

Psihički poremećaji i tjelesne bolesti

Mental Disorders and Physical Diseases

IGOR FILIPČIĆ,^{1,2,3} IVONA ŠIMUNOVIĆ FILIPČIĆ⁴

¹Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“, Zagreb, Hrvatska,

²Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište „Josip Juraj Strossmayer“ u Osijeku, Osijek, Hrvatska,

³Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska,

⁴Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihološku medicinu, Zagreb, Hrvatska

SAŽETAK Pravodobno prepoznavanje i kvalitetno liječenje komorbiditetnih tjelesnih bolesti u psihijatrijskih bolesnika izazov su i cilj modernog i uspješnog liječenja te donose poboljšanje kvalitete života bolesnika i ukupnu uštedu zdravstvenom sustavu i društvu. Životni vijek psihijatrijskih bolesnika u odnosu prema općoj populaciji je 13 – 30 godina kraći. Razlog tomu jest velik broj prekasno prepoznatih i loše liječenih tjelesnih bolesti od kojih dominiraju metaboličke i kardiovaskularne koje uzrokuju loše životne navike (prehrana, pušenje, manjak kretanja i vježba) te same psihijatrijske bolesti. Posljedice za bolesnike sa psihijatrijskim i tjelesnim komorbiditetom mnogobrojne su te vode pogoršanju prognoze i ishoda liječenja obaju poremećaja. Nепрепознате или прекасно дијагностичиране тјелесне болести разлог су и до 60% прераних или изненадних смрти, а multimorbiditeti су повезани с тежом клиничком сликом, већом učestalošću pogoršanja bolesti i terapijskom rezistencijom. Bolesnici koji boluju od shizofrenije ili velikoga depresivnog poremećaja imaju znatno povišen rizik od razvoja kardiovaskularne bolesti, metaboličkog sindroma, dijabetesa, bolesti dišnog sustava, raka i ostalih kroničnih tjelesnih bolesti. Visoki morbiditet, invaliditet, mortalitet te posljedično i visoki troškovi liječenja oboljelih od kroničnih psihičkih bolesti u komorbiditetu s tjelesnim bolestima razlog su pokretanja jedinstvenog programa CIP-a (Centra za integrativnu psihijatriju) u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ i Republici Hrvatskoj s glavnim ciljem smanjenja smrtnosti i poboljšanja kvalitete života psihijatrijskih bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: psihijatrijski bolesnici, komorbiditeti, tjelesne bolesti, troškovi liječenja, integrativna psihijatrija

SUMMARY Timely recognition and treatment of underlying physical conditions in psychiatric patients presents a challenge and is the goal of modern and successful treatment. It results in quality of life improvement of the individual patients and overall savings for the health care system and society. The life expectancy of psychiatric patients is reduced by 13 to 30 years compared to general population. This excess mortality is mainly due to late-diagnosed and poorly treated physical illness such as metabolic and cardiovascular disease (consequence of bad living habits; nutrition, smoking and lack of physical activity and exercise) as well as mental disorder. The consequences for patients with mental and somatic comorbidities are numerous and lead to worsening of prognosis and outcome of treatment. Unrecognized or late-diagnosis of underlying physical illness is the cause of up to 60% of premature or sudden deaths. Multimorbidities are associated with a more severe clinical picture, more frequent disease deterioration, as well as therapeutic resistance. Patients suffering from schizophrenia or major depressive disorder have a significantly higher risk of cardiovascular disease, metabolic syndrome, diabetes, respiratory disease, cancer and other chronic diseases. High morbidity, disability, mortality rates and consequently high costs of treatment of chronic mental disorders with underlying physical illness are the reasons for launching a unique CIP program (Integrative Psychiatric Centre) at the Psychiatric Hospital “Sveti Ivan” as well as across Republic of Croatia with the main aim of reducing mortality and improving the quality of life of psychiatric patients.

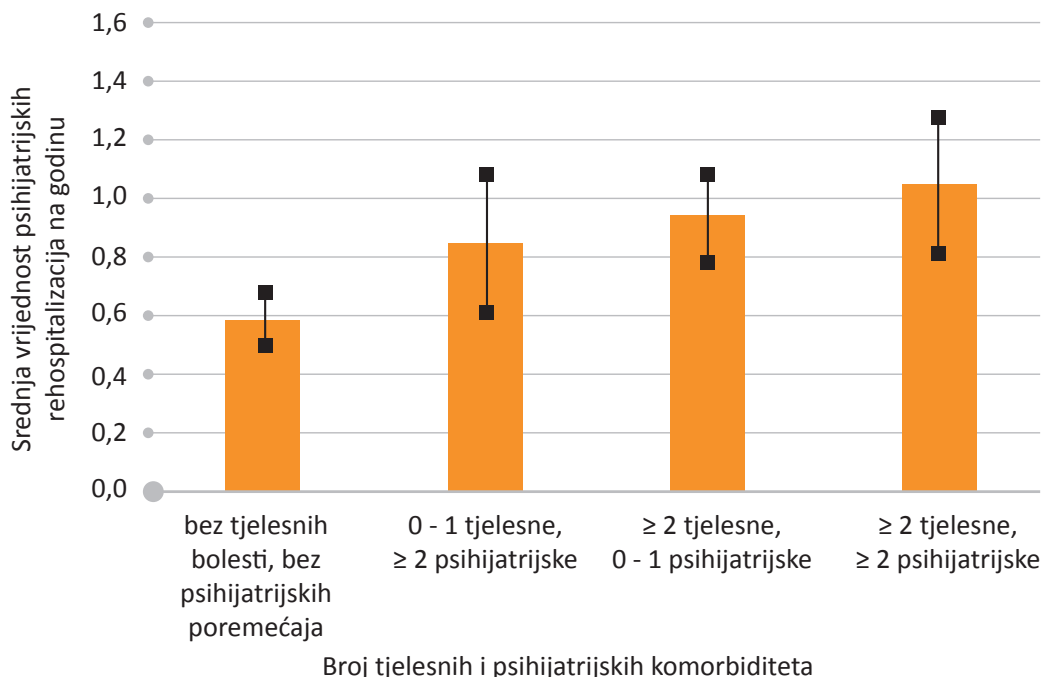
KEY WORDS: psychiatric patients, comorbidities, physical diseases, treatment costs, integrative psychiatry

Uvod

Prepoznavanje i pravodobno liječenje istodobno prisutnih tjelesnih i psihijatrijskih poremećaja u međusobnom komorbiditetu jedan su od najvećih izazova današnje medicine. Kasno otkrivanje i neadekvatno liječenje tjelesnih poremećaja u psihijatrijskih bolesnika pravilo su, a ne iznimka, što je posljedica velikog broja čimbenika od kojih izdvajamo nedovoljnu povezanost psihičkih i tjelesnih bolesti te povijesno prisutnu stigmatizaciju oboljelih od psihičkih poremećaja (1 – 3).

Posljedice za bolesnike sa psihijatrijskim i tjelesnim komorbiditetom mnogobrojne su te vode pogoršanju prognoze i ishoda liječenja obaju poremećaja (4 – 6). Rezultati recentnih istraživanja upućuju na povećan pobol i 13 – 30 godina kraći životni vijek psihijatrijskih bolesnika u odnosu prema općoj populaciji (1, 7 – 9). Psihijatrijski bolesnici imaju povišen rizik od obolijevanja od kroničnih tjelesnih bolesti u ranijoj životnoj dobi zbog nezdravoga životnog stila i fiziološkog učinka same psihijatrijske bolesti (10 – 12). Unatoč mnogim dokazima, člancima i istraživanjima razlika smrtnosti u odnosu

SLIKA 1. Srednja vrijednost broja psihijatrijskih hospitalizacija prema tjelesnim i psihijatrijskim komorbiditetima



prema općoj populaciji i dalje se povećava, a kao glavni uzrok navodi se visoka učestalost tjelesnih komorbiditeta u oboljelih (13). Neprepoznate ili prekasno dijagnosticirane i neadekvatno liječene tjelesne bolesti kao što su kardiovaskularne, metaboličke i maligne bolesti razlog su i do 60% preranih ili iznenadnih smrti u populaciji psihijatrijskih bolesnika. Veća učestalost kroničnih tjelesnih bolesti i multimorbiditet povezani su s težom kliničkom slikom, većom učestalošću pogoršanja bolesti te terapijskom rezistencijom (14).

Neželjene nuspojave psihijatrijskih lijekova i visoka prevalencija nezdravoga životnog stila rizični su čimbenici na koje se može utjecati. Unatoč tomu što etiologija međuovisnosti psihijatrijskih i tjelesnih poremećaja nije u cijelosti razjašnjena, najvjerojatnije uključuje složena dvosmjerna međudjelovanja genetskih, etioloških i okolišnih čimbenika. Dokazi upućuju na slijed zbivanja koja uključuju, ali nisu i ograničena na: pretjeranu aktivaciju imunskog sustava, oksidativni i nitrostivni stres te smanjenje neurotrofne potpore, što dovodi do neuroprogresivnih promjena. Mnogi psihijatrijski poremećaji tek su nedavno povezani s procesom ubrzanog starenja, a ishodišna točka ovog razmišljanja leži u fenomenološkim sličnostima mnogih psihijatrijskih poremećaja i procesa starenja (15 – 18).

Rezultati presječnog istraživanja provedenog na uzorku od 1060 psihijatrijskih bolesnika tijekom 2016. godine u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ pokazali su povezanost kroničnih tjelesnih komorbiditeta s lošom kvalitetom života tih bolesnika neovisno o ostalim sociodemografskim, vitalnim i kliničkim čimbenicima (4, 5). Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva, dišnog sustava, endokrine, nutriceijske, metaboličke i kardiovaskularne bolesti znatno su

povezane s najlošijom kvalitetom života neovisno o drugim čimbenicima. Prevalencija svih tjelesnih komorbiditeta u cijelom uzorku iznosila je 47%. Najučestalije tjelesne kronične bolesti bile su: endokrine, nutriceijske, metaboličke, bolesti krvožilnog sustava i bolesti probavnog sustava (4).

Kronične tjelesne bolesti i psihijatrijske komorbidnosti nezavisno su povezane s uspjehom psihijatrijskog liječenja. Interakcija tjelesnih i psihijatrijskih komorbiditeta bila je najjači prediktor prosječnog broja psihijatrijskih rehospitalizacija na godinu ($P < 0,001$). Srednji broj rehospitalizacija na godinu, prilagođen za sve kovarijate, povećavao se s 0,6 u bolesnika bez kroničnih komorbiditeta na 1,1 u bolesnika s ≥ 2 somatske i ≥ 2 psihijatrijske komorbidnosti (slika 1.).

Poremećaji shizofrenog spektra i kronične tjelesne bolesti

Poremećaji shizofrenog spektra, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, pripadaju među deset vodećih uzroka invalidnosti u svijetu. Bolesnici sa psihotičnim poremećajima imaju 2,5 puta viši rizik od umiranja od opće populacije (7, 9). Stopa smrtnosti u populaciji sa psihijatrijskim poremećajima i razlika u mortalitetu između pacijenata s dijagnozom psihoze i opće populacije rastu (2, 19, 20). Psihijatrijski pacijenti umiru ranije od sličnih uzroka nego opća populacija (npr., srčane bolesti, rak, cerebrovaskularne i respiratorne bolesti) (21, 22). Sve veći broj dokaza upućuje na to da oboljeli od psihotičnih poremećaja imaju znatno povišen rizik od pobola zbog kroničnih tjelesnih bolesti (kardiovaskularne bolesti, metabolički sindrom, dijabetes i bolesti dišnog sustava) (1). Istraživanje provedeno na uzorku od 301 bolesnika iz shizofrenog spektra MKB 10 (F20 – F29) u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“

pokazalo je da su tjelesni komorbiditeti s najvećom prevalencijom endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti (33,9%), bolesti krvožilnog sustava (12%) i bolesti probavnog sustava (7,3%). Utvrđena je i znatna povezanost većeg broja kroničnih tjelesnih komorbiditeta s većim brojem psihijatrijskih hospitalizacija neovisno o psihijatrijskim komorbiditetima te ostalim kliničkim i sociodemografskim čimbenicima (5).

Afektivni poremećaji i kronične tjelesne bolesti

Veliki depresivni poremećaj među vodećim je uzrocima invaliditeta u svijetu zbog svoje pervazivnosti te kroničnog i ponavljano tijeka (23, 24). Istraživanja pokazuju da je depresija povezana s povećanom smrtnošću zbog velikog broja suicida i komorbidnih kroničnih tjelesnih bolesti. Oboljeli umiru 5 do 10 godina ranije od uobičajenih bolesti (kardiovaskularne bolesti, dijabetes, kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB)/astma, rak itd.) u odnosu prema općoj populaciji (8, 9).

Komorbiditet depresije i kroničnih tjelesnih bolesti dokazan je u istraživanjima koja pokazuju da osobe s velikim depresivnim poremećajem imaju znatno povišen rizik od razvoja kroničnih tjelesnih bolesti (kardiovaskularnih bolesti, metaboličkog sindroma, dijabetesa, bolesti dišnog sustava, raka itd.) u ranijoj životnoj dobi zbog nezdravoga životnog stila i fizioloških učinaka psihijatrijske bolesti (10, 25). Nadalje, studije su pokazale da komorbiditet depresije i kroničnih tjelesnih bolesti za posljedicu ima lošiji ishod liječenja kronične tjelesne bolesti: pogoršanje simptoma, lošiju suradljivost, veća funkcionalna oštećenja te povećanu učestalost bolovanja uz znatan ukupni trošak (26, 27).

Sobzirom na starenje stanovništva i sve veću učestalost komorbiditeta kroničnih tjelesnih bolesti i depresije, postavlja se pitanje kako ti poremećaji utječu na cjelokupno zdravlje pojedinca i kako utječu jedni na druge (28). Posljednjih godina pojavio se uvjerljiv dokaz da je odnos između velikoga depresivnog poremećaja i kroničnih tjelesnih poremećaja dvosmjernan na patofiziološkoj i kliničkoj razini te da su mehanizmi odgovorni za njega složeni i višestruki (15). Jedan od nekoliko mehanizama koji je predložen za razjašnjenje odnosa između tijeka velikoga depresivnog poremećaja i prisutnosti kroničnih tjelesnih bolesti jesu temeljni biološki putovi (npr., upala i poremećaj regulacije hipotalamo-pituitarno-adrenokortikalne osi), što može rezultirati lošijim ishodom liječenja depresije (18, 29).

CIP (Centar za integrativnu psihijatriju)

Visoki morbiditet, invaliditet, mortalitet te posljedično i troškovi liječenja oboljelih od kroničnih psihičkih bolesti u svijetu, Republici Hrvatskoj i Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ razlog su pokretanja programa koji prevencijom rizičnih faktora, pravodobnim otkrivanjem i liječenjem psihičkih i kroničnih tjelesnih bolesti te uvođenjem zdravih i preventivnih programa liječenja osigurava postizanje pra-

vodobne dijagnostike i liječenja radi sniženja morbiditeta i mortaliteta bolesnika te sveukupnih troškova medicinske skrbi. Projekt CIP-a provodi se u tri koraka:

1. preventivni program (sistematski pregledi, probir)
2. personalizirana farmakoterapija i psihoterapija (farmakogenetski laboratorij)
3. edukacijski programi za medicinske djelatnike, liječnike obiteljske medicine, specijaliste somatske medicine; za bolesnike i obitelji; psihoedukacija bolesnika i njihovih obitelji te implementacija programa zdravog življenja (RIPEPP – program rane intervencije u bolesnika s prvom psihotičnom epizodom; RIO – program „Razum i osjećaji“ namijenjen je osobama s poremećajima ličnosti; HRANA – program za bolesnike s poremećajem prehrane, KOCKA i ostali programi za ovisnike, STUP – program za bolesnike u kojih su poremećaji izazvani svakodnevnim stresom i nasilnim ponašanjem; PIPS – program namijenjen kroničnim psihičkim bolesnicima oboljelima od tjelesnih bolesti i bolesnicima koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti, a pate od psihičkih komplikacija).

Zaključak

Važno je senzibilizirati niz specijalista kao što su psihijatri, specijalisti interne medicine, neurologije, a posebice liječnike obiteljske medicine na snažnu i čestu povezanost komorbiditeta kroničnih tjelesnih i psihijatrijskih bolesti. Tjelesne bolesti u psihijatrijskih bolesnika vežu se uz lošu kvalitetu života, otežano liječenje praćeno komplikacijama, nepovoljne ishode i visoke troškove liječenja. Liječenje i dijagnosticiranje multimorbiditeta u psihijatrijskih bolesnika trebaju biti pravodobni, kvalitetni, po načelima integrativnog pristupa. Ciljevi su razvoj multidisciplinarnog tima te implementacija integrativnog liječenja u svakodnevnu kliničku praksu da bi se smanjili mortalitet, morbiditeti i ukupni troškovi liječenja.

LITERATURA

1. De Hert M, Correll CU, Bobes J i sur. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52–77.
2. Björkenstam E, Ljung R, Burström B i sur. Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients—a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open* 2012;2:e000778. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000778.
3. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 2015;14:119–36. doi: 10.1002/wps.20204.
4. Filipčić I, Filipčić IŠ, Matić K i sur. Somatic comorbidities are independently associated with the poor health-related quality of life in psychiatric patients. *Psychiatr Danub* 2016;28:284–92.

5. Filipčić I, Šimunović Filipčić I, Ivezić E, Matic K, Tunjic Vukadinović N, Vuk Pisk S i sur. Chronic physical illnesses in patients with schizophrenia spectrum disorders are independently associated with higher rates of psychiatric rehospitalization; a cross-sectional study in Croatia. *Eur Psychiatry* 2017;43:73–80. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.484>.
6. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 2017;17:2. doi:10.1186/s12888-016-1172-3.
7. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123–31. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1123.
8. Laursen TM, Musliner KL, Benros ME, Vestergaard M, Munk-Olsen T. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *J Affect Disord* 2016 15;193:203–7. doi:10.1016/j.jad.2015.12.067.
9. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334–41. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
10. Penninx BW. Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;74:277–286. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.07.003.
11. Saveanu R, Etkin A, Duchemin AM i sur. The international Study to Predict Optimized Treatment in Depression (iSPOT-D): outcomes from the acute phase of antidepressant treatment. *J Psychiatr Res* 2015;61:1–12. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.
12. Moreira FP, Jansen K, Cardoso T i sur. Metabolic syndrome in subjects with bipolar disorder and major depressive disorder in a current depressive episode: Population-based study: Metabolic syndrome in current depressive episode. *J Psychiatr Res* 2017;92:119–23. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.03.025.
13. Liu NH, Daumit GL, Dua T i sur. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16:30–40. doi:10.1002/wps.20384.
14. Kalakonda B, Koppolu P, Baroudi K, Mishra A. Periodontal Systemic Connections–Novel Associations–A Review of the Evidence with Implications for Medical Practitioners. *Int J Health Sci (Qassim)* 2016;10:293–307.
15. Dhar AK, Barton DA. Depression and the Link with Cardiovascular Disease. *Front Psychiatry* 2016;7:33. doi:10.3389/fpsy.2016.00033.
16. Holt RIG, Mitchell AJ. Diabetes mellitus and severe mental illness: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol* 2015;11:79–89. doi:10.1038/nrendo.2014.203.
17. Gleason OC, Pierce AM, Walker AE, Warnock JK. The two-way relationship between medical illness and late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36:533–44. doi:10.1016/j.psc.2013.08.003.
18. Capuron L, Castanon N. Role of Inflammation in the Development of Neuropsychiatric Symptom Domains: Evidence and Mechanisms. *Curr Top Behav Neurosci* 2017;31:31–44. doi:10.1007/7854_2016_14.
19. Saha S, Chant D, McGrath J. A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123–31. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1123.
20. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334–41. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
21. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1172–81. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1737.
22. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:425–48. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
23. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE i sur. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 2013;10:e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547.
24. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1545–602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
25. Lu M-C, Guo H-R, Lin M-C i sur. Bidirectional associations between rheumatoid arthritis and depression: a nationwide longitudinal study. *Sci Rep* 2016;6:20647. doi:10.1038/srep20647.
26. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WAM, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:436–43. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00513.x.
27. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
28. Moussavi S, Chatterji S. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851–8. doi:10.1016/S0140-6736(07)61415-9.
29. Wolkowitz OM, Reus VI, Mellon SH. Of sound mind and body: depression, disease, and accelerated aging. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13:25–39.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. prim. dr. sc. Igor Filipčić, dr. med.
 supspecijalist biologijske psihijatrije,
 ravnatelj Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“
 Jankomir 11, 10090 Zagreb, Hrvatska
 e-mail: igor.filipcic@pbsvi.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

9. 7. 2017./July 9, 2017

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

12. 7. 2017./July 12, 2017

