

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ**

**TEZĂ DE DOCTORAT
- Rezumat -**

**EVOLUȚIA MORBIDITĂȚII INTRASPITALICEȘTI
PRIN TULBURĂRI PSIHIATRICE MAJORE
ÎN CORELAȚIE CU CARACTERISTICILE
PACIENȚILOR**

**CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:
Prof. Univ. Dr. Tudor UDRIȘTOIU**

**STUDENT-DOCTORAND:
Cristina ENE-DRĂGHICI**

CRAIOVA

CUPRINS

Capitolul I. Introducere. Importanța problemei

Capitolul II. Ipoteză. Obiective. Material și metodă

Capitolul III. Rezultate

Capitolul IV. Discuții

Concluzii

Bibliografie selectivă

Capitolul I. Introducere. Importanța problemei

Schizofrenia, psihozele, depresia majoră și tulburarea bipolară sunt afecțiuni psihiatrice de o gravitate deosebită, cu impact negativ important asupra existenței individului și potențial invalidant major. Aceste suferințe sunt asociate cu o mortalitate ridicată și costuri înalte, aducând grave prejudicii pacienților și familiilor acestora. Numai în Statele Unite, costurile anuale pentru schizofrenie au fost evaluate de către Asociația Americană de Psihiatrie în anul 2001 la 30 miliarde dolari [1].

Schizofrenia, datorită debutului la vârste tinere, evoluției cronice și severității simptomatologiei, reprezintă o problemă majoră de sănătate publică. Pentru înțelegerea parțială a acestei tulburări în dimensiunile sale biologice, psihopatologice și sociale au fost necesare numeroase cercetări pentru elucidarea determinismului, diagnosticarea precoce și stabilirea unui tratament eficace. Tulburarea depresivă a fost și rămâne o provocare majoră pentru specialiști și pacienți deopotrivă, atât prin prevalență, particularități clinico-terapeutice și de impact social, cât și prin suferința personală cu limitarea drastică a funcționării sociale și fizice [2, 3, 4, 5]. Este cunoscut faptul că nivelul afectării funcționării psihosociale se corelează pozitiv cu severitatea episodului depresiv [4, 6, 7, 8], iar persistența unui nivel scăzut de funcționare este un factor predictiv de recurență a depresiei [6, 9, 10, 11].

Frecvența tulburării bipolare este foarte diferit estimată, datorită variabilității și polimorfismului manifestărilor, dar și dificultăților de delimitare nosografică a acestei afecțiuni în contextul diferitelor școli psihiatrice. Există părerea că boala afectivă bipolară este mai frecventă în rândul populațiilor cu nivel socio-cultural ridicat și în sudul Europei. După unii autori europeni, cifra este estimată la 2,18 % în mediul urban și 2,34 % în rural [17]. Vârsta medie a debutului este situată de regulă sub 40 ani [18].

Cu toate valorile lor ridicate, se consideră că aceste date nu sunt autentice, ci subevaluate, având în vedere mai multe considerente:

- Studii pertinente și convergente estimează că numai 25 % dintre persoanele cu tulburare afectivă bipolară solicită sprijin din partea specialistului în psihiatrie, ceilalți recurgând la medicul generalist sau refuzând tratamentul medical [25];
- Unele cercetări (în special americane) s-au bazat pe chestionare, deseori aplicate de către nespécialiști, ceea ce a permis includerea în rândul entităților clinice a unor tulburări pasagere ale dispoziției; dimpotrivă, în țările europene, studiile epidemiologice au fost realizate mai ales prin interviuri structurate, bazate pe criterii de diagnostic obiectiv evaluate, evitându-se astfel fenomene de supraevaluare a acestor date [24].

Ultimele decenii au înregistrat progrese terapeutice importante, rezultate din acțiunea convergentă a produselor psihofarmacologice cu metodele psihoterapeutice și socioterapeutice, progrese ce au determinat schimbarea structurii și climatului spitalelor de psihiatrie și, totodată, reintegrarea celor mai mulți bolnavi psihici în circuitul social, prin larga dezvoltare a asistenței ambulatorii. S-a trecut astfel de la psihiatria predominant curativă, către cea de orientare preventivă.

Rapida dezvoltare a metodelor epidemiologice a făcut posibilă găsirea unor răspunsuri la întrebări legate de furnizarea serviciilor de sănătate mintală. În mod particular, distribuția bolilor psihice în populație a fost clarificată prin intermediul studiilor epidemiologice și, în timp ce cercetarea clinică a dovedit beneficiile tratamentului, serviciile de sănătate mintală au dobândit o importanță crescută atât pentru cercetare cât și pentru politicile de sănătate. În timp ce studiile în domeniul serviciilor de sănătate se desfășoară pe un teren multidisciplinar, epidemiologia furnizează baza de date pentru determinarea nevoilor de sănătate într-o populație, iar metodele sale furnizează instrumentul prin care se testează căile de ameliorare a nivelului stării de sănătate.

Am considerat oportună încercarea de a cerceta evoluția indicatorilor specifici pentru schizofrenie, depresie majoră unipolară și tulburare bipolară, la pacienții internați în clinica de psihiatrie.

Capitolul II. Ipoteză. Obiective. Material și metodă

1.1. Ipoteza de lucru

Cercetarea sistematică a structurii și evoluției morbidității intraspitalicești pentru patologia psihiatrică majoră, în relație cu caracteristicile pacienților, ar putea produce date și ipoteze noi în direcția ameliorării planificării serviciilor de sănătate mintală, cu consecințe pozitive asupra evoluției și costurilor.

1.2. Obiectivele lucrării

- Evoluția ponderii și structurii internărilor pentru tulburări psihiatrice majore în cadrul morbidității psihiatrice intraspitalicești.
- Evidențierea unor relații între caracteristicile pacienților și morbiditatea intraspitalicească în patologia psihiatrică majoră.

1.3. Material și metodă

Studiu retrospectiv al evoluției internărilor și al pacienților internați pentru tulburări psihiatrice majore.

Durata: 5 ani, 2005-2009.

Sursa datelor: foile de observație clinică din secțiile de psihiatrie ale Spitalului Clinic de Neuropsihiatrie Craiova. Internările, indicatorii de spitalizare și caracteristicile pacienților au fost înregistrate sub protecția completă a confidențialității datelor de identificare. Internările și indicatorii de spitalizare au fost înregistrați global, pentru toate tulburările psihice și, separat, pentru tulburările psihiatrice majore. Caracteristicile au fost înregistrate pentru pacienții internați cu tulburări psihiatrice majore în perioada studiată. De asemenea, s-a înregistrat numărul de internări pentru fiecare pacient.

Diagnosticul a fost stabilit conform CIM 10.

În cadrul tulburărilor psihiatrice majore (TPM) au fost incluse:

- Schizofrenie, alte tulburări psihotice – cod F 20-29 (SAP),
- Tulburarea depresivă unipolară – cod F 32-33(TDU),
- Tulburarea afectivă bipolară – cod F 30-31 (TAB).

Loturi de lucru:

- Lot N = 5343 pacienți internați pentru tulburări psihiatrice majore
- Subloturi:
 - N1= 1389 pacienți internați cu SAP
 - N2 = 3655 pacienți internați cu TDU
 - N3 = 299 pacienți internați cu TAB

Caracteristicile pacienților au fost prelucrate pentru întreg lotul, pentru fiecare sublot și comparativ.

1.4. Aparat statistic

Pentru prelucrarea datelor s-au folosit programul Microsoft Excel (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA) împreună cu suita XLSTAT pentru MS Excel (Addinsoft SARL, Paris, Franța). Parametrii mășurați pentru subiecții incluși în acest studiu au fost stocați în fișiere Microsoft Excel (*.xls).

Prelucrarea secundară a datelor, calcularea parametrilor statistici fundamentali și reprezentarea lor grafică a fost efectuată cu programul Excel, cu ajutorul comenzilor Pivot Tables, Functions-Statistical, Chart și a modulului Data Analysis. Pentru realizarea testelor statistice complexe (testul Chi pătrat, testul Fisher exact, testele Student și ANOVA) care să ne ofere o măsurare obiectivă, asigurată statistic, a diferențelor sesizate în cadrul analizei, s-au folosit comenzile din modulul XLSTAT sau au fost efectuate cu ajutorul programului SPSS.

Capitolul III. Rezultate

Pentru a cuantifica evoluția ponderii tulburărilor psihiatrice majore în cadrul morbidității psihiatrice intraspitalicești, precum și evidențierea relațiilor cu caracteristicile pacienților au fost analizate retrospectiv foile de observație clinică din secțiile de psihiatrie ale Spitalului Clinic de Neuropsihiatrie Craiova pe o durată de 5 ani.

Numărul total de internări a înregistrat o creștere continuă, cu o medie anuală de peste 3.5%, mai accentuată în ultimii doi ani.

În ceea ce privește numărul total de zile de spitalizare, se constată o creștere continuă, cu medie anuală de peste 2,5%, parțial concordantă cu evoluția numărului internărilor.

Constatăm o durată medie de spitalizare constant superioară pentru femei. Testul Wilcoxon pentru compararea a două serii de valori demonstrează semnificația statistică ($p < 0,05$) a diferențelor de durată medie de spitalizare între sexe.

În ceea ce privește numărul total de pacienți internați se constată o scădere continuă după un maxim în 2006, deși numărul total de internări și numărul de zile de spitalizare au înregistrat o continuă creștere. La fel ca în cazul celorlalți parametri, valoarea anului 2005 a reprezentat referința pentru perioada analizată.

Analizând distribuția pe sexe a pacienților, am obținut o ușoară predominanță a genului masculin comparativ cu cel al genului feminin în perioada luată în studiu.

În ceea ce privește grupele de vârstă s-a constatat că aproape 2/3 din pacienții internați se încadrează în grupa 45–64 ani, și aproape un sfert în grupa 25–44 ani.

În cadrul distribuției pe sex și grupa de vârstă, se observă o diferență în favoarea bărbaților la toate grupele de vârstă, mai accentuată sub 25 ani, fără semnificație statistică.

În ceea ce privește statusul marital, este demn de remarcat faptul că peste 40% din pacienți sunt singuri, fără suport familial.

După statusul profesional, pacienții activi reprezintă numai aproximativ un sfert din numărul total, iar cei fără ocupație peste o treime.

După mediul de rezidență, predomină pacienții din mediul urban, fapt care poate fi influențat de accesibilitatea superioară a acestora la servicii medicale de specialitate poate și de toleranța crescută din mediul rural.

Tulburarea depresivă unipolară a devansat evident grupul schizofreniei și tulburarea bipolară, fiind diagnostic principal la peste două treimi din internările pentru TPM.

Cele 2534 internări pentru schizofrenie-psihoze prezintă o repartiție variabilă, cu o valoare maximă în 2007 și una minimă în 2009 raportate la valoarea de referință a anului 2005.

Diferența înregistrată în favoarea femeilor, raportată la structura pe sexe a județului Dolj (de unde provin 90% din pacienți), este înalt semnificativă statistic ($p < 0,001$).

La analiza internărilor pacienților cu TDU se constată o evoluție descendentă a internărilor pentru TDU în perioada 2005 – 2007, urmată de o evoluție ascendentă accentuată în intervalul 2007–2009.

În cazul numărului de internări pentru pacienții bipolari avem o evoluție diferită, descendentă, ce nu mai respectă un tipar liniar, ci poate fi estimată cel mai bine printr-o ecuație polinomială de ordin 2.

În cadrul pacienților cu tulburări psihiatrice majore, peste 2/3 aparțin tulburării depresive unipolare, la polul opus situându-se tulburarea afectivă bipolară.

Capitolul IV. Discuții

Pe parcursul ultimelor decenii, s-au făcut eforturi ambițioase, bazate pe studii populaționale, în scopul stabilirii unor markeri biologici și criterii epidemiologice în psihiatrie. Acestea au stabilit atât metodele epidemiologie care se pliază cel mai bine pentru psihiatria modernă, așa cum ar fi utilizarea de instrumente fiabile nonclinice, administrarea corectă a instrumentelor de evaluare diagnostică pentru stabilirea diagnosticului [2,3] dar și modul în care se pot compara chestionarele clinice cu cele nonclinice pentru a evalua valabilitatea și realabilitatea diagnostică [4,5,6]. În urma celor mai multe studii s-a stabilit că tulburările psihice prezintă o prevalență de 38,2% în populația generală [141], lucru care a putut plasa aceste suferințe pe agenda națională și internațională de specialitate [7].

Pentru studiul de față au fost cuantificate evoluția ponderii și structurii internărilor pentru tulburări psihiatrice majore în cadrul morbidității psihiatrice intraspitalicești precum și evidențierea relațiilor acestora cu caracteristicile pacienților.

În ansamblu, în intervalul studiat, numărul pacienților spitalizați a cunoscut o ușoară creștere în primul an, ulterior tendința fiind de continuă descreștere, mai accentuată în 2008. În contrast, numărul de internări a cunoscut o creștere susținută, de la un an la altul, mai accentuată în 2007. Corelând cei doi indicatori, putem concluziona că avem de a face cu o creștere a numărului de recăderi, ceea ce traduce o evoluție defavorabilă. Acest fapt, oarecum previzibil prin prisma faptului că este vorba de secții de acuți și afecțiuni cu grad de severitate înalt, în general este în directă legătură cu o serie de factori individuali, specifici pacientului, dintre care cel mai implicat pare a fi respectarea tratamentului ambulatoriu de întreținere, condiție relativ dificil de obținut, fără un suport familial adecvat. Graficul zilelor de spitalizare are o evoluție asemănătoare cu cea a numărului de internări, observându-se totuși, în ultimul an al intervalului, o ușoară descreștere, posibil corelată cu introducerea în practică a protocoalelor terapeutice și accesul la terapii de ultimă generație.

În ceea ce privește repartitia pe sexe a indicatorilor, graficul se suprapune în mare măsură peste structura lotului global, atât pentru bărbați, cât și pentru femei. Un aspect diferit remarcăm, totuși, privind zilele de spitalizare la bărbați, unde în anul 2005 s-a înregistrat o valoare mai mică. Putem trage concluzia că, în acest an, pacienții de sex masculin au avut o evoluție mai bună pe durata internării.

Evoluția numărului internărilor pentru TPM se suprapune, în mare, peste aspectul numărului general de internări, trendul fiind ușor crescător de la un an la altul. Comparând zilele de spitalizare, diferența este evidentă în anul 2006 când scade numărul de zile de spitalizare pentru TPM, în timp ce indicatorul pentru lotul general cunoaște o ascendență relativ accentuată.

Privitor la numărul de pacienți, acesta cunoaște variații importante pentru internările generale, cu creștere semnificativă în 2005-2006, apoi 2 ani de scădere continuă (mai accentuată în 2006) și evoluție lineară în 2008-2009. Evoluția numărului pacienților cu TPM are un aspect similar, cu mențiunea că în anii 2007-2008 am remarcat o scădere mai abruptă a numărului pacienților cu alte afecțiuni decât TPM.

Distribuția pacienților lotului cu TPM pe sexe a arătat o structură diferită de cea a lotului global, astfel, diferența între sexe este înalt semnificativă în favoarea femeilor la pacienții cu TPM ($p < 0,001$), în timp ce în lotul global, repartitia pe sexe arată o ușoară superioritate a sexului masculin, nesemnificativă statistic.

Pe grupe de vârstă, observăm că diferențele dintre numărul pacienților din lotul global și cel cu TPM se accentuează odată cu înaintarea în vârstă, cea mai mare diferență fiind remarcată la vârstele peste 65 ani, în corelație probabil cu creșterea numărului afecțiunilor specifice perioadei involutive (ex. demențe) și „ieșirea din circuit” prin preluarea de către serviciile de cronici a cazurilor de TPM cu evoluție îndelungată. Testul Chi pătrat a relevat o diferență înalt semnificativă

în ceea ce privește distribuția pe grupe de vârstă între toți pacienții cu tulburări psihiatrice internați în perioada studiată și pacienții cu TPM ($p < 0,001$).

Evoluția internărilor întregului lot a înregistrat o ușoară ascendență de-a lungul perioadei de studiu, mai pregnantă în anul 2007. O evoluție practic similară au internările pentru TDU. În schimb, numărul internărilor pentru SAP are o evoluție diferită, respectiv lineară în primii ani ai intervalului și în scădere în cursul ultimului an de studiu. Numărul internărilor pentru TAB are evoluția cea mai lineară, practic fără variații în cursul anilor. Evoluția zilelor de spitalizare se suprapune, practic, peste curba internărilor pentru fiecare grupă diagnostică.

Aspectul evoluției în dinamică al internărilor pentru TDU se apropie cel mai mult de evoluția internărilor pentru TPM în general, remarcând tendința de creștere în ultimii 2 ani ai intervalului. Curbele internărilor pentru SAP și TAB nu cunosc variații semnificative în perioada de studiu, numărul internărilor fiind aproape constant.

Diferențe semnificative se observă în privința zilelor de spitalizare. Astfel, pentru TPM în general, se observă o scădere ușoară, dar continuă a zilelor de de spitalizare în primii 2 ani, o creștere semnificativă în 2007 și scădere în 2008. Zilele de spitalizare pentru TDU, cu evoluție lineară în 2005-2007, cresc continuu și semnificativ în 2007-2009. Zilele de spitalizare pentru SAP au o evoluție lineară în primii ani și o scădere abruptă în 2008, în timp ce zilele de spitalizare pentru TAB nu variază, practic, pe parcursul intervalului de studiu.

La fel, aspectul grafic al numărului de pacienți pentru TPM, în general și separat pe entități clinice, este mult diferit. Pentru TPM, după o creștere ușoară în 2005, urmează o scădere continuă a indicatorului, mult mai accentuată în 2006. Aspectul este asemănător pentru TDU în primii 2 ani (cu o scădere mai puțin accentuată în 2006), ulterior creștere ne semnificativă. Evoluția numărului de pacienți pentru TAB este mai lineară. Pentru SAP, după o evoluție lineară în primii 3 ani, remarcăm o scădere ușoară, dar continuă în ultimii ani ai intervalului.

Există o diferență înalt semnificativă statistic ($p < 0,001$) la împărțirea pe sexe a pacienților între entitățile nosologice studiate. Distribuția pe sexe a pacienților cu TDU se apropie cel mai mult de cea a pacienților cu TPM, cu o pondere mult superioară a femeilor. Pentru SAP, ponderea bărbaților în raport cu femeile este de 47% vs. 53%, în timp ce pentru celelalte grupe de afecțiuni ponderea bărbaților este de aprox. 40%. Deși există o ușoară predominanță a numărului de pacienți de sex masculin în cadrul lotului global, în cazul studiului de față se poate observa o reprezentare predominant feminină pentru toate entitățile nosologice analizate.

Așa cum a fost speculat în articole de specialitate, anumite zone geografice au o sensibilitate crescută a genului feminin la probleme psihiatrice, nu datorită unei rezistențe deosebite a bărbaților din regiunile respective, ci deoarece aceștia au tendința de a reprimă boala cu ajutorul consumului de alcool, agresivitate fizică etc. [10].

Distribuția pe grupe de vârstă reconfirmă faptul că SAP caracterizează vârstele tinere (sub 45 ani), în timp ce, ulterior, patologia predominantă devine TDU, în concordanță cu datele clinice privind debutul depresiei majore după vârsta de 30 ani, corelat cu o serie de factori de vulnerabilitate individuali și socioeconomici ce intervin după această vârstă (declin biologic, comorbidități somatice, șomaj etc.). În ansamblu, putem remarca faptul că, după 65 ani, numărul pacienților cu TPM scade drastic, prin „ștergerea” simptomelor sau preluarea de către secțiile de psihiatrie cronici. Majoritatea absolută este reprezentată de pacienți cu TDU din segmentul 45-64 ani. Statistic se constată existența unei diferențe înalt semnificative între cele 3 tipuri de afecțiuni în ceea ce privește distribuția pacienților pe grupe de vârstă ($p < 0,001$). Această diferență se datorează procentajului de peste 50% al SAP pentru grupa 25-44 ani, respectiv peste 80% a TDU pentru grupa 45-64 ani.

Pentru pacienții cu SAP observăm că 44% sunt căsătoriți (71% pentru TDU și 66% pentru TAB), 17,7% sunt celibatari (~ 3% TDU și 6% TAB) și 38% sunt divorțați (26% TDU și 27% TAB), fapt explicabil prin debutul la vârste tinere (p Chi pătrat $< 0,01$).

Ponderea pacienților căsătoriți cu TPM este inferioară comparativ cu populația generală, ținând cont de segmentele de vârstă analizate. De remarcat numărul semnificativ al persoanelor divorțate și văduve, existența bolii, respectiv povara partenerului fiind factori favorizanți ai

separării. Și mai semnificativă este ponderea persoanelor divorțate și văduve în rândul celor cu SAP (38%), apropiindu-se mult de cea a persoanelor căsătorite (44%). Într-adevăr, psihozele, în special schizofrenia, prin detașarea de realitate și răceala afectivă, reprezintă afecțiuni ce pun la grea încercare viața de cuplu, conviețuirea devenind imposibilă, mai ales în condițiile recurenței și în formele floride, unde intervin acte violente, zgomotoase, ce precipită separarea. Este totuși de remarcat, pentru toate grupele nosologice, numărul mic al pacienților celibatari.

În ansamblul TPM, se remarcă predominanța pensionarilor/șomerilor, ceea ce se explică prin gradul ridicat al dezinsertiei socio-profesionale indus de aceste afecțiuni severe. Nu este de neglijat nici numărul persoanelor fără ocupație, predominând cu precădere în categoria SAP. Tot aici remarcăm procentajul mic al celor salariați sau încadrați în procesul de învățământ (respectiv studenți), în corelație strânsă cu debutul mai precoce al simptomatologiei în comparație cu celelalte categorii. O inserție socioprofesională calitativ superioară par a avea pacienții cu TDU, chiar dacă și aici pensionarii/șomerii predomină. Păstrând proporțiile, distribuția după statutul profesional este asemănătoare în rândul pacienților cu TAB, aici observându-se apropierea dintre numărul pensionarilor/șomerilor și persoanele fără ocupație.

Diferența semnificativă între cele 3 grupe nosologice în ceea ce privește statusul profesional ($p < 0,01$) este dată de procentajul de peste 60 % de pacienți cu SAP fără ocupație, comparativ cu celelalte grupe nosologice, care înregistrează un procent de aproximativ 30%.

Valoarea practică a unui studiu epidemiologic corect gândit și bine condus este incontestabilă pentru cunoașterea evoluției tulburărilor psihiatrice într-o populație, putând servi ca bază teoretică pentru ameliorarea procesului diagnostic și a ofertei de servicii psihiatrice.

Schizofrenia, psihozele, depresia majoră și tulburarea bipolară sunt afecțiuni psihiatrice de o gravitate deosebită, cu impact negativ important asupra existenței individului și potențial invalidant major. Aceste suferințe sunt asociate cu o mortalitate ridicată și costuri sociale și economice ridicate, aducând grave prejudicii pacienților și familiilor acestora. Numai în Statele Unite, costurile anuale pentru schizofrenie, spre exemplu, au fost evaluate de către Asociația Americană de Psihiatrie în anul 2001 la 30 miliarde dolari[1].

Tulburările afective ocupă un loc important în cadrul morbidității psihiatrice, prevalența lor fiind în continuă creștere, pe măsura accentuării aglomerării populaționale, a elementelor sociale perturbatoare, dar și a dezvoltării asistenței medicale, fiind astfel necesare studii amănunțite de identificare a acestor afecțiuni cu repercursiuni socio-economice grave asupra societății moderne.

În acest fel am considerat oportună încercarea de a investiga modul în care schizofrenia, depresia majoră unipolară și tulburarea bipolară, evoluează la pacienții internați în clinica de psihiatrie, folosind o serie de parametrii statistici, evitând în acest fel elemente, nonștiințifice, subiective, caracteristice unor studii epidemiologice bazate pe neprofesioniști.

Rezultatele acestui studiu subliniază importanța realizării de analize populaționale zonale, capabile să răspundă unor probleme internaționale în continuă creștere, dar care se manifestă ușor diferit în funcție de caracteristicile locale ale populațiilor vizate. În acest sens se poate realiza îmbunătățirea unor protocoale internaționale de diagnostic și tratament a patologiilor psihiatrice, existând astfel certitudinea aplicării lor variațiilor cultural regionale pentru diagnosticul corect al acestor tipuri de patologii.

Concluzii

1. Numărul total al internărilor și zilelelor de spitalizare a crescut cu 14,9%, respectiv 10,1%, dar numărul total al pacienților internați a scăzut cu 15,3%, situație care ar putea fi legată de o evoluție mai puțin favorabilă a pacienților internați.
2. Numărul total al internărilor s-a asociat semnificativ cu sexul masculin – 51,5 % și cu grupa de vârstă 45-64 ani – 64,7%.
3. Numai 25,3% din pacienții internați aveau o ocupație stabilă (salariat, studii) și au predominat semnificativ pacienții din mediul urban - 56,5%.
4. Ponderea internărilor și a zilelor de spitalizare din total, pentru tulburări psihiatrice majore a scăzut în perioada studiată (2,3%, respectiv 3,7%), ca și numărul pacienților (2,2%).
5. Durata medie de spitalizare a fost de 16,1 zile pentru toate internările și de 17,4 zile pentru tulburările psihiatrice majore, cu valori anuale aproape constante.
6. Ponderea pe entități a pacienților cu tulburări psihiatrice majore, din totalul internărilor a fost de 16,2% pentru schizofrenie-alte psihoze, 42,5% pentru tulburare depresivă unipolară și 3,5% pentru tulburare bipolară.
7. La pacienții cu număr superior de internări (cel puțin o internare pe an) s-a înregistrat o predominanță semnificativă a femeilor pentru toate entitățile psihiatrice majore: schizofrenie-alte psihoze – 68,0%, tulburare depresivă unipolară – 59,3%, tulburare afectivă bipolară – 76,2%. Această constatare ar putea traduce o evoluție mai puțin favorabilă a acestor suferințe la sexul feminin.
8. Relația numărului de internări și cel al zilelor de spitalizare cu numărul pacienților internați a fost divergentă:
 - schizofrenie-alte psihoze – scădere a numărului internărilor – 3,3%, a numărului de zile spitalizare – 25,9% și a numărului pacienților – 46,3%.
 - tulburare depresivă unipolară – creștere a numărului internărilor – 17,5% și a numărului zilelor de spitalizare - 19,2%, cu scăderea numărului pacienților – 4,4%;
 - tulburare afectivă bipolară – scădere a numărului internărilor – 29,9%, a numărului de zile spitalizare – 33,7% și a numărului pacienților – 58,6%.
9. Pentru pacienții din mediul urban s-a înregistrat o predominanță semnificativă a femeilor pentru entitățile nosologice majore: 59,4% pentru schizofrenie-alte psihoze, 66,8% pentru tulburarea depresivă majoră și 64,0% pentru tulburarea afectivă bipolară.
10. Durata medie de spitalizare a fost de 19,1 zile pentru tulburarea bipolară, 18,3 zile pentru schizofrenie-alte psihoze și 17 zile pentru tulburarea depresivă unipolară.
11. Internările pentru tulburări psihiatrice majore s-au asociat semnificativ cu sexul feminin – 68,4%, grupa de vârstă 45-64 ani – 68,1%, mediul urban – 60,3%, precum și cu statusul profesional precar – 73,1% pensionari sau fără ocupație.
12. Internările pentru schizofrenie-alte psihoze s-au asociat semnificativ cu grupa de vârstă 25-44 ani – 53,8%, lipsa familiei – 55,9% (17,7% celibatari și 38,2% divorțați-văduvi) și cu status profesional precar – 90,9% pensionari sau fără ocupație.
13. Internările pentru tulburare depresivă unipolară s-au asociat semnificativ cu sexul feminin – 61,4%, grupa de vârstă 45-64 ani, mediul urban – 64,6%, status profesional precar – 66,3%, pensionari sau fără ocupație.
14. Internările pentru tulburarea afectivă bipolară s-au asociat semnificativ cu sexul feminin-58,9%, grupa de vârstă 45-64 ani – 55,9%, mediul urban – 54,9%, status profesional precar – 63,6% pensionari sau fără ocupație.
15. Pentru ansamblul tulburărilor psihiatrice majore s-a înregistrat o creștere a numărului internărilor cu 8,2 % și a numărului de zile de spitalizare cu 1,0%, concomitent cu o scădere a numărului de pacienți cu 20,3%. Această disproporție între evoluția indicatorilor de spitalizare și evoluția numărului pacienților necesită cercetări viitoare pentru stabilirea unei strategii complexe pentru ameliorarea evoluției morbidității psihiatrice intraspitalicești.

Bibliografie selectivă

1. Wyatt RJ, Henter I, Leary MC, Taylor E (1995): An economic evaluation of schizophrenia, 1991. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 30: 196-205.
2. Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., Klerman, G.L., 1993. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am. J. Psychiatry* 150 (5), 720-727.
3. Judd, L.L., Paulus, M.P., Wells, K.B., Rapaport, M.H., 1996. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am. J. Psychiatry* 153, 1411-1417.
4. Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., Endicott, J., 2005. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 162, 1171-1178.
5. Wells, K.B., Burnam, M.A., Rogers, W., Hays, R., Camp, P., 1992. The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Arch. Gen. Psychiatry* 49, 788-794.
6. Judd, L.L., Akiskal, H.S., 2000. Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry* 33(1), 3-7.
7. Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten, A., Oldehinkel, T., 1994. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 272 (22), 1741-1748.
8. Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R.V., Beekman, A.T., Ormel, J., Nolen, W.A., 2004a. Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J. Affect. Disord.* 81, 231-240.
9. Faravelli, C., Ambonetti, A., Pallanti, S., Pazzagli, A., 1986. Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. *Am. J. Psychiatry* 143 (7), 888-891.
10. Judd, L.L., Akiskal, H.S., Zeller, P.J., Paulus, M., Leon, A.C., Maser, J.D., Endicott, J., Corzell, W., Kunovac, J.L., Mueller, T.I., Rice, J.P., Keller, M.B., 2000. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 57, 375-380.
11. Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R.V., Beekman, A.T., Ormel, J., Nolen, W.A., 2004b. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr. Scand.* 110, 208-214.
17. Bayes A, Parker G, Fletcher K. Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2014 Jan;27(1):14-20.
18. Angst, J, Gamma, A, Lewinsohn, P. (2002). The evolving epidemiology of bipolar disorder. *World Psychiat.*, 1(3):146-148.
24. McIntyre RS, Cha DS, Kim RD, Mansur RB. A review of FDA-approved treatment options in bipolar depression. *CNS Spectr.* 2013 Dec;18 Suppl 1:4-20.
25. M. Shepherd, O. L. Zangwill, *Handbook of Psychiatry: Volume 1, General Psychopathology*, Cambridge University Press, 1983, 39-56.
141. Weissman MM, Prusoff, A.B., Klerman, G.L. (1978). Personality and the prediction of long-term outcome of depression. *Am. J. Psychiatry*; 35:797-800.