

Depresja i otyłość



*Prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek
Dr hab. n. med. Michał Lew-Starowicz*

WSTĘP

Można opisać liczne wielokierunkowe związki pomiędzy zaburzeniami nastroju a przyrostem masy ciała.

Nieprzypadkowo na przełomie XX i XXI wieku spotkały się dwie plagi, istotnie wpływające na stan zdrowia i śmiertelność społeczeństwa – depresja oraz otyłość.

Wyniki badania Global Burden of Disease 2010 sugerują, że zarówno otyłość, jak i zaburzenia psychiczne należą do najważniejszych problemów zdrowotnych współczesności, a ich współwystępowanie może stanowić poważne zagrożenie dla pacjentów.

SPIS TREŚCI

Czym jest otyłość?	6
Dlaczego otyłość brzuszna jest niekorzystna dla zdrowia?	7-10
Jak rozpoznajemy otyłość?	11
Otyłość i zaburzenia psychiczne	12
Depresja	13
Otyłość i depresja - wspólne mechanizmy	14-15
Stres i jedzenie	16
Depresja i apetyt	17
Leczenie farmakologiczne	18
Otyłość a przebieg depresji i jej leczenia	19-20
Depresja i otyłość a sen i seks	21
Czy można wyleczyć depresję i otyłość?	22-29
Bibliografia	30

Czym jest otyłość?

Zgodnie z powszechnie przyjętą definicją otyłość jest to nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie, przekraczające jego fizjologiczne potrzeby i możliwości adaptacyjne. Za otyłość uważa się stan, w którym tkanka tłuszczowa stanowi więcej niż 20% całkowitej masy ciała u mężczyzn oraz 25% u kobiet. Otyłości towarzyszy nadwaga, czyli nadmierna masa ciała, tj. powyżej masy optymalnej. Ogromne znaczenie dla zdrowia ma nie tylko ilość, ale również rozmieszczenie tej nadmiarowej tkanki tłuszczowej. Zgromadzenie jej w obrębie jamy brzusznej określa się mianem **otyłości brzusznej** (inaczej otyłość androidalna, trzewna, wisceralna, "o kształcie jabłka"). To właśnie ona ma największy udział w powstawaniu powikłań zdrowotnych. Inną formą nagromadzenia tkanki tłuszczowej jest jej równomierne rozłożenie lub zgromadzenie pod skórą dolnej połowy ciała tworząc **otyłość pośladkowo - udową** (gynoidalną, "o kształcie gruszki"). Ta ostatnia występuje przede wszystkim u kobiet, służy jako rezerwuuar tłuszczu i charakteryzuje się powolnym metabolizmem¹.



¹Metabolizm oznacza w uproszczeniu całokształt reakcji chemicznych zachodzących w komórkach naszego organizmu i związanych z przemianami energii. Tkanka tłuszczowa stanowi swoisty „zapas energii” dla organizmu. Nadmierne jej gromadzenie świadczy o dostarczaniu nadmiernych ilości tłuszczu wraz z pożywieniem lub przyjmowania zbyt dużych ilości innych źródeł energii (przede wszystkim węglowodanów), które są wykorzystywane przez organizm w pierwszej kolejności. Odpowiednio zbilansowana dieta oraz aktywność fizyczna przyspiesza procesy metaboliczne związane ze „spalaniem” energii i zapobiega przybieraniu na wadze.

Dlaczego otyłość brzuszna jest niekorzystna dla zdrowia?

Otyłość brzuszna jest sama w sobie **poważnym schorzeniem** prowadzącym do szeregu zaburzeń, do których należą przede wszystkim:

- Hiperinsulinemia - nieproporcjonalnie wysoki poziom hormonu trzustkowego insuliny we krwi w odniesieniu do poziomu cukru - glukozy (inaczej glikemii). Prowadzi do niekontrolowanych wahań glikemii i związanych z tym stanów zmęczenia, wahań ciśnienia tętniczego; ponadto sprzyja dalszemu przybieraniu na wadze, może prowadzić do rozwoju zjawiska insulinooporności oraz cukrzycy.
- Insulinooporność - stan obniżonej wrażliwości komórek organizmu na insulinę prowadzący do dalszego nadmiernego i obciążającego trzustkę jej uwalniania oraz rozwoju cukrzycy.
- Hiperlipidemia - podwyższenie poziomu cholesterolu (szczególnie szkodliwy jest wzrost frakcji LDL - lipoprotein o niskiej gęstości) i trójglicerydów we krwi prowadzące do przyspieszenia rozwoju zmian miażdżycowych w naczyniach krwionośnych.
- Miażdżycza naczyń krwionośnych - szczególnie tętnic (arterioskleroza), oznacza zmiany zwyrodnieniowe w obrębie błony wewnętrznej i środkowej naczynia prowadzące do zwężenia jego światła, zmniejszonej zdolności rozkurczania i powstawania zmian zakrzepowych, a w następstwie do wzrostu ciśnienia krwi, ograniczenia przepływu krwi przez to naczynie i osłabienia dostarczania tlenu i substancji odżywczych do zaopatrywanych przez nie narządów i tkanek (np. serca, mózgu, mięśni kończyn).
- Zespół metaboliczny - stanowi konstelację zaburzeń będących jednocześnie czynnikami ryzyka przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, które występując łącznie stanowią znacznie większe zagrożenie. Należą do nich otyłość, zaburzenia lipidowe, podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi i nieprawidłowo wysoki poziom glikemii lub cukrzycy.

Rozpoznanie zespołu metabolicznego

według kryteriów International Diabetes Federation (2006) stawia się w przypadku współistnienia:

- Otyłości brzusznej: obwód talii/pasa ≥ 94 cm dla mężczyzn i ≥ 80 cm dla kobiet (wartości podano dla rdzennych Europejczyków, różnią się nieznacznie w przypadku przedstawicieli innych grup etnicznych)
- Podwyższony poziom trójglicerydów ≥ 150 mg/dL lub leczona hipertrójglicydemia
- Obniżony poziom frakcji HDL cholesterolu < 40 mg/dL u mężczyzn i < 50 mg/dL u kobiet lub leczenie tego zaburzenia
- Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego (skurczowe ≥ 130 i rozkurczowe ≥ 85 mmHg)
- Podwyższony poziom glikemii na czczo ≥ 100 mg/dL lub rozpoznanie cukrzycy typu 2

Konsekwencją wymienionych zaburzeń jest **zwiększenie ryzyka chorób** takich, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, czy choroba niedokrwienna serca popularnie nazywana „chorobą wieńcową”. Z kolei typowym następstwem tych chorób jest zawał mięśnia sercowego, udar mózgu i zwiększenie ryzyka przedwczesnej śmierci z rzeczonych powodów. Do innych powikłań związanych z otyłością należą choroby zwyrodnieniowe kości i stawów, zwiększone ryzyko niektórych nowotworów (np. rak trzustki, pierwotny rak wątroby, rak jelita grubego, rak sutka). W przypadku wieloletniej lub nieskutecznie leczonej cukrzycy, często dochodzi do uszkodzenia układu nerwowego i naczyniowego, zaburzeń czucia, krzepnięcia oraz gojenia się ran, co może prowadzić do tzw. stopy cukrzycowej - niegojących się ran i ognisk martwicy prowadzących często do konieczności amputacji kolejnych odcinków kończyny.



Reasumując, otyłość wiąże się z poważnymi powikłaniami zdrowotnymi i **skróceniem długości życia**. Osoby otyłe postrzegane są nieraz, jako starsze niż wynika to z ich wieku metrykalnego. Bardzo często mają poczucie **obniżonej jakości życia**. Wiąże się to z oddziaływaniem licznych czynników biologicznych, psychologicznych oraz społecznych:

- Pogłębiająca się niepełnosprawność wynikająca z rozwoju chorób związanych z otyłością
- Ryzyko stopniowego uzależnienia od pomocy ze strony innych osób
- Częstsze uleganie wypadkom
- Mniejsza odporność na ból
- Gorsze funkcjonowanie w relacjach społecznych i zawodowych
- Niższe zarobki
- Trudności ze znalezieniem stałego partnera/ki
- Problemy sfery seksualnej

Nie trzeba chyba podawać więcej argumentów przemawiających za tym, że należy zapobiegać powstawaniu otyłości lub konsekwentnie ją zwalczać i leczyć.

Jak rozpoznajemy otyłość?

Nie jest to trudne i nie wymaga wykształcenia medycznego.

Podstawowym parametrem oceniającym całkowitą masę ciała i otyłość jest tzw. **BMI (wskaźnik masy ciała)**. Oblicza się go jako iloraz masy ciała w kilogramach i podniesionej do kwadratu wartości wzrostu liczonego w metrach.

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} / \text{wzrost (m)}^2$$

Za wartości prawidłowe BMI przyjmuje się wyniki od **18.5 do 25**. Jak widać, zakres normy jest dosyć szeroki. Wynika to różnych typów budowy ciała, np. wysoka, wysportowana kobieta o budowie lekkoatletycznej będzie prawdopodobnie miała BMI w dolnym zakresie normy, a atletyczny mężczyzna znajdzie się w jej górnych wartościach. Wskaźnik BMI stosuje się do oceny osób dorosłych (u dzieci stosowane są tzw. siatki centylowe).

BMI 25-30 to nadwaga, 30-35 - I stopień otyłości, 35-40 - II stopień otyłości, > 40 - III stopień otyłości (otyłość olbrzymia).

Należy jednak pamiętać, o czym wspomniano już wcześniej, że kluczowe znaczenie dla zdrowia ma rozmieszczenie tkanki tłuszczowej. Z tego względu ocena otyłości obejmuje szereg innych parametrów takich, jak obwód talii (norma europejska to 80 cm dla kobiet i 94 cm dla mężczyzn), wskaźnik talia-biodra (**WHR** – *ang. waist-hip ratio*, stosunek obwodu talii do obwodu bioder; u kobiet norma to <0.85, u mężczyzn <1.0) oraz pomiar grubości fałdów tkanki podskórnej za pomocą specjalnego cyrkla i badanie składu ciała przy pomocy wyspecjalizowanych urządzeń.

Otyłość i zaburzenia psychiczne

Otyłość jest bardzo istotnie powiązana z różnego **typu zaburzeniami** psychicznymi. U dotychczas nieleczonych osób chorujących na **schizofrenię**, przed rozpoczęciem farmakoterapii otyłość stwierdzano trzykrotnie częściej niż u osób zdrowych. Istotnie częstsze były także zaburzenia metabolizmu glukozy. Stosowanie leków przeciwpsychotycznych dodatkowo zwiększa ryzyko przyrostu masy ciała. Rozpowszechnienie zespołu metabolicznego w tej grupie chorych jest bardzo wysokie i wynosi 37–63%. Jest ono, zatem 2–3 razy większe niż w populacji ogólnej, gdzie występuje w 20–25%.

Wiele badań wskazuje, iż otyłość często współwystępuje u chorych z **zaburzeniami nastroju - depresją** (patrz poniżej) oraz **chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD)**. Zaobserwowano również, że związek pomiędzy BMI i zaburzeniami nastroju jest szczególnie silny u pacjentów z otyłością o znacznym stopniu zaawansowania oraz u kobiet. Co gorsza, u osób z otyłością oraz z zaburzeniami nastroju (szczególnie z ChAD) leczenie często jest mniej skuteczne niż u pacjentów z prawidłową masą ciała. Do takiego wniosku prowadzą wyniki badań sugerujące, że współwystępowanie otyłości i ChAD wiąże się z większym stopniem niesprawności (wyrażającym się m.in. upośledzeniem czynności poznawczych takich, jak pamięć, koncentracja i uwaga), większą nawrotowością i bardziej przewlekłym przebiegiem choroby. Otyłość wiąże się również z częstszym współwystępowaniem kilku zaburzeń psychicznych, słabszą odpowiedzią na terapię z użyciem leku stabilizującego nastrój oraz bardziej niekorzystnym przebiegiem choroby z tzw. szybkimi zmianami faz (ang. rapid cycling) i częstszym występowaniem myśli lub tendencji samobójczych.

Stwierdzono istnienie zależności między pojawianiem się otyłości a **zaburzeniami lękowymi**, na przykład napadami **lęku panicznego** czy **agorafobią** (lęk pojawiający się podczas przebywania na otwartej przestrzeni i miejscach publicznych oraz unikanie takich miejsc). Lęk pojawia się w populacji osób otyłych ponad dwa razy częściej niż u ludzi, których wskaźnik masy ciała BMI pozostaje w normie. Otyłość oraz związane z nią schorzenia przyczyniają się także do zwiększenia ryzyka rozwoju **zespołów otępiennych**.



Depresja

Słowo „depresja” jest pojęciem niejednoznacznym. W języku potocznym oznacza stan chwilowego przygnębienia, chandry, obniżenia nastroju. Stwierdzenie „jestem w depresji” bywa używane zamiast bardziej adekwatnego „jest mi smutno”. W psychiatrii natomiast odnosi się do całego zespołu objawów, wśród których obniżenie nastroju stanowi kluczowy, lecz nie jedyny element. Dolegliwości powodują cierpienie i poważne upośledzenie normalnego funkcjonowania, są zjawiskiem chorobowym i zazwyczaj wymagają fachowej pomocy.

Niemal we wszystkich krajach Europy obserwuje się wyraźny i szybki wzrost liczby przyjęć do szpitali z powodu depresji. Roczna chorobowość szacowana jest na 3%, co oznacza, że ok. 100 mln ludzi na kuli ziemskiej przejawia w tym czasie kliniczne objawy depresji i wymaga leczenia psychiatrycznego. Uważa się, że w krajach Europy Zachodniej wskaźnik ten wynosi ok. 4% dla całej populacji. Ryzyko zachorowania na depresję w ciągu życia waha się od 10 do 25% dla kobiet i od 5 do 12% dla mężczyzn. Na zaburzenia depresyjne cierpi aż 15% osób zgłaszających się z powodu różnych dolegliwości do lekarza!

Otyłość i depresja – wspólne mechanizmy

Współczesność przynosi ze sobą wiele zjawisk, które powodują większą podatność na wystąpienie depresji. Istotną rolę odgrywają tu czynniki społeczno-kulturowe jak wrogość i zubożenie w relacjach interpersonalnych, kurczenie się przestrzeni życiowej, anonimowość i „samotność w tłumie”, coraz szybsza komunikacja i wymiana informacji, nierównomierny rozwój ekonomiczno-społeczny, bezrobocie i zagrożenie utratą pracy, kryzys autorytetów i wartości. Te same czynniki mają znaczenie w rozwoju otyłości i rozpowszechnianiu się tej kolejnej plagi naszych czasów. O **związkach depresji i otyłości** mówią dane naukowe: u 30-50% osób zgłaszających się do leczenia z powodu otyłości w przeszłości występowała depresja lub zaburzenia lękowe. Kobiety zmagające się w młodości z zespołem depresyjnym w późniejszym czasie częściej niż osoby zdrowe bywają otyłe. U młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi stwierdza się wyższe BMI niż u ich zdrowych rówieśników.



Żyjemy coraz szybciej, stale pod presją czasu, konkurencji, w warunkach chronicznego stresu, a wykładnikiem szczęścia staje się poziom konsumpcji, efektywność, produktywność, pozycja społeczna. Ciągły pośpiech nie sprzyja kształtowaniu zdrowych nawyków żywieniowych, fast-food zastępuje wielu osobom rodzinne obiady przy wspólnym stole, a przelotne, często jedynie „biznesowe” znajomości – bliskość i przyjaźń. Poczucie samotności i nadmiar stresu próbujemy rozładować opróżniając lodówkę, przyjemności dostarcza tabliczka czekolady czy paczka chipsów pochłonięta przed telewizorem. W pewnym momencie frustracja zmienia się w poczucie beznadziejności, świat traci barwę, mamy wrażenie, że ktoś zgasił światło i, jak pisał Kępiński: *„przyszłość zmienia się w czarną ścianę nie do przebycia, a przeszłość – w pasmo ciemnych wydarzeń obciążających (...) poczuciem winy (...) Każda decyzja staje się niesłychanie trudna, najbliższe sprawy urastają do problemów, których niepodobna rozwiązać”*. To już są klasyczne objawy depresji. Tak więc jednym z punktów stycznych pomiędzy zaburzeniami nastroju a otyłością jest współczesna cywilizacja, ze swoimi obciążeniami, osamotnieniem człowieka w tłumie, zatraceniem prostych wartości i źródeł szczęścia.

Życie wymusza na nas, byśmy byli kreatywni, produktywni, efektywni. Jesteśmy stale bombardowani wizerunkiem świata z reklam, a wykładnikiem naszej wartości jest to, czy jesteśmy piękni, młodzi, zdrowi i bogaci. W tym kontekście dla wielu nadwaga staje się problemem nie tylko zdrowotnym, ale przede wszystkim społecznym. Osoba otyła często jest przekonana, że ma mniejsze szanse zatrudnienia i awansu zawodowego oraz że jest mniej atrakcyjna towarzysko i jest postrzegana, jako ktoś gorszy. I rzeczywiście, zwłaszcza wśród nastolatków, otyli bywają wyśmiewani, odrzuceni i samotni. To – na zasadzie błędnego koła – powoduje dalsze „zajadanie stresu” i tycie „na złość całemu światu.”

Stres i jedzenie

Warto przyjrzeć się nieco bliżej zjawisku jedzenia pod wpływem stresu. Przyczyną jest chronicznie doświadczane napięcie, z którym człowiek nie potrafi sobie poradzić przy pomocy konstruktywnych rozwiązań. W sytuacjach stresowych traci kontrolę nad swoją rygorystycznie przestrzeganą dietą i pochłania duże ilości, zwykle wysokokalorycznego jedzenia. Przyjmowanie pokarmu staje się zastępczą reakcją organizmu na stan zagrożenia i zastępuje naturalny mechanizm walki. Jedzenie daje ukojenie i przyjemność, nieświadomie kojarzy się z poczuciem bezpieczeństwa i obecnością matki, jakiej doświadcza karmione dziecko (nie bez powodu częstym sposobem okazywania uczuć i wsparcia przez matki i babci jest „nakarmienie dziecka”). Poza tym, w obecnych czasach produkty spożywcze są łatwo dostępne i można sięgać po wybrane, ulubione produkty. W przeciwieństwie do pacjentów z bulimią², osoba cierpiąca na depresję jedząca pod wpływem stresu zwykle nie traci całkowicie kontroli i jest w stanie zaprzestać jedzenia. W trudnych chwilach poprzez jedzenie doświadcza jednakże ulgi, spadku napięcia i zmniejszenia niepokoju. A pokusa tej ulgi jest często nie do odparcia. Odmienną reakcją na wyzwania współczesnego życia może być nadmierne, niekontrolowane odchudzanie się, grożące jadłowstrętem psychicznym (anorexia nervosa). Wystąpienie objawów depresji stanowi częste powikłanie zasygnalizowanych wyżej problemów.

² *Bulimia - zaburzenie charakteryzujące się napadami objadania się oraz następujących po nich zachowań kompensacyjnych takich, jak prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie się, głodówki lub intensywne ćwiczenia fizyczne.*

Depresja i apetyt

Klasyczne objawy zespołu depresyjnego obejmują najczęściej brak apetytu i spadek masy ciała. W trakcie epizodu depresji, zwłaszcza trwającego dość długo, pacjenci stają się często wychudzeni, wręcz wyglądają na wyniszczonych. W miarę poprawy stanu psychicznego powraca apetyt, a wraz z nim zwiększa się ilość zjadanego pokarmu i masa ciała. Organizm stara się niejako nadrobić to, co utracił. Nierzadko towarzyszy temu tzw. „efekt jo-jo”, podobnie jak po okresie bardzo restrykcyjnej diety.

Nie każda depresja odbiera chęć jedzenia. Wyodrębniono podtyp depresji – tzw. **depresję atypową** (zalicza się do niej na przykład depresję sezonową), której towarzyszy zwiększony apetyt, zwłaszcza na węglowodany, i w konsekwencji tycie. W atypowej depresji pojawia się ponadto nadmierna senność, szybkie odczuwanie zmęczenia, nadwrażliwość na odrzucenie w relacjach interpersonalnych. Nastroj jest zwykle umiarkowanie obniżony i – w przeciwieństwie do tzw. endogennych zespołów depresyjnych – ulega poprawie pod wpływem pozytywnych bodźców (np. życzliwość ze strony otoczenia).



Leczenie farmakologiczne

Pacjenci leczeni z powodu zespołów depresyjnych najczęściej przyjmują **leki przeciwdepresyjne**, u części chorych stosowane są dodatkowo preparaty **przeciwłękowe** oraz **nasenne**. W przypadku depresji występującej w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, w terapii wykorzystywane są przede wszystkim preparaty, których zadaniem jest zapobieganie nasilonym wahaniom nastroju prowadzącym do wystąpienia fazy depresyjnej lub maniakalnej (w tym celu stosowane są tzw. **stabilizatory nastroju** oraz **leki przeciwpsychotyczne**). Wymienione grupy leków mogą wywierać zróżnicowany wpływ na apetyt oraz metabolizm, a część z nich, niestety, sprzyja przybieraniu na wadze. Dotyczy to w szczególności leków przeciwpsychotycznych, a także niektórych leków przeciwdepresyjnych i stabilizujących nastrój. U ponad 1/4 pacjentów stosujących leki przeciwdepresyjne dochodzi do istotnego zwiększenia masy ciała. W większości przypadków ryzyko tycia zależy w większym stopniu od czasu trwania farmakoterapii niż od dawki leku. Bardziej narażone na przyrost masy ciała są kobiety i osoby, u których jeszcze przed podjęciem leczenia występowała nadwaga. Istotne są także predyspozycje genetyczne (dziedziczne) związane z predyspozycją do tycia i sposobem reagowania na różnego rodzaju leki. Przybieranie na wadze, zaburzenia seksualne, bezsenność lub nadmierna senność to najczęstsze przyczyny niestosowania się do zaleceń lekarskich i odstawiania leków przez pacjentów. Z kolei odstawianie leków sprzyja utrzymywaniu się lub nawracaniu objawów depresji i tak powstaje kolejny mechanizm błędnego koła...

Otyłość a przebieg depresji i jej leczenia

Wyjaśniliśmy już, że współlistnienie depresji i otyłości bardzo negatywnie wpływa na leczenie, rokowanie i jakość życia pacjenta. Często dochodzi do odstawiania przez chorego leków sprzyjających przybieraniu na wadze i innym działaniom ubocznym. Do odstawienia leków dochodzi zwykle w okresie względnej poprawy stanu psychicznego. Osoba wychodząca z depresji czuje się już znacznie lepiej, chciałaby cieszyć się życiem, czuć się atrakcyjna. Zbędne kilogramy obniżają samoocenę i utrudniają powrót do życia sprzed choroby. Wszak powszechnie wiadomo, że istnieje wiele fałszywych przekonań i stereotypów związanych z otyłością. Na przykład, że problem wynika z braku samodyscypliny, a zatem osoba otyła jest generalnie niezdyscyplinowana, co czyni z niej potencjalnie gorszego pracownika. Albo, że osoba otyła jest sfrustrowana i niesympatyczna (badania dowiodły, że otyłe dzieci są mniej lubiane i odrzucane przez rówieśników). Człowiek ze znaczną nadwagą ma mniejsze szanse na znalezienie dobrej pracy, na awans, na sukces zawodowy i towarzyski, na szczęśliwy związek i na udane życie seksualne (patrz niżej). Stąd też częste stany depresyjne u osób otyłych i stąd również częsta decyzja pacjentów stosujących leki psychiatryczne o zaprzestaniu leczenia.



Konsekwencją tego jest zwiększone ryzyko nawrotu choroby i pogorszenie jej przebiegu. Zatem, jest niezwykle istotne, aby kwestie przyrostu masy ciała pod wpływem leczenia (patrz niżej) przedyskutować z lekarzem i wspólnie wypracować optymalną strategię terapeutyczną.

Konsekwencje współistnienia depresji i otyłości:

- Gorsza współpraca pacjenta z lekarzem
- Unikanie kontaktów i wycofanie społeczne
- Obniżenie jakości życia
- Stygmatyzacja³ i dyskryminacja
- Większe nasilenie depresji
- Większe ryzyko utraty pracy, inwalidyzacji
- Myśli i tendencje samobójcze

³ Stygmatyzacja oznacza negatywne naznaczenie społeczne („przypięcie etykietki”), deprecjonowanie i zaniżenie wartości jednostki, w oparciu o zero-jedynkową ocenę spowodowaną występowaniem u osoby danej cechy/charakterystyki, np. choroby, elementu wyglądu, ekspresji, pochodzenia itp. U osoby poddanej stygmatyzacji rozwijane są typowo mechanizmy nieufności i izolowania od otoczenia, obniżenia poczucia własnej wartości, tzw. „wyuczonej bezradności” i „samospełniającego się proroctwa” wynikającego z myślenia o sobie i postępowania zgodnie z tym, jak jest postrzegana przez otoczenie. Osoby poddane stygmatyzacji typowo przeżywają stany obniżonego nastroju i lęku, są bardziej podatne na występowanie zaburzeń depresyjnych.

Depresja i otyłość a sen i seks

Osoby cierpiące na depresję bardzo często doświadczają **zaburzeń rytmu snu i czuwania**. Typowymi objawami są płytki, nieregenerujący sen, częste wybudzenia oraz budzenie się wcześniej rano i problemy z ponownym zaśnięciem. W konsekwencji pogarsza się funkcjonowanie w ciągu dnia na skutek zmęczenia, zwiększa się ryzyko występowania rozdrażnienia, zaburzeń koncentracji i pamięci, popełniania błędów w pracy oraz wypadków. Korzystanie w celu poprawy snu z alkoholu i leków nasennych nie poprawia w wystarczającym stopniu jego, jakości i wiąże się z ryzykiem uzależnienia. Część osób z depresją może odczuwać wzmożoną senność, zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy, będącą formą „przespania” złego nastroju i problemów. Z kolei osoby otyłe są bardziej narażone na występowanie **zaburzeń oddychania podczas snu** (tzw. bezdech obturacyjny), które powodują okresy niedotlenienia, wybudzenia i brak efektywnego wypoczynku. W konsekwencji zwiększa się ryzyko chorób układu krążenia oraz występują typowe zmęczenie i senność w ciągu dnia, które wpływa dodatkowo niekorzystnie na przebieg depresji oraz utrudnia podejmowanie aktywności potrzebnej zarówno w walce z otyłością, jak i z samą depresją. Kolejnym istotnym następstwem zaburzeń snu jest wystąpienie **dysfunkcji seksualnych** – przede wszystkim zaburzeń pożądania i podniecenia. Otyłość sprzyja także występowaniu zaburzeń hormonalnych, a wraz z powikłaniami pod postacią cukrzycy i zaburzeń krążenia prowadzą do powstawania **zaburzeń erekcji** (wzwodu) u mężczyzn. Z kolei zaburzenia seksualne i związane z nimi problemy w relacjach partnerskich sprzyjają powstawaniu lub pogłębianiu istniejących zaburzeń nastroju. W ten sposób tworzy się jeszcze jeden mechanizm błędnego koła pogarszającego stan psychiczny i fizyczny pacjenta.



Czy można wyleczyć depresję i otyłość?

Głównym celem leczenia depresji jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej oraz remisji objawowej, a następnie zapobieganie wczesnemu nawrotowi objawów, usunięcie rezydualnych (przetrwających) objawów depresji i powrót pacjenta do poziomu funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego odpowiadającego stanowi sprzed choroby. W zaburzeniach depresyjnych o umiarkowanym i głębokim nasileniu leczeniem z wyboru jest farmakoterapia za pomocą leków przeciwdepresyjnych. W łagodniej depresji niekiedy również stosuje się leki przeciwdepresyjne, jednak interwencje psychoterapeutyczne i psychospołeczne mogą być wystarczające.

Podstawowe informacje o lekach przeciwdepresyjnych:

- Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają
- Należy lek zażywać codziennie, zgodnie z zaleceniem
- Działanie terapeutyczne może być widoczne dopiero po 2-4 tygodniach – nie należy bez konsultacji z lekarzem odstawiać leku mimo braku zauważalnej poprawy
- Nie należy odstawiać samodzielnie leku nawet przy dobrym samopoczuciu, gdyż grozi to pogorszeniem stanu psychicznego. Zakończenie leczenia musi być uzgodnione z lekarzem
- Niewielkie objawy niepożądane mogą pojawić się na początku leczenia, zazwyczaj są przemijające. Nie należy odstawiać samodzielnie leku, tylko powiadomić lekarza
- Nagłe przerwanie zażywania niektórych LPD może powodować wystąpienie tzw. objawów odstawiennych (gorsze samopoczucie, trudności z koncentracją, zaburzenia snu itp.)

Ryzyko przyrostu masy ciała podczas leczenia depresji zależy od:

- Rodzaju leku
- Czasu trwania leczenia
- Indywidualnej predyspozycji (np. otyłość u krewnych I stopnia)
- Nasilenia objawów choroby
- Zaburzeń współistniejących (np. związanych z używaniem substancji psychoaktywnych)
- Współistniejących chorób somatycznych i ich leczenia (np. niedoczynność tarczycy, stosowanie sterydów)
- Stylu życia i nawyków żywieniowych

Większość nowoczesnych leków przeciwdepresyjnych jest neutralna dla masy ciała. Niektóre z nich mogą na początku leczenia zmniejszać łaknienie i sprzyjać redukcji masy ciała. Niektóre mogą, niestety, sprzyjać przybieraniu na wadze. Reakcja na lek jest w znacznej mierze indywidualna. Z tego względu leczenie powinno być dobrane również indywidualnie zgodnie z zasadą poszukiwania leku najbardziej skutecznego w eliminowaniu objawów depresji występujących u danego pacjenta, a jednocześnie jak najlepiej przez niego tolerowanego. Z tego względu, **nie należy unikać rozmowy ze swoim lekarzem** na temat niepokojących działań ubocznych, tylko zgłaszać je w celu odpowiedniej modyfikacji farmakoterapii lub zastosowania **oddziaływań niefarmakologicznych**. Trzeba bowiem pamiętać, że nie tylko lek decyduje o tyciu! Odpowiednia dieta i aktywność fizyczna mogą skutecznie zapobiec przybieraniu na wadze także w przypadku stosowania leków, które temu sprzyjają. Najczęściej zalecanym modelem żywienia u osób z ryzykiem nadwagi jest **dieta śródziemnomorska** charakteryzująca się obfitym spożyciem warzyw, owoców, pełnych ziaren, ryb i orzechów oraz ograniczeniem spożycia produktów przetworzonych,



konserwowanych, wysokotłuszczowych, czerwonych mięs, oczyszczanych ziaren i słodzonych napojów. Ta sama dieta sprawdza się w przypadku osób chorujących na depresję. Odpowiednio zbilansowane żywienie wpływa na prawidłową syntezę tzw. neuroprzekazników - związków chemicznych pośredniczących w przekazywaniu informacji między komórkami nerwowymi, z których trzy (serotonina, noradrenalina i dopamina) mają szczególnie istotne znaczenie dla regulacji nastroju i aktywności. Należy zachować ostrożność ze stosowaniem diet, które w drastyczny sposób ograniczają spożycie węglowodanów. Obecność glukozy podnosi bowiem poziom acetylocholin, innego neuroprzekaznika, związanego z regulowaniem procesów poznawczych. Glukoza jest potrzebna do prawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, w tym do utrzymania odpowiedniej aktywności hipokampu - regionu mózgu o znaczeniu kluczowym dla procesów związanych z pamięcią. O ile zaleca się unikanie w diecie nadmiaru cukrów prostych (szczególnie słodczy i słodzonych napojów), o tyle ważne jest dostarczanie dłużej trawionych i nie powodujących tak istotnych wahań poziomu glikemii cukrów złożonych zawartych m.in. w otrębach, makaronach, kaszy, ziemniakach i pieczywie razowym.





Trening fizyczny powinien być dobrany indywidualnie w zależności od wydolności (szczególnie krążeniowej i ruchowej) organizmu. Optymalną i dostępną dla większości osób formą aktywności jest powtarzany kilka (4-5) razy w tygodniu po 30 - 40 minut trening o umiarkowanej intensywności oparty głównie na ćwiczeniach aerobowych (np. intensywny marsz, wolny bieg, pływanie, jazda na rowerze). W przypadku osób o dobrej tolerancji wysiłku, optymalny dla redukcji nadmiaru tkanki tłuszczowej może być trening interwałowy o wysokiej intensywności (tzw. HIIT, ang. *high intensity interval training*), najlepiej ustalony indywidualnie przez trenera personalnego. Dodatkową zaletą regularnych ćwiczeń fizycznych jest ich pozytywny wpływ na nastrój!

Skład diety śródziemnomorskiej

- Owoce: 3 - 4 porcje dziennie
- Warzywa 2 - 3 porcje dziennie
- Codzienne spożycie produktów zbożowych i roślin strączkowych
- Codzienne spożycie niskotłuszczowych produktów mlecznych
- Ryby i orzechy: 3 - 5 porcji tygodniowo
- Mięso czerwone i jego przetwory: do 4 - 5 porcji w miesiącu

ZAPAMIĘTAJ:

- Depresja i otyłość są bardzo powszechnymi i często skojarzonymi ze sobą problemami zdrowotnymi i psychospołecznymi
- Depresja i otyłość sprzyjają występowaniu powikłań krążeniowych i metabolicznych, a w konsekwencji skróceniu długości życia i obniżeniu jego jakości
- Otyłości łatwiej jest zapobiegać, niż ją leczyć, jednak w każdym momencie można rozpocząć proces zmiany i zapobiegania dalszym powikłaniom
- Skuteczne leczenie depresji zapobiega pogłębianiu otyłości i vice versa
- Odpowiednio dobrane leczenie farmakologiczne depresji nie zwiększa ryzyka przybierania na wadze
- Przestrzeganie diety i regularna aktywność fizyczna to podstawowe sposoby radzenia sobie z nadwagą oraz wspomagające leczenie zaburzeń nastroju

Bibliografia:

- Das, P., Samarasekera, U. *The story of GBD 2010: A "super-human" effort.* *Lancet* 2012; 380: 2067-2070.
- Dent R, Blackmore A, Peterson J I in. *Changes in Body Weight and Psychotropic Drugs: A Systematic Synthesis of the Literature.* *PLoS One.* 2012; 7(6): e36889
- Dudek D: *Zespół metaboliczny u pacjentów ze schizofrenią.* *Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 3, 123-130*
- Dudek D: *Związek depresji z chorobami cywilizacyjnymi: chorobą niedokrwienną serca, cukrzycą, otyłością.* W: A. Araszkievicz (red): *Lęki białych kołnierzyków. Interdyscyplinarne podejście do nowego profilu pacjenta.* *ER Investment, Milanówek, 2007, str.79-100*
- Janas-Kozik M, Ostrowska L: *O zaburzeniach odżywiania. Perspektywa psychiatrii i dietetyki.* W: Rymaszewska J, Dudek D (red) *Psychiatria w medycynie. Dialogi interpersonalne.* *Medical Education, Warszawa, 2016, 41-61.*
- Lew-Starowicz M: *Problemy seksualne pacjentów leczonych z powodu depresji.* *Przegl Seks* 2015, 3(43): 2-10
- Mamcarz A (red): *Zespół metaboliczny.* *Medical Education, Warszawa, 2010*
- Rabe - Jabłońska J: *Otyłość i nadwaga.* W: J. Rabe-Jabłońska, T. Pawełczyk, D. Strzelecki (red): *Przewodnik psychofarmakoterapii.* *Via Medica, Gdańsk, 2010, str. 21-31*
- Smits JA, Rosenfield D, Mather AA, Tart CD, Henriksen C, Sareen J. *Psychotropic Medication Use Mediates the Relationship Between Mood and Anxiety Disorders and Obesity: Findings from a Nationally Representative Sample.* *J Psychiatr Res.* 2010, 44(15): 1010-1016
- *The IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome.* Źródło: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf

Lundbeck Poland Sp.z o.o.
ul. Krzywickiego 34, 02-078 Warszawa,
tel. 22 626 93 00, fax 22 626 93 01, www.lundbeck.pl

