

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA

**FACTORI SOCIALI ÎN
EVOLUȚIA SCHIZOFRENIEI**

REZUMAT

**CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:
Prof. Univ. Dr. Dragoș MARINESCU**

**STUDENT – DOCTORAND:
Mihail Cristian PÎRLOG**

**CRAIOVA
2012**

CUPRINS

INTRODUCERE	3
METODOLOGIE	4
Ipoteza de lucru	4
Obiectivele cercetării	4
Surse de date	4
Indicatori înregistrați	4
Instrumente de lucru	5
Lotul de lucru N=81	5
Aparat statistic	5
REZULTATE	5
DISCUȚII	6
Corelații socio-demografice	6
Corelații clinico-sociometrice	7
CONCLUZII	10
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	11

Cuvinte cheie: stres social, cogniție socială, stigma, dizabilități sociale și personale

INTRODUCERE

Schizofrenia reprezintă o afecțiune psihiatrică majoră cu un suport neurobiologic bine conturat, care afectează întreaga personalitate a individului, manifestându-se printr-o combinație de anomalii de gândire, percepție și alterări ale comportamentului social.

Problemă importantă pentru sănătatea publică, această boală prezintă o simptomatologie clinică similară în întreaga lume, indiferent de nivelul de dezvoltare socială, culturală și economică a țării sau națiunii [1], dar are o etiopatogenie încă necunoscută în integralitate, putându-se vorbi despre o combinație de factori: *genetici* (rate mai mari ale incidenței în familiile unui pacient decât în populația generală, rate care pot ajunge până la 50% în familiile în care ambii părinți sunt schizofrenici și de 60 până la 84% în situațiile în care unul dintre gemenii monozigotici este diagnosticat cu schizofrenie) [2], *factori biochimici* (dezechilibru biochimic la nivel cerebral pentru dopamină și noradrenalină, care conduce la modificări în canalele de transmisie a impulsurilor electrice), *factori biologici și psiho-sociali* (complicații pre- și perinatale, condiții medicale, psihotraume, suport social limitat, sărăcie, apartenența la clase sociale defavorizate, mediul urban de rezidență, migrația), *consumul abuziv de substanțe psihoactive*.

Vulnerabilitatea psihosocială pentru dezvoltarea schizofreniei a condus la apariția unui model descriptiv al corelației stres-vulnerabilitate, în care cele mai importante roluri aparțin factorilor genetici și de mediu, ca și declanșatori ai bolii și evoluției tulburării înseși, incluzând perioada de terapie antipsihotică, recăderile și efectele negative ale stresului social, ale abuzului de substanțe, scăderea capacității de coping și pierderea suportului socio-economic.

Acțiunea factorilor psihosociali în evoluția schizofreniei a fost confirmată și de studiile neurobiologice și neuroimagistice, acțiunea factorilor de stres conducând la creșterea eliberării de glucocorticoizi prin hiperactivitatea axei hipofizo-hipotalamo-cortico-suprarenaliene, hiperactivitate care pe termen lung conduce la reducerea volumului hipocampal fiind considerată unul dintre markerii biologici importanți ai evoluției defavorabile a schizofreniei. [3]

Pe de altă parte, unul dintre elementele caracteristice schizofreniei, deficitul de funcționalitate socială manifestat prin izolare socială, lipsă a insight-ului și a inițiativei, raționament alterat și deficiențe în exprimarea emoțională, este cauzat de leziuni ale cortexului prefrontal și reducerea volumului structurilor implicate în procesul cogniției sociale (amigdala cerebrală, cortexul temporal superior). [4]

METODOLOGIE

Ipoteza de lucru

Vulnerabilitatea psihosocială recunoscută pentru dezvoltarea schizofreniei, influența factorilor de mediu, sociali și familiali asupra evoluției pacientului schizofren caracterizată printr-o marcată deficiență a funcționării sociale (izolare socială, lipsa conștiinței bolii, tulburări de gândire și raționament, alterarea afectiv-emoțională și a cogniției sociale) au generat un model complex de factori de risc evolutiv, evaluarea corectă a acestora putând conduce la o mai bună complianță și aderență la tratament.

Prin identificarea și stabilirea impactului acestei categorii de factori, prin evidențierea corelațiilor existente între elementele clinico-descriptive și cele ale vieții sociale se pot crea premisele îmbunătățirii evoluției schizofreniei.

Obiectivele cercetării

1. Identificarea factorilor sociali de risc prezenți la pacienții schizofreni și la nivelul familiei acestora pe perioada evoluției bolii;
2. Determinarea particularităților evolutive în funcție de ponderea factorilor psihosociale perturbanți și evidențierea rolului acestor factori asupra evoluției bolii.

Studiu clinic retrospectiv-prospectiv al pacienților diagnosticați cu schizofrenie și internați în Centrul de Sănătate Mintală Craiova în intervalul 1 iulie 2007 – 30 iunie 2012.

Surse de date: foi de observație și carnete de dispensarizare din Centrul de Sănătate Mintală Craiova; rezultatele examinărilor psihologice din cabinetul psihologic al Centrului de Sănătate Mintală Craiova.

Indicatori înregistrați: *indicatori socio-demografici* (vârstă, sex, mediu de rezidență, stare civilă, nivel educațional, statut ocupațional), *indicatori clinici* (antecedente heredo-colaterale și psihotraumatice, antecedente personale patologice, încadrarea diagnostică, caracterul debutului, vârsta la debut, durata evoluției bolii, numărul de internări în Centrul de Sănătate Mintală în ultimii 5 ani, comportament heteroagresiv, comportament suicidar și ideeație suicidară, consum alcool, fumat, nivel de adaptare socială, starea globală la externare, clasa de medicamente antipsihotice utilizate în tratament pe durata internării), *indicatori privind funcționarea socială* (scoruri obținute prin aplicarea instrumentelor de lucru)

Instrumente de lucru: Chestionarul Indicatori ai Stresului Social (*Social Stress Indicators*); Scala de evaluare a performanțelor personale și sociale (*Personal and Social Performance Scale*); Chestionarul de evaluare a implicării în îngrijirea pacientului psihiatric (*Involvement Evaluation Questionnaire*); Scala de evaluare a poverii bolii (*Burden Assessment Scale*); Scala de evaluare a calității vieții (*WHOQOL-BREF*);

Lotul de lucru N=81

În urma aplicării criteriilor de includere și de excludere a fost constituit lotul de lucru N=81 pacienți diagnosticați cu schizofrenie, internați în Centrul de Sănătate Mintală Craiova într-un interval de 5 ani (1 iulie 2007 – 30 iunie 2012).

Aparat statistic

Prelucrarea datelor s-a realizat prin programul Microsoft Excel împreună cu suita XLSTAT pentru MS Excel, iar prelucrarea secundară a datelor, calcularea parametrilor statistici fundamentali și reprezentarea lor grafică a fost efectuată cu ajutorul comenzilor Pivot Tables, Functions-Statistical, Chart și a modulului Data Analysis din programul Excel. Testele statistice complexe (Chi pătrat, Fisher exact, Student și ANOVA) s-au realizat prin comenzi din modulul XLSTAT sau cu ajutorul programului SPSS.

REZULTATE

În lotul de studiu, distribuția în funcție de sex arată o predominanță a sexului feminin (59,26%), față de bărbați (40,74%), vârsta medie a lotului fiind de $45,36 \pm 8,50$ ani. Mediul urban de rezidență a predominat (85,18%), cu o distribuție relativ egală privind apartenența la un cuplu (căsătoriți 48,15%, recăsătorit 1,23%, concubinaj – 1,23%) față de cei care nu sunt implicați în astfel de relații sociale (divorțați – 12,35%, necăsătoriți – 35,80%), distribuție înalt semnificativă statistic ($p=0,005$). În lot au dominat pacienții cu nivel educațional mediu (49,38%) și neimplicați pe piața muncii (92,59%).

Se remarcă o incidență mare a formei paranoide a schizofreniei (74,09%) cu formă insidioasă a debutului (67,90%) în al treilea deceniu de viață (20–24 ani 24,70%; 25–29 ani 25,92%) și o durată medie de evoluție a bolii de $18,96 \pm 8,97$ ani. Comportamentul agresiv a fost prezent la 69,14%, în timp ce comportamentul sau ideea suicidare nu au reprezentat caracteristici importante ale lotului studiat (7,40%). Antecedentele heredo-colaterale au fost predominant ne semnificative (67,90%), la fel ca și comorbiditățile somatice (53,09%), iar fumatul (24,69%) și consumul de alcool (37,03) au fost evaluați drept manifestări comportamentale cu potențial de agravare a stării psihice și somatice a subiectului. Au predominat pacienții care în ultimii 5 ani de evoluție a bolii au avut un număr de 2 internări (60,50%), iar majoritatea acestora au prezentat un nivel deficitar de funcționare și integrare socială (95,06%) și stare staționară la ultima externare (54,32%).

Scorurile PSP obținute relevă nivelul de integrare socială a pacientului, abilitățile sale sociale și capacitatea de a duce o viață independentă, scorul mediu înregistrat fiind de $37,22 \pm 8,75$, înscriindu-se în apropierea limitei dintre intervalul dizabilităților socio-personale ușoare și cele severe. Chestionarul Indicatori ai Stresului Social a relevat un scor mediu de

99,89±18,24 specific stresului social intens, iar evaluarea resimțirii poverii rolului de îngrijire la persoanele implicate în îngrijirea și asistența pacienților prin scala BAS a condus la un scor mediu $51,22 \pm 8,17$ semnificativ pentru resimțire intensă. Scorul mediu IEQ ($96,44 \pm 14,32$) reliefează o implicare intensă a aparținătorilor în îngrijirea pacientului, dar și un nivel de stres social mai intens la aparținători decât la pacienți ($SSI - 110,40 \pm 12,45$).

DISCUȚII

Cantitatea mare de valori numerice obținute, precum și complexitatea domeniilor evaluate prin scalele utilizate a condus la necesitatea unei evaluări statistice a posibilelor diferențe existente între rezultatele instrumentelor de lucru în funcție de sexul pacienților incluși în lot. Datele înregistrate au prezentat distribuții gaussiene, permițând utilizarea *testului Student*, prin calcularea *testului t* la valorile medii obținute nefiind obținute diferențe semnificative (cu o singură excepție), concluzionând că a fost corectă premisa utilizării aceluiași instrumente de lucru și la pacienții de sex masculin și la cei de sex feminin, fără indici de corecție suplimentari. Validitatea și fiabilitatea testelor utilizate au fost subliniate de corelarea semnificativă a scorurilor brute (coeficienți Pearson înalt semnificativi).

Corelații socio-demografice

Studiul corelației între sexul pacienților din lotul de studiu și celelalte elemente care au caracterizat evoluția clinică și funcționarea socială a condus la rezultate semnificative din punct de vedere statistic pentru legăturile sex – vârstă la debutul bolii ($p ANOVA = 0,018$) și sex – domeniul IV WHOQOL-BREF ($p ANOVA = 0,023$), în timp ce mediul de proveniență a dovedit o asociere semnificativă ($p ANOVA = 0,025$) cu media scorurilor obținute la subscala III SSI (aprecierea prezenței și impactului evenimentelor psihotraumatice majore) la aparținătorii pacienților din lotul de studiu, iar nivelul educațional al pacienților s-a corelat semnificativ cu media scorurilor obținute la domeniul III (relații sociale) WHOQOL-BREF ($p ANOVA = 0,016$) și cu media scorurilor subscalei SSI care apreciază stresul cronic la aparținători ($p ANOVA = 0,050$).

Între vârsta la care s-a produs debutul bolii și statutul ocupațional al pacienților există o asociere cu semnificație statistică înaltă ($p ANOVA = 0,013$), la fel ca și între media scorurilor PSP și statutul ocupațional al pacienților din lotul de studiu $N=81$ ($p ANOVA = 0,016$), observându-se scoruri mari, corespunzătoare unor deficiențe medii spre ușoare ale performanței personale și sociale pentru pacienții angrenați în activități productive.

Starea civilă a pacienților a fost asociată în lotul de lucru cu media scorurilor subscalei stresului social acut SSI, aplicate atât pacienților ($p ANOVA = 0,028$), cât și aparținătorilor. ($p ANOVA = 0,034$).

Corelații clinico-sociometrice

Vârsta la debutul bolii a constituit una dintre variabilele independente utilizate în analiza statistică pentru a evidenția influența factorilor sociali asupra pacienților, fiind identificată o corelație înalt semnificativă (p ANOVA ~ 0) între vârsta la care s-a produs debutul bolii și încadrarea diagnostică, debutul precoce producându-se preponderent pentru subforma paranoidă a schizofreniei, care asociază preponderent manifestările discomportamentale și deficitul de cogniție socială și *theory of mind*, iar tipologia debutului s-a corelat semnificativ cu durata evoluției bolii (p ANOVA = 0,007), vârsta la care s-a produs (p ANOVA = 0,007) și cu nivelul de resimțire a poverii bolii de către aparținător, exprimat prin scorurile BAS (p ANOVA = 0,021). Se observă creșterea mediei de vârstă la care s-a produs debutul insidios al bolii ($27,3 \pm 7,792$ ani), comparativ cu debutul reactiv ($22,6 \pm 6,5$ ani), din punct de vedere sociologic, această corelație putând fi asociată cu prezența fenomenului stigmatizării la familiile schizofrenicilor, întârzierea consultului de specialitate fiind determinată de teama unei posibile rejecții din micro- și macrogrupul social, atât a pacientului, cât și a celorlalți membri ai familiei. Aceste măsuri hiperprotective, precum și prezența unei exprimări emoționale excesive sunt considerate factori de risc pentru evoluția bolii, dar și pentru buna funcționare socială a bolnavului, ulterior diagnosticării. [5]

Surprinzătoare poate părea corelația înalt semnificativă din punct de vedere statistic (p ANOVA = 0,001) identificată între consumul de alcool și vârsta la care s-a produs debutul bolii, debutul la vârstă tânără fiind predominant asociat cu lipsa consumului de alcool, în timp ce schizofrenia cu debut la vârstă adultă prezintă o corelație directă cu consumul ocazional. Consumul de alcool a fost de asemeni asociat semnificativ (p ANOVA = 0,039) cu media scorurilor obținute pe subscala III SSI, subscală ce apreciază impactul evenimentelor psihotraumatizante majore trăite de pacient pe parcursul vieții. Se observă că există o tendință de creștere concomitentă a scorurilor obținute prin aplicarea acestei scale și a cantității de alcool consumate, reliefând directă relație între psihostres și consumul (sau abuzul) de substanțe prezent în schizofrenie. [6]

Prezența agresivității la schizofrenici este considerată drept un marker al eșecului terapeutic, percepția publică asupra pericolului reprezentat de pacientul schizofrenic devenind unul dintre principalele obstacole în stabilirea unei alianțe terapeutice între pacient – psihiatru – familie (persoane responsabile de asistență și îngrijire) – comunitate. [7] S-au obținut rezultate cu înaltă semnificație statistică (p ANOVA ~ 0) pentru asocierea dintre agresivitate și nivelul performanței sociale și personale (PSP), scorurile mari, care indică o funcționare socială bună fiind direct corelate cu absența comportamentului agresiv, dintre nivelul de

percepție și interpretare al evenimentelor psihotraumatice trăite de pacient (Subscala III SSI) și prezența comportamentului violent (p ANOVA = 0,018), precum și dintre prezența agresivității și numărul mare de internări în Centrul de Sănătate Mintală Craiova (p ANOVA = 0,018), respectiv nivelele înalte ale resimțirii poverii stresului de către aparținători (p ANOVA = 0,049). Un element important urmărit de cercetarea noastră a fost studiarea corelației existente între nivelul de adaptare socială, apreciat în două grade, pozitiv și deficitar. În urma verificării statistice prin testul ANOVA, s-au identificat o serie de corelații semnificative și înalt semnificative statistic: pentru scorurile înalte PSP, corespunzătoare unui deficit de performanță socială și personală minim (p ANOVA ~ 0) cu scorurile SSI înalte (stres social intens), stresul cronic resimțit de pacient (Subscala II SSI) și impactul pe care psihotraumele experimentate de-a lungul vieții le-au avut asupra evoluției ulterioare a acestora (Subscala III SSI) (p ANOVA = 0,008), precum și cu scorurile BAS și IEQ, remarcându-se o intensitate mare a resimțirii poverii bolii de către persoana responsabilă de asistență și îngrijire (p ANOVA = 0,002) și un mai mare nivel al implicării în această activitate (p ANOVA = 0,002), în condițiile în care pacientul schizofrenic manifestă disfuncționalități sociale, mai ales exprimate prin relativa pierdere a independenței. [8]

Influența factorilor sociali de risc asupra evoluției schizofreniei a putut fi reliefată și de analiza corelațiilor existente între numărul de internări în ultimii 5 ani în Centrul de Sănătate Mintală Craiova, ca indicator al calității evoluției, și scorurile instrumentelor de lucru, analiză realizată tot prin testul ANOVA. (Tabel 1)

Tabel 1 Corelații între numărul de internări și scorurile instrumentelor de lucru

Număr internări		2 internări	3 internări	4 internări	5 internări	6 internări	7 internări	p ANOVA
Parametru								
WHOQOL	medie	78.286	77.667	80.385	86.222	96.200	92.000	0.000
	dev. std.	9.592	10.970	6.789	8.288	5.263	1.414	
WHOQOL Domeniul II	medie	19.408	19.667	20.923	23.667	25.800	21.500	< 0.0001
	dev. std.	3.246	4.163	2.290	3.674	2.168	0.707	
WHOQOL Domeniul IV	medie	24.714	25.333	25.385	26.556	30.400	34.000	0.008
	dev. std.	4.421	2.082	4.114	3.395	4.827	2.828	
Subscala I SSI (Pacient)	medie	18.204	18.000	18.692	22.556	24.800	27.000	0.014
	dev. std.	5.295	6.557	4.553	6.307	5.586	1.414	
SSI (Aparținător)	medie	105.306	112.667	113.000	123.000	127.600	115.000	< 0.0001
	dev. std.	10.940	12.503	8.456	8.775	11.327	5.657	
Subscala I SSI (Aparținător)	medie	17.204	15.667	17.000	21.889	24.200	23.500	0.017
	dev. std.	5.466	7.024	3.937	6.864	6.181	0.707	
Subscala II SSI (Aparținător)	medie	75.286	82.667	82.615	87.111	91.200	78.000	< 0.0001
	dev. std.	7.003	0.577	6.590	2.205	4.658	0.000	
BAS	medie	49.020	48.000	52.923	54.000	60.400	63.500	0.003
	dev. std.	7.493	12.124	8.026	5.568	7.570	0.707	
IEQ	medie	92.347	89.333	98.385	104.889	114.000	113.000	0.001
	dev. std.	13.277	19.858	12.997	10.167	11.467	4.243	

Starea la externare constituie un important indicator clinico-evolutiv privind atât eficacitatea strategiei terapeutice adoptate, cât și pentru capacitatea de reinserție socială a pacientului și s-a corelat înalt semnificativ (p ANOVA ~ 0) cu scorurile mari PSP și cu autoaprecierea pozitivă a sănătății fizice (WHOQOL – Domeniul I) (p ANOVA = 0,026).

Acest set de corelații statistice semnificative sunt extrem de importante, demonstrând influența pe care elementele stresului social (probleme financiare, familiale, sociale, profesionale etc.) o au asupra evoluției pacientului, chiar și în regim de internare în regim ambulatoriu, constituindu-se în veritabili factori de risc pentru evoluția defavorabilă. Evaluarea constantă a nivelului de stres poate reprezenta un argument în vederea stabilirii unei relații terapeutice bazate pe aderența la tratament, care să asigure practicianului succesul terapeutic, iar pacientului o remisie de bună calitate și o funcționare socială corespunzătoare. [9] Stresul social cronic prezent la aparținătorii pacienților cu schizofrenie s-a corelat de asemeni înalt semnificativ (p ANOVA ~ 0) cu starea agravată la externare, subliniind percepția negativă pe care dizabilitățile sociale ale pacientului cu schizofrenie care nu a obținut remisie le au asupra microgrupului social. Efectele negative sunt evidențiate și de legăturile semnificative între scorurile mari BAS și starea agravată la externare (p ANOVA = 0,026), precum și de corelația existentă între scorurile mari IEQ și remisie incompletă la externare (p ANOVA = 0,001), date confirmate și în literatura de specialitate. [10] (Tabel 2)

Tabel 2 Corelații între starea pacientului la externare și scorurile instrumentelor de lucru

Parametru	Starea la externare			p ANOVA	
	Ameliorat	Staționar	Agravat		
PSP	medie	42.038	36.156	29.500	0,000
	dev. std.	9.631	7.106	6.133	
WHOQOL Domeniul I	medie	22.654	23.489	26.800	0,026
	dev. std.	3.979	4.082	4.211	
SSI (Pacient)	medie	95.846	99.422	112.500	0,046
	dev. std.	20.602	16.884	12.634	
Subscala II SSI (Pacient)	medie	64.923	68.022	76.200	0,037
	dev. std.	13.458	10.784	9.077	
Subscala III SSI (Pacient)	medie	11.615	12.644	13.900	0,015
	dev. std.	2.451	1.909	2.283	
SSI (Aparținător)	medie	106.500	109.978	122.400	0,002
	dev. std.	12.596	11.484	9.359	
Subscala II SSI (Aparținător)	medie	75.731	79.089	87.900	0,000
	dev. std.	8.707	6.677	5.763	
BAS	medie	48.385	51.733	56.300	0,026
	dev. std.	8.486	7.907	5.851	
IEQ	medie	91.769	96.044	110.400	0,001
	dev. std.	14.758	13.232	9.009	

CONCLUZII

1. Lotul de studiu N=81 a prezentat o frecvență mai mare de aproximativ 1,5 ori a femeilor – 59,26% față de bărbați – 40,74%, predominanța mediului urban de rezidență – 85,18% și a grupelor de vârstă 50-54 ani – 23,45%, respectiv 40-44 ani – 22,22%.
2. Nivelul educațional predominant a fost cel liceal – 49,38%, cu inactivitate profesională importantă – 92,59% pensionari sau asistați social și distribuție înalt semnificativă ($p<0,01$) în funcție de starea civilă: 50,61% – căsătoriți sau implicați într-o relație.
3. Schizofrenia paranoidă a fost forma de diagnostic cea mai frecventă – 74,09%, cu debut manifestat la vârstă tânără ($p\sim 0$) și o distribuție semnificativă a lotului în funcție de sex și diagnostic ($p<0,01$).
4. În lotul N=81 vârsta medie a debutului a fost $25,78\pm 7,38$ ani, durata medie de evoluție a bolii $18,96\pm 8,97$ ani, comorbiditățile somatice – 46,91%, antecedentele heredocolaterale psihiatrice – 32,10%.
5. Pacienții din lotul N=81 au prezentat la externare din punct de vedere clinic stare staționară – 54,32% și agravată – 12,35%, iar din punct de vedere psihosocial deficit de adaptare – 95,06%. Principalii factori sociali ce au influențat evoluția și deficitul adaptativ au fost inabilitățile și stresul social.
6. Inabilitățile sociale și personale moderate spre severe (PSP) s-au corelat semnificativ cu comportamentul agresiv ($p\sim 0$), nivelul deficitar de adaptare socială ($p\sim 0$), evoluția staționară sau agravată ($p\sim 0$) și inactivitatea profesională ($p<0,05$).
7. Stresul social (SSI) evaluat la nivelul pacienților s-a corelat semnificativ statistic prezența deficitului adaptativ ($p<0,01$), nivelul educațional al pacienților ($p<0,05$), starea civilă a acestora ($p<0,05$), consumul de alcool ($p<0,05$), prezența agresivității ($p<0,05$), numărul de mare de internări ($p<0,05$) și starea agravată la externare ($p<0,05$).
8. Stresul social (SSI) evaluat la nivelul aparținătorilor a fost mai intens decât la pacienți, asociindu-se semnificativ cu numărul mare al recăderilor ($p<0,01$), starea agravată la externare ($p<0,01$), mediul rural de proveniență ($p<0,05$), nivelul educațional al pacienților ($p<0,05$) și nivelul de adaptare socială deficitar ($p<0,05$).
9. Nivelul de implicare în activitățile de îngrijire (IEQ) a aparținătorilor a fost unul intens, fiind influențat semnificativ de deficitul adaptativ al pacienților ($p<0,01$), numărul internărilor ($p<0,01$) și starea pacientului la externare ($p<0,01$).
10. Resimțirea intensă a poverii bolii (BAS) de către aparținători, expresie a influenței sociale negative și a stigmatizării, s-a corelat semnificativ cu deficitul adaptativ ($p<0,01$), recăderile

frecvente ($p<0,01$), debutul insidios al bolii ($p<0,05$), consumul de alcool ($p<0,05$), comportamentul agresiv ($p<0,05$) și calitatea scăzută a remisiei ($p<0,05$).

11. Evaluarea calității vieții pacienților a fost influențată de mai multe variabile clinice și socio-demografice: numărul reinternărilor ($p\sim 0$), starea pacientului la externare ($p<0,05$), sexul pacienților ($p<0,05$), nivelul educațional al acestora ($p<0,05$) și nivelul de adaptare socială ($p<0,05$).

12. Semnificația statistică a datelor obținute confirmă importanța factorilor sociali de risc în evoluția schizofreniei, iar monitorizarea nivelului de dizabilitate socială (deficitul cogniției sociale), a prezenței și intensității stresului social (în forme acute și cronice) atât la pacient cât și la aparținători, a efectelor stigmatizării și supraimplicării afective a membrilor familiei, precum și a calității vieții pacientului poate oferi clinicianului reperele necesare optimizării strategiilor terapeutice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- [1] Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE. Schizophrenia: manifestations, incidence, and course in different cultures – a World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monograph Suppl* 1992; 20: 1–97.
- [2] McGuffin P, Owen MJ, Farmer AE. Genetic basis of schizophrenia. *Lancet* 1995; 346: 678–82.
- [3] Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia, *Lancet* 2004; 363: 2063–72
- [4] McEwen BS. Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 933:265-77.
- [5] Barrash J, Tranel D, Anderson SW: Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region. *Developmental Neuropsychology*, 2000, 18, 355-381.
- [6] Wuerker AK, Haas QL, Bellack AS. Interpersonal Control and Expressed Emotion in Families of Persons With Schizophrenia: Change Over Time, *Schizophrenia Bulletin*, 27(4):671-686, 2001.
- [7] Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophr Res*, 1996, 20:145-151.
- [8] Lefley HP. Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness, *American Psychologist*, March 1989, Vol. 44, No. 3, 556-560.
- [9] Barak Y, Aizenberg D. Clinical and psychosocial remission in schizophrenia: correlations with antipsychotic treatment, *BMC Psychiatry*, 2012, 12:108 doi:10.1186/1471-244X-12-108.
- [10] Corrigan PW, Backs Edwards A, Green A, Lickey Thwart S, Perm DL. Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness, *Schizophrenia Bulletin*, 27(2):219-225, 2001.