

Гојазност и стил живота код особа са менталним поремећајима

К. Лазаревић¹, И. Илијев²

Obesity and Lifestyle of People With Mental Disorders

К. Lazarević, I. Ilijev

Сажетак: Особе са менталним поремећајима често су гојазне, и имају висок морталитет од болести повезаних са гојазношћу (кардиоваскуларне болести, дијабетес).

Циљ овог рада био је да укаже на улогу здравог стила живота у превенцији и лечењу гојазности, као и са њом повезаним болестима код особа са менталним поремећајима.

Кључне речи: гојазност, ментални поремећаји, стил живота.

Summary: Obesity is common among patients with mental disorders, and also mortality from obesity related conditions (cardiovascular disease, type 2 diabetes) are higher in those with mental disorders.

The aim of this paper was to point out the significance of lifestyle change among patients with mental disorders with purpose of obesity reduction and treatments.

Key words: obesity, mental disorders, lifestyle.

Увод

Стопа морталитета значајно је већа код особа са тешким менталним поремећајима у односу на остали део популације, а као најчешћи узрок смрти наводе се кардиоваскуларне болести^{1, 2}. Висока стопа смртности објашњава се здравственим проблемима везаним за ментално обољење и неодговарајућом пажњом која се посвећује нези и квалитету живота оболелих³.

Особе са тешким менталним поремећајима често имају седентарни стил живота праћен слабим физичком активношћу и уносом високо енергетске хране. Употреба неких лекова који се користе у терапији менталних болести може изазвати повећање телесне масе, нивоа глукозе, холестерола и триглицерида и настанак гојазности и коморбидитета (метаболичког синдрома, дијабетеса и кардиоваскуларних болести)³.

Истовремено лечење соматских поремећаја и психијатријске болести може допринети смањењу оболевања и смрти особа са ментал-

ним поремећајима³. Овакав мултидисциплинаран приступ у складу је са савременим концептом организације клинике за менталне болести⁴.

Циљ рада

Циљ овог рада јесте да укаже на присуство гојазности код особа са менталним поремећајима и на значај модификације стила живота у циљу превенције и лечења гојазности.

Преваленца гојазности код особа са менталним поремећајима

Daumit и сарадници су утврдили: да је гојазност присутна код 29% мушкараца и 60% жена са тешким менталним поремећајима, а само код 17,7% мушкараца и 28,5% жена без ових болести⁵. Гојазност је била у позитивној

1 Констанса Лазаревић, Институт за јавно здравље Ниш.

2 Ивајло Илијев, Центар за психотерапију „Огледало“, Ниш.

вези са психијатријским поремећајима и суицидалним понашањем⁶ у истраживању спроведеном у Канади међу 36 984 становника старијих од 15 година.

Сматра се да је повезаност између гојазности и депресије двосмерна – гојазне особе чешће оболевају од депресије, а такође особе оболеле од депресије су често гојазне.

Goldsmi и сарадници⁷ наводе да 55,6% болесника који су на третману губитка телесне масе показују знаке садашње или прошле психијатријске болести (нарочито *major* депресије), а Гудељ Ракић и сарадници наводе да особе које су на третману губитка телесне масе често имају присутне клиничке знаке депресије⁸. Проспективна студија Pine и сарадника утврдила је позитивну везу између депресије (*major*) у дечјем периоду и прекомерне телесне масе у одраслом добу⁹.

Многе студије, поредећи симптоме депресије код мушкараца и жена, утврдили су чешће додавање телесне масе код жена него код мушкараца¹⁰⁻¹², а Allison и сарадници ревијским приказом литературе указују да пацијенти са шизофренијом имају већи индекс телесне масе него особе без ове болести¹³.

Терапија менталних поремећаја и настанак гојазности

У зависности од врсте антипсихотичних лекова, зависи колико ће бити повећање телесне масе, али је ефекат већи у односу на примену плацеба запажен код примене свих антипсихотика присутних на тржишту САД-а¹³⁻¹⁵. Позитивна веза утврђена је између уноса антипсихотика и нивоа гликемије, холестерола и триглицерида¹⁵.

Званичан став релевантних америчких удружења о утицају уноса антипсихотика друге генерације на телесну масу, серумске липиде и ниво гликемије, публикован је 2004. године. Закључено је да употреба антипсихотика – клозапина и оланзапина, изазива повећања телесне масе и повезана је са ризиком за настанак дијабетеса и дислипидемија¹⁶.

До повећања телесне масе, преко стимулације апетита, може довести и употреба три-

цикличних антидепресива и антидепресива миртазапина^{17, 18}, а примена антидепресива (Vurgion) може довести до губитка телесне масе¹⁹. И коришћење литијума и валпората у оквиру терапије такође може изазвати повећање телесне масе²⁰.

Употребе антипсихотика доводи се у везу са настанком инсулинске резистенције¹⁶, иако она може да буде присутна код оболелих од шизофреније и пре примене терапије^{21, 22}.

Модификација стила живота код особа са менталним поремећајима

Као одговор на често присутну гојазност и њене коморбидитете код особа са менталним поремећајима у Сједињеним Америчким Државама, Национални Институт за ментално здравље (National Institute of Mental Health) иницирао је програм „Health Behavior Change in People with Mental Disorders“ који се састоји у примени здравих стилова живота код особа са менталним поремећајима²³.

Стандардни програм модификације стила живота представља комбинацију ниско калоричне дијете, физичке активности и бихевиоралне терапије²⁴.

Резултати неколико рандомизираних контролисаних студија у којима је примењивана модификација стила живота у лечењу гојазности код особа са тешким менталним поремећајима методолошки варирају.

Пацијенти код којих је примењиван програм најчешће су боловали од шизофреније или шизоафективног поремећаја²⁵⁻³⁷ и били су на терапији оланзапином или клозапином.

Програм модификације стила живота примењиван је истовремено када и примена неког од ових антипсихотика²⁵⁻²⁸, или када су оболели већ били стабилизовани овом терапијом²⁹⁻³⁵. Промене у телесној маси код особа код којих је примењиван програм модификације стила живота истовремено кад и антипсихотици, испољавале су се почев од минималног додавања телесне масе – до умерене редукције телесне масе. Особе на класичној терапији антипсихотикама су имале значајно повећање телесне масе.

Веома мали број студија је у оквиру програма модификације стила живота гојазних особа са шизофренијом и шизоафективним поремећајем истовремено примењивао бихевиоралну терапију, дијету и физичку активност^{29, 31-33, 36,37}.

Интервенције које су се спроводиле кретале су се од едукације о исхрани преко комерцијалних програма модификације стила живота, али у основи ових програма увек су се налазиле промене у исхрани. Учесталост индивидуалних и групних састанка кретала се од два пута месечно, до неколико пута недељно а дужина третмана од 3 до 12 месеци.

У студијама су коришћене стандардне методе модификације стила живота, укључујући самоконтролу уноса хране, технике контроле процеса исхране и величине порције и когнитивне технике, како би се повратило самопоштовање, уз претпоставку да код пацијената постоји когнитивни и мотивациони дефицит³⁰. Једна од студија идентификовала је и описала 16 програма бихевиоралне терапије контроле телесне масе у заједници код особа са тешким менталним поремећајима³⁸.

Значајна повезаност утврђена је између дефицита нутријената (омега 3, фолне киселине, витамина Б групе) и неких менталних поремећаја, као и да суплементација дефицитарних нутријената доводи до смањења неких симптома психијатриске болести³⁹. Ови нутријенти морају бити адекватно заступљени у ниско калоричној дијети. Код психијатриских пацијената са повећаним ризиком за настанак кардиоваскуларних болести препоручује се суплементација омега-3⁴⁰.

Познато је да физичка активност, осим што доводи до губитка телесне масе, смањује успорење базалног метаболизма узроковано дијетом, снижава крвни притисак, побољшава толеранцију глукозе, инсулинску сензитивност, липидни профил, физичку спремност, комплијансу према дијетском режиму, ствара осећај бољег здравља и повећава самопоштовање⁴¹.

Већина истраживања⁴²⁻⁴⁴ пратила је примену физичке активности код пацијената са депресијом, а само неколико код оболелих од

шизофреније и осталих тежих психичких болести.

Ретроспективна студија у трајању од 36 недеља пратила је утицај примене велнес програма праћеног психоедукацијом гојазних особа са хроничним менталним поремећајима. Поред значајног смањења телесне масе, примена програма изазвала је смањење гликемије и липидних параметара код оболелих⁴⁵.

Blouin и сарадници су доказали да примена физичке активности код гојазних ментално оболелих особа утиче на смањење телесне масе и липида у серуму испитаника⁴⁶.

Пре примене одговарајуће физичке активности код особа са менталним поремећајима треба узети у обзир: врсту и тежину менталног поремећаја, актуелни третман болести, присуство хроничних болести, физичку способност и изабрати одговарајући програм и омогућити континуирани надзор над његовим спровођењем.

Закључак

Менталне болести и гојазност представљају свака посебно, а нарочито удружене, озбиљан социо-медицински проблем. Употреба неких лекова ефикасних у терапији менталних болести може изазвати повећање телесне масе, али и липидних параметара и гликемије. Све док се механизам помоћу кога антипсихотици утичу на повећање телесне масе, липида и гликемије не разјасни, неопходан је континуиран мониторинг ових параметара.

Модификација стила живота (примена ниско калоричне дијете, бихевиорална терапија и физичка активност) показала се ефикасном у третману гојазности и смањењу ризика за настанак кардиоваскуларних болести код особа са тешким менталним поремећајима. Укључивање програма модификације стила живота у заједници код особа са менталним поремећајима побољшало би квалитет и дужину живота оболелих.

Литература

1. Newcomer J, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA*, 2007; 298(15): 1794–6.
2. Brown S. Excess mortality of schizophrenia: A meta analysis. *Br J Psychiatry*, 1997; 171 : 502–8.
3. McIntyre RS Overview of managing medical comorbidities in patients with severe mental illness. *J Clin Psychiatry*, 2009; 70(6): e17.
4. Fava GA, Park SK, Dubovsky SL. The mental health clinic: a new model. *World Psychiatry*, 2008; 7(3): 177–81.
5. Daumit GL, Clark JM, Steinwachs DM, Graham CM, Lehman A, Ford DE. Prevalence and correlates of obesity in a community sample of individuals with severe and persistent mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 2003; 191(12): 799–805.
6. Mather AA, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *J Psychosom Res*, 2009; 66(4): 277–85.
7. Goldsmith SJ, Anger-Friedfeld K, Beren S, Rudolph D, Boeck M, Aronne L. Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. *Int J Eat Dis*, 1992; 12(1): 63–71.
8. Гудељ Ракић Ј., Давидовић Д., Аврамовић Д., Бацковић Д., Јорга Ј.: Медијатори повезаности гојазности и депресије код одраслих гојазних амбулантних болесника. *Str Arh Cel Lek*, 2007; 135 (1-2): 61–6.
9. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood bodz mass index. *Pediatrics*, 2001; 107 (5): 1049–1056.
10. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 2000; 90(2): 251–7.
11. Istvan J, Zavela K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 1992; 16(12): 999–1003.
12. Ernest C, Angst J, The Zurich Study XII. Sex differences in depression: evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1992; 178: 221–230.
13. Allison DB, Fontaine KR, Heo M, Mentore JL, Cappelleri JC, Chandler LP, et al. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60(4): 215–20.
14. Brecher M, Leong RW, Stening G, Osterling-Koskinen L, Jones AM. Quetiapine and long-term weight change: a comprehensive data review of patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2007; 68(4): 597–603.
15. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs*, 2005; 19(1S): 1–93.
16. American Diabetes Association. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*, 2004; 27: 596–601.
17. Fava M. Weight gain and antidepressants. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61(11S): 37–41.
18. Станковић И. Интеракције хране и лекова за лечење депресије и анксиозних поремећаја. *Arh.farm*, 2007; 57: 83–93.
19. Gadde KM, Xiong GL. Bupropion for weight reduction. *Expert Rev Neurother*, 2007; 7: 17–24.
20. Kasanin J. The blood sugar curve in mental disease. *Arch Neuro Psychiatry*, 1926; 16: 414–9.
21. Медвед В, Јовановић Н, Кнапић ВП. The comorbidity of diabetes mellitus and psychiatric disorders. *Psychiatr Danub*, 2009; 21(4): 585-8.
22. Torrent C, Amann B, Sánchez-Moreno J, Colom F, Reinares M, Comes M, et al. Weight gain in bipolar disorder: pharmacological treatment as a contributing factor. *Acta Psychiatr Scand*, 2008; 118(1): 4–18.
23. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL, Blumenthal JA, Fabricatore AN, Daumit GL, et al. Obesity Among Those with Mental Disorders A National Institute of Mental Health Meeting Report *Am J Prev Med*, 2009; 36(4): 341–50.
24. Diabetes Prevention Program Research Group. Description of the lifestyle intervention. *Diabetes Care*, 2002; 25(12): 2165–71.
25. Evans S, Newton R, Higgins S. Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*, 2005; 39: 479–86.
26. Littrell KH, Hilligoss NM, Kirshner CD, Petty RG, Johnson CG. The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. *J Nurs Scholarsh*, 2003; 35: 237–41.
27. Kwon JS, Choi JS, Bahk WM, Yoon Kim C, Hyung Kim C, et al. Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a 12-week randomized controlled clinical trial. *J Clin Psychiatry*, 2006; 67(4): 547–53.
28. Ganguli R, Brar JS. Prevention of weight gain by behavioural interventions in patients starting novel antipsychotics (abstract). *Schizophr Bull*, 2005; 31: S561–2.

29. Ball MP, Coons VB, Buchanan RW. A program for treating olanzapine related weight gain. *Psychiatr Serv*, 2001; 52: 967–9.
30. Brar JS, Ganguli R, Pandina G, Turkoz I, Berry S, Mahmoud R. Effects of behavioural therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorders. *J Clin Psychiatry*, 2005; 66: 205–12.
31. Ganguli R. Behavioral therapy for weight loss in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2007; 68(suppl 4): 19–25.
32. Menza M, Vreeland B, Minsky S, Gara M, Radler DR, Sakowitz M. Managing atypical antipsychotic-associated weight gain: 12-month data on a multimodal weight control program. *J Clin Psychiatry*, 2004; 65: 471–7.
33. Vreeland B, Minsky S, Menza M, Rigassio Radler D, Roemheld- Hamm B, et al. Program for managing weight gain associated with atypical antipsychotics. *Psychiatr Serv*, 2003; 4: 1155–7.
34. Weber M, Wyne K. A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. *Schizophr Res*, 2006; 83(1): 95–101.
35. McKibbin CL, Patterson TL, Norman G, Patrick K, Jin H, Roesch S, et al. A lifestyle intervention for older schizophrenia patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 2006; 86(1-3): 36–44.
36. Centorrino F, Wurtman JJ, Duca KA, Fellman VH, Fogarty KV, Berry JM, et al. Weight loss in overweight patients maintained on atypical antipsychotic agents. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2006; 30: 1011–6.
37. Milano W, Grillo F, Del Mastro A, De Rosa M, Sanseverino B, Petrella C, et al. Appropriate intervention strategies for weight gain induced by olanzapine: a randomized controlled study. *Adv Ther*, 2007; 24(1): 123–34.
38. Galletly CL, Murray LE. Managing weight in persons living with severe mental illness in community settings: a review of strategies used in community interventions. *Issues Ment Health Nurs*, 2009; 30(11): 660–8.
39. Лазаревић К, Илијевић И. Дефицит нутријената и ментални поремећаји. *Здравствена заштита*, 2009; 1: 37–40.
40. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, Davis JM, Mischoulon D, Peet M, et al. Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry. *J Clin Psychiatry*, 2006; 67(12): 1954–67.
41. Антић С, Стефановић В, Илић С, Лазаревић, Г. Ефекти физичке активности на кардиоваскуларне факторе ризика. *Балнеоклиматологија*, 2005; 29(1): 345–354.
42. Callaghan P. Exercise: a neglected intervention in mental health care? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2004; 11(4): 476–83.
43. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 2001; 322(7289): 763–7.
44. Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Piette JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 2005; 56(3): 324–31.
45. Lindenmayer JP, Khan A, Wance D, Maccabee N, Kaushik S, Kaushik S. Outcome evaluation of a structured educational wellness program in patients with severe mental illness. *J Clin Psychiatry*, 2009; 70(10): 1385–96.
46. Blouin M, Binet M, Bouchard RH, Roy MA, Després JP, Alméras N. Improvement of metabolic risk profile under second-generation antipsychotics: a pilot intervention study. *Can J Psychiatry*, 2009; 54(4): 275–9.