

Diety v psychiatrii

Úvod

Na rozdíl od neurologických onemocnění nabývá dietologie velkého významu v psychiatrii. Psychiatrická onemocnění mají vztah k metabolickým onemocněním. Jsou to onemocnění typu mentální anorexie a bulimie, ale i obezity, kde patogeneze onemocnění je komplexní s interním i psychiatrickým podílem, a také závažná onemocnění metabolická, vyvolávaná zejména jako vedlejší efekt moderních léků typu psychofarmak.

Příjem jídla nepochybně **obecně uklidňuje**. Jde o fylogeneticky starý mechanismus, který měl pravděpodobně umožnit klidné trávení jídla. Nervozita a hyperaktivita při nedostatku jídla měly pravděpodobně podpořit vyhledávání a obstarávání potravy.

Zvýšená chuť k jídlu může mít také některé rysy blízké drogovým závislostem. Změny v centrech hladu a regulace chuti k jídlu se týkají podobných mediátorů jako toxikomanie, patogeneze deprese či schizofrenie, tedy např. serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Depresivní syndrom i schizofrenie jsou častější v populaci diabetiků.

Obezita sice vede k určité sociální izolaci (obézní chodí méně do společnosti), ale psychické problémy nastávají obvykle až při redukci hmotnosti. Též bylo prokázáno, že obézní ženy vedou uspokojivý sexuální život a problémy nastávají až při poklesu hmotnosti. U nemocných, kteří hmotnost úspěšně redukovali, pak kontrastuje somatický efekt úbytku hmotnosti, např. vymizení dušnosti či bolestí kloubů, s tím, jak často a rychle léčba selhává a vzestup hmotnosti se vrací. Z hlediska internisty je to nepochopitelné zvláště u diabetiků. Redukovat hmotnost u diabetika je daleko obtížnější než u nediabetika. To prokazuje mnoho studií, jako je například *studie Wingova* sledující hubnutí manželských párů diabetiků a nediabetiků nebo naše sledování diabetiků a nediabetiků po bandáži žaludku. Běžně se setkáváme s diabetiky s extrémní hmotností, kteří se připravují na endoprotézu kyčelního kloubu. Po úspěšném zhubnutí několika desítek kilogramů se operace realizuje. Imobilní nemocní zvýší postupně fyzickou aktivitu. Přes veškerou snahu se po několika letech vrací k extrémní hmotnosti. **Psychické vlivy** tak převáží nad somatickým efektem redukce hmotnosti a **spolupráce nemocných v léčbě selhává**.

Návyky, deprese a jídlo

Lidé závislí na návykových látkách **nebývají obézní**. To může být jistě dáno sociálními problémy, ale i tím, že k uklidnění používají jiné látky, než je jídlo. O nikotinové závislosti je známo, že zvyšuje energetický výdej. Když pacient přestane kouřit, obvykle několik kilogramů přibere. Z hlediska kvantifikace rizik bylo vypočteno, že přírůstek o několik kilogramů nevede k celkové riziko se snižuje. Bohužel řada obézních pacientů přibere mnohem více. To může mít minimálně dva důvody – pacient s toxikomanickým laděním nahradí cigarety jídlem, je však také známo, že nikotin má přímý efekt na inzulinovou rezistenci, mimo jiné ji zhoršují například i nikotinové žvýkačky. Vztahy nikotinové závislosti a deprese jsou podobné jako u závislosti na alkoholu. Může postihnout primárně depresivně laděného pacienta, současně však může být až projevem abstinence.

Vztahy k alkoholu, nikotinu a jídlu mohou být tedy podobné. Je přítomno podobné *antidepresivní a anxiolytické působení*. Zvažují se exogenní faktory, jako je deprivace v dětství, společné mohou být i genetické vlivy. Podle epidemiologických výpočtů činí vliv genetiky na tabakismus a depresi kolem 50 %, podobně je tomu u obezity.

Vztahy a efekty jsou tedy velmi podobné přejídání a obezitě. Určité vztahy k psychickému naladění má **kvalita jídla**. Cukr a sladká jídla, tzv. „snack,“ uklidňují zejména ženy a děti. Bílkovinný příjem má naopak určité vztahy k neklidu a zuřivosti. Epidemiologicky je také známo, že extrovertně laděné osoby jedí spíše bílkovinnou stravu. Psychoterapie je nedílnou součástí léčby obezity. Přípravy na zahájení diety jsou podobné přípravám na zahájení abstinence u návykových poruch (nikotin, alkohol, drogy), rovněž při redukci hmotnosti jsou přítomny reakce blízké odvykacím příznakům. Podrobnější údaje o psychoterapii obezity viz léčba obezity. Percepce chuti u obézních byla opakovaně zkoumána a zdá se, že je mírně alterována. Řada obézních má ráda masovou chuť, která odpovídá tzv. páté chuti, zvané umami. Některá antiobezitika (např. sibutramin) tlumí selektivně chuť na sladké, efekt je však centrální.

Při **užívání chrómu a chromových preparátů**, za které pacienti vydávají v našich i zahraničních lékárnách značné prostředky, nebyl nikdy prokázán hmotnostní úbytek či jakékoli jiné metabolické efekty. Prodejci často hovoří o tzv. glykoregulačním faktoru, což není korektní pojem.

V poslední době se rozšířilo **užívání Cukrbloku** – extraktu z indické rostliny, který je však třeba stále řadit k alternativní medicíně. Pokud ho někteří psychologové používají k odvykání jídla (tzv. adversivním podmiňováním), nejde o efekt specifický a nepochybně by mohla být použita jakákoli jiná nepříjemná chuť. Indická rostlina *Gymnema silvestre* je na Dálném východě běžně užívána jako léčivo. Byly v ní zjištěny dva typy látek potenciálně působících u metabolických chorob: gymnemová kyselina, resp. glykosidy, které blokují vstřebávání cukrů podobně jako některé léky užívané běžně v diabetologii (tento efekt je slabý a nebyl dotažen do klinického použití), druhou látkou je peptid gurmamin, u kterého skutečně byla prokázána selektivní blokáda chuti na sladké. Po jeho požití byly dokonce doloženy změny v čichových evokovaných potenciálech, rozhodně však nebyl zaznamenán hmotnostní úbytek. Většina experimentů byla provedena na zvířatech a někteří pochybují o těchto účincích u člověka. Výzkum v této oblasti je nadějný, ale prodávané preparáty zcela jistě nemají charakter léčiva a dosud nebyly ani provedeny klinické studie.

Vnímání chuti při přejídání určitou roli může hrát. Chuť je oslabena u depresivně laděných pacientů, u obézních a některých diabetiků. Celkově však výzkum v této oblasti zaostával a je těžko odhadnutelné, co v budoucnu přinese, rozhodně však celé spektrum centrálně působících léků od centrálně působících antiobezitik přes neuroleptika až po antidepresiva ovlivňuje příjem jídla více.

Dietní a režimová edukace nemocných s psychózou

Zvýšení hmotnosti po léčbě psychofarmaky je velkým problémem. Rozdíly mezi jednotlivými léky jsou často nadměrně zdůrazňovány a reakce je velmi individuální. Nárůst váhy a vznik diabetu se týká zejména osob s metabolickým syndromem a s genetickou zátěží diabetem 2. typu. Vhodná je proto dietní edukace, zejména u osob s rodinnou anamnézou diabetu a osob, které přibývají na hmotnosti po zahájení léčby.

S nástupem nových léků se začali lékaři celosvětově zabývat edukací pacientů se schizofrenií o dietě a fyzické aktivitě.

Český materiál tohoto typu obsahuje například následující texty: Pro psychicky nemocného je důležitá dobrá duševní pohoda a pravidelné užívání léků. Po některých léčích dochází k zvýšení hmotnosti. Tomuto vzestupu je však možné zabránit zdravým životním stylem. Zkuste svůj život upravit a neváhejte kdykoli konzultovat svého lékaře. V žádném případě při nárůstu váhy nebo velké chuti k jídlu nevysazujte léky a zkuste se spíše řídit následujícími pravidly:

Zdravá fyzická aktivita

Pokud to váš stav umožňuje, zvýšte svou pohybovou aktivitu.

- Cvičte alespoň 3–4krát týdně 30 minut, jezděte na kole či rotopedu.
- Pokud nemůžete cvičit, jděte denně alespoň na hodinovou procházku. Naučte se omezovat chuť k jídlu.
- Jezte jen 3–5krát, poslední jídlo do 19. hodiny.
- Při nezvladatelné chuti k jídlu si zacvičte nebo jděte na procházku.
- Pokud nevydržíte a musíte sníst něco navíc, jezte zeleninu či ovoce nebo se napijte vody.
- Jezte pomalu, jídlo dlouho kousejte.
- Nejezte ve stresu a při rozčilení.

Jak si vybírat zdravé jídlo

- V jídle omezte tuk – nejezte smažená jídla, uzeniny, vepřové maso, šlehačku, majonézu, čokoládu. Omezte i příjem másla, rostlinných tuků a oleje.
- Kupujte pouze nízkotučné mléčné výrobky.
- Dávejte přednost rybímu a drůbežímu masu.
- Snažte se jíst ke každému jídlu trochu ovoce a zeleniny.
- Pijte jen nekalorické nápoje (light) nebo vodu, neslazenou minerálku či čaj.

Pravidelně se važte a případný vzestup váhy konzultujte s lékařem.

Jak určit obezitu

Podle výpočtu tzv. body mass indexu – **BMI**.

$$\text{BMI} = \text{váha v kg} / (\text{výška v metrech})^2$$

- **Hodnota BMI:**
 - 20–25 je normální;
 - 25–30 je přítomna nadváha – mírné zdravotní riziko;
 - nad 30 obezita – výrazné zdravotní riziko.

Co mohu sníst za jeden den

K větším jídlům přidávat vždy po jedné položce z 2–4 skupin, k menším jídlům vždy po jedné položce z 1–2 skupin.

- *Skupina 1:*
2–3x denně mléčný výrobek (jogurt, tvaroh, sýr), nejlépe nízkotučný.
- *Skupina 2:*
2–3x denně kousek libového masa, ojedinele vejce.
- *Skupina 3:*
3–5x denně kousek zeleniny či ovoce.

■ Skupina 4:

3–4x denně krajíček chleba, sběračku brambor, rýže či vloček.

Sladkosti, máslo, tuk či olej v co nejmenším množství, nejíme denně. Pokud to nevydržíme, pak si dovolíme příjem těchto položek maximálně k jednomu jídlu denně. Rozšířená verze těchto pravidel na barevném letáku s četnými obrázky je u pacientů velmi oblíbená a psychiatry využívána.

Studie z poslední doby ukázaly, že vznik obezity a cukrovky po léčbě psychofarmaky vlivem edukace pacientů významně poklesl, také riziko diabetu se díky větší informovanosti pacientů zásadně snižuje. To dokazují výsledky nedávných analýz, které se značně liší od výsledků před 10 lety.

Riziko vzniku diabetu po léčbě na schizofrenii (antipsychotikách)	
	Zvýšení relativního rizika
Starší (klasická) antipsychotika	
Celkem	3,5
Haloperidol	3,1
Thioridazin	4,2
Nová (atypická) antipsychotika	
Celkem	3,1
Clozapin	3,3
Olanzapin	3,0
Quetiapin	1,7
Risperidon	3,4

- *Uvedená tabulka ukazuje, že riziko diabetu je po starších i novějších neuroleptikách srovnatelné. Tyto výsledky se navíc zdají být kontroverzní vůči výše uvedeným výsledkům. Takto radikálně snížila metabolická rizika psychofarmak celosvětově užívaná edukace pacientů.*

Deprese a diety

Podle řady studií je nepochybné, že **deprese je nezávislým rizikovým faktorem aterogeneze, kardiovaskulárních příhod a zejména infarktu myokardu**. Vedle suicidií jsou kardiovaskulární příhody druhou nejčastější příčinou smrti u depresivních pacientů. Kromě epidemiologických vztahů jsou diskutovány i patogenetické mechanismy této asociace, které mohou souviset s paralelními odchylkami metabolismu serotoninu v krevních destičkách, dalšími koagulačními odchylkami, vyššími hladinami interleukinů a rovněž se systémovým zánětem, provázejícím jak metabolický syndrom a aterosklerózu, tak depresi. Zároveň platí, že depresivní syndrom se vyskytuje běžně u pacientů po infarktu myokardu a je velmi významným prediktorem životní prognózy pacientů.

Někteří depresivní pacienti tloustnou a přejídají se, jiní hubnou a léky u nich vyvolávají nechutenství. **Dieta není schopna depresi ovlivnit**, ale změnám hmotnosti a chuti k jídlu je u pacientů třeba věnovat pozornost.

Dietní léčba je u depresivních pacientů velmi důležitá. Pokud se deprese projevila váhovým úbytkem, školíme pacienta v racionální dietě a snažíme se zabránit dalšímu váhovému úbytku. Pokud je depresivní pacient obézní, snažíme se opatrně redukovat jeho hmotnost. Nejdůležitější však je věnovat pozornost dietám u všech pacientů užívajících psychofarmaka a antidepresiva. Tak lze zabránit diabetogennímu a aterogennímu účinku těchto léků. U schizofrenie se opakovaně objevují pokusy o dietní ovlivnění. Připouštělo se, že v časně fázi nemoci by mohlo hrát pozitivní roli podání omega-3 mastných kyselin, nebylo to však vědecky prokázáno.

Odkazy

Související články

- Dietoterapie
- Diety v neurologii

Zdroj

- SVAČINA, Štěpán. *Dietologie a klinická výživa* [online]. [cit. 2012-03-14]. <<https://el.lf1.cuni.cz/p66466615/>>.