

Znaczenie długotrwałej psychoedukacji w ograniczeniu przyrostu masy ciała chorych przyjmujących atypowe leki przeciwpsychotyczne

Long-term psychoeducation in limiting body mass gain in patients treated with atypical antipsychotics

Robert Pudło¹, Magdalena Piegza¹, Urszula Marcinkowska²,
Gniewko Więckiewicz¹, Izabela Jaworska³

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach

² Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach

³ Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Summary

Aim. The aim of the study was to assess efficacy of psychoeducation in limiting body mass gain in patients with schizophrenia undergoing atypical antipsychotics monotherapy treatment.

Material and method. Education program *Caring for Health and Silhouette*, commissioned by Moneo Pharma Group, was implemented for patients with schizophrenia. The aim of the program was providing patients with information regarding lifestyle and nutrition.

Results. The one-year follow-up was completed by 7,541 patients. The mean BMI (body mass index) gain in one-year follow-up was 0.56 and the difference between men (0.52) and women (0.60) was statistically significant ($p < 0.001$). The mean one-year body mass gain was 1.63 kg, whilst the mean one-year increase in waist circumference was 1.25 cm. There were no statistically significant differences between sexes. The subjective evaluation of patient compliance increased systematically with every visit, both for men and women. High-compliance patients less frequently experienced body mass gain ($p < 0.001$), while obese patients experienced the greatest decrease in BMI.

Conclusions. Education program resulted in a decrease of body mass gain in obese patients treated with atypical antipsychotics. Patients with BMI ≥ 30 more often than other patients experienced the reduction of body mass during education program. The quality of cooperation during the first and second visit has a predictive value for the estimation of body mass changes during education program. This method of education is easy to implement in clinical practice.

Słowa kluczowe: schizofrenia, atypowe leki przeciwpsychotyczne, psychoedukacja, masa ciała

Key words: schizophrenia, atypical antipsychotics, psychoeducation, body mass

Wstęp

Przyrost masy ciała jest istotnym problemem u chorych przyjmujących leki przeciwpsychotyczne (LPP). Skala problemu powoduje, że dostrzega się go już w podstawowej opiece zdrowotnej [1, 2]. Może on prowadzić do zespołu metabolicznego i zwiększać ryzyko chorób układu krążenia, nietolerancji glukozy i przedwczesnego zgonu [3–6]. Większość źródeł wskazuje, że przyrost masy ciała jest większy po atypowych lekach przeciwpsychotycznych (ALPP) [7, 8], spośród których olanzapina i kłozapina powodują największy przyrost masy zależny od poziomu leku we krwi [9, 10]. Jednocześnie wysoka skuteczność tych leków w zwalczaniu objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii powoduje, że ich odstawienie bywa trudne [11], choć metaboliczne objawy uboczne mogą być uważane za istotną przesłankę przy wyborze leku [12].

Po 2000 roku pojawiło się wiele badań na temat metabolicznych efektów LPP i prób ich ograniczania – zarówno metodami farmakologicznymi [13], jak i pozafarmakologicznymi [14]. Nowe badania sugerują, że część leków jest wolna od efektów metabolicznych [15] lub ich metaboliczna szkodliwość jest mniejsza niż w wypadku innych leków/substancji czynnych [16].

Psychoedukacja jest postępowaniem zalecanym u chorych z psychozami. Jej konsekwentne i umiejętne stosowanie powoduje poprawę współpracy, poprawę funkcjonowania społecznego, wcześniejsze leczenie nawrotów i redukcję ich liczby [17, 18]. Główne bariery we wdrażaniu psychoedukacji to jej czasochłonność i zwiększenie ryzyka samobójstwa [19]. Monitorowanie przyrostu masy ciała uważa się za jeden z istotnych elementów oceny tolerancji leku i często łączy się to działanie z psychoedukacją [20]. Istnieją też pojedyncze doniesienia mówiące o próbach poprawy stylu życia u chorych psychicznie [21, 22].

Cel pracy

Celem pracy była ocena skuteczności długotrwałej psychoedukacji w ograniczaniu przyrostu masy ciała chorych z rozpoznaniem schizofrenii, u których włączono ALPP w monoterapii. Badanie było roczną, otwartą obserwacją naturalistyczną mającą na celu stworzenie łatwego w aplikacji narzędzia do zastosowania w codziennej praktyce psychiatrycznej.

Materiał i metody

Na zlecenie firmy Moneo Pharma Group stworzono i przeprowadzono program edukacyjny dla chorych na schizofrenię. Założenia programu obejmowały przekazywanie informacji dotyczących stylu życia, w tym odżywiania się, bezpośrednio

przez lekarzy prowadzących, w czasie wizyty lekarskiej. Nazwa programu: „*Dbamy o Zdrowie i Linie*” miała być pozbawiona cech stygmatyzujących. Edukatorzy otrzymali ulotki informacyjne przeznaczone dla pacjentów i dodatkowe informacje do ustnego przekazania. Kluczowe informacje były przypominane na kolejnej wizycie przed podjęciem nowego tematu.

Założenia programu obejmowały następujące elementy:

- (1) zwiększenie wiedzy pacjentów na temat zasad zdrowego odżywiania się;
- (2) zwiększenie wiedzy na temat znaczenia aktywności fizycznej dla utrzymania prawidłowej masy ciała;
- (3) wytworzenie w pacjentach zwyczaju kontrolowania wagi ciała i obwodu brzucha oraz liczby i kaloryczności posiłków;
- (4) zwrócenie uwagi na elementy stylu życia zwiększające liczbę i kaloryczność posiłków w ciągu dnia (nuda, brak snu, bezruch);
- (5) samokontrolę wagi i obwodu brzucha co tydzień oraz kontrolę tych samych parametrów przez lekarza co dwa miesiące.

Nie proponowano żadnej konkretnej diety. Celem edukacji była zarówno bezpośrednia poprawa stanu zdrowia pacjenta wynikająca z ograniczenia przyrostu masy ciała, jak i poprawa współpracy na linii pacjent–lekarz.

Kryteriami włączenia były: wiek powyżej 18 lat, zażywanie ALPP co najmniej dwa tygodnie przed rozpoczęciem edukacji, świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniu oraz przekonanie lekarza, że pacjent jest zdolny do zrozumienia przekazywanych informacji. Badanie było w pełni naturalistyczne i miało objąć maksymalną liczbę chorych rzeczywiście korzystających z ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego. Kryteria wyłączenia obejmowały: wycofanie zgody przez pacjenta oraz przekonanie lekarza, że pacjent zupełnie nie współpracuje lub rozumie zalecenia opacznie. Współistniejące schorzenia sercowo-naczyniowe (CVD) lub problemy metaboliczne nie były brane pod uwagę jako kryteria wykluczające. Spośród 8000 chętnych 7700 osób spełniło kryteria włączenia i nie spełniło kryteriów wyłączenia.

Edukacja pacjenta została podzielona na sześć krótkich spotkań. Struktura wizyt była sformalizowana (tab. 1). Podczas każdej miały być przekazywane związane informacje i sugestie dotyczące odżywiania się i trybu życia. Trzy wizyty były poświęcone bezpośrednio zagadnieniom związanym z odżywianiem się, trzy pozostałe – zagadnieniom wpływającym na metabolizm i łaknienie (aktywność fizyczna, sen i zainteresowania). Każda wizyta uwzględniała też subiektywną ocenę jakości współpracy pacjenta w skali od 1 do 5, a wizyty od drugiej do szóstej – również krótkie podsumowanie osiągnięć i niedociągnięć.

Tabela 1. Składowe wizyty lekarskich

Wyszczególnienie	Składowe wizyty	
	dla lekarza	dla pacjenta
Każda wizyta	<ul style="list-style-type: none"> – Każda wizyta poprzedzona jest kontrolą stanu zdrowia psychicznego oraz zaplanowaniem kontynuacji leczenia – W trakcie każdej wizyty zważenie pacjenta, zmierzenie obwodu brzucha, obliczenie BMI i zanotowanie wyników oraz ich interpretacja – Pochwalenie ewentualnego spadku wagi lub wyrażenie z troską ewentualnym brakiem efektów – Kontrola poprawności przyjmowania posiłków – Przypomnienie pacjentowi o cotygodniowym pomiarze wagi w standardowych warunkach, cotygodniowym pomiarze obwodu brzucha i notowaniu wyników – Przeprowadzenie rozmowy oraz instruktaż dotyczący tematów poruszanych na konkretnych wizytach – Wsparcie pacjenta w wytrwaniu, motywacja – Od drugiej wizyty wypytywanie, jak pacjent realizował zalecenia z ostatniej wizyty, co przyszło mu łatwo, a co sprawiło mu trudność 	<ul style="list-style-type: none"> – Uzyskanie praktycznych informacji na temat profilaktyki chorób metabolicznych – Analiza dotychczasowych sukcesów i porażek z zakresu omawianej na poprzednim spotkaniu składowej profilaktyki chorób metabolicznych
Pierwsza wizyta	<ul style="list-style-type: none"> – Usłne przekazanie informacji o potencjalnym niekorzystnym wpływie neuroleptyków atypowych na masę ciała, podkreślenie konieczności zachowania ciągłości leczenia i znaczenia diety oraz aktywności fizycznej – Analiza i porządkowanie codziennego rytmu posiłków (tj. liczba posiłków, pory posiłków, warunki spożywania posiłków) – Ustalenie czynników, które według pacjenta najgorzej wpływają na utrzymanie prawidłowej masy ciała 	<ul style="list-style-type: none"> – Uzyskanie podstawowych informacji o neuroleptykach atypowych i o korzyściach płynących z ich stosowania – Uzyskanie informacji o utrzymaniu prawidłowej masy ciała jako bardzo ważnym czynnikiem dla ogólnego zdrowia – Uzyskanie informacji o zasadach prawidłowego odżywiania się
Druga wizyta	<ul style="list-style-type: none"> – Przypomnienie o znaczeniu aktywności fizycznej dla utrzymania prawidłowej wagi i przeprowadzenie krótkiej analizy dotychczasowej aktywności – Rozmowa na temat aktywności fizycznej 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustalenie sukcesów i porażek z ostatnich dwóch miesięcy w zakresie prawidłowego żywienia – Uzyskanie zaleceń dotyczących aktywności fizycznej

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Trzecia wizyta	<ul style="list-style-type: none"> – Podkreślenie znaczenia różnorodności pokarmów dla prawidłowego metabolizmu oraz celowości dostarczania wraz z pokarmem wystarczającej ilości witamin 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustalenie sukcesów i porażek z ostatnich dwóch miesięcy w zakresie aktywności fizycznej – Uzyskanie informacji na temat korzyści płynących ze zmiany zwyczajów żywieniowych
Czwarta wizyta	<ul style="list-style-type: none"> – Poinformowanie pacjenta o znaczeniu ilości i jakości snu dla prawidłowej struktury apetytu 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustalenie sukcesów i porażek z ostatnich dwóch miesięcy w zakresie aktywności fizycznej – Uzyskanie informacji na temat korzyści płynących z utrzymania prawidłowej higieny snu
Piąta wizyta	<ul style="list-style-type: none"> – Podkreślenie roli kaloryczności napojów w codziennym bilansie energetycznym 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustalenie sukcesów i porażek z ostatnich dwóch miesięcy w zakresie utrzymania higieny snu – Uzyskanie informacji na temat korzyści płynących z kontroli kaloryczności spożywanych napojów
Szоста wizyta	<ul style="list-style-type: none"> – Podkreślenie znaczenia zainteresowań dla ogólnego dobrostanu i nawiązanie do pozaodżywczych funkcji jedzenia, m.in. jako metody redukcji niepokoju lub nudy – Podsumowanie sześciu ostatnich wizyt 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustalenie sukcesów i porażek z ostatnich dwóch miesięcy w zakresie kontroli kaloryczności napojów w codziennym bilansie energetycznym – Uzyskanie szerszego spojrzenia na swoje zainteresowania – Podsumowanie udziału w programie

Opracowanie wyników

Zestawiono zmiany masy ciała, obwodu brzucha i BMI po poszczególnych wizytach, badając istotność różnic. Zestawienia przeprowadzono dla całej grupy oraz oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Zbadano zależność zmiany masy ciała od współpracy pacjenta, od wyjściowej masy ciała i wyjściowego BMI, za pomocą testów rang Spearmana oraz ANOVA. Do opracowania wyników użyto programu Statistica version 10.0. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

105 lekarzy pełniących funkcję edukatorów włączyło do programu łącznie 7700 chorych. Roczny cykl obserwacji ukończyło 7541 osób (52,8% kobiet i 46,5% mężczyzn, u 0,7% chorych nie podano płci).

Średni przyrost BMI w ciągu roku wynosił 0,56 (0,60 dla kobiet i 0,52 dla mężczyzn). Różnica między kobietami a mężczyznami jest statystycznie znamienna. Średni przyrost masy ciała w ciągu roku wynosił 1,63 kg (1,63 kg dla kobiet i 1,64 kg dla mężczyzn). Średni przyrost obwodu brzucha w ciągu roku wynosił 1,25 cm (1,38 cm dla kobiet i 1,16 cm dla mężczyzn). Dla tych parametrów nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy płciami (tab. 2).

Tabela 2. Przyrost masy ciała, BMI i obwód w pasie w trakcie rocznej obserwacji (N = 7541)

Wyszczególnienie		Waga (kg)		BMI (kg/m ²)		Obwód w pasie (cm)	
Płeć		średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe
Mężczyzna	wizyta 1	84,98	13,21	27,19	3,82	95,43	13,20
	wizyta 2	85,53	13,24	27,36	3,81	95,86	13,19
	wizyta 3	86,06	13,37	27,53	3,84	96,39	13,25
	wizyta 4	86,38	13,45	27,63	3,85	96,60	13,24
	wizyta 5	86,49	13,57	27,67	3,88	96,78	13,25
	wizyta 6	86,57	13,58	27,70	3,90	96,76	13,39
	różnica pomiędzy w1 a w6	1,639	4,508	0,518	1,437	1,378	4,606
Kobieta	wizyta 1	70,96	12,79	26,31	4,62	85,46	14,39
	wizyta 2	71,44	12,73	26,49	4,59	85,81	14,28
	wizyta 3	71,91	12,77	26,68	4,61	86,11	14,22
	wizyta 4	72,21	12,82	26,78	4,62	86,38	14,22
	wizyta 5	72,38	12,71	26,85	4,59	86,49	14,18
	wizyta 6	72,58	12,82	26,92	4,63	86,61	14,22
	różnica pomiędzy w1 a w6	1,632	4,008	0,608	1,498	1,160	4,007
Suma	różnica pomiędzy w1 a w6	1,630	4,252	0,564	1,471	1,252	4,295

Wyjściowa masa ciała

Podjęto próbę wykstrahowania cech widocznych w czasie pierwszej wizyty, które pozwoliłyby przewidywać skuteczność oddziaływań edukacyjnych. Po podzieleniu całej badanej grupy według wyjściowego BMI wykazano, że w grupie osób z BMI wyjściowym ≥ 30 istnieje nadreprezentacja osób ze spadkiem BMI w czasie trwania programu ($p < 0,01$) (tab. 3).

Tabela 3. Grupa badana według BMI (N = 7541)

Zmiana BMI	Liczba	Niedowaga (< 18,50)	Normalna waga (18,50–24,99)	Nadwaga (25,00–29,99)	Otyłość 1. stopnia (30,00–34,99)	Otyłość 2. stopnia (35,00–39,99)	Otyłość 3. stopnia (> 40,00)	Suma
Spadek	empiryczna	11	395	717	309	102	23	1557
	spodziewana	17,5	524,8	726,7	223,9	49	15,1	1557
Bez zmian	empiryczna	19	629	726	210	24	15	1623
	spodziewana	18,2	547,1	757,5	233,4	51,1	15,8	1623
Wzrost	empiryczna	53	1472	2013	546	107	34	4225
	spodziewana	47,4	1424,1	1971,9	607,6	132,9	41,1	4225
Całkowita	empiryczna	83	2496	3456	1065	233	72	7405
	spodziewana	83	2496	3456	1065	233	72	7405

Analiza wartości empirycznych i oczekiwanych pozwala stwierdzić, że osoby, u których odnotowano spadek BMI w trakcie programu, na pierwszej wizycie częściej niż pozostałe grupy cierpiały z powodu otyłości 1., 2., jak i 3. stopnia.

Subiektywna ocena jakości współpracy

W czasie kolejnych wizyt systematycznie poprawiała się ocena współpracy pacjentów z lekarzami. Zjawisko to dotyczyło w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Obliczono też korelację pomiędzy jakością współpracy a przyrostem BMI, uzyskując wartość współczynnika rho rang Spearmana 0,184 (tab. 4).

Tabela 4. Subiektywna ewaluacja stosowania się do zaleceń lekarskich (N = 7541)

Wyszczególnienie		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Wartość minimalna	Wartość maksymalna
Wizyta 1 – BMI	spadek BMI	1557	27,89	4,71	15,90	50,78
	BMI bez zmian	1632	26,26	4,01	14,58	50,15
	wzrost BMI	4230	26,48	4,14	13,17	46,37
	wartość całkowita	7419	26,73	4,28	13,17	50,78
Wizyta 1 – waga	spadek BMI	1557	80,81	15,99	44,00	150,00
	BMI bez zmian	1632	76,23	13,86	41,00	130,00
	wzrost BMI	4230	76,86	14,36	35,00	145,00
	wartość całkowita	7419	77,55	14,71	35,00	150,00

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wizyta 1 – stosowanie się do zaleceń	spadek BMI	1475	3,41	1,01	1,00	5,00
	BMI bez zmian	1568	3,50	0,97	1,00	5,00
	wzrost BMI	4111	3,22	0,98	1,00	5,00
	wartość całkowita	7154	3,32	0,99	1,00	5,00
Wizyta 2 – stosowanie się do zaleceń	spadek BMI	1442	3,46	1,01	1,00	5,00
	BMI bez zmian	1530	3,52	0,93	1,00	5,00
	wzrost BMI	4045	3,26	0,92	1,00	5,00
	wartość całkowita	7017	3,36	0,95	1,00	5,00
Ogólne stosowanie się do zaleceń	spadek BMI	1482	3,67	0,87	1,00	5,00
	BMI bez zmian	1570	3,62	0,89	1,00	5,00
	wzrost BMI	4119	3,41	0,83	1,00	5,00
	wartość całkowita	7171	3,51	0,86	1,00	5,00

Porównanie podgrup z dobrą i słabą współpracą ocenianą w czasie pierwszej i drugiej wizyty wykazało, że subiektywna ocena jakości współpracy dokonana przez lekarza ma wartość predykcyjną przy przewidywaniu zmiany BMI w trakcie trwania programu. U osób lepiej współpracujących rzadziej odnotowywano przyrost masy ciała (tab. 5).

Tabela 5. Czynniki wpływające na efekty edukacji (N = 7541)

Wyszczególnienie		df	F	Istotność
Wizyta 1 – BMI	porównanie między grupami	2	75,58	0,000
Wizyta 1 – Waga	porównanie między grupami	2	50,18	0,000
Wizyta 1 – stosowanie się do zaleceń	porównanie między grupami	2	55,68	0,000
Wizyta 2 – stosowanie się do zaleceń	porównanie między grupami	2	50,65	0,000
Ogólne stosowanie się do zaleceń	porównanie między grupami	2	70,46	0,000

Omówienie

Najczęstszą metodą ograniczania przyrostu masy ciała w czasie leczenia neuroleptykami są interwencje farmakologiczne. Przeprowadzona przez Fiedorowicza i wsp. [13] metaanaliza sugeruje, że najefektywniejszym lekiem ograniczającym masę ciała jest metformina, poza tym skuteczność wykazują: H(2)-blokery, topiramata i inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny. Podobne wyniki dał przegląd doniesień przeprowadzony przez Ellingera i wsp. [23]. Nie opracowano jednak precyzyjnej metody ograniczania otyłości po lekach neuroleptycznych [8].

Podejmuje się też próby szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie redukcji szkód zdrowotnych wynikających z otyłości poneuroleptycznej [2] oraz postuluje się konieczność edukacji pacjentów w zakresie optymalizacji

stylu życia [21]. Przeprowadzony przez Loh i wsp. [24] przegląd wskazuje na liczne niedostatki metodologiczne prac prezentujących próby interwencji behawioralnych zapobiegających przyrostowi masy ciała u chorych na schizofrenię. Podobne konkluzje formułuje Papanastasiou [25], podkreślając, że tylko kilka badań koncentrowało się na interwencjach behawioralnych i farmakologicznych. Ich wyniki były raczej niespójne, a metodyka prac miała liczne ograniczenia. Natomiast autorzy pracy poglądowej z 2018 roku [26] zajmują nieco odmienne stanowisko. Uwypuklają rolę psychoedukacji, diety i aktywności fizycznej jako czynników pomocnych w kontrolowaniu wzrostu masy ciała indukowanej neuroleptykami, jednocześnie definiując je jako bezpieczne, tanie i poprawiające jakość życia metody oddziaływania.

Zaletą przedstawionych przez nas badań jest ich w pełni naturalistyczny charakter. Jednym z celów programu było zbadanie przydatności codziennej nieustrukturuwanej obserwacji lekarskiej do oceny *compliance* (współpracy). Użyty w tabeli 4 termin „subiektywna ocena współpracy” oznacza subiektywne wrażenie kliniczne lekarza leczącego. Wyniki wskazują, że nie należy lekceważyć tego rodzaju impresji lekarzy. Edukatorami byli specjaliści psychiatrii zatrudnieni w lecznictwie ambulatoryjnym oraz lekarze specjalizujący się w psychiatrii po co najmniej dwóch latach specjalizacji. Wszyscy uczestniczący w programie lekarze zostali przeszkoleni z zakresu celów projektu i zasad interwencji. Taki tryb umożliwił z jednej strony objęcie psychoedukacją znacznej liczby chorych, z drugiej zaś pozwolił na sformułowanie wniosku, że przyjęta przez nas metoda jest możliwa do zastosowania w praktyce bez istotnych trudności. Mimo bardzo prostych działań nasza metoda edukacji połączona z kontrolą i samokontrolą masy ciała pozwoliła na istotne ograniczenie przyrostu masy ciała w stosunkowo długim okresie obserwacji. Podobny w założeniu projekt stworzyli badacze z Kanady (*Wellness Program*) – służył on do oceny skuteczności niefarmakologicznych oddziaływań u pacjentów z psychozami i zaburzeniami nastroju w odniesieniu do radzenia sobie z utrzymaniem masy ciała w trakcie leczenia lekami psychotropowymi. Pacjentów podzielono na 2 grupy w zależności od szybkości wdrożenia zasad programu, na które składały się: poprawa kondycji fizycznej, informacje o prawidłowym odżywianiu i przygotowywaniu posiłków, psychoedukacja, praca nad motywacją, trening relaksacyjny, spacer. Uczestnicy spotykali się z prowadzącymi program 2–3 razy w tygodniu przez 12 tygodni. Pomiarów masy ciała, BMI, obwodu brzucha, a także oceny psychiatrycznej, współpracy w leczeniu i jakości życia – jako wyznaczników efektywności programu – dokonano pod koniec 3-miesięcznego okresu i po kolejnych 3 miesiącach. Po upływie 3 miesięcy nie odnotowano znaczących różnic między grupami, jednak kolejny pomiar ujawnił wyraźną różnicę w utracie masy ciała, zmniejszeniu BMI i obwodu brzucha, a także poprawę w niektórych wyznacznikach jakości życia na korzyść grupy, u których zasady programu wdrożone zostały najwcześniej. Badacze podkreślili, że pomimo małej liczby osób biorących udział w projekcie (31 i 16) spełnił on swoją funkcję, udowadniając korzystny wpływ zdrowego trybu życia na kontrolę masy ciała u chorych psychicznie [22].

W naszej pracy udało się wyodrębnić cechy różnicujące podgrupy osób dobrze i słabo reagujących na edukację. Obydwie ujawnione cechy, czyli wyjściowe BMI i subiektywna ocena współpracy na początku programu, są bardzo łatwo identyfikowalne. Znajomość tych dwóch prostych cech pozwala wychwycić osoby, u których edukacja

może być wystarczającym rodzajem oddziaływań. Dodatkową korzyścią z prowadzonej edukacji jest poprawa współpracy pacjenta z lekarzem. Lekarz, prowadząc działania edukacyjne wychodzące ponad standardowe procedury lecznicze, wzmacnia relację terapeutyczną. Można mieć nadzieję, że poprawa jakości współpracy będzie dotyczyła też innych sfer, w tym stosowania się do zaleceń.

Przyjęta w badaniu metodyka nie jest też wolna od ograniczeń. Najwyraźniejszą z nich jest subiektywność oceny współpracy. Za ograniczenie można też uznać fakt, że pacjenci byli zapraszani do udziału w programie na podstawie subiektywnych przekonań lekarzy o szansach skuteczności konkretnych oddziaływań u poszczególnych pacjentów. Niemniej ta metodyka wyraźnie sugeruje, że subiektywnych przekonań lekarzy nie można lekceważyć, przeciwnie – należy je wykorzystać z pożytkiem dla chorych. Trzeba też zwrócić uwagę, że proponowany program wymaga aktywności zarówno ze strony lekarza, jak i pacjenta.

Mimo wymienionych ograniczeń nie ma wątpliwości, że zastosowany program edukacyjny pozwolił na znaczne ograniczenie przyrostu masy ciała u chorych leczonych atypowymi LPP, co więcej – istotnie zwiększa szanse redukcji masy ciała w podgrupie osób z otyłością. Osoby z BMI ≥ 30 częściej osiągały redukcję masy ciała niż osoby z BMI < 30 . Jakość współpracy na linii lekarz–pacjent podczas pierwszej i szóstej wizyty miała wartość predykcyjną dla oceny zmiany masy ciała podczas trwania programu. Metoda ta jest prosta do zastosowania w praktyce klinicznej.

Wnioski

1. U 20,6% chorych udało się uzyskać redukcję masy ciała mimo ciągłego stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji.
2. Osoby z BMI ≥ 30 częściej niż inne uzyskiwały redukcję masy ciała w czasie trwania programu edukacyjnego.
3. Jakość współpracy w czasie pierwszej i drugiej wizyty ma wartość predykcyjną dla oceny zmian masy ciała w czasie trwania programu edukacyjnego.
4. Metoda jest przystosowana do łatwego wdrożenia w praktyce klinicznej, pozwala nie tylko na kontrolę masy ciała, ale też na poprawę stosowania się do zaleceń lekarskich.

Piśmiennictwo

1. Ruetsch O, Viala A, Bardou H, Martin P, Vacheron MN. *Psychotropic drugs induced weight gain: A review of the literature concerning epidemiological data, mechanisms and management*. *Encephale*. 2005; 31(4 Pt 1): 507–516.
2. Kohlstadt I, Wharton G. *Clinician uptake of obesity-related drug information: A qualitative assessment using continuing medical education activities*. *Nutr. J.* 2013; 12: 44.
3. Manu P, Dima L, Shulman M, Vancampfort D, De Hert M, Correll CU. *Weight gain and obesity in schizophrenia: Epidemiology, pathobiology, and management*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2015; 132(2): 97–108.

4. Hasnain M, Vieweg WV, Hollett B. *Weight gain and glucose dysregulation with second-generation antipsychotics and antidepressants: A review for primary care physicians*. Postgrad. Med. 2012; 124(4): 154–167.
5. Aguilar E, Coronas R, Caixàs A. *Metabolic syndrome in patients with schizophrenia and antipsychotic treatment*. Med. Clin. (Barc) 2012; 139(12): 542–546.
6. Strassnig M, Clarke J, Mann S, Remington G, Ganguli R. *Body composition, pre-diabetes and cardiovascular disease risk in early schizophrenia*. Early Interv. Psychiatry 2017; 11(3): 229–236.
7. Heal DJ, Gosden J, Jackson HC, Cheetham SC, Smith SL. *Metabolic consequences of antipsychotic therapy: Preclinical and clinical perspectives on diabetes, diabetic ketoacidosis, and obesity*. Handb. Exp. Pharmacol. 2012; (212): 135–164.
8. Das C, Mendez G, Jagasia S, Labbate LA. *Second-generation antipsychotic use in schizophrenia and associated weight gain: A critical review and meta-analysis of behavioral and pharmacologic treatments*. Ann. Clin. Psychiatry 2012; 24(3): 225–239.
9. Simon V, Winkel van R, De Hert M. *Are weight gain and metabolic side effects of atypical antipsychotics dose dependent? A literature review*. J. Clin. Psychiatry 2009; 70(7): 1041–1050.
10. Almandil NB, Liu Y, Murray ML, Besag FM, Aitchison KJ, Wong IC. *Weight gain and other metabolic Adverse effects associated with atypical antipsychotic treatment of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis*. Paediatr. Drugs. 2013; 15(2): 139–150.
11. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S i wsp. *Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia*. Cochrane Database Syst. Rev. 2010; (11): CD006654.
12. Dent R, Blackmore A, Peterson J, Habib R, Kay GP, Gervais A i wsp. *Changes in body weight and psychotropic drugs: A systematic synthesis of the literature*. PLoS One 2012; 7(6): e36889.
13. Fiedorowicz JG, Miller DD, Bishop JR, Calarge CA, Ellingrod VL, Haynes WG. *Systematic review and meta-analysis of pharmacological interventions for weight gain from antipsychotics and mood stabilizers*. Curr. Psychiatry Rev. 2012; 8(1): 25–36.
14. Naslund JA, Aschbrenner KA, Scherer EA, Pratt SI, Wolfe RS, Bartels SJ. *Lifestyle intervention for people with severe obesity and serious mental illness*. Am. J. Prev. Med. 2016; 50(2): 145–153.
15. Boyda HN, Procyshyn RM, Pang CC, Hawkes E, Wong D, Jin CH i wsp. *Metabolic side-effects of the novel second-generation antipsychotic drugs asenapine and iloperidone: A comparison with olanzapine*. PLoS One 2013; 8(1): e53459.
16. Komossa K, Rummel-Kluge C, Schmid F, Hunger H, Schwarz S, El-Sayeh HG i wsp. *Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia*. Cochrane Database Syst. Rev. 2009; (4): CD006569.
17. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. *Psychoeducation for schizophrenia*. Cochrane Database Syst. Rev. 2011; (6): CD002831.
18. Sauvanaud F, Kebir O, Vlasie M, Doste V, Amado I, Krebs MO. *Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life: French pilot study for schizophrenia*. Encephale 2017; 43(3): 235–240.
19. Neu P. *Akutpsychiatrie*, 2nd ed. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2011.
20. Williams JW Jr, Manning JS. *Collaborative mental health and primary care for bipolar disorder*. J. Psychiatr. Pract. 2008; 14 (Suppl 2): 55–64.
21. Mahendran R, Hendricks M, Chan YH. *Weight gain in Asian patients on second-generation antipsychotics*. Ann. Acad. Med. Singapore 2010; 39(2): 118–121.

22. Provencher MD, Belanger ME, Shriqui C, Lachance I, Bonneville S. *Psychoeducation for overweight patients with psychiatric disorders: The Wellness program developed in Quebec*. *Encephale* 2016; 42(3): 201–207.
23. Ellinger LK, Ipema HJ, Stachnik JM. *Efficacy of metformin and topiramate in prevention and treatment of second-generation antipsychotic-induced weight gain*. *Ann. Pharmacother.* 2010; 44(4): 668–679.
24. Loh C, Meyer JM, Leckband SG. *A comprehensive review of behavioral interventions for weight management in schizophrenia*. *Ann. Clin. Psychiatry* 2006; 18(1): 23–31.
25. Papanastasiou E. *Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: A review*. *Ther. Adv. Endocrinol. Metab.* 2012; 3(5): 141–162.
26. Gurusamy J, Gandhi S, Damodharan D, Ganesan V, Palaniappan M. *Exercise, diet and educational interventions for metabolic syndrome in persons with schizophrenia: A systematic review*. *Asian J. Psychiatr.* 2018; 36: 73–85.

Adres: Gniewko Więckiewicz
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach
42-612 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowicka 47-51
e-mail: gniewkowieckiewicz@gmail.com

Otrzymano: 23.04.2019

Zrecenzowano: 7.06.2019

Otrzymano po poprawie: 29.07.2019

Przyjęto do druku: 28.08.2019