

Státní zdravotní ústav

Centrum zdraví a životních podmínek
KMVP



ZPRAVODAJ

Drogového informačního centra

50

ZÁŘÍ 2006

Psychotropní účinky tělesné aktivity

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., PhDr. Ladislav Csémy

Úvod

Tělesná aktivita je často zmiňována v souvislosti s primární i sekundární prevencí řady tělesných chorob (Karmisholt a Gotzsche, 2005), např. srdečních onemocnění, nemocí krevního oběhu, hypertenze, artritidy, diabetu 2. typu, obezity, osteoporózy u dětí (Linden, 2006) i u dospělých atd. Mnohem méně se ale hovoří o vlivu tělesné aktivity na duševní zdraví. Cílem tohoto sdělení je pomoci tuto mezeru zaplnit.

Tělesná aktivita a deprese a úzkost

Neléčená deprese se pojí se zhoršením paměti a dalších kognitivních funkcí. O příznivém vlivu tělesného cvičení u depresí svědčí řada prací, přehled starší literatury viz např. Artal (1998). Přiměřená tělesná aktivita snižuje úzkosti a deprese u pacientů léčených chemoterapií pro rakovinu (Midtgaard a spol., 2005). Nižší depresivní symptomatologie a vyšší pocit zdraví se zjistil v souvislosti s aerobním cvičením i u normální populace a také u lidí vyššího věku (Antunes a spol., 2005). Při mírnění depresivních obtíží u starších lidí je cvičení nízké intenzity stejně efektivní jako chůze (Motl, 2005). Na druhé straně u dospělých pacientů s lehkou a středně těžkou depresí mělo podle jiné randomizované studie (Dunn, 2005) cvičení o intenzitě 15,5 kcal/ kg týdně lepší efekt než cvičení o nižší intenzitě 7 kcal/kg týdně.

Tělesná aktivita a vyšší odolnost mozku proti poškození mozku alkoholem a stárnutí

Tělesná aktivita mírnila postižení mozku u krysích mláďat poškozených alkoholem během nitroděložního vývoje (Redila a spol., 2006). Podle rozsáhlé a metodologicky kvalitní studie (Weuve a spol., 2004) ženy vyššího věku, které více chodily, měly lepší paměť a další poznávací funkce. K tomu postačovalo asi 28 km týdně čili 4 km denně. Uvedené skutečnosti se vysvětlují mimo jiné tím, že tělesný pohyb podněcuje neuroneogenezu, tj. vznik nervových buněk, a také komplexnost jejich propojení v hippocampu (Redila a Christie, 2006), což je část mozku důležitá pro paměť. V tomto duchu vyznívá i prohlášení Americké psychiatrické asociace (Winerman, 2005). Podle něj chrání tělesné cvičení do

jisté míry před úbytkem mozkových buněk při Parkinsonově nemoci, Alzheimerově nemoci, po cévní mozkové příhodě i při fyziologickém stárnutí.

Tělesná aktivita, kvalita života a životní spokojenost

Vzhledem k výše uvedenému nepřekvapuje, že přiměřená tělesná aktivita zvyšuje kvalitu života u zdravých osob např. v pracovním prostředí (Brand a spol., 2006). Uvedený autor také upozorňuje na nemalé ekonomické výhody přiměřené tělesné aktivity zaměstnanců. Souvislost mezi mírou tělesné aktivity a životní spokojeností byla nalezena i v souboru českých 15 letých školáků, kteří byli vyšetřováni v rámci studie WHO Health behaviour of school aged children. Ukázalo se, že chlapci i dívky, kteří se sportu či jiné pohybové aktivitě věnovali alespoň jednu hodinu 5krát týdně nebo častěji měli statisticky významně vyšší skóre na škále životní spokojenosti (Csémy a spol. 2005). Tělesná aktivita zlepšovala i kvalitu života osob léčených pro nádorová onemocnění (McNeely a spol., 2006). Sakuragi a Sugiyama (2006) uvádějí na základě své kontrolované studie, že každodenní chůze u vysokoškolských studentek zlepšila náladu, posunula rovnováhu autonomního systému k parasympatikotonii a vedla k mírnění subjektivních obtíží. Pozitivní efekt tělesné aktivity na kvalitu života může být zprostředkován psychotropním účinkem tělesné aktivity, zlepšením zdravotního stavu a dalšími činiteli (Zullig a spol., 2005).

Poznámky týkající se praktického využívání tělesné aktivity v prevenci a léčbě

- V textu jsme použili výraz „přiměřená tělesná aktivita“. Přiměřenost je důležitá, mělo by se jednat o aktivitu dostatečně intenzivní, ale ne příliš, aby nezhoršovala vztah ke cvičení u pacientů, kteří ho zvláště potřebují. Např. tolerance k tělesnému cvičení je nižší u obézních (Ekkekakis a Lind, 2006). To se týká i starších lidí, u nichž i tak malá tělesná zátěž jako jsou více než 4 hodiny chůze během týdne snižuje riziko hospitalizace pro kardiovaskulární onemocnění a riziko smrti (LaCroix a spol., 1996).
- Je třeba striktně rozlišovat mezi přiměřenou tělesnou aktivitou a profesionálním sportem. Na rozdíl od přiměřené tělesné aktivity představuje profesionální sport pro sportovce ze zdravotního hlediska riskantní záležitost. Profesionální sport, u nás zejména fotbal, se navíc pojí s korupcí, reklamou alkoholu a jiných škodlivých látek, dopingem a pasivním sledováním televize. Proto představuje profesionální sport pro veřejné zdraví rizikový faktor.

- Z hlediska implementace je zajímavá práce Andersona a spol. (2005). Podle ní mělo u mužů prosté doporučení na úrovni praktického lékaře, aby se pacient více věnoval tělesné aktivitě, stejně pozitivní efekt jako behaviorální poradenství týkající se tělesné aktivity. U žen bylo behaviorální poradenství účinnější.
- U středně těžkých a těžkých depresí i dalších závažnějších poruch se obvykle doporučení více se věnovat tělesné aktivitě pojí s dalšími formami léčby jako s psychoterapií nebo farmakoterapií.
- Na druhé straně nelze u krátkodobých depresivních stavů na farmakoterapii příliš spoléhat s ohledem na řádově týdny trvající latenci mezi zahájení léčby antidepresivy a nástupem antidepresivního účinku. Tělesná aktivita působí na depresivní a úzkostné symptomy prakticky okamžitě.
- U depresivních pacientů je také třeba se vyhnout vyvolávání pocitů viny a nedostatečnosti nadměrnou tělesnou zátěží nebo nepřiměřenými nároky.
- Pravděpodobná minimální intenzita cvičení k mírnění protrahovaných depresivní stavů je 15 až 30 minut nejméně 3x týdně a to dlouhodobě.
- Druh doporučované tělesné aktivity bude záležet na preferencích a možnostech pacienta. Většinou je vhodná chůze, šetrné rehabilitační nebo aerobní cvičení, dobře a citlivě prováděná jóga (Berger a Owen, 1992) a, pokud to okolnosti umožňují, i plavání. Spíše pro zajímavost uvádíme, že u starších lidí měla chůze se psem ještě příznivější efekt na autonomní nervový systém než chůze bez psa (Motooka a spol., 2006).
- Jóga zahrnuje i další prvky než jen tělesnou aktivitu, např. relaxaci, sebeuvědomění, ovlivnění životního stylu a spiritualitu. Může být prospěšná u úzkostných a depresivních osob, v prevenci profesionálního stresu a k zlepšování kvality života (Gupta a spol., 2006, Lavey a spol. 2005, Waelde a spol., 2004, Bower a spol., 2005, Lee a spol., 2004).
- Deforche a spol. (2006) správně upozorňují na možné bariéry, které je třeba překonávat. Např. obézní dospívající se může stydět sportovat před se svými normálními vrstevníky, proto je třeba hledat cesty, jak překonat či obejít objektivní i subjektivní překážky při zvyšování míry tělesné aktivity.

Literatura: u autorů

Léčba a prevence poruch působených alkoholem a medicína založená na důkazech

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., PhDr. Ladislav Csémy

Úvod

Medicína založená na důkazech má své kritiky a omezení, lze např. namítat, že i v rámci jedné diagnostické jednotky lze najít pacienty reagující velmi odlišně na tyž způsob léčby. I tak je ale medicína založená na důkazech velmi důležitá, protože bez ní by bylo třeba spoléhat pouze na prohlášení autorit nebo intuici.

Klasifikace důkazů podle U. S. Preventive Services Task Force:

Úroveň I: Důkazy získané přinejmenším jednou náležitě postavenou randomizovanou kontrolovanou studií.

Úroveň II-1: Důkazy získané náležitě postavenými kontrolovanými studiemi bez randomizace.

Úroveň II-2: Důkazy získané náležitě postavenými prospektivními (kohortovými) analytickými studiemi případů a kontrol, nejlépe z více než jednoho pracoviště nebo více než od jedné výzkumné skupiny.

Úroveň II-3: Důkazy získané náležitě postavenými retrospektivními studiemi s intervencí a bez ní. Za tento typ důkazů je možné považovat i dramatické výsledky nekontrolovaných studií.

Úroveň III: Názory respektovaných autorit založené na klinické zkušenosti, popisné studie, zprávy expertních skupin. (Harris a spol., 2001)

Síla důkazů efektivity některých modalit

Při léčbě a prevenci návykových nemocí se používají léčebné modalities často souběžně nebo integrovaně. Problémem je i heterogenita pacientů. Např. u na alkoholu závislého vyčerpaného podnikatele mohou mít klíčový význam techniky, jak mírnit stres, zatímco u jiného pacienta může být důležitější získávání sociálních dovedností. Následující výčet není úplný.

- Restriktivní opatření jako vyšší zdanění alkoholu, omezení týkající se řízení pod vlivem alkoholu, snížení dostupnosti alkoholu pro dospívající, regulace počtu prodejních míst a reklamy apod.: Úroveň nejméně II-2. Jedná se zpravidla o intervence na celospolečenské úrovni, proto je zde sotva možné zorganizovat randomizovanou kontrolovanou studii. Pozitivní i negativní zkušenosti z řady zemí však svědčí o značné efektivitě takových intervencí (např. Chaloupka a spol. 2002).
- Nácvik sociálních a autoregulačních dovedností v prevenci u dospívajících: Úroveň I (např. Botwin a spol., 2001).
- Krátká intervence: Úroveň I a to i z ekonomického hlediska (např. Mundt, 2006).
- Naltrexon při léčbě závislosti na alkoholu: Úroveň I (např.: Anton a spol. 2006).
- Akamprosát při léčbě závislosti na alkoholu: Úroveň I (např. Mason, 2006, ale objevil se i negativní nález, viz Anton a spol., 2006).
- Kognitivně-behaviorální terapie u závislosti na alkoholu: Úroveň I (např. Project MATCH Research Group 1997).
- Posilování motivace: Úroveň I (Rosenblum a spol., 2005).
- Příprava na účast v organizaci Anonymní alkoholici a návštěva setkání této organizace: Úroveň I (Kownacki a Shadish, 1999, do roku 1999 bylo publikováno nejméně 21 kontrolovaných studií včetně některých randomizovaných).
- Rodinná terapie: Úroveň I (Kelley a Fals-Stewart, 2002).

Závěr a souhrn

Řadu postupů používaných při prevenci a léčbě problémů působených alkoholem je možné z hlediska medicíny založené na důkazech považovat za účinné. K nim patří např. vyšší zdanění alkoholu, nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností v prevenci u dospívajících, krátká intervence, naltrexon u závislých na alkoholu, kognitivně-behaviorální terapie, posilování motivace, účast v organizaci Anonymní alkoholici a rodinná terapie.

Literatura: u autorů

Rizikové s škodlivé pití alkoholu: Zdravotní a společenské náklady

Gual, A., Anderson, P., Segura, L., Colom, J.: Alkohol a primární léčebná péče
Výcvikový program
Identifikace a krátké intervence při problémech s alkoholem

Evropská unie je celosvětově oblastí s nejvyšším podílem uživatelů alkoholu a nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu. Alkohol je zde – po kouření a vysokém krevním tlaku – třetím nejdůležitějším rizikovým faktorem nemocí a předčasných úmrtí, je tedy významnější než zvýšení hladiny cholesterolu v krvi a nadváha. Vedle návykovosti a přibližně 60 různých druhů nemocí a poranění s ním spojených je alkohol zodpovědný za velmi rozšířené společenské, duševní a emoční škody, včetně kriminálních činů a domácího násilí, což představuje obrovské náklady pro společnost.

Alkohol neškodí jen jeho příjemci, ale i lidem kolem něj, včetně nenarozených dětí, členů rodiny a obětí kriminálních činů, násilí a dopravních nehod s účastí alkoholu. S alkoholem stoupá riziko širokého spektra společenských škod – v závislosti na dávce a bez prokázaného prahového efektu. Pro individuálního pijáka platí, že čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší je riziko. Škody v důsledku pití jiné osoby sahají od nepříjemností typu rušení nočního klidu až po závažné dopady, k nimž patří ohrožení manželství, zneužívání dětí, násilí a konečně i zabití člověka.

Obecně platí, že čím závažnější trestný čin nebo úraz, tím vyšší je pravděpodobnost, že na něm měl podíl alkohol. Poškození druhých osob je pádným důvodem, proč se angažovat proti hazardní a škodlivé konzumaci alkoholu. Alkohol vede ke zraněním a duševním a behaviorálním poruchám, způsobuje postižení trávicího traktu, maligní nádory, kardiovaskulární onemocnění, poruchy imunity a onemocnění kostí a má za následek reprodukční a prenatální poškození. Alkohol zvyšuje riziko všech těchto onemocnění a postižení v závislosti na požití dávce, bez důkazů o prahovém efektu. Čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší riziko. Malé dávky alkoholu snižují riziko srdečních onemocnění, třebaže přesný rozsah snížení rizika a úroveň spotřeby alkoholu, spojená s maximálním poklesem, je dosud předmětem debaty.

Kvalitní studie a studie zahrnující korekci na možné ovlivňující faktory nacházejí menší riziko při nízké spotřebě alkoholu. Nejvýraznější snížení rizika je dosaženo v průměru při konzumaci 10 g alkoholu ob den. Při spotřebě nad 20 g alkoholu denně se riziko ischemické choroby srdeční již zvyšuje. Zdá se, že riziko srdečního onemocnění je vázáno

spíše na etylalkohol než na určitý typ nápoje. Pitím většího množství alkoholu při jedné příležitosti se zvyšuje riziko srdečních arytmí a náhlé srdeční smrti. Riziko smrti v důsledku pití alkoholu je dáno poměrem mezi riziky nemocí a úrazů, která se zvyšují v důsledku alkoholu, a sníženým rizikem srdečního onemocnění po malých dávkách alkoholu.

Hladina konzumace alkoholu, spojená s nejnižším rizikem smrti, je nulová nebo téměř nulová pro ženy do 65 let věku a nižší než 5 g alkoholu denně pro ženy ve věku 65 let a více. U mužů je hladina konzumace alkoholu spojená s nejnižším rizikem smrti nulová do 35 let věku, asi 5 g denně ve středním věku a méně než 10 g denně ve věku 65 let a více. Omezení či ukončení konzumace alkoholu je zdraví prospěšné. Všechna akutní rizika zanecháním pití alkoholu zcela odpadají. I u chronických onemocnění, jakými jsou jaterní cirhóza a deprese, vede omezení spotřeby či abstinence alkoholu k rychlému zlepšení zdravotního stavu.

Alkohol je spojen s mnoha různými fyzickými i duševními zdravotními problémy v závislosti na konzumované dávce, proto poskytovatelé primární zdravotní péče mají příležitost rozpoznat dospělé pacienty podléhající hazardní či škodlivé konzumaci alkoholu. Jelikož primární péče obnáší léčbu mnoha nemocí včetně duševních, je třeba pátrat po alkoholu jako jejich možné příčině a zavést příslušnou léčbu. Zejména důležité je snížit riziko poškození druhých osob.