UNIVERSITATEA DE VEST ”VASILE GOLDIȘ” DIN ARAD
FACULTATEA DE MEDICINĂ, FARMACIE ȘI MEDICINĂ DENTARĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC:
PROF. DR. DELIA MARINA PODEA

DOCTORAND:
MARIȘ MARIANA ADELINA

ARAD , 2013

UNIVERSITATEA DE VEST ”VASILE GOLDIȘ” DIN ARAD
FACULTATEA DE MEDICINĂ, FARMACIE ȘI MEDICINĂ DENTARĂ

ASPECTE CLINICO-BIOLOGICE ÎN SCHIZOFRENIE

CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC:
PROF. DR. DELIA MARINA PODEA

DOCTORAND:
MARIȘ MARIANA ADELINA

ARAD, 2013

CUPRINS

Introducere 1
PARTEA GENERALĂ.....3
Capitolul I. Schizofrenia-aspecte clinice.....3
Capitolul II. Comorbiditatea somatică în schizofrenie.....3
Capitolul III. Tratamentul antipsihotic în funcție de tipurile clinice de schizofrenie.....3
Capitolul IV. Calitatea vieții.....3
CERCETARE PERSONALĂ.....4
Capitolul V 4
5.1.Scopul studiului.....4
5.2. Obiectivele.....4
5.3. Material şi metodă.....4
5.3.1. *Criterii de selectare*.....5
5.3.2. *Instrumente de investigare*……6
5.4. Rezultate……..7
Descrierea lotului general de subiecți.....7
Descrierea lotului de subiecți sănătoși.....9
Descrierea lotului subiecților cu schizofrenie paranoidă.....11
Descrierea lotului alcătuit din persoane diagnosticate cu alte forme de schizofrenie 14
5.4.1. Analiza influenței variabilei vârstă asupra scorurilor la scala de măsurare a calității vieții……..17
5.4.2. Analiza influenței variabilei statut marital asupra calității vieții.....17
5.4.3. Analiza variabilei statut ocupațional asupra calității vieții.....18
5.4.4. Analiza variabilei nivel educațional asupra calității vieții.....19
5.4.5. Influența variabilei aria de rezidență asupra calității vieții.....19
5.4.6. Comparația între loturile subiecților sănătoşi, cu schizofrenie paranoidă şi alte forme de schizofrenie privind scorurile la scala de calitate a vieții.....19
5.4.7.Comparație între loturile de pacienți cu schizofrenie în funcție de vârsta de debut a tulburării.....21
5.4.8. Investigarea relației dintre calitatea vieții şi tipul tratamentului medicamentos în cazul persoanelor diagnosticate cu schizofrenie.....22

5.4.9.Analiza diferențelor dintre cele trei grupuri de subiecți în funcție de variabilele fiziologice.....22
5.4.9.1.Analiza diferențelor dintre cele două genuri în funcție de variabilele fiziologice.....22
5.4.9.2.Analiza legăturii dintre vârsta subiecților şi valorile indicatorilor fiziologici avuți în vedere.....23
5.4.9.3.Analiza relației dintre statusul marital şi variabilele fiziologice.....25
5.4.9.4.Analiza relațiilor dintre variabila ocupație şi variabilele fiziologice.....28
5.4.9.5.Analiza relațiilor dintre variabila nivel educațional / studii şi variabilele fiziologice..28
5.4.9.6.Analiza relației dintre variabila arie de rezidență şi variabilele fiziologice.....28
5.4.9.7.Comparație între cele două loturi clinice în funcție de distribuția pe variabila vârsta la debut.....28
5.4.9.8.Comparație între cele două loturi clinice în funcție de distribuția pe variabila tip de tratament.....29
DISCUȚII.....34
CONCLUZII.....38
Contribuție personală.....41
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....43

Introducere

Schizofrenia este o problemă de sănătate foarte importantă a societății, implicând costuri enorme peste tot în lume. Concomitent cu acumularea de informații despre această boală psihică şi răspândirea ei, au apărut tot mai multe întrebări în legătură cu cauzele care o determină şi factorii care îi favorizează debutul, evoluția, prognosticul. Aceste întrebări s-au născut din discordanța dintre dovezile clare existente în ceea ce priveşte manifestarea clinică a schizofreniei ca a oricărei alte boli şi lipsa de informații exacte privind locul leziunii sau mecanismul fiziopatologic, responsabile de declanşarea bolii. Modelul psihopatologic al schizofreniei a reprezentat un deziderat extrem de important pentru psihiatrii ultimului secol, aceştia lovindu-se de reale dificultăți de abordare şi elucidare a mecanismelor acestei tulburări.

Independent de nuanțările cantitative sau calitative, de interpretările predominent psihologice sau neuro-anatomice, de primaritatea sau secundaritatea tulburării oferite de diverşi autori, schizofrenia conturează un tablou psihopatologic complex, dinamic şi polimorf, a cărui trăsătură definitorie este reprezentată de o perturbare gravă a organizării persoanei, atât din punctul de vedere al structurii şi funcționalității intrinsece, cât şi din cel al relaționării cu anturajul şi realitatea înconjurătoare.

O nouă generație de medicamente şi cele mai recente descoperiri privind neuropatologia şi implicațiile genetice au condus la o nouă percepție asupra schizofreniei, însă cu toate acestea schizofrenia rămâne o boală enigmatică, cu un mare impact asupra pacienților, familiilor acestora şi asupra societății. Antipsihoticele de generație secundă sunt terapii medicamentoase care oferă beneficii importante pacienților suferind de tulburări psihotice cum ar fi schizofrenia şi bolile înrudite, cu o reducere considerabilă a efectelor de tip extrapiramidal comparativ cu antipsihoticele convenționale, de generație mai veche. Faptul că unele medicamente din această categorie de avangardă produc creşteri semnificative în greutate, risc pentru stări dislipidemice şi diabet zaharat de tip 2, ne determină să aprofundăm mecanismele de producere ale acestor efecte adverse şi să studiem măsurile de contracarare a acestor efecte.

Pacienții cu boli mentale severe au rate ridicate de mortalitate şi de comorbiditate cu boli somatice severe în complicații şi consecințe, cum ar fi diabetul zaharat şi bolile coronariene. Pe lângă factorii genetici cărora le revine evident un rol important, stilul de viață, sedentarismul, alimentația defectuoasă, precară, influențează starea de sănătate a acestor

subiecţi afectaţi de condiţii patologice mentale, ele însele balasturi greu de contracarat. Măsurile de prevenţie primară şi secundară vizează aceşti factori de risc şi ne determină să găsim soluţii noi pentru noile ameninţări ce întunecă perspectiva orizontului de dezvoltare umană şi spirituală a acestor pacienţi.

Terapia modernă aplicată în schizofrenie cuprinde un complex de metode farmacoterapeutice, psihoterapeutice şi socio-terapeutice, cu rezultate variabile, obţinându-se remisiuni complete şi parţiale, înregistrându-se treceri de la o formă la alta, dar şi forme non-responsive, cu evoluţie cronică defectuală. Viitoarele cercetări multi şi interdisciplinare trebuie să aducă valoroase completări în descifrarea mecanismelor schizofreniei – cea mai gravă psihoză endogenă.

Pentru pacientul diagnosticat cu schizofrenie, conceptul de calitate a vieţii diferă de cel utilizat pentru a descrie bolile fizice şi psihice mai puţin debilitante. Pacienţii cronici diagnosticaţi cu schizofrenie au nevoi speciale, care exercită o influenţă profundă asupra existenţei lor şi asupra bunăstării subiective. Aceşti pacienţi trebuie să lupte şi cu stigma asociată bolii psihice. Datorită cronicizării şi remisiunii incomplete a simptomatologiei, un număr semnificativ de pacienţi trăiesc în locuinţe protejate şi/sau spitale prin urmare nu ajung la etapele de adulţi independenţi, care se căsătoresc, au copii, şi sunt salariaţi. Scalele de calitate a vieţii elaborate pentru pacienţii cu schizofrenie acordă o atenţie deosebită problemelor specifice ale acestora cum ar fi: managementul resurselor, de accesibilitate la îngrijirile de sănătate, natura relaţiilor personale şi familiale, precum şi utilizarea timpului liber.

Numeroase scale de evaluare a calităţii vieţii investighează diferite domenii prin evaluarea nevoilor de bază de zi cu zi: sănătate fizică, sănătate mentală, îngrijirea sănătăţii, siguranţa şi securitatea, hrană, locuinţă, educaţie, relaţii interpersonale, finanţe, activităţi, petrecerea timpului liber, locul de muncă, religie, pornind de la experienţa personală (auto-împlinire, armonie cu el însuşi, fericire, bucurie, dragoste).

Cuvinte cheie: schizofrenie, sindrom metabolic, calitatea vieţii.

PARTEA GENERALĂ

Capitolul I. Schizofrenia-aspecte clinice cuprinde un scurt istoric al bolii, criteriile de diagnostic conform ICD 10 și DSM IV-TR, epidemiologia, etiopatogenia, genetica, neurochimia schizofreniei cu focalizare asupra ipotezelor neurotransmițătorilor (dopamina, serotonina, GABA, glutamat), teoriile neurodevelopmentale, evoluția, prognosticul și evaluarea neuropsihologică a schizofreniei.

Capitolul II. Comorbiditatea somatică în schizofrenie prezintă componentele sindromului metabolic : diabetul zaharat, obezitatea, dislipidemia și boala cardiovasculară. Sunt prezentate cercetările actuale privind tratamentul antipsihotic, efectele secundare ale acestuia, inclusiv apariția sindromului metabolic.

Capitolul III. Tratamentul antipsihotic în funcție de tipurile clinice de schizofrenie. În acest capitol am realizat o scurtă introducere despre tratamentul medicamentos antipsihotic, o clasificare a antipsihoticelor în funcție de mecanismele lor de acțiune și efectele adverse, am prezentat indicațiile terapeutice în diferitele etape de boală, tratamentul în cazul schizofreniei rezistente precum și conduita terapeutică a principalelor efectele adverse induse de tratamentul antipsihotic.

Capitolul IV. Calitatea vieții descrie istoricul acestei noțiuni, prezintă câteva definiții, conceptualizarea, importanța acestei dimensiuni în viața pacienților diagnosticați cu schizofrenie și prezentarea principalelor scale de evaluare a calității vieții.

CERCETARE PERSONALĂ

CAPITOLUL V

5.1 Scopul studiului

Pentru pacientul diagnosticat cu schizofrenie, conceptul de calitate a vieții diferă de cel utilizat pentru a descrie bolile fizice şi psihice mai puțin invalidante. Pacienții cronici diagnosticați cu schizofrenie au nevoi speciale, care exercită o influență profundă asupra existenței lor şi implicit asupra bunăstării subiective.

Scopul propus al acestei cercetări este de a concepe un plan de cooperare între profesioniști de diverse specialități, pentru prevenirea apariției comorbidităților somatice, pentru un diagnostic precoce al acestora şi pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților cu diferite forme de schizofrenie.

5.2 Obiectivele

Obiectiv primar: Cuantificarea deteriorării calității vieții pacienților diagnosticați cu schizofrenie cu ajutorul următoarelor scale propuse:

- scala de calitate a vieții (QOL), una din cele mai utilizate scale şi
- inventarul stării de bine autodeterminate (ISBA) care este utilizată pentru prima dată la subiecții diagnosticați cu schizofrenie .

Obiective secundare:

1. Evaluarea componentelor metabolice: valorile trigliceridelor, colesterolului, glicemiei, a tensiunii arteriale și prezența sau absența obezității, corelate cu caracteristicile socio-demografice și clinice; demonstrarea influenței parametrilor metabolici modificați, asupra calității vieții la pacienții diagnosticați cu schizofrenie.

2. Îmbunătățirii calității vieții pacienților diagnosticați cu schizofrenie prin instituirea unor măsuri socio-economice în vederea prevenției comorbidităților somatice și reinserției sociale a acestora.

5.3 Material și metodă

În studiu au fost incluși un număr de 150 de subiecți astfel:

- grupul de control, format din 50 de subiecți fără diagnostic psihiatric
- grupul de lucru format din 100 de subiecți diagnosticați cu schizofrenie.

Diagnosticul pozitiv a fost stabilit în conformitate cu criteriile operationale din DSM-IV-TR(1994) şi ICD-10(1992).

Grupul subiecților cu schizofrenie a fost selectat dintre pacienții spitalizați în Secția Clinică de Psihiatrie din Arad, între 2009-2011.

Criterii de selectare

Grupul de subiecți sănătoşi (A) este format din 50 de persoane, cu vârste cuprinse între 20 şi 65 de ani, care au participat voluntar la acest studiu. Grupul A a fost împărțit în funcție de vârstă în trei subgrupuri în proporții relativ egale:

- Între 20 – 34 ani
- Între 35 şi 49 ani
- Între 50 şi 65 ani

Criterii de includere:

- Vârsta cuprinsă între 20 - 65 ani
- Fără diagnostic psihiatric

Criterii de excludere:

- Vârsta sub 20 ani şi peste 65 ani
- Cu diagnostic psihiatric

Grupul B format din 100 de pacienți diagnosticați cu schizofrenie cuprinde 2 subgrupuri:

- subgrupul B1 format din 50 de pacienți diagnosticați cu schizofrenie paranoidă, şi
- subgrupul B2 format din 50 de pacienți diagnosticați cu alte tipuri de schizofrenie (nediferențiată, simplă, catatonă, dezorganizată, reziduală).

Pentru o evaluare cât mai corectă, datele obținute de la pacienți au fost completate cu informații suplimentare oferite de familie, care au permis eliminarea neconcordanțelor între declarațiile subiective şi datele obiective privind performanța la locul de muncă, comportamentul şi relațiile sociale ale subiecților.

Criteriile de includere pentru subgrupurile B1 şi B2 sunt:

- Vârsta cuprinsă între 20 - 65 ani
- Diagnostic de schizofrenie paranoidă sau alte tipuri de schizofrenie

Criterii de excludere pentru subgrupurile B1 şi B2 sunt:

- Vârsta sub 20 ani şi peste 65 ani
- Alte diagnostice psihiatrice
- Comorbidități somatice severe

Pacienții au fost evaluați utilizând un interviu semistructurat pentru a determina caracteristicele demografice şi clinice: vârsta, genul, nivelul educațional, statusul marital, domiciliul, vârsta la debut și tratamentul farmacologic. Cercetarea a fost efectuată în acord cu standardele etice ale declarației de la Helsinky(1964).

Instrumente de investigare

Calitatea vieții a fost evaluată utilizând două scale: Scala de calitate a vieții(QOL) și Inventarul stării de bine autodeterminată(ISBA). Toate evaluările au fost efectuate de către psihiatru.

Prima scală este aplicată în aproximativ 60 de minute şi oferă un scor la nivel global şi scorurile pentru fiecare dintre cele şase domenii. Scala de calitate a vieții este divizată în 6 arii și 24 de dimensiuni avand 100 de itemi, scorați de la 0 la 5 puncte: *sănătate fizică* cu trei dimensiuni (energie și oboseală, durere și discomfort, somn și odihnă), *sănătate mentală* cu 5 dimensiuni (apariție personală, status emoțional pozitiv și negative, stimă de sine și încredere de sine și capabilități cognitive-gândire, învățare, memorie și concentrare), *grad de independență* cu 4 dimensiuni (mobilitate fizică, performanță în activitățile zilnice, dependența de medicamente și aparatura medicală, abilitatea de a munci), *relații sociale* cu 3 dimensiuni (relații interpersonale, suport social, activitate sexuală) *mediul de viață* cu 8 dimensiuni (resurse financiare, libertatea de mişcare fizică, de securitate sau de siguranță, accesibilitatea şi capacitatea de îngrijire şi asistență socială, locuință, formare personală şi accesul la informații, participarea la activități în timpul liber, de calitate a mediului înconjurător- poluare chimică, zgomotul, intensitatea traficului, climatul fizic, disponibilitatea accesului la mijloace de transport), *viața spirituală* care se referă la convingerile şi credințele religioase, aderarea la o organizație religioasă.

A doua scală (ISBA) a fost validată pe populație românească de către Roșeanu și Răşcanu (2008)(α=.84). În studiul nostru ISBA este utilizat pentru a evalua calitatea vieții participanților diagnosticați cu schizofrenie. Per ansamblul inventarului, alpha Cronbach are valoarea: .86. Scala se aplică în 30-40 minute. Conține 36 de afirmații la care subiectul răspunde pe o scală Likert de 6 puncte (de la „acord puternic" la „puternic împotrivă"), care indică măsura în care el este de acord cu fiecare declarație. Instrumentul include următoarele dimensiuni ale stării de bine : (1) fizică, (2) spirituală, (3) psihologică, (4) socială, (5) emoțională şi (6) intelectuală. Scorul pentru fiecare dimensiune a stării de bine este obținut

prin însumarea scorurilor fiecărui item inclus în componența acestei dimensiuni. În continuare prezentăm elementele care compun fiecare dimensiune a bunăstării:

- Starea de bine psihologică cu un total de 6 itemi: 1,7,13,19,25,31.
- Starea de bine emoțională cu un total de 6 itemi: 2,8,14,20,26,32.
- Statut social cu un total de 6 itemi: 3,9,15,21,27,33.
- Starea de bine fizică cu un total de 6 itemi: 4, 10, 16,22,28,34.
- Statusul spiritual cu un total de 6 itemi: 5,11, 17, 23,29,35.
- Statusul intelectual cu un total de 6 itemi: 6,12,18,24,30,36

5.4 Rezultate

Descrierea lotului general de subiecți

Lotul general este alcătuit din 150 de subiecți, din care 76 sunt bărbați (reprezentând 50,70%) şi 74 sunt femei (49,30%). Vârsta medie a subiecților este de 41,53 ani cu abaterea standard de 11,85 ani: vârsta minimă înregistrată a fost de 20 de ani, iar cea maximă de 65 de ani.

Sub aspectul vârstei, subiecții au fost distribuiții în 3 intervale: 20 – 34 ani, 35 – 49 ani şi 50 – 65 ani. Din totalul subiecților, 47 persoane au vârsta cuprinsă între 20 şi 34 de ani, reprezentând 31,30% din volumul lotului; 61 de persoane se încadrează în intervalul 35 – 49 ani (reprezentând 0,70%), iar 42 de persoane au vârste cuprinse între 50 şi 65 de ani (28,00%).

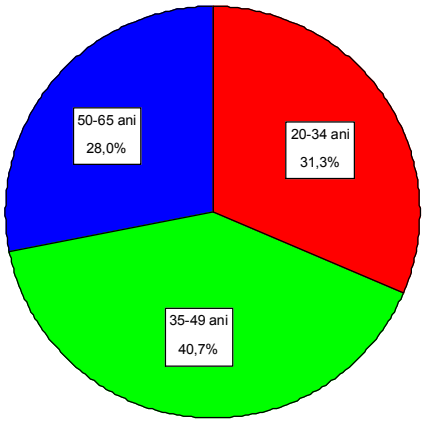

Figura 1. Distribuția lotului în funcție de vârstă.

Ca statut marital, 42 de subiecți sunt necăsătoriți (28,00%), 59 de subiecți sunt căsătoriți (39,30%), 30 de subiecți sunt divorțați (20,00%), iar 19 subiecți sunt văduvi (12,70%).

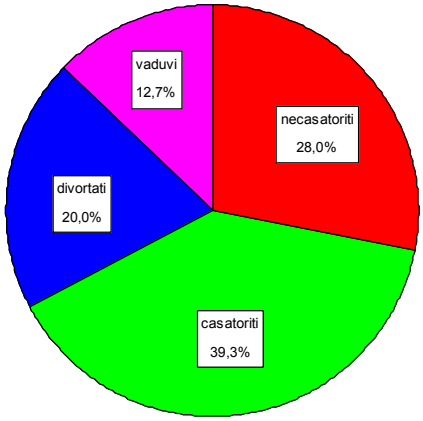

Figura 2. Distribuția lotului de subiecți în funcție de statutul marital.

Din punct de vedere al ocupației subiecților participanți, datele sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Tabelul nr. 1. Distribuția absolută şi relativă în funcție de ocupație

Nr.crt.	Ocupație	Frecvență	Pondere(%)
1	Muncitori, fermieri	29	19,30
2	Tehnicieni, funcționari	42	28,00
3	Studenți, intelectuali	25	16,70
4	Fără ocupație	18	12,00
5	Pensionari	36	24,00

Ca nivel instructiv predomină persoanele cu studii medii, cu o pondere de 40,70% (61 de subiecți), urmate de cele cu studii superioare cu o pondere de 32,00% (48 de subiecți) şi cele cu studii primare cu o pondere de 27,30% (41 de subiecți).

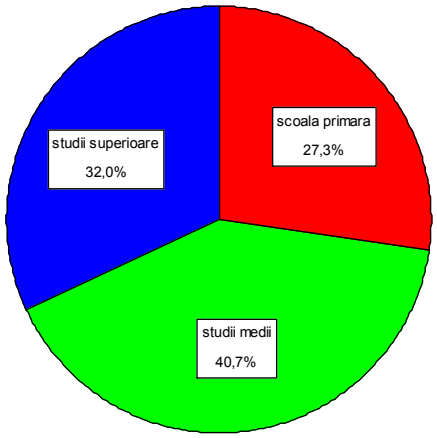

Figura 3. Distribuția lotului în funcție de nivelul educațional.

Structura lotului din punct de vedere al ariei de rezidență este următoarea: 81 de subiecți provin din mediul urban (54,00%) în timp ce 69 de subiecți sunt din mediul rural (46,00%). Sub acest aspect lotul de subiecți este foarte apropiat de structura similară la nivel național, aşa cum reiese din anuarul statistic național pentru anul 2009.

Descrierea lotului de subiecți sănătoși

Lotul subiecților sănătoși este alcătuit din 50 de persoane, din care 25 sunt bărbați (50%) şi 25 sunt femei (50%). Vârsta medie este de 42,88 ani, iar abaterea standard înregistrează valoarea de 11,82 ani. Vârsta minimă este de 20 ani, iar cea maximă de 65 de ani.

Ca distribuție pe intervalele de vârstă repartiția este următoarea: 13 persoane au vârste cuprinse între 20 şi 34 de ani (26%), 20 de persoane au vârste ce se încadrează în intervalul 35 – 49 ani (40%), iar 17 persoane au vârste cuprinse între 50 şi 65 de ani (34%).

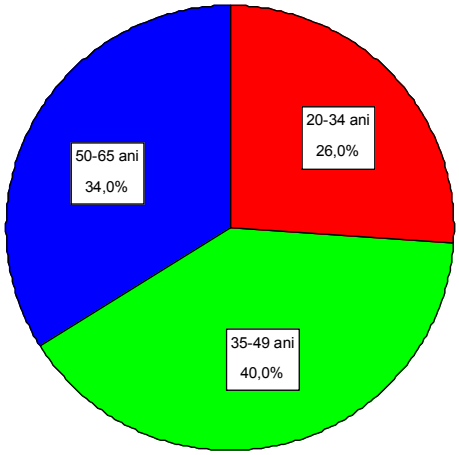

Figura 4. Structura pe vârstă a lotului subiecților normali.

Din totalul de 50 de persoane, 12 sunt necăsătoriți, 23 sunt căsătoriți, 10 sunt divorțați, iar 5 sunt văduvi. Figura 5 reflectă structura lotului A în funcție de statutul marital, precizând şi ponderea fiecărei categorii.

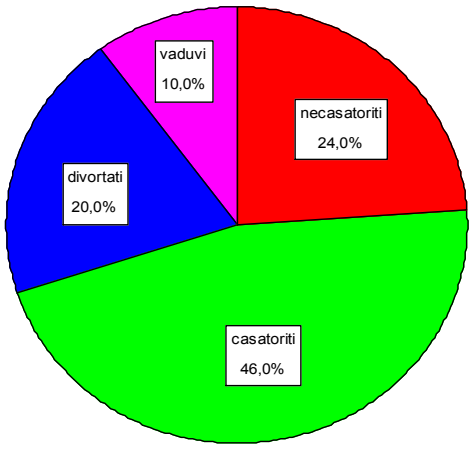

Figura 5. Distribuția în funcție de statusul marital.

Profilul ocupațional al lotului subiecților sănătoşi este redat în tabelul următor.

Tabelul nr. 2. Distribuția absolută şi relativă în funcție de ocupație

Nr.crt.	Ocupație	Frecvență	Pondere(%)
1	Muncitori, fermieri	10	20
2	Tehnicieni, funcționari	15	30
3	Studenți, intelectuali	11	22
4	Fără ocupație	6	12
5	Pensionari	8	16

Structura în funcție de nivelul educațional (figura 6), indică o predominanță a persoanelor cu studii medii (20 subiecți, reprezentând 40%) şi a celor cu studii superioare (18 subiecți, reprezentând 36%), în timp ce persoanele cu studii primare reprezintă doar 24% (12 subiecți) din totalul lotului sănătos.

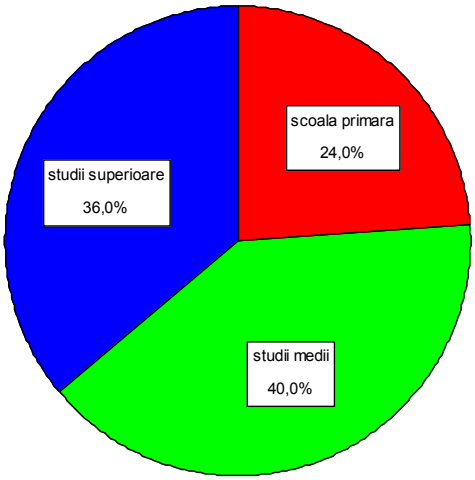

Figura 6. Structura lotului A în funcție de nivelul educațional.

Structura lotului A din punct de vedere al ariei de rezidență este următoarea: 26 de subiecți provin din mediul urban (52,00%) în timp ce 24 de subiecți sunt din mediul rural (48,00%).

Descrierea lotului subiecților cu schizofrenie paranoidă

Lotul subiecților diagnosticați cu schizofrenie paranoidă cuprinde 50 de pacienți. Distribuția pe genuri este perfect echilibrată, fiecare fiind reprezentat în proporție de 50%. Vârsta medie a subiecților diagnosticați cu schizofrenie paranoidă este de 38,84 ani, abaterea standard este egală cu 11,14 ani, valorile extreme fiind de 20 de ani (minim) şi 64 de ani (maxim).

Ca distribuție pe intervalele de vârstă situația este următoarea: 18 persoane au vârste cuprinse între 20 şi 34 de ani (36%), 24 de persoane au vârste ce se încadrează în intervalul 35 – 49 ani (48%), iar 8 persoane au vârste cuprinse între 50 şi 65 de ani (16%).

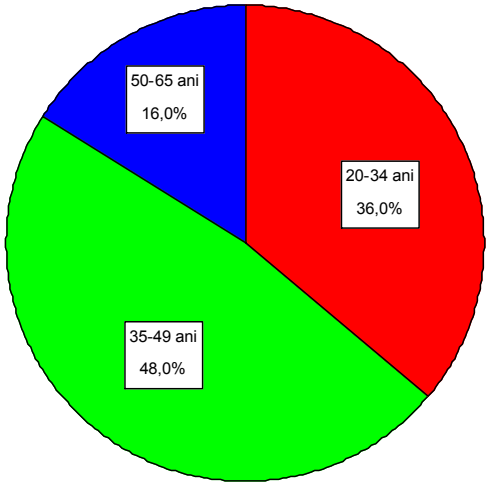

Figura 7. Distribuția pe vîrstă a lotului subiecților cu schizofrenie paranoidă.

Din totalul de 50 de persoane, 19 sunt necăsătoriți, 19 sunt căsătoriți, 8 sunt divorțați, iar 4 sunt văduvi. Figura 8 reflectă structura lotului în funcție de statusul marital, precizând şi ponderea fiecărei categorii.

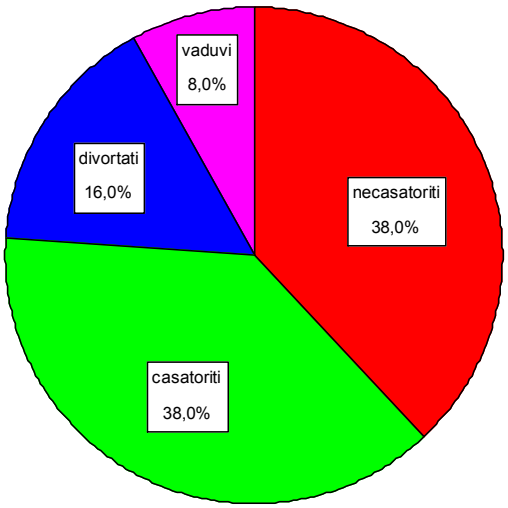

Figura 8. Distribuția în funcție de statusul marital.

Profilul ocupațional al lotului B1 este redat în tabelul următor.

Tabelul nr. 3. Distribuția absolută şi relativă în funcție de ocupație

Nr.crt.	Ocupație	Frecvență	Pondere(%)
1	Muncitori, fermieri	8	16
2	Tehnicieni, funcționari	12	24
3	Studenți, intelectuali	2	4
4	Fără ocupație	3	6
5	Pensionari	25	50

Structura în funcție de nivelul educațional (figura 9), indică o predominanță a persoanelor cu studii medii (21 subiecți, reprezentând 42%); urrmat de persoanele cu studii superioare (16 subiecți, reprezentând 32%), în timp ce persoanele cu studii primare reprezintă 26% (13 subiecți).

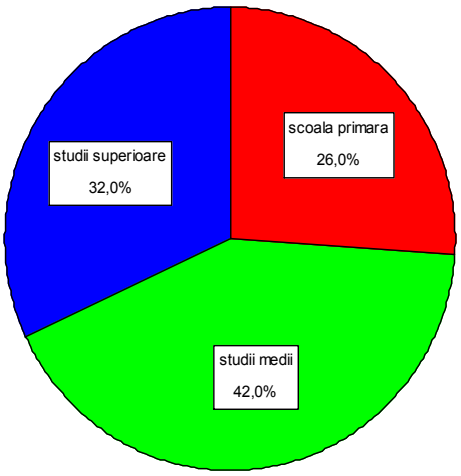

Figura 9. Structura lotului subiecților cu schizofrenie paranoidă,

în funcție de nivelul educațional.

Structura lotului subiecților diagnosticați cu schizofrenie paranoidă, din punct de vedere al ariei de rezidență este următoarea: 27 de subiecți provin din mediul urban (54,00%) în timp ce 23 de subiecți sunt din mediul rural (46,00%).

Descrierea lotului alcătuit din persoane diagnosticate cu alte forme de schizofrenie (B2)

Lotul subiecților diagnosticați cu alte forme de schizofrenie cuprinde 50 de persoane, dintre care 26 sunt bărbați (52%) şi 24 sunt femei (48%). Vârsta medie este egală cu 42,86 ani, iar abaterea standard cu 12,32 ani. Valorile extreme se plasează la 21 de ani pentru vârsta minimă şi 65 de ani pentru cea maximă.

Structura pe vârste (figura 10) indică o distribuție relativ echilibrată pe cele trei intervale de vârstă: intervalul 20 – 34 ani cu 16 persoane (32%), 35 – 49 ani cu 17 persoane (34%) şi 50 – 65 ani cu 17 persoane (34%).

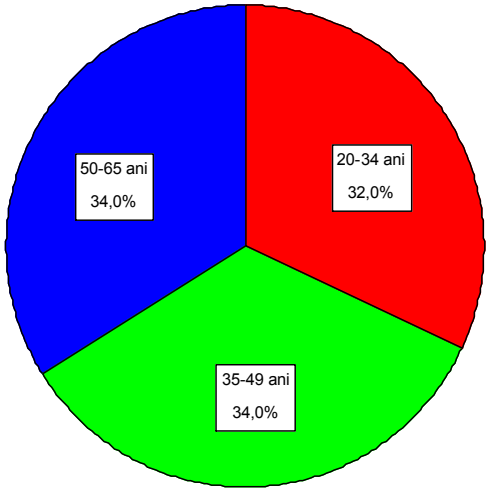

Figura 10. Distribuția pe vârstă a lotului subiecților cu alte forme de schizofrenie.

Sub aspectul statusului marital, cei mai numeroşi sunt cei căsătoriți, reprezentând 34%, urmați de cei divorțați (24%), necăsătoriți (22%) şi văduvi (20%).

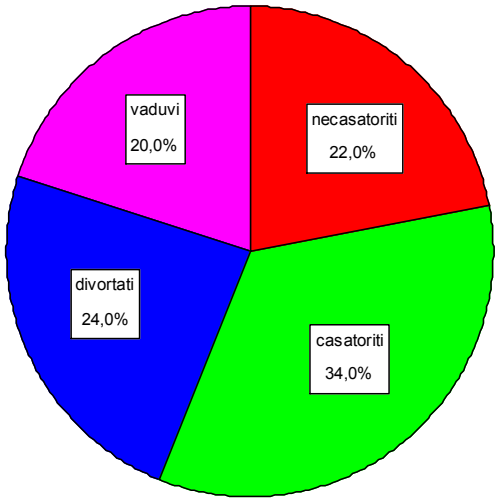

Figura 11. Distribuția în funcție de statusul marital.

Profilul ocupațional al lotului B2 este redat în tabelul nr. 4.

Tabelul nr.4 . Distribuția absolută şi relativă în funcție de ocupație.

Nr.crt.	Ocupație	Frecvență	Pondere(%)
1	Muncitori, fermieri	11	22
2	Tehnicieni, funcționari	15	30
3	Studenți, intelectuali	12	24
4	Fără ocupație	9	18
5	Pensionari	3	6

Din perspectiva nivelului educațional, lotul B2 se prezintă astfel: studii medii – 20 persoane (40%), studii primare – 16 persoane (32%) şi studii superioare – 14 persoane (28%).

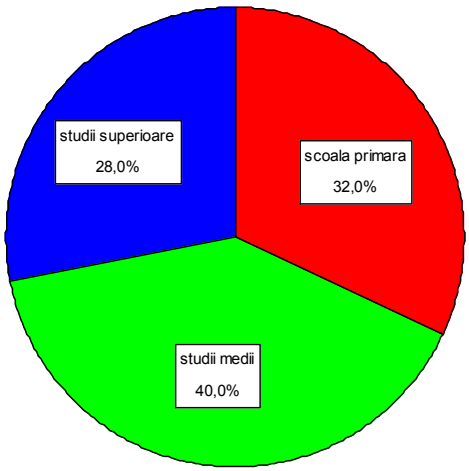

Figura 12. Structura lotului subiecților cu alte forme de schizofrenie,

în funcție de nivelul educațional.

Structura lotului B2 (subiecți diagnosticați cu alte forme de schizofrenie), din punct de vedere al ariei de rezidență este următoarea: 28 de subiecți provin din mediul urban (56,00%) şi 22 de subiecți sunt din mediul rural (44,00%).

5.4.1.Analiza influenței variabilei vârstă asupra scorurilor la scala de măsurare a calității vieții

Tabelul nr. 5 Analiza influenței variabilei vârstă asupra scorurilor la scala de măsurare a calității vieții

Aria	Vârsta	
	r	p
Sănătate fizică	- 0,314	**0,001**
Sănătate mentală	- 0,166	**0,042**
Gradul de independență	- 0,226	**0,005**
Relații sociale	- 0,137	0,094
Mediu de viață	- 0,122	0,137
Viața spirituală	0,120	0,145

Datele din tabel indică prezența unor indici de corelație semnificativi ($p < 0,05$) pentru sănătate fizică, sănătate mentală şi gradul de independență.

Sănătatea fizică corelează negativ ($r = - 0,314$) cu vârsta indicând tendința de scădere a gradului în care subiecții percep sănătatea lor fizică odată cu înaintarea în vârstă.

Sănătatea mentală corelează negativ ($r = - 0,166$) cu vârsta astfel că putem susține existența unei tendințe de scădere a percepției indivizilor asupra propriei sănătăți mentale odată cu înaintarea în vârstă.

Gradul de independență corelează negativ ($r = - 0,226$) cu vârsta indicând tendința descreşterii gradului de independență perceput de indivizi odată cu înaintarea lor în etate.

În concluzie, vârsta pare a juca un rol semnificativ în anumite aspecte ale calității vieții cum ar fi aria sănătății fizice şi mentale şi cea a gradului de independență, subiecții mai în vârstă prezentând nivele mai scăzute la cele trei arii ale calității vieții.

5.4.2.Analiza influenței variabilei statut marital asupra calității vieții

Tabelul nr. 6 Analiza influenței variabilei statut marital asupra calității vieții

	F	p
Sănătate fizică	0,645	0,587
Sănătate mentală	5,769	**0,001**
Grad de independență	1,047	0,374
Relații sociale	3,792	**0,012**
Mediul de viață	2,534	0,059
Viața spirituală	0,880	0,453

Valorile lui F sunt semnificative în cazul ariilor: sănătate mentală (F = 5,769 la p = 0,001) şi relații sociale (F = 3,792 la p = 0,012). Analiza post-hoc arată următoarele:

- pentru aria sănătate mentală, cei căsătoriți obțin scoruri semnificativ mai ridicate decât cei din grupele necăsătoriți şi văduvi, indicând că persoanele căsătorite percep un nivel mai ridicat al sănătății mentale proprii comparativ cu cei necăsătoriți şi cei divorțați;
- pentru aria relații sociale, persoanele căsătorite obțin scoruri semnificativ mai ridicate decât cele văduve, indicând prezența unei activități sociale mai intense şi a unei rețele sociale mai extinse la persoanele căsătorite comparativ cu cele văduve.

În concluzie putem afirma că statusul marital influențează percepția indivizilor privind calitatea vieții, în special în ariile sănătății mentale şi a interacțiunii sociale, diferențele cele mai relevante fiind întâlnite între cei căsătoriți şi cei văduvi, cei dintâi percepându-se ca fiind mai sănătoşi mental şi mai activi în sfera relațiilor sociale.

5.4.3.Analiza variabilei statut ocupațional asupra calității vieții

Tabelul nr.7 Analiza variabilei statut ocupațional asupra calității vieții

	F	p
Sănătate fizică	4,333	**0,002**
Sănătate mentală	6,955	**0,001**
Grad de independență	10,342	**0,001**
Relații sociale	10,184	**0,001**
Mediul de viață	14,373	**0,001**
Viața spirituală	4,210	**0,003**

În concluzie, putem susține că există o influență a statutului ocupațional asupra calității vieții. Această influență poate fi una atât directă, cât şi indirectă, fiind moderată de alte variabile precum vârsta sau venitul, etc. Categoria pensionari obțin cele mai scăzute scoruri la toate cele șase arii de calitatea vieții investigate.

5.4.4.Analiza variabilei nivel educațional asupra calității vieții

Tabelul nr. 8 Analiza variabilei nivel educațional asupra calității vieții

	F	p
Sănătate fizică	0,529	0,590
Sănătate mentală	0,751	0,474
Grad de independență	0,136	0,873
Relații sociale	1,980	0,142
Mediul de viață	2,697	0,071
Viața spirituală	4,141	**0,018**

Valorile indicatorului F şi ale pragului de semnificație, redate în tabelul de mai jos, ne arată că doar la aria viața spirituală (F = 4,141, p = 0,018) există o diferență semnificativă între grupurile nivelului educațional. Analiza post-hoc subliniază că diferența e generată de faptul că persoanele cu studii superioare obțin scoruri semnificativ mai ridicate decât cei cu studii primare și gimnaziale, indicând o viață spirituală mai bogată şi mai intensă pentru cei cu un nivel educațional ridicat. Deci variabila nivel educațional influențează calitatea vieții, chiar dacă doar parțial, sub aspectul vieții spirituale.

5.4.5.Influența variabilei aria de rezidență asupra calității vieții

Valorile pragurilor la care t este semnificativ statistic sunt superioare valorii standard acceptate de 0,05. Astfel, pentru niciuna din cele saşe arii ale calității vieții nu putem afirma că există diferențe semnificative între persoanele provenind din mediul urban comparativ cu cele provenite din mediul rural, deci variabila arie de rezidență nu influențează calitatea vieții.

5.4.6.Comparația între loturile subiecților sănătoşi, cu schizofrenie paranoidă şi alte forme de schizofrenie privind scorurile la scala de calitate a vieții (QOL)

Rezultatele testului One – Way ANOVA sunt redate în tabelul următor:

Tabelul nr. 9 Comparaţia între loturile subiecţilor sănătoşi, cu schizofrenie paranoidă şi alte forme de schizofrenie privind scorurile la scala de calitate a vieţii (QOL)

		Suma pătratelor	Gradele de libertate	Media pătratelor	F	**p**
Sănătate fizică	Inter-grupuri	2613,000	2	1306,500	20,438	**0,001**
	Intra-grupuri	9397,060	147	63,926		
	Total	12010,060	149			
Sănătate mentală	Inter-grupuri	10523,053	2	5261,527	35,826	**0,001**
	Intra-grupuri	21589,140	147	146,865		
	Total	32112,193	149			
Grad de indepen-denţă	Inter-grupuri	11017,373	2	5508,687	59,406	**0,001**
	Intra-grupuri	13631,220	147	92,729		
	Total	24648,593	149			
Relaţii sociale	Inter-grupuri	4087,293	2	2043,647	30,164	**0,001**
	Intra-grupuri	9959,380	147	67,751		
	Total	14046,673	149			
Mediul de viaţă	Inter-grupuri	20768,213	2	10384,107	41,220	**0,001**
	Intra-grupuri	37032,460	147	251,921		
	Total	57800,673	149			
Viaţa spirituală	Inter-grupuri	219,520	2	109,760	7,505	**0,001**
	Intra-grupuri	2149,920	147	14,625		
	Total	2369,440	149			

Sub toate aspectele calităţii vieţii: fizice, mentale, socio-relaţionale şi intelectual-spirituale, se constată o depreciere marcantă în cazul persoanelor diagnosticate cu schizofrenie paranoidă. În cazul persoanelor diagnosticate cu alte forme de schizofrenie, de asemenea, este prezentă o depreciere a calităţii vieţii, mai puţin sub aspectul vieţii spirituale. În mare parte, sub aspectul sănătăţii fizice şi psihice, precum şi cel al gradului de

independenţă şi al vieţii socio-relaţionale, nu par a exista diferenţe semnificative în funcţie de tipul schizofreniei. Referitor la mediul de viaţă deprecierea celor diagnosticaţi cu schizofrenie paranoidă pare a fi semnificativ mai severă comparativ cu cei sănătoşi precum şi cu cei diagnosticaţi cu alte forme de schizofrenie. Viaţa spirituală a celor diagnosticaţi cu alte forme de schizofrenie pare a nu se deprecia semnificativ în raport cu persoanele sănătoase.

5.4.7.Comparaţie între loturile de pacienţi cu schizofrenie în funcţie de vârsta de debut a tulburării

Tabelul nr.10 Comparaţie între loturile de pacienţi cu schizofrenie în funcţie de vârsta de debut a tulburării

		Suma pătratelor	Gradele de libertate	Media pătratelor	F	p
Sănătate fizică	Inter-grupuri	144,622	2	72,311	1,528	0,222
	Intra-grupuri	4589,568	97	47,315		
	Total	4734,190	99			
Sănătate mentală	Inter-grupuri	217,534	2	108,767	0,621	0,539
	Intra-grupuri	16975,856	97	175,009		
	Total	17193,390	99			
Grad de independenţă	Inter-grupuri	53,784	2	26,892	0,240	0,787
	Intra-grupuri	10866,806	97	112,029		
	Total	10920,590	99			
Relaţii sociale	Inter-grupuri	25,814	2	12,907	0,177	0,838
	Intra-grupuri	7078,936	97	72,979		
	Total	7104,750	99			
Mediul de viaţă	Inter-grupuri	550,128	2	275,064	1,021	0,364
	Intra-grupuri	26124,872	97	269,329		
	Total	26675,000	99			
Viaţa spirituală	Inter-grupuri	162,446	2	81,223	5,143	**0,008**
	Intra-grupuri	1531,794	97	15,792		
	Total	1694,240	99			

În cazul ariilor sănătate fizică, sănătate mentală, grad de independență, mediu de viață şi relații sociale, valorile lui F nu sunt semnificative statistic la un prag mai mic sau egal cu 0,05, deci nu putem afirma că vârsta la debut a schizofreniei – indiferent de forma acesteia - influențează aceste domenii ale calității vieții. Vârsta la debut, însă, pare a avea un rol semnificativ în cazul vieții spirituale (F = 5,143 la p = 0,008). Analiza post-hoc indică prezența unei diferențe semnificative între cei cu vârsta de debut sub 20 de ani şi cei cu vârsta de debut peste 25 de ani, în sensul că cei cu debutul tulburării la o vârsta mai mare de 25 de ani prezintă scoruri mai ridicate la aria viața spirituală.

5.4.8.Investigarea relației dintre calitatea vieții şi tipul tratamentului medicamentos în cazul persoanelor diagnosticate cu schizofrenie

Valorile lui F sunt semnificative statistic la un prag mai mic sau egal cu 0,05 în cazul ariei viața spirituală. Pentru celelalte cinci arii valorile lui F nu sunt semnificative la praguri inferioare: p 0,05. Aşadar, putem concluziona că tipul de tratament este corelat cu viața spirituală a indivizilor diagnosticați cu schizofrenie. Analiza post-hoc ne arată că persoanele din grupa haloperidol obțin scoruri semnificativ mai scăzute comparativ cu persoanele din grupele olanzapină, quetiapină, aripiprazol şi ziprasidonă, indicând o depreciere a vieții spirituale mai accentuată la cei dintâi.

5.4.9.Analiza diferențelor dintre cele trei grupuri de subiecți în funcție de variabilele fiziologice

5.4.9.1.Analiza diferențelor dintre cele două genuri în funcție de variabilele fiziologice

Valorile lui p sunt superioare pragului standard acceptat de 0,05, indicând că valorile lui chi-pătrat nu sunt semnificative statistic, deci se poate concluziona între gen şi variabilele fiziologice nu există o asociere semnificativă, diferențele dintre grupuri fiind întâmplătoare sau datorate altor variabile. Astfel, din punct de vedere al distribuției pe cele cinci variabile fiziologice nu există diferențe semnificative statistic între bărbați şi femei.

În cadrul populației masculine nu apar diferențe semnificative între cele trei grupuri de subiecți – sănătoşi , schizofrenie paranoidă şi alte forme de schizofrenie – în ceea ce priveşte distribuția scorurilor la variabilele fiziologice. Situația este similară şi pentru populația feminină.

5.4.9.2.Analiza legăturii dintre vârsta subiecților şi valorile indicatorilor fiziologici avuți în vedere

Tabelul nr.11 Analiza legăturii dintre vârsta subiecților şi valorile indicatorilor fiziologici

Variabile dependente	Chi-pătrat	p
TG	22,634	**0,001**
Colesterol	29,798	**0,001**
TA	48,155	**0,001**
Obezitate	9,219	**0,010**
Glicemie	3,401	0,183

Constatăm că în cazul variabilelor nivel TG, colesterol, nivel TA şi obezitate valorile lui p sunt inferioare pragului standard acceptat. În aceste cazuri putem afirma că există o asociere semnificativă între variabila vârstă, pe de o parte, şi cele patru variabile fiziologice. În cazul variabilei dependente nivelul glicemiei, asocierea nu este semnificativă.

Observăm o tendință de creştere a valorilor TG peste limitele normale odată cu înaintarea în vârstă. Dacă în rândul subiecților cu vârste cuprinse în intervalul 20 – 34 de ani predomină persoanele cu valori normale (76,60%), în intervalul de vârstă 50 – 65, predomină persoanele cu valori crescute ale TG (73,80%). În cazul subiecilor cu vârste între 35 – 49 de ani situația este cvasi-echilibrată în ceea ce priveşte valorile TG.

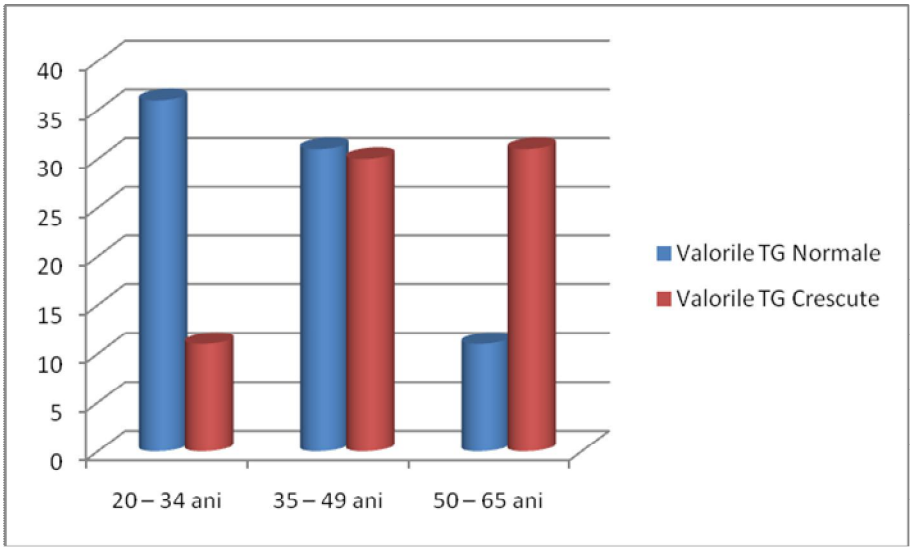

Figura 13. Analiza influenței vârstei asupra nivelului TG

Datele din diagrama indică o tendință semnificativă de creştere a valorilor colesterolului odată cu înaintarea în vârstă. Dacă în intervalul de vârstă 20 – 34 de ani, ponderea subiecților cu nivele crescute ale colesterolului este de numai 25,50%, în cel al

vârstelor cuprinse între 35 şi 49 ani, ponderea ajunge la 54,10%, iar pentru grupa de vârstă 50 – 65 de ani, aceasta urcă până la 83,30%.

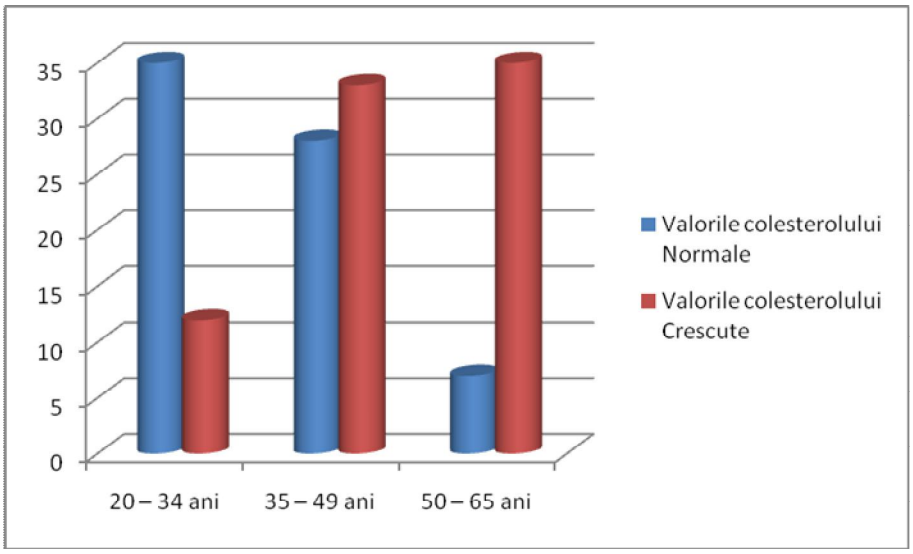

Figura 14. Analiza influenței vârstei asupra valorilor colesterolului

Constatăm o tendință de creştere a valorilor TA în funcție de vârstă. Persoanele mai în vârstă (50 – 65 ani) prezintă nivele mai ridicate ale TA comparativ cu celelalte grupe de vârstă. Ponderea cea mai scăzută a valorilor ridicate se înregistrează la grupa de vârstă 20 – 34 ani.

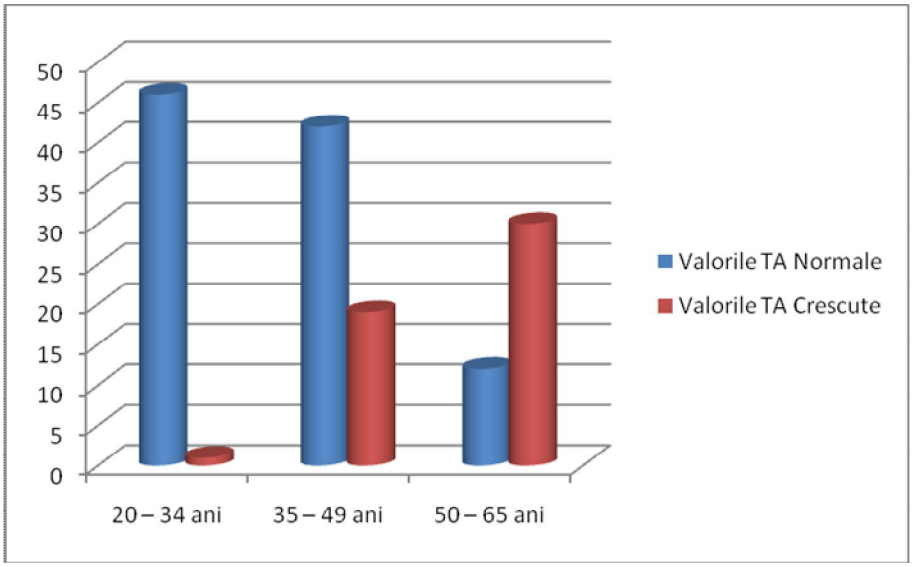

Figura 15. Analiza influenței vârstei asupra valorilor tensiunii arteriale

Dacă în rândul celor cu vârste între 20 şi 34 de ani, ponderea persoanelor obeze este de 14,90%, aceasta creşte ajungând la 39,30% pentru intervalul de vârstă 35 – 49 ani şi la 40,50% pentru cei din grupa 50 – 65 de ani.

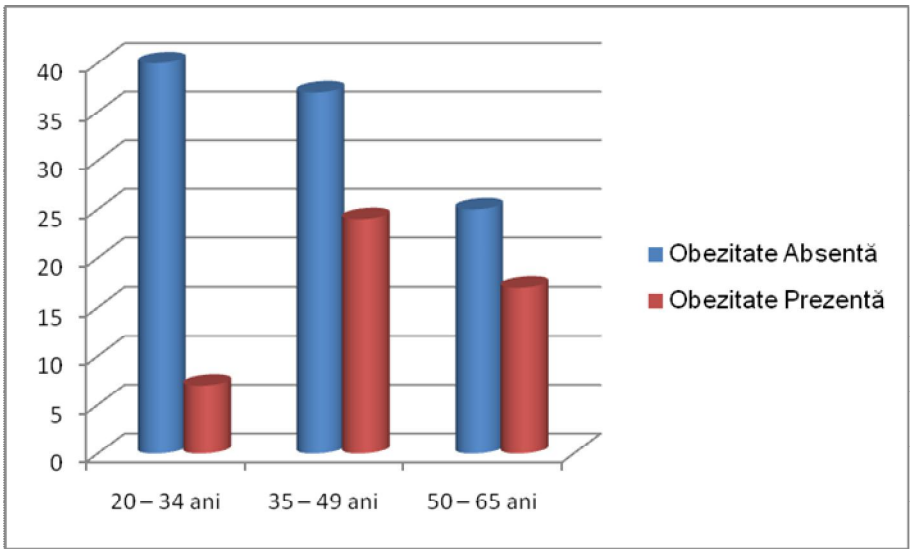

Figura 16.Analiza influenței vârstei asupra obezității

În cazul populației cu vârsta cuprinsă în intervalul 20 – 34 ani, constatăm că în cazul glicemiei, există o diferență semnificativă în distribuța celor trei grupe de subiecți – sănătoşi, cu schizofrenie paranoidă şi cu alte forme de schizofrenie – în sensul că ponderea persoanelor cu nivele ridicate ale glicemiei în loturile A şi B1 este cvasi-nulă, în timp ce în grupul persoanelor cu alte forme ale schizofreniei(B2), ponderea celor cu nivele ridicate ale glicemiei acoperă circa o treime.

5.4.9.3.Analiza relației dintre statusul marital şi variabilele fiziologice

Tabelul nr. 12. Analiza relației dintre statusul marital şi variabilele fiziologice

Variabile dependente	**Chi-pătrat**	**p**
TG	5,778	0,123
Colesterol	8,407	**0,038**
TA	2,832	0,418
Obezitate	10,775	**0,013**
Glicemie	3,218	0,359

Valorile lui chi-pătrat sunt semnificative la un prag inferior lui 0,05 în cazul variabilelor dependente: nivelul colesterolului şi obezitate. Putem afirma că între statusul marital şi cele două variabile menționate există o asociere semnificativă. Cu toate acestea, rezultatele trebuie interpretate cu prudență datorită inegalității volumurilor loturilor de

subiecţi pe fiecare categorie de statut marital (necăsătoriţi – 42, căsătoriţi – 59, divorţaţi – 30, văduvi – 19).

Diagramele frecvenţelor pentru variabilele obezitate şi nivelul colesterolului indică următoarea situaţie:

- în cazul valorilor colesterolului, ponderea cea mai ridicată a persoanelor cu nivele ridicate ale colesterolului o întâlnim la cei văduvi (78,90%), urmaţi de cei divorţaţi (60%) şi cei necăsătoriţi (52,40%), ponderea cea mai mică fiind întâlnită la cei căsătoriţi (42,40%);

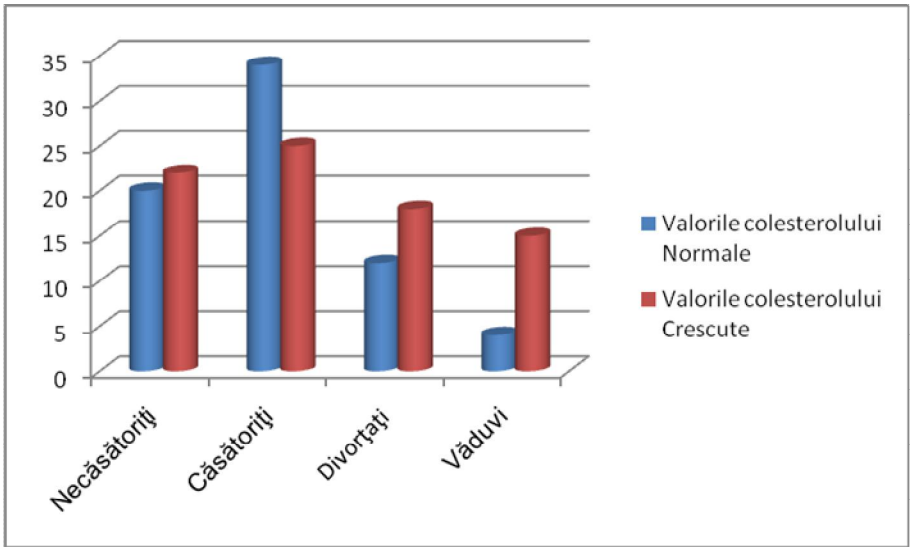

Figura 17.Analiza influenţei statutului marital asupra valorilor colesterolului

- în cazul obezităţii, ponderea cea mai ridicată a persoanelor obeze se întâlneşte în rândul persoanelor văduve (57,90%), urmând în ordine descrescătoare cei divorţaţi (43,33%), cei necăsătoriţi (23,80%) şi cei căsătoriţi (23,70%).

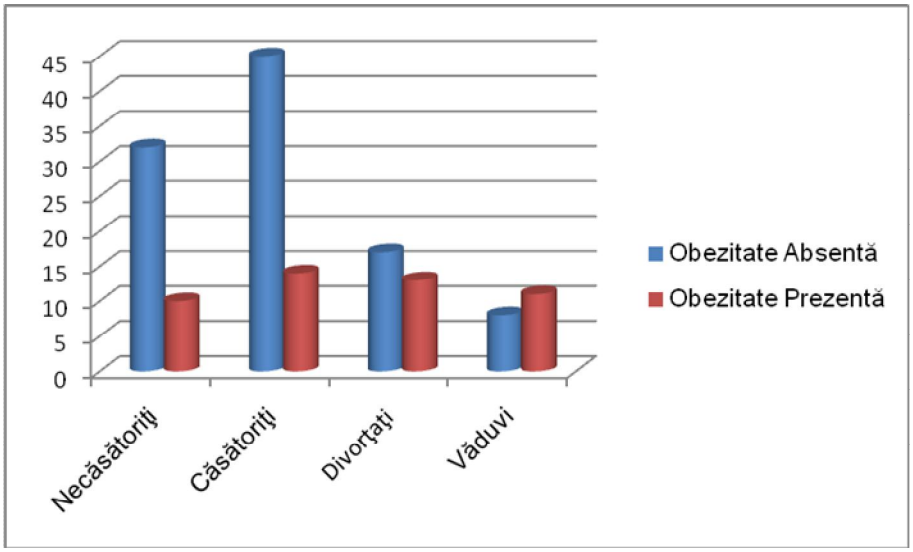

Figura 18. Analiza influenței statutului marital asupra obezității

Consider că un rol important are mai degrabă vârsta şi nu statusul marital. Tocmai de aceea am ținut să semnalez asocierea dintre vârstă şi statusul marital întrucât era de aşteptat ca vârsta să influențeze statusul marital (e mult mai puțin probabil să fii văduv sub 35 de ani comparativ cu 65 de ani). Deoarece anterior am arătat că există asocieri clare între vârstă şi valorile TG, TA, colesterolului şi obezitate, cred că cele două aspecte ar trebui asociate . Ceea ce vreau să argumentez este că asocierea dintre statutul marital şi variabilele fiziologice e determinată de faptul că în spatele amândurora stă variabila vârstă. Este cunoscut că statutul marital poate induce modificări psihologice (răspuns la stres, mecanisme de adaptare emoțională, absența / prezența suportului emoțional, viața socială, activitate sexuală, stil de viață, etc.), independente de vârstă, care pot avea impact la nivel psihosomatic, inducând modificări ale unor parametrii fiziologici. Practic, în studiul de față, nu se poate preciza care este ponderea influenței vârstei asupra statutului marital cu repercursiuni şi asupra variabilelor fiziologice, şi care este influența specifică, distinctă, a statutului marital asupra valorilor indicatorilor fiziologici determinați, atâta timp cât aceste două variabile – vârsta şi statutul marital - nu sunt controlate experimental. Între statusul marital şi gen nu sunt asocieri semnificative.

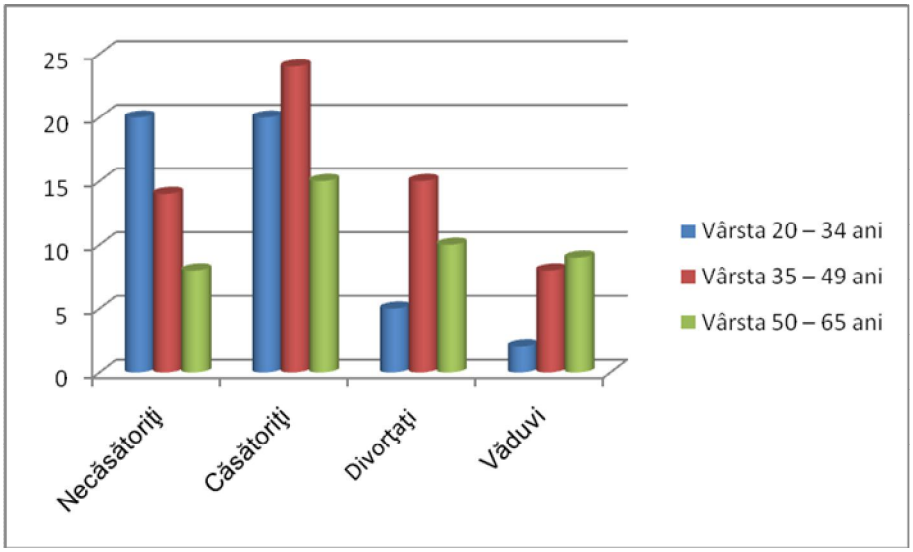

Figura 19.Distribuția subiecților în funcție de vârstă şi statutul marital

5.4.9.4.Analiza relațiilor dintre variabila ocupație şi variabilele fiziologice

Valorile pragului p sunt superioare pragului standard acceptat (0,05) în cazul tuturor celor cinci variabile dependente, ceea ce impune respingerea asumpției că există asocieri semnificative între ocupație şi variabilele fiziologice investigate.

5.4.9.5.Analiza relațiilor dintre variabila nivel educațional / studii şi variabilele fiziologice

Valorile pragului p sunt superioare pragului standard acceptat (0,05) în cazul tuturor celor cinci variabile dependente, ceea ce impune respingerea asumpției că există asocieri semnificative între ocupație şi variabilele fiziologice investigate. Diferențele la nivelul variabilelor fiziologice, constatate între cele trei categorii educaționale sunt mai degrabă întâmplătoare.

5.4.9.6.Analiza relației dintre variabila arie de rezidență şi variabilele fiziologice

Se constată că valorile pragului p, pentru toate variabilele dependente, sunt superioare valorii standard acceptate de 0,05, ceea ce indică că valorile lui chi-pătrat nu sunt semnificative statistic. Putem conchide, aşadar, că între aria de rezidență şi variabilele fiziologice nu există o asociere semnificativă. Diferențele existente sunt întâmplătoare, nefiind datorate variabilei independente.

5.4.9.7.Comparație între cele două loturi clinice în funcție de distribuția pe variabila vârsta la debut

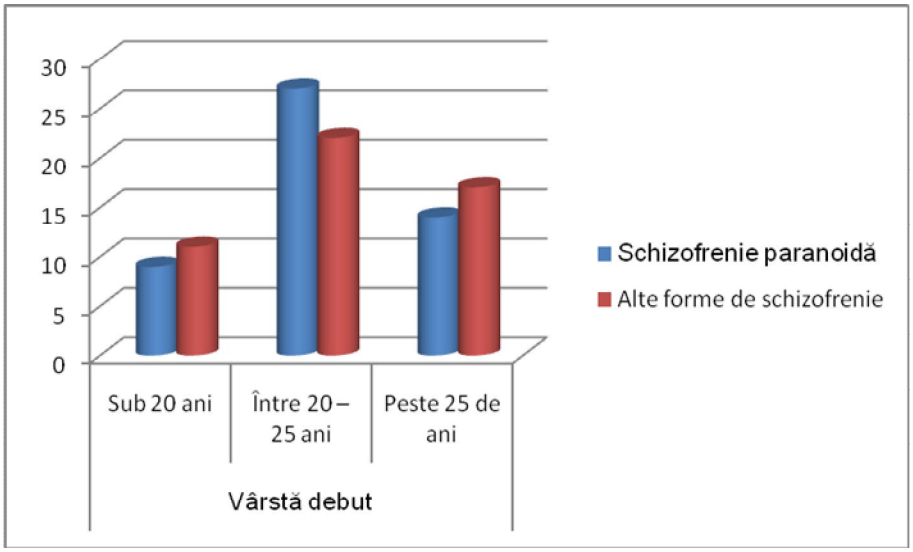

Figura 20.Distribuția frecvențelor pentru cele două loturi clinice în funcție de vârsta la debut

Cum ambele variabile sunt variabile de interval s-a apelat la tehnica Chi-pătrat. Valoarile obținute sunt: chi-pătrat = 1,001 la p = 0,606 > 0,05, deci chi-pătrat nu este semnificativ statistic. Astfel, putem afirma că între lotul B1 şi B2 nu există diferențe semnificative statistic , neexistând o asociere între variabila tipul schizofreniei şi vârsta la debut .

5.4.9.8.Comparație între cele două loturi clinice în funcție de distribuția pe variabila tip de tratament

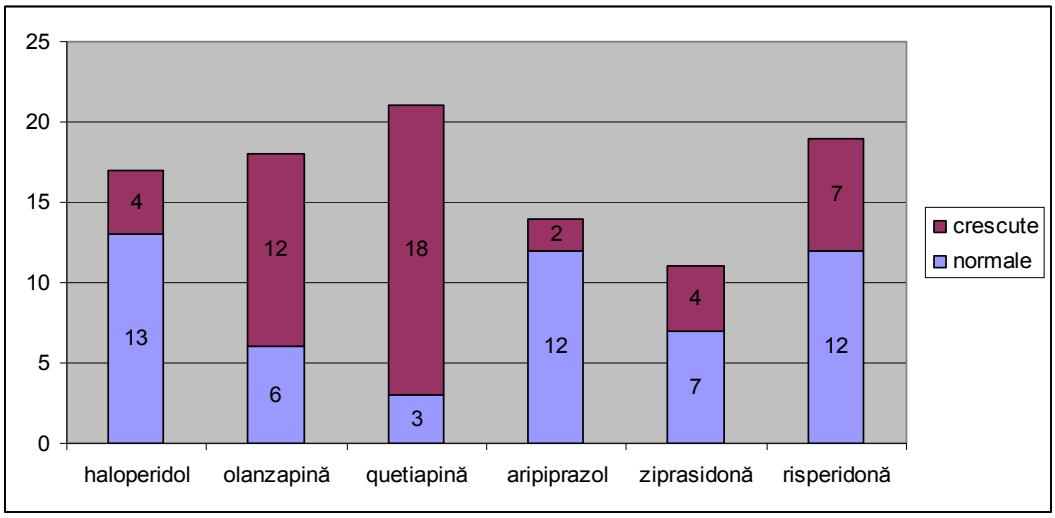

Figura 21.Distribuția valorilor TG în funcție de tipul de tratament

Chi-pătrat obținut ia valoarea 26,491 la p < 0,001 indicând o asociere semnificativă statistic între variabilele tip tratament şi valori TG. Astfel, între cele şase grupe de pacienți diagnosticați cu schizofrenie, în funcție de tipul tratamentului, există diferențe semnificative statistic în ceea ce priveşte valorile TG. În loturile cu tratament de tip Haloperidol (76,50%), Aripiprazol (85,70%), Ziprasidonă (63,60%) şi Risperidonă (63,20%) predomină subiecții cu nivele normale ale TG (procentele din paranteze indică ponderea persoanelor cu valori normale ale TG în fiecare grup de tratament), în timp ce în loturile cu tratament de tip Olanzapină (66,70%) şi Quetiapină (85,70%) predomină persoanele cu valori crescute ale TG (procentele din paranteze indică ponderea celor cu valori ridicate ale TG în cele două grupe cu tratament atipic).

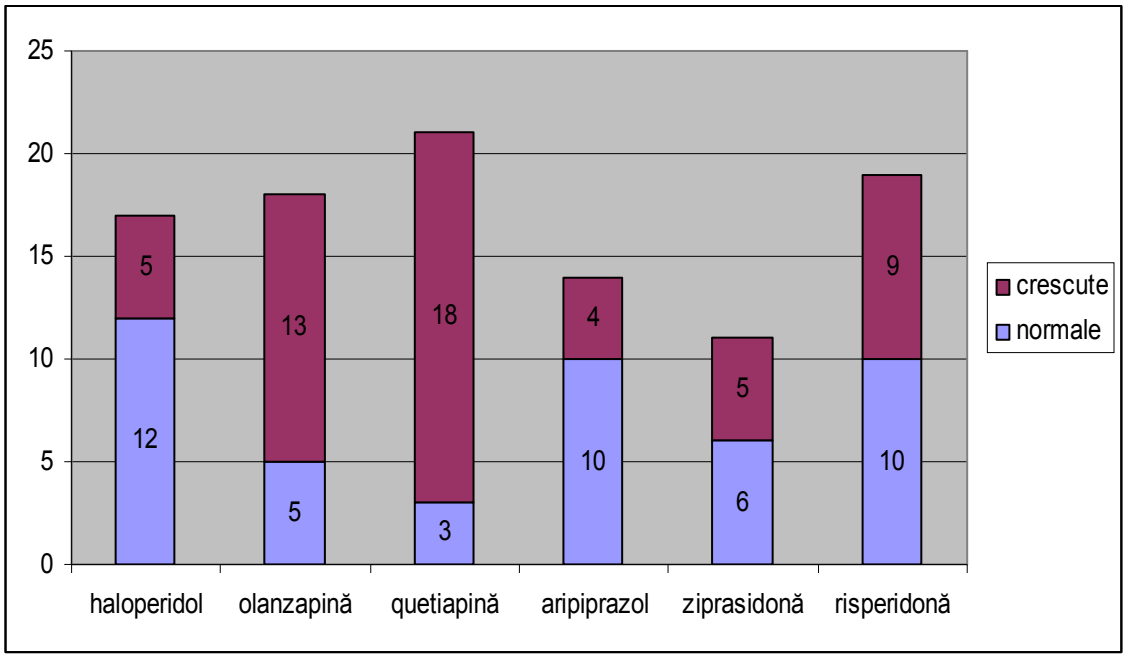

Figura 22.Distribuția valorilor colesterolului în funcție de tipul de tratament

Chi-pătrat = 19,351 la p = 0,002 < 0,05, indicând o valoare semnificativă statistic şi implicit o asociere semnificativă între variabila independentă (tipul tratamentului) şi variabila dependentă (valoarile colesterolului). În grupele de tratament cu Haloperidol (70,60%) şi Aripiprazol (71,40%) predomină persoanele cu nivele normale ale colesterolului (procentele din paranteze reflectă ponderea persoanelor cu nivele normale ale colesterolului în grupul de tratament). În grupele de tratament cu Ziprasidonă şi Risperidonă există o pondere cvasi-egală între persoanele cu valori normale ale colesterolului şi cele cu valori crescute. În timp ce pentru grupele de tratament cu Olanzapină (72,20%) şi Quetiapină (85,70) predomină

persoanele cu nivele crescute ale colesterolului (procentele din paranteze indică ponderea celor cu valori crescute ale colesterolului pentru fiecare grup).

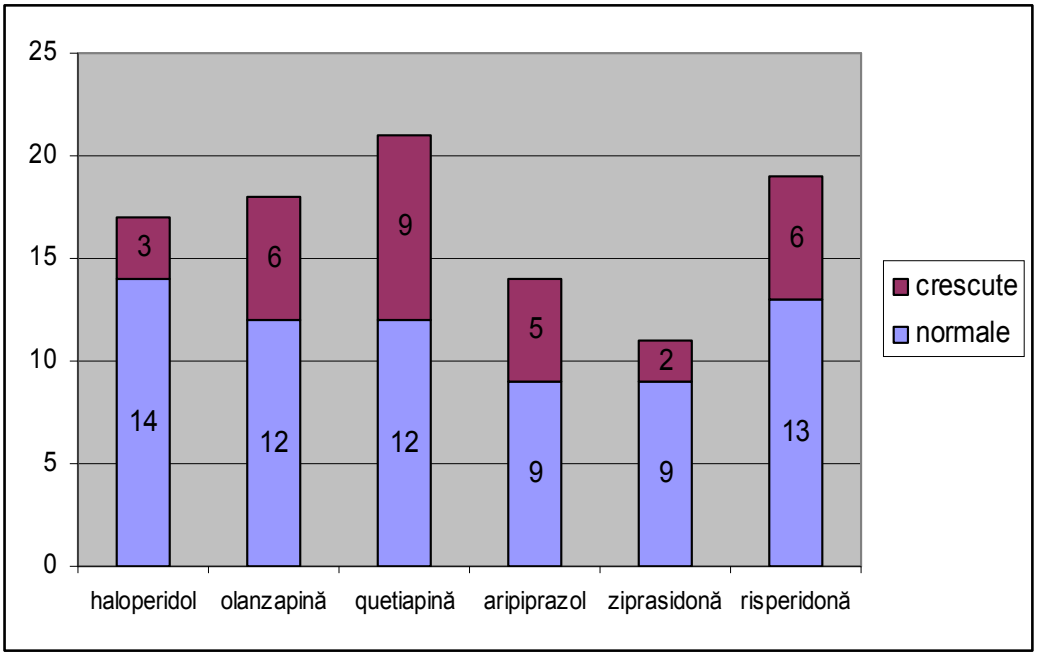

Figura 23.Distribuția valorilor TA în funcție de tipul de tratament

Chi-pătrat = 3,837 la p = 0,573 > 0,05 deci valoarea lui chi-pătrat nu este semnificativă statistic, aşadar nu putem susține existența unei asocieri semnificative între tipul tratamentului şi valorile TA. În toate cele şase grupe de tratament predomină, în proporții diferite, care variază între 82,40% şi 57,10%, persoanele cu valori normale ale TA.

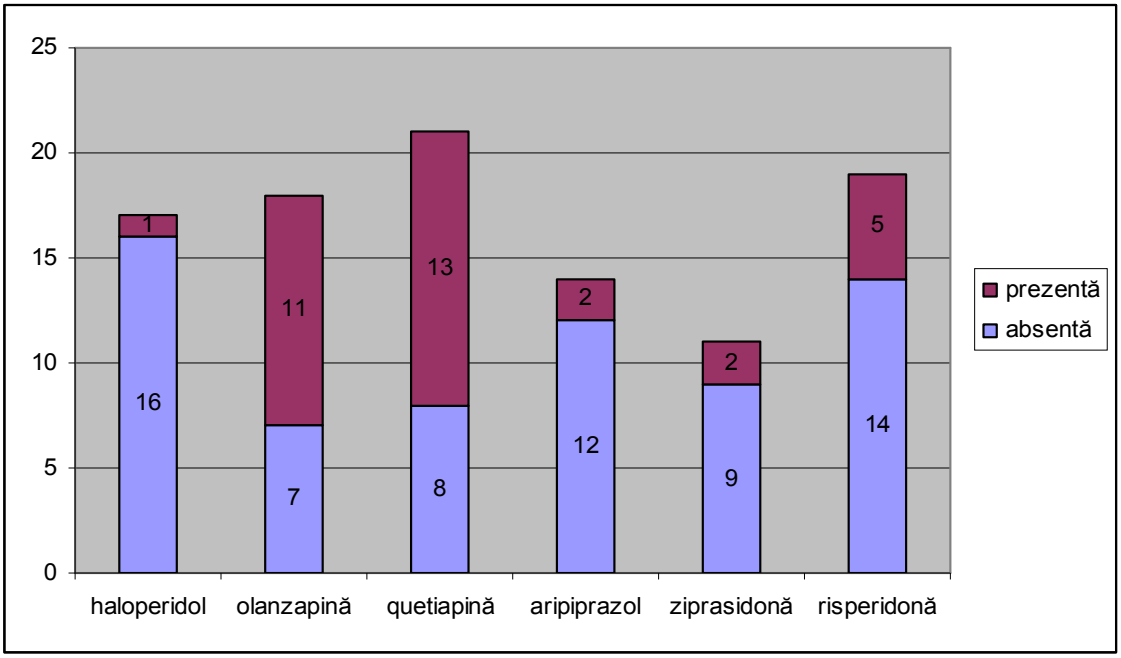

Figura 24.Distribuția valorilor obezității în funcție de tipul de tratament

Chi-pătrat = 23,324 la p < 0,001 indicând o valoare semnificativă statistic ceea ce reflectă o asociere semnificativă între tipul tratamentului şi obezitate. Dacă pentru grupele de tratament cu Haloperidol (94,10%), Aripiprazol (85,70%), Ziprasidonă (81,80%) şi Risperidonă (73,70%) predomină (în ponderile indicate în paranteze) persoanele ce nu prezintă obezitate, pentru grupele de tratament cu Olanzapină (61,10%) şi Quetiapină (61,90%), predomină persoanele la care obezitatea este prezentă (ponderile sunt indicate în paranteze).

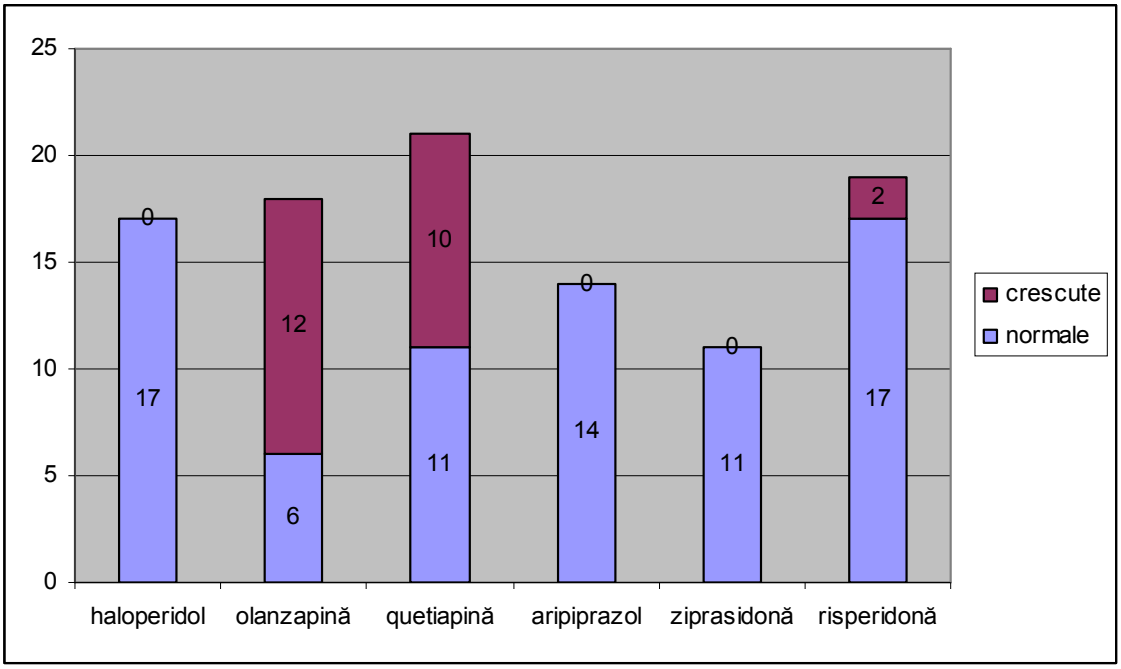

Figura 25. Distribuția valorilor glicemiei în funcție de tipul tratamentului

Chi-pătrat = 39,542 la p < 0,001. Valoarea lui chi-pătrat este semnificativă statistic, deci între variabila independentă (tipul tratamentului) şi cea dependentă (glicemie) există o asociere semnificativă, cele şase grupe de tratament fiind semnificativ diferite în funcție de distribuția persoanelor din fiecare grupă pe cele două nivele ale glicemiei (valori normale sau crescute). Pentru cei care urmează tratament cu Haloperidol, Aripiprazol şi Ziprasidonă, nu există persoane cu valori crescute ale glicemiei. In cazul pacienților al căror tratament este Risperidona, ponderea este în favoarea celor cu valori normale ale glicemiei (89,50%), în timp ce pentru grupul de tratament Quetiapină ponderile sunt cvasi-egale (52,40% pentru cei cu valori normale ale glicemiei şi 47,60% pentru cei cu valori ridicate ale glicemiei), iar în grupul Olanzapină predomină pacienții cu valori crescute ale glicemiei(66,66%).

În ansamblu se poate susține validarea, în mare măsură a ipotezei, deoarece numai în cazul variabilei tensiune arterială (TA) nu a fost observată o asociere semnificativă statistic cu tipul tratamentului urmat de pacienții schizofreni din lotul investigat. Pentru celelalte patru variabile dependente (TG, colesterol, obezitate şi glicemie) asocierile cu tipul tratamentului sunt semnificative statistic.

Discuții

Datorită noutății acestui domeniu în cercetarea psihiatrică, este dificil să se facă recomandări specifice cu privire la interpretarea datelor de calitate a vieții.

În studiul nostru vârsta se corelează pozitiv cu ariile calității vieții adică o dată cu înaintarea în vârstă scade calitatea vieții din punct de vedere al sănătății fizice, mentale și al gradului de independență, rezultat în contradicție cu cel al unui studiu efectuat de Celine Mercier, Normand Peladeau și Raymond Tempier (1997) ce relevă că pacienții vârstnici sunt mai satisfăcuți de calitatea vieții lor decât cei tineri . Cu toate acestea, rezultatele obținute trebuie interpretate cu prudență datorită numărului mic de subiecți pentru fiecare grupă de vârstă.

În legătură cu influența genului asupra calității vieții deşi cercetarea noastră nu a găsit diferențe semnificative între loturile studiate , alte studii au găsit scoruri mai ridicate la genul masculin la dimensiunile activități de recreere, relații sociale și grad de independență ceea ce indică o mai bună calitate a vieții. Rezultatele obținute trebuie interpretate cu prudență datorită numărului mic de subiecți pentru fiecare gen.

Studiul nostru evidențiază rolul statutului marital asupra autopercepției participanților privind calitatea vieții, în special în ariile sănătății mentale şi a interacțiunii sociale, diferențele cele mai relevante fiind întâlnite între subiecții căsătoriți şi cei văduvi, cei dintâi autopercepându-se ca fiind mai sănătoşi mental şi mai activi în sfera relațiilor sociale. Rezultatul obținut concordă cu literatura de specialitate pacienții diagnosticați cu schizofrenie obținând scoruri scăzute în ceea ce privește domeniul relațiilor sociale îndeosebi dacă nu au un partener de viață. O explicație al acestui rezultat ar fi și rolul pe care îl are stigma care exclude pacienții din viața socială. Cu toate acestea, rezultatele obținute trebuie interpretate cu prudență datorită numărului mic de subiecți pentru fiecare grupă de statut marital.

S-a evidențiat influența statutului ocupațional asupra calității vieții în toate cele 6 aspecte investigate. Această influență poate fi una atât directă, cât şi indirectă, fiind moderată de alte variabile precum vârsta sau venitul, etc. Categoria pensionari a obținut cela mai mici scoruri la toate cele șase arii investigate: sănătate fizică, sănătate mentală, grad de independență, relații sociale, mediul de viață, viața spirituală. Studiile din literatura de specialitate confirmă rezultatele obținute deoarece pacienții angajați au scoruri mai ridicate în aria relațiilor sociale. O explicație plauzibilă ar fi faptul că pacienții angajați au aspirația de a trăi la fel ca persoanele sănătoase adică să-și

întemeieze o familie, să lege prietenii, alte relații sociale .Rezultatele obținute trebuie privite cu prudență având în vedere că volumele celor cinci loturi în funcție de ocupație sunt reduse numeric şi puternic neomogene.

Cercetarea subliniază că persoanele cu studii superioare obțin scoruri semnificativ mai ridicate decât cei cu studii primare şi gimnaziale, indicând o viață spirituală mai bogată şi mai intensă pentru cei cu un nivel educațional ridicat. Analizând nivelul educațional şi corelația lui cu afectarea calității vieții spirituale putem afirma, raportându-ne la teoria lui Kohlberg că pe măsură ce se trece de la o etapă la alta de dezvoltare se evaluează o arie din ce în ce mai extinsă a vieții sociale. Secvența etapelor este următoarea:

- etapa 1- propria persoană,
- etapa 2- alte persoane direct implicate în situația problematică,
- etapa 3-persoane care iau cunoştință de situație şi o evaluează ,
- etapa 4-societatea în ansamblu
- etapa 5- principiile universale ale ființei umane .

Conform lui Kohlberg, etapele reprezintă un adevărat progres în dezvoltarea umană, în sensul că pentru a atinge un anumit stadiu, omul trebuie să parcurgă stadiile precedente. Gândind în etape şi descoperind limitele fiecărei etape, omul va găsi forța motivațională pentru a progresa în următorul stadiu. Rössler W, Salize HJ, Cucchiaro G, Reinhard I, Kernig C. în 1999 au obșinut rezultate similare în ceea ce priveşte influența nivelului educațional asupra calității vieții. Rezultatele obținute trebuie privite cu rezervă având în vedere că cele trei loturi au număr mic de subiecți.

Sub toate aspectele calității vieții, fizice, mentale, socio-relaționale şi intelectual-spirituale, studiul efectuat a constatat o depreciere marcată în cazul persoanelor diagnosticate cu schizofrenie paranoidă comparativ cu lotul subiecților sănătoşi. În cazul persoanelor diagnosticate cu alte forme de schizofrenie este prezentă de asemenea o depreciere a calității vieții, mai puțin sub aspectul vieții spirituale.Sub aspectul sănătății fizice şi psihice, al gradului de independență şi al vieții socio-relaționale, nu par a exista diferențe semnificative în funcție de tipul schizofreniei. Referitor la mediul de viață deprecierea celor diagnosticați cu schizofrenie paranoidă pare a fi semnificativ mai ridicată comparativ cu populația generală şi cu subiecții diagnosticați cu alte forme de schizofrenie.

În grupul subiecților diagnosticați cu alte forme de schizofrenie viața spirituală pare a nu se deprecia semnificativ în raport cu persoanele sănătoase.

Între grupul participanților sănătoși și grupurile pacienților diagnosticați cu schizofrenie diferențele semnificative sunt concordante cu rezultatele din literatura de specialitate. Rezultate similare pot fi găsite în studiile întreprinse de autori din Polonia și din China. Górna, Jaracz, Rybakowski, and Rybakowski (2008) au demonstrat că la persoanele cu schizofrenie, cu o durată medie a bolii de 5 ani de la prima internare, cele mai mari punctaje au fost obținute în aria sănătate fizică (m = 14.3; SD = 3.1), urmată de mediu de viață (m = 13.5; SD = 2.3), relațiile sociale (m = 12,8; SD = 3.3) și de domeniile psihologice (m = 12,8; SD = 3,4). Xiang, Weng, Leung, Tang, and Ungvari (2008) evaluând calitatea vieții subiecților cu schizofrenie au obținut scoruri crescute în domeniul sănătății fizice (m = 14.22; SD = 2.48), urmate de scorurile pentru mediul de viață (m = 13.69; SD = 2.27), sănătatea psihologică (m = 13.64; SD = 2,64) și relațiile sociale (m = 13.13; SD = 2,64). Rezultatele cercetării noastre trebuie interpretate cu prudență datorită numărului mic al subiecților din cele două subgrupuri.

Referitor la vârsta de debut a schizofreniei în cazul ariilor sănătate fizică, sănătate mentală, grad de independență, mediu de viață şi relații sociale nu putem afirma că aceasta indiferent de forma clinică a schizofreniei influențează aceste domenii ale calității vieții. Vârsta de debut, însă, pare a avea un rol semnificativ în cazul vieții spirituale (F = 5,143 la p = 0,008) existând o diferență semnificativă între cei cu vârsta de debut sub 20 de ani şi cei cu vârsta de debut peste 25 de ani; debutul tulburării la o vârsta mai mare de 25 de ani determină scoruri mai ridicate la aria viața spirituală. ISBA nu a obținut diferențe semnificative din punct de vedere al vârstei la debut. Rezultatul studiului este susținut și de Priebe, Roeder-Wanner & Kaiser (2000) care au demonstrat că simptomele apărute la debutul bolii au un impact mai mare asupra calității vieții îndeosebi asupra ariei relațiilor sociale. Faza inițială a schizofreniei determină de fapt cea mai marcată deteriorare clinică și psiho-socială, comparativ cu faza cronică a bolii. În faza cronică, cu toate că declinul funcționalității pacientului cauzat de afecțiunea în sine este aproape complet, pacienții se adaptează mai bine la situația lor de viață (Priebe, Roeder-Wanner & Kaiser, 2000). Așa cum era de așteptat o boală mentală cronică dizabilitantă cum este schizofrenia nu se limitează la simptomatologie, ci putem susține că există și o a ”doua boală”: reacțiile mediului social la stigmatizare precum și autostigmatizarea pacienților, predictori negativi ai

calității vieții. Rezultatele obținute de studiu nostru trebuie privite cu rezervă datorită numărului mic de subiecți asupra cărora s-a efectuat.

Tipul de tratament influențează aria viața spirituală a indivizilor diagnosticați cu schizofrenie. Analiza post-hoc ne arată că persoanele din grupa tratată cu haloperidol obțin scoruri semnificativ mai scăzute comparativ cu persoanele din grupele tratate cu olanzapină, quetiapină, aripiprazol şi ziprasidonă, indicând o depreciere a vieții spirituale mai accentuată la cei dintâi. Studiile internaționale susțin rezultatul cercetării: tratamentul acționează în primul rând asupra simptomatologiei clinice, îmbunătățirile calității vieții fiind secundare efectelor terapeutice.

Studiul nostru este prima cercetare românească care folosește ISBA la pacienții diagnosticați cu schizofrenie. Scalele de auto-apreciere sunt utile în îngrijirile medicale. Cu toate acestea, unii pacienți supraestimează capacitatea lor funcțională, şi ca atare în viața reală funcționalitatea lor ar trebui să fie evaluată prin vizite la domiciliu . Îmbunătățirea funcționalității de zi cu zi este unul dintre obiectivele-cheie ale reabilitării pacienților cu schizofrenie. Pentru atingerea acest obiectiv, este important să fie evaluați cu atenție toți factorii implicații în dezvoltarea personală a fiecărui pacient.

Cea mai mare parte a literaturii de specialitate referitoare la posibila asociere a sindromului metabolic şi implicit a componentelor sale: valorile colesterolului, trigliceridelor, glicemiei, valorile tensiunii arteriale şi prezența obezității cu tratamentul antipsihotic se concentrează asupra schizofreniei. Medicația folosită pentru a trata simptomele psihotice trebuie să fie selectată cu grijă luând în considerare impactul ei asupra sănătății fizice şi a stării de bine. O reducere în prevalența apariției efectelor metabolice este o țintă importantă pentru a îmbunătăți sănătatea fizică a pacienților cu schizofrenie.

În cazul cercetării noastre nu au fost observate diferențe semnificative între genuri. În literatura de specialitate (studiul CATIE, 2006) prevalența valorilor crescute ale trigliceridelor, colesterolului, tensiunii arteriale şi a obezității este cu 42% mai crescută la femei comparativ cu bărbații . Aceste diferențe între cercetarea noastră şi literatura de specialitate ar putea fi datorate numărului mic de subiecți al fiecărui grup (50) şi constantelor biologice ce nu au fost urmărite în dinamică.

În ceea ce privește vârsta cercetarea noastră a obținut rezultate similare literaturii de specialitate: odată cu îmbătrînirea crește frecvența sindromului metabolic (10% la bărbați şi 18 % la femei în categoria de vârstă 20-39 ani; 39,7% la bărbați şi 46,1% la

femei în categoria de vârstă peste 60 de ani; studiul NHANES,1999-2000). Rezultatele noastre în ceea ce priveşte vârsta în cazul asocierii schizofreniei cu sindromul metabolic influenţează nivelul trigliceridelor, colesterolului, valorile tensiunii arteriale şi prezenţa/ absenţa obezităţii (p 0,005). Cele mai ridicate valori ale TG (73,80%), COL (83,30%), TA (20%) şi de prevalenţă a obezităţii (40,50%) sunt înregistrate în intervalul de vârstă 50-65 ani.

În rândul persoanelor diagnosticate cu schizofrenie paranoidă (grupul B1) se constată o asociere între variabilele statut marital şi obezitate (chi-pătrat = 9,712, la p = 0,021 < 0,05). Cu toate acestea, rezultatele trebuie interpretate cu prudenţă datorită inegalităţii volumurilor loturilor de subiecţi pe fiecare categorie de status marital (necăsătoriţi – 42, căsătoriţi – 59, divorţaţi – 30, văduvi – 19). Un aspect important de menţionat aici este acela că se observă o asociere semnificativă între variabilele status marital şi vârstă, la nivelul întregului lot (chi-pătrat = 13,764 la p = 0,032 < 0,05), ceea ce indică faptul că statusul marital este influenţat semnificativ de vârsta subiecţilor. Această asociere ar putea fi explicată prin influenţele dintre calitatea vieţii (rolul familiei, al căsătoriei, al prezenţei unui partener stabil care să ofere suport emoţional şi instrumental) şi răspunsurile fiziologice la stres ale subiecţilor. În studiile internaţionale pacienţii care locuiesc cu familia au unele avantaje ca de exemplu stabilitatea rezidenţială, simţul proprietăţii mai accentuat, mai multe contacte cu rudele, familia îndeplinind un număr de nevoi ca : hrana, cazarea, îngrijirea la domiciliu şi nevoile financiare.

CONCLUZII

1. Vârsta are un rol semnificativ în aspecte ale calității vieții cum sunt aria sănătății fizice(r=-0,314), sănătății mentale(r=-0,166) şi cea a gradului de independență (r=-0,226); subiecții cu vârsta între 50-65 ani prezintă nivelele cele mai scăzute în cele trei arii ale calității vieții.

2. Statutul marital influențează autopercepția indivizilor în ariile sănătății mentale (p=0,001) şi a interacțiunii sociale (p=0,012), diferențele cele mai relevante fiind identificate între categoria celor căsătoriți şi a celor văduvi, cei dintâi autopercepându-se ca fiind mai sănătoşi mental şi mai activi în sfera relațiilor sociale.

3. Statutul ocupațional influențează atât direct cât şi indirect (prin vârstă sau venit) toate cele şase arii ale calității vieții, cele mai mici scoruri fiind obținute de categoria pensionari (p□0,005).

4. Nivelul educațional influențează parțial calitatea vieții prin aria vieții spirituale (p=0,018). Persoanele cu studii superioare obțin scoruri semnificativ mai ridicate (m=13,48) comparativ cu cei cu studii primare și gimaziale (m=11,12), ilustrând o viață spirituală mai bogată şi mai intensă pentru cei cu un nivel educațional mai ridicat.

5. Aria de rezidență determină o diferență semnificativă în cazul dimensiunii stare de bine fizică(p=0,046), persoanele din mediul rural înregistrează un nivel mai ridicat al stării de bine fizice autopercepute (valoriile medii m_{urban} = 18,25 şi m_{rural} = 20,22) .

6. Toate formele clinice de schizofrenie din studiu prezintă deteriorare marcată a calității vieții în toate ariile: fizică, mentală, socio-relațională şi intelectuală (p□0,001); lotul B1 (subiecții diagnosticați cu schizofrenie paranoidă) prezintă o deterioarare mai profundă comparativ cu lotul B2 (subiecții diagnosticați cu alte forme de schizofrenie), cea mai severă fiind în aria socio-relațională.

7.Subiecții diagnosticați cu alte forme de schizofrenie (lotul B2) au obținut scoruri mai scăzute în toate ariile calității vieții cu excepția vieții spirituale.

8. Vârsta la debut a schizofreniei indiferent de forma clinică are un rol semnificativ în aria vieții spirituale (F = 5,143 la p = 0,008) ; scoruri mai ridicate obțin cei cu debutul bolii la vârste peste 25 de ani.

9.Tratamentul cu antipsihotice determină scoruri semnificativ mai scăzute în aria vieții spirituale (p=0,001); analiza post-hoc evidențiază o depreciere a vieții spirituale mai accentuată la schizofreni tratați cu antipsihotice tipice (haloperidol).

10.Vârsta în cazul asocierii schizofreniei cu sindromul metabolic influențează nivelul trigliceridelor, colesterolului, valorile tensiunii arteriale şi prezența/ absența obezității (p□ 0,005). Cele mai ridicate valori ale TG (73,80%), COL (83,30%), TA (25%) şi de prevalență a obezității (40,50%) sunt înregistrate în intervalul de vârstă 50-65 ani. În cazul variabilei dependente nivelul glicemiei, asocierea cu vârsta nu este semnificativă (p =0,183)

11.Vârsta influențează direct sau indirect (prin statutul marital) variabilele fiziologice. Statutul marital induce modificări psihologice (răspuns la stres, mecanisme de adaptare emoțională, absența / prezența suportului emoțional, viața socială, activitate sexuală, stil de viață, etc.), independente de vârstă, care pot avea impact la nivel psihosomatic, inducând modificări ale unor parametrii fiziologici. Practic, în studiul de față, nu se poate preciza care este ponderea influenței vârstei asupra statutului marital şi deci asupra variabilelor fiziologice, şi care este influența specifică, distinctă, a statutului marital asupra valorilor indicatorilor fiziologici măsurați, atâta timp cât aceste două variabile – vârsta şi statutul marital - nu sunt controlate experimental.

12. Nivelul educațional este corelat cu valori crescute ale trigliceridelor (p = 0,017) şi tensiunii arteriale(p=0,033) ; persoanele cu studii superioare prezintă procentul cel mai ridicat (68,75%) pentru valorile crescute ale TG, iar persoanele cu studii medii (38,10%) şi superioare (37,50%) au valori crescute ale TA.

13.Tipul tratamentului este corelat semnificativ statistic cu valorile TG (p < 0,001). În loturile cu tratament tip Haloperidol (76,50%), Aripiprazol (85,70%), Ziprasidonă (63,60%) şi Risperidonă (63,20%) predomină subiecții cu nivele normale ale TG, în timp ce în loturile cu tratament tip Olanzapină (66,70%) şi Quetiapină (85,70%) predomină persoanele cu valori crescute ale TG .

14. Tipul tratamentului este corelat semnificativ statistic cu valorile COL (p = 0,002). Pentru grupele de tratament tip Haloperidol (70,60%) şi Aripiprazol (71,40%) predomină persoanele cu nivele normale ale colesterolului. Pentru grupele de tratament Ziprasidonă şi Risperidonă ponderea între persoanele cu valori normale ale

colesterolului şi cele cu valori crescute este cvasi-egală; în timp ce pentru grupele de tratament Olanzapină (72,20%) şi Quetiapină (85,70) predomină persoanele cu nivele crescute ale colesterolului.

15. Tipul tratamentului este corelat semnificativ statistic şi cu ponderea obezității(p□0,001) Dacă în grupele de tratament tip Haloperidol (94,10%), Aripiprazol (85,70%), Ziprasidonă (81,80%) şi Risperidonă (73,70%) predomină persoanele normoponderale, în grupele de tratament Olanzapină (61,10%) şi Quetiapină (61,90%), predomină persoanele obeze.

16.Tipul tratamentului este corelat semnificativ statistic cu valorile glicemiei (p < 0,001). Pentru cei care urmează tratament cu Haloperidol, Aripiprazol şi Ziprasidonă, valorile glicemiei sunt normale. În cazul pacienților tratați cu Risperidonă, ponderea este în favoarea celor cu valori normale ale glicemiei (89,50%) ; pentru grupul de tratament Quetiapină ponderile sunt cvasi-egale (52,40% pentru cei cu valori normale ale glicemiei şi 47,60% pentru cei cu valori ridicate ale glicemiei), iar în grupul Olanzapină predomină pacienții cu valori crescute ale glicemiei (66,66%).

CONTRIBUȚIE PERSONALĂ

Antipsihoticele atipice constituie conduita terapeutică de elecție care determină și menține în timp prin reinserție familială, socială și profesională o îmbunătățire reală a calității vieții pacientului diagnosticat cu schizofrenie.

Medicația antipsihotică este esențială pentru pacienți, astfel încât eficiența terapeutică și lipsa efectelor secundare ar trebui să fie cele mai importante criterii în alegerea tratamentului. Organizațiile profesionale de sănătate mentală şi boli somatice vor trebui să ia în considerare caracterul persistent, severitatea schizofreniei precum și riscurile asociate bolilor somatice. Ghidurile de depistare și monitorizare trebuie implementate atât la nivelul specialiştilor psihiatri şi nutriționişti dar mai ales la nivelul medicilor de familie. Instrumentele de bază pentru depistarea și monitorizarea sănătății fizice (indice de masă corporală, valorile tensiunii arteriale) sunt la îndemâna oricărui medic generalist. Datorită creşterii riscului cardiovascular odată cu înaintarea în vârstă se impune schimbarea stilului de viață printr-o dietă echilibrată, sănătoasă și creşterea

activității fizice atât la subiecți diagnosticați cu schizofrenie dar și in cadrul populației generale. Având în vedere severele riscuri de sănătate, pacienților diagnosticați cu schizofrenie, în tratament cu antipsihotice atipice este necesar să li se asigure o evaluare somatică inițială corespunzătoare și monitorizare continuă.

Evaluarea inițială trebuie să cuprindă:

1. Antecedentele personale și heredo-colaterale de diabet zaharat cu obezitate, dislipidemie, hipertensiune arterială sau afecțiuni cardiovasculare;

2. Greutatea, înălțimea și calcularea IMC

3. Măsurarea tensiunii arteriale;

4.Evaluarea glicemiei preprandiale

5. Evaluarea profilului lipidic

Se stabilește dacă pacientul este supraponderal (IMC = 25,0- 29,9) sau obez (IMC ≥ 30), are diabet zaharat (glicemia preprandială ≥ 110mg/dl), hipertensiune arterială (TA ≥ 130/85 mmHg) sau dislipidemie (valorile Tg ≥ 150mg/dl, valorile Col ≥ 175 mg/dl). Identificarea oricărei afecțiuni determină inițierea unei conduite terapeutice adecvate și îndrumarea către medicul de specialitate.

Recomand consiliere nutrițională și activitate fizică pentru toți pacienții supraponderali sau obezi;de asemenea îndrumarea către un nutriționist și includerea într-un program de management al greutății.

Monitorizarea periodică constă:

1. Reevaluarea greutății la 4, 8, 12 săptămâni după inițierea tratamentului și ulterior trimestrial.

2. Reevalurea glicemiei trimestrial după inițierea tratamentului antipsihotic.

3. Reevalurea trimestrială a nivelului lipidelor.

4.Reevaluarea trimestrială a TA în primul an după inițierea tratamentului și ulterior anual.

Pentru pacienții care prezintă valori crescute ale glicemiei, trigliceridelor, colesterolului, tensiunii arteriale sau creștere în greutate recomand switch-ul terapeutic cu alegerea unui antipsihotic care nu este asociat cu acest tip de efecte adverse.

Obiectivele urmărite (TA, nivelul TG, COL, prezența obezității) trebuie individualizate. Recomand următoarele:

- luarea în considerare a riscurilor metabolice în momentul inițierii medicației antipsihotice

- educarea pacientului, a familiei acestuia și a personalului care acordă îngrijire
- efectuarea evaluării inițiale
- monitorizare regulată, periodică
- îndrumarea spre servicii de specialitate (nutriție, cardiologie) atunci când se impune.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). APA:Washington DC, 1994.

2. Easton WW, Chen C-Y. Epidemiology. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia.Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc., 2006:17–38.

3. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of theWHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. Psychol Med 1986;16(4):909–928.

4.Weisbrod, BA si colab. - Alternative to mental hospital treatment, 1980, Archi General Psychiatr, 37:400-405.

5.Weiden PJ, Mackell JA, McDonnell DD. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. Schizophr Res 2004; 66:51-7.

6.Coutinho M, Gerstein HC, Wang Y: The relationship between glucose and incident cardiovascular events: a metaregression analysis of published data from 20 studies of 95,783 individuals followed for 12.4 years. Diabetes Care 22:233-240,1999.

7. Flegal CM, Carroll MD, Ogden CL: Prevalence and trends in obesity among U.S. adults, 1999-2000. JAMA 288:1723-1727,2002.

8. Bonow RO, Smaha LA, Smith SC: The international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. Circulation 106:1602-1605, 2002.

9. Curkendall S, Mo J, Glasser D: Cardiovascular disease in patients with schizophrenia in Saskatchewan, Canada. J Clin Psychiatry 65:715-720, 2004.

10. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ: Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical simple with subthreshold symptoms. Arch Gen Psychiatry 59:921-928, 2002.

11. Lewis DA, Lieberman JA. Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. Neuron 28:325-334, 2000.

12.Kramer M, Simpson G, Maciulis V, Kushner S, Vijapurkar U, Lim P, Eerdekens M. Paliperidone extended-release tablets for prevention of symptom recurrence in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychopharmacol 2007;27(1):6–14.

13. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005;353(12):1209–1223.

14.Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., et al (1992) Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenia out-patients. British Journal of Psychiatry, 161, 797-801.

15.Stein LI. si colab. - Alternative to mental hospital treatment. Arch General Psychiatr, 1980, 37:392-397.

16.Saracenco B. - Preface. La rehabilitation psychosociale en psychiatrie, Paris, 1995, Editions e-Roche,pp.12-15.

17.Sartorius, N. (1997) Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. British Journal of Psychiatry, 170, 297.

18.Schultz SK, Andreasen NC - Schizophrenia. Lancet, 1999, 353,1425-1430.

LUCRĂRI PUBLICATE :

I.Articole în extenso

- **Mariana Adelina Mariş,** Florina Raţoi, Delia Marina Podea. Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk in Schizofrenia . Romanian Journal of Psychopharmacology, Vol. 12, Issue 3, 145-153, 2012
- **Mariana Adelina Mariş,** Claudiu Dacian Rotund, Delia Marina Podea. Quality of life in various types of schizophrenia. Science Med, Vol. 3, n4, 343-348, 2012
- **Mariana Adelina Mariş,** Claudiu Dacian Rotund, Delia Marina Podea. Wellbeing as a component of life quality in schizophrenia. Joumal of Psychological and Educational Research JPER - 2012, 20 (2), November, 31-43

II.Lucrari comunicate la manifestari nationale si internationale

- **Mariana Adelina Mariş**, Florina Răţoi, Delia Marina Podea Calitatea vieţii în schizofrenie, Conferinţa naţională de psihiatrie cu participare internaţională, Iaşi, 4-7 octombrie 2012
- **Mariana Maris**, Delia Marina Podea, Sindromul metabolic in schizofrenie - AR MEDICA 2012
- **Mariana Adelina Mariş,** Maria Magdalena Blaj. Factorii implicaţi în neurocogniţia din schizofrenie. Al-IV-lea Congres Naţional de Psihiatrie Bucureşti 2011
- **Maris M.A**., Blaj M.M., Podea D.M., Piros L.E., Rotund D.C , Vulnerability factors involved in cognitive dysfunction in schizophrenia- 13th DKMT Euroregional Conference on Integrative Medicine, Nutrition and Health, 8-10 September 2011 Timisoara
- **Maris Mariana Adelina**, Blaj Maria Magdalena, Rotund Claudiu Dacian, Delia Marina Podea Tulburari neuro-cognitive in schizofrenie, Zilele Academice Aradene, 2011
- **Mariana Adelina Mariş,** Delia Marina Podea, Ligia Elisaveta Piroş. Aspecte genetice in schizofrenie. Conferinţa Naţională de Psihiatrie cu participare internaţională ”Pentru o psihiatrie umanistă în lumea contemporană”, Timişoara, 75-77, 2009