za poremećaje raspoloženja su lokalizirani na kromosomima X, 4, 5, 11, 18 i 21. Primjerice, dva pretpostavljena markera na dugom kraku kromosoma 5 sadrže gene koji kodiraju receptore za noradrenalin, dopamin, GABA-u i glutamat (164).

Istraživanja i pozitivni učinci antidepresiva na liječenje depresije govore u prilog poremećaja razine i funkcioniranja neurotransmitera te se stoga smatra da ponajviše serotonin, noradrenalin i dopamin imaju važnu ulogu u patofiziologiji depresije. Dokazi za to su brojni i značajni, no još uvijek ne konačni i nedvosmisleni (164).

Depresija se može povezati i s povećanjem nadbubrežnih žlijezdi, a koje se smanje odgovarajućim liječenjem. Kortikotropin oslobađajući čimbenik (CRF) je medijator uključen u neuroendokrini, autonomni i bihevioralni odgovor na stres, a kliničkim studijama se dokazalo da je CRF uključen u razvoj depresije i anksioznih poremećaja (169, 170, 171).

Smanjenje razine serotonina može ubrzati pojavu depresije. U nekih bolesnika sa suicidalnim idejama utvrđena je niska razina serotoninskih metabolita u

cerebrospinalnom likvoru (172).

Iako ne postoje neke trajne promjene funkcije noradrenergičkih receptora u oboljelih od depresije, dokaz uključenosti noradrenergičkog sustava u etiologiju depresije je povezanost između smanjenja broja β -adrenergičkih receptora i kliničkog odgovora na liječenje antidepresivima (54).

Za dopamin se smatra da je njegova koncentracija smanjena u depresiji i povišena u maniji. Otkrivanje pet skupina dopaminskih receptora i sve bolje razumijevanje presinaptičke i postsinaptičke regulacije dopaminske funkcije, omogućilo je daljnja istraživanja povezanosti dopamina i depresije. Smatra se da su u patofiziologiju poremećaja raspoloženja uključene još neke tvari, a najviše se spominju γ -aminomaslačna kiselina (GABA) i neurogeni peptidi poput vazopresina i endogenih opijata (54).

Hipotalamus je centralni organ neuroendokrine regulacije te i sam prima signale koje prenose već spomenuti neurotransmiteri. U oboljelih od depresije ustanovljene su različite neuroendokrine disregulacije. Stoga bi abnormalna regulacija neuroendokrinih osi mogla biti rezultat abnormalnog funkcioniranja neurona koji otpuštaju određene biogene amine. Iako je teorijski moguće da je poremećaj određene neuroendokrine osi uključen u nastanak depresije, vjerojatnije je da je to samo odraz predliježećeg moždanog poremećaja.

Novija istraživanja su ukazala na moguće postojanje veze između depresije i neurogeneze u hipokampusu (173, 174, 175).

Povećana incidencija depresije u industrijaliziranim društvima može se povezati i s prehranom, posebice s niskim razinama omega-3 masnih kiselina u tovljenih životinja i prerađevina. To je barem djelomično potvrđeno istraživanjima dodataka prehrani u školama.

Početna istraživanja govore o statistički značajnim blagotvornim učincima omega-3 masnih kiselina u liječenju i ublažavanju tijeka depresije (176, 177).

Nisko samopoštovanje i poremećeno mišljenje povezani su s depresijom. Iako se ne zna što je uzrok, a što posljedica, zna se da depresivne osobe koje mogu promijeniti svoj način razmišljanja mogu i popraviti svoje raspoloženje i samopoštovanje.

Primjećeno je da stresni životni događaji često prethode depresivnim epizodama, pogotovo prvoj epizodi, tj. pojavi same depresije. Smatra se da stres vezan uz prvu epizodu depresije dovodi do dugotrajnih neurobioloških poremećaja te posljedično može doći do pojave novih epizoda čak i bez vanjskih stresora. Životni događaji su u različitoj mjeri povezani s razvojem depresije, a najčešće povezani s pojavom depresije, su gubitak roditelja prije jedanaeste godine života te gubitak supružnika i djeteta.

I obiteljsko okruženje također igra ulogu u nastanku i tijeku depresivnog poremećaja. Moguće je da stupanj psihopatologije u obitelji utječe na brzinu oporavka, povrat simptoma te prilagodbu oboljelih od depresije.

Niti jedna premorbina crta ličnosti ne stvara direktnu sklonost za depresiju. No, ljudi određenih tipova ličnosti (oralno-ovisni, opsesivno-kompulzivni, histerični) imaju vjerojatno veći rizik za razvoj depresije od ljudi s antisocijalnim, paranoidnim te drugim tipovima ličnosti koji mogu koristiti projekciju i druge obrambene mehanizme kako bi se zaštitili od vlastitog unutarnjeg bijesa.

Istraživanja su pokazala da stresovi koje bolesnik doživi i koji djeluju negativno na njegovo samopoštovanje imaju visoku povezanost s razvojem depresije. Štoviše, ono što se promatraču čini blagim stresorom u bolesnika može biti razarajućeg djelovanja i to zbog posebnog značenja koju on pripisuje tom događaju.

Freud je govorio o tendenciji depresivnog bolesnika da bilo kakvu mržnju i bijes zbog osobe koju su izgubili usmjeri prema sebi (178).

Melanie Klein je, kao i Freud, shvaćala depresiju kao ekspresiju agresije prema bližnjima, ali je povezivala depresiju s različitim iskustvima tijekom odrastanja. Smatrala je da je depresija odraz nemogućnosti uspješnog prevladavanja depresivnih situacija u djetinjstvu. Tijekom normalnog procesa žalovanja, kao posljedica gubitka voljene osobe, depresivna situacija se reaktivira, no onda se i proradi kroz ponovno uspostavljanje izgubljene osobe kao unutarnjeg objekta, kao i ponovnog postavljanja roditelja kao dobrih objekata. Po njenom mišljenju, depresivni bolesnik se očajnički brine da je zbog svoje pohlepe i destruktivnosti unutar sebe uništio dobre objekte voljene osobe. Kao posljedica tog razaranja osjeća se progonjen omraženim lošim objektima koji su preostali (179).

Edward Bibring je smatrao da depresija nastaje kao posljedica tenzija koje nastaju zbog nesuglasja između vrlo visokih ideala i same stvarnosti. Za njega ključnu ulogu nije igrao superego, već je tvrdio da tenzije rastu unutar samog ega, a ne između ega i superega (180).

Jacobson je ponešto preradio Freudovu ideju te je teoretizirao da se depresivni bolesnik ponaša kao da je on bezvrijedan, izgubljeni voljeni objekt, čak iako ne preuzme sve karakteristike tog objekta. Self se tada protumači kao loš objekt, te se na koncu taj loš, unutarnji objekt ili izgubljeni vanjski voljeni objekt transformira u sadistički superego. Ego tada postaje žrtvom superega, bespomoćan i slab poput malog djeteta na kojem se iživljava okrutna, snažna majka (181, 182).

Za Silvana Arietija su depresivni bolesnici živjeli svoj život za nekog drugog, a ne za sebe. Depresija se javlja kada bolesnik shvati da im osoba i/ili ideal za koji žive neće ispuniti očekivanja, a sami ne mogu promijeniti to stanje. Smatraju da je

život bezvrijedan ukoliko ne mogu dobiti ono što žele od druge osobe ili ukoliko ne mogu postići svoj nemogući cilj (183).

Kohutova konceptualizacija depresije temelji se na pretpostavci da “self” u razvoju ima specifične potrebe koje roditelji trebaju zadovoljiti kako bi dijete razvilo pozitivno samopoštovanje. Te potrebe su: zadivljenost, potvrđivanje i idealizacija. Kada te potrebe nisu zadovoljene, javlja se veliki gubitak samopoštovanja koji se prezentira depresijom (54).

1.5.3. Simptomi

Postoje dvije važeće klasifikacije za postavljenja dijagnoze depresije, a to su kao i za shizofreniju MKB i DSM-IV klasifikacija.

Prema DSM-IV mora biti prisutno jedno od sljedećih obilježja: depresivno raspoloženje ili anhedonija koja mora trajati barem dva tjedna, u uz to mora biti barem pet drugih simptoma bolesti: kao npr: osjećaj velike tuge i/ili straha ili osjećaj praznine, smanjenje interesa ili zadovoljstva u svim ili skoro svim svakodnevnim aktivnostima, promjene apetita te izražen porast ili gubitak tjelesne mase, poremećen san, poput nesanice ili hipersomnije, psihomotorna agitacija ili retardacija skoro svakodnevno, intenzivni osjećaj krivnje, nerveze, bespomoćnosti, beznađa, bezvrijednosti, izolacije/samoće i/ili anksioznosti, smetnje koncentracije, neodlučnost ili opće kognitivno usporenje i otupljenje ili česte misli o smrti (ne samo strah od smrti), želja da “legne i umre” ili “prestane disati”, česte suicidalne ideje bez razrade ili pokušaj samoubojstva ili planiranje samoubojstva.

1.5.4. Liječenje depresije

U liječenju depresije farmakoterapija i psihoterapija su dva primarna tipa liječenja depresije te se često koriste zajedno. Zajedno daju bolje rezultate nego svaka od navedenih terapija posebno (184).

Elektrostimulativna terapija se može koristiti kada farmakoterapija ne polučuje rezultate. U hitnoćama je često potrebna hospitalizacija kako bi se suicidalne bolesnike spriječilo da naštetu sebi ili drugima.

Od antidepresiva koriste se triciklički antidepresivi kao najstarija skupina antidepresiva. Oni blokiraju ponovni unos neurotransmitera noradrenalina i serotonina u živčani završetak kompeticijom za vezanje s transportnim proteinom. Osim učinka na povratni unos amina, većina tricikličkih antidepresiva djeluje na jednu ili više vrsta receptora za neurotransmitere, uključujući muskarinske za acetilkolin, receptore za histamin i 5-HT receptore. Djelovanje na te receptore je odgovorno za brojne nuspojave ove skupine antidepresiva, a najčešće su: posturalna hipotenzija, tahikardija, pospanost, suhoća ustiju, konstipacija, retencija mokraće, konfuzija i seksualne disfunkcije. U ovu skupinu lijekova spadaju: imipramin, dezipramin, komipramin, amitriptilin i nortriptilin. Zbog intenzivnog razvoja novijih generacija sigurnijih i selektivnijih lijekova, danas se koriste u mnogo manjoj mjeri. Ipak, još uvijek imaju svoje mjesto u liječenju depresije, posebice teških slučajeva, zbog njihove velike snage.

Sve se više koriste selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koji su po učinkovitosti slični lijekovi, ali su njihova obilježja glede podnošljivosti i sigurnosti različita.

Smatra se da je jedan od uzroka depresije neadekvatna količina neurotransmitera serotonina, a selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina djeluju na način da sprečavaju njegovu ponovnu pohranu u presinaptički dio živca te stoga dovode do povećanja razine serotonina u sinapsi.

Razlika u mehanizmu djelovanja između raznih lijekova ove skupine je u učinku na noradrenergičku i dopaminergičku ponovnu pohranu te djelovanju na kolinergičke, histaminergičke, GABA, alfa i betaadrenergičke receptore. Razlike su minimalne, ali dovoljne da mijenjaju i razlikuju njihov profil podnošljivosti te vrstu nuspojava (185, 186). Ova skupina lijekova obuhvaća fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, escitalopram, citalopram i sertralin.

Skupina selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina uzrokuje manje nuspojava od tricikličnih antidepresiva i inhibitora monoaminoooksidaze, a one koje se mogu javiti su: pospanost, suhoća ustiju, nervoza, anksioznost, nesanica, smanjen apetit te seksualne disfunkcije. Upravo su seksualne disfunkcije češće opisane u lijekova ove skupine nego u klasičnih antidepresiva, a njihova učestalost se pripisuje djelovanju serotonina. Neke od njih se mogu smanjiti kada se bolesnik prilagodi lijeku, ali druge mogu biti trajno izražene. Iako su sigurniji od antidepresiva prve generacije, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina nekada ne uspijevaju polučiti rezultate, što govori o mogućoj ulozi noradrenalina.

U upotrebi su i neselektivni inhibitori monoaminoooksidaze A kao što je maklobemid. To su sigurniji lijekovi, dobre podnošljivosti, a uz primjenu ne zahtijevaju stroga dijetalna ograničenja prehrane kao u klasičnih inhibitora monoaminoooksidaze.

Sve više se u liječenju upotrebljavaju i dualni inhibitori ponovne pohrane

serotonina i noradrenalina kao što je venlafaksina. Njihovo djelovanje je slično djelovanju klasičnih antidepresiva, ali za razliku od njih ne pokazuju značajnije interakcije s adrenergičkim, muskarinskim ni histaminskim receptorima, a pokazuju djelovanje na dopaminergičke receptore. Uzrokuju slične nuspojave kao i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, a najčešće mučninu.

Postoji još niz skupina antidepresiva koji se koriste u liječenju depresije, a kao još jednu od skupina spominju se i pojačivači ponovne pohrane serotonina gdje spada i tianeptin koji stimulira ponovnu pohranu serotonina a time dolazi do uspostavljanja serotoninske ravnoteže. Učinkovitost i djelovanje tianeptina je vrlo slično onom u selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina a koji je bio zastupljen i u liječenju depresivnih bolesnika u ovom radu (187, 188, 189, 190).

U liječenju depresije osim farmakoterapije sve se više koristi elektrostimulativna terapija za koju je potvrđeno da je barem jednako učinkovita kao i antidepresivi. Pozitivan odgovor polučuje 60%-80% slučajeva, a smatra se da je elektrostimulacijska terapija najučinkovitiji način liječenja za tešku depresiju s tendencijom suicida te katatonu depresiju. Važan nedostatak elektrostimulacijske terapije je to što često izaziva glavobolje, konfuziju i gubitak pamćenja koji može trajati tjednima.

Od psihoterapijskih metoda kao vrlo uspješne u liječenju depresije, uz ili bez psihofarmaka, spominju se:

a) Kognitivna terapija, koja se temelji na ispravljanju kroničnih smetnji mišljenja koje dovode do depresije, osobito kognitivne trijade; osjećaja beznađa i bespomoćnosti u vezi sa sobom, budućnošću i prošlošću.

b) Bihevioralna terapija, koja se temelji se na teoriji učenja, tj. klasično i instrumentalno uvjetovanje. Obično je kratkotrajna i strukturirana, usmjerena na

određena, neželjena ponašanja.

c) Psihoanalitička terapija je usmjerena na osobu i na razumijevanje nesvjesnih konflikata i motiva koji mogu poticati i održavati depresiju.

d) Suportivna terapija je indicirana osobito u slučajevima akutnih kriza ili kada bolesnik još ne može biti uključen u aktivnije terapijske tehnike, a primarni cilj je pružanje emocionalne potpore.

e) Grupna terapija može koristiti kao podrška, ventilacija i jačanje pozitivnih elemenata u skupini kao i u ostvarivanju međuljudskih interakcija i neposrednog ispravljanja kognitivnih smetnji te smetnji u odnosima od strane drugih članova grupe.

1.5.5. Seksualnost i seksualne disfunkcije u depresije

Depresiju karakterizira gubitak interesa, smanjenje energije, oslabljeno samopoštovanje i nemogućnost doživljavanja zadovoljstva. Razdraženost i socijalno povlačenje mogu narušiti sposobnost stvaranja i održavanja intimnih odnosa. Ovakav skup simptoma može uzrokovati poteškoće u seksualnim odnosima a sama depresija se već dugo povezuje sa seksualnim disfunkcijama i problemima.

Temeljni simptom depresije je anhedonija koja uključuje i smanjenje/gubitak libida. Stoga može biti vrlo teško utvrditi uzrok seksualnim disfunkcijama u oboljelih od depresije, a diferencijalna dijagnoza mora uključivati primarne seksualne disfunkcije, seksualne disfunkcije povezane s medicinskim i psihijatrijskim poremećajima te seksualne disfunkcije povezane s lijekovima koji se koriste u liječenju psihijatrijskih poremećaja (191).

Štoviše, antidepresivi korišteni u liječenju mogu pogoršati podliježuću seksualnu disfunkciju ili pak potaknuti seksualnu disfunkciju koja prije nije bila očigledna.

Iako je depresija često povezana sa seksualnim disfunkcijama (preko 70%) bolesnika, do sada provedena istraživanja se uvelike razlikuju glede učestalosti i tipa seksualne disfunkcije (192).

Od 132 depresivna bolesnika na gubitak interesa za seksualne aktivnosti, obilježen gubitkom libida ili smanjenjem seksualne želje ili potencije, žalilo se 72% bolesnika oboljelih od unipolarne depresije i 77% oboljelih od bipolarne depresije (193).

U žena koje dulje vrijeme pate od depresije utvrđeno je da se rjeđe seksualno uzbude, doživljavaju manje fizičkog užitka i emocionalnog zadovoljstva u vezi, a u usporedbi sa zdravim ženama češće i masturbiraju. Stoga je očito da depresija može umanjiti seksualno zadovoljstvo u žena (194).

Oko 10% populacije boluje od depresivnih epizoda s teškim oštećenjem kvalitete života i funkcioniranja. Smanjen libido često prati epizodu velike depresije. Po Casperu i suradnicima (195), 72% oboljelih od unipolarne depresije te 77% oboljelih od bipolarne depresije iskusilo je gubitak seksualnog interesa.

Dob i kognitivna oštećenja pokazuju snažnu uzajamnu vezu sa smanjenjem seksualnog interesa. Pacijenti oboljeli od depresije koji imaju povećani apetit osjetljiviji su u osobnim vezama i odnosima, neprijateljskije su raspoloženi te su prijavili veće smanjenje libida od skupine oboljelih od depresije bez povećanog apetita.

Oboljeli od depresije mogu također iskusiti smanjenu sposobnost održavanja seksualnog uzbuđenja ili postizanja orgazma. U muškaraca oboljelih od teške

depresije, stopa erekcijske disfunkcije bi mogla dostizati i 90% (196).

Procjena noćne penilne tumescencije se koristila kao mjera erekcijske sposobnosti. Thase i suradnici (191), su ustanovili da je smanjenje penilnog rigiditeta utvrđeno u otprilike 40% pacijenata oboljelih od depresije, uz smanjenje trajanja (u minutama), sa snom povezane tumescencije (noćno penilno tumescentno vrijeme) u usporedbi sa zdravim kontrolama. Čini se da je depresija u muškaraca povezana s potencijalno rezverzibilnim smanjenjem erekcijskog kapaciteta a koji bi mogao biti povezan sa značajnim seksualnim disfunkcijama.

Depresija se naširoko liječi antidepresivima, a samo liječenje je dugotrajno, traje tjednima, mjesecima pa i godinama te zahtjeva suradnju pacijenta. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina su postepeno zamijenili tricikličke antidepresive.

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina izazivaju manje nuspojave, većinom zbog manjka antikolinergijskih nuspojave. No, jedna od značajnih nuspojave selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina je oštećenje seksualnog funkcioniranja.

Najčešća je inhibicija orgazma, ali i oštećenje seksualne želje i uzbuđenja što ima za posljedicu negativno djelovanje na zadovoljstvo seksualnim funkcioniranjem (198).

Procjena prevalencije seksualnih disfunkcija koje su rezultat liječenja nije jednostavna pošto samo depresivno stanje može utjecati na seksualnu želju i uzbuđenje. Osim toga, značajne razlike u prevalenciji su posljedica korištene metodologije. Naime, prije mnogi pacijenti nisu prijavljivali nuspojave jer nisu smatrali da je to vezano uz upotrebu lijeka niti da je to liječniku bitno, a danas se ipak koriste specifični strukturirani upitnici koji se tiču baš ovog pitanja.

1.6. SEKSUALNE NUSPOJAVE PSIHOFARMAKA

Seksualne nuspojave psihofarmaka utječu na kvalitetu života pojedinaca, stvaraju dodatne poteškoće i posebice utječu na uzimanje propisane terapije te je stoga nužno dobro poznavati djelovanja lijekova i njihov moguć utjecaj na seksualne disfunkcije.

Rijetko se događa da se bolesnici samoinicijativno žale na seksualnu disfunkciju i stoga klinička istraživanja antipsihotika često iznose nisku učestalost seksualnih disfunkcija. S druge strane, istraživanja u kojima se koriste sastavljeni intervjui ili upitnici pokazuju da se u 30% do 60% bolesnika oboljelih od shizofrenije javlja seksualna disfunkcija.

Kao posljedica depresije prilikom korištenja upitnika za istraživanje seksualne aktivnosti ustanovljeno je da se otprilike 40% muškaraca i 50% žena žali na smanjenje libida i probleme seksualnog uzbuđenja, a disfunkcije orgazma su nešto rjeđe, 15% do 20%. To govori da su psihotropni lijekovi u značajnoj mjeri skloni izazivanju seksualnih disfunkcija, a kada se uzme u obzir i deterioracija cijele osobe kao posljedica same bolesti, jasno je da je sprečavanje i liječenje seksualnih disfunkcija značajan i zahtjevan zadatak za psihijatriju današnjice (199).

1.6.1. Seksualne nuspojave uzrokovane antidepresivima

U bolesnika koji boluju od depresije mnogi su čimbenici uključeni u razvoj seksualnih disfunkcija. To je u prvom redu sama bolest, zatim deterioracije socijalnih i međuljudskih veza te učinci liječenja.

Antidepresivi mogu poremetiti seksualnu aktivnost i na taj način uzrokovati druge promjene koje mogu utjecati na sve faze seksualne aktivnosti: želju, uzbuđenje, orgazam i ejakulaciju.

Fiziološki mehanizam normalnog seksualnog odgovora uključuje kombinaciju neurogenih, psihogenih, vaskularnih i hormonalnih čimbenika koje koordiniraju hipotalamus, limbički sustav te centri cerebralnog korteksa.

Danas se smatra da na seksualnu funkciju utječu mnogi neurotransmiteri: dopamin, serotonin, noradrenalin, acetilkolin, GABA, oksitocin, arginin- vazopresin, angiotenzin II, GHRH, supstancu P, neuropeptid Y i kolekistokinin-8.

Dopamin pojačava seksualnu funkciju a, suprotno tome, serotoninška stimulacija inhibira seksualnu želju, ejakulaciju i orgazam. Iako uloga noradrenergičke aktivnosti u seksualnom odnosu nije jasna, čini se da je usko vezana uz javljanje i održavanje kopulatorne aktivnosti u mužjaka štakora. Blokada perifernih α -adrenergičnih i kolinergičnih receptora u genitourinarnom traktu slabi seksualnu funkciju. Lijekovi s velikom sklonosti blokadi antikolinergičnih i/ili α_1 receptora (antidepresivi i antipsihotici) mogu uveliko poremetiti proces seksualnog uzbuđenja (200, 201).

Biokemijski mehanizmi za koje se smatra da su ključni za seksualne nuspojave izazvane antidepresivima, uključuju povišeni serotonin, osobito preko 5-HT₂ i 5-HT₃ receptora, sniženi dopamin, blokadu kolinergičkih i α -1 adrenergičkih receptora te povišenje koncentracije prolaktina.

Incidencija seksualnih disfunkcija varira ovisno o antidepresivu.

Višu incidenciju seksualnih disfunkcija imaju inhibitori monoooksidaze i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, venlafaksin i triciklički antidepresivi (pogotovo oni koji imaju visoku sklonost blokiranju ponovne pohrane

serotonina, poput klomipramina).

Lijekovi koji pretežno djeluju na noradrenalin (dezipramin, nortriptilin), dopamin (amineptin, bupropion), blokatori 5-HT₂ receptora (nefazodon, mirtazapin) i tianeptin djeluju na seksualnu funkciju u mnogo manjem obimu.

Seksualne disfunkcije nastale tijekom terapije selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina, nalazimo u 30% do 50% bolesnika koji uzimaju ove antidepressive (202, 203, 204).

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina izazivaju poremećaj orgazma u oba spola, (204), a istraživanja pokazuju da mogu biti povezani i sa smanjenjem i s povećanjem seksualne želje, kao i s pojavom impotencije (206).

Citalopram, venlafaksin i paroksetin pokazuju najvišu stopu incidencije seksualnih nuspojava. Nižu stopu imaju sertralin, fluvokasmin, fluoksetin, a najmanje mirtazapin.

Pri terapiji fluoksetinom zabilježeni su slučajevi galaktoreje, smanjenja libida, anorgazmije ili odgođenog orgazma, a pri liječenju sertralinom može se javiti poremećaj odgođene ejakulacije, smanjenje libida, anorgazmija ili odgođen orgazam (205,207).

U kliničkim studijama paroksetina zamijećen je nastanak impotencije, poremećaj ejakulacije i anorgazmija ili odgođeni orgazam (205).

Iako je pri liječenju paroksetinom zamijećen poremećaj ejakulacijske funkcije, postoje i radovi koji opisuju učinak paroksetina u tretmanu prijevremene ejakulacije (208).

Pojava impotencije i prijavizma zabilježena je tijekom terapije citalopramom (209). Dokazano je da fluvokasmin dovodi do povišenja koncentracije serumskog prolaktina.

Triciklički antidepresivi uzrokuju poremećaj ejakulacije i ejakulacijske funkcije a rezultati kliničkih istraživanja nisu pokazali značajne razlike među pojedinim antidepresivima ove skupine (200).

Poremećaj orgazma, ejakulacije i erekcijske funkcije najčešće se javljaju u terapiji venlafaksinom i klomipraminom, u usporedbi s nefazodonom, mirtazapinom, bupropionom i moklobemidom. Liječenje klomipraminom i imipraminom dovodi do smanjenja libida i impotencije, a također se javljaju galaktoreja i amenoreja (210).

Nuspojava terapije nefazodonom, trazodonom i imipraminom je prijavizam (211). Bupropion uzrokuje vrlo malo seksualnih nuspojava zbog svog dopaminergičkog djelovanja te zbog odsutstva serotonergičkog djelovanja (200).

Tijekom terapije inhibitorima monoooksidaze nastaju impotencija i poremećaj ejakulacije. Uz amoksapin češće su neželjene posljedice liječenja galaktoreja i amenoreja (210).

Klinička istraživanja pokazuju akutno i prolazno povišenje koncentracije prolaktina u plazmi tijekom liječenja moklobemidom. U usporedbi sa klasičnim inhibitorima monoamnooksidaze moklobemid ima vrlo malo učinaka na seksualnu funkciju, najvjerojatnije zbog stimulacije dopaminergičke aktivnosti i odsutstva serotonergičkog učinka (200, 201).

Reboksetin u dozama većim od 8 mg na dan dovodi do impotencije. Neke spoznaje, ne toliko znanstveno utemeljene govore o mnogo manje čestim nuspojavama antidepresiva, poput anestezije penisa ili klitorisa, bolnog orgazma, prijavizma (povezanog s paroksetinom, trazodonom), povećanog libida, spontanog orgazma te smanjen volumen ejakulata (200).

Mirtazapin uzrokuje seksualne disfunkcije mnogo rjeđe od selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina i venlafaksina, a i kada se pojave su mnogo

blaže (otežan orgazam i blaža anorgazmija). No, erekcijska disfunkcija se javlja u jednakom postotku kao i u drugih antidepresiva.

1.6.2. Seksualne nuspojave uzrokovane antipsihoticima

Smanjena seksualna želja je najčešća seksualna poteškoća u oboljelih od shizofrenije, bilo da se liječe sa antipsihoticima ili ne. Uz to se javlja progresivno propadanje seksualnog i socioseksualnog funkcioniranja.

Po prikazima slučajeva u nekih se bolesnika u akutnoj fazi shizofrenije javljaju cenestetske halucinacije seksualne prirode, erotomanske deluzije, deluzije vezane uz seksualni identitet i hiperseksualizam koji brzo prolaze nakon primjene neuroleptika. Keefe i Lyketsos su primjetili da postoji negativna uzajamnost između težine simptoma shizofrenije, frekvencije seksualnih aktivnosti i seksualne želje (negativna uzajamnost između razine premorbidnog seksualnog funkcioniranja (PSF) i težine negativnih simptoma) (212).

Seksualne disfunkcije koje se javljaju u oboljelih od shizofrenije povezane su sa samom bolešću, psihosocijalnim čimbenicima, kliničkim stanjem ali i korištenjem psihotropnih lijekova. Kako na odabir lijekova može utjecati liječnik, provedena su brojna istraživanja s ciljem utvrđivanja odgovornosti pojedinog lijeka za pojavu seksualnih disfunkcija. Sa seksualnim disfunkcijama kao što su smanjenje libida, erekcijska disfunkcija, anorgazmija, zakašnjela ili retrogradna ejakulacija, oligomenoreja i amenoreja povezan je s velikim brojem tipičnih antipsihotika (200, 213).

Iako antipsihotici, uključujući atipične mogu imati štetan učinak na seksualno ponašanje, od njihova uvođenja u liječenje shizofrenije stope reprodukcije u

shizofrenih bolesnika su se povećale (214).

Poremećaji seksualnih funkcija uzrokovanih antipsihoticima posljedica su direktnog učinka promjena katekolaminske neurotransmisije te promjena u adrenergičko - kolinergičkoj ravnoteži. Poremećaji seksualnih funkcija dovode se u vezu i s blokadom dopaminskih receptora, s povećanjem koncentracije prolaktina ili pak udruženim djelovanjem oba ta mehanizma (210).

Primjena klorpromazina, tioridazina, flufenazina i tiotiksena povezana je sa smetnjama potencije, prijavizmom, bolnim orgazmom te poremećajem ejakulacije. Tijekom terapije sulpiridom u žena se javlja galaktoreja, amenoreja, neredoviti menstrualni ciklusi i anovulacija, a u muškaraca impotencija, azospermija, galaktoreja i ginekomastija.

Pimozid i haloperidol su najčešće povezani sa smetnjama potencije, a molindon i klopazin sa prijavizmom i bolnim orgazmom.

Pri terapiji risperidonom javlja se prijavizam, poremećena erekcija i ejakulacija, poremećaji orgazma i povišenje razine prolaktina.

Tijekom uzimanja mezoridazina dolazi do premećaja ejakulacije. Sertindol dovodi dio redukcije ejakulacijskog volumena, što se može objasniti snažnim antiadrenergičkim učinkom ovoga lijeka (210).

Svi antipsihotici redom mogu uzrokovati povećanje razine prolaktina, a razlikuju se po jačini tog učinka. Lijekovima uzrokovana hiperprolaktinemija je česta u žena koje uzimaju tipične antipsihotike tijekom duljeg razdoblja. Povišene razine prolaktina povezane su i s dozom lijekova te su direktna posljedica dopaminskog antagonizma kojeg uzrokuju lijekovi ove skupine. Neuroleptički uzrokovana hiperprolaktinemija povezana je sa seksualnim disfunkcijama, menstrualnim problemima i poremećenom lutealnom fazom ciklusa (215).

Razvoj atipičnih antipsihotika, posebice klozapina i kvetiapina, posebice je značajan zato što ti lijekovi ne dovode do porasta razine prolaktina te posljedičnih nuspojava koje uzrokuju tipični antipsihotici. Ostali atipični antipsihotici ipak mogu značajno (risperidon, amisulpirid) ili prolazno (olanzapin, ziprasidon, sertindol) povišati razinu prolaktina te su stoga samo klozapin i kvetiapin lijekovi koji ne djeluju na razinu prolaktina (215).

Postoje radovi koji govore da se u bolesnika liječenih kvetiapienom rijetko pojavljuju seksualne disfunkcije te da ne dolazi do promjena razine prolaktina (216, 217, 218). No, s druge strane, postoje i radovi koji govore da je kvetiapin povezan s gotovo jednako, ako ne i više seksualnih disfunkcija, nego li je to u slučaju uzimanja tipičnih antipsihotika, poput haloperidola (219).

2.0. RADNA HIPOTEZA

Znanstveno je za očekivati određene razlike u aspektima seksualnog samopoimanja i seksualnog čina između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom u odnosu na zdravu populaciju s obzirom na naravi psihičkih bolesti, čimbenike osobnosti, utjecaj psihofarmaka i određene sociodemografske čimbenike.

2.1. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1.1. Istražiti da li postoje značajne razlike u aspektima seksualnog samopoimanja i seksualnog čina u shizofrenih i depresivnih bolesnika u odnosu na zdravu populaciju. Ustanoviti da li postoje značajne razlike u aspektima seksualnog samopoimanja i seksualnog čina između shizofrenih i depresivnih bolesnika.

2.1.2. Istražiti moguće utjecaje čimbenika osobnosti na aspekte seksualnog samopoimanja (seksualna “self – shema”, svijest o vlastitoj seksualnosti, seksualna spremnost na akciju, seksualni avanturizam, negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost, seksualno zadovoljstvo) i na seksualni čin (doživljaj i koncept) u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih pojedinaca. Odrediti da li postoji međusobni odnos između određenih faktora osobnosti i pojedinih aspekata seksualnog samopoimanja i seksualnog čina.

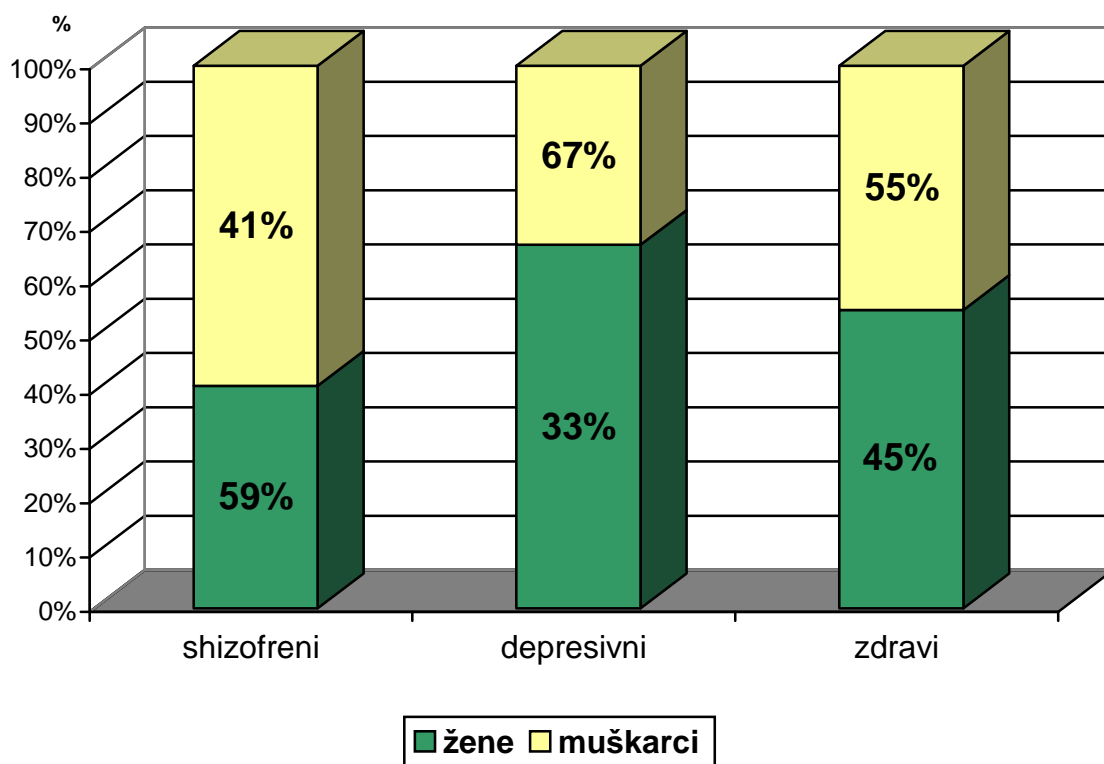
2.1.3. Ispitati da li postoji utjecaj psihofarmaka i određenih sociodemografskih čimbenika (spol, dob, bračni status, stupanj stručne spreme, religijska pripadnost) na aspekte seksualnog samopoimanja i na seksualni čin.

3.0. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

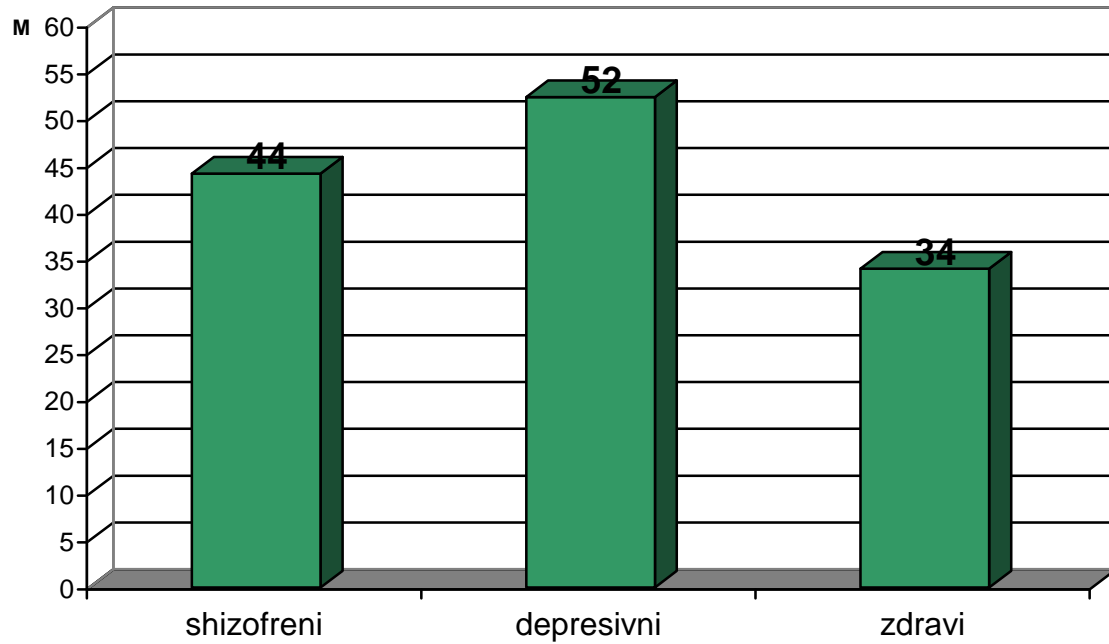
Ovo istraživanje je obuhvatilo bolesnike bolnički liječene zbog shizofrenije i depresije tijekom dvogodišnjeg razdoblja, u Psihijatrijskoj klinici KBC Rijeka. Starosna dob bolesnika bila je između 18 do 65 godina života.

Istraživanjem je obuhvaćeno 100 kroničnih shizofrenih bolesnika i 100 kroničnih depresivnih bolesnika, koji su liječeni medikamentozno dulje od deset godina. Bolesnici sa shizofrenijom i depresijom su dijagnosticirani prema kriterijima DSM-IV, a koji sadrže kriterije uključivanja i isključivanja. Kontrolnu skupinu je činilo 100 zdravih pojedinaca, nasumice odabranih među Riječanima tijekom dvomjesečnog razdoblja studeni - prosinac 2002.godine, s kojima se kontaktiralo na različitim mjestima (fakulteti, škole, bolnice, crkve, šetnice, biblioteke) i u različito vrijeme, s time da im se objasnio cilj istraživanja i tehnika ispunjavanja upitnika. Grubom procjenom mali broj ih je nakon toga odbio sudjelovati u istraživanju, a svi oni koji su pristupili ispitivanju su valjano ispunili odgovarajuće upitnike. Prema spolnoj pripadnosti bilo je obuhvaćeno 59% muških i 41% ženskih shizofrenih bolesnika, te 33% muških i 67% ženskih depresivnih bolesnika, dok je u grupi zdravih bilo 45% muških i 55% ženskih ispitanika. **(Slika 1)**



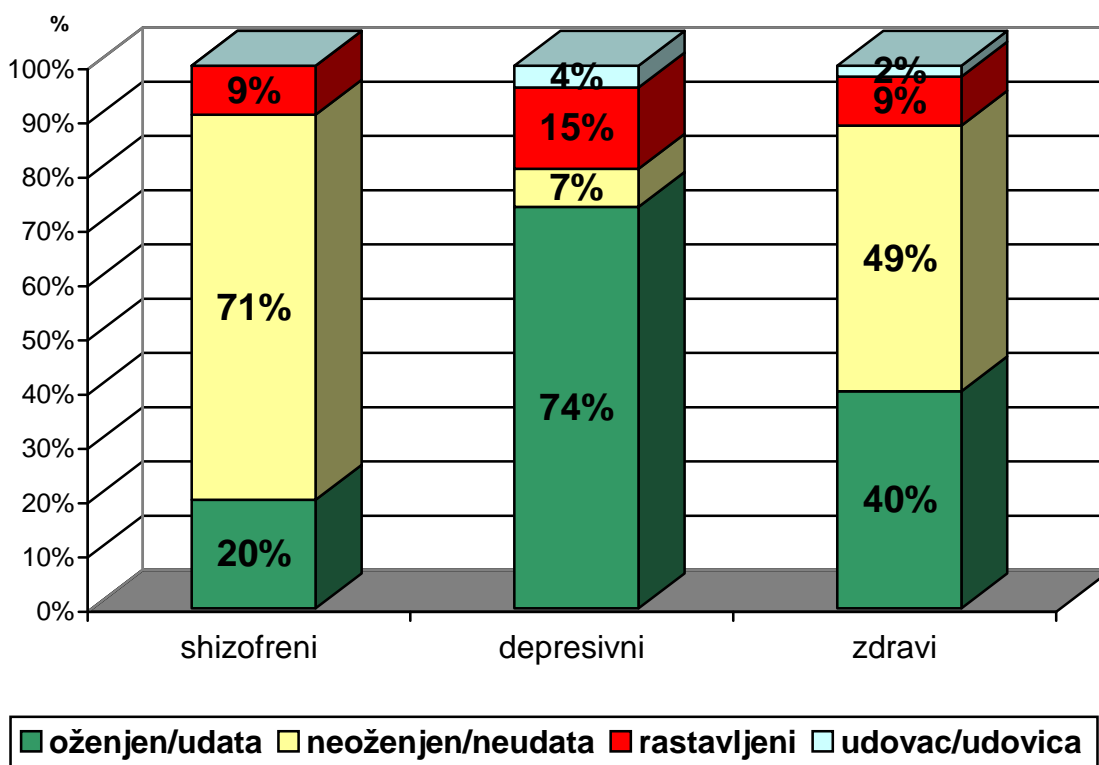
Slika 1. Postotak žena i muškaraca po skupinama

Srednja dobna pripadnost za shizofrene bolesnike bila je 44 godine, za oboljele od depresije bila je 52 godine, a za zdrave ispitanike 34 godine. (Slika 2)



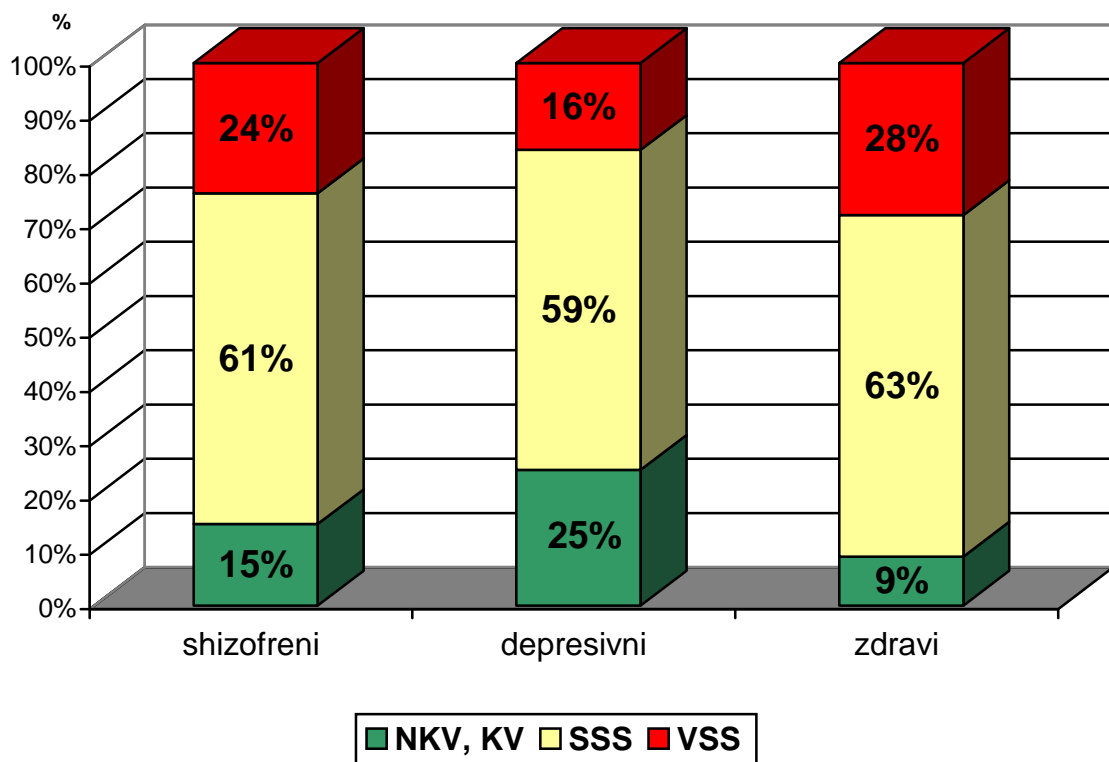
Slika 2. Prosječna dob ispitanika prema skupinama

Prema bračnom statusu u skupini bolesnika sa shizofrenijom bilo je 20% oženjenih/udanih, 71% neoženjenih/neudanih i 9% rastavljenih ispitanika, a u skupini bolesnika s depresijom bilo je 74% oženjenih/udanih, 7% neoženjenih/neudanih i 15% rastavljenih, 4% udovci/udovice, dok je u skupini zdravih ispitanika bilo 40% oženjenih/neoženjenih, 49% neoženjenih/neudanih, 9% rastavljenih, te 2% udovaca/udovica. (Slika 3)



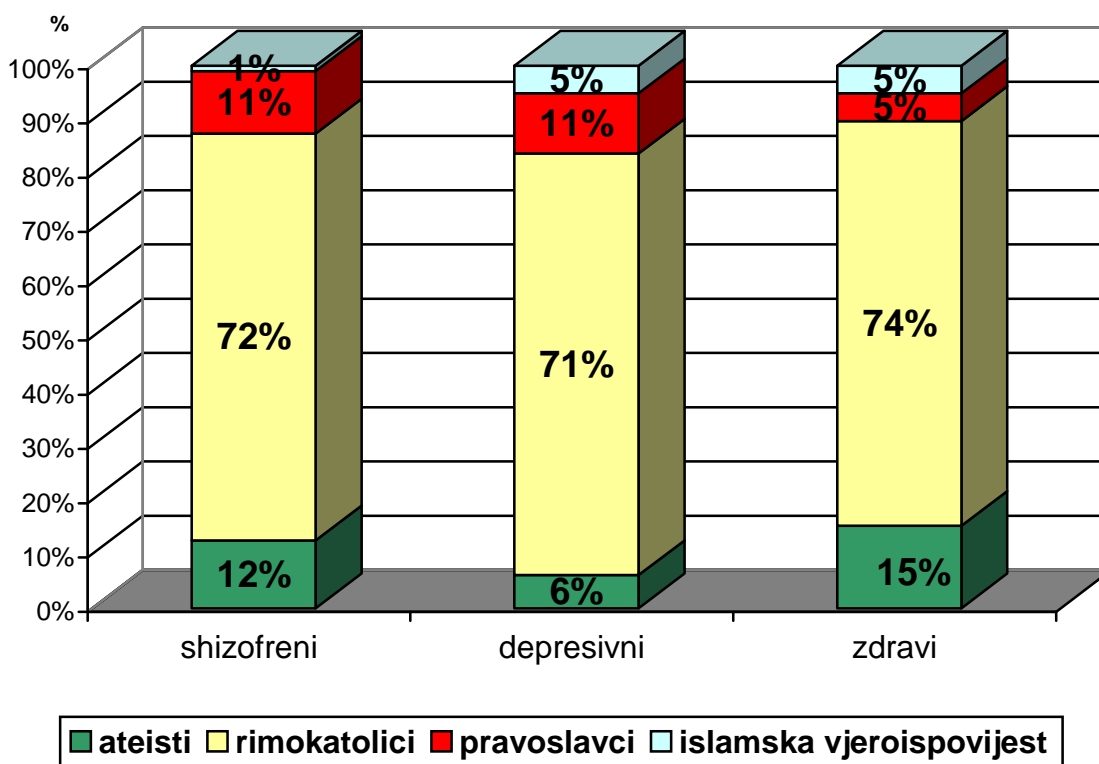
Slika 3. Bračno stanje ispitanika triju skupina

U odnosu na stupanj stručne spreme u skupini bolesnika sa shizofrenijom bilo je NKV/KV 15%, 61% sa srednjom stručnom spremom, 24% sa visokom stručnom spremom, dok je u skupini bolesnika s depresijom bilo 25% s NKV/KV, 59% sa srednjom stručnom spremom, te 16% s VSS, dok je u skupini zdravih ispitanika s NKV/KV bilo 9%, sa srednjom stručnom spremom 63%, te s visokom stručnom spremom 28% ispitanika. (Slika 4)



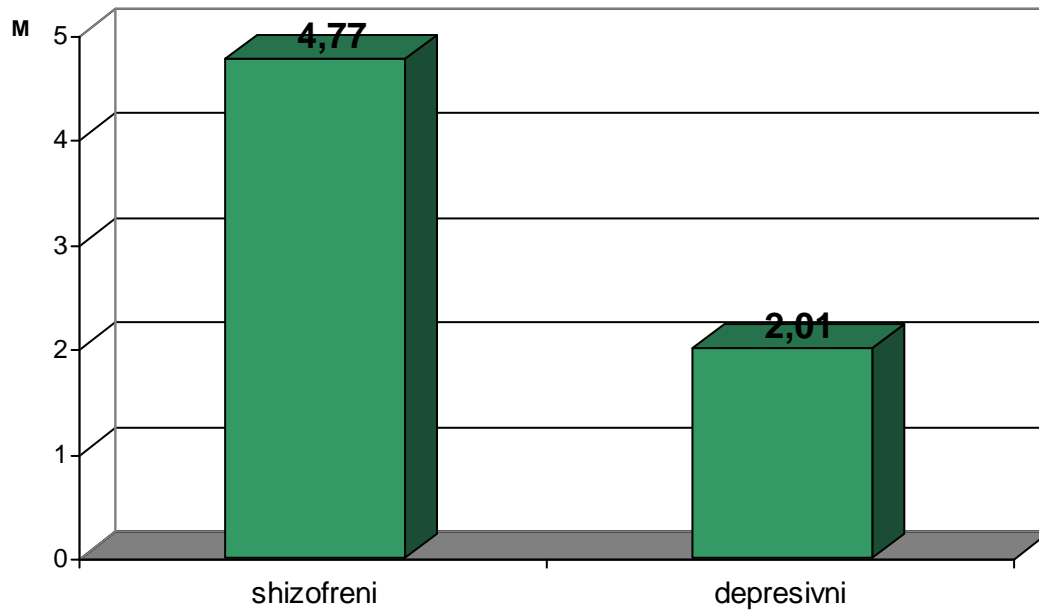
Slika 4. Stručna sprema ispitanika triju skupina

S obzirom na religijsku pripadnost u skupini bolesnika sa shizofrenijom bilo je 12% ateista, 72% rimokatolika, 11% pravoslavne vjeroispovjesti te 1% islamske vjeroispovjesti. U skupini bolesnika s depresijom bilo je 6% ateista, 71% rimokatolika, 11% pravoslavne vjeroispovjesti te 5% islamske vjeroispovjesti. U skupini zdravih ispitanika bilo je 15% ateista, 74% rimokatolika, 5% pravoslavne vjeroispovjesti te 5% islamske vjeroispovjesti. (Slika 5)



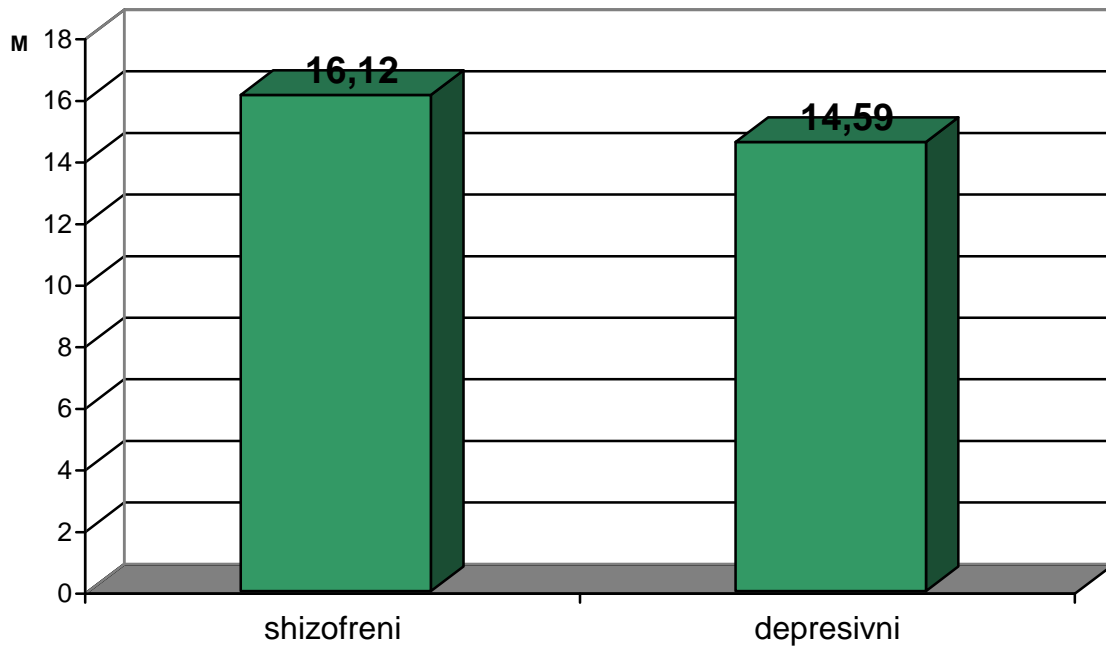
Slika 5. Religijska pripadnost ispitanika triju skupina

S obzirom na broj hospitalizacija bolesnici sa shizofrenijom prosječno su bili liječeni ($M=4,77$) puta, dok su bolesnici s depresijom prosječno bili liječeni ($M=2,01$) puta. (Slika 6)



Slika 6. Prosječan broj hospitalizacija bolesnika sa shizofrenijom i depresijom

S obzirom na duljinu liječenja bolesnici sa shizofrenijom bili su u prosjeku liječeni 16,12 godina, dok su bolesnici s depresijom bili liječeni 14,59 godina. (Slika 7)



Slika 7. Prosječna duljina liječenja bolesnika sa shizofrenijom i depresijom (mjerena u godinama)

3.2. Metode rada

Za dijagnozu shizofrenije koristila se "Pozitivna i negativna skala simptoma" (PANSS) koja se sastoji od sedam pozitivnih i sedam negativnih simptoma, te skale globalnog funkcioniranja (220).

Za ispitivanje depresije koristila se ocjenska ljestvica MADRS (Montgomery-Asbergerova ljestvica za procjenu depresije, koja se sastoji od 10 točaka koje predstavljaju simptome kliničke depresije (221).

Za ispitivanje sedam aspekata seksualnog samopoimanja koristio se Bezinovićev upitnik za seksualno samopoimanje, koji se sastoji od 57 čestica koje dotiču sedam aspekata seksualnog samopoimanja (seksualna "self - shema", svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost, seksualno zadovoljstvo) (9).

Za ispitivanje seksualnog čina koristila se Ljestvica seksualnog iskustva Arizona (ASEX), za muški i ženski spol, koja se sastoji od pet pitanja od kojih su prva dva obvezna, a sljedeća tri samo u slučaju da su u zadnjih mjesec dana imali seksualni odnos. Za ispitivanje seksualnih disfunkcija kao nuspojave psihofarmaka koristila se ista Ljestvica (222).

Za ispitivanje osobina ličnosti koristio se Petofaktorski upitnik ličnosti (IPIP, 2001.) Ovaj se upitnik sastoji od 44 čestice, a mjeri pet dimenzija ličnosti: ekstraverziju, neuroticizam, savjesnost, ugodnost i otvorenost za iskustva. Pouzdanost ovih dimenzija iznosi od 0.70 do 0.86. (223).

Kriterij za uključivanje shizofrenih bolesnika u istraživanje:

Bolesnici sa shizofrenijom su dijagnosticirani prema kriterijima DSM-IV (90), te je intenzitet shizofrenih simptoma utvrđen rezultatom na ocjenskom upitniku

PANSS (Pozitivna i negativna skala simptoma)(220).

Kriterij za isključivanje shizofrenih bolesnika:

Svi bolesnici sa shizofrenijom kod kojih dominiraju seksualne sumanute ideje unutar kliničke slike shizofrenije ili dijagnosticirane seksualne disfunkcije prije početka shizofrenog oboljenja.

Kriterij za uključivanje depresivnih bolesnika u istraživanje:

Bolesnici s depresivijom dijagnosticirani su prema kriterijima DSM-IV (90), te je intenzitet depresije utvrđen ocjenskom Ljestvicom MADRS (Montgomery-Asbergerova ljestvica za procjenu razine depresije) (221)

Kriterij za isključivanje depresivnih bolesnika:

Svi bolesnici s depresijom u kojih dominiraju u kliničkoj slici depresivne ideje vezane uz seksualnost ili dijagnosticirane seksualne disfunkcije prije početka depresivnog oboljenja.

3.3. Statistička obrada podataka

Faktorskom analizom i analizom pouzdanosti ispitala se faktorska valjanost i pouzdanost korištenih uputnika.

Jednosmjernom analizom varijance testirale su se razlike između triju skupina ispitanika na pojedinim dimenzijama ličnosti, aspektima seksualnog samopoimanja i seksualnim disfunkcijama.

Dvosmjernim analizama varijance ispitalo se da li, pored bolesti (shizofrenija, depresija), i neki drugi čimbenici (primjerice spol, dob, bračno stanje, stupanj stručne sprema i religijski čimbenici te vrsta psihofarmaka) imaju učinke na osobine ličnosti, seksualno samopoimanje i seksualne disfunkcije te jesu li ti učinci samostalni ili u

interakciji s vrstom bolesti.

Pearsonovim koeficijentom korelacije ispitala se povezanost između osobina ličnosti, seksualnog samopoimanja i seksualnih disfunkcija unutar svake skupine ispitanika.

Regresijskim analizama ispitalo se kako se na osnovi osobina ličnosti može predvidjeti seksualno samopoimanje i seksualne disfunkcije te kako se na osnovi osobina ličnosti i seksualnog samopoimanja mogu predvidjeti seksualne disfunkcije unutar svake grupe.

Na kraju, path analizama testirali su se neki modeli povezanosti između osobina ličnosti, seksualnog samopoimanja i seksualnih disfunkcija, kao i medijacijska ili moderatorska uloga ostalih ispitivanih varijabli (primjerice spol, dob, bračno stanje, stupanj stručne spreme, religijski čimbenici, vrsta lijeka).

3.4. Ograničavajući faktori istraživanja

1. Dobna neusklađenost ispitivanih skupina
2. Bračna neusklađenost ispitivanih skupina

4.0. REZULTATI

4.1. Razlike u crtama ličnosti bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Tablica 1. Razlike u crtama ličnosti bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika (Rezultati prikazani A. deskriptivnom statistikom; i B. LSD testom multiple korelacije)

Tablica 1a. Deskriptivna statistika

Crte osobosti	Ispitanici	Broj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Standardna pogreška	95 % Interval sigurnosti		Minimum	Maximum
						aritmetičke sredine			
						Donja granica	Gornja granica		
ekstraverzija	sizofrenija	100	24,1800	5,11954	,51195	23,1642	25,1958	8,00	38,00
	depresija	100	21,8300	4,91967	,49197	20,8538	22,8062	9,00	33,00
	zdravi	100	29,1500	4,87702	,48770	28,1823	30,1177	13,00	38,00
	Ukupno	300	25,0533	5,82325	,33621	24,3917	25,7150	8,00	38,00
ugodnost	sizofrenija	100	31,6000	5,20683	,52068	30,5669	32,6331	18,00	44,00
	depresija	100	32,8900	5,23372	,52337	31,8515	33,9285	16,00	43,00
	zdravi	100	33,2200	5,01227	,50123	32,2255	34,2145	17,00	45,00
	Ukupno	300	32,5700	5,18214	,29919	31,9812	33,1588	16,00	45,00
savjesnost	sizofrenija	100	29,9100	6,64404	,66440	28,5917	31,2283	15,00	45,00
	depresija	100	29,6700	6,25236	,62524	28,4294	30,9106	12,00	44,00
	zdravi	100	34,3000	4,54050	,45405	33,3991	35,2009	24,00	45,00
	Ukupno	300	31,2933	6,23942	,36023	30,5844	32,0022	12,00	45,00
neuroticizam	sizofrenija	100	23,4800	5,83005	,58301	22,3232	24,6368	8,00	37,00
	depresija	100	29,9700	5,22514	,52251	28,9332	31,0068	18,00	40,00
	zdravi	100	20,7200	5,61758	,56176	19,6054	21,8346	8,00	40,00
	Ukupno	300	24,7233	6,76951	,39084	23,9542	25,4925	8,00	40,00
otvorenost	sizofrenija	100	33,8800	7,65187	,76519	32,3617	35,3983	14,00	49,00
	depresija	100	31,8700	7,23719	,72372	30,4340	33,3060	14,00	50,00
	zdravi	100	37,0300	5,31712	,53171	35,9750	38,0850	21,00	50,00
	Ukupno	300	34,2600	7,11438	,41075	33,4517	35,0683	14,00	50,00

Osim na crti ugodnosti, na svim preostalim crtama ličnosti dobivene su značajne razlike između tri grupe ispitanika.

Tablica 1b. LSD test multiple korelacije

Zavisna varijabla	(I) grupa	(J) grupa	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
ekstraverzija	sizofrenija	depresija	2,35000*	,70332	,001	,9659	3,7341
		zdravi	-4,97000*	,70332	,000	-6,3541	-3,5859
	depresija	sizofrenija	-2,35000*	,70332	,001	-3,7341	-,9659
		zdravi	-7,32000*	,70332	,000	-8,7041	-5,9359
	zdravi	sizofrenija	4,97000*	,70332	,000	3,5859	6,3541
		depresija	7,32000*	,70332	,000	5,9359	8,7041
ugodnost	sizofrenija	depresija	-1,29000	,72859	,078	-2,7238	,1438
		zdravi	-1,62000*	,72859	,027	-3,0538	-,1862
	depresija	sizofrenija	1,29000	,72859	,078	-,1438	2,7238
		zdravi	-,33000	,72859	,651	-1,7638	1,1038
	zdravi	sizofrenija	1,62000*	,72859	,027	,1862	3,0538
		depresija	,33000	,72859	,651	-1,1038	1,7638
savjesnost	sizofrenija	depresija	,24000	,83207	,773	-1,3975	1,8775
		zdravi	-4,39000*	,83207	,000	-6,0275	-2,7525
	depresija	sizofrenija	-,24000	,83207	,773	-1,8775	1,3975
		zdravi	-4,63000*	,83207	,000	-6,2675	-2,9925
	zdravi	sizofrenija	4,39000*	,83207	,000	2,7525	6,0275
		depresija	4,63000*	,83207	,000	2,9925	6,2675
neuroticizam	sizofrenija	depresija	-6,49000*	,78676	,000	-8,0383	-4,9417
		zdravi	2,76000*	,78676	,001	1,2117	4,3083
	depresija	sizofrenija	6,49000*	,78676	,000	4,9417	8,0383
		zdravi	9,25000*	,78676	,000	7,7017	10,7983
	zdravi	sizofrenija	-2,76000*	,78676	,001	-4,3083	-1,2117
		depresija	-9,25000*	,78676	,000	-10,7983	-7,7017
otvorenost	sizofrenija	depresija	2,01000*	,96333	,038	,1142	3,9058
		zdravi	-3,15000*	,96333	,001	-5,0458	-1,2542
	depresija	sizofrenija	-2,01000*	,96333	,038	-3,9058	-,1142
		zdravi	-5,16000*	,96333	,000	-7,0558	-3,2642
	zdravi	sizofrenija	3,15000*	,96333	,001	1,2542	5,0458
		depresija	5,16000*	,96333	,000	3,2642	7,0558

*. Značajana razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Rezultati pokazuju da su zdravi ispitanici značajno više ekstravertirani i od bolesnika s depresijom i shizofrenijom, dok su bolesnici sa shizofrenijom značajno više ekstravertirani nego bolesnici s depresijom. Zdravi ispitanici su značajno ugodniji od bolesnika sa shizofrenijom te značajno savjesniji u odnosu na bolesnike s depresijom i shizofrenijom. Bolesnici s depresijom su značajno neurotičniji i od zdravih ispitanika i bolesnika sa shizofrenijom, dok su bolesnici sa shizofrenijom značajno neurotičniji od zdravih ispitanika. Zdravi ispitanici su značajno više otvoreni i od bolesnika s depresijom i shizofrenijom, dok su bolesnici sa shizofrenijom značajno više otvoreni nego bolesnici s depresijom.

4.2. Razlike u seksualnim iskustvima između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Tablica 2. Razlike između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika na Ljestvici seksualnog iskustva (Rezultati prikazani kao multiple korelacije-LSD test)

Zavisna varijabla	(I) grupa	(J) grupa	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	shizofrenija	depresija	-,614*	,170	,000	-,95	-,28
		zdravi	,964*	,170	,000	,63	1,30
	depresija	shizofrenija	,614*	,170	,000	,28	,95
		zdravi	1,578*	,172	,000	1,24	1,92
zdravi	shizofrenija	-,964*	,170	,000	-1,30	-,63	
	depresija	-1,578*	,172	,000	-1,92	-1,24	
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	shizofrenija	depresija	-,518*	,166	,002	-,84	-,19
		zdravi	,885*	,165	,000	,56	1,21
	depresija	shizofrenija	,518*	,166	,002	,19	,84
		zdravi	1,404*	,167	,000	1,08	1,73
zdravi	shizofrenija	-,885*	,165	,000	-1,21	-,56	
	depresija	-1,404*	,167	,000	-1,73	-1,08	
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	shizofrenija	depresija	-1,026*	,263	,000	-1,54	-,51
		zdravi	,383*	,247	,123	-,11	,87
	depresija	shizofrenija	1,026*	,263	,000	,51	1,54
		zdravi	1,409*	,214	,000	,99	1,83
zdravi	shizofrenija	-,383*	,247	,123	-,87	,11	
	depresija	-1,409*	,214	,000	-1,83	-,99	
4. Koliko lako postizete orgazam?	shizofrenija	depresija	-1,084*	,238	,000	-1,56	-,61
		zdravi	,412	,224	,067	-,03	,85
	depresija	shizofrenija	1,084*	,238	,000	,061	1,56
		zdravi	1,497*	,198	,000	1,11	1,89
zdravi	shizofrenija	-,412	,224	,067	-,85	,03	
	depresija	-1,497*	,198	,000	-1,89	-1,11	

5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	sizofrenija	depresija	-,839*	,234	,000	-1,30	-,38
		zdravi	,832*	,221	,000	,40	1,27
	depresija	sizofrenija	,839*	,234	,000	,38	1,30
		zdravi	1,671*	,192	,000	1,29	2,05
	zdravi	sizofrenija	-,832*	,221	,000	-1,27	-,40
		depresija	-1,671*	,192	,000	-2,05	-1,29

*. Značajana razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Rezultati pokazuju brojne razlike u seksualnim iskustvima između tri skupine ispitanika. Tako na prvom pitanju: „Koliko je jak vaš spolni nagon?“ i drugom pitanju: „Koliko lako se spolno uzбудite?“ te petom pitanju: „Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?“, bolesnici s depresijom postižu značajno više rezultate tj. imaju intenzivnije izražene navedene seksualne disfunkcije od bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika, dok bolesnici sa shizofrenijom postižu više rezultate od zdravih ispitanika tj. imaju intenzivnije izražene navedene seksualne disfunkcije. Na trećem pitanju: „Možete li lako postići i održati erekciju?“ i četvrtom pitanju: „Koliko lako postizete orgazam?“ bolesnici s depresijom postižu značajno više rezultate tj. imaju intenzivnije izražene navedene seksualne disfunkcije od bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika, dok između bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika nema značajne razlike.

4.3. Povezanost crta ličnosti sa seksualnim iskustvima u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Tablica 3a. Povezanost crta ličnosti s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao korelacija Ljestvice seksualnog iskustva i crta ličnosti)

Ljestvica seksualnog iskustva		Crte ličnosti				
		ekstraverzija	ugodnost	savjesnost	neuroticizam	otvorenost
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Pearsonov	-,432**	-,230*	-,386**	,368**	-,441**
	koeficijent korelacije	,000	,022	,000	,000	,000
	Broj	100	100	100	100	100
2. Koliko lako se spolno uzбудite?	Pearsonov	-,308**	-,351**	-,405**	,321**	-,365**
	koeficijent korelacije	,002	,000	,000	,001	,000
	Broj	99	99	99	99	99
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Pearsonov	-,070	-,034	-,237	,113	,019
	koeficijent korelacije	,701	,850	,184	,530	,915
	Broj	33	33	33	33	33
4. Koliko lako postizete orgazam?	Pearsonov	,027	-,183	,003	,146	-,066
	koeficijent korelacije	,877	,285	,986	,394	,701
	Broj	36	36	36	36	36
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Pearsonov	-,175	-,246	-,084	,019	-,248
	koeficijent korelacije	,321	,160	,636	,914	,158
	Broj	34	34	34	34	34

** . Korelacija je značajna na razini 0.01 (dvosmjerno)

* . Korelacija je značajna na razini 0.05 (dvosmjerno)

Prvo pitanje: "Koliko je jak vaš spolni nagon?" i drugo pitanje: "Koliko lako se spolno uzбудite?" Ljestvice seksualnog iskustva značajno su povezani sa svim crtama ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom. Jači spolni nagon i lakše spolno uzbuđenje, u bolesnika sa shizofrenijom, povezani su s višom ekstraverzijom, ugodnosti, savjesnosti i otvorenosti te nižim neuroticizmom.

Tablica 3b. Povezanost crta ličnosti s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao korelacija Ljestvice seksualnog iskustva i crta ličnosti)

Ljestvica seksualnog iskustva		Crte ličnosti				
		ekstraverzija	ugodnost	savjesnost	neuroticizam	otvorenost
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Pearsonov koeficijent	-,217*	-,019	-,313**	,280**	-,402**
	korelacije	,035	,858	,002	,006	,000
	Broj	95	95	95	95	95
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Pearsonov koeficijent	-,211*	-,040	-,294**	,158	-,426**
	korelacije	,040	,702	,004	,126	,000
	Broj	95	95	95	95	95
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Pearsonov koeficijent	-,264	-,047	-,269	,320*	-,287*
	korelacije	,059	,740	,054	,021	,039
	Broj	52	52	52	52	52
4. Koliko lako postizete orgazam?	Pearsonov koeficijent	-,332*	,133	-,340*	,270	-,344*
	korelacije	,015	,343	,013	,051	,012
	Broj	53	53	53	53	53
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Pearsonov koeficijent	-,297*	-,231	-,432**	,291*	-,335*
	korelacije	,031	,096	,001	,034	,014
	Broj	53	53	53	53	53

** . Korelacija je značajna na razini 0.01 (dvosmjerno)

* . Korelacija je značajna na razini 0.05 (dvosmjerno)

Ekstraverzija, otvorenost i savjesnost značajno su povezane sa svim testiranim seksualnim iskustvima. Što su ekstraverzija, otvorenost i savjesnost više izražene

seksualne su disfunkcije manje u bolesnika s depresijom. Neuroticizam je obrnuto povezan sa svim seksualnim iskustvima osim sa seksualnim uzbuđenjem. Što je neuroticizam više izražen, veće su i seksualne disfunkcije na pitanjima: „Koliko je jak vaš spolni nagon?“, „Možete li lako postići erekciju?“, „Koliko lako postizete orgazam?“, „Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?“, u bolesnika s depresijom. Crta ugodnosti nije značajno povezana niti s jednim seksualnim iskustvom u bolesnika s depresijom.

Tablica 3c. Povezanost crta ličnosti s pojedinim seksualnim iskustvima u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao korelacija Ljestvice seksualnog iskustva i crta ličnosti)

Ljestvica seksualnog iskustva		Crtr ličnosti				
		ekstraverzija	ugodnost	savjesnost	neuroticizam	otvorenost
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Pearsonov koeficijent	-,198	-,019	-,010	,163	-,162
	korelacije	,053	,851	,926	,113	,115
	Broj	96	96	96	96	96
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Pearsonov koeficijent	-,217*	-,019	-,038	,102	-,124
	korelacije	,033	,855	,712	,321	,226
	Broj	97	97	97	97	97
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Pearsonov koeficijent	-,049	-,059	-,109	,102	-,114
	korelacije	,677	,620	,354	,387	,333
	Broj	74	74	74	74	74
4. Koliko lako postizete orgazam?	Pearsonov koeficijent	-,127	,003	,004	,156	-,095
	korelacije	,276	,977	,975	181	,420
	Broj	75	75	75	75	75
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Pearsonov koeficijent	-,172	-,150	-,181	,229*	-,219
	korelacije	,144	,202	,123	,050	,061
	Broj	74	74	74	74	74

*. Korelacija je značajna na razini 0.05 (dvosmjerno)

U zdravih ispitanika dobivene su samo dvije značajne povezanosti. Viša ekstraverzija povezana je s lakšim spolnim uzbuđenjem, a viši neuroticizam s manje zadovoljavajućim orgazmima.

Tablica 4a. Povezanost crta ličnosti s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika sa shizofrenijom

(Rezultati prikazani kao regresijska analiza Ljestvice seksualnog iskustva kao zavisnih varijabli i crta ličnosti. Prikazani su samo statistički značajni prediktori)

Koliko je jak vaš spolni nagon?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.52	0.27	7.11***	-0.35*
Neuroticizam				0.24*
Koliko lako se spolno uzбудite?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.46	0.21	5.01***	
Možete li lako postići i održati erekciju?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.27	0.07	0.41	
Koliko lako postićete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.33	0.11	0.74	
Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.28	0.08	0.49	

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

Rezultati pokazuju da su crte ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom značajni prediktori seksualnih iskustava na pitanjima: „Koliko je jak vaš spolni nagon?“ , „Koliko lako se spolno uzбудite?“. Što su bolesnici sa shizofrenijom više otvoreni i manje neurotični to im je jači spolni nagon. Crte ličnosti značajno predviđaju i spolno uzbuđenje, ali niti jedna pojedinačna crta ličnosti nije statistički značajan prediktor. Rezultati pokazuju da se preostala tri seksualna iskustva i to kao lakoća i održavanje erekcije, lakoća postizanja orgazma i zadovoljavajući orgazmi, ne mogu predvidjeti na temelju crta ličnosti.

Tablica 4b. Povezanost crta ličnosti s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika s depresijom

(Rezultati prikazani kao regresijska analiza Ljestvice seksualnog iskustva kao zavisnih varijabli i crta ličnosti. Prikazani su samo statistički značajni prediktori)

Koliko je jak vaš spolni nagon?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.50	0.25	6.01***	
Otvorenost				-0.37**
Ugodnost				0.30**
Savjesnost				-0.24*
Koliko lako se spolno uzбудite?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.48	0.23	5.19***	
Otvorenost				-0.45***
Možete li lako postići i održati erekciju?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.40	0.16	1.76	
Koliko lako postižete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.56	0.31	4.25**	
Ugodnost				0.45**
Savjesnost				-0.35*

Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Savjesnost	0.47	0.22	2.66*	-0.41*

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

Rezultati pokazuju da su crte ličnosti u bolesnika s depresijom značajni prediktori za sva ispitana seksualna iskustva, osim za postizanje i održavanje erekcije. Što su bolesnici s depresijom više otvoreni i savjesni a manje ugodni jači im je spolni nagon. Viša otvorenost značajni je prediktor za lakoću kojom se bolesnici s depresijom spolno uzbude. Što su bolesnici s depresijom više savjesni i manje ugodni lakše postižu orgazam, a savjesniji svoje orgazme procjenjuju više zadovoljavajućim.

Tablica 4c. Povezanost crta ličnosti s pojedinim seksualnim iskustvima u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao regresijska analiza Ljestvice seksualnog iskustva kao zavisnih varijabli i crta ličnosti. Prikazani su samo statistički značajni prediktori)

Koliko je jak vaš spolni nagon?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.26	0.06	1.25	
Koliko lako se spolno uzбудite?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.22	0.05	0.95	
Možete li lako postići i održati erekciju?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.17	0.03	0.38	
Koliko lako postizete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.22	0.05	0.73	
Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.29	0.09	1.28	

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

U zdravih ispitanika crte ličnosti nisu značajni prediktori seksualnog iskustva.

4.4. Seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te u zdravih ispitanika

Tablica 5a. Razlike u četiri aspekta seksualnog samopoimanja: (seksualna self-shema, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao multipla korelacija - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) grupa	(J) grupa	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
seksualna self-shema	sizofrenija	depresija	1,36583	2,89051	,637	-4,3226	7,0543
		zdravi	-17,26083*	2,89051	,000	-22,9493	-11,5724
	depresija	sizofrenija	-1,36583	2,89051	,637	-7,0543	4,3226
		zdravi	-18,62667*	2,89051	,000	-24,3151	-12,9382
	zdravi	sizofrenija	17,26083*	2,89051	,000	11,5724	22,9493
		depresija	18,62667	2,89051	,000	12,9382	24,3151
svijest o vlastitoj seksualnosti	sizofrenija	depresija	-2,29333	3,12044	,463	-8,4343	3,8476
		zdravi	-11,69333*	3,12044	,000	-17,8343	-5,5524
	depresija	sizofrenija	2,29333	3,12044	,463	-3,8476	8,4343
		zdravi	-9,40000*	3,12044	,003	-15,5410	-3,2590
	zdravi	sizofrenija	11,69333*	3,12044	,000	5,5524	17,8343
		depresija	9,40000*	3,12044	,003	3,2590	15,5410
spremnost na seksualnu akciju	sizofrenija	depresija	5,81333	3,68632	,116	-1,4413	13,0680
		zdravi	-11,58000*	3,68632	,002	-18,8346	-4,3254
	depresija	sizofrenija	-5,81333	3,68632	,116	-13,0680	1,4413
		zdravi	-17,39333*	3,68632	,000	-24,6480	-10,1387
	zdravi	sizofrenija	11,58000*	3,68632	,002	4,3254	18,8346
		depresija	17,39333*	3,68632	,000	10,1387	24,6480

seksualni avanturizam	sizofrenija	depresija	3,47556	1,94693	,075	-,3560	7,3071
		zdravi	-4,41444*	1,94693	,024	-8,2460	-,5829
	depresija	sizofrenija	-3,47556	1,94693	,075	-7,3071	,3560
		zdravi	-7,89000*	1,94693	,000	-11,7215	-4,0585
	zdravi	sizofrenija	4,41444*	1,94693	,024	,5829	8,2460
		depresija	7,89000*	1,94693	,000	4,0585	11,7215

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05

Na sva četiri aspekta seksualnog samopoimanja (seksualna self-shema, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) zdravi ispitanici postižu značajno više rezultate i od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom. Nisu uočene statistički značajne razlike između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.

Tablica 5b. Razlike u preostala tri aspekta (negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost, seksualno zadovoljstvo) seksualnog samopoimanja između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te u zdravih ispitanika

(Rezultati prikazani kao multipla korelacija - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) grupa	(J) grupa	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
negativna emocionalnost	sizofrenija	depresija	-3,05917	3,13279	,330	-9,2244	3,1061
		zdravi	13,71333*	3,13279	,000	7,5481	19,8786
	depresija	sizofrenija	3,05917	3,13279	,330	-3,1061	9,2244
		zdravi	16,77250*	3,13279	,000	10,6072	22,9378
	zdravi	sizofrenija	-13,71333*	3,13279	,000	-19,8786	-7,5481
		depresija	-16,77250*	3,13279	,000	-22,9378	-10,6072
seksualna nekompetentnost	sizofrenija	depresija	-1,54500	3,08868	,617	-7,6235	4,5335
		zdravi	19,43800*	3,08868	,000	13,3595	25,5165
	depresija	sizofrenija	1,54500	3,08868	,617	-4,5335	7,6235
		zdravi	20,98300*	3,08868	,000	14,9045	27,0615
	zdravi	sizofrenija	-19,43800*	3,08868	,000	-25,5165	-13,3595
		depresija	-20,98300*	3,08868	,000	-27,0615	-14,9045
seksualno zadovoljstvo	sizofrenija	depresija	-2,58000	3,85606	,504	-10,1687	5,0087
		zdravi	-38,80000*	3,85606	,000	-46,3887	-31,2113
	depresija	sizofrenija	2,58000	3,85606	,504	-5,0087	10,1687
		zdravi	-36,22000*	3,85606	,000	-43,8087	-28,6313
	zdravi	sizofrenija	38,80000*	3,85606	,000	31,2113	46,3887
		depresija	36,22000*	3,85606	,000	28,6313	43,8087

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05

Na aspektima seksualnog samopoimanja negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost zdravi ispitanici postižu značajno niže rezultate od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, dok na navedenim aspektima seksualnog samopoimanja

nema razlika između shizofrenih i depresivnih bolesnika. Na skali seksualnog zadovoljstva zdravi ispitanici postižu značajno više rezultate i od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, dok između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom nema značajne razlike.

4.5. Povezanost crta ličnosti i seksualnog samopoimanja u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te u zdravih ispitanika

Tablica 6a. Povezanost crta ličnosti s različitim aspektima seksualnog samopoimanja u bolesnika sa shizofrenijom

(Rezultati prikazani kao korelacija aspekata seksualnog samopoimanja i crta ličnosti)

Aspekt seksualnog samopoimanja		Crte osobnosti				
		ekstraverzija	ugodnost	savjesnost	neuroticizam	otvorenost
seksualna self -shema	Pearsonov koeficijent	,392**	,352**	,496**	-,253*	,544**
	korelacije	,000	,000	,000	,011	,000
	Broj	100	100	100	100	100
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov koeficijent	,276**	,348**	,358**	-,138	,468**
	korelacije	,005	,000	,000	,172	,000
	Broj	100	100	100	100	100
spremnost na seksualnu akciju	Pearsonov koeficijent	,301**	,330**	,308**	-,189	,346**
	korelacije	,002	,001	,002	,060	,000
	Broj	100	100	100	100	100
seksualni avanturizam	Pearsonov koeficijent korelacije	,143	,144	,226*	-,139	,264**
	Broj	,157	,153	024	,167	,008
		100	100	100	100	100
negativna emocionalnost	Pearsonov koeficijent korelacije	-,225*	-,022	-,065	,325**	,023
	Broj	,025	,828	,518	,001	,824
		100	100	100	100	100
seksualna nekompetentnost	Pearsonov koeficijent korelacije	-,287**	-,133	-,199*	,367**	-,086
	Broj	,004	,188	,047	,000	,397
		100	100	100	100	100

seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	,312**	,355**	,366**	-,271	,359**
	koeficijent korelacije	,002	,000	,000	,006	,000
	Broj	100	100	100	100	100

** . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,01 (dvosmjerno)

* . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05 (dvosmjerno)

Ekstraverzija je u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa seksualnom self-shemom, sviješću o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom te u značajnoj negativnoj korelaciji s negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnosti. Ugodnost je značajnoj pozitivnoj korelaciji sa seksualnom self-shemom, svijesti o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom. Savjesnost je u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa seksualnom self-shemom, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom te značajno negativno korelira sa seksualnom nekompetentnosti. Neuroticizam je u značajno negativnoj korelaciji sa seksualnom self-shemom i seksualnim zadovoljstvom te značajno pozitivno korelira s negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnošću. Otvorenost je u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa seksualnom self-shemom, svijesti o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom.

Tablica 6b. Povezanost crta ličnosti s različitim aspektima seksualnog samopoimanja

u bolesnika s depresijom

(Rezultati prikazani kao korelacija aspekata seksualnog samopoimanja i crta ličnosti)

Aspekt seksualnog samopoimanja		Crte osobnosti				
		ekstraverzija	ugodnost	savjesnost	neuroticizam	otvorenost
seksualna self -shema	Pearsonov	,168	,043	,168	-,211*	,322**
	koeficijent korelacije	,096	,674	,096	,035	,001
	Broj	100	100	100	100	100
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,056	,014	-,053	,090	,054
	koeficijent korelacije	,578	,892	,601	,374	,596
	Broj	100	100	100	100	100
spremnost na seksualnu akciju	Pearsonov	,086	,043	,101	-,110	,303**
	koeficijent korelacije	,397	,673	,317	,278	,002
	Broj	100	100	100	100	100
seksualni avanturizam	Pearsonov	-,045	-,109	-,093	,174	,056
	koeficijent korelacije	,654	,280	,356	,083	,582
	Broj	100	100	100	100	100
negativna emocionalnost	Pearsonov	-,234*	-,317**	-,240*	,300**	-,188
	koeficijent korelacije	,019	,001	,016	,002	,061
	Broj	100	100	100	100	100
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	-,247*	-,229*	-,265**	,325**	-,306**
	koeficijent korelacije	,013	,022	,008	,001	,002
	Broj	100	100	100	100	100
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	,371**	,241*	,253*	-,373**	,302**
	koeficijent korelacije	,000	,016	,011	,000	,002
	Broj	100	100	100	100	100

** . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,01 (dvosmjerno)

* . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05 (dvosmjerno)

Ekstraverzija, ugodnost i savjesnost u značajnoj su pozitivnoj korelaciji sa seksualnim zadovoljstvom te značajno negativno koreliraju s negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti. Neuroticizam je značajno negativno povezan sa seksualnom self-shemom i seksualnim zadovoljstvom te značajno pozitivno korelira s negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti. Otvorenost je značajno pozitivno povezana sa seksualnom self-shemom, spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom te značajno negativno korelira sa seksualnom nekompetentnosti.

Tablica 6c. Povezanost crta ličnosti s različitim aspektima seksualnog samopoimanja u zdravih ispitanika

(Rezultati prikazani kao korelacija aspekata seksualnog samopoimanja i crta ličnosti)

Aspekt seksualnog samopoimanja		Crte osobnosti				
		ekstraverzija	ugodnost	savjesnost	neuroticizam	otvorenost
seksualna self - shema	Pearsonov	,159	,088	-,121	-,085	
	koeficijent	,114	,385	,231	,398	,322**
	korelacije	100	100	100	100	,001
	Broj					100
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,053	-,046	-,222*	,125	
	koeficijent	,602	,647	,026	,214	,397**
	korelacije	100	100	100	100	,000
	Broj					100
spremnost na seksualnu akciju	Pearsonov	,309**	,134	-,018	-	
	koeficijent	,002	,184	,859	,285**	,313**
	korelacije	100	100	100	,004	,002
	Broj				100	100
seksualni avanturizam	Pearsonov	,029	-,034	-,281**	,021	
	koeficijent	,776	,740	,005	,835	,229*
	korelacije	100	100	100	100	,022
	Broj					100
negativna emocionalnost	Pearsonov	-,288**	-,165	-,149		-,099
	koeficijent	,004	,101	,138	,464**	,325
	korelacije	100	100	100	,000	100
	Broj				100	
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	-,367**	-,128	-,145		-
	koeficijent	,000	,204	,151	,489**	,222*
	korelacije	100	100	100	,000	,026
	Broj				100	100
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	,267**	,155	,119	-	
	koeficijent	,007	,122	,239	,388**	,290**
	korelacije	100	100	100	,000	,003
	Broj				100	100

** . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,01 (dvosmjerno)

* . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05 (dvosmjerno)

Ekstraverzija je značajno pozitivno povezana sa spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom te značajno negativno korelira s negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti. Ugodnost nije povezana s aspektima seksualnog samopoimanja. Savjesnost je značajno negativno povezana sa svijesti o vlastitoj seksualnosti i seksualnim avanturizmom. Neuroticizam je značajno negativno povezan sa spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom te značajno pozitivno korelira s negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti. Otvorenost je značajno pozitivno povezana sa seksualnom self-shemom, svijesti o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom te značajno negativno korelira sa seksualnom nekompetentnosti.

Tablica 7a. Povezanost crta ličnosti s pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao regresijska analiza aspekata seksualnog samopoimanja kao zavisnih varijabli i crta ličnosti. Prikazani su samo statistički značajni prediktori)

Seksualna self-shema				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.59	0.34	9.82***	0.42**
Savjesnost				0.29*
svijest o vlastitoj seksualnosti				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.50	0.25	6.15***	0.42**
spremnost na seksualnu akciju				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.40	0.16	3.48**	
seksualni avanturizam				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.30	0.09	1.86	0.32*
negativna emocionalnost				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA

Neuroticizam	0.41	0.17	3.85**	0.33*
Ekstraverzija				-0.31*
seksualna nekompetentnost				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Neuroticizam	0.40	0.16	3.65**	0.28*
seksualno zadovoljstvo				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.43	0.19	4.35***	

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

U bolesnika sa shizofrenijom, crte ličnosti značajni su prediktori svih aspekata seksualnog samopoimanja, osim seksualnog avanturizma. Ipak treba istaknuti da viši seksualni avanturizam značajno se može predvidjeti na osnovi više otvorenosti. Izraženiju seksualnu self-shemu predviđaju viša otvorenost i savjesnost, a viša otvorenost značajno predviđa i višu svijest o vlastitoj seksualnosti. Negativnu emocionalnost značajno predviđaju viši neuroticizam i niža ekstraverzija a seksualnu nekompetentnost viši neuroticizam.

Tablica 7b. Povezanost crta ličnosti s pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao regresijska analiza aspekata seksualnog samopoimanja kao zavisnih varijabli i crta ličnosti. Prikazani su samo statistički značajni prediktori)

Seksualna self-shema				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.36	0.13	2.76*	0.34**
svijest o vlastitoj seksualnosti				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.18	0.03	0.60	
spremnost na seksualnu akciju				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.33	0.11	2.37*	0.41**
seksualni avanturizam				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.26	0.07	1.31	
negativna emocionalnost				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.38	0.14	3.16**	

seksualna nekompetentnost				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.39	0.15	3.29**	
seksualno zadovoljstvo				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Neuroticizam	0.44	0.20	4.59***	-0.23*

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

U bolesnika s depresijom, crte ličnosti nisu značajni prediktori za dva od sedam aspekata seksualnog samopoimanja (svijest o vlastitoj seksualnosti i seksualni avanturizam). Viša otvorenost značajno predviđa višu seksualnu self-shemu i veću spremnost na seksualnu akciju, dok niži neuroticizam značajno predviđa veće seksualno zadovoljstvo. Iako crte ličnosti u bolesnika s depresijom značajno predviđaju negativnu emocionalnost i seksualnu nekompetentnost, niti jedna crta ličnosti nije samostalni značajni prediktor ovih aspekata seksualnog samopoimanja.

Tablica 7c. Povezanost crta ličnosti s pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao regresijska analiza aspekata seksualnog samopoimanja kao zavisnih varijabli i crta ličnosti. Prikazani su samo statistički značajni prediktori)

Seksualna self-shema				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.39	0.15	3.31**	0.32**
Savjesnost				-0.22*
svijest o vlastitoj seksualnosti				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Otvorenost	0.54	0.29	7.62***	0.56***
Savjesnost				-0.21*
spremnost na seksualnu akciju				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Neuroticizam	0.44	0.19	4.40***	-0.25*
Otvorenost				0.22**
seksualni avanturizam				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Savjesnost	0.40	0.16	3.62**	-0.34**
Otvorenost				0.29**

negativna emocionalnost				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Neuroticizam	0.48	0.23	5.63***	0.48***
seksualna nekompetentnost				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Neuroticizam	0.54	0.29	7.84***	0.53***
seksualno zadovoljstvo				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Neuroticizam	0.45	0.21	4.85***	-0.41***
Otvorenost				0.24*

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

U zdravih ispitanika crte ličnosti su značajni prediktori aspekata seksualnog samopoimanja. Tako viša otvorenost i niža savjesnost značajno predviđaju izraženiju seksualnu self-shemu višu svijest o vlastitoj seksualnosti i viši seksualni avanturizam. Viša otvorenost i niži neuroticizam značajni su prediktori veće spremnosti na seksualnu akciju i većeg seksualnog zadovoljstva, dok je viši neuroticizam značajan prediktor veće negativne emocionalnosti i izraženije seksualne nekompetentnosti.

4.2.2. Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja i seksualnog zadovoljstva u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Tablica 8a. Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao korelacija aspekata seksualnog samopoimanja i Ljestvice seksualnog iskustva)

Aspekti seksualnog samopoimanja		Ljestvica seksualnog iskustva				
		Pitanje 1 ^a	Pitanje 2 ^b	Pitanje 3 ^c	Pitanje 4 ^d	Pitanje 5 ^e
seksualna self - shema	Pearsonov	-,578**	-,470**	-,333	-	-,244
	koeficijent korelacije	,000	,000	,059	,349*	,164
	Broj	100	99	33	,037 36	34
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-	-,300**	-,237	-,246	-,270
	koeficijent korelacije	,300**	,003	,184	,148	,123
	Broj	,002 100	99	33	36	34
spremnost na seksualnu akciju	Pearsonov	-	-,393**	-,219	-,338*	-
	koeficijent korelacije	,360**	,000	,220	,044	,442**
	Broj	,000 100	99	33	36	,009 34
seksualni avanturizam	Pearsonov	-	-,294**	-,266	-,295	-,358*
	koeficijent korelacije	,395**	,003	,135	,081	,037
	Broj	,000 100	99	33	36	34
negativna emocionalnost	Pearsonov	,047**	-,049	,111	,034	-,114
	koeficijent korelacije	,645	,633	,538	,845	,520
	Broj	100	99	33	36	34
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	,087	,063	,165	,028	-,160
	koeficijent korelacije	,388	,532	,359	,870	,366
	Broj	100	99	33	36	34
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	-	-,319**	-,144	-,013	-,216
	koeficijent korelacije	,265**	,001	,424	,940	,219
	Broj	,008 100	99	33	36	34

** . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,01 (dvosmjerno)

* . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05 (dvosmjerno)

^a Koliko je jak vaš spolni nagon?
^b Koliko se lako spolno uzбудite?
^c Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?
^d Koliko lako postizete orgazam?
^e Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?

U bolesnika sa shizofrenijom jačina spolnog nagona i lakoća kojom se spolno uzbuđuju značajno su negativno povezani sa seksualnom self-shemom, svijesti o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom. Naime, što su self-shema, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam i seksualno zadovoljstvo veći, jači je i spolni nagon i lakše se spolno uzbuđuju. Lakoća postizanja orgazma negativno je povezana sa seksualnom self-shemom i spremnosti na seksualnu akciju. Naime, što su self-shema i spremnost na seksualnu akciju veći, lakše se postiže orgazam. Zadovoljstvo orgazmima značajno je negativno povezano sa spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim avanturizmom. Naime, što su spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam veći, veće je i zadovoljstvo orgazmima.

Tablica 8b. Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao korelacija aspekata seksualnog samopoimanja i Ljestvice seksualnog iskustva)

Aspekti seksualnog samopoimanja		Ljestvica seksualnog iskustva				
		Pitanje1 a	Pitanje 2 ^b	Pitanje 3 ^c	Pitanje4 d	Pitanje5 e
seksualna self -shema	Pearsonov	-,542**	-	-,339*	-	-
	koeficijent korelacije	,000	,594**	,014	,595**	,390**
	Broj	95	,000 95	52	,000 53	,004 53
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,178	-,286**	,010	-,135	,025
	koeficijent korelacije	,084	,005	,944	,335	,861
	Broj	95	95	52	53	53
spremnost na seksualnu akciju	Pearsonov	-,337**	-,370**	-,035	-,243	,062
	koeficijent korelacije	,001	,000	,807	,080	,658
	Broj	95	95	52	53	53
seksualni avanturizam	Pearsonov	-,171	-,267**	,060	-,203	,059
	koeficijent korelacije	,097	,009	,671	,145	,677
	Broj	95	95	52	53	53
negativna emocionalnost	Pearsonov	,168	,143	338*	,055	,312*
	koeficijent korelacije	,103	,165	,014	,698	,023
	Broj	95	95	52	53	53
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	,258*	,176	,355**	,138	,257
	koeficijent korelacije	,011	,008	,010	,323	,063
	Broj	95	95	52	53	53
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	-,431**	-,382**	-,361**	-	-,398**
	koeficijent korelacije	,000	,000	,009	,274*	,003
	Broj	95	95	52	,047 53	53

** . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,01 (dvosmjerno)

* . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05 (dvosmjerno)

a Koliko je jak vaš spolni nagon?
b Koliko se lako spolno uzbudite?
c Možete li lako postići i održati erekciju/lakoća vlaženja vagine?
d Koliko lako postižete orgazam?
e Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?

U bolesnika s depresijom, jačina spolnog nagona značajno je negativno povezana sa seksualnom self-shemom, spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom te značajno pozitivno sa seksualnom nekompetentnosti. Što su seksualna self-shema, spremnost na seksualnu akciju i seksualno zadovoljstvo veći, a seksualna nekompetentnost manja, jači je i spolni nagon. Lakoća kojom se spolno uzbuđuju značajno je negativno povezana sa seksualnom self-shemom, sviješću o vlastitoj seksualnosti, spremnošću na seksualnu akciju, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom. Naime, što su navedeni aspekti seksualnog samopoimanja veći, lakše se spolno uzbuđuju. Lakoća vlaženja vagine odnosno lakoća postizanja i održavanja erekcije značajno je negativno povezano sa seksualnom self-shemom i seksualnim zadovoljstvom, te značajno pozitivno s negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnosti. Što su seksualna self-shema i seksualno zadovoljstvo veće a negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost manje lakše je vlaženje vagine odnosno postizanje i održavanje erekcije. Lakoća postizanja orgazma značajno je negativno povezana sa seksualnom self-shemom i seksualnim zadovoljstvom. Naime, što su navedeni aspekti seksualnog samopoimanja veći, lakše se postiže orgazam. Zadovoljstvo orgazmima značajno je negativno povezano sa seksualnom self-shemom i seksualnim zadovoljstvom te značajno pozitivno s negativnom emocionalnošću. Naime, što su seksualna self-shema i seksualno zadovoljstvo veći a negativna emocionalnost manja veće je zadovoljstvo orgazmima.

Tablica 8c. Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja s pojedinim seksualnim iskustvima u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao korelacija aspekata seksualnog samopoimanja i Ljestvice seksualnog iskustva)

Aspekti seksualnog samopoimanja		Ljestvica seksualnog iskustva				
		Pitanje 1	Pitanje 2	Pitanje 3	Pitanje 4	Pitanje 5
seksualna self -shema	Pearsonov	-,483**	-,430**	-,372**	-,075	-,254*
	koeficijent korelacije	,000	,000	,001	,524	,029
	Broj	96	97	74	75	74
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,125	-,115	-,076	-,002	,112
	koeficijent korelacije	,227	,264	,519	,987	,344
	Broj	96	97	74	75	74
spremnost na seksualnu akciju	Pearsonov	-,405**	-,110	-,169	,014	-,240*
	koeficijent korelacije	,000	,285	,151	,908	,039
	Broj	96	97	74	75	74
seksualni avanturizam	Pearsonov	-,181	-,100	-,017	,111	-,002
	koeficijent korelacije	,077	,328	,883	,342	,983
	Broj	96	97	74	75	74
negativna emocionalnost	Pearsonov	,114	,193	,095	,280*	,344**
	koeficijent korelacije	,268	,058	,422	,015	,003
	Broj	96	97	74	75	74
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	,273**	,362**	,136	,356**	,377**
	koeficijent korelacije	,007	,000	,247	,002	,001
	Broj	96	97	74	75	74
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	-,257*	-,327**	-,208	-,117	-,391**
	koeficijent korelacije	,011	,001	,076	,317	,001
	Broj	96	97	74	75	74

** . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,01 (dvosmjerno)

* . Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini 0,05 (dvosmjerno)

U zdravih bolesnika jačina spolnog nagona značajno je negativno povezana sa seksualnom self-shemom, spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom

te značajno pozitivno sa seksualnom nekompetentnosti. Što su seksualna self-shema, spremnost na seksualnu akciju i seksualno zadovoljstvo veći a seksualna nekompetentnost manja jači je i spolni nagon. Lakoća kojom se spolno uzbuđuju značajno je negativno povezana sa seksualnom self-shemom i seksualnim zadovoljstvom te značajno pozitivno sa seksualnom nekompetentnosti. Naime, što su seksualna self-shema i seksualno zadovoljstvo veći a seksualna nekompetentnost manja lakše se spolno uzbuđuju. Lakoća vlaženja vagine, odnosno lakoća postizanja i održavanja erekcije, značajno je negativno povezano sa seksualnom self-shemom. Naime, što je seksualna self-shema veća lakše je vlaženje vagine odnosno postizanje i održavanje erekcije. Lakoća postizanja orgazma značajno je pozitivno povezana s negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti. Što su navedeni aspekti seksualnog samopoimanja manji lakše se postiže orgazam. Zadovoljstvo orgazmima značajno je negativno povezano sa seksualnom self-shemom, spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom te značajno pozitivno s negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti. Naime, što su seksualna self-shema, spremnost na seksualnu akciju i seksualno zadovoljstvo veći, a negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost manji, veće je i zadovoljstvo orgazmima.

Tablica 9a. Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika sa shizofrenijom. (Rezultati prikazani kao regresijska analiza aspekata seksualnog samopoimanja kao zavisnih varijabli i Ljestvice seksualnog iskustva).

Koliko je jak vaš spolni nagon?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.64	0.41	8.99***	-0.74***
Koliko lako se spolno uzbudite?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.52	0.28	4.92***	-0.46**
Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.44	0.20	0.87	
Koliko lako postićete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.48	0.23	1.20	
Koliko lako postićete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.49	0.24	1.15	

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

U bolesnika sa shizofrenijom, aspekti seksualnog samopoimanja značajno predviđaju jačinu spolnog nagona i lakoću kojom se ispitanici spolno uzbude. U oba slučaja jedini statistički značajan prediktor je seksualna self-shema. Što je ona veća, veći je i spolni nagon i ispitanici se lakše spolno uzbude.

Tablica 9b. Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja s pojedinim seksualnim iskustvima u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao regresijska analiza aspekata seksualnog samopoimanja kao zavisnih varijabli i Ljestvice seksualnog iskustva. Prikazani su samo statistički značajni rezultati)

Koliko je jak vaš spolni nagon?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.61	0.37	7.45***	-0.51***
Koliko lako se spolno uzbudite?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.62	0.39	7.82***	-0.53***
Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.55	0.30	2.69*	-0.47**
Koliko lako postižete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.69	0.48	5.87**	-0.77***
Koliko lako postižete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.62	0.39	4.07**	-0.63***

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

U bolesnika s depresijom aspekti seksualnog samopoimanja značajno predviđaju sva pitanja ljestvice seksualnog iskustva. U svim je slučajevima jedini statistički značajan prediktor seksualna self-shema. Što je ona veća sve seksualne disfunkcije su manje.

Tablica 9c. Povezanost aspekata seksualnog samopoimanja s pojedinim seksualnim iskustvima u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao regresijska analiza aspekata seksualnog samopoimanja kao zavisnih varijabli i Ljestvice seksualnog iskustva. Prikazani su samo statistički značajni rezultati)

Koliko je jak vaš spolni nagon?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.61	0.37	7.24***	-0.48***
Seksualna nekompetentnost				0.59**
Negativna emocionalnost				-0.50**
Koliko lako se spolno uzбудite?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.60	0.36	7.18***	-0.53***
Seksualna nekompetentnost				0.75***
Negativna emocionalnost				-0.51**
Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
Seksualna self-shema	0.45	0.20	2.40*	-0.57***
Koliko lako postićete orgazam?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.40	0.16	1.77	

Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	OMJER	BETA
	0.51	0.26	3.25**	

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05; prikazani su samo statistički značajni prediktori

U zdravih ispitanika aspekti seksualnog samopoimanja značajno predviđaju sve seksualne disfunkcije osim lakoće postizanja orgazma. Tako je spolni nagon jači kod ispitanika s izraženijom seksualnom self-shemom, višom negativnom emocionalnosti i nižom seksualnom nekompetentnosti. Lakše se spolno uzbuđuju ispitanici s izraženijom seksualnom self-shemom, višom negativnom emocionalnosti i nižom seksualnom nekompetentnosti. Lakoća vlaženja vagine odnosno lakoća postizanja i održavanja erekcije veća je kod ispitanika s izraženijom seksualnom self-shemom. Iako se zadovoljstvo orgazmima značajno može predvidjeti na osnovi aspekata seksualnog samopoimanja, niti jedan aspekt seksualnog samopoimanja nije pojedinačno značajan prediktor zadovoljstva orgazmima.

4.7. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva na seksualna iskustva bolesnika sa shizofrenijom i depresijom

Tablica 10. Učestalost antipsihotika i antidepresiva u terapiji bolesnika sa shizofrenijom i depresijom (Rezultati prikazani kao apsolutni i postotni broj)

	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Valjano shizofrenija - atipični	62	20,7	20,7	20,7
shizofrenija - tipični	38	12,7	12,7	33,3
depresija - ostali	40	13,3	13,3	46,7
depresija - SIPPS	60	20,0	20,0	66,7
zdravi	100	33,3	33,3	100,0
Ukupno	300	100,0	100,0	

Atipični antipsihotici: olanzapin, risperidon, ziprazidon, kvetiapin, klozapin.

Tipični antipsihotici: haloperidol, flufenazin, promazin.

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina: paroksetin, sertralin, fluoksetin, fluvoksamin.

Ostali antidepresivi: moklobemid, maprotilin, amitriptilin, klomipramin.

Tablica 11a. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva u liječenju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom na seksualno iskustvo jačine spolnog nagona i lakoće spolnog uzbuđenja (Rezultati prikazani kao multipla korelacija- LSD test)

Zavisna varijabla	(I) psihofarmaci	(J) psihofarmaci	Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	,045	,243	,853	-,43	,52
		depresija - ostali	-,963*	,239	,000	-1,43	-,49
		depresija - SIPPS	-,331	,218	,131	-,76	,10
		zdravi	,981	,192	,000	,60	1,36
	shizofrenija - tipični	shizofrenija -atipični	-,045	,243	,853	-,52	,43
		depresija - ostali	-1,008*	,267	,000	-1,53	-,48
		depresija - SIPPS	-,376	,249	,132	-,87	,11
		zdravi	,936*	,226	,000	,49	1,38
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	,963*	,239	,000	,49	1,43
		shizofrenija - tipični	1,008*	,267	,000	,48	1,53
		depresija - SIPPS	,632*	,245	,010	,15	1,11
		zdravi	1,944*	,222	,000	1,51	2,38
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	,331	,218	,131	-,10	,76
		shizofrenija - tipični	,376	,249	,132	-,11	,87
		depresija - ostali	-,632*	,245	,010	-1,11	-,15
		zdravi	1,312*	,199	,000	,92	1,70
	zdravi	shizofrenija - atipični	-,981*	,192	,000	-1,36	-,60
		shizofrenija - tipični	-,936*	,226	,000	-1,38	-,49
		depresija - ostali	-1,944*	,222	,000	-2,38	-1,51
		depresija - SIPPS	-1,312*	,199	,000	-1,70	-,92

2. Koliko lako se spolno uzbudite?	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	-,235	,238	,325	-,70	,23	
		depresija- ostali	-,927*	,236	,000	-1,39	-,46	
		depresija - SIPPS	-,392	,211	,064	-,81	,02	
		zdravi	,798*	,187	,000	,43	1,16	
		shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	,235	,238	,325	-,23	,70
			depresija - ostali	-,692*	,265	,009	-1,21	-,17
			depresija - SIPPS	-,157	,242	,518	-,63	,32
			zdravi	1,033*	,222	,000	,60	1,47
		depresija - ostali	shizofrenija - atipični	,927*	,236	,000	,46	1,39
			shizofrenija - tipični	,692*	,265	,009	,17	1,21
			depresija - SIPPS	,535*	,240	,027	,06	1,01
			zdravi	1,725*	,220	,000	1,29	12,16
		depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	,392	,211	,064	-,02	,81
			shizofrenija - tipični	,157	,242	,518	-,32	,63
			depresija - ostali	-,535*	,240	,027	-1,01	-,06
			zdravi	1,190*	,192	,000	,81	1,57
		zdravi	shizofrenija - atipični	-,798*	,187	,000	-1,16	-,43
			shizofrenija - tipični	-1,033*	,222	,000	-1,47	-,60
			depresija - ostali	-1,725*	,220	,000	-2,16	-1,29
			depresija - SIPPS	-1,190*	,192	,000	-1,57	-,81

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Antipsihotici i antidepresivi značajno utječu na jačinu spolnog nagona. Naime, jačina spolnog nagona značajno se razlikuje između zdravih ispitanika i svih preostalih skupina ispitanika. Zdravi ispitanici imaju značajno jači spolni nagon. Uočene su i brojne statističke razlike između pojedinih podskupina: 1. bolesnika sa shizofrenijom (atipični antipsihotici) i bolesnika s depresijom (antidepresivi osim SIPPS-a); 2. bolesnika sa shizofrenijom (tipični antipsihotici) i bolesnika s depresijom (antidepresivi osim SIPPS-a); 3. bolesnika s depresijom (SIPPS-i) i bolesnika s depresijom (antidepresivi osim SIPPS-a). Bolesnici s depresijom koji su koristili antidepresive ali ne iz skupine SIPPS-a imaju značajno niži spolni nagon od svih navedenih grupa ispitanika. Psihofarmaci utječu i na lakoću kojom se spolno

uzbuđuju bolesnici sa shizofrenijom i depresijom. Naime, značajne razlike dobivene su između zdravih ispitanika i svih preostalih grupa ispitanika. Zdravi ispitanici se značajno lakše spolno uzbuđuju. Uočene su i brojne statističke razlike između pojedinig podgrupa: 1. između bolesnika sa shizofrenijom (atipični) i bolesnika s depresijom (ostali); 2. bolesnika sa shizofrenijom (tipični) i bolesnika depresijom (ostali); 3. bolesnika s depresijom (SIPPS) i bolesnika s depresijom (ostali). Bolesnici s depresijom koji su koristili antidepresive ali ne iz skupine SIPPS-a imaju značajno niže spolno uzbuđenje od svih navedenih grupa ispitanika.

Tablica 11b. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva u liječenju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom na seksualno iskustvo: lakoće vlaženja vagine odnosno postizanja i održavanja erekcije i lakoća postizanja orgazma (Rezultati prikazani kao multipla korelacija- LSD test)

Zavisna varijabla	(I) psihofarmaci	(J) psihofarmaci	Razlika među aritmetičkim sredinam (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
3. Možete li lako postići i održati erekciju – lakoća vlaženja vagine?	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	,096	,448	,831	-,79	,98
		depresija - ostali	-1,249*	,372	,001	-1,98	-,51
		depresija - SIPPS	-,863	,319	,008	-1,49	-,23
		zdravi	,412	,282	,147	-,15	,97
	shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	-,096	,448	,831	-,98	,79
		depresija - ostali	-1,344*	,467	,005	-2,27	-,42
		depresija - SIPPS	-,959*	,426	,026	-1,80	-,12
		zdravi	,316	,399	,429	-,47	1,10
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	1,249*	,372	,001	,51	1,98
		shizofrenija - tipični	1,344*	,467	,005	,42	2,27
		depresija - SIPPS	,386	,345	,265	-,30	1,07
		zdravi	1,661*	,311	,000	1,05	2,28
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	,863*	,319	,008	,23	1,49
		shizofrenija - tipični	,959*	,426	,026	,12	1,80
		depresija - ostali	-,386	,345	,265	-,107	,30
		zdravi	1,275*	,245	,000	,79	1,76
zdravi	shizofrenija - atipični	-,412	,282	,147	-,97	,15	
	shizofrenija - tipični	-,316	,399	,429	-1,10	,47	
	depresija - ostali	-1,661*	,311	,000	-2,28	-1,05	
	depresija - SIPPS	-1,275*	,245	,000	-1,76	-,79	

4. Koliko lako postizete orgazam?	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	-,038	,413	,926	-,85	,78	
		depresija - ostali	-1,238*	,330	,000	-1,89	-,59	
		depresija - SIPPS	-1,008*	,291	,001	-1,58	-,43	
		zdravi	,402	,252	,114	-,10	,90	
		shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	,038	,413	,926	-,78	,85
			depresija - ostali	-1,200*	,430	,006	-2,05	-,35
			depresija - SIPPS	-,970*	,400	,017	-1,76	-,18
			zdravi	,440	,373	,240	-,30	1,18
		depresija - ostali	shizofrenija - atipični	1,238*	,330	,000	,59	1,89
			shizofrenija - tipični	1,200*	,430	,006	,35	2,05
			depresija - SIPPS	,230	,314	,465	-,39	,85
			zdravi	1,640*	,279	,000	1,09	2,19
		depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	1,008*	,291	,001	,43	1,58
			shizofrenija - tipični	,970*	,400	,017	,18	1,76
			depresija - ostali	-,230	,314	,465	-,85	,39
			zdravi	1,410*	,232	,000	,95	1,87
		zdravi	shizofrenija - atipični	-,402	,252	,114	-,90	,10
			shizofrenija - tipični	-,440	,373	,240	-1,18	,30
			depresija - ostali	-1,640*	,279	,000	-2,19	-1,09
			depresija - SIPPS	-1,410*	,232	,000	-1,87	-,95

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Rezultati pokazuju da liječenje antidepresivima značajno umanjuju lakoću vlaženja vagine odnosno postizanja i održavanja erekcije i lakoću postizanja orgazma. Naime, značajne razlike dobivene su između zdravih ispitanika i obje skupine bolesnika s depresijom (SIPPS- i i ostali). U zdravih ispitanika lakoća vlaženja vagine odnosno postizanja i održavanja erekcije značajno je veća. Nadalje, obje skupine bolesnika sa shizofrenijom (tipični i atipični) značajno se razlikuju od obje skupine bolesnika s depresijom. U obje skupine bolesnika sa shizofrenijom, lakoća vlaženja vagine odnosno postizanja i održavanja erekcije, značajno je veća, nego kod obje skupine bolesnika s depresijom. Iste su razlike dobivene i za seksualno iskustvo lakoće postizanja orgazma. Zdravi ispitanici i obje skupine bolesnika sa shizofrenijom

lakše postizu orgazam nego obje skupine bolesnika s depresijom.

Tablica 11c. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva u liječenju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom na seksualno iskustvo zadovoljstva orgazmima (Rezultati prikazani kao multipla korelacija- LSD test)

Zavisna varijabla	(I) psihofarmaci	(J) psihofarmaci	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	-,320	,425	,441	-1,14	,50
		depresija - ostali	-1,120*	,320	,001	-1,75	-,49
		depresija - SIPPS	-,805*	,283	,005	-1,36	-,25
		zdravi	,748*	,247	,003	,26	1,24
	shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	,320	,415	,441	-,50	1,14
		depresija - ostali	-,800	,428	,064	-1,65	,05
		depresija - SIPPS	-,485	,401	,229	-1,28	,31
		zdravi	1,068*	,377	,005	,32	1,81
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	1,120*	,320	,001	,49	1,75
		shizofrenija - tipični	,800	,428	,064	-,05	1,65
		depresija - SIPPS	,315	,302	,299	-,28	,91
		zdravi	1,868*	,269	,000	1,34	2,40
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	,805*	,283	,005	,25	1,36
		shizofrenija - tipični	,485	,401	,229	-,31	1,28
		depresija - ostali	-,315	,302	,299	-,91	,28
		zdravi	1,552*	,223	,000	1,11	1,99
	zdravi	shizofrenija - atipični	-,748*	,247	,003	-1,24	-,26
		shizofrenija - tipični	-1,068*	,377	,005	-1,81	-,32
		depresija - ostali	-1,868*	,269	,000	-2,40	-1,34
		depresija - SIPPS	-1,552*	,223	,000	-1,99	-1,11

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Antipsihotici i antidepresivi značajno utječu na zadovoljstvo orgazmima.

Naime, značajne razlike dobivene su između zdravih ispitanika i svih preostalih

skupina ispitanika. Zdravi ispitanici su značajno zadovoljniji orgazmima. Nadalje, bolesnici sa shizofrenijom (atipični) značajno su zadovoljniji orgazmima nego obje skupine bolesnika s depresijom (SIPPS i ostali).

4.8. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva na seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom

Tablica 12a. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva u liječenju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom na aspekte seksualnog samopoimanja: seksualna self-schema i svijest o vlastitoj seksualnosti (Rezultati prikazani kao multipla korelacija-LSD test)

Zavisna varijabla	(I) psihofarmaci	(J) psihofarmaci	Razlika među aritmetičkim sredinam (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
seksualna self - shema	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	6,78261	4,18974	,107	-1,4630	15,0282
		depresija - ostali	7,78656	4,12429	,060	-,3302	15,9033
		depresija - SIPPS	1,38100	3,68285	,708	-5,8670	8,6290
		zdravi	-14,68344*	3,28728	,000	-21,1529	-8,2139
	shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	-6,78261	4,18974	,107	-15,0282	1,4630
		depresija - ostali	1,00395	4,60681	,828	-8,0624	10,0703
		depresija - SIPPS	-5,40161	4,21620	,201	-13,6992	2,8960
		zdravi	-21,46605*	3,87546	,000	-29,0931	-13,8390
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	-7,78656	4,12429	,060	-15,9033	,3302
		shizofrenija - tipični	-1,00395	4,60681	,828	-10,0703	8,0624
		depresija - SIPPS	-6,40556	4,15116	,124	-14,5752	1,7641
		zdravi	-22,47000*	3,80460	,000	-29,9576	-14,9824
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	-1,38100	3,68285	,708	-8,6290	5,8670
		shizofrenija - tipični	5,40161	4,21620	,201	-2,8960	13,6992
		depresija - ostali	6,40556	4,15116	,124	-1,7641	14,5752
		zdravi	-16,06444*	3,32093	,000	-22,6002	-9,5287
	zdravi	shizofrenija - atipični	14,68344*	3,28728	,000	8,2139	21,1529
		shizofrenija - tipični	21,46605*	3,87546	,000	13,8390	29,0931
		depresija - ostali	22,47000*	3,80460	,000	14,9824	29,9576
		depresija - SIPPS	16,06444*	3,32093	,000	9,5287	22,6002

svijest o vlastitoj seksualnosti	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	7,91115	4,52363	,081	-,9915	16,8138	
		depresija - ostali	4,38374	4,45296	,326	-4,3799	13,1473	
		depresija - SIPPS	-1,73432	3,97633	,663	-9,5599	6,0913	
		zdravi	-8,68710*	3,54925	,015	-15,6721	-1,7020	
		shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	-7,91115	4,52363	,081	-16,8138	,9915
			depresija - ostali	-3,52741	4,97393	,479	-13,3163	6,2615
			depresija - SIPPS	-9,64547*	4,55219	,035	-18,6043	-,6866
			zdravi	-16,59825*	4,18429	,000	-24,8331	-8,3634
		depresija - ostali	shizofrenija - atipični	-4,38374	4,45296	,326	-13,1473	4,3799
			shizofrenija - tipični	3,52741	4,97393	,479	-6,2615	13,3163
			depresija - SIPPS	-6,11806	4,48197	,173	-14,9387	2,7026
			zdravi	-13,07083*	4,10779	,002	-21,1551	-4,9865
		depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	1,73432	3,97633	,663	-6,0913	9,5599
			shizofrenija - tipični	9,64547*	4,55219	,035	,6866	18,6043
			depresija - ostali	6,11806	4,48197	,173	-2,7026	14,9387
			zdravi	-6,95278	3,58558	,053	-14,0093	,1038
		zdravi	shizofrenija - atipični	8,68710*	3,54925	,015	1,7020	15,6721
			shizofrenija - tipični	16,59825*	4,18429	,000	8,3634	24,8331
			depresija - ostali	13,07083*	4,10779	,002	4,9865	21,1551
			depresija - SIPPS	6,95278	3,58558	,053	-,1038	14,0093

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Antipsihotici i antidepresivi značajno utječu na seksualnu self-shemu. Naime, u zdravih ispitanika značajno je veća seksualna self-shema od svih preostalih skupina ispitanika. Između ostalih podskupina nema značajnih razlika.

Svijest o vlastitoj seksualnosti u zdravih ispitanika također je značajno veća od svih preostalih skupina ispitanika (na granici statističke značajnosti sa skupinom bolesnika s depresijom – SIPPS). Bolesnici s depresijom (SIPPS) imaju značajno veću svijest o vlastitoj seksualnosti nego bolesnici sa shizofrenijom (tipični).

Tablica 12b. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva u liječenju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom na aspekte seksualnog samopoimanja: spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam (Rezultati prikazani kao multipla korelacija-LSD test)

Zavisna varijabla	(I) psihofarmaci	(J) psihofarmaci	Razlika među aritmetičkim sredinam (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
spremnost na seksualnu akciju	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	6,18732	5,37242	,250	-4,3858	16,7604
		depresija - ostali	10,25618	5,28849	,053	-,15158	20,6641
		depresija - SIPPS	6,77007	4,72243	,153	-2,5239	16,0640
		zdravi	-9,22882*	4,21521	,029	-17,5245	-,9331
	shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	-6,18732	5,37242	,250	-16,7604	4,3858
		depresija - ostali	4,06886	5,90722	,491	-7,5568	15,6945
		depresija - SIPPS	,58275	5,40634	,914	-10,0571	11,2226
		zdravi	-15,41614*	4,96941	,002	-25,1961	-5,6361
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	-10,25618	5,28849	,053	-20,6641	,1518
		shizofrenija - tipični	-4,06886	5,90722	,491	-15,6945	7,5568
		depresija - SIPPS	-3,48611	5,32294	,513	-13,9619	6,9896
		zdravi	-19,48500*	4,87856	,000	-29,0862	-9,8838
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	- 6,77007	4,72243	,153	-16,0640	2,5239
		shizofrenija - tipični	-,58275	5,40634	,914	-11,2226	10,0571
		depresija - ostali	3,48611	5,32294	,513	-6,9896	13,9619
		zdravi	-15,99889*	4,25835	,000	-24,3795	-7,6183
	zdravi	shizofrenija - atipični	9,22882*	4,21521	,029	,9331	17,5245
		shizofrenija - tipični	15,41614*	4,96941	,002	5,6361	25,1961
		depresija - ostali	19,45800*	4,87856	,000	9,8838	29,0862
		depresija - SIPPS	15,99889*	4,25835	,000	7,6183	24,3795

seksualni avanturizam	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	-,39738	2,84271	,889	-5,9919	5,1972
		depresija - ostali	4,67177	2,79830	,096	-,8354	10,1789
		depresija - SIPPS	2,42640	2,49878	,332	-2,4913	7,3441
		zdravi	-4,56545*	2,23039	,042	-8,9549	-,1759
	shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	,39738	2,84271	,889	-5,1972	5,9919
		depresija - ostali	5,06915	3,12569	,106	-1,0823	11,2206
		depresija - SIPPS	2,82378	2,86066	,324	-2,8061	8,4537
		zdravi	-4,16807	2,62947	,114	-9,3430	1,0068
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	-4,67177	2,79830	,096	-10,1789	,8354
		shizofrenija - tipični	-5,06915	3,12569	,106	-11,2206	1,0823
		depresija - SIPPS	-2,24537	2,81653	,426	-7,7884	3,2977
		zdravi	-9,23722*	2,58139	,000	-14,3175	-4,1569
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	-2,42640	2,49878	,332	-7,3441	2,4913
		shizofrenija - tipični	-2,82378	2,86066	,324	-8,4537	2,8061
		depresija - ostali	2,24537	2,81653	,426	-3,2977	7,7884
		zdravi	-6,99185*	2,25322	,002	-11,4263	-2,5574
	zdravi	shizofrenija - atipični	4,56545*	2,23039	,042	,1759	8,9549
		shizofrenija - tipični	4,16807	2,62947	,114	-1,0068	9,3430
		depresija - ostali	9,23722*	2,58139	,000	4,1569	14,3175
		depresija - SIPPS	6,99185*	2,25322	,002	2,5574	11,4263

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Antipsihotici i antidepresivi značajno utječu na spremnost na seksualnu akciju. Naime, kod zdravih ispitanika značajno je veća od svih preostalih skupina ispitanika. Bolesnici sa shizofrenijom (atipični antipsihotici) imaju granično značajnu veću spremnost na seksualnu akciju, nego što je to u bolesnika s depresijom (ostali antidepresivi).

Seksualni avanturizam u zdravih ispitanika značajno je veći od svih preostalih skupina ispitanika, osim u bolesnika sa shizofrenijom (tipični antipsihotici). Između ostalih skupina nema značajnih razlika.

Tablica 12c. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva u liječenju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom na aspekte seksualnog samopoimanja: negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost (Rezultati prikazani kao multipla korelacija- LSD test)

Zavisna varijabla	(I) psihofarmaci	(J) psihofarmaci	Razlika među aritmetičkim sredinam (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
negativna emocionalnost	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	3,71732	4,56112	,416	-5,2591	12,6938
		depresija - ostali	1,87466	4,48987	,677	-6,9616	10,7109
		depresija - SIPPS	-3,99409	4,00929	,320	-11,8845	3,8964
		zdravi	15,12591*	3,57867	,000	8,0830	22,1689
	shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	-3,71732	4,56112	,416	-12,6938	5,2591
		depresija - ostali	-1,84265	5,01516	,714	-11,7127	8,0274
		depresija - SIPPS	-7,71140	4,58992	,094	-16,7445	1,3217
		zdravi	11,40860*	4,21898	,007	3,1055	19,7117
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	-1,87466	4,48987	,677	-10,7109	6,9616
		shizofrenija - tipični	1,84265	5,01516	,714	-8,0274	11,7127
		depresija - SIPPS	-5,86875	4,51912	,195	-14,7626	3,0251
		zdravi	13,25125*	4,14184	,002	5,0999	21,4026
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	3,99409	4,00929	,320	-3,8964	11,8845
		shizofrenija - tipični	7,71140	4,58992	,094	-1,3217	16,7445
		depresija - ostali	5,86875	4,51912	,195	-3,0251	14,7626
		zdravi	19,12000*	3,61530	,000	12,0050	26,2350
	zdravi	shizofrenija - atipični	-15,12591*	3,57867	,000	-22,1689	-8,0830
		shizofrenija - tipični	-11,40860*	4,21898	,007	-19,7117	-3,1055
		depresija - ostali	-13,25125*	4,14184	,002	-21,4026	-5,0999
		depresija - SIPPS	-19,12000*	3,61530	,000	-26,2350	-12,0050

seksualna nekompetentnost	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	4,32445	4,50730	,338	-4,5461	13,1950	
		depresija - ostali	,76129	4,43689	,864	-7,9707	9,4933	
		depresija - SIPPS	-,34371	3,96198	,931	-8,1410	7,4536	
		zdravi	21,08129*	3,53644	,000	14,1215	28,0411	
		shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	-4,32445	4,50730	,338	-13,1950	4,5461
			depresija - ostali	-3,56316	4,95598	,473	-13,3167	6,1904
			depresija - SIPPS	-4,66816	4,53576	,304	-13,5947	4,2584
			zdravi	16,75684*	4,16919	,000	8,5517	24,9620
		depresija - ostali	shizofrenija - atipični	-,76129	4,43689	,864	-9,4933	7,9707
			shizofrenija - tipični	3,56316	4,95598	,473	-6,1904	13,3167
			depresija - SIPPS	-1,10500	4,46579	,805	-9,8938	7,6838
			zdravi	20,32000*	4,09297	,000	12,2649	28,3751
		depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	,34371	3,96198	,931	-7,4536	8,1410
			shizofrenija - tipični	4,66816	4,53576	,304	-4,2584	13,5947
			depresija - ostali	1,10500	4,46579	,805	-7,6838	9,8938
			zdravi	21,42500*	3,57263	,000	14,3939	28,4561
		zdravi	shizofrenija - atipični	-21,08129*	3,53644	,000	-28,0411	-14,1215
			shizofrenija - tipični	-16,75684*	4,16919	,000	-24,9620	-8,5517
			depresija - ostali	-20,32000	4,09297	,000	-28,3751	-12,2649
			depresija - SIPPS	-21,42500*	3,57263	,000	-28,4561	-14,3939

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost u zdravih ispitanika značajno su niže od svih preostalih skupina ispitanika. Između ostalih skupina nema značajnih razlika.

Tablica 12d. Utjecaj antipsihotika i antidepresiva u liječenju bolesnika sa shizofrenijom i depresijom na aspekt seksualnog samopojmanja, seksualno zadovoljstvo. (Rezultati prikazani kao multipla korelacija - LSD test).

Zavisna varijabla	(I) psihofarmaci	(J) psihofarmaci	Razlika među aritmetičkim sredinam (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
seksualno zadovoljstvo	shizofrenija - atipični	shizofrenija - tipični	6,44465	5,60773	,251	-4,5916	17,4809
		depresija - ostali	4,23097	5,52013	,444	-6,6329	15,0948
		depresija - SIPPS	-3,03903	4,92928	,538	-12,7400	6,6620
		zdravi	-36,35103*	4,39984	,000	-45,0101	-27,6920
	shizofrenija - tipični	shizofrenija - atipični	-6,44465	5,60773	,251	-17,4809	4,5916
		depresija - ostali	-2,21368	6,16596	,720	-14,3485	9,9212
		depresija - SIPPS	-9,48368	5,64314	,094	-20,5896	1,6222
		zdravi	-42,79568*	5,18708	,000	-53,0041	-32,5873
	depresija - ostali	shizofrenija - atipični	-4,23097	5,52013	,444	-15,0948	6,6329
		shizofrenija - tipični	2,21368	6,16596	,720	-9,9212	14,3485
		depresija - SIPPS	-7,27000	5,55609	,192	-18,2046	3,6646
		zdravi	-40,58200*	5,09224	,000	-50,6037	-30,5603
	depresija - SIPPS	shizofrenija - atipični	3,03903	4,92928	,538	-6,6620	12,7400
		shizofrenija - tipični	9,48368	5,64314	,094	-1,6222	20,5896
		depresija - ostali	7,27000	5,55609	,192	-3,6646	18,2046
		zdravi	-33,31200*	4,44487	,000	-42,0597	-24,5643
	zdravi	shizofrenija - atipični	36,35103*	4,39984	,000	27,6920	45,0101
		shizofrenija - tipični	42,79568*	5,18708	,000	32,5973	53,0041
		depresija - ostali	40,58200*	5,09224	,000	30,5603	50,6037
		depresija - SIPPS	33,31200*	4,44487	,000	24,5643	42,0597

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Antipsihotici i antidepresivi značajno umanjuju seksualno zadovoljstvo.

Naime, u zdravih ispitanika seksualno zadovoljstvo značajno je više od svih preostalih skupina ispitanika. Između ostalih podskupina nema značajnih razlika.

4.9. Utjecaj spola na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom

Da bi ispitali utjecaj na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje najprije je t-testom za nezavisne uzorke izračunata razlika između muškaraca i žena na pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva i pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja. Ove su analize napravljene posebno za svaku skupinu ispitanika.

Tablica 13a. Utjecaj spola na seksualna iskustva u bolesnika sa shizofrenijom

Ljestvica seksualnog iskustava	Spol	Broj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Standardna pogreška aritmetičke sredine
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	muški	59	3,59	1,366	,178
	ženski	41	4,27	1,379	,215
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	muški	59	3,42	1,404	,183
	ženski	40	3,75	1,373	,217
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	muški	16	2,50	1,317	,329
	ženski	17	2,82	1,551	,376
4. Koliko lako postizete orgazam?	muški	18	2,67	1,534	,362
	ženski	18	3,28	1,487	,351
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	muški	17	2,65	1,169	,284
	ženski	17	2,88	1,409	,342

Tablica 13b. Utjecaj spola na seksualna iskustva u bolesnika sa shizofrenijom

Ljestvica seksualnog iskustava	Levenov test jednakosti varijanci		t- test jednakosti aritmetičkih sredina						
	F	Značajnost	t	df	Značajnost (dvosmjerna)	Srednja razlika	Standardna pogreška razlike	95% Interval sigurnosti razlika	
								Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	,012	,912	-2,421 -2,417	98 85,685	,017 ,018	-,675 -,675	,279 ,279	-1,228 -1,230	-,122 -,120
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	,041	,840	-1,145 -1,150	97 85,154	,255 ,254	-,326 -,326	,285 ,284	-,892 -,891	,240 ,238
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	,563	,459	-,644 -,647	31 30,691	,524 ,522	-,324 -,324	,502 ,500	-1,348 1,343	,701 ,696
4. Koliko lako postizete orgazam?	,050	,824	-1,213 -1,213	34 33,968	,233 ,233	-,611 -,611	,504 ,504	-1,635 -1,635	,412 ,412
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	,177	,677	-,530 -,530	32 30,950	,600 ,600	-,235 -,235	,444 ,444	-1,140 -1,141	,669 ,671

F = Omjer
df = Stupnjevi slobode
t = Značajnost razlike
M=Aritmetička sredina

Značajna razlika dobivena je samo na prvom pitanju: „Koliko je jak vaš spolni nagon?“ (t=2.42; p = 0.017). Muškarci koji boluju od shizofrenije imaju značajno jači spolni nagon (M= 3.59) nego žene (M=4.27).

Tablica 14a. Utjecaj spola na seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom

Aspekti seksualnog samopoimanja	Spol	Broj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Standardna pogreška aritmetičke sredine
seksualna self-shema	muški	59	41,5339	26,30854	3,42508
	ženski	41	32,7947	23,18114	3,62029
svijest o vlastitoj seksualnosti	muški	59	29,7260	24,56795	3,19847
	ženski	41	35,1260	25,94599	4,05208
spremnost na seksualnu akciju	muški	59	24,7684	27,92507	3,63553
	ženski	41	18,9431	22,26655	3,47745
seksualni avanturizam	muški	59	15,6064	15,58606	2,02913
	ženski	41	6,4661	8,77286	1,37009
negativna emocionalnost	muški	59	31,2175	19,42805	2,52932
	ženski	41	27,7236	27,57238	4,30608
seksualna nekompetentnost	muški	59	33,8695	22,30652	2,90406
	ženski	41	30,0854	27,35395	4,27197
seksualno zadovoljstvo	muški	59	33,6610	29,56525	3,84907
	ženski	41	38,9317	31,14950	4,86473

Tablica 14b. Utjecaj spola na seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom

spekti seksualnog samopoimanja	Levenov test jednakosti varijanci		t- test jednakosti aritmetičkih sredina						
	F	Značajnost	t	df	Značajnost (dvosmjerna)	Srednja razlika	Standardna pogreška razlike	95% Interval sigurnosti razlika	
								Donja granica	Gornja granica
seksualna self -shema	,755	,387	1,714	98	,090	8,73918	5,09913	-1,37987	18,85823
			1,714	92,528	,083	8,73918	4,98374	-1,15820	18,63656
svijest o vlastitoj seksualnosti	,388	,535	-1,056	98	,293	-5,40003	5,11139	-15,54342	4,74337
			-1,046	83,120	,299	-5,40003	5,16233	-15,66747	4,86741
spremnost na seksualnu akciju	1,597	,209	1,112	98	,269	5,82527	5,23877	-4,57089	16,22144
			1,158	96,072	,250	5,82527	5,03088	-4,16085	15,81140
seksualni avanturizam	13,091	,000	3,396	98	,001	9,14028	2,69111	3,79986	14,48070
			3,733	94,469	,000	9,14028	2,44837	4,27929	14,00126
negativna emocionalnost	8,678	,004	,744	98	,459	3,49394	4,69706	-5,82722	12,81510
			,700	66,873	,487	3,49394	4,99397	-6,47443	13,46230
seksualna nekompetentnost	4,227	,042	,760	98	,449	3,78413	4,97987	-6,09826	13,66651
			,733	74,534	,466	3,78413	5,16559	-6,50731	14,07556
seksualno zadovoljstvo	,372	,544	-,858	98	,393	-5,27069	6,14475	-17,46474	6,92336
			-,850	83,256	,398	-5,27069	6,20330	-17,60825	7,06687

F = Omjer
df = Stupnjevi slobode
t = Značajnost razlike
M=Aritmetička sredina

Značajna razlika dobivena je samo na skali seksualnog avanturizma ($t=3.73$; $p < 0.001$). Muškarci koji boluju od shizofrenije postižu značajno više rezultate na skali seksualnog avanturizma ($M=15.61$) nego žene ($M=6.47$).

Tablica 15a. Utjecaj spola na seksualna iskustva u bolesnika s depresijom

Ljestvica seksualnog iskustava	Spol	Broj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Standardna pogreška aritmetičke sredine
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	muški	31	3,97	1,197	,215
	ženski	64	4,73	,947	,118
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	muški	31	3,61	1,116	,200
	ženski	64	4,30	1,108	,139
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	muški	20	3,55	1,572	,352
	ženski	32	3,78	1,313	,232
4. Koliko lako postizete orgazam?	muški	20	3,70	1,080	,242
	ženski	33	4,27	,977	,170
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	muški	20	3,20	1,436	,321
	ženski	33	3,85	1,253	,218

Tablica 15b. Utjecaj spola na seksualna iskustva u bolesnika s depresijom

Ljestvica seksualnog iskustava	Levenov test jednakosti varijanci		t- test jednakosti aritmetičkih sredina						
	F	Značajnost	t	df	Značajnost (dvosmjerna)	Srednja razlika	Standardna pogreška razlike	95% Interval sigurnosti razlika	
								Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	,299	,586	-3,388	93	,001	-,767	,226	-1,216	-,317
			-3,124	48,814	,003	-,767	,245	-1,260	-,273
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	,002	,963	-2,814	93	,006	-,684	,243	-1,167	-,201
			-2,807	59,086	,007	-,684	,244	-1,171	-,196
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	1,625	,208	-,572	50	,570	-,231	,404	-1,043	,580
			-,549	35,099	,587	-,231	,421	-1,086	,624
4. Koliko lako postižete orgazam?	1,042	,312	-1,987	51	,052	-,573	,288	-1,151	,006
			-1,938	37,076	,060	-,573	,296	-1,172	,026
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	,261	,612	-1,728	51	,090	-,648	,375	-1,402	,105
			-1,670	36,019	,104	-,648	,388	-1,436	,139

F = Omjer
df = Stupnjevi slobode
t = Značajnost razlike
M=Aritmetička sredina

Značajne razlike dobivene su na prvom pitanju: „Koliko je jak vaš spolni nagon?“ ($t=3.39$; $p = 0.001$) i drugom pitanju: „Koliko lako se spolno uzbudite?“ ($t=2.81$; $p=0.006$). Muškarci koji boluju od depresije imaju značajno jači spolni nagon ($M= 3.97$) nego žene ($M=4.73$) i lakše se spolno uzbuđuju ($M = 3.61$) nego žene ($M = 4.30$). Granično značajna razlika dobivena je je na četvrtom pitanju: „Koliko lako postižete orgazam?“ ($t=1.99$; $p=0.052$). Muškarci lakše postižu orgazam ($M=3.70$) nego žene ($M=4.27$).

Tablica 16a. Utjecaj spola na seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom

Aspekti seksualnog samopoimanja	Spol	Broj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Standardna pogreška aritmetičke sredine
seksualna self-shema	muški	33	46,3384	15,82085	2,75406
	ženski	67	31,7811	17,07277	2,08577
svijest o vlastitoj seksualnosti	muški	33	40,4293	22,65104	3,94304
	ženski	67	31,1816	20,59724	2,51635
spremnost na seksualnu akciju	muški	33	21,4242	24,84525	4,32500
	ženski	67	14,1741	22,07558	2,69696
seksualni avanturizam	muški	33	11,5118	12,28607	2,13873
	ženski	67	6,8425	9,25876	1,13114
negativna emocionalnost	muški	33	28,8005	25,98526	4,52345
	ženski	67	34,8358	25,85283	3,15843
seksualna nekompetentnost	muški	33	30,5424	26,70160	4,64815
	ženski	67	35,4985	24,49003	2,99193
seksualno zadovoljstvo	muški	33	49,7758	29,21244	5,08523
	ženski	67	32,8000	29,40721	3,59266

Tablica 16b. Utjecaj spola na seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom

Aspekti seksualnog samopoimanja	Levenov test jednakosti varijanci		t- test jednakosti aritmetičkih sredina						
	F	Značajnost	t	df	Značajnost (dvosmjerna)	Srednja razlika	Standardna pogreška razlike	95% Interval sigurnosti razlika	
								Donja granica	Gornja granica
seksualna self -shema	1,110	,295	4,105	98	,000	14,55729	3,54612	7,52012	21,59445
			4,214	68,336	,000	14,55729	3,45475	7,66406	21,45051
svijest o vlastitoj seksualnosti	,015	,904	2,042	98	,044	9,24770	4,52767	,26269	18,23271
			1,977	58,656	,053	9,24770	4,67756	-,11323	18,60863
spremnost na seksualnu akciju	2,867	,094	1,481	98	,142	7,25011	4,89494	-2,46374	16,96397
			1,422	57,509	,160	7,25011	5,09698	-2,95447	17,45469
seksualni avanturizam	4,817	,031	2,122	98	,036	4,66933	2,20010	,30331	9,03535
			1,930	50,490	,059	4,66933	2,41943	-,18907	9,52773
negativna emocionalnost	,048	,827	-1,096	98	,276	-6,03532	5,50733	-16,96442	4,89379
			-1,094	63,491	,278	-6,03532	5,51700	-17,05849	4,98786
seksualna nekompetentnost	,036	,850	-,924	98	,358	-4,95608	5,36640	-15,60553	5,69336
			-,897	59,092	,374	-4,95608	5,52784	-16,01690	6,10473
seksualno zadovoljstvo	,015	,903	2,720	98	,008	16,97576	6,24053	4,59163	29,35988
			2,726	64,166	,008	16,97576	6,22630	4,53791	29,41361

F = Omjer
df = Stupnjevi slobode
t = Značajnost razlike

Značajne razlike između žena i muškaraca dobivene su na skalama seksualne self-sheme ($t=4.11$; $p < 0.001$), svijesti o vlastitoj seksualnosti ($t=2.04$; $p=0.044$), seksualnog avanturizma ($t=2.12$; $p = 0.036$) i seksualnog zadovoljstva ($t=2.72$; $p = 0.008$). Na svim navedenim skalama muškarci postižu značajno više rezultate nego žene.

Tablica 17a. Utjecaj spola na seksualno iskustvo u zdravih ispitanika

Ljestvica seksualnog iskustava	Spol	Broj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Standardna pogreška aritmetičke sredine
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	muški	42	2,48	,994	,153
	ženski	54	3,24	,930	,127
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	muški	43	2,47	,735	,112
	ženski	54	2,83	,906	,123
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	muški	35	2,06	,684	,116
	ženski	39	2,49	,914	,146
4. Koliko lako postizete orgazam?	muški	35	2,29	,667	,113
	ženski	40	2,80	,992	,157
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	muški	35	1,77	,646	,109
	ženski	39	2,08	,623	,100

Tablica 17b. Utjecaj spola na seksualno iskustvo u zdravih ispitanika

Ljestvica seksualnog iskustava	Levenov test jednakosti varijanci		t- test jednakosti aritmetičkih sredina						
	F	Značajnost	t	df	Značajnost (dvosmjerna)	Srednja razlika	Standardna pogreška razlike	95% Interval sigurnosti razlika	
								Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	,391	,533	-3,877 -3,845	94 85,297	,000 ,000	-,765 -,765	,197 ,199	-1,156 -1,160	-,373 -,369
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	1,256	,265	-2,158 -2,210	95 94,957	,033 ,030	-,368 -,368	,171 ,167	-,707 -,699	-,030 -,037
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	9,266	,003	-2,271 -2,306	72 69,817	,026 ,024	-,430 -,430	,189 ,186	-,808 -,802	-,053 -,058
4. Koliko lako postizete orgazam?	7,843	,007	-2,594 -2,661	73 68,689	,011 ,010	-,514 -,514	,198 ,193	-,909 -,900	-,119 -,129
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	,926	,339	-2,070 -2,066	72 70,525	,042 ,043	-,305 -,305	,148 ,148	-,600 -,600	-,011 -,011

F = Omjer
df = Stupnjevi slobode
t = Značajnost razlike

Značajne razlike dobivene su na svim pitanjima. Muškarci na svim pitanjima postižu značajno niže rezultate tj. imaju manje izražene seksualne disfunkcije.

Tablica 18a. Utjecaj spola na seksualno samopoimanje u zdravih ispitanika

Aspekti seksualnog samopoimanja	Spol	Broj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Standardna pogreška aritmetičke sredine
seksualna self-shema	muški	45	58,9611	16,76164	2,49868
	ženski	55	52,1439	16,74492	2,25788
svijest o vlastitoj seksualnosti	muški	45	42,1481	20,33145	3,03083
	ženski	55	44,8485	17,88711	2,41190
spremnost na seksualnu akciju	muški	45	42,4222	29,31399	4,36987
	ženski	55	27,0364	26,93161	3,63146
seksualni avanturizam	muški	45	20,2815	15,72108	2,34356
	ženski	55	12,9939	16,06742	2,16653
negativna emocionalnost	muški	45	14,0889	13,07821	1,94958
	ženski	55	17,6939	18,64570	2,51419
seksualna nekompetentnost	muški	45	10,4956	10,31484	1,53765
	ženski	55	14,8309	16,35463	2,20526
seksualno zadovoljstvo	muški	45	75,3911	21,45613	3,19849
	ženski	55	73,9927	19,03529	2,56672

Tablica 18b. Utjecaj spola na seksualno samopoimanje u zdravih ispitanika

Aspekti seksualnog samopoimanja	Levenov test jednakosti varijanci		t- test jednakosti aritmetičkih sredina						
	F	Značajnost	t	df	Značajnost (dvosmjerna)	Srednja razlika	Standardna pogreška razlike	95% Interval sigurnosti razlika	
								Donja granica	Gornja granica
seksualna self -shema	,004	,951	2,024	98	,046	6,81717	3,36736	,13475	13,49960
			2,024	94,081	,046	6,81717	3,36770	,13059	13,50375
svijest o vlastitoj seksualnosti	,586	,446	-,706	98	,482	-2,70034	3,82366	-10,28866	4,88799
			-,697	88,466	,488	-2,70034	3,87340	-10,39733	4,99666
spremnost na seksualnu akciju	1,968	,164	2,731	98	,007	15,38586	5,63350	4,20636	26,56536
			2,708	90,564	,008	15,38586	5,68184	4,09886	26,67286
seksualni avanturizam	,275	,601	2,278	98	,025	7,28754	3,19860	,94002	13,63507
			2,283	94,879	,025	7,28754	3,19157	,95137	13,62372
negativna emocionalnost	5,034	,027	-1,095	98	,276	-3,60505	3,29286	-10,13962	2,92952
			-1,133	95,907	,260	-3,60505	3,18151	-9,92038	2,71028
seksualna nekompetentnost	9,936	,002	-1,544	98	,126	-4,33535	2,80802	-9,90778	1,23707
			-1,613	92,452	,110	-4,33535	2,68840	-9,67441	1,00370
seksualno zadovoljstvo	,622	,432	,345	98	,731	1,39838	4,05195	-6,64258	9,43934
			,341	88,883	,734	1,39838	4,10102	-6,75041	9,54718

F = Omjer
df = Stupnjevi slobode
t = Značajnost razlike

Značajne razlike dobivene su na skalama seksualne self-sheme ($t=2.02$; $p=0.046$), spremnosti na seksualnu akciju ($t=2.73$; $p = 0.007$) i seksualnog avanturizma ($t=2.28$; $p = 0.025$). Na svim navedenim skalama muškarci postižu značajno više rezultate nego žene.

4.10. Razlike u utjecaju spola na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Da bi ispitali da li postoje razlike u utjecaju spola na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje između tri skupine ispitanika (bolesnici sa shizofrenijom i depresijom i zdravi)

izveden je niz dvosmjernih (3 x 2) analiza varijance. Kao nezavisne varijable korištene su skupine (shizofrenija, depresija i zdravi) te spol (muški, ženski), dok su kao zavisne varijable korištena pojedina pitanja Ljestvice seksualnog iskustva i pojedini aspekti seksualnog samopoimanja. Zbog dužine ispisa prikazani su samo statistički značajni interakcijski efekti spola i grupe na pojedine zavisne varijable.

Tablica 19. Utjecaj spola na svijesti o vlastitoj seksualnosti u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Test efekata između ispitanika

Zavisna varijabla: svijest o vlastitoj seksualnosti

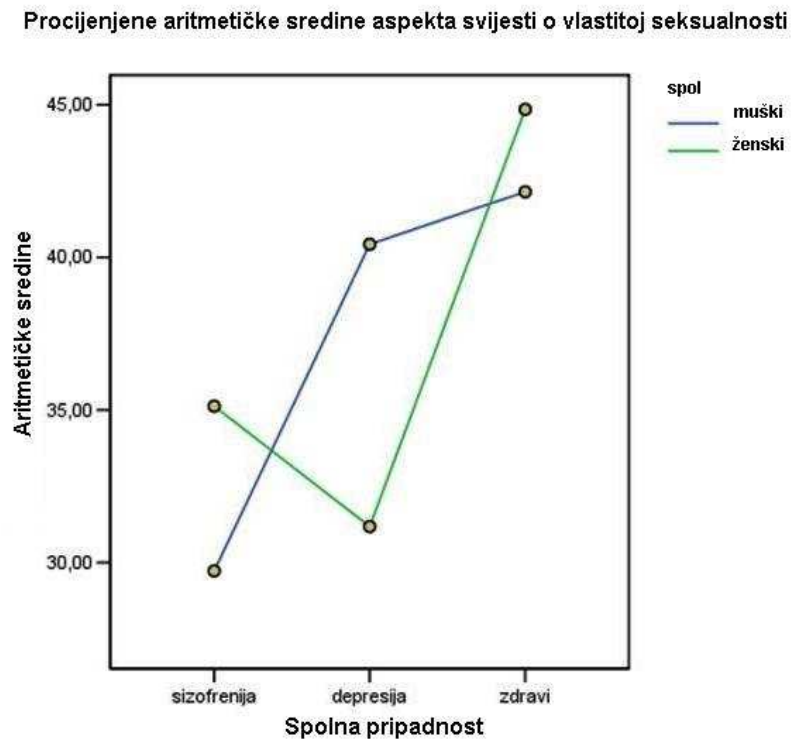
Izvor	Suma kvadrata	Stupnjevi slobode	Srednji kvadrat	Omjer	Značajnost
Korigirani model	10455,154 ^a	5	2091,031	4,335	,001
Sjecište	393269,549	1	393269,549	815,270	,000
Grupna pripadnost	6299,317	2	3149,659	6,529	,002
Spol	10,368	1	10,368	,021	,884
Grupna pripadnost*	2776,016	2	1388,008	2,877	,058
spol	141819,544	294	482,379		
Greška	554191,500	300			
Ukupno	152274,699	299			
Korigirano ukupno					

^aR² = ,069 (prilagođeni R² = ,053)

F = omjer p = značajnost

Dobivena je granično značajna interakcija spola i grupe na skali svijesti o vlastitoj seksualnosti (F=2.88; p= 0.058).

Slika 8. Utjecaj spola na svijesti o vlastitoj seksualnosti u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, te zdravih ispitanika



Iz slike se vidi da je svijest o vlastitoj seksualnosti viša kod žena kada se radi o skupinama shizofrenih i zdravih ispitanika, te viša kod muškaraca kada se radi o bolesnicima s depresijom.

Tablica 20. Utjecaj spola na seksualno zadovoljstvo u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Test efekata između ispitanika

Zavisna varijabla: seksualno zadovoljstvo

Izvor	Suma kvadrata	Stupnjevi slobode	Srednji kvadrat	Omjer	Značajnost
Korigirani model	101224,806 ^a	5	20244,961	27,850	,000
Sjecište	730493,592	1	730493,592	1004,910	,000
Grupna pripadnost	84816,406	2	42408,208	58,339	,000
Spol	1352,272	1	1352,272	1,860	,174
Grupna pripadnost*	5969,168	2	2984,584	4,106	,017
spol	13715,723	294	726,924		
Greška	1053444,920	300			
Ukupno	314920,529	299			
Korigirano ukupno					

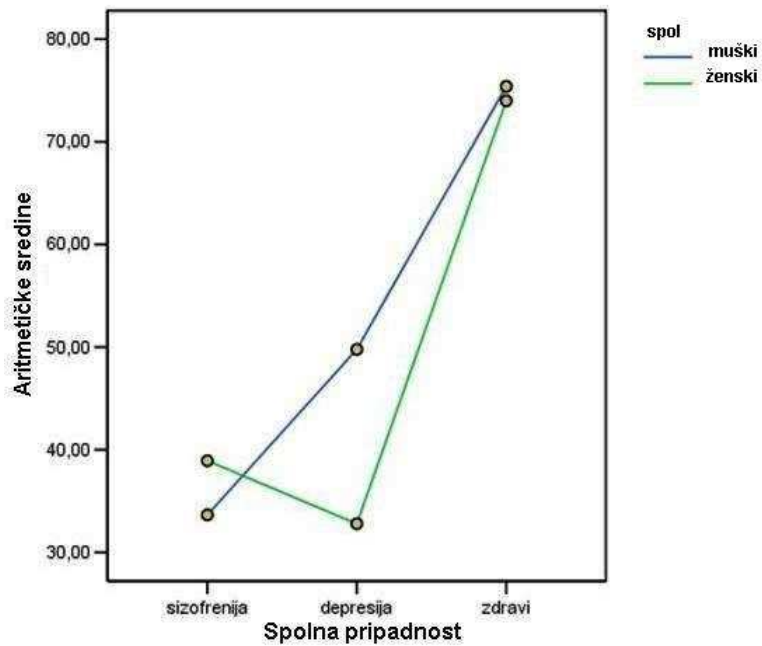
^a $R^2 = ,321$ (prilagođeni $R^2 = ,310$)

F = omjer p = značajnost

Dobivena je značajna interakcija spola, bolesnika i zdravih ispitanika na skali seksualnog zadovoljstva ($F=4.11$; $p= 0.017$).

Slika 9. Utjecaj spola na seksualno zadovoljstvo u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Procijenjene aritmetičke sredine aspekta svijesti o vlastitoj seksualnosti



Iz slike se vidi da je seksualno zadovoljstvo zdravih podjednako kod žena i muškaraca, međutim u bolesnika sa shizofrenijom seksualno zadovoljnije su žene, a u bolesnika s depresijom seksualno zadovoljniji su muškarci.

4.11. Utjecaj dobi na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Da bi ispitali efekt dobi na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije dobi s pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva i pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja. Ove su analize napravljene posebno za svaku skupinu ispitanika.

Tablica 21. Utjecaj dobi na seksualno iskustvo u bolesnika sa shizofrenijom

Ljestvica seksualnog iskustava		dob
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,084
	korelacije (dvosmjerno)	,410
	Broj	99
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,085
	korelacije (dvosmjerno)	,405
	Broj	98
3. Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,102
	korelacije (dvosmjerno)	,574
	Broj	33
4. Koliko lako postićete orgazam?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,221
	korelacije (dvosmjerno)	,195
	Broj	36
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,236
	korelacije (dvosmjerno)	,180
	Broj	34

U bolesnika sa shizofrenijom dob nije značajno povezana niti s jednim pitanjem Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 22. Utjecaj dobi na seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom

Aspekti seksualnog samopoimanja		dob
seksualna self- shema	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,101
	korelacije (dvosmjerno)	,320
	Broj	99
svijest o vlastitoj seksualnosti	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,209*
	korelacije (dvosmjerno)	,037
	Broj	99
spremnost na seksualnu akciju	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,151
	korelacije (dvosmjerno)	,135
	Broj	99
seksualni avanturizam	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,067
	korelacije (dvosmjerno)	,508
	Broj	99
negativna emocionalnost	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,239*
	korelacije (dvosmjerno)	,017
	Broj	99
seksualna nekompetentnost	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,180
	korelacije (dvosmjerno)	,075
	Broj	99
seksualno zadovoljstvo	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,069
	korelacije (dvosmjerno)	,494
	Broj	99

*. Korelacija je značajna na razini 0.05 (dvosmjerno)

U bolesnika sa shizofrenijom starija životna dob značajno je povezana s manjom svijesti o vlastitoj seksualnosti te s manjom negativnom emocionalnosti.

Tablica 23. Utjecaj dobi na seksualna iskustva u bolesnika s depresijom

Ljestvica seksualnog iskustava		dob
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,172
	korelacije (dvosmjerno)	,100
	Broj	92
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,165
	korelacije (dvosmjerno)	,115
	Broj	92
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,018
	korelacije (dvosmjerno)	,901
	Broj	50
4. Koliko lako postićete orgazam?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,053
	korelacije (dvosmjerno)	,710
	Broj	51
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,112
	korelacije (dvosmjerno)	,432
	Broj	51

U bolesnika sa depresijom dob nije značajno povezana niti s jednim pitanjem Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 24. Utjecaj dobi na seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom

Aspekti seksualnog samopoimanja		dob
seksualna self- shema	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,212*
	korelacije (dvosmjerno)	,037
	Broj	97
svijest o vlastitoj seksualnosti	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,202*
	korelacije (dvosmjerno)	,048
	Broj	97
spremnost na seksualnu akciju	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,111
	korelacije (dvosmjerno)	,278
	Broj	97
seksualni avanturizam	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,208*
	korelacije (dvosmjerno)	,041
	Broj	97
negativna emocionalnost	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,207*
	korelacije (dvosmjerno)	,042
	Broj	97
seksualna nekompetentnost	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,274**
	korelacije (dvosmjerno)	,007
	Broj	97
seksualno zadovoljstvo	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	-,006
	korelacije (dvosmjerno)	,956
	Broj	97

*. Korelacija je značajna na razini 0.05 (dvosmjerno)

** . Korelacija je značajna na razini 0.01 (dvosmjerno)

U bolesnika s depresijom starija dob značajno je povezana s manje izraženom seksualnom self-shemom, manjom svijesti o vlastitoj seksualnosti, nižim seksualnim avanturizmom te s manjom negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti.

Tablica 25. Utjecaj dobi na seksualna iskustva u zdravih ispitanika

Ljestvica seksualnog iskustva		dob
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,362**
	korelacije (dvosmjerno)	,000
	Broj	96
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,283**
	korelacije (dvosmjerno)	,005
	Broj	97
3. Možete li lako postići i održati erekciju – vlaženje vagine	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,153
	korelacije (dvosmjerno)	,194
	Broj	74
4. Koliko lako postizete orgazam?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,334**
	korelacije (dvosmjerno)	,003
	Broj	75
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Značajnost Pearsonovog koeficijenta	,202
	korelacije (dvosmjerno)	,085
	Broj	74

** . Korelacija je značajna na razini 0.01 (dvosmjerno)

U zdravih ispitanika dob je značajno povezana s prvim, drugim i četvrtim pitanjem. Što su ispitanici stariji niži im je spolni nagon, teže se spolno uzbuđuju i teže postižu orgazam.

Tablica 26. Utjecaj dobi na seksualno samopimanje u zdravih ispitanika

Aspekti seksualnog samopimanja		dob
seksualna self- shema	Značajnost Pearsonovog koeficijenta korelacije (dvosmjerno) Broj	-,198* ,048 100
svijest o vlastitoj seksualnosti	Značajnost Pearsonovog koeficijenta korelacije (dvosmjerno) Broj	-,103 ,309 100
spremnost na seksualnu akciju	Značajnost Pearsonovog koeficijenta korelacije (dvosmjerno) Broj	-,288** ,004 100
seksualni avanturizam	Značajnost Pearsonovog koeficijenta korelacije (dvosmjerno) Broj	-,016 ,873 100
negativna emocionalnost	Značajnost Pearsonovog koeficijenta korelacije (dvosmjerno) Broj	,250* ,012 100
seksualna nekompetentnost	Značajnost Pearsonovog koeficijenta korelacije (dvosmjerno) Broj	,377** ,000 100
seksualno zadovoljstvo	Značajnost Pearsonovog koeficijenta korelacije (dvosmjerno) Broj	-,297** ,003 100

*. Korelacija je značajna na razini 0.05 (dvosmjerno)

** . Korelacija je značajna na razini 0.01 (dvosmjerno)

U zdravih ispitanika starija dob značajno je povezana s manje izraženom seksualnom self-shemom, s manjom spremnošću na seksualnu akciju, većom negativnom emocionalnosti većom seksualnom nekompetentnosti i manjim seksualnim zadovoljstvom.

4.12. Utjecaj bračnog stanja na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Tablica 27. Bračno stanje u bolesnika sa shizofrenijom

(Zbog malog broja udovaca i rastavljenih, ove su skupine ispitanika spojene su u jednu kategoriju. Rezultati prikazani kao apsolutni i postotni broj)

Bračno stanje	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Valjano oženjeni/udane	134	44,7	44,7	44,7
neoženjeni/neudane	127	42,3	42,3	87,0
rastavljeni-e/udovci-udovice	39	13,0	13,0	100,0
Ukupno	300	100,0	100,0	

Da bi ispitali utjecaj bračnog stanja na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom najprije su jednosmjernom analizom varijance izračunate razlike na pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva i pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja. Ove su analize napravljene posebno za svaku skupinu ispitanika. (Rezultati prikazani kao multiple korelacije – LSD test)

Tablica 28. Utjecaj bračnog stanja na seksualno iskustvo u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) bračno stanje	(J) bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-,181	,353	,609	-,88	,52
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-1,017	,560	,072	-2,13	,09
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	,181	,353	,609	-,52	,88
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,836	,493	,093	-1,81	,14
rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	1,017	,560	,072	-,09	2,13	
	neoženjeni/neudane	,836	,493	,093	-,14	1,81	
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-,328	,361	,366	-1,05	,39
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,626	,566	,272	-1,75	,50
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	,328	,361	,366	-,39	1,05
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,297	,495	,549	-1,28	,68
rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	,626	,566	,272	-,50	1,75	
	neoženjeni/neudane	,297	,495	,549	-,68	1,28	
3. Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,768	,519	,150	-,29	1,83
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,417	1,076	,701	-2,61	1,78
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-,768	,519	,150	1,83	,29
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-1,184	1,047	,267	-3,32	,95
rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	,417	1,076	,701	-1,78	2,61	
	neoženjeni/neudane	1,184	1,047	,267	-,95	3,32	

4. Koliko lako postizete orgazam?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,766	,529	,157	-,31	1,84	
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,615	1,138	,592	-2,93	1,70	
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane		-,766	,529	,157	-1,84	,31
			rastavljeni-e/udovci- udovice	-1,381	1,108	,222	-3,64	,87
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane		,615	1,138	,592	-1,70	2,93
			neoženjeni/neudane	1,381	1,108	,222	-,87	3,64
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,300	,474	,531	-,67	1,27	
		rastavljeni-e/udovci- udovice	1,000	,991	,321	-1,02	3,02	
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane		-,300	,474	,531	-1,27	,67
			rastavljeni-e/udovci- udovice	,700	,962	,472	-1,26	2,66
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane		-1,000	,991	,321	-3,02	1,02
			neoženjeni/neudane	-,700	,962	,472	-2,66	1,26

Niti na jednom pitanju Ljestvice seksualnog iskustva nije dobivena značajna razlika između ispitanika s različitim bračnim statusom.

Tablica 29a. Utjecaj bračnog stanja na aspekte seksualnog samopoimanja (seksualna self- shema; svijest o vlastitoj seksualnosti; spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I)bračno stanje	(J) bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
seksualna self-shema	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	8,44243	6,41793	,191	-4,2954	21,1802
		rastavljeni-e/udovci-udovice	8,43565	10,17609	,409	-11,7611	28,6324
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-8,44243	6,41793	,191	-21,1802	4,2954
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,00678	8,97042	,999	-17,8106	17,7970
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	-8,43565	10,17609	,409	-28,6324	11,7611
		neoženjeni/neudane	,00678	8,97042	,999	-17,7970	17,8106
svijest o vlastitoj seksualnosti	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	4,70117	6,37834	,463	-7,9581	17,3604
		rastavljeni-e/udovci-udovice	13,02407	10,11333	,201	-7,0481	33,0962
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-4,70117	6,37834	,463	-17,3604	7,9581
		rastavljeni-e/udovci-udovice	8,32290	8,91509	,353	-9,3711	26,0169
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	-13,02407	10,11333	,201	-33,0962	7,0481
		neoženjeni/neudane	-8,32290	8,91509	,353	-26,0169	9,3711
spremnost na seksualnu akciju	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-,88498	6,59575	,894	-13,9757	12,2058
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,90741	10,45804	,931	-19,8489	21,6637
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	,88498	6,59575	,894	-12,2058	13,9757
		rastavljeni-e/udovci-udovice	1,79238	9,21896	,846	-16,5047	20,0895
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	-,90741	10,45804	,931	-21,6637	19,8489
		neoženjeni/neudane	-1,79238	9,21896	,846	-20,0895	16,5047

seksualni avanturizam	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	1,72676	3,54237	,627	-5,3039	8,7574
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-2,91852	5,61669	,605	-14,0661	8,2291
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-1,72676	3,54237	,627	-8,7574	5,3039
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-4,64528	4,95122	,350	-14,4721	5,1815
	rastavljeni-e/udovci	oženjeni/udane	2,91852	5,61669	,605	-8,2291	14,0661
	udovice	neoženjeni/neudane	4,64528	4,95122	,350	-5,1815	14,4721

Tablica 29b. Utjecaj bračnog stanja na aspekte seksualnog samopojmanja (negativna emocionalnost i, seksualna nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo) u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) bračno stanje	(J) Bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
negativna emocionalnost	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-1,96678	5,81043	,736	-13,4989	9,5653
		rastavljeni-e/udovci-udovice	11,70093	9,21286	,207	-6,5841	29,9859
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	1,96678	5,81043	,736	-9,5653	13,4989
		rastavljeni-e/udovci-udovice	13,66771	8,12132	,096	-2,4509	29,7863
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	-11,70093	9,21286	,207	-29,9859	6,5841
		neoženjeni/neudane	-13,66771	8,12132	,096	-29,7863	2,4509
seksualna nekompetentnost	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-4,18331	6,17316	,500	-16,4353	8,0687
		rastavljeni-e/udovci-udovice	8,74611	9,78800	,374	-10,6804	28,1726
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	4,18331	6,17316	,500	-8,0687	16,4353
		rastavljeni-e/udovci-udovice	12,92942	8,62831	,137	-4,1954	30,0542
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	-8,74611	9,78800	,374	-28,1726	10,6804
		neoženjeni/neudane	-12,92942	8,62831	,137	-30,0542	4,1954
seksualno zadovoljstvo	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	12,51352	7,57586	,102	-2,5225	27,5495
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,51778	12,01208	,966	-24,3584	23,3229
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-12,51352	7,57586	,102	-27,5495	2,5525
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-13,03130	10,58888	,221	-34,0473	7,9847
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	,51778	12,01208	,966	-23,3229	24,3584
		neoženjeni/neudane	13,03130	10,58888	,221	-7,9847	34,0473

Bračni status ne utječe na seksualno samopoimanje. Na niti jednoj skali seksualnog samopoimanja nije dobivena značajna razlika između ispitanika s različitim bračnim statusom.

Tablica 30. Utjecaj bračnog stanja na seksualno iskustvo u bolesnika s depresijom

(Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I)bračno stanje	(J) bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J))	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,100	,436	,819	-,77	,97
		rastavljeni-e/udovci- udovice	,195	,290	,503	-,38	,77
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-,100	,436	,819	-,97	,77
		rastavljeni-e/udovci- udovice	,095	,490	,846	-,88	1,07
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	-,195	,290	,503	-,77	,38
		neoženjeni/neudane	-,095	,490	,846	-1,07	,88
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,412	,459	,371	-,50	1,32
		rastavljeni-e/udovci- udovice	,127	,313	,686	-,49	,75
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-,412	,459	,371	-1,32	,50
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,286	,520	,584	-1,32	,75
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	-,127	,313	,686	-,75	,49
		neoženjeni/neudane	,286	,520	,584	-,75	1,32
3. Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-,308	1,040	,769	-2,40	1,78
		rastavljeni-e/udovci- udovice	,056	,490	,910	-,93	1,04
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	,308	1,040	,769	-1,78	2,40
		rastavljeni-e/udovci- udovice	,364	1,103	,743	-1,85	2,58
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	-,056	,490	,910	-1,04	,93
		neoženjeni/neudane	-,364	1,103	,743	-2,58	1,85

4. Koliko lako postizete orgazam?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,487	,631	,443	-,78	1,75	
		rastavljeni-e/udovci-udovice	,336	,359	,355	-,39	1,06	
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane		-487	,631	,443	-1,75	,78
			rastavljeni-e/udovci-udovice	-,152	,685	,826	-1,53	1,23
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane		-,336	,359	,355	-1,06	,39
			neoženjeni/neudane	,152	,685	,826	-1,23	1,53
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,231	,821	,780	-1,42	1,88	
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,254	,468	,589	-1,19	,69	
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane		-,231	,821	,780	-1,88	1,42
			rastavljeni-e/udovci-udovice	-,485	,893	,589	-2,28	1,31
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane		,254	,468	,589	-,69	1,19
			neoženjeni/neudane	,485	,893	,589	-1,31	2,28

Bračno stanje ne utječe na seksualno iskustvo. Naime, niti na jednom pitanju nije dobivena značajna razlika između ispitanika s različitim bračnim statusom.

Tablica 31a. Utjecaj bračnog stanja na aspekte seksualnog samopoimanja (seksualna self- shema; svijest o vlastitoj seksualnosti; spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I)bračno stanje	(J) Bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
seksualna self- shema	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-8,32014	7,11001	,245	-22,4315	5,7913
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-3,64094	4,62425	,433	-12,8188	5,5369
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	8,32014	7,11001	,245	-5,7913	22,4315
		rastavljeni-e/udovci-udovice	4,67920	7,94974	,557	-11,0988	20,4572
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	3,64094	4,62425	,433	-5,5369	12,8188
		neoženjeni/neudane	-4,67920	7,94974	,557	-20,4572	11,0988
svijest o vlastitoj seksualnosti	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-13,31274	8,52773	,122	-30,2379	3,6124
		rastavljeni-e/udovci-udovice	,90280	5,54631	,871	-10,1051	11,9107
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	13,31274	8,52773	,122	-3,6124	30,2379
		rastavljeni-e/udovci-udovice	14,21554	9,53491	,139	-4,7086	33,1397
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	-,90280	5,54631	,871	-11,9107	10,1051
		neoženjeni/neudane	-14,21554	9,53491	,139	-33,1397	4,7086
spremnost na seksualnu akciju	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-5,27349	8,98466	,559	-23,1056	12,5586
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-14,00782*	5,84350	,018	-25,6055	-2,4101
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	5,27349	8,98466	,559	-12,5586	23,1056
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-8,73434	10,04581	,387	-28,6725	11,2038
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	14,00782*	5,84350	,018	2,4101	25,6055
		neoženjeni/neudane	8,73434	10,04581	,387	-11,2038	28,6725

seksualni avanturizam	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-8,17417*	4,08951	,048	-16,2907	-,0576
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-4,01628	2,65976	,134	-9,2952	1,2626
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	8,17417*	4,08951	,048	,0576	16,2907
		rastavljeni-e/udovci- udovice	4,15789	4,57251	,365	-4,9173	13,2331
	rastavljeni-e/udovci	oženjeni/udane	4,01628	2,65976	,134	-1,2626	9,2952
	udovice	neoženjeni/neudane	-4,15789	4,57251	,365	-13,2331	4,9173

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Naknadne usporedbe između pojedinih parova skupina pokazuju da rastavljeni/udovci postižu značajno veće rezultate na skali spremnosti za seksualnu akciju, nego oženjeni/udane. Neoženjeni/neudane postižu značajno više rezultate na skali seksualnog avanturitma nego oženjeni/udane.

Tablica 31b. Utjecaj bračnog stanja na aspekte seksualnog samopoimanja (negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo) u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) bračno stanje	(J) Bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J))	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
negativna emocionalnost	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-11,72571	10,27930	,257	-32,1273	8,6759
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-3,56656	6,68551	,595	-16,8354	9,7023
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	11,72571	10,27930	,257	-8,6759	32,1273
		rastavljeni-e/udovci-udovice	8,15915	11,49335	,479	-14,6520	30,9703
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	3,56656	6,68551	,595	-9,7023	16,835
	udovice	neoženjeni/neudane	-8,15915	11,49335	,479	-30,9703	14,6520
seksualna nekompetentnost	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-15,37220	9,95036	,126	-35,1209	4,3765
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,38649	6,47157	,953	-13,2308	12,4578
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	15,37220	9,95036	,126	-4,3765	35,1209
		rastavljeni-e/udovci-udovice	14,98571	11,12556	,181	-7,0954	37,0669
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	,38649	6,47157	,953	-12,4578	13,2308
	udovice	neoženjeni/neudane	-14,98571	11,12556	,181	-37,0669	7,0954
seksualno zadovoljstvo	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	8,51467	12,04617	,481	-15,3936	32,4230
		rastavljeni-e/udovci-udovice	4,97482	7,83466	,527	-10,5748	20,5245
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-8,51467	12,04617	,481	-32,4230	15,3936
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-3,53985	13,46890	,793	-30,2719	23,1922
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane	-4,97482	7,83466	,527	-20,5245	10,5748
	udovice	neoženjeni/neudane	3,53985	13,46890	,793	-23,1922	30,2719

Bračni status ne utječe na negativnu emocionalnost, seksualnu nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo.

Tablica 32. Utjecaj bračnog stanja na seksualno iskustvo u zdravih ispitanika

(Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) bračno stanje	(J) Bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,499*	,219	,025	,06	,93
		rastavljeni-e/udovci- udovice	,279	,358	,437	-,43	,99
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-,499*	,219	,025	-,93	-,06
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,219	,352	,535	-,92	-,48
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,151	,183	,414	-,21	,51
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,175	,302	,563	-,77	,42
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-,151	,183	,414	-,51	,21
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,326	,297	,276	-,92	,26
3. Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-,072	,206	,728	-,48	,34
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,091	,376	,810	-,84	,66
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	,072	,206	,728	-,34	,48
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,019	,374	,960	-,77	,73
rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	,091	,376	,810	-,66	,84	
	neoženjeni/neudane	,019	,374	,960	-,73	,77	

4. Koliko lako postizete orgazam?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,120	,218	,582	-,31	,55	
		rastavljeni-e/udovci-udovice	-,108	,374	,773	-,85	,64	
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane		-,120	,218	,582	-,55	,31
			rastavljeni-e/udovci-udovice	-,229	,372	,541	-,97	,51
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane		,108	,374	,773	-,64	,85
			neoženjeni/neudane	,229	,372	,541	-,51	,97
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	,173	,158	,277	-,14	,49	
		rastavljeni-e/udovci-udovice	,197	,289	,498	-,38	,77	
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane		-,173	,158	,277	-,49	,14
			rastavljeni-e/udovci-udovice	,024	,288	,934	-,55	,60
	rastavljeni-e/udovci-udovice	oženjeni/udane		-,197	,289	,498	-,77	,38
			neoženjeni/neudane	-,024	,288	,934	-,60	,55

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

U zdravih ispitanika neoženjeni/neudane imaju značajno jači spolni nagon nego oženjeni/udane.

Tablica 33a. Utjecaj bračnog stanja na aspekte seksualnog samopoimanja (seksualna self - shema; svijest o vlastitoj seksualnosti; spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I)bračno stanje	(J) Bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J))	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
seksualna self- shema	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-6,73342	3,59742	,064	-13,8733	,4065
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-4,69508	5,74756	,416	-16,1024	6,7122
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	6,73342	3,59742	,064	-,4065	13,8733
		rastavljeni-e/udovci- udovice	2,03834	5,63256	,718	-9,1407	13,2174
rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	4,69508	5,74756	,416	-6,7122	16,1024	
	neoženjeni/neudane	-2,03834	5,63256	,718	-13,2174	9,1407	
svijest o vlastitoj seksualnosti	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-9,06386*	3,97989	,025	-16,9628	-1,1649
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-4,73826	6,35862	,458	-17,3584	7,8818
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	9,06386*	3,97989	,025	1,1649	16,9628
		rastavljeni-e/udovci- udovice	4,32560	6,23139	,489	-8,0420	16,6932
rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	4,73826	6,35862	,458	-7,8818	17,3584	
	neoženjeni/neudane	-4,32560	6,23139	,489	-16,6932	8,0420	
spremnost na seksualnu akciju	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-15,58741*	6,01690	,011	-27,5293	-3,6455
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-12,47424	9,61313	,197	-31,5536	6,6052
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	15,58741*	6,01690	,011	3,6455	27,5293
		rastavljeni-e/udovci- udovice	3,11317	9,42079	,742	-15,5845	21,8108
rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	12,47424	9,61313	,197	-6,6052	31,5536	
	neoženjeni/neudane	-3,11317	9,42079	,742	-21,8108	15,5845	

seksualni avanturizam	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-6,42800	3,42831	,064	-13,2323	,3762
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-6,93182	5,47737	,209	-17,8029	3,9393
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	6,42800	3,42831	,064	-,3762	13,2323
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-,50381	5,36778	,925	-11,1574	10,1497
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	6,93182	5,47737	,209	-3,9393	17,8029
		neoženjeni/neudane	,50381	5,36778	,925	-10,1497	11,1574

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Neoženjeni/neudane postižu značajno više rezultate na skali svijesti o vlastitoj seksualnosti i na skali spremnosti na seksualnu akciju nego oženjeni/udane.

Tablica 33b. Utjecaj bračnog stanja na aspekte seksualnog samopoimanja (negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo) u zdravih ispitanika

(Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) bračno stanje	(J) Bračno stanje	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J))	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
negativna emocionalnost	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	1,25383	3,40642	,714	-5,5070	8,0146
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-12,86553*	5,44239	,020	-23,6672	-2,0639
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-1,25383	3,40642	,714	-8,0146	5,5070
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-14,11936*	5,33350	,009	-24,7049	-3,5338
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	12,86553*	5,44239	,020	2,0639	23,6672
		neoženjeni/neudane	14,11936*	5,33350	,009	3,5338	24,7049
seksualna nekompetentnost	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	4,74648	2,94934	,111	-1,1071	10,6001
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-4,62068	4,71212	,329	-13,9729	4,7316
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	-4,74648	2,94934	,111	-10,6001	1,1071
		rastavljeni-e/udovci- udovice	-9,36716*	4,61784	,045	-18,5323	-,2020
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	4,62068	4,71212	,329	-4,7316	13,9729
		neoženjeni/neudane	9,36716*	4,61784	,045	,2020	18,5323
seksualno zadovoljstvo	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	-4,34571	4,24297	,308	-12,7668	4,0754
		rastavljeni-e/udovci- udovice	7,70364	6,77893	,259	-5,7507	21,1579
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	4,34571	4,24297	,308	-4,0754	12,7668
		rastavljeni-e/udovci- udovice	12,04935	6,64330	,073	-1,1358	25,2345
	rastavljeni-e/udovci udovice	oženjeni/udane	-7,70364	6,77893	,259	-21,1579	5,7507
		neoženjeni/neudane	-12,04935	6,64330	,073	-25,2345	1,1358

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Rastavljeni i udovci/udovice postižu više rezultate na negativnoj emocionalnosti nego preostale dvije skupine ispitanika te više rezultate na skali seksualne nekompetentnosti nego neoženjeni/neudane.

4.13. Utjecaj stručne spreme na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Da bi ispitali utjecaj stručne spreme na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, najprije su jednosmjernom analizom varijance izračunate razlike na pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva i pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja. Ove su analize napravljene posebno za svaku grupu ispitanika.

Tablica 34. Utjecaj stručne sprema na seksualno iskustvo u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	NKV, KV	SSS	,116	,405	,776	-,69	,92
		VSS	,525	,463	,259	-,39	1,44
	SSS	NKV, KV	-116	,405	,776	-,92	,69
		VSS	,409	,339	,230	-,26	1,08
	VSS	NKV, KV	-,525	,463	,259	-1,44	,39
		SSS	-,409	,339	,230	-1,08	,26
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	NKV, KV	SSS	,133	,400	,740	-,66	,93
		VSS	,675	,456	,142	-,23	1,58
	SSS	NKV, KV	-,133	,400	,740	-,93	,66
		VSS	,542	,335	,109	-,12	1,21
	VSS	NKV, KV	-,675	,456	,142	-1,58	,23
		SSS	-,542	,335	,109	-1,21	,12
3. Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?	NKV, KV	SSS	-1,036	,649	,121	-2,36	,29
		VSS	-,917	,914	,324	-2,78	,95
	SSS	NKV, KV	1,036	,649	,121	-,29	2,36
		VSS	,120	,767	,877	-1,45	1,69
	VSS	NKV, KV	,917	,914	,324	-,95	2,78
		SSS	-,120	,767	,877	-1,69	1,45
4. Koliko lako postizete orgazam?	NKV, KV	SSS	,083	,671	,902	-1,28	1,45
		VSS	-,200	,915	,828	-2,06	1,66
	SSS	NKV, KV	-,083	,671	,902	-1,45	1,28
		VSS	-,283	,768	,715	-1,85	1,28
	VSS	NKV, KV	,200	,915	,828	-1,66	2,06
		SSS	,283	,768	,715	-1,28	1,85

5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	NKV, KV	SSS	-,104	,572	,857	-1,27	1,06
		VSS	,114	,772	,883	-1,46	1,69
	SSS	NKV, KV	,104	,572	,857	-1,06	1,27
		VSS	,218	,653	,741	-1,11	1,55
	VSS	NKV, KV	-,114	,772	,883	-1,69	1,46
	SSS	-,218	,653	,741	-1,55	1,11	

Niti na jednom pitanju nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne spreme.

Tablica 35a. Utjecaj stručne sprema na aspekte seksualnog samopoimanja (seksualna self- shema; svijest o vlastitoj seksualnosti; spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika među aritmetičkim sredinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti		
						Donja granica	Gornja granica	
seksualna self-shema	NKV, KV	SSS	-,48807	7,37293	,947	-15,1213	14,1452	
		VSS	-,38333	8,42025	,964	-17,0952	16,3285	
	SSS	NKV, KV	,48807	7,37293	,947	-14,1452	15,1213	
		VSS	,10474	6,16429	,986	-12,1297	12,3391	
	VSS	NKV, KV	,38333	8,42025	,964	-16,3285	17,0952	
		SSS	-,10474	6,16429	,986	-12,3391	12,1297	
	svijest o vlastitoj seksualnosti	NKV, KV	SSS	-,98179	7,31592	,894	-15,5019	13,5383
			VSS	1,81944	8,35515	,828	-14,7632	18,4021
SSS		NKV, KV	,98179	7,31592	,894	-13,5383	15,5019	
		VSS	2,80123	6,11663	,648	-9,3386	14,9410	
VSS		NKV, KV	-1,81944	8,35515	,828	-18,4021	14,7632	
		SSS	-2,80123	6,11663	,648	-14,9410	9,3386	
spremnost na seksualnu akciju		NKV, KV	SSS	1,68124	7,46785	,822	-13,1404	16,5029
			VSS	-4,93056	8,52865	,565	-21,8576	11,9965
	SSS	NKV, KV	-1,68124	7,46785	,822	-16,5029	13,1404	
		VSS	-6,61179	6,24365	,292	-19,0037	5,7801	
	VSS	NKV, KV	4,93056	8,52865	,565	-11,9965	21,8576	
		SSS	6,61179	6,24365	,292	-5,7801	19,0037	
	seksualni avanturizam	NKV, KV	SSS	-3,15993	4,02922	,435	-11,1568	4,8370
			VSS	-,08426	4,60157	,985	-9,2171	9,0486
SSS		NKV, KV	3,15993	4,02922	,435	-4,8370	11,1568	
		VSS	3,07567	3,36871	,364	-3,6103	9,7616	
VSS		NKV, KV	,08426	4,60157	,985	-9,0486	9,2171	
		SSS	-3,07567	3,36871	,364	-9,7616	3,6103	

Niti na jednoj analiziranoj skali seksualnog samopoimanja nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne spreme.

Tablica 35b. Utjecaj stručne sprema na aspekte seksualnog samopoimanja (negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo) u bolesnika sa shizofrenijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Donja granica
negativna emocionalnost	NKV, KV	SSS	-5,11293	6,67640	,446	-18,3637	8,1379
		VSS	-,57639	7,62477	,940	-15,7095	14,5567
	SSS	NKV, KV	5,11293	6,67640	,446	-8,1379	18,3637
		VSS	4,53654	5,58193	,418	-6,5421	15,6151
	VSS	NKV, KV	,57639	7,62477	,940	-14,5567	15,7095
		SSS	-4,53654	5,58193	,418	-15,6151	6,5421
seksualna nekompetentnost	NKV, KV	SSS	-3,50623	7,10643	,623	-17,6105	10,5981
		VSS	-3,58000	8,11589	,660	-19,6878	12,5278
	SSS	NKV, KV	3,50623	7,10643	,623	-10,5981	17,6105
		VSS	-,07377	5,94147	,990	-11,8659	11,7184
	VSS	NKV, KV	3,58000	8,11589	,660	-12,5278	19,6878
		SSS	,07377	5,94147	,990	-11,7184	11,8659
seksualno zadovoljstvo	NKV, KV	SSS	10,11781	8,67928	,247	-7,1082	27,3438
		VSS	,80333	9,91217	,936	-18,8696	20,4762
	SSS	NKV, KV	-10,11781	8,67928	,247	-27,3438	7,1082
		VSS	-9,31448	7,25649	,202	-23,7166	5,0876
	VSS	NKV, KV	-,80333	9,91217	,936	-20,4762	18,8696
		SSS	9,31448	7,25649	,202	-5,0876	23,7166

Niti na jednoj analiziranoj skali seksualnog samopoimanja nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne sprema.

Tablica 36. Utjecaj stručne sprema na seksualno iskustvo u bolesnika s depresijom

(Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema (J) stručna sprema		Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti		
						Donja granica	Gornja granica	
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	NKV, KV	SSS	,354	,269	,192	-,18	,89	
		VSS	,533	,354	,136	-,17	1,24	
	SSS	NKV, KV	-,354	,269	,192	-,89	,18	
		VSS	,179	,308	,564	-,43	,79	
	VSS	NKV, KV	-,533	,354	,136	-1,24	,17	
		SSS	-,179	,308	,564	-,79	,43	
	2. Koliko lako se spolno uzbudite?	NKV, KV	SSS	,312	,285	,276	-,25	,88
			VSS	,535	,374	,156	-21	1,28
SSS		NKV, KV	-,312	,285	,276	-,88	,25	
		VSS	,223	,326	,495	-,42	,87	
VSS		NKV, KV	-,535	,374	,156	-1,28	,21	
		SSS	-,223	,326	,495	-,87	,42	
3. Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?		NKV, KV	SSS	,444	,458	,336	-,48	1,36
			VSS	,400	,580	,494	-,77	1,57
	SSS	NKV, KV	-,444	,458	,336	-1,36	,48	
		VSS	-,044	,526	,933	-1,10	1,01	
	VSS	NKV, KV	-,400	,580	,494	-1,57	,77	
		SSS	,044	,526	,933	-1,01	1,10	
	4. Koliko lako postizete orgazam?	NKV, KV	SSS	,219	,339	,521	-,46	,90
			VSS	,619	,447	,172	-,28	1,52
SSS		NKV, KV	-,219	,339	,521	-,90	,46	
		VSS	,400	,398	,319	-,40	1,20	
VSS		NKV, KV	-,619	,447	,172	-1,52	,28	
		SSS	-,400	,398	,319	-1,20	,40	

5. Jesu li vaši orgazmi	NKV, KV	SSS	1,057*	,411	,013	,23	1,88
		VSS	,889	,544	,109	-,20	1,98
zadovoljavajući?	SSS	NKV, KV	-1,057*	,411	,013	-1,88	-,23
		VSS	-,169	,493	,734	-1,16	,82
	VSS	NKV, KV	-,889	,544	,109	-1,98	,20
		SSS	,169	,493	,734	-,82	1,16

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Naknadne usporedbe između pojedinih parova skupina s obzirom na stručnu spremu pokazuju da su ispitanici sa srednjom stručnom spremom zadovoljniji svojim orgazmima nego ispitanici koji su niskokvalificirani/ kvalificirani.

Tablica 37a. Utjecaj stručne sprema na aspekte seksualnog samopoimanja (seksualna self- shema; svijest o vlastitoj seksualnosti; spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
seksualna self-shema	NKV, KV	SSS	-4,13503	4,25644	,334	-12,5829	4,3128
		VSS	-10,49167	5,71038	,069	-21,8252	,8419
	SSS	NKV, KV	4,13503	4,25644	,334	-4,3128	12,5829
		VSS	-6,35664	5,02745	,209	-16,3347	3,6215
	VSS	NKV, KV	10,49167	5,71038	,069	-,8419	21,8252
		SSS	6,35664	5,02745	,209	-3,6215	16,3347
svijest o vlastitoj seksualnosti	NKV, KV	SSS	-6,73480	5,15091	,194	-16,9579	3,4883
		VSS	-9,62375	6,91039	,167	-23,3390	4,0915
	SSS	NKV, KV	6,73480	5,15091	,194	-3,4883	16,9579
		VSS	-2,88895	6,08394	,636	-14,9639	9,1860
	VSS	NKV, KV	9,62375	6,91039	,167	-4,0915	23,3390
		SSS	2,88895	6,08394	,636	-9,1860	14,9639
spremnost na seksualnu akciju	NKV, KV	SSS	-7,65785	5,42554	,161	-18,4260	3,1103
		VSS	-17,30333*	7,27882	,019	-31,7498	-2,8569
	SSS	NKV, KV	7,65785	5,42554	,161	-3,1103	18,4260
		VSS	-9,64548	6,40832	,136	-22,3642	3,0733
	VSS	NKV, KV	17,30333*	7,27882	,019	2,8569	31,7498
		SSS	9,64548	6,40832	,136	-3,0733	22,3642
seksualni avanturizam	NKV, KV	SSS	2,99458	2,47439	,229	-1,9164	7,9056
		VSS	-3,24389	3,31960	,331	-9,8324	3,3446
	SSS	NKV, KV	-2,99458	2,47439	,229	-7,9056	1,9164
		VSS	-6,23847*	2,92260	,035	-12,0390	-,4379
	VSS	NKV, KV	3,24389	3,31960	,331	-3,3446	9,8324
		SSS	6,23847*	2,92260	,035	-,4379	12,0390

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Naknadne usporedbe pokazuju da ispitanici s visokom stručnom spremom imaju značajno višu spremnost na seksualnu akciju nego oni niskokvalificirani/kvalificirani te da ispitanici s visokom stručnom spremom imaju značajno viši seksualni avanturizam nego osobe sa srednjom stručnom spremom.

Tablica 37b. Utjecaj stručne sprema na aspekte seksualnog samopoimanja (negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo) u bolesnika s depresijom (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
negativna emocionalnost	NKV, KV	SSS	6,34090	6,21418	,310	-5,9925	18,6743
		VSS	2,61271	8,33685	,755	-13,9336	19,1590
	SSS	NKV, KV	-6,34090	6,21418	,310	-18,6743	5,9925
		VSS	-3,72820	7,33981	,613	-18,2957	10,8393
	VSS	NKV, KV	-2,61271	8,33685	,755	-19,1590	13,9336
		SSS	3,72820	7,33981	,613	-10,8393	18,2957
seksualna nekompetentnost	NKV, KV	SSS	4,85356	6,03508	,423	-7,1244	16,8315
		VSS	9,45875	8,09658	,246	-6,6107	25,5282
	SSS	NKV, KV	-4,85356	6,03508	,423	-16,8315	7,1244
		VSS	4,60519	7,12827	,520	-9,5425	18,7528
	VSS	NKV, KV	-9,45875	8,09658	,246	-25,5282	6,6107
		SSS	-4,60519	7,12827	,520	-18,7528	9,5425
seksualno zadovoljstvo	NKV, KV	SSS	-7,56271	7,24216	,299	-21,9364	6,8110
		VSS	-10,87500	9,71598	,266	-30,1585	8,4085
	SSS	NKV, KV	7,56271	7,24216	,299	-6,8110	21,9364
		VSS	-3,31229	8,55400	,699	-20,2896	13,6650
	VSS	NKV, KV	10,87500	9,71598	,266	-8,4085	30,1585
		SSS	3,31229	8,55400	,699	-13,6650	20,2896

Niti na jednoj analiziranoj skali seksualnog samopoimanja nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne sprema.

Tablica 38. Utjecaj stručne sprema na seksualno iskustvo u zdravih ispitanika

(Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika	Standardna	Značajnost	95% Interval sigurnosti		
			među aritmetičkim cjelinama (I-J)			pogreška	Donja granica	Gornja granica
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	NKV, KV	SSS	,197	,367	,396	-,53	,93	
		VSS	-,115	,398	,772	-,90	,67	
	SSS	NKV, KV	-,197	,367	,593	-,93	,53	
		VSS	-,312	,241	,198	-,79	,17	
	VSS	NKV, KV	,115	,398	,772	-,67	,90	
		SSS	,312	,241	,198	-,17	,79	
	2. Koliko lako se spolno uzbudite?	NKV, KV	SSS	,361	,305	,239	-,24	,97
			VSS	,370	,328	,262	-,28	1,02
SSS		NKV, KV	-,361	,305	,239	-,97	,24	
		VSS	,010	,197	,961	-,38	,40	
VSS		NKV, KV	-,370	,328	,262	-1,02	,28	
		SSS	-,010	,197	,961	-,40	,38	
3. Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?		NKV, KV	SSS	,390	,364	,287	-,34	1,12
			VSS	,476	,388	,224	-,30	1,25
	SSS	NKV, KV	-,390	,364	,287	-1,12	,34	
		VSS	,086	,220	,697	-,35	,53	
	VSS	NKV, KV	-,476	,388	,224	-1,25	,30	
		SSS	-,086	,220	,697	-,53	,35	
	4. Koliko lako postizete orgazam?	NKV, KV	SSS	,280	,389	,474	-,50	1,06
			VSS	,333	,413	,422	-,49	1,16
SSS		NKV, KV	-,280	,389	,474	-1,06	,50	
		VSS	,053	,232	,819	-,41	,52	
VSS		NKV, KV	-,333	,413	,422	-1,16	,49	
		SSS	-,053	,232	,819	-,52	,41	

5. Jesu li vaši orgazmi	NKV, KV	SSS	,000	,281	1,000	-,56	,56
		VSS	,238	,300	,430	-,36	,84
zadovoljavajući?	SSS	NKV, KV	,000	,281	1,000	-,56	,56
		VSS	,238	,170	,166	-,10	,58
	VSS	NKV, KV	-,238	,300	,430	-,84	,36
		SSS	-,238	,170	,166	-,58	,10

Niti na jednom pitanju nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne spreme.

Tablica 39a. Utjecaj stručne sprema na aspekte seksualnog samopoimanja (seksualna self- shema; svijest o vlastitoj seksualnosti; spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam) u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti		
						Donja granica	Gornja granica	
seksualna self-shema	NKV, KV	SSS	-7,79497	6,05230	,201	-19,8071	4,2172	
		VSS	-3,71991	6,50798	,569	-16,6365	9,1966	
	SSS	NKV, KV	7,79497	6,05230	,201	-4,2172	19,8071	
		VSS	4,07507	3,85760	,293	-3,5812	11,7313	
	VSS	NKV, KV	3,71991	6,50798	,569	-9,1966	16,6365	
		SSS	-4,07507	3,85760	,293	-11,7313	3,5812	
	svijest o vlastitoj seksualnosti	NKV, KV	SSS	-2,27513	6,72660	,736	-15,6256	11,0753
			VSS	-9,17989	7,23305	,207	-23,5355	5,1757
SSS		NKV, KV	2,27513	6,72660	,736	-11,0753	15,6256	
		VSS	-6,90476	4,28738	,111	-15,4140	1,6045	
VSS		NKV, KV	9,17989	7,23305	,207	-5,1757	23,5355	
		SSS	6,90476	4,28738	,111	-1,6045	15,4140	
spremnost na seksualnu akciju		NKV, KV	SSS	,64550	10,35810	,950	-19,9125	21,2035
			VSS	7,15608	11,13796	,522	-14,9497	29,2619
	SSS	NKV, KV	-,64550	10,35810	,950	-21,2035	19,9125	
		VSS	6,51058	6,60202	,327	-6,5926	19,6138	
	VSS	NKV, KV	-7,15608	11,13796	,522	-29,2619	14,9497	
		SSS	-6,51058	6,60202	,327	-19,6138	6,5926	
	seksualni avanturizam	NKV, KV	SSS	-,02116	5,83913	,997	-11,6102	11,5679
			VSS	-2,07496	6,27876	,742	-14,5366	10,3866
SSS		NKV, KV	,02116	5,83913	,997	-11,5679	11,6102	
		VSS	-2,05379	3,72173	,582	-9,4404	5,3328	
VSS		NKV, KV	2,07496	6,27876	,742	-10,3866	14,5366	
		SSS	2,05379	3,72173	,582	-5,3328	9,4404	

Niti na jednoj analiziranoj skali seksualnog samopoimanja nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne spreme.

Tablica 39b. Utjecaj stručne sprema na aspekte seksualnog samopoimanja (negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo) u zdravih ispitanika (Rezultati prikazani kao multiple korelacije - LSD test)

Zavisna varijabla	(I) stručna sprema	(J) stručna sprema	Razlika među aritmetičkim cjelinama (I-J)	Standardna pogreška	Značajnost	95% Interval sigurnosti	
						Donja granica	Gornja granica
negativna emocionalnost	NKV, KV	SSS	,92328	5,89471	,876	-10,7761	12,6226
		VSS	2,69312	6,33852	,672	-9,8871	15,2733
	SSS	NKV, KV	-,92328	5,89471	,876	-12,6223	10,7761
		VSS	1,76984	3,75715	,639	-5,6871	9,2268
	VSS	NKV, KV	-2,69312	6,33852	,672	-15,2733	9,8871
		SSS	-1,76984	3,75715	,639	-9,2268	5,6871
seksualna nekompetentnost	NKV, KV	SSS	4,38571	5,04284	,387	-5,6229	14,3943
		VSS	4,64802	5,42251	,393	-6,1142	15,4102
	SSS	NKV, KV	-4,38571	5,04284	,387	-14,3943	5,6229
		VSS	,26230	3,21419	,935	-6,1170	6,6416
	VSS	NKV, KV	-4,64802	5,42251	,393	-15,4102	6,1142
		SSS	-,26230	3,21419	,935	-6,6416	6,1170
seksualno zadovoljstvo	NKV, KV	SSS	-20,63810*	6,90679	,004	-34,3462	-6,9300
		VSS	-16,10317*	7,54680	,033	-30,8433	-1,3630
	SSS	NKV, KV	20,63810*	6,90679	,004	6,9300	34,3462
		VSS	4,53492	4,40223	,306	-4,2023	13,2721
	VSS	NKV, KV	16,10317*	7,42680	,033	1,3630	30,8433
		SSS	-4,53492	4,40223	,306	-13,2721	4,2023

*. Značajna razlika među aritmetičkim sredinama na razini od 0.05

Naknadne usporedbe pokazuju da ispitanici sa srednjom stručnom spremom i visokom stručnom spremom imaju značajno više seksualno zadovoljstvo nego oni s niskom kvalifikacijom/kvalifikacijom.

4.14. Utjecaj broja hospitalizacija na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom

Da bi ispitali utjecaj broja hospitalizacija na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije broja hospitalizacija s pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva i pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja. Ove su analize napravljene posebno bolesnike sa shizofrenijom i depresijom.

Tablica 40. Utjecaj broja hospitalizacija na seksualna iskustva u bolesnika sa shizofrenijom

		Broj hospitalizacija
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Pearsonov	,074
	koeficijent korelacije	,474
	Broj	97
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Pearsonov	,038
	koeficijent korelacije	,714
	Broj	96
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Pearsonov	-,102
	koeficijent korelacije	,578
	Broj	32
4. Koliko lako postizete orgazam?	Pearsonov	,032
	koeficijent korelacije	,854
	Broj	35
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Pearsonov	,012
	koeficijent korelacije	,946
	Broj	33

Kod bolesnika sa shizofrenijom broj hospitalizacija nije značajno povezan niti s jednim pitanjem Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 41. Utjecaj broja hospitalizacija na seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom

		Broj hospitalizacija
seksualna self-shema	Pearsonov	-,072
	koeficijent korelacije	,483
	Broj	97
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,160
	koeficijent korelacije	,116
	Broj	97
spremnost za seksualnu akciju	Pearsonov	,092
	koeficijent korelacije	,373
	Broj	97
seksualni avanturizam	Pearsonov	,060
	koeficijent korelacije	,557
	Broj	97
negativna emocionalnost	Pearsonov	,038
	koeficijent korelacije	,715
	Broj	97
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	,054
	koeficijent korelacije	,598
	Broj	97
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	-,120
	koeficijent korelacije	,240
	Broj	97

Kod bolesnika sa shizofrenijom broj hospitalizacija nije značajno povezan niti s jednom skalom seksualnog samopoimanja.

Tablica 42. Utjecaj broja hospitalizacija na seksualno iskustvo u bolesnika s depresijom

		Broj hospitalizacija
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Pearsonov	,095
	koeficijent korelacije	,364
	Broj	93
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Pearsonov	,118
	koeficijent korelacije	,258
	Broj	93
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Pearsonov	,137
	koeficijent korelacije	,338
	Broj	51
4. Koliko lako postićete orgazam?	Pearsonov	,190
	koeficijent korelacije	,182
	Broj	51
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Pearsonov	,139
	koeficijent korelacije	,330
	Broj	51

Kod bolesnika s depresijom broj hospitalizacija nije značajno povezan niti s jednim pitanjem Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 43. Utjecaj broja hospitalizacija na seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom

		Broj hospitalizacija
seksualna self-shema	Pearsonov	-,057
	koeficijent korelacije	,576
	Broj	98
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,121
	koeficijent korelacije	,235
	Broj	98
spremnost za seksualnu akciju	Pearsonov	,020
	koeficijent korelacije	,842
	Broj	98
seksualni avanturizam	Pearsonov	-,032
	koeficijent korelacije	,751
	Broj	98
negativna emocionalnost	Pearsonov	-,139
	koeficijent korelacije	,174
	Broj	98
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	-,145
	koeficijent korelacije	,155
	Broj	98
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	-,042
	koeficijent korelacije	,682
	Broj	98

Kod depresivnih bolesnika broj hospitalizacija nije značajno povezan niti s jednom skalom seksualnog samopoimanja.

4.15. Utjecaj dužine liječenja na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom

Da bi ispitali efekt dužine liječenja na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije dužine liječenja s pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva i pojedinim aspektima seksualnog samopoimanja. Ove su analize napravljene posebno bolesnike sa shizofrenijom i depresijom.

Tablica 44. Utjecaj dužine liječenja na seksualna iskustva u bolesnika sa shizofrenijom

		Dužina liječenja (godine)
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Pearsonov	,155
	koeficijent korelacije	,128
	Broj	98
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Pearsonov	,174
	koeficijent korelacije	,088
	Broj	97
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Pearsonov	,178
	koeficijent korelacije	,322
	Broj	33
4. Koliko lako postizete orgazam?	Pearsonov	,308
	koeficijent korelacije	,068
	Broj	36
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Pearsonov	,286
	koeficijent korelacije	,101
	Broj	34

Kod bolesnika sa shizofrenijom dužina liječenja nije značajno povezana niti s jednim pitanjem Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 45. Utjecaj dužine liječenja na seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom

		Dužina liječenja (godine)
seksualna self-shema	Pearsonov	,017
	koeficijent korelacije	,871
	Broj	98
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,121
	koeficijent korelacije	,237
	Broj	98
spremnost za seksualnu akciju	Pearsonov	-,086
	koeficijent korelacije	,398
	Broj	98
seksualni avanturizam	Pearsonov	,018
	koeficijent korelacije	,860
	Broj	98
negativna emocionalnost	Pearsonov	-,037
	koeficijent korelacije	,716
	Broj	98
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	,033
	koeficijent korelacije	,743
	Broj	98
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	,010
	koeficijent korelacije	,924
	Broj	98

U shizofrenih bolesnika dužina liječenja nije značajno povezana niti s jednom skalom seksualnog samopoimanja.

Tablica 46. Utjecaj dužine liječenja na seksualna iskustva u bolesnika s depresijom

		Dužina liječenja (godine)
1. Koliko je jak vaš spolni nagon?	Pearsonov	-,012
	koeficijent korelacije	,912
	Broj	92
2. Koliko lako se spolno uzbudite?	Pearsonov	,011
	koeficijent korelacije	,919
	Broj	92
3. Možete li lako postići i održati erekciju?	Pearsonov	,089
	koeficijent korelacije	,533
	Broj	51
4. Koliko lako postizete orgazam?	Pearsonov	,135
	koeficijent korelacije	,344
	Broj	51
5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?	Pearsonov	,114
	koeficijent korelacije	,427
	Broj	51

Kod bolesnika s depresijom dužina liječenja nije značajno povezana niti s jednim pitanjem Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 47. Utjecaj dužine liječenja na seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom

		Dužina liječenja (godine)
seksualna self-shema	Pearsonov	-,100
	koeficijent korelacije	,330
	Broj	97
svijest o vlastitoj seksualnosti	Pearsonov	-,039
	koeficijent korelacije	,702
	Broj	97
spremnost za seksualnu akciju	Pearsonov	-,061
	koeficijent korelacije	,554
	Broj	97
seksualni avanturizam	Pearsonov	,023
	koeficijent korelacije	,824
	Broj	97
negativna emocionalnost	Pearsonov	-,068
	koeficijent korelacije	,505
	Broj	97
seksualna nekompetentnost	Pearsonov	-,133
	koeficijent korelacije	,195
	Broj	97
seksualno zadovoljstvo	Pearsonov	-,181
	koeficijent korelacije	,075
	Broj	97

U bolesnika s depresijom dužina liječenja nije značajno povezana niti s jednim skalom seksualnog samopoimanja.

4.16. Utjecaj vjere na seksualna iskustva i seksualno samopoimanje bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika

Zbog malog broja ispitanika, posebno onih islamske vjeroispovijesti, korišteni su neparametrijski statistički postupci. Za ispitivanje razlika između svih četiriju skupina ispitanika s obzirom na vjeroispovijest korišten je Kruskal-Wallisov test, dok je za naknadne usporedbe između pojedinih parova skupina korišten Mann-Whitneyev test.

Tablica 48a. Utjecaj vjere na seksualna iskustva u bolesnika sa shizofrenijom (zbirni rezultati)

vjeroispovijest		Pitanje 1 ^a	Pitanje 2 ^b	Pitanje 3 ^c	Pitanje 4 ^d	Pitanje 5 ^e
ateisti	Broj	12	12	2	2	2
	Aritmetička sredina	4,17	3,92	4,00	3,50	2,00
	Medijan	4,00	4,00	4,00	3,50	2,00
	Standardna devijacija	1,267	1,379	2,828	2,121	,000
	Minimum	2	2	2	2	2
	Maximum	6	6	6	5	2
rimokatolčka	Broj	72	71	26	29	27
	Aritmetička sredina	3,90	3,55	2,65	3,00	2,81
	Medijan	4,00	4,00	2,00	3,00	3,00
	Standardna devijacija	1,426	1,392	1,413	1,604	1,415
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	6	6	6	6	6
pravoslavna	Broj	11	11	2	2	2
	Aritmetička sredina	3,73	3,55	2,50	3,00	3,00
	Medijan	4,00	3,00	2,50	3,00	3,00
	Standardna devijacija	1,489	1,508	,707	,000	,000
	Minimum	1	1	2	3	3
	Maximum	6	6	3	3	3
islamska	Broj	1	1	1	1	1
	Aritmetička sredina	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00
	Medijan	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00
	Standardna devijacija	.	.	.	.	.
	Minimum	3	3	3	3	2
	Maximum	3	3	3	3	2
Ukupno	Broj	96	95	31	34	32
	Aritmetička sredina	3,91	3,59	2,74	3,03	2,75
	Medijan	4,0	4,00	2,00	3,00	3,00
	Standardna devijacija	1,400	1,388	1,437	1,527	1,320
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	6	6	6	6	6

Tablica 48b. Utjecaj vjere na seksualna iskustva u bolesnika sa shizofrenijom (zbirni rezultati)

Testiranje značajnosti razlika^{*,}**

	Pitanje 1 ^a	Pitanje 2 ^b	Pitanje 3 ^c	Pitanje 4 ^d	Pitanje 5 ^e
hi-kvadrat	1,225	,890	,952	,249	1,749
Stupnjevi slobode	3	3	3	3	3
Asimptomatična značajnost	,747	,828	,813	,969	,626

^{*} Kruskal Wallias Test

^{**} Grupni čimbenik: vjeroisovijest

- ^a Koliko je jak vaš spolni nagon?
^b Koliko se lako spolno uzбудite?
^c Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?
^d Koliko lako postizete orgazam?
^e Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?

U bolesnika sa shizofrenijom nema značajnih razlika između pojedinih vjeroispovijesti na pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 49a. Utjecaj vjere na seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom

(zbirni rezultati)

vjeroispovijest		seksualna self- shema	svijest o vlastitoj seksualnosti	spremnost na seksualnu akciju	seksualni avanturizam	negativna emociona- lnost	seksualna nekompe- tentnost	seksualno zadovoljstvo
ateisti	Broj	12	12	12	12	12	12	12
	Aritmetička sredina	40,5972	37,7778	31,1667	15,9907	41,4097	45,7417	16,8833
	Medijan	32,5000	38,9167	21,6667	9,3333	36,2083	52,0000	6,7000
	Standardna devijacija	31,70723	28,17221	32,46023	14,44658	22,29345	26,23729	24,72620
	Minimum	4,17	,00	,00	1,11	4,17	3,00	,00
	Maximum	93,33	100,00	83,33	36,11	74,17	85,00	78,00
rimokatolička	Broj	72	72	72	72	72	72	72
	Aritmetička sredina	38,8137	33,2292	22,9259	11,6574	28,8067	30,1792	42,6083
	Medijan	37,9167	32,5000	16,6667	7,7778	25,4167	24,0000	40,3000
	Standardna devijacija	24,34468	24,34597	26,16029	14,51605	23,71820	24,84223	29,89643
	Minimum	1,67	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maximum	100,00	88,17	100,00	61,11	96,58	85,00	100,00
pravoslavna	Broj	11	11	11	11	11	11	11
	Aritmetička sredina	22,1970	8,7879	8,4848	5,8586	23,2576	30,2727	8,7273
	Medijan	14,1667	1,6667	,0000	4,4444	16,6667	40,0000	2,0000
	Standardna devijacija	22,93749	14,00577	13,3660	6,55633	20,27058	19,82469	14,40202
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maximum	58,33	45,00	36,67	18,89	65,83	59,00	40,00
islamska	Broj	1	1	1	1	1	1	1
	Aritmetička sredina	60,0000	60,0000	26,6667	41,1111	35,8333	38,0000	64,0000
	Medijan	60,0000	60,0000	26,6667	41,1111	35,8333	38,0000	64,0000
	Standardna devijacija	.	.	.	.	.	.	.
	Minimum	60,00	60,00	26,67	41,11	35,83	38,00	64,00
	Maximum	60,00	60,00	26,67	41,11	35,83	38,00	64,00
Ukupno	Broj	96	96	96	96	96	96	96
	Aritmetička sredina	37,3533	31,2760	22,3403	11,8414	29,8194	32,2167	35,7333
	Medijan	36,2500	28,9167	15,0000	7,7778	25,8333	26,7500	32,5000
	Standardna devijacija	25,48870	25,11982	26,16864	14,19633	23,33122	24,68501	30,56444
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maximum	100,00	100,00	100,00	61,11	96,58	85,00	100,00

Tablica 49b. Utjecaj vjere na seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom
(zbirni rezultati)

Testiranje značajnosti razlika^{*,}**

	seksualna self-schema	svijest o vlastitoj seksualnosti	spremnost na seksualnu akciju	seksualni avanturizam	negativna emocionalnost	seksualna nekompetentnost	seksualno zadovoljstvo
hi-kvadrat	5,914	13,254	4,915	6,113	4,487	3,837	19,233
Stupnjevi slobode	3	3	3	3	3	3	3
Asimptomatična značajnost	,116	,004	,178	,106	,213	,280	,000

*: Kruskal Wallias Test

** : Grupni čimbenik: vjeroisovijest

U bolesnika sa shizofrenijom značajna razlika između pojedinih vjeroispovijesti dobivena je samo na skali seksualnog zadovoljstva. Naknadno testiranje razlika između pojedinih vjeroispovijesti (Mann-Whitneyev test) pokazuje da rimokatolici postižu više rezultate na skali seksualnog zadovoljstva od ateista i pravoslavaca.

Tablica 50a. Utjecaj vjere na seksualna iskustva u bolesnika s depresijom (zbirni rezultati)

vjeroispovijest		Pitanje 1 ^a	Pitanje 2 ^b	Pitanje 3 ^c	Pitanje 4 ^d	Pitanje 5 ^e
ateisti	Broj	6	6	4	4	4
	Aritmetička sredina	4,17	3,83	4,50	4,50	4,00
	Medijan	4,00	3,50	5,00	4,50	4,00
	Standardna devijacija	1,329	1,472	1,915	1,291	1,826
	Minimum	3	2	2	3	2
	Maximum	6	6	6	6	6
rimokatolička	Broj	72	72	38	40	39
	Aritmetička sredina	4,42	4,04	3,42	3,92	3,41
	Medijan	5,00	4,00	4,00	4,00	3,00
	Standardna devijacija	1,135	1,131	1,426	1,071	1,332
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	6	6	6	6	6
pravoslavna	Broj	11	11	7	6	6
	Aritmetička sredina	4,64	3,91	4,29	4,67	4,50
	Medijan	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
	Standardna devijacija	,674	1,136	,756	,516	,837
	Minimum	4	2	3	4	4
	Maximum	6	6	5	5	6
islamska	Broj	5	5	3	3	4
	Aritmetička sredina	5,20	5,00	4,67	4,00	3,75
	Medijan	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00
	Standardna devijacija	,447	1,000	,577	1,000	1,500
	Minimum	5	4	4	3	2
	Maximum	6	6	5	5	5
Ukupno	Broj	94	94	52	53	53
	Aritmetička sredina	4,47	4,06	3,69	4,06	3,60
	Medijan	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Standardna devijacija	1,085	1,153	1,408	1,045	1,349
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	6	6	6	6	6

Tablica 50b. Utjecaj vjere na seksualna iskustva u bolesnika s depresijom (zbirni rezultati)

Testiranje značajnosti razlika^{*,}**

	Pitanje 1 ^a	Pitanje 2 ^b	Pitanje 3 ^c	Pitanje 4 ^d	Pitanje 5 ^e
hi-kvadrat	3,384	3,598	5,849	3,527	3,822
Stupnjevi slobode	3	3	3	3	3
Asimptomatična značajnost	,336	,308	,119	,317	,281

- ^a Koliko je jak vaš spolni nagon?
^b Koliko se lako spolno uzбудite?
^c Možete li lako postići i održati erekciju?
^d Koliko lako postižete orgazam?
^e Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?

* Kruskal Wallias Test

** Grupni čimbenik: vjeroisovijest

U bolesnika s depresijom nema značajnih razlika između pojedinih vjeroispovijesti na pojedinim pitanjima Ljestvice seksualnog iskustva.

Tablica 51a. Utjecaj vjere na seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom

(zbirni rezultati)

vjeroispovijest		seksualna self- shema	svijest o vlastitoj seksualnosti	spremnost na seksualnu akciju	seksualni avanturizam	negativna emociona- lnost	seksualna nekompe- tentnost	seksualno zadovoljstvo
ateisti	Broj	6	6	6	6	6	6	6
	Aritmetička sredina	44,4167	43,7778	36,1667	4,3148	23,1944	24,5833	53,7000
	Medijan	47,1667	40,0000	26,8333	2,2222	11,2500	16,0000	61,0000
	Standardna devijacija	11,14338	23,75492	31,00806	4,60725	28,32189	27,33206	30,93315
	Minimum	25,00	13,33	,00	,00	4,17	5,00	6,20
	Maximum	54,17	85,00	80,00	11,11	77,92	79,00	98,00
rimokatolička	Broj	77	77	77	77	77	77	77
	Aritmetička sredina	36,1190	31,9026	15,4719	8,6465	31,8063	32,1013	38,2338
	Medijan	37,5000	29,1667	3,3333	5,5556	28,3333	28,0000	38,0000
	Standardna devijacija	18,01679	19,14297	21,92847	10,67663	24,32923	23,29957	30,18360
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maximum	79,17	86,67	96,67	52,22	95,83	93,00	100,00
pravoslavna	Broj	11	11	11	11	11	11	11
	Aritmetička sredina	40,1515	47,8030	20,1515	12,3232	40,7879	43,8182	38,5455
	Medijan	48,3333	46,6667	6,6667	10,0000	41,6667	43,0000	32,0000
	Standardna devijacija	20,83939	32,47279	28,24943	12,78941	30,44192	32,72634	33,80048
	Minimum	5,83	3,33	,00	,00	,83	4,00	,00
	Maximum	64,17	100,00	76,67	38,89	97,42	100,00	100,00
islamska	Broj	5	5	5	5	5	5	5
	Aritmetička sredina	25,5000	27,3333	5,3333	2,2222	48,6667	54,0000	18,0000
	Medijan	25,0000	31,6667	,0000	2,2222	53,3333	66,0000	10,0000
	Standardna devijacija	16,83870	21,26552	8,69227	2,72166	34,82895	27,43173	18,38478
	Minimum	4,17	,00	,00	,00	,00	17,00	,00
	Maximum	42,50	51,67	20,00	6,67	91,67	83,00	44,00
Ukupno	Broj	99	99	99	99	99	99	99
	Aritmetička sredina	36,5337	34,1582	16,7340	8,4680	33,1338	34,0535	38,1838
	Medijan	38,3333	31,6667	5,0000	5,5556	29,1667	31,0000	36,0000
	Standardna devijacija	18,04376	21,72498	23,21198	10,54592	25,89115	25,27061	30,35233
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Maximum	79,17	100,00	96,67	52,22	97,42	100,00	100,00

Tablica 51b. Utjecaj vjere na seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom
(zbirni rezultati)

Testiranje značajnosti razlika^{*,}**

	seksualna self-shema	svijest o vlastitoj seksualnosti	spremnost na seksualnu akciju	seksualni avanturizam	negativna emocionalnost	seksualna nekompetentnost	seksualno zadovoljstvo
hi-kvadrat	4,134	4,019	4,946	3,890	3,109	5,244	4,000
Stupnjevi slobode	3	3	3	3	3	3	3
Asimptomatična značajnost	,247	,259	,176	,274	,375	,155	,262

* Kruskal Wallias Test

** Grupni čimbenik: vjeroisovijest

U bolesnika s depresijom nema značajne razlike između pojedinih vjeroispovijesti niti na jednoj skali seksualnog samopoimanja.

Tablica 52a. Utjecaj vjere na seksualna iskustva u zdravih ispitanika (zbirni rezultati)

vjeroispovijest		Pitanje 1 ^a	Pitanje 2 ^b	Pitanje3 ^c	Pitanje 4 ^d	Pitanje 5 ^e
ateisti	Broj	13	13	9	10	9
	Aritmetička sredina	3,38	2,92	2,22	2,40	1,78
	Medijan	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00
	Standardna devijacija	1,193	1,115	,833	1,075	,667
	Minimum	1	2	1	1	1
	Maximum	6	5	4	5	3
rimokatolička	Broj	72	73	55	55	55
	Aritmetička sredina	2,89	2,63	2,29	2,55	1,96
	Medijan	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00
	Standardna devijacija	,987	,791	,809	,878	,666
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	6	5	4	4	4
pravoslavna	Broj	5	5	4	4	4
	Aritmetička sredina	3,00	2,80	2,50	2,75	2,00
	Medijan	3,00	3,00	2,50	2,50	2,00
	Standardna devijacija	,707	,837	1,291	,957	,816
	Minimum	2	2	1	2	1
	Maximum	4	4	4	4	3
islamska	Broj	5	5	5	5	5
	Aritmetička sredina	1,80	2,40	2,20	2,80	1,80
	Medijan	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00
	Standardna devijacija	,837	1,140	1,095	,837	,447
	Minimum	1	1	1	2	1
	Maximum	3	4	4	4	2
Ukupno	Broj	95	96	73	74	73
	Aritmetička sredina	2,91	2,67	2,29	2,55	1,93
	Medijan	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00
	Standardna devijacija	1,032	,854	,841	,894	,653
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	6	5	4	5	4

Tablica 52b. Utjecaj vjere na seksualna iskustva u zdravih ispitanika (zbirni rezultati)

Testiranje značajnosti razlika^{*,}**

	Pitanje 1 ^a	Pitanje 2 ^b	Pitanje 3 ^c	Pitanje 4 ^d	Pitanje 5 ^e
hi-kvadrat	8,098	,956	,481	1,346	,785
Stupnjevi slobode	3	3	3	3	3
Asimptomatična značajnost	,044	,812	,923	,718	,853

- ^a Koliko je jak vaš spolni nagon?
- ^b Koliko se lako spolno uzбудite?
- ^c Možete li lako postići i održati erekciju-vlaženje vagine?
- ^d Koliko lako postižete orgazam?
- ^e Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?

*: Kruskal Wallias Test

** : Grupni čimbenik: vjeroisovijest

U zdravih ispitanika značajna razlika između pojedinih vjeroispovijesti postoji na prvom pitanju: "Koliko je jak vaš spolni nagon?" (hi-kvadrat=8,1; p=0.044). Naknadne usporedbe između pojedinih parova skupina (Mann-Whitneyev test) pokazuju da pripadnici islamske vjeroispovijesti imaju značajno jači spolni nagon od ateista, rimokatolika i pravoslavaca.

Tablica 53a. Utjecaj vjere na seksualno samopoimanje u zdravih ispitanika (zbirni rezultati)

vjeroispovijest		seksualna self-shema	svijest o vlastitoj seksualnosti	spremnost na seksualnu akciju	seksualni avanturizam	negativna emocionalnost	seksualna nekompetentnost	seksualno zadovoljstvo
ateisti	Broj	15	15	15	15	15	15	15
	Aritmetička sredina	61,3444	58,3889	40,7333	25,9407	22,0500	16,3467	75,2400
	Medijan	60,8333	61,6667	36,6667	17,7778	13,3333	6,5000	88,0000
	Standardna devijacija	15,15668	21,07354	28,35355	23,03237	20,75836	20,68843	27,85177
	Minimum	39,17	10,00	,00	3,33	,83	,00	10,00
	Maximum	87,50	83,33	98,33	88,89	60,83	65,00	100,00
rimokatolička	Broj	74	74	74	74	74	74	74
	Aritmetička sredina	53,3829	41,4617	31,8288	14,8438	14,5676	12,2270	74,4541
	Medijan	52,7500	40,0000	25,0000	11,1111	9,8750	8,2500	79,0000
	Standardna devijacija	16,44874	17,34305	28,65840	15,05001	14,79770	12,58629	18,65300
	Minimum	6,67	,00	,00	,00	,00	,00	12,00
	Maximum	91,67	88,33	100,00	72,22	64,17	53,00	100,00
pravoslavna	Broj	5	5	5	5	5	5	5
	Aritmetička sredina	49,8667	30,3333	28,0000	12,0222	22,8333	14,8000	74,0000
	Medijan	47,6667	31,6667	33,3333	10,0000	18,3333	7,0000	68,0000
	Standardna devijacija	18,80876	21,64743	28,44097	6,23728	27,47853	17,19593	14,14214
	Minimum	25,83	10,00	,00	6,67	2,50	,00	60,00
	Maximum	77,50	63,33	66,67	22,22	70,00	40,00	92,00
islamska	Broj	5	5	5	5	5	5	5
	Aritmetička sredina	66,0833	42,5000	52,6000	14,7778	16,0000	12,8000	71,2000
	Medijan	75,0000	45,0000	50,0000	13,3333	16,6667	12,0000	78,0000
	Standardna devijacija	24,89492	15,47848	36,73358	7,87244	11,30619	10,66302	23,43502
	Minimum	25,00	18,33	,00	5,56	1,25	,00	40,00
	Maximum	90,42	58,33	100,00	26,67	30,83	29,00	100,00
ukupno	Broj	99	99	99	99	99	99	99
	Aritmetička sredina	55,0530	43,5168	34,0337	16,3793	16,1911	13,0101	74,3859
	Medijan	54,1667	43,3333	30,0000	12,2222	10,8333	8,0000	80,0000
	Standardna devijacija	17,02465	19,03582	29,06391	16,29405	16,43789	14,07800	20,03031
	Minimum	6,67	,00	,00	,00	,00	,00	10,00
	Maximum	91,67	88,33	100,00	88,89	70,00	65,00	100,00

Tablica 53b. Utjecaj vjere na seksualno samopoimanje u zdravih ispitanika (zbirni rezultati)

Testiranje značajnosti razlika^{*,}**

	seksualna self- shema	svijest o vlastitoj seksualnosti	spremnost na seksualnu akciju	seksualni avanturizam	negativna emocionalnost	seksualna nekompetentnost	seksualno zadovoljstvo
hi-kvadrat	4,996	11,182	3,203	6,167	2,103	,214	1,347
Stupnjevi slobode	3	3	3	3	3	3	3
Asimptomatična značajnost	,172	,011	,361	,104	,551	,975	,718

*: Kruskal Wallias Test

**: Grupni čimbenik: vjeroisovijest

U zdravih ispitanika značajna razlika između pojedinih vjeroispovijesti dobivena je na skali svijesti o vlastitoj seksualnosti. Naknadne usporedbe između pojedinih vjeroispovijesti pokazuju da ateisti postižu značajno više rezultate na toj skali nego rimokatolici i pravoslavci.

4.2. Kratki pregled rezultata

1. Crte ličnosti (ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, neuroticizam, otvorenost) u bolesnika sa shizofrenijom, bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika značajno se razlikuju. Osim na crti ugodnosti, na svim preostalim crtama ličnosti dobivene su značajne razlike između tri skupine ispitanika.

- Ekstraverzija je najizraženija u zdravih ispitanika, a najmanje izražena u bolesnika s depresijom.
- Zdravi ispitanici su ugodniji za okolinu od bolesnika sa shizofrenijom, te savjesniji i otvoreniji od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.
- Bolesnici sa shizofrenijom su otvoreniji nego bolesnici s depresijom.
- Bolesnici s depresijom su najviše neurotični.

2. Seksualna iskustva bolesnika sa shizofrenijom, bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika se razlikuju.

- Bolesnici s depresijom imaju jače izražene sve testirane seksualne disfunkcije nego li bolesnici sa shizofrenijom i zdravi ispitanici.
- Bolesnici sa shizofrenijom imaju izraženije seksualne disfunkcije tj. slabiji spolni nagon, teže se spolno uzbude i manje su zadovoljni orgazmima od zdravih ispitanika.

3. Seksualna iskustva značajno su povezana sa crtama ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom. Tako određene crte ličnosti mogu predvidjeti njihova određena seksualna iskustva.

- Jači spolni nagon i lakše spolno uzbuđenje u bolesnika sa shizofrenijom povezani su s višom ekstraverzijom, ugodnošću, savjesnošću i otvorenošću te nižim neuroticizmom.
- Sve crte ličnosti, osim crte ugodnosti, povezane su sa seksualnim iskustvima u bolesnika s depresijom. Ekstraverzija, otvorenost i savjesnost značajno su povezane sa svim testiranim seksualnim iskustvima u bolesnika s depresijom. Što su ekstraverzija, otvorenost i savjesnost više izražene, seksualne su disfunkcije u tih bolesnika manje. Suprotno, što je neuroticizam više izražen, veće su i seksualne disfunkcije tj. bolesnici imaju slabiji spolni nagon, teže postižu i održavaju erekciju, slabije je vlaženje vagine i teže postižu orgazam.
- U zdravih ispitanika crte ličnosti nisu tako značajno povezane sa seksualnim iskustvima pa ne mogu biti značajni prediktori seksualnog iskustva. Dobivene su samo dvije značajne povezanosti: viša ekstraverzija povezana je s lakšim spolnim uzbuđenjem a viši neuroticizam s manje zadovoljavajućim orgazmima.

4. U seksualnom samopoimanju nema razlika između bolesnika sa shizofrenijom i bolesnika s depresijom. Zdravi ispitanici se značajno razlikuju u seksualnom samopoimanju od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.

- Zdravi ispitanici na svim ljestvicama seksualnog samopoimanja (seksualna “self –shema”, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost,

seksualno zadovoljstvo) postižu značajno više rezultate.

5. Crte ličnosti koje su značajno povezane s boljim ili lošijim seksualnim samopoimanjem u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom razlikuju se u odnosu na zdrave ispitanike. Tako crte ličnosti postaju prediktor seksualnog samopoimanja.

- I u bolesnika sa shizofrenijom i u bolesnika s depresijom crte ličnosti koje vode u bolje seksualno samopoimanje su: ekstraverzija, ugodnost, savjesnost i otvorenost, a u lošije seksualno samopoimanje vodi neuroticizam.
- U bolesnika sa shizofrenijom crte ličnosti značajni su prediktori svih aspekata seksualnog samopoimanja, osim seksualnog avanturizma.
- U bolesnika s depresijom crte ličnosti značajni su prediktori aspekata seksualnog samopoimanja, osim svijesti o vlastitoj seksualnosti i seksualnog avanturizam.
- U zdravih ispitanika crte ličnosti za bolje seksualno samopoimanje su: ekstraverzija i otvorenost, a za lošije seksualno samopoimanje neuroticizam i savjesnost. Ugodnost nije povezana s seksualnim samopoimanjem.
- U zdravih ispitanika crte ličnosti su značajni prediktori svih aspekata seksualnog samopoimanja.

6. Seksualno iskustvo značajno je povezano sa seksualnim samopoimanjem u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom i razlikuje se u odnosu na zdrave ispitanike. Tako seksualno iskustvo postaje prediktor seksualnog samopoimanja.

- U bolesnika sa shizofrenijom, što su “self – shema”, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam i seksualno zadovoljstvo veći, jači je i spolni nagon i lakše se spolno uzbuđuju. Što su “self – shema” i spremnost na seksualnu akciju veći, lakše se postiže orgazam, a zadovoljstvo orgazmima je veće što su spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam veći.
- Prediktor koji značajno predviđa jačinu spolnog nagona i lakoću kojom se bolesnici sa shizofrenijom spolno uzbude je seksualna “self – shema”. Što je ona veća, jači je i spolni nagon i ispitanici se lakše spolno uzbude.
- U bolesnika s depresijom što su seksualna “self – shema”, spremnost na seksualnu akciju i seksualno zadovoljstvo veći a seksualna nekompetentnost manja, jači je i spolni nagon. Lakoća kojom se spolno uzbuđuju povezana je s većom seksualnom “self – shemom”, sviješću o vlastitoj seksualnosti, spremnošću na seksualnu akciju, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom. Što su seksualna “self – shema” i seksualno zadovoljstvo veće, a negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost manje, lakše je vlaženje vagine odnosno postizanje i održavanje erekcije. Što su seksualna “self – shema” i seksualno zadovoljstvom veći, lakše se postiže orgazam. Što su seksualna self-shema i seksualno zadovoljstvo veći, a negativna emocionalnost manja, veće je zadovoljstvo orgazmima.
- U bolesnika s depresijom seksualna “self – shema” je značajan prediktor svih

seksualnih iskustava. Što je ona veća, sve seksualne disfunkcije su manje.

- U zdravih ispitanika što su seksualna “self – shema”, spremnost na seksualnu akciju i seksualno zadovoljstvo veći, a seksualna nekompetentnost manja, jači je i spolni nagon. Što su seksualna “self - shema” i seksualno zadovoljstvo veći, a seksualna nekompetentnost manja, lakše se spolno uzbuđuju. Što je seksualna “self – shema” veća, lakše je vlaženje vagine, odnosno postizanje i održavanje erekcije. Što su negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost manje, lakše se postiže orgazam. Što su seksualna “self – shema”, spremnost na seksualnu akciju i seksualno zadovoljstvo veći, a negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost manji, veće je i zadovoljstvo orgazmima.
- U zdravih ispitanika aspekti seksualnog samopoimanja značajno predviđaju sve seksualne disfunkcije osim lakoće postizanja orgazma.

7. Seksualno iskustvo značajno se mijenja pri upotrebi antipsihotika i antidepresiva u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, u odnosu na promjene u zdravih ispitanika.

- Zdravi ispitanici imaju jači spolni nagon, lakše se spolno uzbuđuju, bolje je vlaženje vagine i postizanje erekcije, lakše postižu orgazam i zadovoljniji su svojim orgazmima nego bolesnici sa shizofrenijom i depresijom.
- Bolesnici s depresijom koji su koristili antidepresive, ali ne iz grupe selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina imaju značajno slabiji spolni nagon, i teže se spolno uzbuđuju, nego svi drugi ispitanici. Bolesnici s depresijom koji su koristili obje grupe antidepresiva, imaju umanjeno vlaženje vagine, odnosno postizanja erekcije, slabije postizanje orgazma i manje zadovoljstvo orgazmima od svih preostalih skupina.
- U obje skupine bolesnika sa shizofrenijom lakoća vlaženja vagine, odnosno postizanja erekcije, značajno je veća nego u obje skupine bolesnika s depresijom. Isto vrijedi za postizanje orgazma. Bolesnici sa shizofrenijom koji se liječe atipičnim antipsihoticima značajno su zadovoljni orgazmima nego obje grupe bolesnika s depresijom.

8. Seksualno samopoimanje značajno se mijenja pri upotrebi antipsihotika i antidepresiva u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, u odnosu na zdrave ispitanike.

- Zdravi ispitanici imaju bolju seksualnu “self – shemu”, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam i

seksualno zadovoljstvo, a manje izraženu negativnu emocionalnost i seksualnu nekompetentnost od svih presotalih skupina.

- Bolesnici s depresijom koji se liječe sa selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina imaju bolju svijest o vlastitoj seksualnosti od bolesnika sa shizofrenijom, koji se liječe tipičnim antipsihoticima.
- Bolesnici sa shizofrenijom koji se liječe s tipičnim antipsihoticima imaju bolji seksualni avanturizam, nego bolesnici s depresijom, koji se liječe s obje grupe antidepresiva

9. Spolna pripadnost utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom, bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika.

- U zdravih ispitanika muškarci imaju manje izražene seksualne disfunkcije nego žene. Muškarci imaju bolje izraženu seksualnu “self – shemu”, bolju spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam nego žene.
- U bolesnika s depresijom muškarci imaju jači spolni nagon, lakše se spolno uzbude i lakše postižu orgazam nego žene. Muškarci imaju bolju seksualnu “self – shemu”, svijest o vlastitoj seksualnosti, seksualni avanturizam i seksualno zadovoljstvo nego žene.
- U bolesnika sa shizofrenijom muškarci imaju jači spolni nagon nego žene. Muškarci imaju jače izražen seksualni avanturizma nego žene.
- Svijest o vlastitoj seksualnosti je veća kod žena u bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika te veća u muškaraca u skupini bolesnika s depresijom.
- Seksualno zadovoljstvo podjednako je izraženo u zdravih ispitanika i u žena i

muškaraca, a u bolesnika sa shizofrenijom seksualno zadovoljnije su žene. U bolesnika s depresijom seksualno zadovoljniji su muškarci.

10. Životna dob utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom, bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika.

- U zdravih ispitanika starije dobi spolni nagon je slabiji. Oni se teže spolno uzbuđuju i teže postižu orgazam. Ljudi starije dobi imaju manje izraženu seksualnu “self –shemu”, manju spremnost na seksualnu akciju, te manje seksualno zadovoljstvo, a veću negativnu emocionalnost i seksualnu nekompetentnost.
- U depresivnih bolesnika dob nije povezana sa seksualnim disfunkcijama. U starijoj dobi u bolesnika s depresijom manje je izražena seksualna “self – shema”, manja je svijest o vlastitoj seksualnosti, slabiji je seksualni avanturizam, a veća negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost.
- U bolesnika sa shizofrenijom dob nije povezana sa seksualnim disfunkcijama. Stariji bolesnici sa shizofrenijom imaju manju svijest o vlastitoj seksualnosti i veću negativnu emocionalnost.

11. Bračno stanje utječe na seksualno iskustvo u bolesnika s depresijom i u zdravih ispitanika, ali ne i u bolesnika sa shizofrenijom.

- U zdravih ispitanika neoženjeni/neudane imaju jači spolni nagon nego oženjeni/udane. Veću svijest o vlastitoj seksualnosti i spremnost na seksualnu akciju imaju neoženjeni/neudane nego oženjeni/udane.

- U bolesnika s depresijom bračno stanje ne utječe na seksualne disfunkcije. U ovih bolesnika rastavljeni/udovci spremniji su na seksualnu akciju nego oženjeni/udane. Neoženjeni/neudane imaju jače izražen seksualni avanturizam nego oženjeni/udane.

12. Stručna sprema utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika.

- U zdravih ispitanika stručna sprema ne utječe na seksualne disfunkcije. Zdravi ispitanici sa srednjom i visokom stručnom spremom imaju veće seksualno zadovoljstvo nego oni koji su niskokvalificirani/kvalificiran.
- Bolesnici s depresijom sa srednjom stručnom spremom su zadovoljniji svojim orgazmima od onih koji su niskokvalificirani/kvalificirani. Bolesnici s depresijom koji imaju visoku stručnu spremu imaju veću seksualnu spremnost nego niskokvalificirani/kvalificirani, a jači seksualni nagon od onih sa srednjom stručnom spremom.

13. Broj hospitalizacija u bolesnika sa shizofrenijom i bolesnika s depresijom ne utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje.

14. Duljina liječenja u bolesnika sa shizofrenijom i bolesnika s depresijom ne utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje.

15. Vjerska pripadnost utječe na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika.

- U zdravih ispitanika pripadnici islamske vjeroispovijesti imaju jači spolni nagon od ateista, rimokatolika i pravoslavaca. Ateisti imaju bolju svijest o vlastitoj seksualnosti, nego rimokatolici i pravoslavci.
- U bolesnika sa shizofrenijom vjeroispovijest ne utječe na seksualne disfunkcije. Rimokatolici imaju veće seksualno zadovoljstvo nego ateisti i pravoslavci.

5.0. RASPRAVA

Iako još ne postoji dogovor oko definicije ličnosti, a niti oko teorijskog modela ličnosti, psihologija ličnosti približava se shvaćanju da se crte ličnosti mogu zbrojiti u pet osnovnih dimenzija, a što je i potvrđeno brojnim istraživanjima gdje su se koristili različiti upitnici, opservacije i samoprocjene. To je petofaktorski model ličnosti i on predstavlja klasifikaciju crta ličnosti koja obuhvaća pet dimenzija: neuroticizam, ekstraverziju-introverziju, otvorenost za iskustvo, suradljivost i savjesnost. Ova teorija predstavlja sveobuhvatnu sistematizaciju crta ličnosti, koja s pet čimbenika obuhvaća normalno i patološko u jedinstveno polje ličnosti (28,29).

Gotovo nema radova koji izravno govore o osobnosti i seksualnom samopoimanju. Postoje samo radovi koji djelomično istražuju neke aspekte seksualnog samopoimanja u određenih duševnih bolesnika (2,30,31,32,33).

Ljudska seksualnost je izrazito složen psihički i sociološki fenomen koji se ne može promatrati odvojeno od kulture u kojoj živimo i u kojoj egzistiraju određena pravila ponašanja.

Seksualnost i osobnost se toliko isprepliću da je praktički nemoguće govoriti o seksualnosti kao posebnom entitetu te se stoga koristi izraz "psihoseksualno". Njime bi se opisao razvoj i funkcioniranje ličnosti pošto na njih djeluje seksualnost (54). Seksualnost bi mogla imati bitnu ulogu u složenosti ukupnog samopoimanja.

Prema suvremenim tumačenjima, samopoimanje je složeni dinamički sustav koji se odražava u tekućem ponašanju i posreduje u regulaciji tog ponašanja te je kao takav višeznačno strukturiran.

Seksualno samopoimanje je samo jedan od aspekata složenog sustava

samopoimanja, a čovjek se kao seksualno biće pokazuje kroz određene aspekte seksualnog samopoimanja (9). Uobičajeno je istraživati sedam aspekata seksualnog samopoimanja: seksualnu "self - shemu", svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativnu emocionalnost, seksualnu nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo.

Iako su dosadašnja istraživanja imala djelomični pristup izučavanju seksualnosti, u težih duševnih bolesnika ipak su pokazali da osobnost, medikacija i sociodemografski čimbenici imaju stanovito značenje u boljem razumijevanju seksualnog samopoimanja.

U skladu s, do sada poznatim, definirani su ciljevi ovog istraživanja koji će sveobuhvatno analizirati utjecaj osobnosti na seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika uključujući sociodemografske čimbenike koji mogu imati upliva na seksualno samopoimanje: spol, dob, bračni status, stupanj stručne spreme, religijska pripadnost, kao i psihoframakološki tretman.

U ovom radu sve tri skupine ispitanika bile su ujednačene što se tiče spolne pripadnosti. Za razliku od spola, u dobnoj pripadnosti je dobivena razlika očekivana jer se depresivni bolesnici u kasnijoj životnoj dobi bolnički liječe tj. kada je klinička slika depresije teža, dok shizofreni bolesnici bolničko liječenje započinju znatno ranije u većini slučajeva. O tome govore i brojni radovi iz kojih je vidljivo da se depresivni bolesnici dugo i neprikladno ambulantno liječe godinama i to uglavnom s anksioliticima ili obavljaju mnoge somatske pretrage dok se ne postavi dijagnoza depresije (224). Osim toga poznato je da je srednja dob za pojavljivanje depresije u četrdesetim godinama života (54).

Što se tiče bračnog statusa postoji razlika između bolesnika sa shizofrenijom i bolesnika s depresijom. Poznato je da se shizofreni bolesnici zbog ranijeg početka

bolesti, rjeđe žene odnosno udaju, a i češće se rastaju (225) nego bolesnici s depresijom u kojih je priroda bolesti i dob javljanja prvih simptoma nešto kasnije, nego u shizofrenih bolesnika.

Depresivni bolesnici u ovom uzorku bili su po stručnoj spremi niskokvalificirani i kvalificirani što je sukladno s podacima iz literature. Naime, poznato je da ljudi koji imaju niži ekonomski standard, a što je često u uzajamnoj zavisnosti s nižim stupnjem naobrazbe, imaju veći rizik za razvoj depresije (226). Također je poznato da depresija utječe na radnu sposobnost, tj. bitno je umanjuje. Zbog toga su česta i duga bolovanja, a samim time su i slabijeg ekonomskog statusa (227). Što se tiče bolesnika sa shizofrenijom njihovo obrazovanje je bilo na razini očekivanoga s obzirom na stručnu spremu, a o čemu govore i neka prethodna istraživanja (10).

Zdravi ispitanici su bili zastupljeni u najvećem postotku s visokom stručnom spremom. Naime, visokoobrazovani ljudi lakše se odazivaju na ispunjavanje ovakvih upitnika, zbog boljeg obrazovanja i veće suradljivosti za ovakav vid istraživanja, a isto je bilo i u predhodnom istraživanju (10).

Tri skupine ispitanika se ne razlikuju s obzirom na religijsku pripadnost. Poznato je da religija utječe na osjećaj “selfa”, na simptome bolesti, socijalno funkcioniranje, kao i na sam proces liječenja. U bolesnika sa shizofrenijom religija je važna za sam proces liječenja a može biti i terapijski agens.

Kada se govori o odnosu između religioznosti i zdravlja postoji dosta radova koji navode da su ljudi koji su religiozniji boljeg mentalnog zdravlja što se očituje kroz veće zadovoljstvo životom, a time i s manjom mogućnošću razvoja depresije te manjim suicidalnim rizikom (228). Obično je takav pozitivan utjecaj religioznosti

prisutan u starijih i bolesnih ljudi o čemu govore neki radovi (229).

5.1. OSOBNOST - LIČNOST; SEKSUALNO SAMOPOIMANJE I SEKSUALNO ZADOVOLJSTVO U SHIZOFRENIH I DEPRESIVNIH BOLESNIKA

5.1.1. Crte ličnosti u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

Pitanje: zašto postoje razlike između tri skupine ispitanika, tj. bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te zdravih ispitanika, u izraženim određenim crtama ličnosti, osim na crti ličnosti koja se odnosi na ugodnost, zahtjeva pomnu raspravu.

Postoje radovi koji govore da bolesnici sa shizofrenijom i depresijom koji imaju izraženu veću razinu ugodnosti, kao jedne od crta ličnosti, bolje socijalno funkcioniraju, imaju bolju verbalnu memoriju i manje izraženih negativnih simptoma bolesti (230). Uz to je važno istaknuti da je u takvih bolesnika manje izražen neuroticizam, o čemu govore, rezultati drugih radova (231), a to onda pogoduje bolje izraženoj ugodnosti kao jednoj od pozitivnih crta ličnosti.

U ovom radu zdravi ispitanici su više ekstravertirani od shizofrenih i depresivnih bolesnika, a shizofreni bolesnici su više ekstravertirani od depresivnih bolesnika. Takvi rezultati se dijelom mogu objasniti samom kliničkom slikom depresije, a i premorbidnim funkcioniranjem u bolesnika s depresijom. U njih je u većem broju zastupljena introverzija kao premorbidna crta ličnosti o čemu izvješćuju mnogi autori (232, 233, 234, 235).

Nadalje, rezultati ovog rada ukazuju da je u zdravih ispitanika ugodnost više

izražena kao crta ličnosti, nego u bolesnika sa shizofrenijom što se može dijelom povezati s promijenjenom afektivnošću u bolesnika sa shizofrenijom, a o čemu govore i rezultati drugih radova (10, 230, 236).

Bolesnici sa shizofrenijom koji su otvoreniji imaju veću sposobnost za ostvarivanje interpersonalnih odnosa; stoga i intimnih seksualnih odnosa što dijelom ovisi i o manje izraženim negativnim simptomima bolesti, kao i manje prisutnim pozitivnim simptomima bolesti (230).

Zdravi ispitanici su savjesniji od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom o čemu govore i rezultati drugih radova (231) u kojima se ističe da se u početku u obje duševne bolesti kliničke slike dijelom preklapaju, a kasnije u slučajevima teške depresije dolazi i do oštećenja socijalnog funkcioniranja što doprinosi smanjenju savjesnosti kao crte ličnosti (237).

Nadalje, bolesnici sa shizofrenijom, zbog svojih bizarnih i neugodnih doživljavanja nisu uvijek u mogućnosti testirati realitet te zbog toga doimaju manje savjesni, o čemu također ima izvještaja u literaturi (231).

Bolesnici s depresijom, zbog svojeg slabog i sniženog raspoloženja, te sniženih voljno -nagonskih dinamizama, doimaju se manje savjesnim. Postoje radovi koji govore da osobe s visokom savjesnošću imaju manju mogućnost da razviju depresiju, što dijelom može objasniti i rezultate ovog rada (238). Nadalje osobe koje imaju jako izražen neuroticizam i manje izraženu ekstraverziju tj. više su introvertirani, češće oboljevaju od depresije, što potvrđuju i rezultati ovog rada, gdje su bolesnici s depresijom imali također više izražen neurotizicizam kao crtu osobnosti, nego bolesnici sa shizofrenijom, te zdravi pojedinci, a potvrdu za to nalazimo također i u drugim radovima (239).

Bolesnici sa shizofrenijom su više neurotizirani (231,239) nego zdravi

pojedinci, što je možda jednim dijelom povezano s premorbidnim funkcioniranjem u istih, a možda je jednim dijelom i genetski predisponirano. Postoje radovi koji govore o mogućim zajedničim genima koji predisponiraju razvoj kako shizofrenije, tako i bipolarnog afektivnog poremećaja i depresije (240).

U literaturi nalazimo radove koji govore da bolesnici s depresijom, s visokim rizikom za suicid, i u velikoj depresivnoj epizodi imaju više izražen neuroticizam, slabije su ekstravertirani, manje su otvoreni i manje savjesni od zdravih pojedinaca, što je dijelom sukladno i s rezultatima u ovom radu (241, 242, 243).

Nadalje, poznato je također iz dostupne literature da je više izražena savjesnost kao crta osobnosti povezana s manjom mogućnošću razvoja mentalnih bolesti, a samim time i depresije, a to onda potvrđuju i dobiveni rezultati (244).

Zdravi ispitanici su više otvoreniji nego li bolesnici sa shizofrenijom i depresijom. Bolesnici s depresijom, zbog svoje bolesti, osobito zbog slabijeg raspoloženja, abulije, anhedonije, apatije, teže ostvaruju međuljudske odnose, tj. slabije komuniciraju, iako postoje radovi koji govore da su bolesnici s depresijom pokazali veće rezultate od zdravih ispitanika u dva vida otvorenosti kao crte osobnost: za estetiku i osjećaje. Tu je otvorenost prema iskustvu odgovorna za značajnu proporciju različitosti u rezultatima depresivnih bolesnika (245).

Bolesnici sa shizofrenijom su bili manje otvoreni nego zdravi pojedinci, dijelom zbog simptoma bolesti u vidu autizma, ambivalencije, ambitedencije, avolicije i anhedonije (10), a dijelom zbog izbjegavanja okoline i komunikacije. Nadalje, bolesnici sa shizofrenijom su bili ipak otvoreniji od bolesnika s depresijom što govori da su simptomi depresije u vidu apatije, abulije, anhedonije izraženiji u depresivnih bolesnika nego u shizofreniji. Također postoje radovi koji govore da su bolesnici sa shizofrenijom otvoreniji od onih koji boluju od shizoafektivnog

poremećaja. U tom je poremećaju više naglašena afektivna depresivna komponenta koja može tome doprinjeti smanjenju otvorenosti kao crte osobnosti (239).

5.1.2. Razlike u seksualnom zadovoljstvu u shizofrenih i depresivnih bolesnika i zdravih ispitanika

Zanimljivo je raspraviti razlike između tri skupine ispitanika s obzirom na seksualne disfunkcije koje su ispitivane „Ljestvicom seksualnih iskustava“, posebice zato jer postoje radovi koji su obuhvatili samo zdravu populaciju i koji govore o seksualnim disfunkcijama u toj populaciji, a isti nisu uzimali nikakve lijekove koji bi mogli stvarati nuspojave u vidu seksualnih disfunkcija (246).

Rezultati ovog rada ukazuju da bolesnici s depresijom, na određenim pitanjima i to na prvom pitanju koje glasi: “Koliko je jak vaš spolni nagon?” te drugom pitanju “Koliko se lako spolno uzbudite?” i petom pitanju: “Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?” postižu značajno više rezultate tj. imaju intenzivnije seksualne disfunkcije nego shizofreni bolesnici i zdravi pojedinci. Shizofreni bolesnici postižu više rezultate od zdravih ispitanika, tj. imaju više seksualnih disfunkcija što potvrđuju i rezultati drugih istraživanja (247). Naime, postoje radovi koji govore da gotovo svi psihotropni lijekovi, pa i antidepresivi, skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, izazivaju u 30-60% bolesnika s depresijom različite seksualne disfunkcije (248). Ima i radova koji govore da nakon liječenja selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina bolesnici s depresijom imaju manje poteškoća vezane za seksualnu želju i seksualno uzbuđenje i to u žena, dok se u muškaraca smatra da su poteškoće s orgazmima posljedica liječenja selektivnim

inhibitorima ponovne pohrane serotonina (249).

U bolesnika sa shizofrenijom antipsihotici dovode do određenih seksualnih nuspojava što potvrđuju i rezultati drugih radova (250). Postoje radovi koji navode da vrsta antipsihotika ima vrlo mali utjecaj na kvalitetu seksualnog života (251).

Svakako treba razmišljati koliko i sama težina depresije u bolesnika može dovesti do seksualne disfunkcionalnosti. Poznato je, naime da je seksualni nagon jedan od vitalnih nagona, koji je osobito u bolesnika s depresijom jako snižen te se i najsporije oporavlja tijekom liječenja depresije.

Nadalje, bolesnici s depresijom također na trećem pitanju koje glasi: “Možete li lako postići i održati erekciju - vlaženje vagine?” i četvrtom pitanju: “Koliko lako postizete orgazam?” postižu više rezultate tj. imaju više seksualnih disfunkcija nego bolesnici sa shizofrenijom i zdravi ispitanici, dok je zanimljivo da između bolesnika sa shizofrenijom i zdravih pojedinaca nema razlika, što se tiče disfunkcija, što se možda jednim dijelom može objasniti većom zastupljenošću pacijenata koji uzimaju atipične antipsihotike, a koji prema svojem profilu stvaraju manje seksualnih nuspojava, nego tipični antipsihotici o čemu govore rezultati drugih radova (252).

Postoje i radovi koji daju suprotne rezultate gdje su seksualne disfunkcije u shizofrenih bolesnika u odnosu na zdrave ispitanike bili u omjeru 50%:15%, a gubitak seksualnih fantazija je bio prisutan u 50% shizofrenih bolesnika za razliku od zdravih u kojih je to bilo 0%, ali je zabilježena veća incidencija preuranjenje ejakulacije u zdravih muškaraca.

5.1.3. Crte ličnosti i seksualno zadovoljstvo u shizofrenih i depresivnih bolesnika, te zdravih ispitanika

Što se tiče povezanosti između crta ličnosti i pojedinih pitanja na “Ljestivici seksualnih iskustava” u bolesnika sa shizofrenijom, prvo i drugo pitanje je značajno povezano sa svim crtama ličnosti. Naime, viši spolni nagon i lakše spolno uzbuđenje povezano je s visokom ekstravertiranošću, ugodnosti, savjesnosti i otvorenosti te s nižim neuroticizmom. To se dijelom može objasniti, na način da, što je osoba manje neurotična, lakše stupa u interpersonalne odnose, čini se ugodnija i savjesnija, a i ekstravertiranost sama po sebi dovodi do bolje komunikacije, te lakše nađu partnere, a samim time imaju bolji spolni nagon, te se lakše spolno uzbude, što potvrđuju i rezultati drugih istraživanja (253).

Kod bolesnika s depresijom vidljivo je da su ekstravertiranost, otvorenost i savjesnost značajno povezane sa svim pitanjima, naime što su bolesnici s depresijom više ekstravertirani, otvoreni i savjesniji seksualne disfunkcije su manje. Što je neuroticizam, kao crta osobnosti više izražen, to su seksualne disfunkcije veće, osim što ne utječe na spolno uzbuđenje.

Postoje radovi koji govore da liječenje antidepresivima pozitivno utječe na određene crte osobnosti. Na način da se pod utjecajem antidepresiva smanjuje neuroticizam, a povećava ekstravertiranost, otvorenost i savjesnost što pozitivno utječe na seksualno uzbuđenje (254).

Crta ugodnosti, kao jedna od crta ličnosti, u bolesnika s depresijom, nije značajno povezana niti s jednim pitanjem, tj. ne utječe na seksualno zadovoljstvo.

Kod zdravih ispitanika, su samo dvije crte osobnosti povezane sa seksualnim disfunkcijama. Viša ekstravertiranost povezana je s lakšim spolnim uzbuđenjem što

potvrđuju rezultati drugih istraživanja, a viši neuroticizam dovodi do smanjenog seksualnog zadovoljstva. Istovjetno se događa i u bolesnika sa shizofrenijom i bolesnika s depresijom, a što je sukladno i drugim istraživanjima (255).

Zdravi ispitanici, koji su imali izraženu savjesnost, kao crtu osobnosti imali su sniženu seksualnu želju, ali manje disforičnih simptoma i bolju sliku o svom tijelu.

5.2. SEKSUALNO SAMOPOIMANJE U SHIZOFRENIH I DEPRESIVNIH BOLESNIKA I ZDRAVIH ISPITANIKA

Zdravi ispitanici, na svih sedam ljestvica seksualnog samopoimanja: seksualnoj “self – shemi”, svijesti o vlastitoj seksualnosti, spremnosti na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativnoj emocionalnosti, seksualnoj nekompetentnosti i seksualnom zadovoljstvu postižu bolje rezultate od bolesnika sa shizofrenijom i depresijom između kojih nema razlika.

Ti rezultati se poklapaju s rezultatima iz predhodnog istraživanja u kojem su zdravi ispitanici postizali bolje rezultate u odnosu na akutne i kronične shizofrene bolesnike između kojih nije bilo razlika (10).

Prethodnih istraživanja u bolesnika s depresijom nije bilo, te se postavlja pitanje, s obzirom da nema razlika između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, da li možda bolesnici sa shizofrenijom i depresijom imaju i neke genetske predispozicije koje su zajedničke za ove dvije teške duševne bolesti, a o čemu se izvješćuje u nekim radovima (240).

5.2.1. Crte ličnosti i seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

U bolesnika sa shizofrenijom, ekstraverzija je značajno povezana s aspektima seksualnog samopoimanja i to: seksualnom “self – shemom”, svijesti za vlastitu seksualnost, seksualnoj spremnosti i seksualnim zadovoljstvom, a značajno negativno povezana s negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnošću. To znači da bolesnici sa shizofrenijom, koji su više ekstravertirani, imaju bolju seksualnu “self - shemu”, bolju svijest o vlastitoj seksualnosti, bolju spremnost na seksualnu vezu, te veće seksualno zadovoljstvo. Uz to, nemaju osjećaj seksualne nekompetentnosti i imaju manje negativnih emocija vezanih za seksualnost što je i za očekivati. Naime, ekstravertirani bolesnici se više i zanimaju za svoju seksualnost, više o njoj znaju i zbog toga imaju i bolju svijest i spremnost za ulazak u vezu, a time imaju i više seksualnog zadovoljstva. Zbog toga ekstravertirani shizofreni bolesnici imaju manje negativnih emocija vezanih za seksualnost i osjećaju se kompetentnije u seksualnim odnosima.

Poznato je iz literature da se seksualno samopoimanje tj. emocije i kompeticija razvijaju jako rano (5) tako da oni shizofreni bolesnici koji su imali bolje premorbidno funkcioniranje i koji su razvili jaču ekstraverziju kao crtu osobnosti, imaju bolje rezultate na ovim ljestvicama seksualnog samopoimanja što potvrđuju i rezultati ovog rada.

Ugodnost je, kao crta osobnosti, u shizofrenih bolesnika značajno pozitivno povezana sa seksualnom “self - shemom”, svijesti o vlastitoj seksualnosti, seksualnoj spremnosti i seksualnim zadovoljstvom. To se i čini logičnim jer što bolesnici sa shizofrenijom imaju bolje izraženu ugodnost kao crtu osobnosti imaju i bolje

strukturiranu vlastitu seksualnu "self- shemu", što dovodi i do bolje svijesti o vlastitoj seksualnosti. Sve to dovodi do veće spremnosti za seksualne odnose s čime se povećava seksualno zadovoljstvo jer se može i ostvariti seksualni odnos. Možemo se onda zapitati da li su bolesnici sa shizofrenijom, koji su bili uključeni u istraživanje u magistarskom radu i koji su imali održanu spremnost na seksualnu akciju imali manje izraženu crtu ugodnosti, u odnosu na zdrave ispitanike, te su i unatoč seksualnoj spremnosti imali manje ostvarenih seksualnih odnosa stoga što su bili značajno manje seksualno zadovoljni od zdravih ispitanika (10).

Savjesnost je, kao crta osobnosti u shizofrenih bolesnika također značajno pozitivno povezana sa seksualnom "self - shemom", seksualnom spremnosti, svijesti o vlastitoj seksualnosti, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom. Bolesnici sa shizofrenijom, koji su imali bolje izraženu savjesnost kao crtu osobnosti, imali su sve navedene aspekte bolje izražene. Naime, poznato je da je savjesnost kao crta ličnosti u bolesnika sa shizofrenijom uobičajeno snižena u odnosu na zdrave ispitanike, a o čemu svjedoči dostupna literatura (231). Postoji vjerovatnost da se u tih bolesnika, klinička slika razvijene shizofrenije javila u kasnijoj životnoj dobi kada su već realizirali seksualne odnose i stupili u brak. Poznato je iz literature da se shizofreni bolesnici manje žene, a i više rastavljaju, osobito kada bolest nastupi u ranijoj životnoj dobi (10). Slični su rezultati dobiveni i u prethodnim istraživanjima (10).

Shizofreni bolesnici, koji su imali više izraženu savjesnost kao crtu osobnosti, osjećaju se manje seksualno nekompetentno tj. imaju bolje mišljenje o sebi kao seksualnom biću, a imaju i manje negativnih emocija vezanih za seks što također potvrđuje ranije navedena razmišljanja.

Otvorenost je, kao crta osobnosti, značajno pozitivno povezana sa seksualnom

“self - shemom”, svijesti o vlastitoj seksualnosti, seksualnoj spremnosti, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom. Shizofreni bolesnici koji imaju jače izraženu tu crtu osobnosti bolje komuniciraju s okolinom, stvaraju više međuljudskih odnosa, a time se povećava i mogućnost ostvarivanja seksualnih kontakata što dovodi do većeg seksualnog zadovoljstva. To potvrđuju i rezultati u zdravoj populaciji (256).

U bolesnika s depresijom ekstraverzija, ugodnost i savjesnost, kao crte osobnosti, značajno su pozitivno povezane sa seksualnim zadovoljstvom, a negativno s negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnošću. To se može dijelom objasniti kliničkom slikom depresije koja sputava osobu da ulazi u interakcije s drugim ljudima. No kada su pretežito prisutne ekstraverzija, ugodnost i savjesnost, kao crte ličnosti, to omogućuje depresivnim osobama da budu seksualno zadovoljnije jer ostvaruju više seksualnih odnosa o čemu ima također izvještaja u literaturi (257).

Kada su ekstraverzija, ugodnost i savjesnost, kao crte osobnosti, u bolesnika s depresijom više izražene dolazi do smanjivanja negativnih emocija a i povećava se seksualna kompetencija. Nasuprot tome, neuroticizam, kao crta ličnosti u bolesnika s depresijom je značajno negativno povezan sa seksualnom “self – shemom” i seksualnim zadovoljstvom. To znači da se osoba koja je u strukturi više neurotična, a što znači da ima više negativnih emocija kao što su tuga, strah, ljutnja, osjeća seksualno nekompetentnijom i ima više izraženu negativnu emocionalnost na ljestvici seksualnog samopoimanja (28.)

Otvorenost je, kao crta ličnosti u depresivnih bolesnika, značajno pozitivno povezana sa seksualnom “self - shemom”, seksualnom spremnošću i seksualnim zadovoljstvom. Bolesnici s depresijom koji imaju naglašenu tu crtu osobnosti, lakše stupaju u odnose i imaju više seksualnog zadovoljstva, imaju manji osjećaj seksualne nekompetentnosti. Otvorenost kao crta ličnosti podrazumijeva osobe otvorenog duha,

njihov život je bogat doživljajima, sklone su eksperimentiranju, novim idejama i neuobičajenim vrijednostima, o čemu izvještavaju i drugi radovi (28).

I u zdravih ispitanika crte osobnosti imaju svoje značenje. Tako je ekstraverzija, kao crta osobnosti, značajno pozitivno povezana sa seksualnom spremnošću i seksualnim zadovoljstvom, a negativno povezana s negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnošću što je prisutno i u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, a o čemu ima izvještaja u literaturi (29).

Zanimljivo je da ugodnost kao crta ličnosti u zdravih ispitanika nije značajno povezana niti s jednim aspektom seksualnog samopoimanja, dok je u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom ta crta ličnosti pozitivno utjecala na određene aspekte seksualnog samopoimanja i to na seksualnu "self – shemu", seksualnu spremnost, seksualno zadovoljstvo i seksualni avanturizam, a smanjila je i negativnu emocionalnost i seksualnu nekompetentnost u tih bolesnika. To se može dijelom objasniti i kliničkim slikama ove dvije teške duševne bolesti koje dovode do povlačenja, tj smanjenja međuljudskih odnosa i posljedično tome smanjenja seksualnih odnosa. Ova crta ličnosti bitno utječe na poboljšanje tih odnosa, dok to u zdravih pojedinaca, koji nisu opterećeni psihopatologijom, nema većeg značenja, a što je vidljivo i iz drugih rezultata (258).

Savjesnost je, kao crta ličnosti, u zdravih ispitanika negativno povezana sa svijesti o vlastitoj seksualnosti i seksualnim avanturizmom, te su oni koji su imali više izraženu tu crtu ličnosti bili manje svijesni svoje seksualnosti i manje sklone seksualnom avanturizmu što je potpuno suprotno rezultatima u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.

Poznato je da je visoka savjesnost povezana s akademskim i profesionalnim uspjehom i da su savjesne osobe jake volje, usmjerene prema cilju, točne i pouzdane,

a i u ovom istraživanju su zdravi ispitanici bili višeg akademskog stupnja što može objasniti ove dobivne rezultate (28, 10).

Neuroticizam je, kao crta ličnosti u zdravih ispitanika, pak značajno negativno povezan seksualnom spremnošću i seksualnim zadovoljstvom, a pozitivno povezan s negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnošću što je isto kao i u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.

Otvorenost je, kao crta ličnosti u zdravih ispitanika značajno pozitivno povezana s seksualnom “self – shemom”, svijesti o vlastitoj seksualnosti, seksualnoj spremnosti, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom i negativno sa seksualnom nekompetentnošću što je slično rezultatima u shizofrenih i depresivnih bolesnika.

Upravo je otvorenost kao crta ličnosti u premorbidnom funkcioniranju, kako u zdravih ispitanika, a onda napose u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, mogla doprinjeti da se razvije bolja seksualna “self – shema”, a time i bolja svijest o vlastitoj seksualnosti. U kasnijim fazama života ta otvorenost dovodi do bolje seksualne spremnosti i većeg seksualnog zadovoljstva, a smanjuje negativne emocije vezane za seksualnosti te povećava seksualnu kompeticiju, tj. osobe se osjećaju sposobnije u odnosu na svoju seksualnost.

Poznato je da su osobe sa slabije izraženom otvorennošću konvencionalnog ponašanja i izgleda, sklone konzervativnim stavovima, više vole poznato u odnosu na novo, te su umjerenijih emocionalnih reakcija stoga i seksualnih interakcija (28).

5.2.2. Aspekti seksualnog samopoimanja i seksualno zadovoljstvo u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

U bolesnika sa shizofrenijom jačina spolnog nagona i lakoća kojom se spolno uzbuđuju značajno je negativno povezana sa seksualnom “self – shemom”, svijesti o vlastitoj seksualnosti, seksualnom spremnošću, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom. Što su navedeni aspekti jače izraženi jači je i spolni nagon i lakše se spolno uzbuđuju.

Ako je u shizofrenih bolesnika bolja seksualna “self – shema”, veća je i svijest o vlastitoj seksualnosti, a time je veća i spremnost na seksualne odnose.

To dovodi i do većeg seksualnog zadovoljstva, a sve to zajedno pozitivno utječe na jači spolni nagon i veće uzbuđenje, a što dijelom potvrđuju i predhodna istraživanja (10).

Lakoća postizanja orgazma u bolesnika sa shizofrenijom pozitivno je povezana sa seksualnom “self – shemom” i seksualnom spremnošću. Što su ti aspekti jači bolesnici lakše postižu orgazam.

Također je u bolesnika sa shizofrenijom i seksualno zadovoljstvo s orgazmima bolje što su veći rezultati na aspektima seksualne spremnosti i seksualnog avanturizma. Spremnost na seksualnu akciju i seksualni avanturizam dovode do češćih realizacija seksualnih odnosa i posljedično tome i većeg seksualnog zadovoljstva (10).

U bolesnika s depresijom jačina spolnog nagona je povezana sa seksualnom “self - shemom”, seksualnom spremnošću i seksualnim zadovoljstvom. Što su rezultati na tim aspektima veći jači je i spolni nagon. Istovremeno su rezultati na aspektu seksualne nekompetentnosti niži, što znači da su više kompetentni u odnosu na

svoju seksualnost, a što svakako povećava i seksualni nagon (259).

U bolesnika s depresijom je lakoća s kojom se spolno uzbude negativno povezana sa seksualnom “self - shemom”, svijesti o vlastitoj seksualnosti, seksualnim avanturizmom i seksualnim zadovoljstvom. Što su bolje seksualno shmatizirani, imaju veću svijest o vlastitoj seksualnosti a time i veću spremnost na seksualnu akciju. U konačnici rezultira s više seksualnog zadovoljstva jer se lakše spolno uzbude.

Što se tiče vlaženja vagine odnosno erekcije, značajno su negativno povezani sa seksualnom “self - shemom” i seksualnim zadovoljstvom tj. što imaju bolju seksualnu self-shemu i veće seksualno zadovoljstvo, to je erekcija odnosno vlaženje vagine bolje, a istovremeno imaju manje negativne emocionalnosti i seksualne nekompetentnosti.

Lakše postizanje orgazma u bolesnika s depresijom značajno je povezano s boljom seksualnom “self - shemom” i seksualnim zadovoljstvom te s manjom negativnom emocionalnošću (259).

U zdravih ispitanika jačina spolnog nagona je značajno negativno povezana sa seksualnom “self - shemom”, seksualnom spremnošću i seksualnim zadovoljstvom tj. što su rezultati na tim ljestvicama veći, jači je i spolni nagon a istovremeno se osjećaju manje seksualno nekompetentni što se podudara s rezultatima u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom (260).

Lakoća spolnog uzbuđuju značajno je negativno povezana sa seksualnom “self - shemom” i seksualnim zadovoljstvom, a pozitivno sa seksualnom nekompetentnošću. Što imaju bolju seksualnu “self – shemu” i veće seksualno zadovoljstvo, a manje se osjećaju nekompetentni, lakše se spolno uzbuđuju.

I u zdravih ispitanika je isto: što je veća seksualna “self – shema”, bolje je

vlaženje vagine i bolje je održavanje erekcije. Lakoća postizanja orgazma je povezana s negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnošću. Što su manje emocionalno negativni i manje seksualno nekompetentni, lakše postižu orgazam a što je bolja seksualna “self - shema”, seksualna spremnost i seksualno zadovoljstvo, a manje izražena negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost, imaju više seksualnog zadovoljstva.

Iz prethodno navedenog vidljivo je da bolje strukturirana seksualna “self – shema” u zdravih ispitanika, a također u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, dovodi do boljeg seksualnog funkcioniranja tj. smanjuje seksualne disfunkcije i povećava seksualno zadovoljstvo što je i razumljivo ako znamo da seksualne smetnje mogu biti simptomi bioloških (biogeni) intrapsihičkih ili međuljudskih problema (psihogeni) ili kombinacija ovih čimbenika. Na seksualno funkcioniranje mogu štetno djelovati stresori bilo koje vrste, emocionalni poremećaji ili nepoznavanje seksualnog funkcioniranja i fiziologije. Navednog nisu pošteđeni ni zdravi, a kamo li bolesnici sa shizofrenijom i depresijom (88).

5.3. UTJECAJ FARMAKOTERAPIJE I SOCIODEMOGRAFSKIH ČIMBENIKA NA SEKSUALNO SAMOPOIMANJE I SEKSUALNO ISKUSTVO U SHIZOFRENIH I DEPRESIVNIH BOLESNIKA I ZDRAVIH ISPITANIKA

5.3.1. Utjecaj farmakoterapije na seksualno iskustvo u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom u usporedbi s utjecajem na zdrave ispitanike

Između zdravih ispitanika i bolesnika sa shizofrenijom i depresijom dobivene su značajne razlike u jačini spolnog nagona.

Zdravi ispitanici imaju značajno jači spolni nagon nego bolesnici sa shizofrenijom i depresijom. To se dijelom može tumačiti samom prirodom bolesti kako u bolesnika sa shizofrenijom, tako i u bolesnika s depresijom u kojih je spolni nagon smanjen, osobito kada se radi o depresivom poremećaju.

Poznato je da spolni nagon, uz nagon za životom, spada u vitalne dinamizme koji su u depresivnih bolesnika sniženi. Iz kliničkog iskustva vidi se da se upravo seksualni nagon najteže oporavlja.

Osim same bolesti kako u bolesnika sa shizofrenijom, tako i u bolesnika s depresijom, na spolni nagon značajno utječe i medikacija koju isti uzimaju zbog svojih bolesti. Prije svega to su u bolesnika sa shizofrenijom antipsihotici, a u bolesnika s depresijom antidepressivi. Zdravi ispitanici ne uzimaju takvu vrstu medikacije (200, 261).

Zanimljivo je raspraviti razlike u seksualnim disfunkcijama u dvije skupine bolesnika s depresijom i to: a) skupina koja je liječena selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina i b) skupina koja je liječena ostalim vrstama

antidepresiva.

Također su i bolesnici sa shizofrenijom podijeljeni u dvije skupine s obzirom na vrstu medikacije: a) skupinu koja je liječena s tipičnim antipsihoticima (ili antipsihoticima prve generacije) i b) skupina koja je liječena s atipičnim antipsihoticima (ili antipsihoticima druge i treće generacije).

Postoje razlike u jačini spolnog nagona između bolesnika sa shizofrenijom, koji su liječeni atipičnim antipsihoticima i bolesnika s depresijom koji su liječeni antidepresivima različitih vrsta, kao i shizofrenih bolesnika koji su liječeni tipičnim antipsihoticima i depresivnih bolesnika liječenih ostalim vrstama antidepresiva, te bolesnika s depresijom koji su liječeni selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina i bolesnika s depresijom liječenih ostalim vrstama antidepresiva. Iz rezultata je vidljivo da bolesnici s depresijom koji su liječeni ostalim antidepresivima imaju značajno slabiji spolni nagon od svih ispitanivanih skupina. To se jednim dijelom može protumačiti težinom kliničke slike te su oni koji su liječeni ostalim antidepresivima, zbog teže kliničke slike dobili i na neki način “jaču medikaciju”, a i spolni nagon je u težoj kliničkoj slici depresije slabiji o čemu izvještavaju i neki radovi (262).

Zdravi ispitanici se od svih ostalih skupina ispitanika značajno lakše spolno uzbuđuju. I ovdje je značajno da se najteže spolno uzbuđuju bolesnici s depresijom, koji se liječe ostalim antidepresivima, a što potvrđuju i rezultati drugih radova (266).

Stupanj vlaženja vagine i održavanja erekcije značajno se razlikovao između zdravih ispitanika i obje skupine bolesnika s depresijom. Zdravi imaju bolje rezultate. Postoje navodi iz literature da je i sama depresija riziko čimbenik za razvoj erekcijske disfunkcije (262).

Objektive skupine bolesnika sa shizofrenijom, tj. oni koji su liječeni tipičnim

antipsihoticima i atipičnim antipsihoticima imaju bolje rezultate od bolesnika s depresijom iz skupine liječenih ostalim vrstama antidepresiva. To se na neki način i podudara sa dosadašnjim saznanjima vezanim za seksualnost u duševnih bolesnika.

Naime poznato je da od svih duševnih bolesnika, bolesnici s depresijom imaju najveću prevalenciju seksualnih disfunkcija. Pacijenti koji su uzimali antidepresive imali su češće i teže seksualne disfunkcije od onih koji nisu uzimali antidepresive, antipsihotike ili opijate (263).

Što se tiče postizanja orgazma, zdravi ispitanici i bolesnici sa shizofrenijom postižu značajno bolje rezultate od obje skupine bolesnika s depresijom tj. lakše postižu orgazam, a što je slično i nekim drugim rezultatima (263).

Zdravi ispitanici postižu bolje rezultate kod zadovoljstva orgazmima, nego bolesnici sa shizofrenijom i depresijom o čemu ima potvrde i u drugim istraživanjima (264).

Zanimljivo je da su bolesnici sa shizofrenijom, koji su liječeni atipičnim antipsihoticima, značajno zadovoljniji orgazmima, nego obje skupine bolesnika s depresijom. To na još jedan način potvrđuje prethodne spoznaje o težini seksualnih disfunkcija u depresivnih bolesnika, ali i boljem djelovanju na seksualne funkcije, tj. manje izazivanja seksualnih disfunkcija uslijed uzimanja atipičnih antipsihotika (200, 264).

5.3.2. Utjecaj medikacije na aspekte seksualnog samopoimanja u shizofrenih i depresivnih bolesnika, u usporedbi s utjecajem na zdrave ispitanike

U zdravih ispitanika, koji ne koriste nikakvu medikaciju, seksualna “self – shema” je značajno bolja od svih preostalih skupina ispitanika. Između ostalih skupina ispitanika, tj. bolesnika sa shizofrenijom, liječenih tipičnim i atipičnim antipsihoticima, kao i bolesnika s depresijom, liječenih selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina, nema razlike u seksualnoj “self –shemi”, što bi značilo da medikacija nema utjecaja na ovaj aspekt seksualnog samopoimanja, a što se dijelom podudara s prethodnim istraživanjima o seksualnim disfunkcijama s tipičnim i atipičnim antipsihoticima, na seksualno samopoimanje u shizofrenih bolesnika (10).

Kada govorimo o aspektu svijesti o vlastitoj seksualnosti, u zdravih ispitanika je značajno veća od svih ostalih skupina ispitanika. No važno je istaći da bolesnici s depresijom, koji se liječe sa selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina, imaju značajno veću svijest o vlastitoj seksualnosti nego bolesnici sa shizofrenijom koji se liječe tipičnim antipsihoticima.

Poznato je da selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina uzrokuju manje seksualnih disfunkcija te ti bolesnici imaju i veću svijest o vlastitoj seksualnosti. Tipični antipsihotici izazivaju dosta seksualnih disfunkcija što može utjecati na svijest bolesnika sa shizofrenijom o manjkavoj seksualnosti, a o čemu ima dokaza i u prethodnim istraživanjima (200, 265).

Spremnost na seksualnu akciju je veća u zdravih ispitanika u odnosu na druge skupine ispitanika. Važno je napomenuti da bolesnici sa shizofrenijom, koji se liječe atipičnim antipsihoticima, imaju granično značajnu veću spremnost na seksualnu akciju, nego bolesnici s depresijom, koji se liječe s ostalim vrstama antidepresivima.

To se dijelom može objasniti većim postotkom seksualnih disfunkcija uvjetovanih antidepresivima različitih skupina, ali ne selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (200).

Seksualni avanturizam u zdravih je ispitanika značajno veći nego li u svih preostalih skupina, osim u bolesnika sa shizofrenijom, koji se liječe tipičnim antipsihoticima što je suprotno prethodnim rezultatima (10) iz kojih je vidljivo da u kroničnih bolesnika sa shizofrenijom, a koji su liječeni atipičnim antipsihoticima, je bio jače izražen seksualni avanturizam, nego u onih koji su liječeni tipičnim antipsihoticima. No u akutnih shizofrenih bolesnika nije bilo statistički značajne razlike između onih koji su liječeni tipičnim i onih koji su liječeni atipičnim antipsihoticima.

Ipak važno je napomenuti da seksualne disfunkcije koje su bile posljedica uzimanja, kako tipičnih tako i atipičnih antipsihotika nisu utjecale niti na jedan aspekt seksualnog samopoimanja u akutnih i kroničnih shizofrenih bolesnika, što je vidljivo u rezultatima iz prethodnog istraživanja (10).

Negativna emocionalnost i seksualna nekompetentnost u zdravih su ispitanika značajno niže od svih preostalih skupina ispitanika, dok između ostalih skupina nema statistički značajnih razlika što je sukladno rezultatima iz prethodnog istraživanja, u kojem nema razlika između akutnih i kroničnih shizofrenih bolesnika, u ova dva ispitivana aspekta, ali se bitno razlikuju u odnosu na zdrave ispitanike (10).

Seksualno zadovoljstvo je značajno veće u zdravih ispitanika nego li u drugih skupina između kojih nema statistički značajne razlike što je istovjetno prethodnim istraživanjima, o bolesnima sa shizofrenijom (10).

5.3.3. Utjecaj spolne pripadnosti na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

U bolesnika sa shizofrenijom dobivena je statistički značajna razlika samo na prvom pitanju. Muškarci imaju značajno jači spolni nagon nego li žene. Takvi rezultati su zastupljeni u drugim istraživanjima iz kojih je vidljivo da muškarci imaju i veće seksualne želje od žena (266).

Također je vidljivo da muškarci postižu značajno veće rezultate na ljestvici seksualnog avanturizma nego li žene. Ovi rezultati podudaraju se s rezultatima iz prethodnog istraživanja u kojem su muški akutni i kronični shizofreni bolesnici te zdravi ispitanici postizali bolje rezultate na ljestvici seksualnog avanturizma (10).

Kada je riječ o bolesnicima s depresijom vidljivo je da muškarci postižu značajno veće rezultate u prva dva pitanja "Ljestvice seksualnog iskustva". Muškarci imaju jači spolni nagon i lakše se spolno uzbuđuju nego žene, a graničan nalaz dobiven je na četvrtom pitanju tj. muškarci lakše postižu orgazam nego žene, što odgovara i rezultatima drugih istraživanja (267).

Muškarci koji boluju od depresije postižu bolje rezultate na ljestvicama seksualne "self - sheme", svijesti o vlastitoj seksualnosti, seksualnom avanturizmu i seksualnom zadovoljstvu nego žene koje boluju od depresije. Takve rezultate nalazimo i u drugim istraživanjima, ali u bolesnika sa shizofrenijom i zdravih ispitanika, koji imaju u tim aspektima seksualnog samopoimanja bolje rezultate od žena (10).

U zdravih ispitanika muškarci postižu na svim pitanjima bolje rezultate tj. imaju manje seksualnih disfunkcija nego žene što potvrđuju i rezultati drugih istraživanja (30). Važno je napomenuti da se u nekim radovima spominje da žene s

višim stupnjem stručne spreme, s boljim socioekonomskim statusom i bračnim statusom imaju veće seksualno zadovoljstvo, nego li one koje to nemaju (267).

Nadalje, u zdravih ispitanika muškarci postižu bolje rezultate na ljestvicama seksualne “sefl - sheme”, seksualne spremnosti na akciju, seksualnom avanturizmu, nego žene što se podudara s rezultatima iz prethodnog istraživanja (10) u kojem zdravi muškarci postižu bolje rezultate nego li žene na ljestvicama seksualne “self – sheme”, seksualnog avanturizma i seksualnog zadovoljstva.

Kada se govori o svijesti o vlastitoj seksualnosti u zdravih ispitanika, dobivena je granično značajna interakcija spola i skupine na skali svijesti o vlastitoj seksualnosti.

Svijest o vlastitoj seksualnosti je veća u žena, u slučaju da su bolesnice sa shizofrenijom i u zdravih ispitanica, a u muškaraca u slučaju bolesnika s depresijom. To se ne podudara s prethodnim istraživanjima gdje nije bilo razlike između akutnih i kroničnih shizofrenih bolesnika i zdravih ispitanika u odnosu na svijest o vlastitoj seksualnosti (10).

Seksualno zadovoljstvo u zdravih ispitanika je podjednako kod muškaraca i žena, dok su žene sa shizofrenijom seksualno zadovoljnije od muškaraca što je suprotno rezultatima u prethodnom istraživanju u kojem su muškarci sa shizofrenijom seksualno zadovoljniji od žena, koje boluju od shizofrenije (10).

U bolesnika s depresijom muškarci su seksualno zadovoljniji nego žene jer imaju jači spolni nagon, lakše se spolno uzbude tj. imaju manje seksualnih disfunkcija što je vidljivo i iz rezultata ovog istraživanja, a potvrđeno je i u drugim istraživanjima (200, 262).

5.3.4. Utjecaj dobi na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

U bolesnika sa shizofrenijom starosna dob nije značajno povezana niti s jednim pitanjem “Ljestvice seksualnog iskustva” iako je iz literature najčeće poznato da se seksualna želja smanjuje s porastom dobi u zdravih ispitanika, ali postoje i suprotni rezultati iz kojih je vidljivo da dob ne utječe na seksualno zadovoljstvo (245, 266).

Nadalje, u bolesnika sa shizofrenijom starija dob je značajno povezana s manjom sviješću o vlastitoj seksualnosti te s manjom negativnom emocionalnošću što se razlikuje od rezultata u prethodnom istraživanju iz kojeg je vidljivo da dob, niti u akutnih niti u kroničnih shizofrenih bolesnika nije bila značajno povezana niti s jednim aspektom seksualnog samopoimanja (10).

U bolesnika s depresijom dob nije značajno povezana niti s jednim pitanjem” Ljestvice seksualnog iskustva”, dok je iz nekih radova vidljivo da dob negativno utječe na seksualne disfunkcije u bolesnika s depresijom, tj. povećá broj istih (262).

Nadalje, u bolesnika s depresijom, starija dob je značajno povezana s manje izraženom “self - shemom”, manjom svijesti o vlastitoj seksualnosti, nižim seksualnim avanturizmom, te manjom negativnom emocionalnosti i seksualnom nekompetentnosti. To je dijelom i razumljivo jer se s godinama smanjuje želja za seksualnim avanturizmom u oba spola. O tome govore i neki od prethodnih radova (266), ali su i manje opterećeni seksualnom nekompetentnošću kao i negativnim emocijama vezanim za seksualne odnose.

U zdravih ispitanika dob je značajno povezana s prvim, drugim i četvrtim pitanjem “Ljestvice seksualnog iskustva”. Što su ispitanici stariji to im je slabiji

spolni nagon, teže se spolno uzbude i teže postižu orgazam što potvrđuju i rezultati nekih prethodno navođenih radova (266).

Postoje radovi koje govore o ženama koje su visoko obrazovane i s dobrim poimanjem zadovoljstva sa svojim partnerom te su imale veću spolnu želju i veći broj spolnih odnosa u odnosu na druge žene koje su manje obrazovane i manje zadovoljne svojim partnerima (266).

Starosna dob i manjak spolnog partnera utječu negativno na spolnu želju (267). Dob, stupanj obrazovanja, prisutnost ili manjak partnera, stupanj zadovoljstva emocionalnom bliskošću s partnerom te odgovarajuće vlaženje utječu značajno na seksualnu želju i orgazam (268).

Što su žene starije one imaju manje seksualnih odnosa, smanjen im je interes za seksualne odnose, manje se zabrinjavaju sa spolnim odnosima što može biti povezano sa bračnim statusom, a može se razmatrati i kao biološka funkcija starenja o čemu također ima radova u literaturi (269).

Postoje radovi koji govore da žene od 40-69 godina imaju zadovoljavajuću seksualnu aktivnost, a jedna trećina je prijavila seksualne disfunkcije. Mjesečni ili češći seksualni odnosi su povezani s mlađom dobi, većim prihodima, s manjom tjelesnom masom (270).

U zdravih ispitanika starija dob značajno je povezana s manje izraženom seksualnom "self - shemom", spremnosti na seksualnu akciju i seksualnim zadovoljstvom te većom negativnom emocionalnošću i seksualnom nekompetentnošću o čemu govore i rezultati iz prethodnih istraživanja (10). Postoje i istraživanja iz kojih je vidljivo da dob ne utječe na seksualno zadovoljstvo (249).

5.3.5. Utjecaj bračnog statusa na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

U bolesnika sa shizofrenijom niti na jednom pitanju nije dobivena značajna razlika između ispitanika s različitim bračnim statusom.

Postoje radovi koji govore suprotno tj. navode da bolesnice sa shizofrenijom rjeđe trebaju seksualne odnose, i njihovo je zadovoljstvo spolnim odnosima smanjeno. Nadalje, postoji istraživanje o bolesnicama sa shizofrenijom koje su tijekom života imale više partnera, ali su tijekom ispitivanja imale manje partnera nego zdrave ispitanice. Uz to su imale i manje trudnoća, ali više pobačaja, a bile su više žrtve nasilja tijekom trudnoće te su često gubile skrbništvo nad djecom (156).

U bolesnika sa shizofrenijom, niti na jednoj ljestvici seksualnog samopoimanja, nije dobivena značajna razlika između ispitanika s različitim bračnim statusom, dok su rezultati prethodnog istraživanja pokazali da u kroničnih shizofrenih bolesnika postoji značajna razlika na određenim aspektima seksualnog samopoimanja te su oženjeni postizali bolje rezultate nego neoženjeni na aspektima seksualne “self – sheme” i seksualnog zadovoljstva (10).

To se djelom može objasniti da oženjeni shizofreni bolesnici imaju bolje strukturiranu seksualnu “self – shemu”, a samim time što imaju bračnog partnera imaju i više seksualnog zadovoljstva o čemu ima izvještaja i u drugim radovima (225).

U bolesnika s depresijom niti na jednom pitanju nije dobivena razlika između ispitanika s različitim bračnim statusom na “Ljestvici seksualnog iskustva”. Također niti na jednom aspektu seksualnog samopoimanja nije dobivena značajna razlika u bolesnika s depresijom u odnosu na bračni status. Ipak naknadna usporedba između

pojedinih parova pokazuje da rastavljeni/udovci postižu značajno veće rezultate na ljestvici seksualne spremnosti na akciju, nego ožljeni/udane. Neoženjeni/neudane postižu više rezultate na ljestvici seksualnog avanturizma nego oženjeni/udane. Postavlja se pitanje da li brak sam po sebi sputava seksualni avanturizam o čemu s obzirom na naše zemljopisno - kulturno i religijsko poimanje, može pozitivno odgovoriti, a o čemu ima izvještaja i u literaturi (2).

U zdravih ispitanika niti na jednom pitanju "Ljestvice seksualnih iskustava" nije dobivena značajna razlika između ispitanika različitog bračnog statusa. Ipak u zdravih ispitanika neoženjeni/neudane imaju značajno jači spolni nagon, nego oženjeni/udane, a što potvrđuju i rezultati drugih istraživanja iz kojih je vidljivo da upravo u braku opada broj spolnih odnosa i to što je brak dulji i što su pratneri stariji (271).

Postoje i drugačiji podaci iz drugih istraživanja od kojih je jedno provedeno u 24 žene koje su se po drugi put udale a nakon 50-te godine života i koje su imale bolja seksualna iskustva nego u prijašnjem braku. Objašnjenje za to je bilo da se interes pomiče od seksualnog odnosa i strasti prema partnerstvu, te intimnosti i osjećajima (272).

Stariji muškarci iznad 60-te godine života također su u visokom postotku seksualno aktivni i imaju seksualne želje unatoč povećanju seksualnih disfunkcija i do 5%, u odnosu na mlađu populaciju (246, 273).

Također je iz rezultata nekih radova vidljivo da se erekcijske disfunkcije i seksualne disfunkcije u žena tijekom života povećavaju, ali to ne mora utjecati na seksualne želje (274).

Provedeno je istraživanje na 1202 starija muškarca u dobi od 58-94 godine iz kojeg je vidljivo da 60 % muškaraca ima interes za održavanje seksualnih aktivnosti

(275).

Iz istraživanja koje je provedeno u 162 žene starije od 65 godine, vidljivo je da jedna od svake četiri žene u toj dobi održava seksualne odnose. Čimbenici koji određuju seksualnu aktivnost su samopoštovanje, seksualna želja, prethodna seksualna iskustva, te prisutnost partnera (276).

Nadalje istraživanja provedena u 438 Australki u dobi od 45 do 55 godina su pokazala da je starenje i duljina odnosa s partnerom povezano s opadanjem seksualnih funkcija.

Dodatno opadanje događa se u vrijeme menopauze. Najvažniji čimbenici koji utječu na žensku seksualnu funkciju su prethodna razina seksualnih iskustava, gubitak seksualnog partnera, osjećaji prema partneru te razina estradiola. Tu su još važniji psihosocijalni čimbenici i životni stil, dok je raspoloženje bila jedina dodatna varijabla koja je utjecala na sve seksualne disfunkcije. Sa starenjem i padom raspoloženja povećeva se i broj seksualnih disfunkcija (277) što potvrđuje i prethodne rezultate ovog rada.

Značajna je razlika dobivena u zdravih ispitanika na ljestvici seksualne spremnosti na akciju. Tako skupina neoženjeni/neudane postižu više rezultate na ljestvici seksualne "self - sheme" i seksualne spremnosti na akciju nego oženjeni/udane, dok su u prethodnom istraživanju oženjeni bili seksualno zadovoljniji od neoženjenih (10).

Postoje radovi koji govore da je bračni status povezan sa seksualnim zadovoljstvom u žena, ali ne u muškaraca (270).

Nadalje, dobivena je i razlika na ljestvici negativne emocionalnosti te skupine rastavljeni i udovice/udovci postižu više rezultate na ljestvici negativne emocionalnosti nego preostale dvije skupine ispitanika. Istovremeno postižu više

rezultate na ljestvici seksualne nekompetentosti nego neoženjeni/neudane.

Postoje istraživanja koja govore da rastavljeni osjećaju da su više ispunjeni negativnom emocionalnošću, a i oni koji su izgubili bračnog partnera tj. udovci/udovice mogu imati takav osjećaj zbog čega su i manje seksualno kompetentni nego neoženjeni i neudane koji još imaju vremena za bračne odnose tj. možda još ne osjećaju svoju seksualnu nekompetenciju jer mogu imati izvanbračne i druge vrste seksualnih odnosa (269).

5.3.6. Utjecaj stručne spreme na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

U bolesnika sa shizofrenijom niti na jednom pitanju nije dobivena razlika između ispitanika različite stručne spreme što bi značilo da stupanj stručne spreme ne utječe na pojavu seksualnih disfunkcija.

Nadalje, u bolesnika sa shizofrenijom niti na jednoj analiziranoj ljestvici seksualnog samopoimanja nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne spreme.

Ovi rezultati dijelom se podudaraju s rezultatima prethodnog istraživanja iz kojeg je vidljivo da u akutnih shizofrenih bolesnika stupanj stručne spreme ne utječe na aspekte seksualnog samopoimanja, ali se razlikuje od rezultata koji su dobiveni u kroničnih shizofrenih bolesnika gdje stupanj stručne spreme utječe na određene aspekte seksualnog samopoimanja.

Tako oni sa srednjom stručnom spremom postižu bolje rezultate na ljestvici seksualne "self - sheme" i vlastite svijesti o seksualnosti nego oni sa osnovnom školom (10).

U bolesnika s depresijom značajna je razlika dobivena na petom pitanju “Ljestvice seksualnog iskustva” koje se odnosi na zadovoljstvo s orgazmima te su ispitanici sa srednjom stručnom spremom zadovoljniji svojim orgazmima nego niskokvalificirani i kvalificirani ispitanici. To se dijelom može objasniti većim znanjem, mogućnošću korištenja nekih tehnika i informacija koja su manje obrazovanima manje dostupne (246). Naknadnim je usporedbama dobiveno da bolesnici s depresijom koji imaju visoku stručnu spremu imaju značajno veću seksualnu spremnost na akciju nego niskokvalificirani i kvalificirani. Oni s visokom stručnom spremom imaju značajno više izražen seksualni avanturizam nego li oni sa srednjom stručnom spremom.

U zdravih ispitanika niti na jednom pitanju “Ljestvice seksualnog iskustva” nije dobivena značajna razlika između ispitanika različite stručne spreme. U zdravih ispitanika značajna razlika je dobivena na ljestvici seksualnog zadovoljstva što potvrđuju i neka druga istraživanja te žene koje su obrazovanije tj. koje imaju viši stupanj stručne spreme, su seksualno zadovoljnije (267). Nadalje, naknadne usporedbe pokazuju da zdravi ispitanici sa srednjom stručnom spremom i visokom stručnom spremom imaju značajno više seksualnog zadovoljstva nego nisko kvalificirani i kvalificirani, dok su u prethodnom istraživanju zdravi ispitanici s višom stručnom spremom na ljestvici seksualne nekompetentnosti postizali bolje rezultate nego li oni sa srednjom stručnom spremom (10).

5.3.7. Utjecaj vjerske pripadnosti na seksualno iskustvo i seksualno samopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika te zdravih ispitanika

U bolesnika sa shizofrenijom postoje različita tumačenja o utjecaju religioznosti na samu bolest. Religija nekim bolesnicima sa shizofrenijom pomaže u liječenju, ali može imati i negativnu konotaciju, tj može doprinijeti razvoju komorbiditeta u vidu ovisnosti, depresivnosti i suicidalnosti (278).

Iako je u jednom od istraživanja u 115 bolesnika sa shizofrenijom, religija u procesu liječenja u imala pozitivan učinak u 71% bolesnika, a negativan učinak u 14% bolesnika, u ovom istraživanju nije bilo razlika s obzirom na religijsku pripadnost u odnosu na seksualne disfunkcije, dok je religijska pripadnost značajno utjecala na određene aspektive seksualnog samopoimanja.

Tako je u bolesnika sa shizofrenijom na ljestvici seksualnog zadovoljstva dobivena značajna razlika između pojedinih vjeroispovijesti.. Naknadno testiranje razlika između pojedinih vjeroispovijesti (Mann-Whitneyev test) u bolesnika sa shizofrenijom, pokazuje da rimokatolici postižu više rezultate na skali seksualnog zadovoljstva nego ateisti i pravoslavci. Ovi rezultati se mogu povezati sa bračnim statusom jer su rimokatolici u većem broju bili oženjeni, a poznato je da u bolesnika sa shizofrenijom bračni status povoljno djeluje na seksualno zadovoljstvo.

Postoje i metaanalize rađene u bolesnika s depresijom iz kojih je vidljivo da je religioznost povezana s manjim brojem depresivnih simptoma, tj. oni koji su religiozniji imaju blaže izraženu depresiju (122).

U ovom istraživanju u bolesnika s depresijom nema značajne razlike između pojedinih vjeroispovijesti na pojedinim pitanjima "Ljestvice seksualnih iskustava". Također nema značajne razlike između pojedinih vjeroispovijesti niti na jednom

aspektu seksualnog samopoimanja.

U zdravih ispitanika značajna je razlika između pojedinih vjeroispovijesti na prvom pitanju “Ljestvice seksualnog iskustva” a koje se odnosi na jačinu spolnog nagona. Naknadne usporedbe između pojedinih parova skupina pokazuju da pripadnici islamske vjeroispovijesti imaju značajno jači spolni nagon od ateista, rimokatolika i pravoslavaca.

U zdravih ispitanika značajna je razlika između pojedinih vjeroispovijesti dobivena na ljestvici vlastite svijesti o seksualnosti. Naknadne usporedbe između pojedinih vjeroispovijesti pokazuju da ateisti postižu značajno više rezultate na toj ljestvici nego rimokatolici i pravoslavci. To se dijelom može razumjeti u kontekstu “seks kao tabu tema” pa oni koji su odgajani u vjerskom ozračju imaju manje razvijenu svijest o vlastitoj seksualnosti, nego oni koji ne pripadaju niti jednoj religiji.

U istraživanju provedenom u 535 žena u SAD-u, visok stupanj religioznosti bio je povezan s negativnim stavovima prema seksualnim aktivnostima koji nisu rezultirali rađanjem djece, krivnjom zbog masturbacije, smanjenom mogućnošću stupanja u seksualne odnose i manjim brojem seksualnih partnera, dok razlike nisu što se tiče religioznosti i psihološkog, te fiziološkog seksualnog zadovoljstva nađene u kršćana (279).

Postoje radovi koji govore da se u kršćanstvu zadovoljstvo seksualnim odnosima smatra grijешnim i zlim, potiskivanje seksualnosti vodi propagiranju asketizma i ovladavanju seksualnom senzualnosti što se ostvaruje kroz celibat.

Tjedna stopa spolnih odnosa za mušarce i žene ateiste je 3,1; za protestante 2,6, a za katolike 2,3. Najaktivniji muškarci - vjernici su često agresivni u ostvarenju seksualnih odnosa u odnosu na one koji nisu religiozni o čemu se izvještava u nekim radovima (280).

Postoje radovi koji govore o mijenjanu nekih stavova, bez obzira na religijsku pripadnost, pod utjecajem drugih zemljopisnih i kulturnih podneblja. Tako je u Švedskoj na iranske islamiste i njihov pogled na seksualnost, švedska kultura utjecala na njihove seksualne odnose. Iranski imigranti su mijenjali holistički pogled, osobito u seksualnim odnosima, u smislu mijenjanja patrijahalnih, autoritativnih i tradicionalnih pogleda na seksualne odnose u ravnopravne seksualne odnose (281).

Mijenjanje stava o seksualnim odnosima pod utjecajem drugih kulturnih i vjerskih zajednica opisano je i u nekih drugih religija koje nisu bile zastupljene u ovom istraživanju (282).

6.0. ZAKLJUČCI

1. Aspekti seksualnog samopoimanja i seksualni čin

- Shizofreni i depresivni poremećaji utječu na sve aspekte seksualnog samopoimanja (seksualnu „self – shemu“, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativnu emocionalnost, seksualnu nekompetentnost i seksualno zadovoljstvo), te se oni bitno razlikuju u odnosu na zdrave ispitanike, ali nema razlika između bolesnika sa shizofrenijom i depresijom niti na jednom aspektu seksualnog samopoimanja.
- Seksualni čin u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom se bitno razlikuje od seksualnog čina u zdravih ispitanika, s time da je najlošije seksualno funkcioniranje u depresivnih bolesnika.

2. Čimbenici osobnosti, aspekti seksualnog samopoimanja i seksualni čin

- Čimbenici osobnosti utječu na određene aspekte seksualnog samopoimanja u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom te u zdravih ispitanika. Različiti čimbenici osobnosti su prediktori određenih aspekata seksualnog samopoimaja u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, a u zdravih ispitanika čimbenici osobnosti su značajni prediktori svih aspekata seksualnog samopoimanja.

- Čimbenici osobnosti utječu na seksualni čin u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, te određeni čimbenici osobnosti mogu biti prediktori za određeni seksualni čin u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, dok čimbenici osobnosti ne utječu značajnije na seksualni čin u zdravih ispitanika, te ne mogu biti prediktori za određeni seksualni čin.

3. Psihofarmakoterapija, sociodemografski faktori, aspekti seksualnog samopoimanja i seksualni čin

- Psihofarmaci različito utječu na aspekte seksualnog samopoimanja i seksualnog čina u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.
- Sociodemografski čimbenici utječu na aspekte seksualnog samopoimanja i seksualnog čina u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom i zdravih ispitanika.
- Spol utječe na aspekte seksualnog samopoimanja i seksualni čin u sve tri grupe ispitanika, dok dob bitnije ne utječe na seksualni čin u bolesnika sa shizofrenijom i depresijom.
- Bračno stanje utječe na seksualno iskustvo u bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika, a stupanj stručne spreme utječe na seksualno iskustvo i aspekte seksualnog samopoimanja u bolesnika s depresijom i zdravih ispitanika.
- Vjerska pripadnost ne utječe na aspekte seksualnog samopoimanja i seksualni čin u bolesnika s depresijom.

7.0. LITERATURA

1. Blanck G, Blanck R. Ego-psihologija. Zagreb: Naprijed; 1985, str.30-4.
2. Cotić A. Utjecaj životne sredine, kronologijske dobi i spola na tip stava prema seksusu. Primjenjena psihologija 1981; 2(1-3): 119-20.
3. Tkalčić M. Odnos spolne orijentacije i nekih aspekata samopoimanja. Primjenjena psihologija 1990; 11 (4): 235-6.
4. Cros Se, Marcus HR. Self-schemas possible selves, and competent performance. J Educ Psychol 1994; 86: 423-438.
5. Bezinović P, Rabotek-Šarić Z, Božičević V. "(Ne)primjerena" uloga spola kao determinator procjena nekih karakteristika ličnosti. radovi: Razdio društvenih znanosti 1982; 6 (2): 225-30.
6. Brajša-Žganac A, Rabotek-Šarić Z, Franc R. Dimenzije samopoimanja djece u odnosu na opaženu socijalnu podršku iz različitih izvora. Društ Istraž 2000; 50 (6): 897-912.
7. Bezinović P. Percepcija osobne nekompetentnosti kao dimenzija samopoimanja (neobjavljena doktorska dizertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 1998.
8. Štulhofer A. Govoriti jedno, činiti drugo? Spol, stavovi o spolnosti i heteroseksualno ponašanje u urbanoj Hrvatskoj. Revija za socijologiju 2000; 50 (6): 63-79.
9. Bezinović P, Bunjac N, Repe M. Spolne razlike u seksualnoj self-shemi u studentskom uzorku. Godišnjak Odsjeka za psihologiju 1994; 3: 1-10.
10. Vučić Peitl M. Seksualno samopoimanje u shizofrenih bolesnika (magistarski rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci; 2001.

11. Kaplan IH. Shizofrenia i poremećaj raspoloženja. U: Kaplan IH, Sadock JB. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Slap; 1998: 74-113.
12. Munjack DJ, Oziel Lj, Kanno PH, Wipple K, Leonard MD. Psychological characteristics of males with secondary erectile failure. Arch Sex Behav 1981; 10 (2): 123-31.
13. Plaud JJ, Dubbert PM, Holm J, et al. Erectile dysfunction in men with chronic medical illness. J Behav Ther & Exp Psychiatry 1996; 27 (1): 11-9.
14. Baroti MG, Kinder BN, Tomianovic D. Interaction effects of emotional status and sexual abuse on adult sexuality. J Sex & Marital Ther 2000; 26 (1):1-23.
15. Srinivasan TN, Thara R. Beliefs about causation of schizophrenia: do Indian families believe in supernatural causes? Soc Psychiatry & Psychiatr Epidemiol 2001; 36 (3): 134-40.
16. Bhugra D, Hilwing M, Mallett R et al. Factors in the onset of schizophrenia: a comparison between London and Trinidad samples. Acta Psych Scand 2000; 101 (2): 135-41.
17. Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH et al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. J Nerv & Ment Dis 2002; 190 (4):241-7.
18. Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. Compr Psychiatry 1996; 37 (1): 56-61.
19. Petrie WM. Sexual effects of antidepressants and psychomotor stimulant drugs. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1980; 15:77-90.
20. Munjack DJ, Staples FR. Psychological characteristics of women with sexual inhibition (frigidity) in six clinics. J Nerv & Ment Disease 1976; 163(2):117-23.

21. Hooley JM, Hiller JB. Personality and expressed emotion. *J Abnorm Psychol* 2000; 109(1): 40-4.
22. Petty RG. Reported Endocrine and Sexual Disturbances with Prolactin Elevating Antipsychotic Agents. Philadelphia: Department of Psychiatry University of Pennsylvania, 1999: 1-29.
23. Sullivan G, Lukoff D. Sexual side-effects of antipsychotic medication: evaluation and interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 11:1238-41.
24. Angel L, Montejo MD, Gines L et al. Incidence of Sexual Dysfunction Associated With Antidepressant Agents: A Prospective Multicenter Study of 1022 Outpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 3): 10-21.
25. Folnegović-Šmalc V. Prevencija i socijalna psihijatrija. *Soc psihijatrija* 1997; 25: 105-8.
26. Janek M. Psihologija osebnosti. Ljubljana: DDU Univerzum; 1997:113.
27. Fulgosi Ante. Psihologija ličnosti, teorija istraživanja. Zagreb: Školska knjiga; 1997.
28. Goldberg LR. The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment* 1992;4:26-42.
29. Kardum I, Gračanin A, Hudek-knežević J. Odnos crta ličnosti i stilova privrženosti s različitim aspektima seksualnosti kod žena i muškaraca. *Psihologijske teme* 2006; 15 (1):101-28.
30. Raboch J. Sexual development and life of psychiatric female patients. *Arch Sex Behav* 1986; 15(4): 341-53.
31. Monroe M, Baker RC, Roll S. The relationship of homophobia to intimacy in heterosexual men. *J Homosex* 1997; 33(2): 23-37.
32. Meana M, Binik VM, Khalife S, et al. Biopsychosocial profile of women with

- dyspareunia. *Obstet Gynecol* 1997; 90:583-9.
33. Ivezic S. Shizofrenija I narcistički objektni odnosi. *Psihoterapija* 1994; 24:91-5.
34. Lysaker PH, Bell MD, Kaplan E, Greig TC, Bryson GJ. Personality and psychopathology in schizophrenia: the association between personality traits and symptoms. *Psychiatry* 1999; 62(1):36-48.
35. Berenbaum H, Fujita F. Schizophrenia and personality: exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *J Abnorm Psychol* 1994;103:148-158.
36. Gurrera RJ, Nestor PG, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia: comparison with a community sample. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:31-35.
37. Freeman D, Garety PA. Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behav Cogn Psychotherapy* 1999;27:47-62.
38. Guerrero RJ, Nestor PG, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia: comparison with a community sample. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(1):31-5.
39. Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, Nestadt G. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety* 2004; 20:92-7.
40. Bienvenu OJ, Nestadt G, Samuels JF, Howard WT, Costa PT, Eaton WW. Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 154-61.
41. Jankowsky DS, Morter S, Tancer M. Over-representation of Myers Briggs Type Indicator introversion in social phobia patients. *Depress Anxiety* 2000;

- 11:121–5.
42. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa PT, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados M, Cullen BAM. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive–compulsive disorder: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Br J Psychiatry* 2000; 177:457–62.
 43. Trull TJ, Sher KJ. Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders in a non-clinical sample. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:350–60.
 44. Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affect and their relevance to the study of psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1998; 97:346–53.
 45. Pikić A. Ženska seksualnost i znanja o seksu do 19. stoljeća. *Kruh i ruže* 2003; 19.
 46. Zarevski Z. Neki psihološki aspekti koncepta selfa. *Soc psihijatrija*. 2006; 34(2): 76-80.
 47. Nathanson DL. *The many faces of shame*. New York: The Guilford Press, 1987.
 48. Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. Women's sexual self-schema. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67: 1079-100.
 49. Andersen BL, Cyranowski JM, Espindle D. Men's sexual self-schema. *J Pers Soc Psychol* 1999;76(4):645-61.
 50. Bem SL. Gender schema theory a cognitive account of sex typing. *Psychol rev* 1981; 88:354-64.
 51. Rosenkrantz P, Vogel S, Bee H, Broverman I, Broverman DM. Sex-role stereotypes and self concepts in college students. *J of Consul and Clin Psychol*

- 1968; 32:283-94.
52. Parker G, Fairley M, Greenwood J, Jurd S, Silove D. Parental representation of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *Br J of Psychiatry* 1982; 141:573-81.
53. Hafner H. In search for the Causes of schizophrenia. U: hafner H, Gattaz WF, Janzarik W, ur. *Epidemiology of schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag 1987; 47-74.
54. Kaplan HI, Sadock BJ. *Pocket handbook of clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990:4.
55. McCabe MP. Sex Education Programs for People With Mental Retardation. *Ment Retardation* 1993; 31:337- 87.
56. Rosenberg M. *Conceiving the Self*. New York: Basic Book 1979.
57. Harré R. *Personal Being*. London: Basil Blackwell 1983.
58. Hobfoll, S.E., Nadler, A. & Leiberman, J. Satisfaction with social support during crises: Intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51: 296–304.
59. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman. 1967.
60. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton NJ: Princeton University Press.1965.
61. Andrews B, Brewin C. R. Attributions for marital violence: A study of antecedents and consequences. *J of Marriage and the Family* 1990; 52: 757–67.
62. Brewin C, Andrews B, Furnham. Intergenerational links and positive self-cognitions: Parental correlates of optimism, learned resourcefulness, and self-

- evaluation. *Cogn Ther and Res* 1996; 20: 247–63.
63. Gureje O, Harvey C, Herrman H. Self esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Aust NZJ Psychiatry* 2004; 38:334-8.
64. Elliott G.C. Self-esteem and self-consistency: A theoretical and empirical link between two primary motivations. *Soc Psychol Quart* 1989; 49, 207–18.
65. Quillet R, Joshi P. Loneliness in relation to depression and self-esteem. *Psychol Repor* 1986; 58: 821–2.
66. Warner R, Taylor D, Powers M, Hyman J. Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *Am J of Orthopsych* 1989; 59: 398–409.
67. Freeman D, Garety P, Fowler D, Kuipers E, Dunn G, Bebbington P, Hadley C. The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV:Self-esteem and persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 1998; 37:415–30.
68. Brown GW, Bifulco A, Veiel HO, Andrews B. Self-esteem and depression: III.Aetiological issues. *Soc Psych Epid* 1990; 25: 235–43.
69. Miller L, Warner V, Wickramaratne P, Weissman M. Selfesteem and depression: ten-year follow-up of mothers and offspring. *J Affect Disord* 1999; 52: 41–49.
70. Bowins B, Shugar G. Delusions and self-esteem. *Can J Psychiatry* 1998; 43: 154–8.
71. Brekke JS, Levin S, Wolkon GH, Sobel E, Slade E. Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19: 599–608
72. Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to

- depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 522–8.
73. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994; 39: 155–64.
74. Robey K, Cohen B, Gara M. Self-structure in schizophrenia. *J of Abnorm Psychol* 1989; 98, 436–42.
75. Bradshaw W, Brekke JS. Subjective experience in schizophrenia: Factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress. *Am J of Orthopsych* 1999; 69: 254–60.
76. Brown GW, Andrews B, Bifulco A, Veiel H. Self-esteem and depression: I. Measurement issues and prediction of onset. *Soc Psych and Psychiatric Epidem* 1990; 25: 200–9.
77. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *Am Sociolog Rev*, 1995; 60: 141–56.
78. Andrews B, Brown G W. Self-esteem and vulnerability to depression: The concurrent validity of interview and questionnaire measures. *J of Abnorm Psychol* 1993; 102: 565–72.
79. Kohn ML, Schooler C. Class, occupation and orientation. *Am Sociolol Rev*, 1969; 34: 659–78.
80. Barrowclough C, TARRIER N, HUMPHREYS L, WARD J, GREGG L, ANDREWS B. Self esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes and symptomatology. *J of abnorm psychol*, 2003; 112(1): 92-9.
81. Haas GL, Garratt LS. (1998). Gender social differences in social functioning.

- In K.T. Mueser & N. Tarrier (Eds.), *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. London: Allyn and Bacon 1998; 149-79.
82. Bowins B, Shugar G. Delusions and self-esteem. *Can J of Psych* 1998; 43: 154–8.
83. Bellack AS. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? *Schizop Bull* 1992; 18: 43–9.
84. Lecomte T, Cyr M, Lesage AD, Wilde J, Leclerc D, Richard N. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *J of Nerv and Ment Disease* 1999; 187: 406–13.
85. Whitley BE. sex role orientation and self-esteem. A critical meta-analytic review. *J of Personal and Soc Psychol* 1983;44:765-78.
86. Bandura A. *Social cognitive theory*. U: Vasa R. *Annals of child development* Greenwich, CT:JAI Press; 1988.
87. Masterson, Rinslex D. The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychotic structure of the borderline personality. *Intern J of Psycho-Analy* 1975; 56:163-77.
88. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J of Urol* 2000; 163:888-93.
89. Berman J, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urol* 1999;5 4:385-391.
90. *DSM-IV: Međunarodna verzija sa MKB-10 šiframa*. Jastrebarsko: Slap; 1996.
91. Harrison PJ, Owen MJ. Genes for schizophrenia? Recent findings and their

- pathophysiological implications. *Lancet*, 2003; 361(9355): 417–9.
92. Ho BC, Andreasen NC, Nopoulos P, Arndt S, Magnotta V, Flaum M. Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia. *Arch Gen Psych* 2003; 60(6):585-94.
93. Takahashi T, Suzuki M, Tanino R, Zhou SY, Hagino H, Niu L, Kawasaki Y, Seto H, Kurachi M. Volume reduction of the left planum temporale gray matter associated with long duration of untreated psychosis in schizophrenia: A preliminary report *Psychiatry Res* 2007; 15:154(3):209-19.
94. Kuroki N, Shenton ME, Salisbury DF, Hirayasu Y, Onitsuka T, Ersner-Hershfield H, Yurgelun-Todd D, Kikinis R, Jolesz FA, McCarley RW. Middle and inferior temporal gyrus gray matter volume abnormalities in first-episode schizophrenia: an MRI study *Am J Psychiatry* 2006; 163(12):2103-10.
95. Lotstra F. Biological models of schizophrenia: an update *Encephale*. 2006; 32(4):446-51.
96. Napolus P. Research links, childhood-onset and adult-onset schizophrenia. [Http:"www.psl group com/dg/b 1972. htm](http://www.pslgroup.com/dg/b1972.htm)
97. Coyle JT, Tsai G, Goff D. Converging evidence of NMDA receptor hypofunction in the pathophysiology of schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003; 1003: 318-27.
98. Reynolds GP, Harte MK. The neuronal pathology of schizophrenia: molecules and mechanisms *Biochem Soc Trans* 2007; 35(2):433-6.
99. Abi-Dargham A. Alterations of serotonin transmission in schizophrenia. *Int Rev Neurobiol* 2007; 78:133-64. Gottesman II, Lyons MJ, Faraone SV.

- Heterogeneity of schizophrenia. Conceptual models and analytic strategies. *Br J Psychiatry* 1990; 156:17-26.
100. Gottesman II, Lyons MJ, Faraone SV. Heterogeneity of schizophrenia. Conceptual models and analytic strategies. *Br J Psychiatry* 1990; 156:17-26.
 101. Kendler KS, Diehl SR. The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiological perspective. *Schizophr Bull* 1993; 19: 261-85.
 102. Torrey EF, Bowler AE, Taylor EH, Gottesman II. Schizophrenia and manic depressive disorder. New York: Basic books. 1994; ISBN 0-465-07285-2.
 103. Dalby JT, Morgan D, Lee M. Schizophrenia and mania in identical twin brothers. *J of Nerv and Mental Disease* 1986; 174: 304-8.
 104. Owen MJ, Craddock N, O'Donovan MC. Schizophrenia: genes at last? *Trends in Genetics* 2005; 21(9): 518-25.
 105. Riley B, Kendler KS. Molecular genetic studies of schizophrenia. *Eur J Hum Genet* 2006; 14 (6): 669-80.
 106. Elkin A, Kalidindi S, McGuffin P. Have schizophrenia genes been found? *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:107-13.
 107. Choudhury K, McQuillin A, Puri V, Pimm J, Datta S, Thirumalai S, Krasucki R, Lawrence J, Bass NJ, Queste D, Crombie C, Fraser G, Walker N, Nadeem H, Johnson S, Curtis D, St. Clair D, Gurling HMD. A genetic association study of chromosome 11q2-24 in two different samples implicates the *FXRD* gene, encoding phosphohippin, in susceptibility to schizophrenia. *Am J Hum. Genet.* 2007; 80(4):664-72.
 108. Danier R, Hanson, Irving I, Gottesman. Theories of schizophrenia: a genetic-inflammatory-vascular synthesis. *BMC Med Genet.* 2005; 11:6-7.
 109. Eaton WW, Byrne M, Ewald H, Mors O, Chen CY, Agerbo E, Mortensen

- PB. Association of Schizophrenia and Autoimmune Diseases: Linkage of Danish National Registers. *Am J of Psych* 2006; 163: 521-8.
110. Jones AL, Mowry BJ, Pender MP, Greer JM. Immune dysregulation and self-reactivity in schizophrenia: do some cases of schizophrenia have an autoimmune basis? *Immunol Cell Biol* 2005; 83 (1): 9-17.
111. Day R, Nielsen JA, Korten A, Ernberg G, Dube KC, Gebhart J, Jablensky A, Leon C, Marsella A, Olatawura M et al. Stressful life events preceding the acute onset of schizophrenia: a cross-national study from the World Health Organization. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1987; 11(2):123–205.
112. Harriet L. MacMillan, Jan E. Fleming, David L. Streiner, Elizabeth Lin, Michael H. Boyle, Ellen Jamieson, Eric K. Duku, Christine A. Walsh, Maria Y.-Y. Wong, William R. Beardslee. Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *Am J of Psych* 2001; 158: 1878-83.
113. Schenkel LS, Spaulding WD, Dilillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophr Res* 2005; 76(2-3): 273-86.
114. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, De Graaf R, Van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psych Scand* 2004; 109: 38
115. Bebbington PE, Kuipers E. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psycholog Med*, 1994; 24: 707-18.
116. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clini Psycholog Rev*

- 2000; 20, 633-66.
117. Van Os J. Does the urban environment cause psychosis? *Br J of Psych*, 2004; 184 (4): 287–8.
118. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J of Psych* 2004; 184 (4): 293–8.
119. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *J of Psych and Neurosc* March; 2004; 29(2):102–13.
120. Brune M, Abdel-Hamid M, Lehmkamper C, Sonntag C. Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: What predicts poor social competence in schizophrenia best? *Schizophr Res* Mar 2007; 6.
121. Cohen D. Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 2004; 1:69(1):7-14.
122. Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety P, Dunn G, Kuipers E. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res* 2006; 86(1-3):181-8.
123. Beck AT. A Cognitive Model of Schizophrenia. *J of Cogn Psychoth*, 2004; 18 (3), 281-8.
124. Brown AS. Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2006; 32 (2): 200-2.
125. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, Brown AS, Lin S, Labovitz D, Gorman JM. Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch of General Psychiatry* 1996; 53(1): 25–31.

126. Huttunen MO, Niskanen P. Prenatal loss of father and psychiatric disorders. Arch Gen Psychiatry 1978;35(4):429-31.
127. Davies G, Welham J, Chant D, Torrey EF, McGrath J. A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. Schizophr Bull 2003; 29 (3): 587–93.
128. Haverkamp F, Propping P, Hilger T. Is there an increase of reproductive rates in schizophrenics? I critical review of literature. Arch Psychiatr Nerven 1982; 148:479-50.
129. Avila M, Thaker G, Adami H. Related Articles, Links Genetic epidemiology and schizophrenia: a study of reproductive fitness. Schizophr Res 2001; 47(2-3):233-41.
130. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry / IV Baltimore: Williams and Wilhinson 1995; 889-902.
131. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Press Inc; 1994.
132. Mahler M. The Psychological Birth of the Human Infant. New York: Basic Books; 1976.
133. Kaplan HI, Sadock JB. Priručnik za upotrebu lijekova u psihijatriji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
134. Richtand NM, Welge JA, Logue AD, Keck PE Jr, Strakowski SM, McNamara RK. Dopamine and Serotonin Receptor Binding and Antipsychotic Efficacy. Neuropsychopharmacol 2007; 24: 56-80.
135. Ogden TH. Projective Identification in Psychiatric Hospital Treatment, Bull Merniger Clin 1954; 111.
136. Kohut H. The analysis of the Self Intervational. New York: Universities

- Press; 1971.
137. Shenuan C. Depressive Symptoms Significant in Schizophrenia. *Clin Psychiatry Nuvs* 1999; 27(3):29.
138. Weinden PJ. Cost of Relapse in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21(3).
139. Algbaud-Rad J. Childhood – Onset Schizophrenia: the severity of premorbid
Cours. *I Am Acad Adolesc Psychiatry* 1995; 34.
140. Jakovljević M. Drugi simptomi i shizofrenija: seksualne disfunkcije. *Pro
Mente* 2006; 39.
141. McGrath J. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma.
BMC Med 2004; 2:113.
142. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A
systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates
and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC
Med* 2004; 2:113.
143. Collins AC, Kellner R. Neuroleptics and sexual functioning. *Integr
Psychiatry* 1986; 4: 96-9.
144. Raboch J. Sexual development and life of female schizophrenic patients.
Arch Sex Behav 1984; 13: 341-9.
145. McEvoy JP, Hatcher A, Appelbaum PS, Abernethy V. Chronic schizophrenic
women's attitudes toward sex, pregnancy, birth control, and childbearing.
Hosp Community Psychiatry 1983; 34: 536 – 9.
146. Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P, Weizman A. Sexual
dysfunction in male schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 137 –
41.
147. Nestoros JN, Lehmann HE, Ban TA. Sexual behavior of the male

- schizophrenic: The impact of illness and medications. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 421-42.
148. Akhtar S, Thomson J. Schizophrenia and sexuality: A review and a report of twelve unusual cases ± Part I. *J Clin Psychiatry* 1980; 41: 134-42.
149. Kelly DL, Conley RR. A randomized double-blind 12-week study of quetiapine, risperidone or fluphenazine on sexual functioning in people with schizophrenia. *Psychoneuroendocrinol* 2006;31:340-346.
150. Lukoff D, Gioia-Hasick D, Golden JS, Nuechterlein KH. Sex education and rehabilitation with male schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1986; 12: 669-77.
151. Lukianowicz N. Sexual drive and its gratification in schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 1963; 9: 250-8.
152. Azzoni A., Barini A., Daniele A., Gainotti G., Mazza S. Proposal for a questionnaire on the sexual dysfunctions in temporal lobe epilepsy patients. *Boll Lega It Epil* 1987;58(59):229-30.
153. Pinderhughes CA, Barrabee GE, Reyna LJ. Psychiatric disorders and sexual functioning. *Am J Psychiatry* 1972;128:1276-83.
154. De Molina Roman MR, Salvador Carrula L, Foras Eroles F. Sexuality and schizophrenia. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1994;40 3:195-206.
155. Coverdale JH, Turbott SH, Roberts H. Family planning needs and STD risk behaviours of female psychiatric out-patients. *Br J Psychiatry* 1997;171:69-72.
156. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996;47 5:502-6.
157. Ghadirian AM, Chouinard G, Annable L. Sexual dysfunction and plasma

- prolactin levels in neuroleptic-treated psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:463-467.
158. Mitchell JE., Popkin MK. Antipsychotic drug therapy and sexual dysfunction in men. *Am J Psychiatry* 1982;139:633-7.
159. Seagraves RT. Overview of sexual dysfunction complicating the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1992;10 (2):4-10.
160. Coverdale JH., Schotte D., Ruiz P., Pharies S., Bayer T. Family planning needs of male chronic mental patients in the general hospital psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16 (1):38-41
161. Gottesman IL, Groome CS. HIV/AIDS risks as a consequence of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23 (4):675-84.
162. Kelly JA. HIV risk reduction interventions for persons with severe mental illness. *Clin Psychol Rev* 1997;17(3):293-309.
163. Seidman SN., Rieder RO. A review of sexual behavior in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151: 333-7.
164. Baldwin DS and Hirschfeld RM. A., *Fast Facts - Depression*. Oxford, UK: Health Press Limited. 2001.
165. Springhouse. *Professional Guide to Diseases, Eighth Edition*; Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
166. Murray CJL, Lopez AD. "Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study". *Lancet* 1997; 349: 1498-1504. (www.who.int)
167. Criteria for depression are too broad, researchers say - guidelines may encompass many who are just sad; Shankar Vedantam; *Washington Post*; Tuesday, April 3, 2007; Page A02.

168. (<http://depression.about.com/od/causes/a/mutantgene.htm>)
169. Valdez GR. Development of CRF1 receptor antagonists as antidepressants and anxiolytics: progress to date. *CNS Drugs* 2006;20(11):887-96.
170. Hauger RL, Risbrough V, Brauns O, Dautzenberg FM. Corticotropin releasing factor (CRF) receptor signaling in the central nervous system: new molecular targets. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2006; 5(4): 453-79.
171. Nielsen DM. Corticotropin-releasing factor type-1 receptor antagonists: the next class of antidepressants? *Life Sci*. 2006; 25:78(9): 909-19.
172. Rosenzweig-Lipson S, Sabb A, Stack G, Mitchell P, Lucki I, Malberg JE, Grauer S, Brennan J, Cryan JF, Sukoff Rizzo SJ, Dunlop J, Barrett JE, Marquis KL. Antidepressant-like effects of the novel, selective, 5-HT (2C) receptor agonist WAY-163909 in rodents. *Psychopharmacology* 2007; 192(2):159-70.
173. Helen Mayberg. *Scientific American*, volume 17, number 4, pp. 26-31
<http://www.sciammind.com/article.cfm?&articleID=0002AD36-CF84-14C7-CC83414B7F0000>)
174. Beauquis J, Roig P, Homo-Delarche F, De Nicola A, Saravia F. Reduced hippocampal neurogenesis and number of hilar neurones in streptozotocin-induced diabetic mice: reversion by antidepressant treatment. *Eur J Neurosci*. 2006;23(6):1539-46.
175. Fuchs E, Czeh B, Kole MH, Michaelis T, Lucassen PJ. Alterations of neuroplasticity in depression: the hippocampus and beyond. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14 (5) :S481-90.
176. Sinclair AJ, Begg D, Mathai M, Weisinger RS. Omega 3 fatty acids and the brain: review of studies in depression. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007;16:391-7.

177. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, Davis JM, Mischoulon D, Peet M, Keck PE Jr, Marangell LB, Richardson AJ, Lake J, Stoll AL. Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(12):1954-67.
178. Freud S. Mourning and melancholia, (1917), in the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol 14, Hogarth Press 1963; 237-60.
179. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states (1940), in *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*, New York, Free Press 1975; 344-69.
180. Bibring E. The mechanisms of depression, in *Affective disorders: Psychoanalytic contributions to their study*. New York, International Universities Press 1953; 13-48.
181. Jacobson E. Psychotic identifications, in *Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. New York, International Universities Press 1971; 242-63.
182. Jacobson E. Transference problems in depressives, in *Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. New York, International Universities Press 1971; 284-301.
183. Arieti S. Psychotherapy of severe depression. *Am J Psychiatry* 1977; 134:864-8.
184. Thase ME. "When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder?" *Psychiatr Q*. 1999; 70 (4): 333-46.
185. Depresivni poremećaji, *Medicus* 2004; (13) 31-40.

186. Lacasse J, Leo J."Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific literature". PLoS Med 2005; 2 (12): 392:1626-34.
187. Stephen M Stahl, James F. Pradko, Barbara R. Haight, Jack G. Modell, Carol B. Rockett, Susan Learned-Coughlin. A Review of the Neuropharmacology of Bupropion, a Dual Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2004; 6:159–166.
188. Tianeptine. A review of its use in depressive disorders. CNS Drugs 2001; 15(3): 231-59.
189. Frazer A. 1997 Pharmacology of antidepressants. J Clin. Psychopharmacol 1997; 17:2S-18S.
190. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. Farmakologija (peto hrvatsko izdanje). Golden marketing-tehnička knjiga, Zagreb 2005.
191. Horschfeld RM. Care of the sexually active depressed. J Clin Psychiatry 1996; 60: (17):32-5.
192. Clayton AH. Female sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications. Curr Womens Health Rep 2002; 2(3): 182-7.
193. David SB. Depression and sexual dysfunction. Br Med Bullt 2001; 57:81-99.
194. Aldrige S. How depression influences womens sex lives. Arch of Sex Behav 2004; 33:539-48.
195. Caspers RC, Redmon DE, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Doslow SH: Somatic symptoms in primary affective disorder. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 1098- 104.
196. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinly JB: Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the

- Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151:54-61.
197. Thase ME, Reynolds CF III, Jennings JR, Frank E, Howell JR, Houck PR, Berman S, Kupfer D: Nocturnal penile tumescence is diminished in depressed men. *Biol Psychiatry* 1988; 24:33-46.
198. Rosen RC, Lane RM, Menezes M: Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:67-85.
199. Knegtering R, Castelein S, Bous H, Linde J, Bruggeman R, Kluiters H, Bosch RJ. A randomized open-label study of the impact of quetiapine versus risperidone on sexual functioning. *J Clin Psychopharmacol*. 2004; 24(1): 56-61.
200. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(3): 10-21.
201. Montejo AL, Majadas S. Sexual disturbances associated with antidepressant treatments. *WPA Bulletin on Depression*. 2004; 9:28.
202. Angulo J, Peiro C, Sanchez-Ferrer Cr et al. Differential effects of serotonin reuptake inhibitors on erectile responses, NO-production and neuronal NO synthase expression in rat corpus cavernosum tissue. *Br J Pharmacol* 2001; 134:1190-4.
203. Greil W, Horvath A, Sassim N, Erazo N, Grohmann R. Disinhibition of libido: an adverse effect of SSRI? *J Affect Disord* 2001; 62:225-8.
204. Kennedy SH, Eisfeld BS, Dickens SE, Bacchiochi JR, Bagby RM. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:276-81.

205. Shen WW, Hsu JH. Female sexual side effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors: a descriptive clinical study of 33 patients. *Int J Psychiatry Med* 1999; ;25:239-48.
206. Keltner NL, McAfee KM, Taylor CL. Mechanisms and treatments of SSRI-induced sexual dysfunction. *Perspect Psychiatr Care* 2002; 38:111-6.
207. Mimica N, Uzun S, Folnegović-Šmalc V, Markan-Šošić V, Ljubin T. Sertraline: a novel antidepressant with broad treatment spectrum. *Periodicum Biologorum* 2001; 103:301-8.
208. Ludovico GM, Corvasce A, Pagliarulo G, Cirillomarucco E, Marano A, Pagliarulo A. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation. *Br J Urol* 1996; 77:881-2.
209. Berk M, Acton M. Citalopram-associated clitoral priapism: a case series. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:121-2.
210. Uzun S, Kozumplik O, Mimica N, Folnegović-Šmalc V. Nuspojave psihofarmaka. Medicinska naklada, Zagreb; 2005.
211. Brodie-Meijer CC, Diemont WL, Buijs PJ. Nefazodone-induced clitoral priapism. *Int J Psychopharmacol* 1999;14:257-8.
212. Juruena MF, Pires ML, Calil HM. Moclobemide effects on prolactin plasma levels in healthy individuals: the hormonal increase induced by a single dose is maintained during a 4-week period of drug intake. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:317-21.
213. Pierre Fortier, Gilles Trudel, Jean-Pierre Mottard, Lyne Piche. The influence of schizophrenia and standard or atypical neuroleptics on sexual and sociosexual functioning: a review. *Sex and Disab* 2000; 18:2.
214. Clayton DO, Shen WW. Psychotropic drug-induced sexual function

- disorders: diagnosis, incidence and management. *Drug Safety* 1998;19 4:299-312.
215. Kneegtering R, Castelein S, Bous H, Linde J, Bruggeman R, Kluiters H, Bosch RJ. A randomized open-label study of the impact of quetiapine versus risperidone on sexual functioning. *J Clin Psychopharmacol.* 2004 Feb; 24(1): 56-61.
216. Nestoros JN, Lehmann HE, Ban TA. Sexual behavior of the male schizophrenic: the impact of illness and medications. *Arch Sex Behav* 1981;10 5:412-42.
217. Shubulade S. Effects of antipsychotics on sexual and endocrine function in women: implications for clinical practice. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23:S27-S32.
218. Conley RR, Mahmoud R, the Risperidone Study Group: Risperidone vs olanzapine in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Poster presented at the US Psychiatric and Mental Health Congress. Atlanta, GA, USA, 1999.
219. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E. A new atypical antipsychotic: quetiapine-induced sexual dysfunctions. *Intern J of Impot Res* 2005; 17: 201-3.
220. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-72.
221. Montgomery SA, Asberg M. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-9.
222. Mc Gahuey Ca et al. The Arizona Sexual Experiences scale. *Psychiatric Ann* 1999; 29:39-45.
223. Golberg LR. *International Personality Item Pool Psychology Europa* 1999;

7:7-28.

224. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, McGorry PD. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust NZ J Psychiatry* 2006, 40(9):790-6).
225. Folonegovi Šmalc V, Kocijan-Hercigonja D, Kozarić-Kovačić D, Mimica N, Moro LJ. The Significance of Marital Status for the Course and Prognosis of Schizophrenia. *Coll Antropol* 1996; 20(7): 7-10.
226. Weich S, Lewis G. Marital standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *J Epid Comm Health* 1998; 52(1):8-14.).
227. Gilmour H, Patten SB. Depression and work impairment. *Health Rep* 2007. 18(1):9-22.)
228. Smith BT, Mc Cullough ME, Poll J. Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful of Stresul Life Events. *Psycholog Bull* 2003, 120 (4): 614-36.
229. Moreira- Almeida A, Neto FL, Koeing HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquatr* 2006. 28(3): 242-50.)
230. Lysaker PH, Davis LW. Social function in schizohrenia and schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 16:2-15.).
231. Gurrera RJ; Nestor PG, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia: comparison with a community sample. *J Nev Ment Dis* 2000; 188(1):31-5.)
232. McCray LW, Bogner HR, Sammel MD, Galo JJ. The role of patinet personality in the identification of depression in older primary care patients. *int J Geriatr Psychiatry* 2007, 3-7.

233. Janowsky DS. Introversion and extraversion: implications for depression and suicidality. *Curr Psychiatry Rep* 2001, 3(6):444-50.
234. Jylhä P, Isometsä E. the relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depress Anxiety* 2006; 23(5):281-9.
235. Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, Pickering A, McGuffin P. Neuroticism, extraversion, life events and depression. The Cardiff Depression Study. *Br J Psychiatry* 2002, 181:118-22.
236. Gurrera RJ, Dickey CC, Nizikiewicz MA, Vogmaier MM, Shenton ME, McCauley RW . The five-factor in schizotypal personality disorder. *Schizophr Res* 2005, 15;80(2-3):243-51.
237. Maurer K, Trendler G, Schmidt M, An der Heiden W, Könnecke R, Häfner H. Schizophrenia and depression. *Nervenarzt* 2006 77(7): 809-22.
238. Freire RC, Lopes FL, Veras AB, Valenca AM, Mezzasalma MA, Nascimento I, Nardi AE. Personality traits spectrum in panic disorder and major depression. *Rev Bras Psiquiatr* 2007, 29(1):31-4. 226. Mc Cray LW.
239. Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker P, Rae LL, Brenner CA, O'Donnell BF. Personality traits in Schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res* 2005. 30;133(1):23-33.
240. Blackwood DH, Pickard BJ, Thomson PA, Evans KL, Porteous DJ, Muir WJ. Are some genetic risk factors common to schizophrenia, bipolar disorder and depression? Evidence from DISC1, GRIK4 and NRG1. *Neurosci Res* 2007 11(1):73-83.

241. Stanković Z., Saula_Marojević B, Potrebić A. Personality profil of depressive with a history of suicide attemps. *Psychiatry Nadunb* 2006 18(3-4):159-68.
242. Roy A. Is introvesion a risc factor for suicidal behavior in depression? *Psychol Med* 1998, 28(6):1457-61.
243. Peterson T, Bottonari K, aplert JE, fava M, Nirenberg AA. Use of the five-facotry inventory in characterizing patiens with major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 2001 42(6):488-93.
244. Goodwin RD, Fridman HS. Health status and five-factor personality traits in a nationally representative sample. *J Health Psychol* 2006 11(5):643-54.
245. Wolfestein M, Trull T., Depression and openness to experience. *J Pers Assess* 1997, 69(3):614-32.
246. Štulhofer A, Zelenbrz J, Landripet I, Kuti S, Gregurović M, Tiljak H. Spol, strenje i seksualnost: struktura seksualnog zadovoljstva u heteroseksualnom uzorku urbanih žena i muškaraca. *Druš istraž* 2004; 13(6) 1011-29.
247. Ucok A, Incesu C, Aker T, Erkoc S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychoti medication.
248. Gregorian RS, Golden KA, Bahce A, Goodman C, Kwona WJ, Khan ZM. Antidepressant-inducet sexal dysfunction. *Ann Pharmacother* 2002 36(10):1577-89.
249. Piazza LA, Markowitz JC, Kocsis JH, Leon AC, Portera L, Miller NL, Adler D. Sexual functioning in chronically depressed patients treated with SSRI antidepressants: a piloz study. *Am J Psychiatry* 1999, 156(5):807-8.
250. Ng ML, Ho R, Erectile function of Chienes men with schizphrenia in

- psychiatric out-patient clinics and their attitude towards treatment. *Sex Health* 2004, 1(1):35-8.
251. Kastler B, Rohmer JG, Patris M. sexual and schizophrenia. Results of an epidemiologic study involving clinical subtype, neuroleptic treatment and quality of life. *Biol Psychiatry* 1997, 42(1): 187S.
252. Malik P. Sexual dysfunction in schizophrenia *Curr Opin Psychiatry* 2007. 20(2):138-42.
253. Pilman F. Personality and social interaction in patients with acute brief psychoses. *J Nerv Ment Dis* 2003 191(8):503-8..
254. Costa PT, Bagby RM, Herbst JH, McCrae RR. Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *J Affect Disord* 2005, 89(1-3)45-55.
255. Costa PT, Fagan PJ, Piedmont RL, Ponticas Y, Wise TN. The five-factor of personality and sexual functioning in outpatient men and women. *Psychiatr Med* – 1992; 10(2):199-215.
256. Volman L, Landeen J. Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007 14(4):411-7..
257. Duberstein PR., Heisel MJ. Personality traits and the reporting of affective disorder symptoms in depressed patients. *J Affect Disord* 2007 27.
258. Lingjaerde O, Ferreland AR, Engvik H. Personality structure in patients with winter depression, assessed in a depression-free state according to the five-factor model of personality. *J Affect Disord* 2001. 62(3)165-74.
259. Williams K, Reynolds MF. Sexual dysfunction in major depression. *CNS Spectr*- 2006 11(8-9):19-23.
260. Lambreva E, Klaghofer R, Buderberg C. Psychosocial aspects of patients

- with sexual dysfunction. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2006. 15, 95(7):226-31.
261. Baldwin DS. Sexual dysfunction associated with antidepressant drugs. *Expert Opin Drug Saf* 2004. 3(5):457-70.
262. Wong SY.; Chan D, Hong A, Leung PC, Woo J. Depression and lower urinary tract symptoms: Two important correlates of erectile dysfunction in middle-aged men in Hong Kong, China. *Int J Urol* 2006, 13(10):1304-10.
263. Zemishlany Z, Weizman A. The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. *Adv Psychosom Med*, 2008; 29:89-106.
264. Cohen S, Kühn KU, Bender S, Erfurth A, Gastpar M, Murafi A, Rothermundt M, Signerski J, Sträter B, Teusch L, Weig W, Welling A, Westheide J, Huber TJ. sexual impairment in psychiatric inpatients: focus on depression. *Pharmacopsych* 2007, 40(2):58-63.
265. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J sex Med* 2006, 31(1):121-31.
266. Eplov L, Giraldi A, Davidsen M, Garde K, Kamper-Jørgensen F. Sexual desire in a nationally representative Danish population. *J sex Med* 2007, 4(1):47-56.
267. Barrientos JE, Pérez D. Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *J sex Marital Ther*, 2006, 32(5):351-68.
268. González M, Viáfara G, Caba F, Molina T, Ortiz C. Libido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas* 2006, 10;53(1):1-10.
269. Haward JR, O'Neill S, Travers C. Factors affecting sexuality in older Australian woman: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual

- distress in older Australian woman. *Climacter* 2006; 9(5):355-67.
270. Addis IB, Van Den Eden SK, Wassel_fry CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom Dh, Sexual acitvity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006, 107(4):755-64.
271. Brewis A, Meyer M. Marital coitus across the life course. *J Biosoc Sci* 2005, 37(4) :499-518.
272. Hurd Clarke L Older woman and sexuality: experiences in marital relationships across the life course. *Can J Aging* 2006, 25(2):129-40.
273. Jung A, Schill WB. Male sexuality with advancing age. *eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 15;113(2):123-5.
274. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *Int J Impot Res* 2005 17(1):552-6.
275. Bortz WM, Wallace DH, Wiley D. Sexual function in 1202 aging males: differenting aspects. *J Gerontol A Sci Med Sci* 1999, 54(5):237-41.
276. Fernández Hernández M, Gaviria Cano MN, Muñoz González F, Miquel Calvo I, Coll Torres E, Fuentes Ferrer ME. Sexuality in older women. *Aten Primaria* 2006 31;37(9):504-9.
277. Dennerstein L, Leher P, Burger H, Guthrie J. Sexuality *Am J Med* 2005 118(12B):59-63.
278. Morh S, Huquelet P. the relationship between schizophrenia and religion and its implacations for care. *Swiss Med Wkly* 2004, 134(25-26):369-76.
279. Davidson JK, Moore NB, Ullstrup KM. Religiosity and sexual responsibility: relationships of choice. *Am J Health Behav* 2004. 28(4):335-46.
280. Runkel G. Sexual morality of Christianity. *J Sex Marital Ther* 1998

24(2):103-22.

281. Ahmadi N. Rocking sexualities: Iranian migrants'viwes on sexuality. Arch Sex

Behav 2003, 32(4):317-26.

282. Francoer RT. Sexual and spirituality: the relevance of eastern traditions.

Siecus Rep; 1992; 20(4):1-8.

ŽIVOTOPIS

DATUM I MJESTO ROĐENJA

12. srpnja 1969., Rijeka

ZAPOSLLENJE

Klinika za Psihijatriju, Klinički bolnički centar Rijeka, Cambierijeva 17/7, 51000 Rijeka

ŠKOLOVANJE

1984.-1988. Kulturno-umjetnička srednja škola, "INDOK djelatnost", Senj;

1988.-1994. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci;

1995.-1997. Poslijediplomski studij iz Biomedicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci;

1995.-1997. Edukacija iz Uvoda u grupnu psihoterapiju;

2001.- Obranila magistarski rad pod nazivom «Seksualno samopoimanje u shizofrenih bolesnika»;

2003. - specijalistički ispit iz psihijatrije, Zagreb, PB Vrapče;

2003. – prihvaćena i pozitivno ocjenjena tema doktorskog rada pod nazivom "Utjecaj osobnosti na seksualno smopoimanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika";

2006. - poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I kategorije "Nuspojave psihofarmaka", bolnica Vrapče;

2006. - stalni sudski vještak za forenzičku psihijatriju;

2007.- 2008. edukacija KBT II stupanj;

2007. god. znanstveni suradnik na projektu "Klinički i biologijski pokazatelji generaliziranog anksioznog i paničnog poremećaja" u suradnji sa znanstvenim institutom "Ruđer Bošković" iz Zagreba. Voditelj: prof.dr.sc.Đ.Ljubičić;

2009. - subspecijalizacija iz biologijske psihijatrije, Zagreb, PB Vrapče.

ČLANSTVO U STRUKOVNIM UDRUŽENJIMA

1993. Hrvatsko katoličko liječničko društvo;

1995. Hrvatski liječnički zbor;

1998. Društvo za unaprijeđenje mentalnog zdravlja «Zajedno» - Rijeka;

1998. Hrvatska liječnička komora;

2003. Hrvatsko psihijatrijsko društvo.

2007. Društvo za KBT-u.

Nagrada Hrvatskog psihijatrijskog društva za najbolji rad na hrvatskom psihijatrijskom kongresu u Osijeku. Vučić Peitl M., Pavlović E, Peitl A, Turković M. Antipsihotici i seksualno samopoimanje u shizofrenih bolesnika. 3. kongres psihijatara Hrvatske. «Za duševno zdravlje i međusobno razumijevanje». Osijek, 25. do 28. rujna 2002.

PUBLIKACIJE

Znanstveni radovi

Znanstveni radovi objavljeni u časopisima citiranim u tercijarnim publikacijama (Science Citation Index, Current Contents)

1. Pavlović E., Vučić M. Deboleza: Culturally Behaviour in Istria. Psychopatology 1997.; 30: 215-22.
2. Ljubičić Đ., Vučić Peitl M., Pavlović E., Peitl V. Hereditary predisposition and sexual self-concept in schizoprenia. Psychiatria danubina 2007.; Vol.19:1-2, pp 42-48.

3. Ljubičić Đ., Vučić Peitl M., Peitl V. Psychopharmacotherapy and spirituality. Psychiatria Danubina. 2007.; Vol. 19, No 3: 216-221.
4. Pavlović E., Ljubičić Đ., Peitl V., Vučić Peitl M., Bistrović Ljubičić I., Ljubičić R. Dimension of human spirituality, layman understandings of health and limits of medicine. Psychiatria Danubina. 2008.; Vol. 20, No 4: 508-551.
5. Vučić Peitl M., Rubeša G., Peitl V., Ljubičić Đ., Pavlović E. Aspects of sexual self-perception in schizophrenic patients. The European Journal of Psychiatry. 2009.; Vol. 23, No 1:37-46.
6. Vučić Peitl M., Peitl V., Pavlović E. Influence of religion on sexual self-perception and sexual satisfaction in patients suffering from schizophrenia and depression: Journal of Psychiatry and Medicina – 8.4.2009. prihvaćen, u tisku.

Znanstveni sažeci objavljeni u časopisima citiranim u tercijarnim publikacijama (Science Citation Index, Current Contents), a koji su prezentirani na znanstvenim međunarodnim skupovima

1. Vučić Peitl M., Pavlović E., Peitl A. Self-perception in schizophrenic patients in relation to sex and age. World Psychiatry, official journal of the world psychiatry association (WPA), 2004.; 3 (1): 232. Florence 10-13 November 2004.
2. Rubeša G., Peitl A., Vučić Peitl M. Efficacy of risperidon in relapsing psychotic patients. The International Journal of Neuropsychopharmacology, 2004.; 7 (1): 239. XXIV CINP Congres. Pariz, 20-24 June, 2004.
3. Vučić Peitl M., Peitl A, Pavlović E, Peitl V. Genetic predisposition and sexual self-concept in schizophrenia. European Psychiatry, The Journal of the association of

European Psychiatrist, 2005.; Vol. 20 (1):84. 13th AEP Congress Association of European Psychiatrists. Munich 2-6 April, 2005.

4. Vučić Peitl M., Rubeša G., Ljubičić Đ., Peitl V. Sexual disturbances associated with of SSRI's and other antidepressants. European Psychiatry, The Journal of the association of European Psychiatrist, 2007.; Vol. 22 (1) : 247. 15th AEP Congress Association of European Psychiatrists. Madrid 17-21 March, 2007.
5. Vučić Peitl M., Ljubičić Đ., Peitl V. Antipsychotics and sexual self-perception in schizophrenic patients. The World Journal of Biological Psychiatry. 2007.; Vol. 8 (1): 154. 2nd Interational Congress of Biological Psychiatry, Santiago, 17-21 April 2007.
6. Vučić Peitl M., Ljubičić Đ., Peitl V. Influence of personality traits on sexual self-perception and sexual functioning in schizophrenic patients. European Psychiatry. The Journal of the association of European Psychiatrist, 2008.; Vol. 23 (2): 152. XVI European of Psychiatry, Nica, April 2008.
7. Vučić Peitl M., Ružić K., Peitl V., Ljubičić Đ. Risperidone and ejaculation disorder. Psychiatria Danubina. 2009.; Vol. 21, No 1: 143-144. 1. Hrvatski kongres o nuspojavama psihofarmaka s međunarodnim sudjelovanjem Osijek, 26.2.-1.3. 2009.
8. Vučić Peitl M., Pavlović E., Peitl V. How to establish with medication in responsible for side effects in a patient with polypharmacy? Psychiatria Danubina. 2009.; Vol. 21, No 1:135. 1.Hrvatski kongres o nuspojavama psihofarmaka s međunarodnim sudjelovanjem Osijek, 26.2.-1.3. 2009.
9. Ljubičić Đ., Ljubičić-Bistrović I., Marinović D., Ljubičić R., Vučić Peitl M. Suicid in patients with bipolar disorder. Psychiatria Danubina. 2009.; Vol. 21, No 1: 147. 1. Hrvatski kongres o nuspojavama psihofarmaka s međunarodnim sudjelovanjem Osijek, 26.2.-1.3. 2009.

Znanstveni radovi objavljeni u časopisima citiranim u sekundarnim publikacijama (Index Medicus, Excerpta Medica-PsychINFO: Clin Psych)

1. Pavlović E., Vučić M. Život i djelo Augustina (Dragana) Dujmušića prvog riječkog laičkog alkohologa i muzikoterapeuta. Acta Fac Med Flu 1995.; 20:73-8.Excerpta Medica.
2. Pavlović E., Vučić M., Jonjić A., Mićović V. Attitude toward sex shizophrenic patients Psychiatria Danub 1997.; 9:215-18.Excerpta Medica.
3. Pavlović E., Vučić M. Augustin (Dragan) Dujmušić-tvorac hrvatske i skladatelj slovenske apstinencijske himne. Acta Fac med Flum 1997.; 22:51-56.Excerpta Medica
4. Pavlović E., Vučić M. Hospicij sv. Franje Asiškog u Rijeci iz 1917. godine: preteča modernog hospicija. Acta Fac med Flum 1997.; 22:57-62.Excerpta Medica
5. Pavlović E., Vučić M., Pecotić J., Marohnić Đ., Peitl A., Mićević V., Jonjić A. A.MALT Scores in two groups of schizophrenic patients. Acta Fac med Flum 1999.; 24:19-22. Excerpta Medica
6. Pavlović E., Vučić M., Marohnić Đ., Peitl A., Matković Ž., Mićević V., Jonjić A. Moda u odjevanju paranoidnih bolesnika. Medicina 2000.; 36:9-12. Excerpta Medica
7. Pavlović E., Vučić M., Marohnić Đ., Peitl A., Host I., Matković Ž. Shizofrenija s kardiopatijom i depresija s kardiopatijom – sociodemografske razlike. Medicina 2001.; 37:3-9. Excerpta Medica
8. Vučić Peitl M., Pavlović E., Peitl A., Turković M. Antipsihotici i seksualno samopoimanje u shizofrenih bolesnika. Soc. psihijatrija 2002.; 30: 183-188. Psych INFO Databasa
9. Peitl A., Pavlović E., Vučić Peitl M., Marohnić Đ. Importance of EEG diagnosis. Informat. 37. 2004.; 4: 348-350. Excerpta Medica

10. Peitl A., Pavlović E., Pavlović-Gržeta V., Štuk A., Vučić Peitl M., Marohnić Đ.: Razmaženo dijete. Informat. 37. 2004.; 3:177-268. Excerpta Medica
11. Vučić Peitl M., Ružić K., Torić I., Janović S., Merle A. The role of motivation in the treatment of alcohol addiction. Alcoholism 2004.; 40: 58. Excerpta Medica
12. Peitl A., Vučić Peitl M., Pavlović E. Učinkovitost olanzapina u liječenju organskog afektivnog poremećaja s pokušajem suicida. Soc. Psihijatrija 2005.; 33:1-60. Psych INFO Databasa, Excerpta Medica
13. Peitl A., Vučić Peitl M., Pavlović E, Ljubičić Đ. Acute Brain Syndrom as a consequence of the Cronkheit-Canada Syndrom. Psychiatria Danubina, 2005.; Volumen 17 N90-93. (1-2): 90-93. Psych INFO Databasa, Excerpta Medica
14. Vučić Peitl M., Torić I., Habibović F., Peitl V. Značenje motivacije u liječenju alkoholne ovisnosti. Soc. Psihijatrija 2006.; 34:95-100. Psych INFO Databasa, Excerpta Medica
15. Pavlović E., Vučić Peitl M., Peitl A., Janovska S. Tehnologija oglašavanja i način uspostavljanja komunikacije s javnosti. Informat. 39. 2006.; 3:137-293. Excerpta Medica

Znanstveni rad recenziran, objavljen u zborniku i prezentiran na međunarodnom znanstvenom skupu

1. Pavlović E., Vučić M. Agustin (Dragan) Dujmušić: riječki kapucin, alkoholog i muzikoterapeut. U: Deković D, ur. Bernardin Škrivanić i njegovo vrijeme-zbornik radova s Međunarodnog znanstvenog skupa o Bernardinu Škrivaniću. Rijeka: Matica hrvatska – ogranak Rijeka-Hrvatska kapucinska provincija; 1997.; 225-32.

2. Pavlović E., Živković Lj., Vučić Peitl M., Peitl A. CT scanning of schizophrenia and schizophreniform patients with motor disorders, *Neurol Croat* 2003.; 52 (2): 88. 43rd International Neuropsychiatric Pula Symposium, Pula, 18-21 June, 2003.
3. Rubeša G., Peitl A., Vučić Peitl M., Šimatović I. Učinkovitost risperidona (Rispolepta) u relapsirajućih psihotičnih bolesnika. *Psychiatria Danubina*.15 2003.; (1), Vol. 15:205. Prvi hrvatski kongres o psihofarmakoterapiji s međunarodnim sudjelovanjem, Cavtat, 27-30. septembar 2003.
4. Peitl A., Pavlović E., Vučić Peitl M., Marohnić Đ. Paleoanthropology – the application of osteoarcheological methods as the basis for the understanding of human aggressiveness. *Neurol Croat* 2004.; 53 (1): 150. 44th International Neuropsychiatric Pula Symposium, Pula 16-19 June, 2004.
5. Peitl A., Pavlović E., Vučić Peitl M., Marohnić Đ. Importance of EEG diagnosis. *Informatol*. 2004.; 37 (4): 348-350. 11 Međunarodni znanstveni skup „Društvo i tehnologija 2004.“. Opatija, 28-30. June 2004.
6. Peitl A., Pavlović E., Pavlović-Gržeta V., Štuk A., Vučić Peitl M., Marohnić Đ. Razmaženo dijete. *Informatol* 2004.; 31 (4): 355. 11 Međunarodni znanstveni skup „Društvo i tehnologija 2004.“. Opatija, 28-30. June 2004.
7. Vučić Peitl M., Ružić K., Torić I., Janović S., Merle A. Uloga motivacije u liječenju alkoholne ovisnosti. *Knjiga sažetaka*. Opatija, 2004.; No 58: 59. 2 hrvatska konferencija o alkoholizmu i drugim ovisnostima, 6 Alpe-Jadran konferencija o alkoholizmu, Opatija 1-3 october 2004.
8. Pavlović E., Peitl A., Vučić Peitl M., Zubović Š., Dušević R. Latinski izričaj u suvremenom iskazivanju molitvenih zaziva: molitva za liječnika/oratio pro medico. *Zbornik radova: Latinitet u Europi s posebnim osvrtom na hrvatski*. 2004.; 458-465. : Međunarodni znanstveni skup: Rijeka, 2004.

9. Peitl A., Vučić Peitl M., Pavlović E., Ljubičić Đ. Significance of CT differential diagnosis between primarily psychotic and delusional patients. *Neurol Croat* 2005.; 54 (2): 137. 45th International Neuropsychiatric Pula Congress, Pula, June 15-18, 2005.
10. Pavlović E., Vučić Peitl M., Peitl A. Mental disorders and suicide in Croatia. Program and Abstracts. 4th International Meeting "Suicide: Interplay of Genes and Environment", Ghent, 2-4- June, 2005.; 71.
11. Babić-Martinovich L., Pavlović E., Vučić Peitl M., Peitl A. Verbalization and action in a group of alcohol addicts. *Neurol Croat* 2005.; 54 (2): 142. 45th International Neuropsychiatric Pula Congress, Pula, June 15-18, 2005.
12. Pavlović E., Vučić Peitl M., Peitl A., Babić-Martinovich. Connection between fatty food and depression. *Neurol Croat* 2005.; 54 (2): 147. 45th International Neuropsychiatric Pula Congress, Pula, June 15-18, 2005.
13. Pavlović E., Ljubičić Đ., Vučić Peitl M. Konverzija psihofarmaka i njihov učinak na opće psihofizičko stanje u shizofrenih i depresivnih bolesnika. Zbornik sažetaka. Drugi hrvatski kongres o psihofarmakoterapiji s međunarodnim sudjelovanjem. 2005.; 71.
14. Pavlović E., Vučić Peitl M., Peitl A., Janovska S. Oglašavanje prodaje i kupnje glazbenih instrumenata i način uspostavljenja kontakta zainteresiranih. *Informatol.* 2006.; 10: 25. Međunarodni znanstveni skup "Društvo i tehnologija" Zadar 28-30 June 2006.
15. Vučić Peitl M., Rubeša G., Ljubičić Đ., Peitl V. Antidepresivi i seksualne disfunkcije. Knjiga sažetaka: 2006.; 107-108. 4. hrvatski psihijatrijski kongres, " Za boljitak bez stigme". Cavtat, 4-8. listopad 2006.

16. Pavlović E., Vučić Peitl M., Peitl V., Gržeta Pavlović V. Kockanje u Rijeci (2003-2004). Knjiga sažetaka: 2007.; 25-26. 1. hrvatski interdisciplinarni simpozij s međunarodnim sudjelovanjem, Virovitica, 23.11. 2007.
17. Ljubičić Đ., Vučić Peitl M., Vitezić D., Peitl V., Grbac J. Psihofarmakoterapija i duhovnost. Zbornik sažetaka. 2007.; 27-28. 3. hrvatski kongres o psihofarmakoterapiji s međunarodnim sudjelovanjem, Šibenik, 26.-30. rujna 2007.
18. Vučić Peitl M., Ljubičić Đ. Što sve utječe na psihofarmakoterapiju? Zbornik sažetaka. 2007.; 43-44. 3. hrvatski kongres o psihofarmakoterapiji s međunarodnim sudjelovanjem, Šibenik, 26.-30. rujna 2007.
19. Vučić Peitl M., Peitl V., Ljubičić Đ., Turković M. Influence of religion on sexual self-perception and sexual satisfaction in patients suffering from schizophrenia and depression. Abstracts, 2008.; Vol. 2: 1299. XIV World congress of Psychiatry, Prague, 20-25 september 2008.
20. Ljubičić Đ., Vučić Peitl M., Peitl V., Ljubičić-Bistrović I, Ljubičić R. Spirituality as a bond between religion and medicine. Abstract book. 2008.: 50-51. 23rd Danube Symposium of Psychiatry, Mostar 2008. str. 50-51.
21. Vučić Peitl M., Torić I., Peitl V., Habibović F. Stigmatization of schizophrenic patients. Abstract book. 2008.; 185. 14th Symposium AEP Section epidemiology and Social psychiatry, Dubrovnik, 11-14- June, 2008.
22. Vučić Peitl M., Peitl V., Pavlović E., Ljubičić Đ., Ružić K. Influenc of personality on sexual satisfaction in patients suffering from schizophrenia and depression. Acta Neuropsychiatr 2009.: 21(2):91. International Neuropsychiatric Pula Congress, Pula, June 17-20, 2009.

23. Pavlović E., Janković M., Vučić Peitl M. Similarity and difference among multiple sclerosis during psychiatric controls. Acta Neuropsychiatr 2009.: 21(2):76. International Neuropsychiatric Pula Congress, Pula, June 17-20, 2009.
24. Ružić K., Rička Žahuar Z., Dadić Hero E., Vučić Peitl M., Medved P. Forensic dilemmas: antisocial personality disorder – mentally disturbed or normal? Acta Neuropsychiatr 2009.: 21(2):98-90. International Neuropsychiatric Pula Congress, Pula, June 17-20, 2009.
25. Pavlović E., Vučić Peitl M., Peitl V., Jonovska S. Psychiatric patients perception of media religious issues. Informatol. 2009:12:34-35. 16 Međunarodni znanstveni skup „Društvo i tehnologija 2009.“. Zadar, 28-30. June 2009.
26. Vučić Peitl M., Peitl V., Pavlović E., Ljubičić Đ., Ružić K. Influence of psychopharmacotherapy on the aspects of sexual self – perception in patients suffering from schizophrenia or depression. Abstracts 2009:315. 9th World Congress of Biological Psychiatry

Ostali radovi

1. Pavlović E., Vučić M. Značenje športa u grupi paranoidnih shizofrenih bolesnika. Dometi 1996.; (1-6): 221-14.
2. Pavlović E., Vučić M. Značenje žargona u grupi paranoidnih shizofrenih bolesnika. Dometi 1996.; (1-6): 215-18.
3. Vučić Peitl M., Pavlović E., Peitl A. Sramežljivost u depresivnih bolesnika. Medicina i turizam 2002.; 6:22-24.
4. Vučić M. Alzheimerova bolest. Narodni zdravstveni list 1998.; svibanj-lipanj.

5. Živković Lj., Pavlović E., Vučić Peitl M. CT mozga u shizofrenih bolesnika s izraženim motoričkim poremećajima: indikacija u posebnim okolnostima (1990-1992.). Mostriensia –časopis za humanističke znanosti, Mostar 2009.; 23: 127-136.

Knjiga, poglavlje u knjizi

1. Topić P. Hrvati u bosanskom loncu. Rijeka. HKD Napredak - Rijeka; 2000.; Vučić M. Postraumatski stresni poremećaj 116-22.
2. Pavlović E, Peitl A., Vučić Peitl M., Zubović Š., Dušević R. Latinski izričaj u suvrmenom iskzivanju molitvenih zaziva: Molitva za liječnika /Oratio pro medico. Zbornik radova: Latinitet u Europi s posebnim osvrtom na hrvatski str. 458-465.

Pozvana predavanja

1. Pavlović E, Vučić M. Agustin (Dragan) Dujmušić: riječki kapucin, alkoholog i muzikoterapeut. Rijeka: Matica hrvatska-ogranak Rijeka. Hrvatska kapucinka provincija; 8. Jun 1996.
2. Pavlović E, Vučić M. Agustin (Dragan) Dujmušić: laički alkoholog i muzikoterapeut Rijeka: Tribina Hrvatskog katoličkog društva; 1997 Mar 7.
3. Pavlović E, Vučić M. Psihijatrijski aspekti starije životne dobi. Rijeka: Caritasova škola «Pomoć u kući starijim i bolesnim osobama»; 1996 May 15.
4. Vučić M. Deboleza: Culturally Behaviour in Istria. Opatija: Tribina Hrvatskog čakavskog društva, 1999.
5. Vučić M. Deboleza: Culturally Behaviour in Istria. Rijeka: Stručni neurološki sastanak, 1999.

6. Vučić M. Određeni psihički aspekti u multiploj sklerozi. Rijeka, 19-23. listopada 1998. Tjedni multiple skleroze.
7. Vučić Peitl M. Posttrumatski stresni poremećaj – prezentacija knjige „Hrvati u bosanskom loncu“. Topić P.
8. Vučić Peitl M. Psihoframaci u liječenju multiple skleroze. 3. simpozij oboljelih od multiple skleroze „Psihološki aspekti multiple skleroze“ Varaždinske Toplice, 17-19. rujna 2004.
9. Vučić Peitl M. Antistigma program. Stručni simpozij „Položaj kroničnih duševnih bolesnika, nekada i danas“, 24. travnja 2009., Motovun - Dom za psihički bolesne osobe.

Znanstveni rad recenziran, objavljen u zborniku i prezentiran na domaćem znanstvenom skupu

1. Vučić M., Pavlović E. Sramežljivost u psihotičnih bolesnika. 2. kongres psihijatara Hrvatske: Psihijatrija u medicini i društvu. Opatija, 23. do 27. rujna 1998.
2. Pavlović E, Vučić M. Verbalna komunikacija u paranoidnih shizofrenih bolesnika. 2. kongres psihijatara Hrvatske: Psihijatrija u medicini i društvu. Opatija, 23. do 27. rujna 1998.
3. Vučić M. Psihološki aspekti Multiple skleroze, Rijeka, 1999.
4. Vučić Peitl M., Pavlović E, Peitl A, Turković M. Antipsihotici i seksualno samopoimanje u shizofrenih bolesnika. 3. kongres psihijatara Hrvatske. «Za duševno zdravlje i međusobno razumijevanje». Osijek, 25. do 28. rujna 2002.
5. Pavlović E, Vučić Peitl M., Simonić E, Peitl A, Marohinić Đ, Matković Ž. Bolesnici s psihozom i psorijazom-sociodemografske karakteristike. 3. kongres psihijatara

Hrvatske. «Za duševno zdravlje i međusobno razumijevanje». Osijek, 25. do 28. rujna 2002.

6. Vučić Peitl M., Pavlović E, Peitl A, Marohnić Đ. Seksualno samopoimanje u shizofrenih bolesnika u odnosu na spol, dob, bračni status i stupanj stručne spreme. 1.hrvatski kongres socijalne psihijatrije, Psihijatrije u zajednici, Split, 22-25. rujna 2004.
7. Vučić Peitl M., Rubeša G., Ljubičić Đ., Peitl V. Antidepresivi i seksualne disfunkcije. Knjiga sažetaka: 2006.; 107-108. 4. hrvatski psihijatrijski kongres, “ Za boljitak bez stigme”. Cavtat, 4-8. listopada 2006.
8. Rubeša G., Pavić-Čavka Đ., Pecotić J., Vučić Peitl M. Depresija i kvaliteta života. Knjiga sažetaka: 2006.;121. 4. hrvatski psihijatrijski kongres, “ Za boljitak bez stigme”. Cavtat, 4-8. listopada 2006.

Znanstveni rad recenziran, objavljen u zborniku i prezentiran na domaćem stručnom skupu

1. Vučić Peitl M., Peitl A. Olanzapin u liječenju organskog afektivnog poremećaja sa pokušajem suicida. Prvi hrvatski psihijatrijski dani, Rovinj 18-21. travanj 2004.
2. Rubeša G, Kosec Tatić T, Vučić Peitl M. Prikaz učinkovitosti liječenja paranoidne shizofrenije depotnim preparatom risperidona. Prvi hrvatski psihijatrijski dani, Rovinj, 18-21. travanj 2004.
3. Peitl A., Vučić Peitl M. Akutni sindrom mozga kao posljedica Crokhite-Canada sindroma. Drugi hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 17. do 20. ožujka 2005.

4. Vučić Peitl M., Ljubičić Đ., Peitl V. Organski poremećaj ličnosti i Charcot - Marie-Toothova bolest u terapiji atipičnim antipsihoticima. Treći hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 6-9 travnja 2006.
5. Vučić Peitl M., Peitl V., Ljubičić Đ. Atipični antipsihotik kao prvi i jedini izbor u liječenju prvog depresivnog poremećaja sa psihotičnim simptomima. Peti hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 10. do 13. travnja 2008.
6. Grahovac T., Vučić Peitl M. Učinkovitost psihoterapijskog tretmana u bolesnika s organskim psihosindromom. Peti hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 10. do 13. travnja 2008.
7. Bajić R., Vučić Peitl M., Peitl A. Rana CT dijagnostika cerebrovaskularnog infarkta kod dementne bolesnice. Peti hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 10. do 13. travnja 2008.
8. Vučić Peitl M. Dugoročno održavanje remisije sa dugodjelujućim risperidinom. Simpozij o djelotvornosti dugodjelujućeg risperidona. Osijek, 2008.
9. Vučić Peitl M. Početno krivo postavljena dijagnoza BAP-a.. Simpozij o BAP-u. Vodice, 2008.
10. Pavlović E., Vučić Peitl M., Zwingl Mikler A., Jovanović P., Jurčević M., Mandić T. Nespecifična shizofrenija i rana trauma. Šesti hrvatski psihijatrijski dani. Opatija 16-19. 2009.
11. Vučić Peitl M., Ružić K. CT mozga- dijagnostičke dileme u psihijatriji. Šesti psihijatrijski dani. Opatija, 16-19. travnja 2009.

PRILOG 1

„Pozitivna i negativna skala simptoma“ (PANSS) koja se sastoji od sedam pozitivnih i sedam negativnih simptoma, te skale globalnog funkcioniranja.

Pozitivna skala (P)		odsutno	minimalno	slabo	umjereno	umjereno jako	jako	izrazito jako
		1	2	3	4	5	6	7
P1	deluzije							
P2	konceptualna dezorganizacija							
P3	halucinacije							
P4	uzbuđenje							
P5	ideje veličine							
P6	sumnjičavost/ideje proganjanja							
P7	neprijateljstvo							
UKUPO								

Negativna skala (N)		odsutno	minimalno	slabo	umjereno	umjereno jako	jako	izrazito jako
		1	2	3	4	5	6	7
N1	zaravnjeni afekt							
N2	emocionalna povučenost							
N3	loš transfre							
N4	pasivnost/apatija i socijalno povlačenje							
N5	smetnje apstraktnog mišljenja							
N6	pomanjkanje spontanosti i toka konverzacije							
N7	stereotipno razmišljanje							
UKUPO								

Opća psihopatološka skala (G)		odsutno	minimalno	slabo	umjereno	umjereno jako	jako	izrazito jako
		1	2	3	4	5	6	7
G1	somatizacija							
G2	anksioznost							
G3	osjećaj krivnje							
G4	tenzija							
G5	manirizam i držanje							
G6	depresija							
G7	motorička usporenost							
G8	nesuradljivost							
G9	neobične misli							
G10	dezorijentacija							
G11	slaba pažnja							
G12	pomanjkanje procjene i uvida							
G13	poremećaj volje							
G14	slaba kontrola nagona							
G15	zainteresiranost							
G16	aktivno socijalno izbjegavanje							
UKUPO								

UKUPNI PANSS (P) + (N) + (G)

--

PRILOG 2

MADRS (Montgomery – Asbergerova ljestvica za procjenu depresije) koja se sastoji od 10 točaka koje predstavljaju simptome kliničke depresije

I Uočljiva tuga 0. Bez tuge; 1.; 2. Izgleda potišteno, ali se razvedri bez poteškoća; 3.; 4. Izgleda tužno i nesretno veći dio vremena; 5.; 6. Izgleda jedno čitavo vrijeme. Izrazita malodušnost, očaj.

II Iskazana tuga 0. Povremena tuga ovisno o okolnostima; 1.; 2. Tužan ili neraspoložen, ali se lako razvedri/oraspoloži, 3.; 4. Prožimajući osjećaj tuge i potištenosti. Raspoložen je i dalje pod utjecajem vanjskih okolnosti; 5.; 6. Kontinuirana i konstantna tuga, jad i očaj.

III Unutrašnja napetost 0. Spokojan. Samo prolazna unutrašnja napetost.; 1.; 2. Povremeni osjećaj da je na rubu živaca i nedefinirana neugoda; 3.; 4. Kontinuirani osjećaj unutrašnje napetosti ili povremene panike koju bolesnik teško svladava; 5.; 6. Strah/strava ili tjeskoba koji ne popuštaju. Teška panika.

IV Smanjeno spavanje 0. Spava kao i obično; 1.; 2. Manja poteškoća s uspavlivanjem ili skraćanjem, lagan i nemiran san; 3.; 4. Spavanje je skraćeno ili isprekidano za najmanje 2 sata; 5.; 6. Manje od 2 ili 3 sata spavanja.

V Smanjen apetit 0. Normalan ili povećan apetit; 1.; 2. Blago smanjen apetit; 3.; 4. Nema apetita, hrana je bez okusa; 5.; Treba ga nagovarati da bi bar nešto pojeo.

VI Poteškoće koncentracije 0. Bez poteškoća koncentracije; 1.; 2. Povremene teškoće kontroliranja vlastitih misli; 3.; 4. Poteškoće u koncentraciji i održavanju misli što smanjuju sposobnost čitanja ili održavanja razgovora; 5.; 6. Nesposobnost da čita ili razgovara bez velikih poteškoća.

VII Malaksalost 0. Poteškoće u započinanju jedva da postoje. Nema usporenosti.; 1.; 2. Poteškoće u započinanju aktivnosti; 3.; 4. Poteškoće u započinanju jednostavnih rutina koje se izvode uz napor.; 5.; 6. Potpuna malaksalost. Nesposoban da bilo što uradi bez pomoći.

VIII Nesposobnost da osjeća 0. Normalno zanimanje za okolinu i druge ljude.; 1.; 2. Smanjena sposobnost uživanja u uobičajenim zanimanjima; 3.; 4. Gubitak interesa za okolinu. Gubitak osjećaja prema prijateljima i poznanicima.; 5.; 6. Doživljava emocionalne paraliziranosti, nesposobnost osjećaja ljutnje, žalosti ili zadovoljstva i potpuna pa čak i bolna nemogućnost osjećaja prema bližoj rodbini i prijateljima.

IX Pesimistične misli 0. Bez pesimističnih misli.; 1.; 2. Povremene ideje o neuspjehu, samoprebacivanju ili samoomalovažavanju; 3.; 4. Stalno samoomalovažavanje ili definitivno prisutne ali još uvijek racionalne ideje o krivnji ili grijehu, sve izraženiji pesimizam o budućnosti.; 5.; 6. Ideje o propasti, grižnje savjesti ili neoprostivog grijeha. Apsurdno i nepokolebljivo samooptuživanje.

X Suicidalne misli 0. Uživa u životu ili ga prima takvim kakav jest.; 1.; 2. Umoran od života. Prolazne misli o samoubojstvu.; 3.; 4. Bolje bi bilo biti mrtav. Suicidalne misli su uobičajene, a samoubojstvo se smatra mogućim rješenjem, ali bez posebnih planova ili namjera.; 5.; 6. Jasni planovi za samoubojstvo ako se pruži prilika. Aktivne pripreme za samoubojstvo.

PRILOG 3

Benzinovićev upitnik za seksualno samopoimanje, koji se sastoji od 57 čestica koje dotiču sedam aspekata seksualnog samopoimanja (seksualna „self – shema“, svijest o vlastitoj seksualnosti, spremnost na seksualnu akciju, seksualni avanturizam, negativna emocionalnost, seksualna nekompetentnost, seksualno zadovoljstvo),

SEKSUALNO SAMOPOIMANJE

Dolje je naveden niz tvrdnji iz područja seksualnosti. Molimo vas da uz svaku tvrdnju postocima od 0 do 100% označite u za to predviđenom prostoru (crtica desno), u kojoj se mjeri odnosi na vas, odnosno koliko je ponuđena tvrdnja u skladu s vašim stavovima i razmišljanjima. Tvrdnje su vrlo intimne, no molimo vas da bez obzira na to, date svoje najiskrenije odgovore jer samo o tome ovisi vrijednost podataka. Ovdje je zajamčena potpuna diskrecija.

1. Vodila bi ljubav iz koristi ako je to nužno_____
2. U cjelini gledajući ja sam manje zadovoljna svojim seksualnim životom od drugih ljudi_____
3. Mislim da sam dobro informirana po pitanju seksa_____
4. Osjećam da baš ne mogu biti ponosna svojim seksualnim životom_____
5. Mislim da sve žene žele biti silovane _____
6. Mislim da sam seksualno sretna, barem koliko i drugi ljudi _____
7. Volim dok me ljudi gledaju neodjevenu_____
8. Općenito govoreći zadovoljna sam svojim seksualnim životom_____
9. Sadomazohističke igre obogaćuju moj život_____
10. Kad imam seksualne odnose brine me što bi partner mogao misliti o meni_____
11. Često imam erotske snove_____
12. Čestu izmjenu partnera smatram uzbudljivom _____
13. Seks je osnovni pokretač u mom životu_____
14. Često maštam o svojim seksualnim doživljajima_____
15. Uzbuduje me pomisao na analni seks_____
16. Strah me je da ću ispasti nevješta u seksualnim odnosima_____
17. Seks mi nikada ne dosadi _____
18. Život mi donosi puno seksualnog zadovoljstva_____

19. Čini mi se da nisam sposobna da izađem na kraj s većinom mojih seksualnih problema_____
20. Ako naiđem na neku seksualno zanimljivu osobu, nastojim je osvojiti, ma koliko to bilo teško_____
21. Seksualne nastranosti čine mi se privlačnim _____
22. Seksualni neuspjesi iz prošlosti navode me da sumnjam u buduće uspjehe_____
23. Kada odlučim ostvariti neku seksualnu vezu, bez odlaganja počinjem raditi na tome_____
24. Neću odustati od uspostavljanja željene seksualne veze, iako naiđem na prepreke_____
25. Na početku neke veze strah me je da me seksualni partner neće prihvatiti_____
26. Stalno preispitujem vlastite seksualne motive_____
27. Volim pričati o seksu u društvu_____
28. Seksualna privlačnost mi je dovoljan razlog za seksualni odnos _____
29. Mnogo razmišljam o svom seksualnom biću _____
30. Mnogo razmišljam o vlastitim emocijama vezanim uz seks_____
31. Često razmišljam da nisam dovoljno sposoban/a za realizaciju kvalitetne seksualne veze_____
32. Pretjerano razmišljam o tome što će moj partner misliti o meni_____
33. Često sam zaokupljn/a seksualnim mislima o sebi samom/j _____
34. Uglavnom sam zainteresiran/a za seks_____
35. Svjestan/a sam promjena svog seksualnog raspoloženja_____
36. Svjestan/a sam tjelesnih promjena kad razmišljam ili maštam o seksu_____
37. Često ma utučen/a i žalostan/a zbog svog seksualnog života_____
38. Ja sam seksualno biće_____
39. Ja se općenito dobro osjećam u vezi sa svojim seksom_____
40. Osjećam se seksualno izolirano/a od drugih ljudi_____
41. Kada se pojave mogućnosti za realizaciju neke seksualne veze ne mogu se uspješno snaći_____
42. Često se bojim da ću reći ili učiniti pogrešne stvari u seksualnim odnosima_____
43. Osjećam se dobro u svojoj seksualnoj vezi_____
44. Često se bojim da će drugi ljudi zamijetiti moje seksualne nedostatke_____
45. Osjećam se seksualno napuštenim/om_____
46. Ponekad se osjećam seksualno bezvrijednim/om_____

47. Plašeci se neuspjeha odustajem od seksualne veze prije nego ju i započnem_____
48. Volim seks_____
49. Nova seksualna iskustva čine mi se neophodnim za razvoj moje ličnosti_____
50. Grupni seksualni odnosi čine mi se privlačnim_____
51. Većina seksualnih problema na koje nailazim u životu za mene je teško rješiva_____
52. Nedostatak seksualnog odnosa čini me mrzovoljnim/om_____
53. Nisam siguran/a u svoje seksualne vještine kada moram ostvariti neku seksualnu vezu_____
54. Nastojim stvoriti što više prilika za seks_____
55. Ne vidim ništa loše u prostituciji_____
56. Sve više dolazim do saznanja da sam seksualno neuspješan/a_____
57. S vremena na vrijeme osjećam da seksualno ne vrijedim mnogo_____

PRILOG 4

Ljestvica seksualnog iskustva Arizona (ASEX), za muški i ženski spol, koja se sastoji od pet pitanja od kojih su prva dva obavezna, a sljedeća 3 tri samo u slučaju da su u zadnji mjesec dana imali seksualni odnos.

LJESTVICA SEKSUALNOG ISKUSTVA ARIZONA (ASEX) : MUŠKO

Za svaki element molimo navesti svoju ukupnu razinu u proteklom mjesecu, uključujući danas:

1. Koliki je vaš spolni nagon?

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1 Iznimno jak | 4 Ponešto slabiji |
| 2 Vrlo jak | 5 Vrlo slab |
| 3 Nešto jači | 6 Nemam nagona |

2. Koliko se lako spolno uzбудite?

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1 Iznimno lako | 4 Malo teže |
| 2 Vrlo lako | 5 Vrlo teško |
| 3 Ponešto lakše | 6 Nikad se ne uzbudim |

Ako ste imali spolne odnose u proteklih mjesec dana, molim odgovorite i na sljedeća tri pitanja.

Inače, ostavite pitanja 3, 4, 5 prazna.

3. Možete li lako postići i održati erekciju?

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1 Iznimno lako | 4 Ponešto teže |
| 2 Vrlo lako | 5 Vrlo teško |
| 3 Ponešto lakše | 6 Nikad |

4. Koliko lako postićete orgazam?

- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| 1 Iznimno lako | 4 Ponešto teže |
| 2 Vrlo lako | 5 Vrlo teško |
| 3 Ponešto lakše | 6 Nikad ne postićem orgazam |

5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?

1 Iznimno zadovoljavajući

2 Vrlo zadovoljavajući

3 Ponešto zadovoljavajući

4 Pomalo nezadovoljavajući

5 Vrlo nezadovoljavajući

6 Ne mogu postići orgazam

LJESTVICA SEKSUALNOG ISKUSTVA ARIZONA (ASEX) : ŽENSKO

Za svaki element molimo navesti svoju ukupnu razinu u proteklom mjesecu, uključujući danas:

1. Koliki je vaš spolni nagon?

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1 Iznimno jak | 4 Ponešto slabiji |
| 2 Vrlo jak | 5 Vrlo slab |
| 3 Nešto jači | 6 Nemam nagona |

2. Koliko se lako spolno uzбудite?

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1 Iznimno lako | 4 Malo teže |
| 2 Vrlo lako | 5 Vrlo teško |
| 3 Ponešto lakše | 6 Nikad se ne uzbudim |

Ako ste imali spolne odnose u proteklih mjesec dana, molim odgovorite i na sljedeća tri pitanja.

Inače, ostavite pitanja 3, 4, 5 prazna.

3. Koliko lako se vaša vagina navlaži tijekom seksualnog odnosa?

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1 Iznimno lako | 4 Nešto teže |
| 2 Vrlo lako | 5 Vrlo teško |
| 3 Ponešto lakše | 6 Nikad |

4. Koliko lako postižete orgazam?

- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| 1 Iznimno lako | 4 Nešto teže |
| 2 Vrlo lako | 5 Vrlo teško |
| 3 Ponešto lakše | 6 Nikad ne postizem orgazam |

5. Jesu li vaši orgazmi zadovoljavajući?

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1 Iznimno zadovoljavajući | 4 Pomalo nezadovoljavajući |
|---------------------------|----------------------------|

- 2 Vrlo zadovoljavajući
- 3 Ponešto zadovoljavajući

- 5 Vrlo nezadovoljavajući
- 6 Ne mogu postići orgazam

PRILOG 5

Petofaktorski upitnik ličnosti (IPIP, 2001) koji se sastoji od 44 čestice, a mjeri pet dimenzija ličnosti: ekstremitet, neuroticizam, savjesnost, ugodnost i otvorenost za iskustva.

Ovdje su nabrojane neke osobine koje se mogu, ali i ne moraju odnositi na Vas. Molim Vas da pokraj svake tvrdnje upišete jedan broj koji će označavati koliko se Vi slažete s tom tvrdnjom. Pritom brojevi znače sljedeće:

- 1 – uopće se ne slažem**
- 2 – uglavnom se ne slažem**
- 3 – niti se slažem niti se ne slažem**
- 4 – uglavnom se slažem**
- 5 – u potpunosti se slažem**

Sebe vidim kao osobu koja...

- | | |
|---|--|
| ___ 1. Je pričljiva. | ___ 24. Je emocionalno stabilna i lako se ne uznemirava. |
| ___ 2. Često kod drugih pronalazi nedostatke. | ___ 25. Je inventivna. |
| ___ 3. Temeljito obavlja posao. | ___ 26. Zna što hoće i ustraje u svojim ciljevima. |
| ___ 4. Je depresivna, tužna. | ___ 27. Može biti hladna i distancirana. |
| ___ 5. Je originalna, ima nove ideje. | ___ 28. Ustraje sve dok ne završi zadatak. |
| ___ 6. Je suzdržana. | ___ 29. Sklona zlovoljnosti. |
| ___ 7. Je spremna pomoći i nesebična je. | ___ 30. Cijeni umjetničke i estetske doživljaje. |
| ___ 8. Može biti ponešto nemarna. | ___ 31. Je ponekad plašljiva i povučena. |
| ___ 9. Je opuštena i dobro se suočava sa stresom. | ___ 32. Je prema gotovo svima pažljiva i ljubazna. |
| ___ 10. Je radoznala i zanimaju je brojne različite stvari. | ___ 33. Stvari obavlja efikasno. |

- ___ 11. Je puna energije.
- ___ 12. Započinje svađe s drugima.
- ___ 13. Pouzdano obavlja poslove.
- ___ 14. Može biti napeta.
- ___ 15. Je izrazito pametna i dubokoumna.
- ___ 16. Kod drugih stvara entuzijazam.
- ___ 17. Je blage, pomirljive prirode.
- ___ 18. Je sklona neorganiziranosti.
- ___ 19. Je jako zabrinuta.
- ___ 20. Je maštovita.
- ___ 21. Je često tiha.
- ___ 22. Je općenito puna povjerenja.
- ___ 23. Je sklona ljenosti.
- ___ 34. Ostaje smirena i u napetim situacijama.
- ___ 35. Više voli rutinske poslove.
- ___ 36. Je otvorena i društvena.
- ___ 37. Je ponekad gruba prema drugima.
- ___ 38. Planira i slijedi svoje planove.
- ___ 39. Se lako iznervira.
- ___ 40. Voli razmišljati i igrati se idejama.
- ___ 41. Se zanima za umjetnost.
- ___ 42. Voli surađivati s drugima.
- ___ 43. Se lako zbuni.
- ___ 44. Ima profinjen ukus za umjetnost, muziku i književnost.