

# ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПРИ УПРАВЛЕНИЕ НА ФИЗИЧЕСКОТО ЗДРАВЕ НА ПАЦИЕНТИ С ШИЗОФРЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР И АНАЛИЗ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ РАЗРАБОТВАНЕ НА КОМПЛЕКСНИ ПРОГРАМИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ШИЗОФРЕНИЯ)

Н. Ангелова-Барболова

**Key words:** *healthy lifestyle, patients with schizophrenia, quality of life, skills for healthy living, physical health of people with schizophrenia, integrated programs for healthy lifestyle for patients with schizophrenia*

През последните години значението на физическото здраве при пациенти с шизофрения все повече се признава от медицинската общност, и в резултат на това са разработени насоки и препоръки за постигане на консенсус (20) с цел определяне на стандарти за управление на физическото здраве на тази група пациенти.

Известно е, че пациентите с шизофрения имат по-лошо физическо здраве и намалена продължителност на живота в сравнение с общата популация (18). Факторите, които влияят върху здравето на пациентите с шизофрения и допринасят за тези резултати са: по-чести физически съпътстващи заболявания, в сравнение с общата популация (9), генетична предразположеност към определени заболявания (8-9), навици на хранене и заседналият начин на живот (23), високи нива на тютюнопушене и злоупотребата с наркотични вещества (10-12), ограничен достъп до редовни здравни услуги (19), и потенциални неблагоприятни събития,

*Русенски университет „Ангел Кънчев”,  
Факултет Обществено здраве и здравни грижи,  
Катедра Здравни грижи и ЦПЗ Русе  
ЕООД, отделение Съдебна психиатрия*

**Interventions for healthy lifestyle when managing physical health of patients with schizophrenia (literature review and analysis of the needs of developing integrated programs for healthy lifestyle for patients with schizophrenia)**

*The purpose of this report is to highlight the efficacy of interventions for healthy lifestyle (based on diet, exercise and training in skills for healthy living) when managing of the risk factors (smoking, diabetes, hypertension, dyslipidemia, metabolic syndrome and obesity) for cardiovascular disease in patients with schizophrenia. This motivated on the one hand the need to develop integrated programs for healthy lifestyle to help improve physical health of people with schizophrenia. These programs can help improve the quality of life of patients with schizophrenia. On the other hand is necessary to develop a methodology for training teachers for learning in skills for healthy lifestyle for patients with schizophrenia.*

настъпили по време на фармакологично лечение (15).

Сърдечно-съдовите заболявания са сред най-честите причини за смърт при пациенти с шизофрения. За това намаляване на риска от развитие на сърдеч-

но-съдови заболявания при тези пациенти е от решаващо значение. Основните рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания в общата популация са: тютюнопушене, захарен диабет, хипертония, дислипидемия, метаболитен синдром и затлъстяване.

Две изследвания (4,22) сравняват стила на живот на хора с шизофрения, живеещи в общността и хора с по-нисък социален статус на живот. И двете показват, че хората с шизофрения правят много по-лош избор по отношение на храната, правят по-малко физически упражнения и пушат много повече от контролната група в общата популация (75%-92% срещу 30%-40%).

Пушенето има значение за медикаментозната терапия, т. к. се индуцират чернодробните ензими, което повишава метаболизма на психотропните лекарства и на пушачите са необходими по-високи нива психотропни лекарства за постигането на същите кръвни нива като при непушачите. Освен това спирането на пушенето е по-трудно за човек с психично заболяване.

Хората с шизофрения са изложени на повишен риск от развитие на захарен диабет (13,25). Наличието на захарен диабет, приблизително удвоява риска на пациентите с шизофрения от развитие на сърдечно-съдови заболявания (12).

При пациенти с шизофрения дислипидемията се среща по-често отколкото в общата психиатрична популация (6). Според Алисън и Кейси (Allison & Casey, 2001; цит. по (8)) от 151 души с диагноза шизофрения - 51% от мъжете и 59% от жените са клинично затлъстели, а този процент сред хората с други психиатрични разстройства е 33% т.е при хората с шизофрения тенденцията към напълняване е по-изразена. Mc Creadie, 2003 е установил и, че жените с шизофрения е много по-вероятно (в сравнение с жените в общата популация) да имат наднормено тегло. Освен преките соматични последици от затлъстяването хората със

затлъстяване са подложени и на стигматизиращо отношение, те изпадат в социална изолация и самооценката и качеството им на живот намалява. Хората с шизофрения посочват, че покачването на теглото им предизвиква силен стрес и води до негативен ефект от медикаментозното лечение. Може би по тази причина затлъстяването е свързано с по-ниско придържане към предписаното лекарствено лечение. В сравнение с болните без този проблем, при пациенти със затлъстяване е 13 пъти по-вероятно те да изискват текущата им антипсихотична терапия да бъде прекратена поради напълняването; също така е 3 пъти по-вероятно тези пациенти просто да престанат да следват лечебните предписания (17). Хората с шизофрения свързват напълняването и започването на болестта. Това се потвърждава и в изследване от 2004г. проведено от Weiser, Knobler, Lubin, Nahon, Kravitz, Caspi, Noy, Knobler, and Davidson (цит. по (2)) - млади мъже с шизофрения, очевидно покачват теглото си – в сравнение с връстниците си. Сред възможните връзки се посочват антипсихотичните лекарствени средства, нездравословните навици на хранене и липсата на адекватно физическо натоварване.

Затлъстяването допринася за повишаване на риска от развитие на захарен диабет, исхемична болест на сърцето, хипертония, инсулт, заболявания на жлъчния мехур и остеоартрит. Всички тези фактори може да доведат до по-нататъшно повишаване на заболяемостта и смъртността на пациентите (3,12,14).

При пациенти с шизофрения честотата на метаболитния синдром е 40% - 60% в сравнение с 27% за общата популация (25).

Известно е, че физическата активност намалява смъртността от разстройства на сърдечно-съдовата система, подобрява липидния профил, подобрява глюкозния толеранс, отразява се положително на затлъстяването и повишеното кръвно налягане.

Поради съществуващата взаимосвързаност и взаимна зависимост между рисковите фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания, подобряването на един от тях (вкл. и чрез програми за обучение в здравословен начин на живот), може да доведе до едновременно подобряване на другите фактори. Това е особено очевидно в случаите на затлъстяване, когато сравнително малка загуба на тегло в резултат на промяна в хранителния режим и физически упражнения води до понижаване на кръвното налягане (7). Дори умерена загуба на тегло (10% или по-малко) е свързана с подобряване на действието на инсулина и с понижаване на кръвната захар на гладно (21).

От казаното до тук може да се направи извода, че има необходимост от познания за компенсирание на дефицита на физическо здраве при пациентите с шизофрения, породен от психичното им заболяване. Тези познания биха стимулирали желанието у всеки пациент за по-високо качество на живота му.

Изложените до тук данни (от проведени клинични проучвания) показват важността от изготвянето и прилагането на програми, ориентирани към решаването на проблемите с храненето и физическото натоварване при лица с шизофрения. Съществени в този аспект са няколко изследвания – международни и национални положителни практики:

1. Първото е проведено от Hutchinson, Skrinar, & Cross през 1999г. (24). Изследвана е група от 37 пациенти с психични разстройства. Те са окуражени да правят три пъти седмично физически упражнения, съобразени с индивидуалните потребности и възможности на всеки. След 15 – 20 седмици авторите отчитат ред промени: подобро функциониране на сърдечно-съдовата система, значително повишаване на цялостната самооценка, подобрени отношенията с членовете на семействата им. Авторите подчертават, че трябва да се обърне сериозно внимание на цялостната мотивация на участниците да водят по-здравословен начин на живот, а не само да следват предписанията на терапевтичния екип за известно време.
2. Второто изследване е проведено през 2005г. от Skrinar, Huxley, Hutchinson, Menninger, & Glew (24). В него са включени 30 лица, които по случаен принцип са разпределени в две групи. Експерименталната група участва в програма за здравословен начин на живот. Това означава всяка седмица участие в 4 сесии за физически упражнения и в един семинар за здравето (в рамките на 12 седмици). В рамките на семинарите (всеки с продължителност 30 до 45 минути) са разглеждани въпроси на здравословното хранене, възможности за контрол над собственото тегло, адекватното количество физически упражнения, техники за овладяване на стреса, избор на диета, начин на живот и други. Установено е, че редовните упражнения потискат консумацията на храна и подобряват самоконтрола.
3. През 2010г. в България е разработена програма за рехабилитация „Обучение в умения за здравословен начин на живот – път към здравето“ (с оригинално название „Solutions for Wellness“). Програмата е реализирана от Амбулатория за психично здраве “Адаптация” – София, с подкрепата на фармацевтична компания Eli Lilly (1). Това е образователна програма за храненето, двигателната активност, доброто самочувствие и здравословния начин на живот за пациенти с тежки психични разстройства. Целта на програмата е да информира, обучи и тренира участниците в умения, чрез които те биха могли да подобрят храненето, двигателната активност и начина си на живот. Програмата е посветена

на на две основни области. Първата е свързана с храненето и връзката му със здравословния начин на живот и подобряването на здравето. По-специално, обсъждат се здравословните проблеми, свързани с неподходящо хранене и се коментират възможни препоръки за оптимизиране на диетата и режима на хранене. Участниците в програмата си поставят конкретни цели по пътя към здравословния начин на живот, правят план за дейности и дефинират лични стратегии за подобряване на навиците си на хранене. Също така, участниците са окуражени да привлекат близки, приятели и други загрижени за тях хора (каквито са професионалистите, например) в получаването на подкрепа за запазване на здравословния начин на живот. Втората област на програмата е свързана с физическото състояние и значението на физическа активност за поддържане и подобряване на здравето. В нея се коментират често срещани препятствия, затрудняващи хората да са физически активни; участниците научават кои са признаците за слаба физическа форма и какви са ползите от физическата активност. В програмата ясно се отчита, че простото съобщаване на информация далеч не е достатъчно; участниците са окуражени да си поставят цели, да съгласуват физическата активност с всекидневния си ритъм и да потърсят достъпни ресурси в непосредственото си обкръжение. Тази програма е все още на етап адаптация към местните условия, към нуждите и очакванията на пациентите.

Следователно изготвянето и прилагането на програми, ориентирани към решаването на проблеми, свързани с храненето и физическото натоварване при лица с шизофрения, както и придобиването на умения за здравословен начин на живот ще доведе до управление на рисковите фактори за развитие на сърдеч-

но-съдовите заболявания при тази група пациенти.

Всичко това обуславя необходимостта от разработване на такива програми, което ще подпомогне подобряването на физическото здраве на пациентите с шизофрения. Осъществяването на тези програми ще допринесе и за повишаване качеството на живот на пациентите с шизофрения. От друга страна желанието на тези пациенти да се грижат повече за здравето си може да се разглежда като важна част от процеса на възстановяването им. Това със сигурност ще улесни процеса на приемане на заболяването и последиците, свързани с него и ще допринесе за повишаване на готовността на тези пациенти да провеждат лечение.

За да може да се провежда качествено обучение на хора с шизофрения в умения за здравословен начин на живот е необходимо в общността да има достатъчен брой обучени специалисти (медицински сестри, кинезитерапевти и ерготерапевти), които да могат да осъществят обучението.

В отговор на потребността от обучени специалисти (медицински сестри, кинезитерапевти и ерготерапевти) в общността, които да осъществят обучението на хората с шизофрения през 2011г. във Факултет Обществено здраве и здравни грижи на Русенски университет съвместно с ЦПЗ Русе ЕООД стартира проект по Фонд „Научни изследвания“ на тема „Разработване на методика за подготовка на обучители за работа с възрастни хора с шизофрения в умения за здравословен начин на живот“. По проекта се разработва теоретичен модел, основан на медицински и психо-социални характеристики на възрастни хора с шизофрения, за ефективно въздействие върху начина и качеството им на живот, както и комплекс от кинезитерапевтични програми и ерготерапевтични подходи, основан на изведения теоретичен модел. Подборът на съдържанието и структурата на обучителна програма, разработената ме-

тодика за прилагането на обучителната програма, както и получените резултати и анализа им ще са обект на бъдещи публикации.

### Използвана литература

1. Германов Д, Сотиров В „Пътят към здравето – здравословен живот с тежка психична болест”: <http://psihichnozdrave.com/old/forum/viewtopic.php?t=908&sid=4b00bcfcfed848e558a33105976070da>
2. Amani, R.: Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? *BMC Psychiatry* 2007, 7:15
3. Bellivier F: Schizophrenia, antipsychotics and diabetes: genetic aspects. *Eur Psychiatry* 2005, 20(Suppl 4):S335-S339.
4. Brown WV, Fujioka K, Wilson PW, Woodworth KA: Obesity: why be concerned? *Am J Med* 2009, 122(Suppl 1):S4-S11.
5. Brown CH, Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C, Dickerson F et al.: “Physical activity patterns in adults with severe mental illness”; *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193 (10).
6. Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB, Johnson JA: Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: a population-based study. *Schizophr Res* 2010, 117:75-82.
7. Bushe C, Haddad P, Peveler R, Pendlebury J: The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2005, 19(Suppl):28-35.
8. Connolly, M. & Kelly, C.: Lifestyle and physical health in schizophrenia; *Advances in Psychiatric Treatment* (2005), vol. 11
9. Dickey B, Normand SL, Weiss RD, Drake RE, Azeni H: Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2002, 53:861-867.
10. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL: Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *J Psychiatry* 2007, 164:402-408.
11. Green AI, Brown ES: Comorbid schizophrenia and substance abuse. *J Clin Psychiatry* 2006, 67:e08.
12. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, Bierer M, Duckworth K, Sacks FM: Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:183-194.
13. Gough SC, O'Donovan MC: Clustering of metabolic comorbidity in schizophrenia: a genetic contribution? *J Psychopharmacol* 2005, 19(Suppl):47-55.
14. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH: The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009, 9:88.
15. Haddad PM, Sharma SG: Adverse effects of atypical antipsychotics: differential risk and clinical implications. *CNS Drugs* 2007, 21:911-936.
16. Hutchinson, D., Skrinar, G., & Cross, C.: The Role of Improved Physical Fitness in Rehabilitation and Recovery; *Psychiatric Rehabilitation Journal*; spring 1999; Volume 22; Number 4
17. Kurzthaler I, Fleischhacker W.: The clinical implications of weight gain in schizophrenia; *The Journal of clinical psychiatry* 2001; 62 Suppl 7:32-7.
18. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N: Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007, 116:317-333.
19. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin JM, Kilian R, Kornfeld A, Toumi M,

- EuroSC Study Group: Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: findings from the EuroSC study. J Nerv Ment Dis 2008, 196:87-94.*
20. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Davis JM, Kane JM, Lieberman J, Schooler NR: *The Mount Sinai conference on the pharmacotherapy of schizophrenia. Schizophr Bul 2002, 28:5-16.*
21. McKibbin CL, Patterson TL, Norman G, Patrick K, Jin H, Roesch S, Mudaliar S, Barrio C, O'Hanlon K, Griver K, Sirkin A, Jeste DV: *A lifestyle intervention for older schizophrenia patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. Schizophr Res 2006, 86:36-44. Epub 2006 Jul 12*
22. McCreadie, R. G. on behalf of the Scottish Schizophrenia Lifestyle Group: *Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. Descriptive study; British Journal of Psychiatry (2003), 183*
23. Phelan M, Stradins L, Morrison S: *Physical health of people with severe mental illness. BMJ 2001, 322:443-444.*
24. Skrinar, G., Huxley, N., Hutchinson, D., Menninger, E. & Glew, P.: *The Role of a Fitness Intervention on People with Serious Psychiatric Disabilities; Psychiatric Rehabilitation Journal, Fall 2005, Volume 29, Number 2*
25. von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindström E, Jones P: *Schizophrenia and physical health problems. Acta Psychiatr Scand Suppl 2009, 438:15-21.*

**Адрес за кореспонденция:**

гл. ас. д-р Николина Станчева  
Ангелова-Барболова д.м.,  
Русенски университет „Ангел  
Кънчев”, Факултет Обществено  
здраве и здравни грижи, Катедра  
Здравни грижи и ЦПЗ Русе ЕООД,  
началник отделение Съдебна  
психиатрия