

MAREK JAREMA

## 1. WSTĘP

Zdrowie somatyczne i zdrowie psychiczne są nierozłączne. Nie można mówić o dobrym zdrowiu psychicznym nie uwzględniając dobrego stanu somatycznego. Podział na „duszę i ciało” (soma i psyche) jest sztuczny i nieuzasadniony; człowiek stanowi całość, a funkcjonowanie psychiczne i fizyczne są nierozdzielnie ze sobą połączone. Każdej chorobie somatycznej towarzyszą mniej lub bardziej wyraźne zakłócenia czynności psychicznych, chociażby takich jak zaburzenia nastroju czy lęk. W niektórych schorzeniach, objawy psychopatologiczne są nieodłączną składową obrazu klinicznego (np. choroby endokrynologiczne), w wielu przypadkach objawy psychopatologiczne wynikają z trudnej sytuacji psychologicznej w jakiej znajduje się osoba, która zachorowała; dobrym przykładem są choroby nowotworowe. Psychika chorego odciska wyraźne piętno na sposobie przeżywania choroby, wpływając nie tylko na subiektywne doznania związane z cierpieniem, ale także modulując możliwości terapeutyczne. Trywialne wydaje się zapewnienie, że chorzy somatycznie, którzy mają silną wiarę w możliwość wyleczenia, walczą z własną słabością i nie dopuszczają ewentualności przegranej z chorobą, z reguły szybciej uzyskują poprawę swego stanu zdrowia, a proces ich leczenia przebiega korzystniej.

W podobnym kontekście zależności między stanem somatycznym a stanem psychicznym człowieka, należy rozpatrywać problem zdrowia somatycznego osób z zaburzeniami psychicznymi. Ogólnie wiadomo, że osoby chore psychicznie mniej dbają o swoje zdrowie, częściej prowadzą niehigieniczny tryb życia, nie przestrzegają diety, stosują substancje psychoaktywne, mające szkodliwy wpływ zarówno za stan psychiczny jak i na zdrowie somatyczne. Czasami także lekarze opiekujący się tymi chorymi zwracają

mniej uwagę na ich stan somatyczny, koncentrując się głównie na objawach psychopatologicznych i dążąc do ich wyeliminowania za wszelką cenę. Ceną tą mogą być m.in. szkody somatyczne, wynikające nie tylko z ubocznego działania leków psychotropowych czy wspomnianego braku dbałości o zdrowie, ale też z powodu częstego współwystępowania chorób psychicznych i somatycznych. Dlatego osoby z zaburzeniami psychicznymi traktować należy jako populację podwyższonego ryzyka (w stosunku do populacji ogólnej) wystąpienia chorób somatycznych. Jedną z najistotniejszych grup tych chorób są zaburzenia metaboliczne. Można więc uznać, że problem zdrowia somatycznego osób z zaburzeniami psychicznymi jest niezwykle istotny ze względu na fakt, że:

- ryzyko schorzeń somatycznych jest w tej grupie chorych większe (większe ryzyko współwystępowania chorób),
- chorzy ci mniej dbają o zdrowie i częściej stosują szkodliwe substancje psychoaktywne,
- stosowanie leków psychotropowych zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń somatycznych.

Zaburzenia somatyczne u osób z zaburzeniami psychicznymi mogą przybierać różne formy, od izolowanych objawów, do pełnego obrazu chorób. Z praktycznego punktu widzenia, u takich chorych najczęściej obserwuje się objawy/choroby z zakresu:

- zaburzeń metabolicznych,
- zaburzeń układu krążenia,
- zaburzeń układu oddechowego,
- zaburzeń neurologicznych,
- zaburzeń endokrynologicznych.

Lista powyższa nie jest wyczerpująca, a kolejność wymienionych grup zaburzeń somatycznych jest niezobowiązująca. Praktycznie każda choroba (do-

tycząca każdego z układów) może wystąpić u osób z zaburzeniami psychicznymi, natomiast należy starać się wskazać te rodzaje schorzeń, które występują najczęściej i są najbardziej istotne z punktu widzenia prowadzenia leczenia farmakologicznego. Za takie z pewnością uchodzą zaburzenia metaboliczne oraz zaburzenia ze strony układu krążenia. Szczególnie ważne jest to w kontekście potencjalnego ryzyka, wynikającego z możliwości pogorszenia już istniejącego nienajlepszego stanu chorego, poprzez podawanie leków, które ten stan mogą zaostrzać. Typowym przykładem jest tu możliwość wystąpienia przyrostu masy ciała i zdrowotnych konsekwencji z tym związanych w czasie leczenia lekami psychotropowymi chorych, którzy już cierpią na nadwagę. Wiadomo jest bowiem, że szczególnie u takich chorych należy tak prowadzić leczenie, aby już istniejące ryzyko zaburzeń metabolicznych zminimalizować a nie zwiększać. Podobnie jest z doбором odpowiedniego leczenia psychotropowego u chorych z nietolerancją glukozy czy hipercholesterolemią. Problem ten stanowi bardzo istotne zagadnienie dla lekarzy praktyków. Dlatego przede wszystkim tym zagadnieniom poświęcono obecny raport, który adresowany jest głównie do lekarzy zajmujących się opieką nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi.

Z powiązania stanu somatycznego oraz stanu psychicznego wynika konieczność rewizji naszego spojrzenia na śmiertelność wśród chorych psychicznie. Jest ona wysoka z powodu nie tyle istoty (hipotetycznej przyczyny) choroby psychicznej, ile wynika z innych okoliczności, wśród których współistnienie chorób somatycznych, brak dbałości o zdrowie, niehigieniczny tryb życia, używki czy unikanie kontaktów z profesjonalistami w zakresie opieki zdrowotnej, odgrywają dużą rolę. W tym kontekście, stosowanie leków psychotropowych (np. przeciwpsychotycznych czy przeciwdepresyjnych) ma różną rolę. Z jednej strony prowadzi do poprawy stanu psychicznego chorego, z drugiej – może zwiększać ryzyko zaburzeń somatycznych. Badania epidemiologiczne dowiodły, że różnica w śmiertelności między chorymi na schizofrenię a populacją wzrastała w latach 70., 80. i 90., ale obecnie tendencji takiej nie obserwuje się. Najczęstszymi przyczynami zgonu w tej grupie chorych były: samobójstwo, choroby nowotworowe i sercowo-naczyniowe. Wskaźniki śmiertelności zależały od wieku badanych grup chorych czy od długości trwania obserwacji. Zależały też od tego czy chorzy byli leczeni przeciwpsychotycznie (zmniejszone ryzyko), czy też nie byli (zwiększone ryzyko śmiertelności). W tym kontekście stosowanie nowych (atypowych) leków przeciwpsychotycznych nie okazało się być czynni-

kiem zwiększającym ryzyko śmiertelności wśród chorych na schizofrenię (Bushe i wsp., 2010).

Jednym z najbardziej istotnych problemów medycznych, związanych z współistnieniem zaburzeń somatycznych u chorych psychicznie, jest tzw. zespół metaboliczny (ZM). Ten zespół objawów omawiany będzie obszernie w obecnym raporcie. Aby uniknąć powtórzeń, obowiązująca definicja ZM została podana na końcu obecnego raportu. Diagnozowanie ZM jest użyteczne z praktycznego punktu widzenia, gdyż pozwala zwrócić uwagę na zespół objawów o istotnym znaczeniu zdrowotnym. ZM jest grupą czynników ryzyka, ale czy jest „zespołem”? (Simmons i wsp., 2010).

Mówiąc o ZM możemy:

- określić podstawy poszukiwań zmian patofizjologicznych dotyczących wielorakich czynników ryzyka,
- określić ryzyko przewlekłych schorzeń w populacji i porównywać je w różnych populacjach,
- przewidywać ryzyko związane z różnymi decyzjami medycznymi,
- publicznie przekazywać powszechnie zrozumiałą informację dotyczącą zdrowia.

Ograniczenia wynikające z takiego konceptu ZM dotyczą głównie:

- dychotomizacji (rekodowania na inne zmienne) czynników ryzyka,
- brania pod uwagę względnych (a nie bezwzględnych) czynników ryzyka,
- nie uwzględnienia zróżnicowania ryzyka wynikającego z kombinacji czynników,
- nie uwzględniania ważnych czynników ryzyka dla cukrzycy czy chorób serca,
- obejmowania chorych z ustaloną cukrzycą lub chorobą serca.

Nie znany jest patomechanizm leżący u podstawy ZM. Wymienia się takie czynniki jak:

- oporność na insulinę,
- centralna (trzewna) otyłość,
- przewlekła aktywacja systemu odpornościowego,
- zaburzenia osi podwzgórze-przysadka-nadnercza,
- zmienione oddziaływanie glikokortykoidów,
- przewlekły stres,
- działanie cytokin, hormonów i innych molekuł, będących produktami adipocytów,
- uszkodzenia prenatalne i wczesnodziecięce,
- czynniki genetyczne.

Niezależnie od tej krytyki koncepcji ZM (Simmons i wsp., 2010; Borch-Johnsen i wsp., 2010) wydaje się, że z edukacyjnego punktu widzenia jest on przydatny dla ustalenia ryzyka somatycznego u chorych psychicznie. I w takim kontekście ZM został w tym tekście ujęty.

W całym dokumencie zastosowano skróty:

LPP = lek (i) przeciwpsychotyczny(e)

LPIIG = lek(i) przeciwpsychotyczny(e) II generacji

Opracowane na zakończenie Raportu wskazówki (zalecenia) dotyczące postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, dotyczących zaburzeń metabolicznych u chorych z zaburzeniami psychicznymi mają być pomocą w wyborze właściwego postępowania u takich chorych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *J Psychopharmacol* 2010; 24, suppl. 4: 17-25.
2. Simmons RK, Alberti KG, Gale EAM, Colagiuri S, Tuomilhto J, Qiao Q, Ramachandran A, Tajima N, Brajkovich Mirchov I, Ben-Nakhi A, Reaven G, Hama Sambo B, Mendis S, Roglic G. The metabolic syndrome: useful concept or clinical tool? Report of a WHO Expert Consultation. *Diabetologia* 2010; 53: 600-605.
3. Borch-Johnsen K, Wareham N. The rise and fall of the metabolic syndrome. *Diabetologia* 2010; 53: 597-599.