

Wyniki ogólnopolskiego badania – opinie lekarzy dotyczące zdrowia somatycznego pacjentów ze schizofrenią*

Results of a Polish national survey – physician’s opinions on the physical health of schizophrenic patients

Andrzej Kiejna¹, Andrzej Czernikiewicz², Tomasz Adamowski¹

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

² Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

Summary

Aim. In view of the fact that schizophrenia is a disorder increasing the risk of mortality and development of somatic disturbances, the presented study was undertaken with the aim to analyse to what extent psychiatrists assess the somatic condition of their patients diagnosed with schizophrenia.

Method. The participants of a nationwide study ordered by Bristol-Myers Squibb and carried out by a survey agency were 404 physicians. The study was based on a specially devised questionnaire, administered to doctors in June and July 2009. Responses from 184 psychiatry specialists were obtained during the conference “Psychiatry 2009” held in Kraków, whereas the remaining respondents were questioned at their workplaces. The questionnaire consisted of ten questions concerning various aspects of somatic health, control of health parameters and effects of pharmacological treatment on the condition of schizophrenic patients.

Results. The majority (73.05%) of the respondents were found to consider the somatic condition of their patients as important or very important. In the opinion of 70.54% of the physicians, metabolic disturbances were the most significant aspect of somatic health. Doctors in private practice paid more attention to sexual and endocrine system dysfunctions than those employed in hospital wards. Most psychiatrists performed physical examinations and checked laboratory parameters “almost on every visit”.

Conclusions. The questioned physicians appreciate the importance of somatic condition assessment in schizophrenic patients and check the important laboratory parameters regularly. Taking into account the essence of the problem, establishing closer cooperation in this area with first-contact physicians should be considered. In view of definitely positive opinions expressed by psychiatrists, concerning their involvement in the evaluation of the somatic condition of schizophrenic patients, asking the patients themselves whether that meets their needs in this respect would render the obtained results more objective.

Słowa kluczowe: schizofrenia, zaburzenia metaboliczne, badanie fizykalne

Key words: schizophrenia, metabolic disorders, physical examination

* Publikacja artykułu sponsorowana przez firmę Bristol-Myers Squibb Sp. z o.o. Artykuł nierecenzowany.

Wstęp

Schizofrenia jest zaburzeniem, w którym wskaźniki śmiertelności są dwa – trzy razy wyższe niż w populacji ogólnej. 2/3 zgonów ma przyczyny naturalne [1, 2].

Poza przedwczesnym zgonem u pacjentów ze schizofrenią istnieje wyższe ryzyko zaburzeń somatycznych. Częściej występują schorzenia układu oddechowego (przewłękła obturacyjna choroba płuc, zmniejszenie się pojemności płuc), niedoczynność tarczycy, zapalenie wątroby wirusem typu C czy zaburzenia elektrolitowe. W piśmiennictwie pojawiły się informacje o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka gardła, płuc, sutka i jelita grubego. Podkreśla się także częste występowanie krótko- i dalekowzroczności, brak kontroli okulistycznych [3].

W schizofrenii stwierdza się także upośledzoną tolerancję glukozy i zwiększoną oporność na insulinę, co stwarza ryzyko rozwoju cukrzycy i zespołu metabolicznego, które występują dwukrotnie częściej w tej chorobie niż w populacji ogólnej [4].

Poza ryzykiem zaburzeń somatycznych powiązanych wprost ze schizofrenią, opisano i potwierdzono wiele zaburzeń wynikających z leczenia przeciwpsychotycznego – główne to wzrost masy ciała, cukrzyca, zespół metaboliczny, nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia gospodarki lipidowej [5, 6, 7, 8].

Udowodniono ponad wszelką wątpliwość, że wśród leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji największy przyrost masy ciała powodują klozapina i olanzapina, a umiarkowany lub wysoki także inne leki: kwetiapina, risperidon, sertindol, zotepina [9].

Zespół metaboliczny przyczynia się u pacjentów do 3-krotnie częstszego występowania chorób naczyniowych serca i zgonów sercowo-naczyniowych [4].

Godlewska i wsp. [9] przytaczają interesujące wyniki obserwacji z badania Framingham Heart Study, w którym dowiedziono, że z powodu przyrostu masy ciała o 10 kg w ciągu 10 lat w wyniku leczenia klozapiną zmarła zbliżona liczba pacjentów do tej, którym lek ten zapewnił przeżycie poprzez redukcję myśli samobójczych. Klozapina miała zapobiec samobójczej śmierci 492/100 tys. chorych, jednak w tym samym czasie z powodu skutków otyłości powstałej w wyniku jej stosowania zmarło 416/100 tys. leczonych.

Jeszcze innym problemem pozostaje poneuroleptyczna hiperprolaktynemia. Ma ona związek z obniżeniem się libido, impotencją, upośledzeniem płodności, osteoporozą i dotyczy nawet ponad 50% mężczyzn leczonych z powodu schizofrenii [10].

W 2006 roku w „Psychiatrii Polskiej” ukazały się standardy farmakoterapii pierwszego epizodu schizofrenii, a w roku 2008 zalecenia dotyczące stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji [11, 12]. Wytyczne te podkreślają znaczenie monitorowania stanu somatycznego pacjentów podczas terapii lekami przeciwpsychotycznymi. Przed rozpoczęciem leczenia powinno się wykonać badanie fizykalne, pomiar RR, EKG, badania laboratoryjne oraz oznaczenia BMI i pomiar obwodu w talii. W trakcie leczenia regularnie należy przeprowadzać badanie fizykalne, monitorować RR, czynność serca, wykonywać EKG, w określonych odstępach czasu oceniać masę ciała, obwód talii, wykonywać badania laboratoryjne (glukoza, lipidy, elektrolity, en-

zymy wątrobowe, kreatynina i inne) oraz ewentualnie korzystać z konsultacji innych specjalistów [12].

Warto podkreślić, że takie wytyczne obowiązują nie tylko w Polsce. W zaleceniach dla lekarzy australijskich i nowozelandzkich także artykułuje się wagę tego zagadnienia, jako że w opiece nad osobami ze schizofrenią stwierdza się słaby poziom profilaktyki i wczesnego leczenia zaburzeń somatycznych, co skutkuje przedwczesnymi zgonami oraz znaczną zachorowalnością [13]. Podobne normy postępowania rekomendowano na konferencji „The Mount Sinai Conference”, która odbyła się w Nowym Jorku w 2002 roku [14].

W środowisku medycznym panuje pogląd, że liczba przypadków śmierci z powodów somatycznych może zostać zredukowana przez modyfikację czynników związanych ze stylem życia, np. dietą i aktywnością fizyczną. Monitorowanie wagi, RR, poziomu glukozy we krwi oraz lipidów pozwala uchwycić moment, który powinien być dla pacjentów sygnałem do zmiany trybu życia, a także daje możliwość wczesnego leczenia zaburzeń takich jak otyłość, cukrzyca II typu, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, prowadzących do chorób sercowo-naczyniowych. Uważny wybór leków antypsychotycznych także pomaga zmniejszyć współchorobowość i śmiertelność wśród pacjentów ze schizofrenią [1].

Otwarte pozostaje jednak pytanie, jak zalecenia czy wytyczne, ujęte w standardach leczenia, mają się do codziennej praktyki lekarza psychiatry. Odpowiedzi na to pytanie miała dostarczyć ankieta przygotowana specjalnie do oceny praktyki związanej z monitorowaniem stanu somatycznego pacjentów leczonych z powodu schizofrenii.

Material i metoda

Ogólnoeuropejskie badanie na temat zdrowia somatycznego przeprowadzono wcześniej, w 2006 roku, w kilkunastu krajach (Austria, Belgia, Dania, Francja, Niemcy, Włochy, Holandia, Norwegia, Rumunia, Hiszpania, Szwecja oraz Wielka Brytania). Uczestniczyło w nim 54 618 lekarzy psychiatrów. W ogólnopolskim badaniu ankietowym, przeprowadzonym przez agencję badawczą Quality Audit House Sp. z o.o. na zlecenie firmy Bristol Myers Squibb, w okresie czerwiec–lipiec 2009 roku, wzięło udział 404 lekarzy. Ankiety od 184 lekarzy psychiatrów pozyskano w trakcie konferencji „Psychiatria 2009” w Krakowie, pozostałych ankietowano w miejscach ich pracy. Kwestionariusz kierowany do lekarzy zawierał dziesięć pytań poruszających różne aspekty zdrowia somatycznego w psychiatrii, dotyczące kontroli zdrowia fizycznego oraz wpływu terapii psychiatrycznej na stan zdrowia pacjentów.

Wyniki

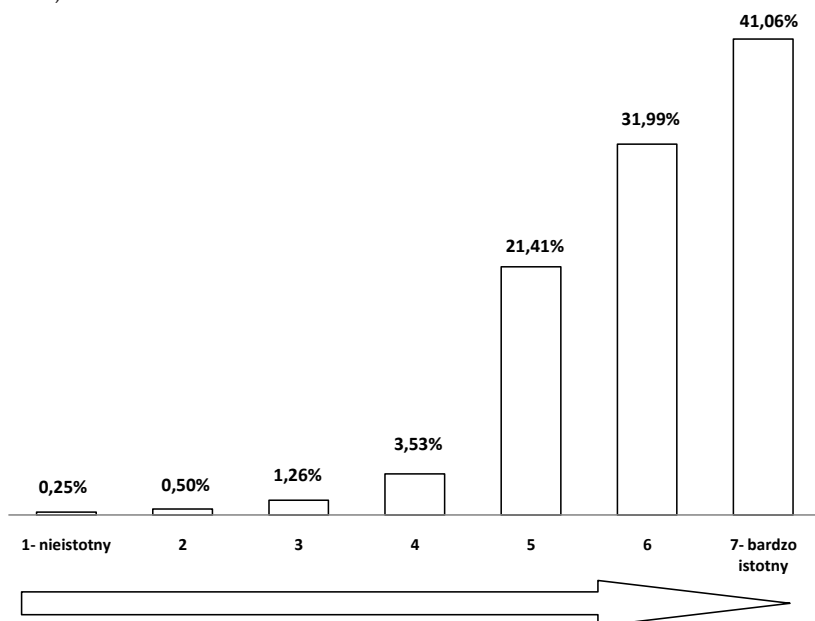
Dane o lekarzach uczestniczących w badaniu

Wśród lekarzy uczestniczących w badaniu przeważały kobiety – 58,7%. Dla większości ankietowanych lekarzy (63,48%) głównym miejscem pracy był szpital, dla 32,49% – poradnia zdrowia psychicznego (PZP), dla 9,82% – gabinet prywat-

ny i dla 4,53% – poradnia przyszpitalna. Respondentów podzielono w zależności od stażu zawodowego – na lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego (26,1%), praktykujących do 10 lat od uzyskania specjalizacji z psychiatrii (29,12%) i powyżej 10 lat (44,78%).

Rola stanu zdrowia somatycznego

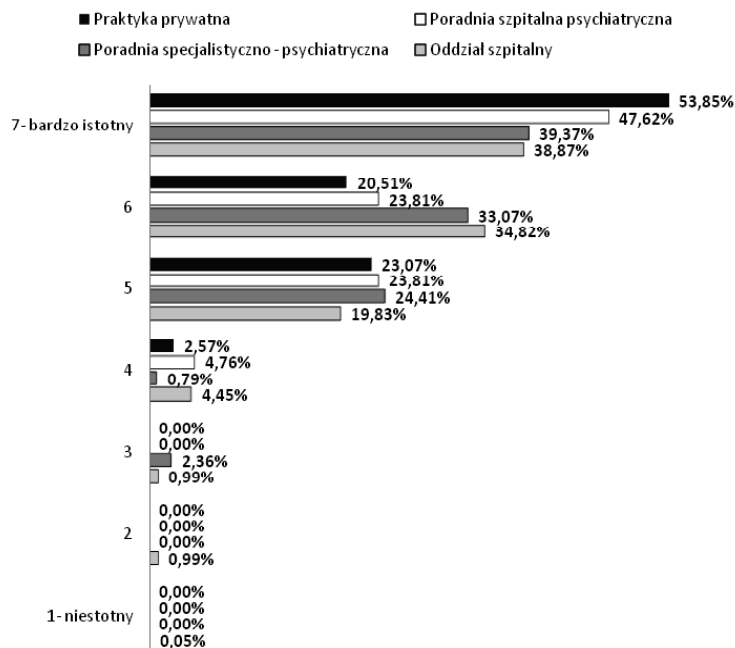
Na pytanie: „Jak bardzo istotny jest stan zdrowia somatycznego leczonych przez Panią/Pana pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii?” uzyskano następujące odpowiedzi (wykres 1):



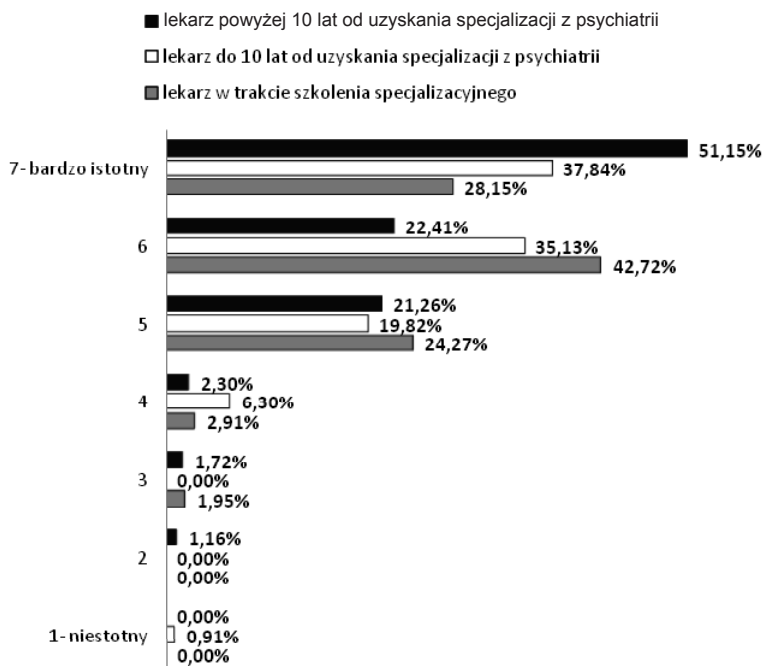
Wykres 1. Jak bardzo istotny jest stan zdrowia somatycznego leczonych przez Panią/Pana pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii?

Zdecydowana większość (73,05%) ankietowanych uważa, że stan zdrowia somatycznego leczonych przez nich pacjentów jest istotny lub bardzo istotny. Opcję „bardzo istotny” najczęściej zaznaczali lekarze prowadzący gabinety prywatne (53,85%) i z praktyką powyżej 10 lat od uzyskania specjalizacji (51,15%).

Niższy odsetek odpowiedzi dotyczących znaczenia zdrowia somatycznego odnosił się do zatrudnionych na oddziałach szpitalnych i będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego (wykresy 2, 3).



Wykres 2. Wpływ miejsca zatrudnienia lekarzy na ocenę roli zdrowia somatycznego pacjentów ze schizofrenia



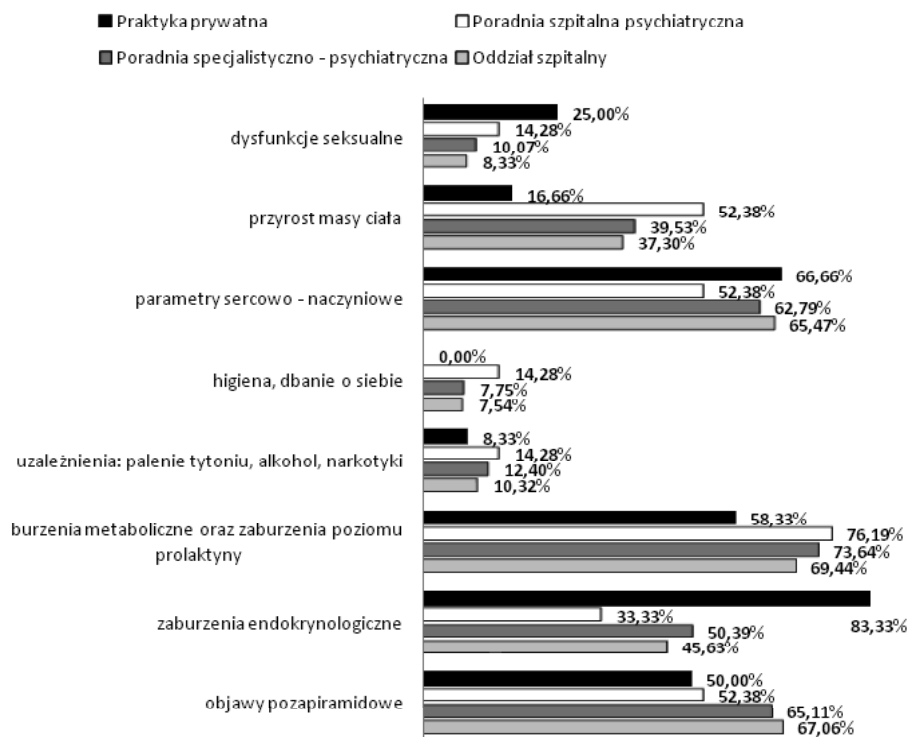
Wykres 3. Wpływ stażu pracy lekarzy na ocenę roli zdrowia somatycznego pacjentów

Najważniejsze aspekty zdrowia somatycznego

Grupę ponad 73% lekarzy, którzy uznali troskę o zdrowie somatyczne pacjentów za istotny element w terapii schizofrenii, zapytano o najważniejsze aspekty zdrowia somatycznego. Według kolejności wymieniono: zaburzenia metaboliczne (70,54%) respondentów, objawy pozapiramidowe (64,60%), sercowo-naczyniowe (59,40%), endokrynologiczne (49%), przyrost masy ciała (39,60%) i dysfunkcje seksualne (poniżej 8%) (tabela 1).

Tabela 1

| Jakie aspekty zdrowia somatycznego pacjentów są dla Pani/Pana najważniejsze? (trzy najważniejsze aspekty) | |
|---|--------|
| Higiena/dbanie o siebie | 8,17% |
| Dysfunkcje seksualne | 8,66 % |
| Uzależnienia: tytoń, alkohol, narkotyki | 11,39% |
| Przyrost masy ciała | 39,60% |
| Zaburzenia endokrynologiczne | 49,00% |
| Parametry sercowo-naczyniowe | 59,40% |
| Objawy pozapiramidowe | 64,60% |
| Zaburzenia metaboliczne | 70,54% |



Wykres 4. Najważniejsze aspekty zdrowia somatycznego – według miejsca zatrudnienia lekarzy

Lekarze praktykujący prywatnie przypisywali większe znaczenie roli dysfunkcji seksualnych oraz zaburzeń endokrynologicznych niż pracujący na oddziałach szpitalnych (25% vs. 8,33%) oraz 83,33% vs. 45,63% i w PZP (25% vs. 10,07%) oraz 83,33% vs. 50,39% (wykres 4).

Wpływ stanu zdrowia somatycznego na pacjenta

Według ankietowanych najważniejszym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia somatycznego pacjenta była współpraca w przyjmowaniu leków oraz w terapii (47,49%) i zwiększone ryzyko śmiertelności (34,83%). Jedyne ok. 7% z nich zwróciło uwagę na znaczenie samooceny pacjentów w procesie leczenia (tabela 2).

Tabela 2

| | |
|--|--------|
| Co jest dla Pani/Pana najważniejsze, jeżeli chodzi o wpływ stanu zdrowia somatycznego na Pani/Pana pacjenta? | |
| współpraca w przyjmowaniu leków oraz w terapii | 47,49% |
| zwiększone ryzyko śmiertelności | 34,83% |
| ryzyko nawrotu/rehospitalizacji | 11,08% |
| samoocena pacjenta | 6,60% |

Kontrola stanu somatycznego pacjentów ze schizofrenią

93,9% lekarzy oświadczyło, że dokonuje kontroli stanu zdrowia somatycznego swoich pacjentów ze schizofrenią, polegającej na pomiarze ciśnienia tętniczego (83,91%), masy ciała (81,77%), badaniach: EKG (63,81%), lipidogramu (46,92%) i BMI (43,97%) (tabela 3). Z parametrów biochemicznych we krwi 61,41% lekarzy oznaczało stężenie glukozy, 56,34% – enzymy wątrobowe, 50,14% – hormony tarczycy i 41,69% – stężenie prolaktyny (tabela 4).

Tabela 3

| | |
|----------------------------|--------|
| Badanie stanu somatycznego | |
| pomiar RR | 83,91% |
| pomiar masy ciała | 81,77% |
| EKG | 63,81% |
| lipidogram | 46,92% |
| BMI | 43,97% |
| pomiar obwodu w pasie | 23,32% |

Tabela 4

| | |
|--------------------------------|--------|
| Parametry biochemiczne we krwi | |
| stężenie glukozy | 61,41% |
| ocena funkcji wątroby | 56,34% |
| hormon tarczycy | 50,14% |
| stężenie prolaktyny | 41,69% |

Częstość dokonywania kontroli stanu zdrowia somatycznego

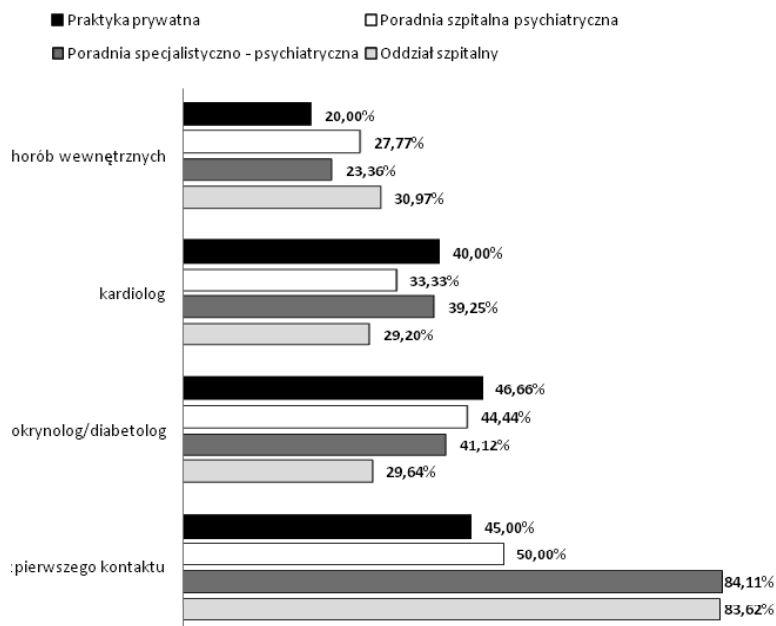
53,82% lekarzy wykonywało badanie fizykalne „prawie w trakcie każdej wizyty”, a 42,9% tylko w trakcie pierwszej. Ponad 59% lekarzy badało parametry biochemiczne pacjentów „prawie w trakcie każdej wizyty” (tabela 5).

Tabela 5

| Czy w trakcie oceny stanu zdrowia somatycznego swoich pacjentów wykonuje Pani/Pan... | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| | badanie fizykalne (%) | badanie parametrów biochemicznych (%) |
| nigdy | 3,28 | 2,22 |
| tylko w trakcie pierwszej wizyty | 42,90 | 37,84 |
| prawie w trakcie każdej wizyty | 53,82 | 59,94 |

Zlecenie wykonywania badań pacjentów lekarzom innych specjalności

88,4% lekarzy deklarowało zlecenie badań kontrolnych i testów laboratoryjnych innym specjalistom. Z analizy wynika, że najczęściej byli to lekarze oddziałów szpitalnych – 91%, rzadziej prowadzący prywatną praktykę – 76,3% (wykres 5).



Wykres 5. Zlecenie wykonywania badań pacjentów lekarzom innych specjalności – według miejsca zatrudnienia kierujących na badania

W 83,54% przypadków badania te były zlecane lekarzom pierwszego kontaktu. Psychiatrycy prowadzący prywatną praktykę częściej zlecali badania kontrolne i laboratoryjne endokrynologom i diabetologom (tabela 6).

Tabela 6

| Jakim lekarzom jest zlecane wykonywanie badań u pacjentów? | |
|--|--------|
| lekarz pierwszego kontaktu | 83,54% |
| endokrynolog/diabetolog | 35,97% |
| kardiolog | 33,54% |
| lekarz chorób wewnętrznych | 30,18% |

Wpływ leków przeciwpsychotycznych na stan zdrowia somatycznego pacjentów ze schizofrenią

34,01% lekarzy za główny problem związany z działaniem leków przeciwpsychotycznych uznało przyrost masy ciała, 32,74% zwróciło uwagę na zaburzenia metaboliczne, a 22,08% na objawy pozapiramidowe. Zdecydowanie najmniejszy problem stanowiły bezsenność oraz dysfunkcje seksualne, odpowiednio 1,02% i 2,54% (tabela 7).

Tabela 7

| Które z działań leków przeciwpsychotycznych najczęściej stosowanych u Pani/Pana pacjentów, leczonych z powodu schizofrenii, stwarza najwięcej problemów w zakresie wpływu na stan ich zdrowia somatycznego? (proszę wybrać jedną możliwość) | |
|---|--------|
| Przyrost masy ciała | 34,01% |
| Zaburzenia metaboliczne | 32,74% |
| Objawy pozapiramidowe | 22,08% |
| Sedacja | 7,61% |
| Dysfunkcje seksualne | 2,54% |
| Bezsenna | 1,02% |

Lekarze praktykujący prywatnie zwracali większą uwagę na dysfunkcje seksualne niż lekarze pracujący na oddziałach szpitalnych i w poradniach (wykres 6 na następnej stronie).

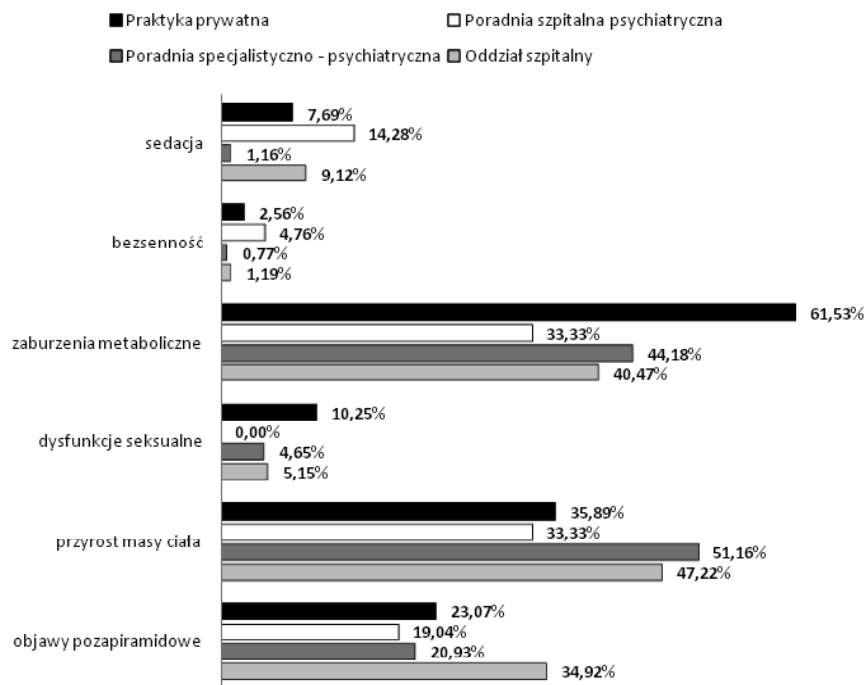
Przyrost masy ciała pacjentów

Ponad 20% lekarzy określiło, że u połowy pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przyrost masy ciała jest problemem.

Prawie 88% lekarzy prowadziło edukację pacjentów na temat stylu życia oraz diety, 73,07% skłaniało się ku modyfikacji leczenia farmakologicznego, w celu uniknięcia problemów związanych z przyrostem masy ciała. Prawie połowa lekarzy – 49,87%, zmieniała leki pacjentom (tabela 8).

Omówienie wyników

Podsumowując wyniki ankiety, warto podkreślić poważne traktowanie przez lekarzy, szczególnie tych z dłuższą praktyką, problematyki zdrowia somatycznego pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Wydaje się, że warto także zintensyfikować



Wykres 6. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na stan zdrowia somatycznego pacjentów ze schizofrenią – według miejsca zatrudnienia lekarzy

Tabela 8

| Jakie działania podejmuje Pani/Pan, jeżeli chodzi o przyrost masy ciała związany z leczeniem? (proszę wybrać trzy najważniejsze metody) | |
|---|--------|
| Pomiar obwodu w pasie | 7,23% |
| Skierowanie do specjalisty/dietetyka | 10,72% |
| Jeśli możliwe, zaangażowanie opiekuna | 18,20% |
| Pomiar masy ciała | 45,63% |
| Zmiana leków | 49,87% |
| Modyfikacja leczenia farmakologicznego | 73,07% |
| Edukacja dotycząca stylu życia, diety | 87,78% |

edukację w tym zakresie na etapie szkolenia specjalizacyjnego. Lekarze słusznie podkreślają znaczenie ryzyka rozwoju zespołu metabolicznego, jednak tylko w niewielkim stopniu – i w zasadzie w większości prywatnie praktykujący – podejmują tematykę problemów seksualnych swoich pacjentów. Warto w tym miejscu przypomnieć o tym ważnym aspekcie mającym konsekwencje związane nie tylko z problematyką endokrynologiczną, ale także z jakością życia i potrzebami leczonych pacjentów. Dla lekarzy stan zdrowia somatycznego pacjentów ma głównie znaczenie w zakresie współpracy

w farmakoterapii. Mniejsze znaczenie ma zwiększone ryzyko śmiertelności, natomiast znikome – samoocena pacjentów. Te dwa ostatnie aspekty powinny być podkreślane w trakcie szkoleń. Z badania wynika, iż większość lekarzy kontroluje RR i masę ciała pacjentów. Około połowy ankietowanych wykonuje pomiar lipidów, ocenia BMI, mierzy stężenie glukozy, enzymów wątrobowych, hormonów tarczycy i stężenie prolaktyny. Nieco zaskakujący jest wynik dotyczący wykonywania przez większość lekarzy zarówno badania fizykalnego jak i badań biochemicznych „prawie w trakcie każdej wizyty”. Zgodnie z przewidywaniami lekarze z oddziałów szpitalnych częściej zlecali konsultacje z innymi specjalistami. Jak wynika z ankiety, poza psychiatrami, często lekarze rodzinni mają kontakt z pacjentami z zaburzeniem schizofrenicznym, a wśród lekarzy prywatnie praktykujących – także endokrynolodzy i diabetolodzy.

W przypadku leczenia farmakologicznego najważniejszym problemem dla lekarzy jest przyrost masy ciała i zaburzenia metaboliczne, a najmniejszym dysfunkcje seksualne i – co wydaje się zaskakujące – bezsenność. Należy ponownie odwołać się do potrzeby edukacji w tym zakresie, szczególnie na oddziałach psychiatrycznych. Warty podkreślenia jest także fakt, że większość lekarzy proponuje wśród swoich pacjentów zdrowy styl życia oraz odpowiednie diety. Lekarze wykazują się też racjonalnym podejściem do terapii i w pierwszej kolejności modyfikują leczenie przy wystąpieniu objawów niepożądanych, a dopiero następnie zmieniają lek.

Należy jednak wspomnieć o ograniczeniach, które mogły wpłynąć na uzyskane wyniki. Próba nie była dobrana losowo i nie była zbyt liczna, jeśli się porówna z podobnym badaniem przeprowadzonym w innych krajach. Respondentami byli lekarze biorący udział w konferencji naukowej oraz częściowo wybrani przez przedstawicieli farmaceutycznych. Nie wiadomo, jaki był rozkład geograficzny osób ankietowanych. Można mieć wątpliwości co do wiarygodności niektórych odpowiedzi, szczególnie dotyczących kontroli stanu somatycznego i badań biochemicznych wykonywanych podczas prawie każdej wizyty. Nie wydaje się to w praktyce możliwe, chociażby z powodów technicznych, finansowych czy braku odpowiedniej ilości czasu. Jednak takie deklaracje lekarzy należy uznać za ważne, ponieważ zdają się one obrazować wzór optymalnej opieki nad pacjentem. Warty podkreślenia jest także, stwierdzany przez badanych, udział lekarzy rodzinnych w opiece nad pacjentem ze schizofrenią. Można przypuszczać, że ten „szczebel opieki” nad chorym nie jest wystarczająco przygotowany do podjęcia się takiego zadania. Podobnie jak w zaleceniach innych autorów, należy położyć szczególny nacisk na edukację stwarzającą możliwość sprawowania takiej opieki [15]. Może warto również wziąć za wzór rozwiązania australijskie, które stawiają psychiatrę w środku wielodyscyplinarnego zespołu konsultantów zajmujących się pacjentem ze schizofrenią [13]. Trzeba przypominać lekarzom zasady monitorowania stanu zdrowia somatycznego podczas leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, ponieważ może się to przyczynić do zmniejszenia ich śmiertelności, chorobowości, a także poprawić ich jakość życia [16]. Zważywszy, że wyniki ankiety ukazują prawie idealny obraz „zainteresowania” lekarzy psychiatrów stanem somatycznym pacjentów ze schizofrenią, ciekawe byłoby spojrzenie od drugiej strony, czyli – jak oceniają to pacjenci i czy rzeczywiście ich potrzeby, bardziej lub mniej uświadamiane, są w należyтым stopniu realizowane.

Wnioski

Większość ankietowanych lekarzy jest przekonana o znaczeniu badania stanu somatycznego pacjentów ze schizofrenią i często przeprowadza taką ocenę. Warto zwrócić uwagę lekarzom na zwiększoną śmiertelność pacjentów z przyczyn somatycznych oraz ich niższą jakość życia w różnych wymiarach, m.in. seksualnym, co powinno się uwzględniać w decyzjach terapeutycznych. Należy się zastanowić nad rozszerzeniem opieki nad pacjentem z rozpoznaniem schizofrenii na lekarzy rodzinnych, czy wręcz wypracowaniem modelu takiej wielospecjalistycznej opieki. Trzeba także rozważyć ocenę zaangażowania lekarzy w monitorowanie stanu somatycznego chorych przez ich pacjentów, co umożliwi jego obiektywizację.

Piśmiennictwo

1. Auquier P, Lançon C, Rouillon F, Lader M. *Mortality in schizophrenia*. *Pharmacoepidem. Drug Saf.* 2007; 16 (12): 1308–1312.
2. Kiejna A. *Retrospektywne badania umieralności w kohorcie chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. Wrocław: Akademia Medyczna; 1990.
3. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. *Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care*. *BMC Fam. Pract.* 2009; 10: 32.
4. Rzewuska M. *Zaburzenia metaboliczne związane ze stosowaniem leków przeciwpsychotycznych u chorych na schizofrenię*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 4: 457–472.
5. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk T. *Zespół metaboliczny i jego składowe u uczestników badania EUFEST*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 1: 73–85.
6. Kornegay CJ, Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. *Incident diabetes associated with antipsychotic use in the United Kingdom general practice research database*. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63: 758–762.
7. Carlson C, Hornbuckle K, DeLisle F, Kryzhanovskaya L, Breier A, Cavazzoni P. *Diabetes mellitus and antipsychotic treatment in the United Kingdom*. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2006; 16: 366–375.
8. Balf G, Stewart DT, Whitehead R, Baker RA. *Metabolic adverse events in patients with mental illness treated with antipsychotics: a primary care perspective*. *Prim. Care Comp. J. Clin. Psychiatry* 2008; 10: 15–24.
9. Godlewska BR, Olajosy-Hilkesberger L, Marmurowska-Michałowska H, Olajosy M, Landowski J. *Przyrost masy ciała spowodowany działaniem atypowych leków przeciwpsychotycznych*. *Psychiatr. Pol.* 2006; 5: 995–1007.
10. Konarzewska B, Szulc A, Popławska R, Galińska B, Juchnowicz D. *Wpływ poneuroleptycznej hiperprolaktynemii na występowanie zaburzeń seksualnych u mężczyzn chorych na schizofrenię*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 1: 87–95.
11. Jarema M, Kiejna A, Landowski J, Meder J, Jolanta RJ, Rybakowski J. *Standardy leczenia farmakologicznego schizofrenii*. *Psychiatr. Pol.* 2006; 6: 1171–1205.
12. Jarema M. *Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 6: 969–977.
13. *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines*. Team for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Austr. N Z J Psychiatry* 2005; 39 (1–2): 1–30.
14. Covell NH, Jackson CT, Weissman EM. *Health monitoring for patients who have schizophrenia. Summary of the Mount Sinai Conference recommendations*. *Postgrad. Med.* 2006; 20–26.

15. Goldman LS. *Medical illness in patients with schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 1999; 60, supl. 21: 10–15.
16. von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindström E, Jones P. *Schizophrenia and physical health problems*. Acta Psychiatr. Scand. 2009 (supl.); 438: 15–21.

Adres: Andrzej Kiejna
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10