

# Psihijatrijski bolesnik i debljina

*Debele osobe i osobe s prekomjernom tjelesnom težinom imaju više psihičkih poremećaja u usporedbi s osobama normalne tjelesne težine. Debljina je jedan od najčešćih tjelesnih problema u osoba oboljelih od teških i dugotrajnih psihičkih bolesti i poremećaja. Dok je prevalencija debljine u općoj populaciji 20 – 30%, prevalencija debljine u populaciji oboljelih od shizofrenije jest između 40 – 60%.*

*Debljina se kod osoba oboljelih od shizofrenije povezuje s karakteristikama i značajkama same bolesti kao što su loše i nezdrave prehrambene navike, sjedilački način života, socijalno povlačenje, psihomotorna usporenost i činjenica da mnogi psihotropni lijekovi (antipsihotici, stabilizatori raspoloženja I antidepressivi) koji se rabe u liječenju ove bolesti povećavaju tjelesnu težinu.*

*U liječenju debljine kod psihijatrijskih bolesnika mogu se primjenjivati farmakološke i nefarmakološke metode.*

## Debljina i psihički poremećaji

### Povezanost debljine s poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima i ovisnostima o alkoholu I psihoaktivnim tvarima

Epidemiološke studije nalaze povezanost između indeksa tjelesne težine (ITM), odnosno BMI-ja (engl. body mass index) i poremećaja raspoloženja.

Nađena je povišena učestalost simptoma poremećaja raspoloženja uključujući **veliki depresivni poremećaj, distimiju, maničnu ili hipomaničnu epizodu** kod debelih ili ekstremno debelih osoba u usporedbi s osobama normalne tjelesne težine. Debljina se povezuje i s nekoliko vrsta poremećaja osobnosti kao što su **antisocijalni, opsesivno-kompulzivni, paranooidni, shizoidni i ovisni poremećaj** osobnosti.

Povezanost povećane tjelesne težine i poremećaja raspoloženja jače je izražena kod žena nego kod muškaraca. Povezanost između debljine te depresivnih i anksioznih poremećaja može se promatrati i kao odgovor stresu na hipotalamičko-pituitarno- adrenalnoj osi (HPA) gdje se kao odgovor na stres oslobađaju kortizol i drugi hormoni koji moduliraju simpatičku neurovegetativnu aktivnost.

## Povezanost debljine i shizofrenije

Dok je prevalencija debljine u općoj populaciji 20 – 30%, prevalencija debljine u populaciji oboljelih od shizofrenije jest između 40 – 60%. Debljina se kod osoba oboljelih od shizofrenije povezuje s osobitostima i značajkama same bolesti kao što su loše i nezdrave prehrambene navike, sjedilački način života, socijalno povlačenje, psihomotorna usporenost i činjenica da mnogi psihotropni lijekovi (antipsihotici, stabilizatori raspoloženja i antidepresivi) koji se rabe u liječenju ove bolesti povećavaju tjelesnu težinu.

Weiden i suradnici izvješćuju da bolesnici oboljeli od shizofrenije koji su debeli **tri puta** češće izostavljaju uzimanje svoje terapije u usporedbi s onima koji nisu debeli. Neki autori pokušavaju sugerirati da je metabolički sindrom kod shizofrenije ponajprije rezultat same bolesti, a tek onda i utjecaja antipsihotičke terapije.

Bolesnici oboljeli od shizofrenije, opisani prema Kretschmeru, mogu biti smanjene ili normalne tjelesne težine, ali istodobno imati povećanu količinu intraabdominalne masti koja kod njih povećava rizik od tjelesnih bolesti i razvoja metaboličkog sindroma.

## Patofiziološki mehanizmi nastanka debljine kod psihičkih poremećaja

Uzimanje hrane ili psihoaktivnih tvari pojačava aktivnost sustava za nagradu u mozgu, što rezultira otpuštanjem dopamina. Akutno uzimanje psihoaktivnih tvari povisuje koncentraciju dopamina u mozgu, dok kronično uzimanje tih tvari dovodi do smanjenja broja dopaminskih receptora, a to vodi smanjenju dopaminske aktivnosti.

Neki su autori čak postavili hipotezu o prvotnom „**sindromu nedostatka nagrade**“ (engl. Reward deficiency syndrome), koji predisponira osobu u kompulzivno uključivanje aktivnosti što stvaraju ugodu i dovode do osjećaja nagrade kao što su uzimanje psihoaktivnih tvari, pojačano uzimanje hrane, kockanje ili seksualno ovisničko ponašanje.

### *1. Neurotransmitterske i hormonalne promjene u shizofreniji*

Neurotransmitterske i hormonalne promjene u shizofreniji tika . U povećanje tjelesne težine inducirane antipsihoticima kod shizofrenije uključen je i antagonizam serotoninskih 5-HT<sub>2c</sub>-receptora; većina novih atipičnih antipsihotika jesu antagonisti upravo tih receptora, a najpotentniji su klopazipin i olanzapin.

## 2. Psihosocijalni faktori

Psihosocijalni faktori kod osoba oboljelih od shizofrenije utječu na povećanje tjelesne težine smanjenom mogućnošću izbora hrane i smanjenom mogućnošću potrošnje kalorija. Socijalno povlačenje i izolacija, smanjena zainteresiranost za društvena zbivanja, status samaca i nezaposlenost česti su čimbenici kod shizofrenih bolesnika koji vode u smanjeno uključivanje u sportske i druge, mahom tjelesne aktivnosti. S druge, pak, strane, kognitivne smetnje i smetnje izvršnih funkcija, pamćenja, rezidualni psihotični simptomi, loša briga za sebe i svoju bolest te zlouporaba sredstava ovisnosti interferiraju s mogućnošću učenja zdravih navika i promjene ponašanja.

## Utjecaj psihofarmaka na povećanje tjelesne težine

Većina aktualno dostupnih psihofarmaka uzrokuje povećanje tjelesne težine u prosjeku za **2,17 kg**. Antipsihotici se najčešće povezuju s povećanjem tjelesne težine, među njima *posebno klozapin, olanzapin i klorpromazin*.

### *Povećanje tjelesne težine i prva generacija antipsihotika*

Povećanje tjelesne težine vezano uz antipsihotike registrirano je još kod primjene prvog antipsihotika klorpromazina 1954. godine te se poslije u kliničkoj praksi uvidjelo da su niskopotentni bazalni neuroleptici poput klorpromazina i tioridazina povezani s većim povećanjem tjelesne težine nego visokopotentni haloperidol i flufenazin. Spekuliralo se da je potencijal blokade histaminskih receptora odgovoran za povećanje tjelesne težine kod ovih lijekova.

### *Povećanje tjelesne težine i druga generacija antipsihotika*

Može se reći da je ono što je ekstrapiramidni sindrom bio za klasične antipsihotike to je metabolički sindrom za atipične antipsihotike. U velikoj metaanalizi u kojoj je uspoređivano ukupno 15 antipsihotika svih generacija u domeni povećanja tjelesne težine redosljed od najvećega prema najmanjemu povećanju ovakav je:

olanzapin,  
zotepin,  
klozapin,  
iloperidon,  
klorpromazin,  
sertindol,

kvetiapin,  
risperidon,  
paliperidon,  
asenapin,  
amisulprid,  
aripiprazol,

lurasidon,  
ziprasidon,  
haloperidol.

## *Utjecaj antidepresiva na tjelesnu težinu*

Pokazuje se da triciklički antidepresivi (TCA) i inhibitori monoaminoksidaze (IMAO) uzrokuju najveće povećanje tjelesne težine i češće nego selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS-i) te novije generacije antidepresiva. Svi antidepresivi zajedno kao skupina lijekova više utječu na povećanje tjelesne težine u općoj populaciji, budući da je to najpropisivanija skupina psihofarmaka jer su depresivni i anksiozni poremećaji u kojima se primjenjuju ovi lijekovi puno učestaliji u općoj populaciji (10 – 40%) nego shizofrenija i bipolarni poremećaj (1%) u kojima se primjenjuju antipsihotici i stabilizatori raspoloženja. Bupropion je možda jedini od antidepresiva koji pokazuje smanjenje tjelesne težine: zabilježen je gubitak od 3 do 4,4 kg.

## *Utjecaj stabilizatora raspoloženja na tjelesnu težinu*

Povećanje tjelesne težine često je i kod primjene antiepileptika kao stabilizatora raspoloženja i litija. Ovi se lijekovi najčešće primjenjuju u liječenju bipolarnog poremećaja i shizoafektivnog poremećaja. Povećanje tjelesne težine kod ove skupine lijekova podjednako je kao i kod antipsihotika, a veće nego kod antidepresiva. Na-valproat uzrokuje najveći porast, a slijedi ga litij. Kod novijeg antiepileptika topiramata koji ima i neka svojstva stabilizatora raspoloženja zabilježen je gubitak tjelesne težine od 16 do 20,5% od početne prije tretmana tim lijekom.

## **Liječenje bolesnika s prekomjernom tjelesnom težinom i psihijatrijskim poremećajem**

### *Nefarmakološko liječenje i intervencije*

Bolesnici koji se teško nose s debljinom i povećanom tjelesnom težinom skloniji su neuzimanju propisane terapije ili njezinu prekidu, osobito one koja pridonosi povećanju tjelesne težine, što vodi u relaps i pogoršanje osnovne bolesti. Bihevioralna terapija kod bolesnika s depresijom preporučuje liječenje depresije prije uključivanja u program gubitka tjelesne težine, jer sama priroda bolesti interferira s mogućnošću bolesnikova uključivanja u program. S druge strane, dokazano je da uspješan

tretman liječenja debljine vodi significantnom poboljšanju raspoloženja (56). Bolesnici s anksioznim poremećajima kod uključivanja u programe pojačane fizičke aktivnosti mogu osjetiti tjelesne senzacije tijekom vježbanja, npr., lupanje srca i nedostatak zraka, što ih može dodatno uznemiriti i pojačati anksioznost.

## *Farmakološko liječenje*

Promjena ili dodavanje antipsihotika s nižim rizikom jedna je od mogućih opcija u redukciji kardiovaskularnih i drugih rizika koje sa sobom nosi povećana tjelesna težina.

Kada u terapiji zamjena postojećeg antipsihotika za antipsihotik s manjim potencijalom za povećanje tjelesne težine nije opcija, mogu se postojećoj antipsihotičkoj terapiji dodati lijekovi koji će djelovati protiv povećanja težine, odnosno kojima će se prevenirati kardiometaboličke nuspojave izazvane antipsihoticima.

Lijekovi odobreni za indikaciju smanjenja tjelesne težine, koji djeluju preko receptora i neurotransmitera u središnjemu živčanom sustavu te smanjuju apetit, agoniziraju 5HT<sub>2c</sub>-receptore (lorkazerin, fentermin, topiramet s produljenim otpuštanjem, naltrekson, bupropion) ili smanjuju apsorpciju masti iz crijeva (orlistat), mogu se rabiti samo kao dodatna (adjuvantna) terapija uz primarnu intervenciju promjene ponašanja.