

PSIHOLOŠKE POTREBE OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE

Tanja Živanić Stjepanović

Apstrakt: Cilj ovog rada bio je da se ispituju psihološke potrebe osoba oboljelih od shizofrenije u našoj sredini. Interes su bile psihološke potrebe jer su vrlo bitan, a rijetko ispitan i često zanemaren aspekt kod ovih osoba. Oslanjali smo se na Maslow-ljevu teoriju potreba. U istraživanju su učestvovala 32 osobe, korisnici usluga Centra za mentalno zdravlje u Derventi. Osobe su bile starosti između 25 i 55 godina. Svi ispitanici koriste medikamentoznu terapiju koju propisuje i kontroliše psihijatar zaposlen u ustanovi. Uzorak je bio ujednačen po polu. Rezultati su pokazali da su kod 97% ispitanika zadovoljene osnovne, bazične potrebe kao stan i hrana. Kao nezadovoljene, kod najvećeg broja ispitanika, su novac i posao, zatim zdravlje, neispunjen svakodnevni život i nezadovoljena im je potreba za ljubavlju. Njihovi ciljevi i želje u budućnosti odnose se na zadovoljenje ove potrebe za ljubavlju, stoga se nadaju da će stupiti u brak ili ljubavnu vezu i ostvariti potomstvo. Takođe, žele i teže boljem zdravstvenom stanju kao i boljoj finansijskoj situaciji.

Ključne riječi: *Maslow-ljeva teorija potreba, psihološke potrebe, shizofrenija*

Uvod

Od shizofrenije boluje oko 1% populacije što ukazuje da je shizofrenija značajno zastupljena u opštoj populaciji [1]. Danas se može pronaći mnoštvo istraživanja u kojima se ispituju različiti aspekti shizofrenije i taj broj se stalno povećava. Većina ovih istraživanja je kvantitativnog tipa, a na našim prostorima ovo nije često ispitivana pojava, pogotovo iz ugla psihologije. Shizofrenija je psihotični poremećaj koji može da se pojavi kao jedna epizoda bolesti, iako se uglavnom vraća ima stanja remisije i pogoršanja gdje za mnoge osobe ovo postaje hronično i devastirajuće oboljenje [2]. Istraživači nalaze jake dokaze i slažu se da je shizofrenija visoko hereditarno oboljenje i neki smatraju da se čak 80% varijanse može pripisati genetskim činiocima [3] iako većina istraživača smatra da je shizofrenija multifaktorijalno uzrokovana i da u njenom nastajanju učestvuju biološki, socijalni i psihički faktori [4].

Ono što shizofrenu psihozu razlikuje od drugih je postojanje pozitivnih i negativnih simptoma [5]. Simptomi shizofrenije uključuju derealizaciju, psihomotorne abnormalnosti, opsesivno-kompulsivne simptome, anksioznost, depresiju, maniju i izmijenjen afekat [6]. Glasovi koji se javljaju mogu biti i naredbodavnog karaktera [7]. Kod jednog pacijenta se obično manifestuje par ovih simptoma, gotovo nikad svi [8].

Kod oboljelih osoba se najčešće brine o njihovim bazičnim potrebama i da redovno koriste medikamentoznu terapiju, a njihove psihološke potrebe stavljaju se u drugi plan. Ovim istraživanjem ispitivale su se njihove zadovoljene i nezadovoljene psihološke potrebe. Ispitivanje se oslanjalo na Maslow-ljevu teoriju potreba. Potrebe koje se nalaze u osnovi su najprioritetnije i one prve moraju biti zadovoljene. To su fiziološke potrebe, potreba za sigurnošću, te potreba za ljubavlju i pripadanjem. Zatim dolazi potreba za samopoštovanjem, a na vrhu piramide potreba za samoaktualizacijom [9].

Vanbolničko liječenje osoba oboljelih od shizofrenije povećava značaj ispitivanja nezadovoljenih potreba i iziskuje pronalaženje načina na koji im se može pomoći [10]. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati psihološke potrebe osoba oboljelih od shizofrenije te da li se potrebe koje se javljaju razlikuju kod žena i muškaraca.

Metod

Ispitanici

Uzorak je prigodnog tipa i činile su ga osobe oboljele od shizofrenije starosti od 25 do 55 godina. Kriterijumi za uključivanje osoba u ovo istraživanje bili su da to budu pacijenti sa dijagnozom F20 (shizofrenije), koji su dobrovoljno pristali na učešće u istraživanju i koji su bili u stanju remisije najmanje tri mjeseca. Ispitanici su bile osobe koje se najmanje dvije godine liječe pod dijagnozom shizofrenije. Uzorkovanje se vršilo uz pomoć i saglasnost psihijatra zaposlenog u Centru za mentalno zdravlje. Učestvovala su 32 ispitanika ujednačena po polu, od kojih 2 ispitanika, nisu uzeti u obzir prili-

kom obrade podataka jer su odustali tokom intervjua. U istraživanju nisu učestvovala osobe koje pored dijagnoze shizofrenije imaju organski poremećaj, demenciju ili ulaze u kategoriju mentalne retardacije. Istraživanje je pismenim putem odobrio direktor Doma zdravlja, a ispitanici su potpisali informisani pristanak za učešće u istraživanju izdan od strane institucije.

Instrumenti

U ovom istraživanju koristili smo *polustrukturisani intervjui*. U okviru dubinskog intervjua koji smo sastavili za potrebe ovog ispitivanja pitanja su se odnosila na tri oblasti:

1. potrebe;
2. svakodnevno funkcionisanje;
3. perspektiva budućnosti.

Intervju je sastavljan na osnovu istraživačkih zadataka uz pomoć upitnika CANSAS (informacije o upitniku mogu se pronaći na www.iop.kcl.ac.uk/prism/can/), te upitnika za procjenu vođenu potrebama iz projekta Koordinisana briga u mentalnom zdravlju [11,12].

Rezultati

Obrada podataka vršena je pomoću fenomenološko-interpretativne analize [13], a tematske cjeline u okviru kojih predstavljamo rezultate su: psihološke potrebe, značajni životni događaji, svakodnevno funkcionisanje, percepcija budućnosti i stigmatizacija.

U okviru kategorije *psihološke potrebe* izdvojili smo subkategorije: bazične potrebe, potreba za ljubavlju, potreba za druženjem i potreba (procjena) zdravlja.

Tabela 1. Psihološke potrebe

Psihološke potrebe (zadovoljene)	
Varijabla	Postotak
Bazične	97 %
Potreba za ljubavlju	40 %
Potreba za druženjem	70 %

Četvrta subkategorija odnosi se na zdravlje ispitanika i obuhvata više aspekata koje ćemo prikazati u tabeli.

Tabela 2. Potreba/procjena zdravlja

Varijabla	Pitanje	Postotak
Fizičko zdravlje	Smatra da im je zdravlje lošije od drugih	50 %
	Smatra da je isto	40 %
	Smatra da je bolje od drugih	10 %
Pušenje	Pušači	53 %
Korištenje alkohola	Popije 1-2 pića	7 %
Korištenje psihoaktivnih supstanci	Koristili u prošlosti, više ne	7 %
Pokušaj samoubistva		33 %
Suicidalne ideje		7 %
Halucinacije	Imali i praćeni	53 %

Na pitanje o *značajnim životnim događajima* 9 ispitanika je navelo srećan doživljaj, a 20 ispitanika je ispričalo stresni događaj. Jedan je ispitanik odbio da odgovori na pitanje.

Treća kategorija je o *svakodnevnom funkcionisanju* ispitanika i u okviru nje izdvojili smo interese, rad u domaćinstvu, hobi, posao i rekreativne/zabavne aktivnosti.

Tabela 3. Svakodnevno funkcionisanje ispitanika

Varijabla	Pitanja	Postotak
Interesi	Poslovi u domaćinstvu, gledanje TV-a	30 %
Hobi	Štenja, pletenje, čitanje	
Rad u domaćinstvu	Kućanski poslovi, poljoprivreda i rad sa drvetom	23 %
Posao	Zaposleno	
Zabavne/rekreativne aktivnosti	Na dnevnicе	20 %
	Šetnja i vježbanje	13 %

U četvrtoj kategoriji, *percepcija budućnosti*, izdvojene su subkategorije percepcija zdravstvenog stanja u budućnosti, te želje i ciljevi ispitanika u budućnosti.

Tabela 4. Percepcija budućnosti

Varijabla	Pitanje	Postotak
Percepcija zdravstvenog stanja	Smatra da će im zdravstveno stanje biti <i>bolje</i>	65 %
	Smatra da će biti <i>isto</i>	30 %
	Smatra da će biti <i>lošije</i>	5 %
Želje i ciljevi u budućnosti	U vezi zdravlja Stupanje u brak i ostvarivanje potomstva Bolja finansijska situacija	

Po pitanju *polnih razlika* predstavimo samo rezultate u kojima ima razlika.

Na temu o značajnim životnim događajima 9 muških ispitanika, a 11 žena navelo je stresne životne događaje. Jedan ispitanik je odbio da odgovori na ovo pitanje.

Tabela 5. Polne razlike

Procjena/potreba zdravlja	muškarci		žene	
	N		N	
Konзумiranje alkohola	2		0	
Konзумiranje psihoaktivnih supstanci	2		0	
Pokušaj samoubistva	4		6	
Halucinacije	9		7	
Pušenje	10		6	

Osjećaj *nepravednog ili ružnog ponašanja* prema sebi doživjelo je 6 muškaraca, a 3 žene.

Tabela 6. Stigmatizacija

	Stigmatizacija muških ispitanika		
	Od strane porodice	Od strane institucije	Od strane okoline – komšije
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
	Stigmatizacija ženskih ispitanika		
1.			
2.			
3.			

Diskusija

Psihološke potrebe

Kao ono što njima najviše fali i treba ispitanici su naveli novac i posao, zdravlje, te bračni supružnik. Kod oba pola se pokazalo da im je novac na prvom mjestu nezadovoljena potreba, a pacijenti koji nisu penzionisani, navode problem pronalaska posla. Na ovakav rezultat uticala je loša finansijska situacija, nezaposlenost i ne uključivanje u socijalne aktivnosti [14]. Oni koji su naveli novac i posao kao nezadovoljene potrebe iskazali su i nezadovoljstvo svojom finansijskom situacijom. Da li je siromaštvo uzrok ili posljedica oboljenja, neudomica je koja vlada već dugo. Rezultati ukazuju da ono svakako ima uticaj na razvoj bolesti. Istraživanje rađeno u 13 država Sjedinjenih Američkih država pokazuje da je broj hospitalizacija, ljudi ob-

oljelih od shizofrenije, u korelaciji sa postotokom nezaposlenosti, kao i života u siromaštvu [15].

18 ispitanika navodi da im porodica finansijski pomaže što ukazuje da im njihova primanja nisu dovoljna i neki su primorani da rade.

Ukupno 5 muškaraca radi. Nijedna žena nije u radnom odnosu, ali dvije rade na dnevnicu. U istraživanju o rodnim nejednakostima u zapošljavanju, upravljanju i odlučivanju autori navode da u Srbiji najniži stepen zaposlenosti imaju žene sa nižim i srednjim obrazovanjem, koje je znatno niže od zaposlenosti muškaraca istog obrazovanja [16]. Navode da su žene najčešće zaposlene na slabo plaćenim poslovima, radnim ulogama koji ostavljaju vremena za porodicu i podizanje djece. Ovakvi rezultati, na našim prostorima, objašnjavaju nižu stopu zaposlenosti žena i u ovom istraživanju. Kad uzmemo u obzir ispitivanu populaciju, jasno je da je njihovo oboljenje samo po sebi otežavajući faktor za zapošljavanje. Penzije i socijalna pomoć su niska finansijska primanja tako da i ispitanici za koje bi se moglo reći da su obezbjeđeni po tom pitanju i dalje iskazuju nezadovoljstvo i bez pomoći porodice ili traženja dodatnih poslova, ne bi mogli da zadovolje ni osnovne potrebe. Zanimljiv podatak je da je 12 žena, a 6 muškaraca navelo da im porodica pruža finansijsku pomoć. Veću brigu porodice o ženskim osobama nego muškim, možemo da tumačimo u skladu sa rodnim ulogama na našim prostorima. Globalni stereotip žene najčešće vezuje za ulogu majke i aktivnosti unutar domaćinstva, dok se muškarcu prepisuje ekonomska uloga [17].

Ispitanici su nezadovoljni zdravstvenim stanjem. Samoprocjene zdravlja ukazuju da smatraju svoje zdravlje znatno lošijim od zdravlja ljudi u njihovoj okolini. Kao osobine ličnosti koje ispitanici vole kod sebe najčešće navode karakterne osobine, skromnost, povučenost, poštenje, emotivnost, dobrotu, iskrenost, pamet i društvenost. Ovo govori o mogućnosti razvijanja samopoštovanja kod ovih ljudi. Bitno je razvijati pozitivan stav ovih pacijenata jer je slika o sebi važna kada su u pitanju depresija i samoubistvo. Rizik od pokušaja samoubistva povezan je sa specifičnim afektivnim simptomima: osjećajem bespomoćnosti, bezvrijednosti i uznemirenosti, istorije suicidalnih razmišljanja i komorbiditeta [18]. Zbog ovoga je značajno da se sa osobama oboljelim od shizofrenije radi na razvijanju pozitivne slike o sebi jer se prevencija suicida u shizofreniji najbolje može riješiti kroz tretman afektivnih simptoma. Takođe, neophodno je vršiti prevencije suicida kod osoba oboljelih od shizofrenije.

Halucinacije slušnog karaktera su se javljale kod većine ispitanika. One su najčešći prepoznatljivi pozitivni simptom shizofrenije zajedno sa sumanutim idejama i bizarnim ponašanjem. Smatramo da bi u okviru liječenja bilo dobro pružiti im psihoterapijsku pomoć jer je tretman psihotičnih poremećaja znatno poboljšan uvođenjem antipsihotičnih medikamata, prije više od pola vijeka, ali pokazalo se da su i psihoterapije jako korisne u liječenju ovih pacijenata. Psihološke intervencije su prihvaćene prije dvadesetak godina i tek danas se posmatraju kao validan tretman u liječenju shizof-

renije. Američki istraživački tim osoba sa shizofrenijom (*American Schizophrenia Patient Outcomes Research Team – PORT*) kao i Nacionalni institut za kliničku izvrsnost (*National Institute for Clinical Excellence – NICE*) preporučuju da se kod osoba koje boluju od shizofrenije primjenjuje kognitivno-bihevioralna terapija jer je dokazano da ima uspjeha u redukovanju psihotičnih simptoma kod osoba koje koriste medikamentoznu terapiju [20]. Istraživači ukazuju i na značaj porodične psihoterapije kao i porodičnih programa za porodičnu podršku „Family to family support programs” za pacijente i članove porodice, jer većina oboljelih živi sa članovima porodice koji brinu o njima. Hronične psihijatrijske bolesti imaju velik uticaj na živote i zdravlje članova porodice kao i same pacijente [21]. Kada je u pitanju zdravlje oboljelih, ono što sigurno loše utiče, a u čemu bi im se mogla pružiti pomoć je prestanak pušenja (16 od 30 ispitanika su pušači).

Znamo da hronični stres štetno utiče na mentalno zdravlje osoba. Obzirom da autori [22] smatraju da stresori ne moraju biti isključivo negativna zbivanja, već sva dešavanja zbog kojih pojedinac mora uložiti dodatne napore za prilagođavanje, mi nismo ograničili ispitanike da ispričaju samo stresne događaje, ali smo ipak dobili rezultate u kojima je 67% muškaraca i 71 % žena ispričalo stresan doživljaj kao značajan. Vidimo da ispitanici više percipiraju stresne doživljaje kao značajne u svom životu. Kod ispitanica 21% njih smatra da je stresan životni događaj bio okidač za razvoj njihove bolesti, a 7% muškaraca dijeli to mišljenje. Rat i smrt članova uže porodice kao stresan događaj navode muškarci i žene. Stresovi kao što su smrt bliskih srodnika, rat, loši socioekonomski uslovi psihološki se obrađuju kao isuviše teški da bi se držali u svijesti te kad se takvi događaji potiskuju nepovoljno utiču na cijelu ličnost [23]. Naši rezultati idu ovome u prilog jer se 67% značajnih događaja desilo prije početka oboljenja iako ne možemo da tvrdimo zbog malog uzorka i nemogućnosti tačnog ustanovljavanja da li je neki događaj bio okidač za pokretanje bolesti. Ono što je neminovno je da stresni životni događaji zasigurno sa ostalim faktorima mogu da utiču na razvoj ove bolesti.

Potreba za ljubavlju jedan je bitan element za život, te ova nezadovoljena potreba može da ostavi teške posljedice na pojedinca [9]. 61% ispitanika, od onih koji nemaju supružnike, iskazalo je želju i cilj za stupanjem u brak te ostvarivanjem potomstva. Deset ispitanika koji su u braku ili vezi su zadovoljni svojim seksualnim životom, a jedan ispitanik nije. Ovi podaci su bitni jer je seksualna funkcija pacijenata oboljelih od shizofrenije rijetko ispitivan aspekt, a vrlo bitan za život oboljelih. Veći fokus na seksualnost i prevenciju seksualnih disfunkcija bi bio velika prednost za poboljšanje tretmana u liječenju pacijenata [24].

U ispitivanju društvenog života 21 ispitanik je iskazao zadovoljstvo. Analizom iz drugih pitanja u intervjuu vidi se da se ispitanici ipak ne druže tako često i da im prijatelji i komšije ne pomažu mnogo. Na pitanje o tome

kako provode dan samo 20% ispitanika je navelo da se druži, da ih neko od prijatelja ili komšija posjećuje ili da oni idu kod njih.

Kod svakodnevnog funkcionisanja rezultati pokazuju da su njihovi dani jednolični i neispunjeni. Potrebno je da se Centri za mentalno zdravlje uključe i pomognu u socijalizaciji korisnika njihovih usluga kroz aktivnosti koje su oni u mogućnosti da sprovedu.

Na vrhu Maslow-ljeve piramide nalaze se potreba za samopoštovanjem i samoaktualizacijom pa smo željeli da vidimo kako ove osobe percipiraju svoju budućnost, kakve su im želje i šta teže da ostvare. Odgovori o ciljevima i viđenju sebe su u vezi zdravlja, stupanja u brak i ostvarivanja potomstva, te bolje finansijske situacije. Samo jedna ispitanica vidi pesimistično svoje zdravlje i smatra da će biti lošije, dok se ostali ispitanici nadaju da će im zdravlje u budućnosti biti isto ili bolje.

Oboljele osobe često su podcijenjivane kao ličnosti i žrtve su diskriminacije, te je nenalažanje podataka o stigmatizaciji osoba oboljelih od shizofrenije na našim prostorima bio razlog za ispitivanje. Osjećaj nepravednog ili ružnog ponašanja od strane porodice, institucije ili okoline doživjelo je 6 muškaraca i 3 žene. U većini drugih istraživanja rezultati su poražavajući. U studiji o stigmatizaciji ljudi oboljelih od shizofrenije 70 od ukupno 74 ispitanih pacijenata prijavili su neko iskustvo stigmatizacije [25]. Rezultat koji smo mi dobili ide u prilog istraživanjima koja ukazuju da je stepen stigmatizacije manji u nezapadnim društvima [7].

Ograničenje ovog istraživanja može da predstavlja sam način obrade rezultata kvalitativnih istraživanja jer se gubi sigurnost koju nude brojke i statistički postupci. Nedostatak je i relativno malen broj ispitanika kao i velik raspon starosti ispitanika. U budućim istraživanjima bilo bi dobro razdvojiti starosne grupe jer je gotovo sigurno da osobe od 25 i 55 godina nemaju iste potrebe.

Zaključak

Iako je shizofrenija neizlječiva i teška bolest, brojni su načini za pruženje pomoći i poboljšanja toka bolesti. Psihoterapeuti, psihoedukacije doprinose boljem kvalitetu života, rjeđim recidivima i redovnom uzimanju lijekova. Uključivanje stručnjaka iz ovih oblasti doprinijelo bi poboljšanju kvaliteta života kao i toka bolesti kod ovih osoba. Potrebno je da se razvija kolektivna svijest o mogućnostima pružanja pomoći ovim osobama i da se preduzimaju odgovarajuće mjere koje je u datom kontekstu moguće primeniti.

Zahvalnica

Zahvaljujem se uvaženoj prof. dr Nadi Vaselić za mentorstvo i korisne sugestije prilikom pisanja ovog rada.

PSYCHOLOGICAL NEEDS OF PERSONS AFFECTED BY SHIZOFRENIA

Tanja Zivanic Stjepanovic

Abstract: The aim of this research was to look into psychological needs of people with shizophrenia in our environment. Our interest were psychological needs of those patients because they are very important, but rarely examined and often neglected aspect. We have relied on Maslow theory of needs. 32 persons who are the beneficiaries of the Centre for mental health care have been included in the research. The persons are between 25 and 55 years old. All the participants are using medical drug therapy prescribed and controlled by the psychiatrist of this healthcare institution. The number of women and men in this research was equal. The final results have shown that 97% of persons have met the basic needs like food and home. Unmet needs are lack of money, unemployment, health, discontented everyday life and need for love. Their wishes and goals are to start and raise a family. Also, they hope to have better health in the future as well as better financial situation.

Key words: *Maslow theory of needs, psychological needs, shizophrenia*

Literatura:

1. Ostojčić D. Prva epizoda shizofrenije- važnost ranog otkrivanja bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*. 2012;19(1):53-72.
2. Weiser-Soares K, Maayan N, Bergman H, Davenport H, Kirkham AJ, Grabowski S, et al. First rank symptoms for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1.
3. Marić N, Švrakić D. Why schizophrenia genetics needs epigenetics: a review. *Psychiatr Danub*. 2012;24(1):2-18.
4. Marić J. *Klinička psihijatrija*. 11th ed. Beograd: Megraf; 2005.
5. Kecmanović D. *Psihijatrija*. Beograd-Zagreb: Svjetlost, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1989.
6. Davison GC, Neale JM. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. 2nd ed. Naklada Slap: Jastrebarsko; 2002.
7. Loga S, Fišeković S. *Shizofrenija*. Sarajevo: Medicinski fakultet; 2000.
8. Keller WR, Fisher BA, Carpenter WT. Revisiting the Diagnosis of Schizophrenia: Where have we been and where are we going? *CNS Neurosci Ther*. 2011;17:83-8.
9. Flugosi A. *Psihologija ličnosti: teorije i istraživanja*. 6th ed. Zagreb: Školska knjiga; 1997.
10. Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. Meet and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull*. 2003;29(2):201-10.
11. Trauer T, Tobias G, Slade M. Development and evaluation of patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P). *Community Ment Health J*. 2008;44(2):113-24.
12. Lakić B, Popović T, Jovanović S, Hrelja-Hasečić Dž. *Koordinisana briga u mentalnom zdravlju*. Banja Luka: Medicinski fakultet; 2013.
13. Willig C. *Introducing Qualitative Research in Psychology*. London: Open University Press; 2008.
14. Chan S, Yu IW. Quality of life clients with schizophrenia. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):72-83.
15. Fortney Xu, Dong, Read J. Can poverty drive you mad? Schizophrenia, socio-economic status and the case for primary prevention. *NZ J Psychol*. 2010;39(2):7-19.
16. Kolin M, Čičkarić Lj. Rodne nejednakosti u zapošljavanju, upravljanju i odlučivanju. *Stanovništvo*. 2009;1:103-24.
17. Devedžić M. Rodne (ne)jednakosti iz demografske perspektive. *Stanovništvo*. 2006;2:65-87.
18. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclar J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 2005;187(1):9-20.
19. Jones C, Hacker D, Cormac I, Maeden A, Irving C. Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;4.
20. Nordentoft M, Austin S. CBT for psychotic disorders: beyond meta-analyses and guidelines – it is time to implement! *World Psychiatry*. 2014;13(3):260-1.

21. Bademeli K, Duman CZ. Family to family support programs for the caregivers of schizophrenia patients: a systematic review. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(4):225-65.
22. Havelka M. *Zdravstvena psihologija.* Zagreb: Naklada Slap, 1998.
23. Lečić-Toševski D, Draganić-Gajić S, Vuković O, Stepanović J. Stres i tjelesne bolesti. *Psihijatrijski dani.* 2001;33(3-4):149-73.
24. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and Schizophrenia: a review. *Schizoph Bull.* 2004;30(4):767-79.
25. Dickerson BF, Sommerville J, Origoni EA, Ringel BN, Parente F. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. *Schizoph Bull.* 2002;28(1):143-55.

Tanja ŽIVANIĆ STJEPANOVIĆ, *magistar psihologije*

Tanja ZIVANIC STJEPANOVIC, *Master of Psychology*

E-mail: zivanic.tanja28@gmail.com