

Zaburzenia snu w praktyce psychiatrycznej

Sleep disorders in psychiatric practice

AGNIESZKA GMITROWICZ

Z II Kliniki Psychiatrycznej AM w Łodzi

STRESZCZENIE. Praca przedstawia współczesne podejście diagnostyczne do zaburzeń snu w psychiatrii, na tle nowych klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD-10, DSM-IV) oraz spostrzeżenia na temat występowania zaburzeń snu u pacjentów aktualnie hospitalizowanych w Klinikach Psychiatrycznych Katedry Psychiatrii AM w Łodzi. Ponadto poddano analizie preferencje psychiatrów dotyczące metod leczenia zaburzeń snu.

SUMMARY. A diagnostic approach to sleep disorders currently used in psychiatry is discussed in the light of new classifications of mental disorders (ICD-10, DSM-IV). The authors present also their observations on sleep disorders in patients recently hospitalized at Psychiatry Wards of the Psychiatry Department, Medical Academy in Łódź. Moreover, psychiatrists' preferences concerning treatment methods in sleep disorders are analyzed.

Słowa kluczowe: zaburzenia snu / diagnostyka / klasyfikacja / preferencje terapeutyczne

Key words: sleep disorders / diagnostics / classification / treatment preferences

W ostatnim dziesięcioleciu, w piśmiennictwie psychiatrycznym zaszła znacząca zmiana w podejściu do zaburzeń snu. W poprzednich edycjach powszechnie stosowanych klasyfikacji (ICD-9, DSM-III) [2] zaburzenia snu (ZS) zajmowały miejsce marginalne. W ICD-9 zaburzenia snu występowały jako jedna z kategorii w sekcji "Specyficzne objawy i zespoły nie określone gdzie indziej", a w DSM-III tylko niektóre postaci ZS zostały zamieszczone w sekcji zaburzeń rozwojowych, z uwzględnieniem jedynie sennowłóctwa i lęku nocnego.

W ostatnim X wydaniu klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10) [5] różne ZS (tj.: nieorganiczna bezsenność, hipersomnia, zaburzenia rytmu snu i czuwania, somnambulizm, lęki nocne, koszmary nocne i inne) zostały wyszczególnione w odrębnej sekcji "Nieorganiczne zaburzenia snu", jednak nie ustosunkowano się jednoznacznie do specyfiki ZS w innych zaburzeniach psychicznych. Ma to natomiast miejsce w najnowszym IV wydaniu DSM [3], gdzie wyodrębniona została kategoria "Zaburzenia snu związane z innymi zaburzeniami psychicznymi". Takie

podejście jest wynikiem prowadzonych ostatnio badań [10], które wykazały między innymi dwa podstawowe wzorce ZS u osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzone zapisami EEG: (1) niespecyficzny wzrost czuwania podczas snu nocnego - występujący głównie w zaburzeniach lękowych, (2) specyficzny wzorec endogeny - obserwowany w niektórych postaciach depresji (*syndrom super-sleep*).

Badanie snu przy pomocy EEG dostarcza nie tylko dodatkowych danych na temat biologicznych podstaw ZS i innych zaburzeń psychicznych, ale stanowi także uzupełnienie kryteriów diagnostycznych oraz cenną wskazówkę do interwencji terapeutycznej.

Od dawna wiadomo, że zaburzenia cyklu sen/czuwanie są znaczącymi klinicznie objawami u pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi - szczególnie z depresją [6]. Najnowsze badania mówią o bardzo częstym występowaniu specyficznych ZS w depresji: u 81% do 90% pacjentów z tym rozpoznaniem [8,11], natomiast we wcześniejszych doniesieniach [1] określano ich rozpowszechnienie na 35%.

Nadal do końca nie rozstrzygnięto czy ZS są tylko częścią obrazu klinicznego depresji czy stanowią o jej etiologii. Ten problem porównywany jest do dylematu "jajko czy kura" [14]. Bezsenność rozpatrywana jest m.in. jako marker podatności na depresję, czyli pod kątem epidemiologiczno-genetycznym [10].

Przegląd piśmiennictwa dokonany przez Nofzingera i wsp. [9] za lata 1966-1991 potwierdza przekonanie o związku zmian biologicznych w cyklu sen/czuwanie a patomechanizmem różnych zaburzeń psychicznych.

Autorzy DSM-IV [3] łączą bezsenność trwającą powyżej 1 miesiąca z takimi zaburzeniami psychicznymi jak duża depresja, lęk uogólniony i zaburzenia adaptacyjne, natomiast nadmierną senność z dystymią i niektórymi postaciami choroby afektywnej dwubiegunowej.

Poza tym w piśmiennictwie [7] rozpatruje się także specyfikę ZS w pourazowych zaburzeniach stresowych (*posttraumatic stress disorder*), dla których charakterystyczne są takie objawy jak: nawracające przebudzenia, marzenia senne z elementami grozy, liczne ruchy ciała w czasie snu, przebudzenia ze zrywem lub cechami paniki.

Odłącznym tematem dotyczącym ZS w psychiatrii jest zagadnienie postępowania leczniczego w przypadku ich stwierdzenia. Dominuje ocena ryzyka i korzyści wynikających z użycia leków o profilu uspokajająco-nasennym z różnych grup farmakologicznych, szczególnie w sytuacji współwystępowania ZS, lęku i depresji. Saiz-Ruiz i wsp. [11] wykazali, że stosowanie leków przeciwdepresyjnych o profilu uspokajająco-nasennym w przypadku bezsenności u pacjentów ze stwierdzoną depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, było czynnikiem przyczyniającym się do gorszego rokowania (zwiększało ryzyko wystąpienia manii). Ponieważ wyniki przytaczane w piśmiennictwie [1,4,8,11,12,13] są niejednoznaczne, temat pozostaje otwarty.

CEL PRACY

Podjęto próbę określenia częstości występowania i rodzaju zaburzeń snu u pacjentów z

różnymi zaburzeniami psychicznymi, leczonych aktualnie na oddziałach klinicznych Katedry Psychiatrii AM w Łodzi oraz rozeznania dotyczącego preferencji psychiatrów przy wyborze metod leczenia bezsenności u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

BADANI PACJENCI I METODA

Badaniami objęto łącznie 110 osób, czyli wszystkich pacjentów hospitalizowanych aktualnie na oddziałach klinicznych Katedry Psychiatrii AM w Łodzi z powodu różnych zaburzeń psychicznych. Badana grupa składała się z 75 kobiet i 35 mężczyzn, w wieku od 15 do 81 lat, średnia wieku wśród kobiet wynosiła 42 lata, wśród mężczyzn - 32,7.

Badania zasadnicze przeprowadzono za pomocą specjalnie skonstruowanej ankiety dotyczącej "Zaburzeń snu u pacjentów aktualnie hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych". Ankieta zawierała, poza danymi pacjenta, zestaw pytań nakierowanych na ustalenie rodzaju i przyczyn zaburzeń snu w oparciu o zasady diagnostyki bezsenności wg Reynoldsa i Kupfera oraz wyszczególnione kategorie ZS i rozpoznanie psychiatryczne. Diagnozę psychiatryczną stawiano wg ICD-10, natomiast rodzaj ZS kwalifikowano wg szczegółowych kryteriów DSM-IV. Ankiety wypełnione były przez psychiatrów w trakcie rozmów z pacjentami (pod kątem poszczególnych objawów). W badaniach pominięto grupę 10 pacjentów, którzy z powodu złego stanu psychicznego nie byli w stanie odpowiadać na pytania.

Ponadto równolegle przeprowadzono wśród lekarzy psychiatrów zatrudnionych na psychiatrycznych oddziałach klinicznych i miejskich rozeznanie dotyczące preferowanych przez nich metod leczenia bezsenności definiowanej wg kryteriów DSM-IV. 32 lekarzy wypełniało specjalnie opracowaną ankietę uwzględniającą m.in. różne formy leczenia przyczynowego i objawowego bezsenności, w tym postępowanie nefarmakologiczne i farmakologiczne.

Tablica 1. Rozkład rozpoznań w badanej grupie pacjentów psychiatrycznych

Rozpoznanie psychiatryczne	Liczba pacjentów	%
Organiczne zaburzenia psychiczne (w tym otępienia)	12	11.0
Zaburzenia typu schizofrenii	44	40.0
Epizod depresyjny	26	23.6
Zaburzenia schizofektywne	9	8.2
Zaburzenia lękowe i adaptacyjne	9	8.2
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji (alkoholu, opiatów)	4	3.6
Zaburzenia odżywiania (jadłowstręt)	4	3.6
Inne	2	1.8
Razem	110	100.0

WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

Najczęstszym rozpoznaniem psychiatrycznym (wg ICD-10) w grupie badanych pacjentów (n=110) było zaburzenie typu schizofrenii (u 40%), drugim pod względem częstości występowania był epizod depresyjny (około 24%) - tabl. 1.

Wśród zaburzeń snu rozpoznawanych u pacjentów najczęściej występowała bezsenność (tabl. 2). Różne zakłócenia snu potwierdziło łącznie 68 pacjentów (ok. 62%).

Wszystkie kryteria "bezsenności związanej z zaburzeniami psychicznymi (z I lub II osi wg DSM-IV)", w tym kryterium czasu - powyżej 1 miesiąca (p. załącznik 1), spełniało 40 osób (33 kobiety i 7 mężczyzn), tj. 36.4% badanych pacjentów. Tylko u 7 osób bezsenność występowała pod postacią izolowanych trudności w utrzymaniu snu, u 27 pacjentów dominowało współwystępowanie

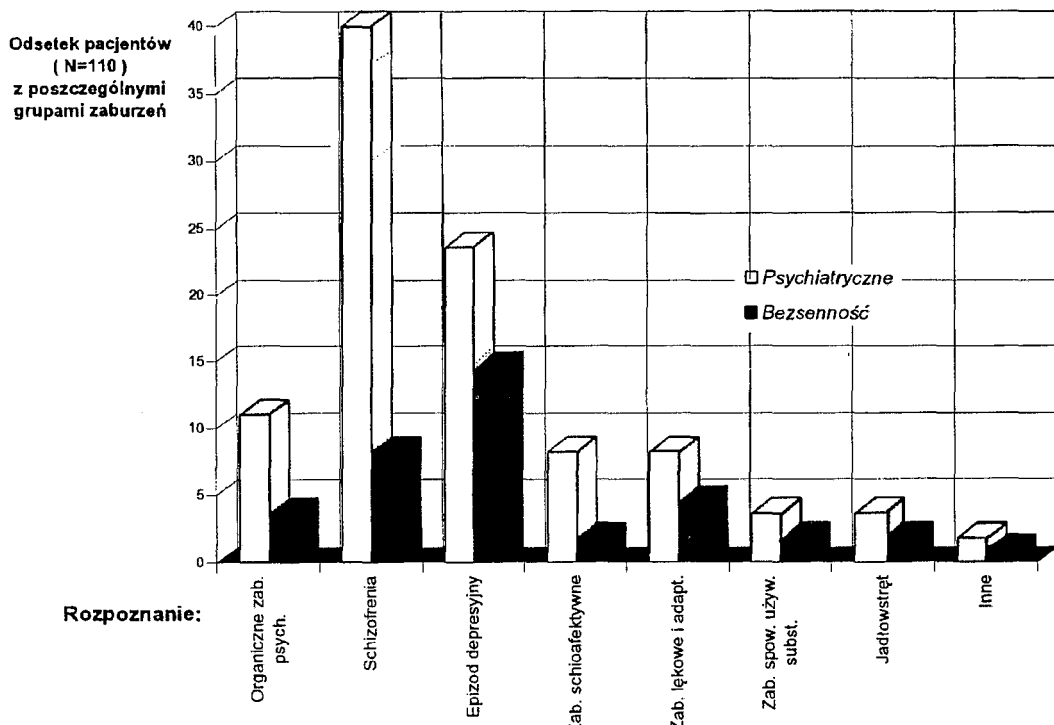
trudności w zasypianiu i utrzymaniu snu, pozostali pacjenci (6 osób) poza trudnościami w zaśnięciu wymieniali jeszcze koszmary nocne.

Jako przyczyny budzenia się w nocy, poza koszmarami nocnymi, pacjenci wyliczali głównie przyczyny somatyczne: parcie na mocz, gwałtowne ruchy ciała, bóle, tylko jeden pacjent wymienił polucje, wielu pacjentów (10 osób) nie wiedziało dlaczego budzą się w nocy.

Bezsenność najczęściej występowała u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego - u 16 osób (czyli u 40% wszystkich pacjentów z bezsennością). Współwystępowanie bezsenności i różnych zaburzeń psychicznych przedstawia rys 1. W grupie pacjentów z zaburzeniami typu schizofrenii bezsenność występowała w 9 przypadkach, natomiast w grupie z zaburzeniami lękowymi i adaptacyjnymi w 5 przypadkach. W pozostałych grupach rozpoznań bezsenność stwierdzano u pojedynczych osób.

Tablica 2. Częstość występowania różnych zaburzeń snu w badanej grupie pacjentów psychiatrycznych (n=110)

Rodzaj zaburzeń snu	Liczba pacjentów	%
Bezsenność trwająca > 1 miesiąca	40	36.4
Bezsenność pacjentów < 1 miesiąca	16	14.5
Hipersomnia trwająca > 1 miesiąca	4	3.6
Hipersomnia trwająca < 1 miesiąca	1	0.9
Parasomnie (koszmary nocne)	7	6.4
Razem	68	61.8



Wykres 1. Współwystępowanie bezsenności i poszczególnych grup zaburzeń psychicznych w badanej populacji pacjentów psychiatrycznych

Analizując częstość występowania bezsenności w poszczególnych grupach rozpoznania wykazano, że najczęściej dotyczyła ona grupy pacjentów z epizodem depresyjnym - 62%, podczas gdy w grupie pacjentów z zaburzeniami typu schizofrenii tylko w 20%, a w grupie pacjentów z zaburzeniami lękowymi i adaptacyjnymi - w 55.5%. W dwóch grupach rozpoznania: zaburzenia spowodowane używaniem substancji i jadłowstręt, bezsenność dotyczyła połowy przypadków. Na uwagę zasługuje fakt występowania bezsenności tylko u 1/3 pacjentów z organicznymi zaburzeniami psychicznymi.

Zaznaczyło się zróżnicowanie występowania bezsenności w zależności od płci. Stwierdzono ją u 44% wszystkich kobiet i tylko u 20% mężczyzn.

Przemijającą bezsenność, utrzymującą się krócej niż 1 miesiąc stwierdzono u 16 pacjen-

tów (10 kobiet i 6 mężczyzn), z tego 5 osób miało rozpoznany epizod depresyjny.

Koszmary nocne były jedynym zgłaszanym zaburzeniem snu z grupy parasomni (zaburzeń przysennych). W izolowanej postaci zostały one potwierdzone przez 7 pacjentów (3 kobiety i 4 mężczyzn).

Hipersomnia (nadmierna senność) trwająca powyżej 1 miesiąca i nie związana z przyjmowaniem leków została stwierdzona tylko u 4 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń typu schizofrenii, w 1 przypadku potwierdziła ją pacjentka z rozpoznaniem epizodu depresyjnego.

Uzyskane wyniki nie są w pełni zbieżne z piśmiennictwem. W grupie pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego występowanie bezsenności nie było aż tak częste, jak w przytaczanych ostatnio badaniach (różnica około 20%). Być może rozbieżności są wynikiem zastosowanych w badaniach ostrych kryteriów

diagnostycznych DSM-IV, uwzględniających czas trwania zaburzeń snu.

W drugiej części badań dotyczących preferowanych przez psychiatrów metod leczenia bezsenności analizowano 32 ankiety wypełnione przez lekarzy zatrudnionych w Katedrze Psychiatrii AM w Łodzi i w szpitalu miejskim "Kochanówka".

Zdecydowana większość - 19 lekarzy (59%) stwierdziła, że przyczynę bezsenności udaje się im ustalić u ponad połowy pacjentów, natomiast 9 lekarzy stwierdziło, że jest to prawie zawsze możliwe.

30 lekarzy (94%) uznało, że najczęstszą przyczyną stwierdzanej przez nich bezsenności są uwarunkowania psychiatryczne, w tym głównie zespół depresyjny (10 ocen), a na drugim miejscu lęk. Czynniki sytuacyjne zostały uznane za istotną przyczynę wystąpienia bezsenności przez 1/3 lekarzy. Tylko 4 ankietowanych podkreśliło jako przyczyny bezsenności różne stany somatyczne (ból, duszność, parcie na mocz). Jest to sytuacja odwrotna niż w badaniach ankietowanych pacjentów, którzy wymieniali jako przyczyny własnej bezsenności przede wszystkim stany somatyczne (głównie parcie na mocz).

W przypadku wystąpienia bezsenności i depresji ankietowani lekarze stosują przede wszystkim leki przeciwdepresyjne o działaniu nasennym (około 56% ankietowanych - 18 lekarzy). Najczęściej wymieniane leki przeciwdepresyjne - to doksepina, amitryptylina. Łączne stosowanie leków przeciwdepresyjnych i benzodiazepin zalecało swoim pacjentom tylko 6 lekarzy. Same benzodiazepiny zostały uznane za podstawę leczenia bezsenności tylko przez 5 lekarzy. Z innych grup leków wymienione zostały neuroleptyki (NL) - głównie chlorprotyksen, lewomepromazyna.

Spośród różnych metod postępowania nefarmakologicznego w przypadku bezsenności najczęściej zalecane są przez ankietowanych lekarzy: higiena snu (24 ankietowanych), następnie relaks i hipnoza (9). Tylko jeden lekarz preferował fizjoterapię.

W przypadku skarg na bezsenność ankietowani lekarze najczęściej zalecają benzodiazepiny (75% ankietowanych), głównie estazolam (3 razy częściej niż nitrazepam). W dalszej kolejności leki przeciwdepresyjne o działaniu nasennym (głównie mianseryna, doksepina) oraz "inne" z grupy NL: lewomepromazyna i chlorprotyksen. Zopiklon stosowany jest najczęściej przez 16% ankietowanych (5 lekarzy). Inne grupy leków stosowane są tylko przez pojedynczych lekarzy.

WNIOSKI

1. Zaburzenia snu stwierdzono u 62% aktualnie hospitalizowanych pacjentów, głównie pod postacią bezsenności, która występowała u 36% pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Natomiast nadmierną senność stwierdzono tylko u 3.6% pacjentów psychiatrycznych.
2. Bezsenność najczęściej występowała u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego, ponadto 2 razy częściej występowała ona u kobiet.
3. Jedynym potwierdzonym zaburzeniem snu z grupy parasomnii w badanej grupie były koszmary nocne.
4. Jako przyczynę bezsenności pacjenci podawali przede wszystkim czynniki somatyczne (parcie na mocz), natomiast lekarze podkreślali głównie etiologię psychiatryczną (94% ankietowanych).
5. Ankietowani psychiatrzy stosują w leczeniu bezsenności u pacjentów z depresją głównie leki przeciwdepresyjne (doksepinę, amitryptylinę). W przypadku skarg na bezsenność ankietowani lekarze najczęściej zalecają benzodiazepiny (estazolam) - 75% ankietowanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Berlin R.M. i wsp.: Sleep disorders on a psychiatric consultation service. *Am. J. Psychiatry* 1984, 141, 582-584.

2. Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. APA, Washington, D.C. 1980.
3. DSM-IV Draft Criteria. APA, Washington 1993.
4. Gmitrowicz A.: Leczenie bezsenności a benzodiazepiny. *Przegl. Lek.* 1988, 45, 10, 739-741.
5. ICD-10 - Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO, Geneva 1992.
6. Kales A., Kales J. i wsp.: *Insomnia and other sleep disorders.* Pennsylvania 1981.
7. Mellman T.A. i wsp.: Sleep events among veterans with combat - related posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 1995, 152, 1, 110-115.
8. Neylan T.C.: Treatment of sleep disturbances in depressed patients. *J. Clin. Psychiatry* 1995, 56, suppl. 2, 56-61.
9. Nofzinger E.A. i wsp.: Sleep disorders related to another mental disorder: a DSM-IV literature review. *J. Clin. Psychiatry* 1993, 54, 7, 244-259.
10. Pringuey D.: Sleep disorders and psychiatry... *Presse - Med.* 1993, Nov. 13, 22/35/, 1784-1789.
11. Saiz-Ruiz J. i wsp.: Sleep disorders in bipolar depression: hypnotics vs sedative antidepressants. *J. Psychosom. Res.* 1994, 38, suppl. 1, 55-60.
12. Sandor P., Shapiro C.M.: Sleep patterns in depression and anxiety: theory and pharmacological effects. *J. Psychosom. Res.* 1994, 38, suppl. 1, 125-139.
13. Schmitt L. i wsp.: Sleep disorders in the elderly. *Rev. Prat.* 1994, Jun. 1, 44/11/, 1436-1438.
14. Van-Moffaert M.M.: Sleep disorders and depression: the chicken and egg situation. *J. Psychosom. Res.* 1994, 38, suppl. 1, 9-13.

Adres: Dr Agnieszka Gmitrowicz, II Klinika Psychiatryczna AM, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź

Załącznik 1

Zaburzenie snu (ZS) związane z innymi zaburzeniami psychicznymi wg DSM-IV

307.42 Bezsenność związana z zaburzeniami z osi I lub II

- A. Dominującą skargą jest trudność w zainicjowaniu, utrzymaniu snu lub sen nie dający wypoczynku, utrzymujące się przynajmniej jeden miesiąc
- B. ZS jest skojarzone z dziennym zmęczeniem lub zakłóconym dziennym funkcjonowaniem
- C. ZS (lubienne następstwa) powoduje klinicznie znaczące cierpienie lub zakłócenie w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub na innych polach
- D. Bezsenność traktowana jest jako związana z zaburzeniami z osi I lub II (np. duża depresja, lęk uogólniony, zaburzenia adaptacyjne z lękiem), ale jest dostatecznie nasiloną, żeby klinicznie zwracać uwagę
- E. Nie jest bezpośrednim skutkiem działania substancji chemicznych (np. nadużywania alkoholu, leków) czy ogólnego stanu medycznego

307.44 Hipersomnia związana z zaburzeniami z osi I lub II

- A. Dominującą skargą jest nadmierna senność utrzymująca się przynajmniej 1 miesiąc, kiedy są dowody na epizody przedłużonego snu, albo epizody dziennego snu występujące prawie codziennie
- B. Nadmierna senność powoduje klinicznie znaczące cierpienie lub zakłócenie w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub na innych polach
- C. Hipersomnia traktowana jest jako związana z zaburzeniami z osi I lub II (np. duża depresja, zaburzenia dystymiczne), ale jest dostatecznie nasiloną, żeby klinicznie zwracać uwagę
- D. Nie jest bezpośrednim skutkiem działania substancji chemicznych (np. nadużywania alkoholu, leków) czy ogólnego stanu medycznego