



Lo stile di vita del paziente schizofrenico

Podavini F., Cotta Ramusino G., Gambini F., Landi P., Politi P.

*Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali,
Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia*

INTRODUZIONE

Alcuni studi riportano che il rischio di mortalità legato a condizioni cardiovascolari-metaboliche, come l'ipertensione, la cardiopatia ischemica, lo stroke, il diabete e l'obesità è circa quattro volte più alto nei pazienti in cura presso il Servizio Psichiatrico che nella popolazione generale.

Le osservazioni cliniche di alcuni autori hanno rivelato che i pazienti schizofrenici tendono a seguire una dieta più ricca di grassi e povera di fibre, a svolgere meno attività fisica e fumare di più rispetto alla popolazione generale.

Da uno studio di Brown del 2002 emerge che, in generale, nella popolazione schizofrenica lo stile di vita non è sano: questo fatto probabilmente contribuisce a una maggiore mortalità e rende questo gruppo di pazienti un gruppo *target* per interventi di promozione della salute.

L'obiettivo del presente studio è quello di verificare l'applicabilità del questionario inglese HALS -2 (Health and Lifestyle Survey), che analizza diversi aspetti dello stile di vita, alla popolazione italiana. Tale test è stato quindi somministrato ad un campione di 22 pazienti reclutati nell'ambito del Servizio Psichiatrico di Pavia con diagnosi di schizofrenia che risponde ai criteri del DSM-IV.

MATERIALI E METODI

La coorte italiana è stata reclutata presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) del policlinico San Matteo di Pavia e presso il Centro Residenziale Alta Assistenza (CRA) "Torchietto" di Pavia.

Si è raccolto un totale di 22 persone per coorte: 12 pazienti (6 donne e 4 uomini di nazionalità italiana, 1 uomo di nazionalità maliana e 1 uomo di nazionalità cinese) del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, 10 pazienti (4 donne di nazionalità italiana, 1 donna albanese e 5 uomini di nazionalità italiana) del Centro Residenziale Alta Assistenza.

I criteri di inclusione sono stati: diagnosi di schizofrenia secondo i criteri DSM-IV o ICD-10, soggetti con età maggiore di 18 anni, soggetti che sono in cura presso servizi psichiatrici e capaci di dare un consenso informato. I criteri di esclusione sono: abuso di sostanze e deterioramento cognitivo o sindromi organiche.

È stato utilizzato un questionario sullo stile di vita HALS 2 (*Health and Lifestyle Survey*) che è stato somministrato ad ogni paziente in un colloquio della durata di circa 45 minuti. Il questionario è stato ideato dalla *Health Promotion Research Trust*.

L'HALS 2 si compone di 131 domande che riguardano : la famiglia, la salute, l'alimentazione, le abitudini alcoliche, il fumo, l'esercizio fisico e il tempo libero. I pazienti vengono informati sui principi generali dello studio dal medico psichiatra.

È stato inviato un foglio di richiesta mostrando i punti essenziali dello studio al direttore del Centro Residenziale Alta Assistenza e al direttore del Servizio di Diagnosi e di Cura affinché fosse possibile intervistare i pazienti. Ai pazienti sono state spiegata la struttura e le finalità del questionario chiedendo un loro consenso.

RISULTATI

La prima parte del questionario HALS 2 si focalizza sull'opinione che il paziente ha del proprio stato di salute. Sono state prese in considerazione alcune domande particolarmente significative.

Alla domanda "Come definirebbe il suo stato di salute", in cui le possibilità di risposta erano cinque (eccellente, buona, regolare, cattiva e non so), 10 pazienti su 22 hanno affermato che il loro stato di salute era cattivo mentre la parte rimanente ha definito il suo stato di salute buono.

I pazienti che ritengono di avere una condizione di salute non ottimale, sostengono che la causa principale sia il disturbo psichiatrico e i relativi sintomi, quali deliri e allucinazioni. Due di coloro che affermano di godere di buona salute, negano di soffrire di una patologia psichiatrica.

A proposito delle attività più importanti per tenersi in forma o migliorare la propria salute, al paziente era richiesto di indicare tre opzioni. È emerso che sono da modificare soprattutto le abitudini relative a fumo, dieta, farmaci e attività fisica.

In particolare 19 pazienti sostengono che sia di notevole importanza in primo luogo seguire una dieta prescritta da un medico e 18 pazienti dichiarano che dedicarsi ad un'attività (camminare e svolgere particolari sport) abbia un'influenza importante sulla qualità della vita (figura 1)

Un altro aspetto importante su cui il questionario indaga è rappresentato dagli effetti positivi e negativi di alcuni elementi sulla salute del paziente. I principali elementi con effetti positivi individuati dai pazienti sono: l'ambiente circostante per 8 di loro, le vacanze per 5, l'essere soddisfatto per 3, comportamenti sani per 2. Gli elementi scelti come negativi invece sono: problemi familiari per 7 persone, stress e preoccupazioni per 5 di loro, le allucinazioni uditive per 3.

Nella prima parte, infine, viene richiesto il peso e l'altezza del paziente, da cui si ricava il *Body Mass Index* (p/h^2 , p=peso e h=altezza). Inoltre il peso viene comparato con quello di sette anni fa, per valutarne l'aumento o la diminuzione. Calcolando il BMI si evidenzia che dei 22 reclutati 6 rientrano nel *range* di normalità (18.5-25), 12 nel *range* di sovrappeso (25-30), mentre 4 nel *range* di obesità di primo grado (30-35) (figura 2).

Successivamente il questionario analizza la dieta e l'alimentazione valutando la quantità di verdura e frutta, di cibo fritto e di dolci consumata in un giorno e la regolarità dei pasti. Diciotto pazienti non seguono una dieta per il fatto che non la ritengono necessaria, mentre solo 4 seguono una dieta caratterizzata da una quantità moderata di carboidrati e lipidi principalmente per sentirsi meglio e perdere peso. Tredici pazienti riferiscono di fare una colazione abbondante ogni giorno, mentre 4 di loro solo due o tre volte alla settimana; 5 pazienti, invece, non fanno colazione. Diciassette pazienti affermano di mangiare due volte al giorno un piatto

principale costituito da carne o pesce con verdure, mentre 5 pazienti riferiscono di consumare solo un pasto al giorno. Dieci pazienti non fanno uno spuntino tra i pasti principali, 6 lo fanno una o due volte al giorno, 3 lo fanno tre o quattro volte al dì e 3 più di quattro volte al dì. Infine, 14 pazienti mangiano lo stesso numero di pasti al giorno, mentre 8 pazienti no. Il questionario poi valuta il consumo di alcol dei pazienti.

Innanzitutto viene loro chiesto se ritengono di essere: astemi, bevitori occasionali, bevitori saltuari o bevitori regolari. Degli intervistati 9 pazienti hanno risposto di essere astemi e 8 hanno affermato di bere un bicchiere di vino o di birra al giorno. Cinque pazienti hanno ammesso di aver avuto un passato di dipendenza da alcol: 2 di questi si definivano moderati bevitori (30 gr di alcol) e 3 grandi bevitori (40-80 gr di alcol) (figura 3). Solo un paziente ha smesso di bere per ragioni di salute sotto consiglio di un medico, mentre 4 pazienti senza il consiglio di nessuno. Tre pazienti hanno abbandonato l'uso di alcolici principalmente per motivi di salute, per esempio un paziente riferisce di aver smesso dopo aver visto cambiare il suo corpo (addome globoso, labbra emaciate).

Altro punto fondamentale del questionario è il fumo di sigaretta. Dei 22 pazienti intervistati 19 fumano regolarmente sigarette. Due pazienti sono fumatori leggeri (meno di 10 sigarette al giorno), 7 sono fumatori medi (1 pacchetto al dì) mentre 10 sono forti fumatori (più di un pacchetto al dì) (figura 4). L'età in cui è iniziata l'abitudine al fumo è quella adolescenziale e preadolescenziale; in un paziente l'età di inizio è stata addirittura a 8 anni. Nessuno dei pazienti ha cercato di smettere di fumare in passato ed è risultato che un solo paziente vorrebbe smettere definitivamente, mentre gli altri dichiarano di non poter sopravvivere senza il fumo.

La parte finale del questionario prende in considerazione l'attività fisica svolta dai pazienti. Tutti affermano di non svolgere sufficiente attività fisica. Per quanto riguarda il tempo che dedicano alle camminate, dei 22 pazienti, 10 pazienti camminano 40 minuti al giorno, 5 di loro 20 minuti e 7 di loro 15 minuti.

DISCUSSIONE

Dai dati raccolti si nota come i pazienti esaminati abbiano uno stile di vita meno salutare rispetto alla popolazione generale.

La loro alimentazione è di norma abbastanza irregolare, per esempio preferiscono non fare colazione o meglio non una colazione abbondante e fare molti spuntini durante il giorno e prima di coricarsi.

Da quanto emerge durante l'intervista, il campione analizzato predilige cibi già confezionati o cibi da *fast-food*. Bisogna però distinguere i pazienti ospedalizzati da quelli che invece risiedono presso il Centro Residenziale Alta Assistenza, che seguono un regime alimentare più sano, probabilmente dovuto al fatto che c'è una mensa.

Il fatto che la dieta dei pazienti non sia molto sana induce ad una predisposizione del soggetto ad acquistare peso che generalmente si manifesta alcuni anni successivi alla diagnosi di malattia.

Come si può vedere dai risultati, alcuni pazienti hanno acquistato peso che successivamente è stato perso seguendo delle diete ipocaloriche. L'aumento ponderale non è solo dovuto a un apporto ipercalorico, bensì, secondo uno studio americano "*Impact of antipsychotic medications*" di Whirshing del 2004, anche all'azione di alcuni farmaci antipsicotici. Già dopo un anno dal trattamento si può notare come antipsicotici di seconda generazione (quali clozapina e olanzapina) determinino un aumento di peso dell'ordine di 6 e 7

kg. La condizione di sovrappeso o obesità si può aggravare quando nei pazienti si manifestano le patologie ad essa correlate: diabete mellito, ipertensione, iperlipidemia e conseguente aumento del rischio cardiovascolare. Dei pazienti analizzati già 4 soffrivano di diabete e presentavano un BMI elevato prima di ammalarsi.

L'abitudine del fumo è notevolmente aumentata nei pazienti con disturbi psichiatrici e il rischio di dipendenza dal fumo è duplicato nei pazienti schizofrenici.

Relativamente all'alcol è risultato che pochi pazienti sono alcol-dipendenti ed essi in passato erano stati in grado di smettere completamente di bere. L'abitudine all'alcol non è molto comune nei pazienti schizofrenici dal momento che è presente un'interazione alcol-farmaci che rende incompatibili le due cose.

Da ultimo emerge che i pazienti schizofrenici sono poco attivi, perché solo 2 degli intervistati svolgono attività fisica e molti di loro si mostrano anche poco interessati a cercare di migliorarsi fisicamente.

Solo alcuni degli intervistati si dedicano ad altre attività di natura non sportiva, cercando di avere un *hobby* e di impegnare il tempo libero.

Da questo studio emerge che questo campione di pazienti schizofrenici ha uno stile di vita non salutare che lo espone a fattori di rischio per malattie cardiovascolari e polmonari, quali infarto del miocardio, ictus e cancro polmonare. Questo fatto dovrebbe stimolare ad organizzare e predisporre degli interventi con la finalità di migliorare lo stile di vita e favorire la promozione della salute in tali pazienti, in particolare agendo sull'alimentazione, sull'abitudine al fumo e sull'obesità.

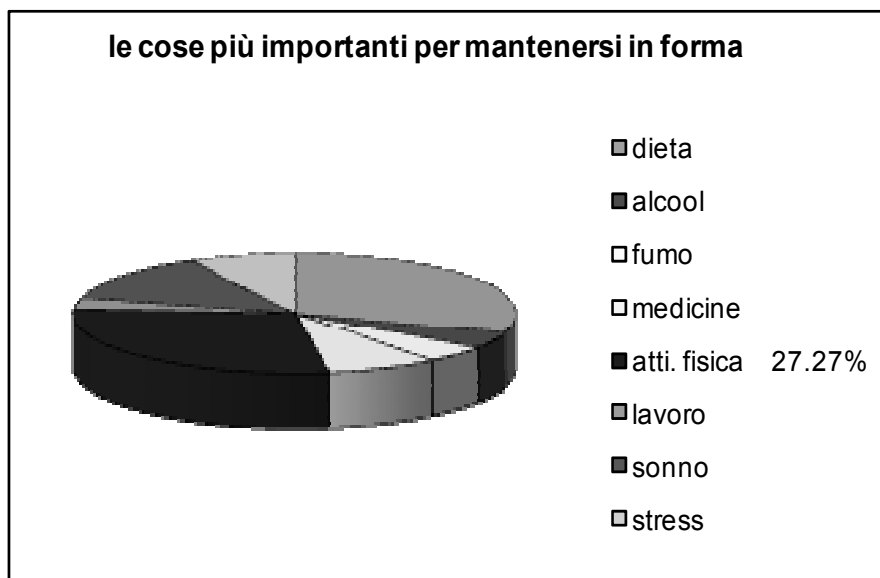


Figura 1.

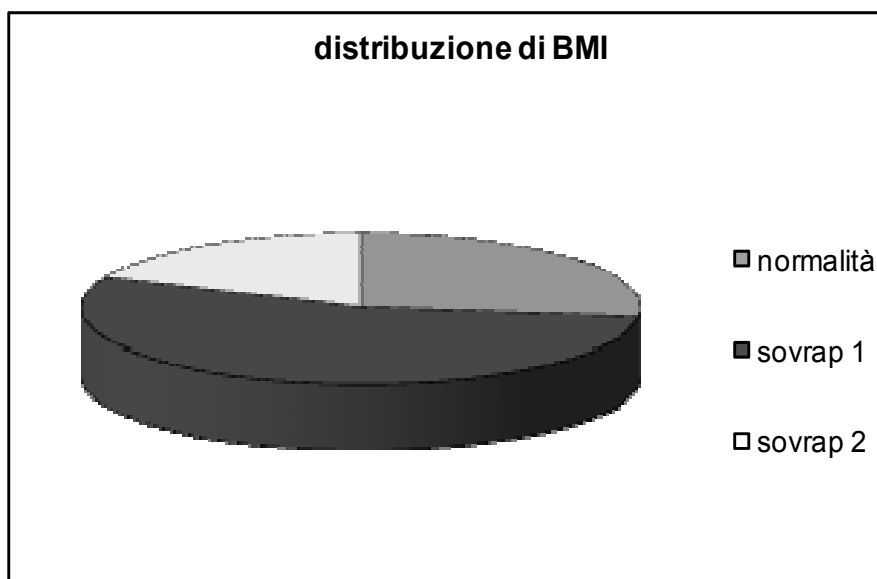


Figura 2.

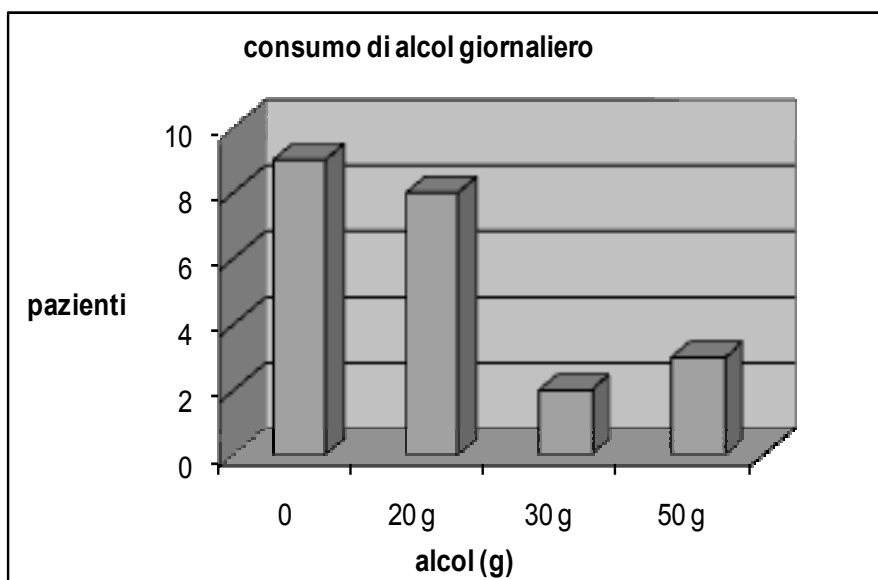


Figura 3.

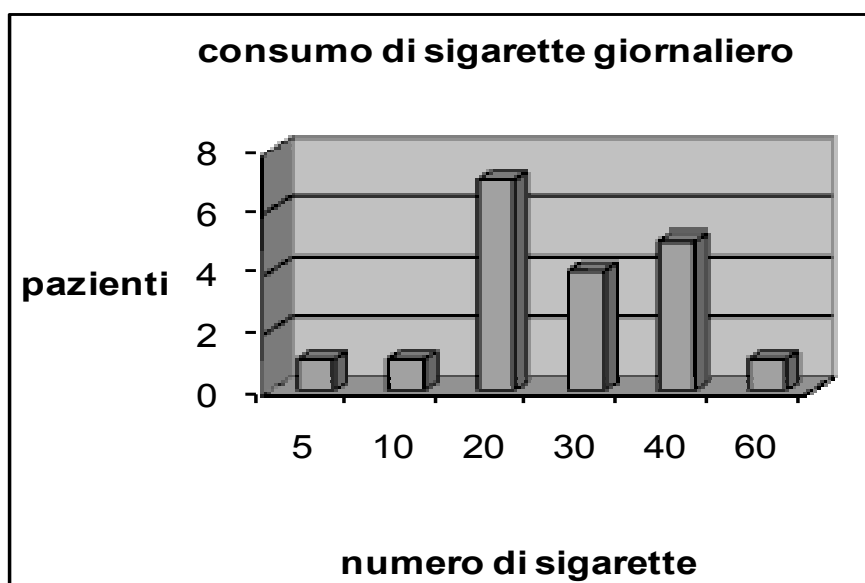


Figura 4.

RIASSUNTO

Il rischio di mortalità legato a condizioni cardiovascolari-metaboliche è circa quattro volte più alto nei pazienti in cura presso il servizio psichiatrico che nella popolazione generale. Per valutare lo stile di vita in questi soggetti è stato realizzato uno studio pilota su un campione di 22 pazienti schizofrenici, reclutati nel servizio psichiatrico pavese, attraverso la somministrazione del questionario inglese HALS-2 (*Health and Lifestyle Survey*). Dai dati raccolti si può osservare che i pazienti esaminati hanno un'alimentazione irregolare. La maggior parte di loro, inoltre, svolge scarsa attività fisica, fatto che, insieme all'alimentazione scorretta e all'assunzione di farmaci antipsicotici, contribuisce all'aumento di peso di molti pazienti predisponendoli a sovrappeso e obesità. Infine è emerso che la maggior parte degli intervistati è dipendente dal fumo di sigaretta, mentre solo una piccola frazione di essi consuma alcol. In generale si osserva come i pazienti esaminati abbiano uno stile di vita meno salutare rispetto alla popolazione generale che suggerisce la necessità di efficaci interventi di promozione della salute.

SUMMARY

The mortality for cardiovascular and metabolic disease is four times superior in psychiatric patients than in the general population. In this study we assessed the lifestyle in a sample of 22 schizophrenic patients with the questionnaire HALS-2 (Health and Lifestyle Survey) that describe the lifestyle: diet, tobacco smoking, alcohol abuse, physical activity, hobby. We observed that the schizophrenic patients have irregular diet, low physical activity, abuse of tobacco smoking. These findings show that it is important to

control the lifestyle in psychiatric patient and it is need to organise a program of healthcare for the schizophrenic population.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreoli V, Cassano GB, Rossi R. Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (IV ed). *Masson*, Milano, 2001
2. Bermudes RA, Keck Pe Jr, Welge JA. The prevalence of he Metabolic Syndrome in psychiatric patients with primary psychotic and mood disorders. *Psycomatic* 2006;47(6):491-497
3. Brown S, Barraclough B, Inskip H. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-217
4. Brown S, Birtwhistle J, Roe L. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:697-701
5. Brown S, Birtwistle J, Roe L et al. The unhealthy of people with schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:697-701
6. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004;65:4-18
7. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances Psychiatric Treatment* 2000;11:125-132
8. Grinshpoon A, Barchana M, Ponizovsky A et al. Cancer in schizophrenia: is the risk higher or lower?. *Schizophr Res* 2005;73:333-341
9. Kato MM, Currier MB, Villaverde O et al. The relation between Body fat distribution and cardiovascular risk factors in patients with schizofrenia: a cross-sectional pilot study. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatric* 2005; 7:115
10. Kroon LA. Drug interactions and smoking: raising awareness for acute and critical care providers. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2006;18(1):53-62
11. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia; the self medication hypotheses. *Nuerosci biobehav Rev* 2005;29:1021-1034
12. McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia; descriptive study. *Br J Psychiat* 2003;183:534-539
13. Newcomer JW, Haupt DW, Fucetola R et al. Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psych* 2002;59:337-345

14. Politi P, Piccinelli M, Klersy C et al. Mortality in psychiatric patients 5 to 21 years after hospital admission in Italy. *Psychological Medicine* 2002;32:227-237
15. Ryan MC, Thakore JH. Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sci* 2002;71(3):239-257
16. Samele C, Patel M, Boydell J et al. Physical illness and lifestyle risk factors in people with their first presentation of psychosis. *Soc Psychiatric Epidemiol* 2007;42(2):117-124
17. Wirsching DA, Wirsching WC, Kysar L et al. Novel Antipsychotic: comparison of weight gain liabilities. *J Clin Psychiatry* 1999;60(6):358-363
18. Wirsching DA. Schizophrenia and obesity: impact of antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 2004;65(suppl 18):13-26