

## Jakość snu i senność w ciągu dnia w zaburzeniach psychotycznych z kręgu schizofrenii w trakcie leczenia lekami przeciwpsychotycznymi\*

### Sleep quality and daytime sleepiness in schizophrenia spectrum disorders during antipsychotic treatment

Adam Wichniak<sup>1,2</sup>, Elżbieta Waliniowska<sup>2</sup>, Aleksandra Wierzbicka<sup>2</sup>,  
Krystyna Czasak<sup>2</sup>, Iwona Musińska<sup>2</sup>, Eugenia Szatkowska<sup>2</sup>,  
Wojciech Jernajczyk<sup>2</sup>, Marek Jarema<sup>1</sup>

<sup>1</sup>III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

<sup>2</sup>Ośrodek Medycyny Snu, Zakład Neurofizjologii Klinicznej IPiN w Warszawie  
Kierownik: dr n. med. W. Jernajczyk

#### Summary

**Aim.** Patients with schizophrenia frequently report disturbed sleep and excessive daytime sleepiness. In this study the sleep quality and daytime sleepiness of patients hospitalized due to psychotic disorders was assessed shortly before the discharge from the hospital.

**Method.** 62 patients treated with antipsychotics (20 F/ 42 M, mean age 25.7 ± 3.5) were examined. The patients performed a vigilance task (Mackworth clock test), clinical scales were used for the assessment of: sleep quality (Athens insomnia scale – AIS), daytime sleepiness (Epworth sleepiness scale – ESS), clinical global impression (CGI scale), drug side effects (UKU scale), psychopathology and depressive symptoms (PANSS and CDSS scales).

**Results.** Excessive daytime sleepiness (EDS) was reported in the UKU scale in 58% of the patients. This subjective sensation of EDS was not reflected in the results of the standardized methods for the assessment of EDS. In the ESS scale EDS was found in 20% of the patients. A disturbed vigilance was found in the vigilance task in 32% of the patients.

**Conclusion.** Subjective feeling of EDS is common in patients treated with antipsychotics. The ESS scale allows to verify the patients' claims. EDS resulting from disturbed or shortened sleep, should be differentiated from sedation resulting from pharmacological treatment and fatigue that may be related to somatic or mental disorders.

*Słowa kluczowe:* schizofrenia, leczenie przeciwpsychotyczne, sen, nadmierna senność

*Key words:* schizophrenia, antipsychotic treatment, sleep, excessive daytime sleepiness

\* Badanie zostało wykonane ze środków publicznych na naukę w latach 2005–2008. Grant MNiSW 2 P05B 124 29, kierownik grantu dr n. med. Adam Wichniak.

## Wstęp

Zaburzenia rytmu okołodobowego manifestujące się m.in. zaburzeniami snu, niedostatecznym poziomem aktywności w czasie dnia oraz wzmożoną aktywnością w godzinach nocnych są powszechnie spotykane wśród chorych na schizofrenię. Obserwacja ta, dokonana ponad 90 lat temu przez Eugena Bleulera [1], znajduje potwierdzenie również w badaniach współczesnych [2]. Pogorszenie się jakości snu i zmiany okołodobowego rytmu aktywności często są obecne już na kilka miesięcy przed wystąpieniem pierwszego epizodu psychotycznego. W trakcie ostrego okresu psychozy, pobudzenia psychotycznego, obserwuje się najczęściej okresy nasilonej bezsenności. U pacjentów po przebytych epizodach psychotycznym każde ponowne pojawienie się zaburzeń snu i zmiana poziomu aktywności powinny być uważnie obserwowane jako wskaźnik prawdopodobnego pogarszania się stanu psychicznego i zwiastun wystąpienia kolejnego zaostrzenia choroby [3]. Ponadto utrzymujące się zaburzenia snu i niski poziom aktywności w ciągu dnia, obecne mimo uzyskania poprawy stanu psychicznego, a nawet stanu bliskiego remisji, są jednym z najczęstszych powodów niezadowolenia pacjentów i ich rodzin, i ich stałych nalegań na zmianę stosowanego leczenia farmakologicznego.

Zaburzenia poziomu aktywności chorego na schizofrenię w ciągu dnia mogą być powodowane wieloma przyczynami. Mogą wynikać z obecności omamów i urojeń, wywołujących lęk i prowadzących do wzmożonej aktywności lub wręcz przeciwnie – do zaprzestania aktywności i wycofywania się w bezpieczne miejsce. Objawy negatywne mogą prowadzić do spadku aktywności, wycofania, braku zainteresowania aktywnym spędzaniem czasu, podobnie jak często współistniejące w schizofrenii objawy depresji. Istotny wpływ na poziom aktywności pacjenta może mieć również stosowane leczenie farmakologiczne, np. poprzez powodowanie akatyzji lub wywoływanie nadmiernej sedacji.

Chorzy na schizofrenię bardzo często cierpią również na zaburzenia snu, co naturalnie ma znaczący wpływ na ich aktywność w czasie dnia. Parametrami snu istotnie odbiegającymi od normy u chorych na schizofrenię są: 1) wydłużona latencja snu, 2) zwiększona liczba i czas trwania wybudzeń ze snu, 3) zmniejszony całkowity czas snu, 4) zmniejszona wydajność snu, 5) zmniejszona ilość snu głębokiego (szczególnie stadium 4 NREM) [2].

W badaniach oceniających wpływ leków przeciwpsychotycznych na jakość snu chorych na schizofrenię stwierdzano, że większość neuroleptyków, np. haloperidol, pochodne tioksantenu, olanzapina, risperidon, kwetiapina i klozapina, powoduje normalizację zaburzeń snu [2]. Dzieje się to, niestety, najczęściej kosztem częściowej sedacji pacjenta w czasie dnia. Możliwość powodowania nadmiernej sedacji jest wymieniana jako częste działanie uboczne, z reguły w przypadku każdego leku przeciwpsychotycznego. W związku z tym objaw ten jest nierzadko bagatelizowany i traktowany jako konieczna cena ponoszona za skuteczność leczenia. Jest to najczęściej w znacznej sprzeczności z odczuciami pacjentów, dla których nadmierna senność powodowana przyjmowanym lekiem jest bardzo dużym problemem. Jest ona często powodem przerwania leczenia, co zdarza się u znacznej części chorych na schizofrenię.

Jest to istotne, ponieważ leczenie farmakologiczne jest podstawową formą leczenia schizofrenii, nie tylko w okresie zaostrzeń choroby, ale również w celu utrzymania stanu remisji [4].

Mimo znacznego wpływu senności w ciągu dnia na poziom funkcjonowania i aktywności chorych na schizofrenię, problem ten nie znajduje tak dużego odbicia w pracach badawczych i codziennej pracy klinicznej, jak inne objawy uboczne leczenia neuroleptykami, np. objawy pozapiramidowe, zaburzenia hormonalne, wzrost masy ciała, zaburzenia metaboliczne. Przyczyną tego zjawiska mogą być trudności w ocenie stopnia senności pacjenta i bezradność wielu psychiatrów w obliczu konieczności zobiektywizowania zgłaszanych skarg. Subiektywna ocena senności przez pacjenta nie zawsze jest wiarygodna, często jest nieadekwatna do stanu rzeczywistego [5]. Ponadto część pacjentów może negować nadmierną senność np. z powodu obawy przed zakazem prowadzenia pojazdów mechanicznych lub przeciwnie – niezgodnie z prawdą zgłaszać znaczne nasilenie senności, np. starając się skłonić lekarza do zmniejszenia dawki leków lub tłumacząc w ten sposób swoje niepowodzenia i brak podejmowania aktywności w ciągu dnia. Z tego powodu zaleca się stosowanie standaryzowanych skal oceny senności, takich jak skala Epworth [6], oraz testów psychomotorycznych.

Celem badania była ocena poziomu aktywności, rytmu okołodobowego snu i czuwania, oraz senności w ciągu dnia, u pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychotycznych z kręgu schizofrenii, w okresie bezpośrednio poprzedzającym zakończenie hospitalizacji.

## Material

Protokół badania oraz tekst świadomej zgody pacjenta zostały zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Do badania byli włączani pacjenci, po pisemnym wyrażeniu zgody na udział w nim, u których rozpoznano zaburzenia psychotyczne z kręgu schizofrenii. Z badania wykluczano tych, u których stwierdzano współistnienie innych zaburzeń psychicznych, pacjentów z pierwotnymi zaburzeniami snu, np. zespołem bezdechu sennego, ze schorzeniami neurologicznymi i somatycznymi, wpływającymi na poziom aktywności lub senność w czasie dnia, oraz używających substancji psychoaktywnych.

Do badania włączono 66 pacjentów. Czterech z nich następnie zostało z niego wyłączonych: dwóch z powodu pogorszenia się stanu psychicznego w okresie obserwacji przed wypisaniem ze szpitala i konieczności zmiany leczenia farmakologicznego, pozostali – z powodu wycofania zgody na udział w badaniu oraz prośby o wypisanie ze szpitala przed wykonaniem przewidzianych w badaniu procedur.

Grupa 62 pacjentów pozostających w badaniu składała się z 20 kobiet i 42 mężczyzn w wieku od 19 do 33 lat (śr. wiek  $25,7 \pm 3,5$ ), u których postawiono następujące rozpoznania: schizofrenia paranoidalna – 38 osób, inne postaci schizofrenii – 4 osoby, zaburzenia schizotypowe – 1 osoba, ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne – 16 osób, zaburzenia schizoafektywne – 3 osoby. Leczenie przeciwpsychotyczne w dniu wypisania było prowadzone kwetiapiną – 4 pacjentów, olanzapiną – 39, perazyną – 1 pacjent, perfenazyną – 5 pacjentów, risperidonem – 12, klopazyną – 1 pacjent. Mono-

terapię stosowano u 34 pacjentów, a u 28 politerapię. Obok neuroleptyku, dodatkowo stosowanymi lekami były: leki stabilizujące nastrój u 12 pacjentów, leki korygujące działania uboczne u 11 pacjentów, leki przeciwdepresyjne u 7 pacjentów, 2 pacjentów otrzymywało hydroksyzyne.

### Metoda

Opisywana część badania obejmowała dwa tygodnie bezpośrednio poprzedzające zakończenie hospitalizacji. Wstępny termin wypisania ze szpitala ustalano na dzień zakończenia 70-dniowego programu terapeutycznego. Ostateczną decyzję o terminie wypisania podejmowano jednak dopiero wówczas, gdy uzyskano stabilny stan psychiczny pacjenta, lekarz prowadzący leczenie ocenił nasilenie choroby jako co najwyżej średnie (skala CGI, ocena  $\leq 4$ ), a poprawę stanu psychicznego pacjenta w trakcie leczenia przeciwpowrotkowego jako bardzo dobrą lub dobrą (skala CGI, ocena  $\leq 2$ ).

W ocenie stanu psychicznego pacjenta stosowano następujące skale: skalę ogólnego wrażenia klinicznego (CGI), skalę zespołu pozytywnego i negatywnego (PANSS) oraz skalę oceny objawów depresyjnych w schizofrenii (skala Calgary – CDSS). Funkcjonowanie pacjenta oceniano na podstawie wyników skali GAF. Oceny satysfakcji chorego z leczenia dokonywano za pomocą skali DAI-10, a nasilenia akatyzy – za pomocą skali akatyzy Barnesesa (BARS). Działania uboczne leków ustalano na podstawie skali UKU. Do oceny jakości snu użyto Ateńskiej Skali Bezsenności [7]. W ocenie nasilenia senności zastosowano skalę Epworth [6] oraz 28-minutowy test utrzymania uwagi wchodzący w skład Wiedeńskiej Baterii Testów. Test ten oparty jest na tzw. teście zegara Mackwortha [8], w którym badany obserwuje punkt poruszający się po obwodzie tarczy zegarowej i ma za zadanie zareagować, gdy zauważy, że punkt wykonał podwójny skok. Oceniano liczbę opuszczonych bodźców, liczbę nieprawidłowych reakcji, średni czas reakcji, odchylenie standardowe czasu reakcji i wydłużanie się czasu reakcji. Badania poziomu aktywności pacjentów w czasie dnia, rytmu okołodobowego aktywności i snu zostały wykonane za pomocą aktyigrafii.

Przeprowadzono analizę wyników w skalach oceny senności, jakości snu, działań ubocznych leków i testu utrzymania uwagi. Kompletne dane dotyczyły 59 pacjentów. Oprócz analizy opisowej, zbadano korelacje pomiędzy metodami pomiaru senności i jakości snu. Porównano wyniki, w skalach oceny senności, jakości snu i teście utrzymania uwagi, uzyskane przez pacjentów leczonych olanzapiną (neuroleptyk o silnym działaniu sedatywnym) i pacjentów leczonych risperidonem (neuroleptyk o umiarkowanym działaniu sedatywnym). Użyte testy statystyczne obejmowały test korelacji Spearmana, jednoczynnikową analizę wariancji. Poziom istotności statystycznej ustalono na  $p < 0,05$ .

### Wyniki

Średni wynik w skali PANNS w czasie badania wynosił  $40,8 \pm 10,4$ , rozpiętość 30–62 punktów. Jeśli chodzi o stopień ciężkości choroby, ustalony na podstawie skali CGI to: bez objawów choroby było 27 pacjentów (44%), na pograniczu choroby – 23 (37%), nasilenie łagodne odnotowano u 10 pacjentów (16%), nasilenie średnie u 2 (3%).

Leczenie było ogólnie dobrze tolerowane. Do najczęstszych działań ubocznych, w skali UKU, należał przyrost masy ciała, który obserwowano u 41 pacjentów (66%), sedacja/nadmierna senność w ciągu dnia, na którą skarżyło się 36 pacjentów (58%), w tym 8 pacjentów (13%) zgłaszało umiarkowane lub znaczne nasilenie senności w ciągu dnia. Wydłużenie się snu zgłosiło 34 pacjentów (55%), w tym 13 (21%) w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Zaburzenia cyklu miesięczkowego występowały u 9 kobiet (45%), zaburzenia erekcji u 17 mężczyzn (40%), spadek libido u 21 pacjentów (34%).

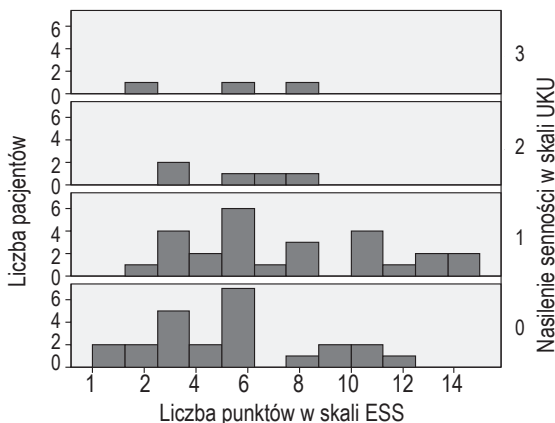
W skali ESS 11 pacjentów (19%) uzyskało wynik >10 punktów świadczący o nadmiernej senności w ciągu dnia, patologiczne nasilenie senności (wynik > 15 punktów) stwierdzono u 1 pacjenta (1%). Nieprawidłowy wynik w teście utrzymania uwagi odnotowano u 19 pacjentów (32%). Bardzo dobre lub dobre wyniki testu utrzymania uwagi ze średnim czasem reakcji równym lub mniejszym niż 500 ms, liczbą opuszczonych bądź błędnych reakcji mniejszą niż 3 i wahaniami czasu reakcji mniejszymi niż 130 ms zdobyło 31 pacjentów (53%). W Ateńskiej Skali Bezsenności 9 pacjentów (15%) uzyskało wynik > 6 punktów, świadczący o łagodnych zaburzeniach snu o typie bezsenności. Dwaj pacjenci (3%) otrzymali >10 punktów, co świadczyło o istotnych klinicznie zaburzeniach snu o typie bezsenności.

Analiza statystyczna nie wykazała silnych zależności pomiędzy dwoma zastosowanymi metodami pomiaru stopnia nasilenia senności – skalą ESS i testem utrzymania uwagi. Wydłużenie się czasu reakcji w teście utrzymania uwagi słabo korelowało z liczbą punktów w skali ESS ( $r_s = 0,273$ ,  $p < 0,05$ ). Stwierdzane zwiększone nasilenie senności w skali Epworth wykazało słabą korelację ze zwiększonym nasileniem bezsenności w Ateńskiej Skali Bezsenności ( $r_s = 0,353$ ,  $p < 0,01$ ). Grupa z nadmierną sennością w skali UKU nie różniła się istotnie statystycznie od grupy bez nadmiernej senności (tabela 1).

**Tabela 1. Wyniki w teście utrzymania uwagi, skali senności Epworth (ESS) i Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS) w grupie pacjentów bez odczuwanej senności i z nadmierną sennością w skali oceny działań ubocznych leków (skali UKU). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami**

	Subiektywny brak senności (n = 25) Średnia ± odch. stand.	Subiektywna senność (n = 34) Średnia ± odch. stand.
Test utrzymania uwagi		
Opuszczone bodźce (liczba)	2,5 ± 3,3	1,9 ± 3,9
Odpowiedzi nieprawidłowe (liczba)	3,2 ± 8,9	1,6 ± 2,0
Śr. czas reakcji (ms)	473 ± 97	477 ± 66
Zmienność czasu reakcji (ms)	102 ± 29	94 ± 41
Narastanie czasu reakcji (ms)	175 ± 187	203 ± 222
Wynik nieprawidłowy (liczba osób)	10 (40%)	9 (26%)
Wynik dobry lub b. dobry (liczba osób)	13 (52%)	18 (53%)
Skala ESS (punkty)	5,3 ± 3,3	7,0 ± 3,6
Skala AIS (punkty)	3,6 ± 1,9	3,9 ± 2,4

Nasilenie subiektywnego uczucia senności w skali UKU nie wpływało na rozkład wyników w skali ESS (rys. 1) oraz w teście utrzymania uwagi.



Rys. 1. Rozkład wyników w skali senności Epworth (ESS) w grupach pacjentów z nasileniem senności ocenianym w skali oceny działań ubocznych leków (UKU) jako: 0 – nieobecne, 1 – łagodne, 2 – umiarkowane, 3 – znaczne. Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy oceną senności w skalach UKU i ESS. Nadmierną senność w skali ESS oznacza wynik  $\geq 10$  punktów

Rodzaj stosowanego leczenia farmakologicznego (olanzapina vs risperidon) nie wpływał istotnie na wyniki testu utrzymania uwagi, wyniki w skalach Epworth, AIS. Pacjenci leczeni olanzapiną uzyskali istotnie wyższe wyniki w skali UKU w pytaniach dotyczących senności/sedacji ( $0,86 \pm 0,83$  vs  $0,31 \pm 0,48$ ;  $p < 0,05$ ) i wydłużenia się snu ( $1,03 \pm 0,94$  vs  $0,46 \pm 0,66$ ;  $p < 0,05$ ).

### Omówienie wyników

Nadmierną senność w trakcie dnia zgłosiło aż 58% pacjentów. Prawie wszyscy z nich utożsamiali odczuwaną senność z faktem ubocznego działania leków przeciwpsychotycznych. Potencjalnie może to oznaczać, że z czasem aż 58% pacjentów, których wypisano ze szpitala, po powrocie do domu, pracy, szkoły będzie coraz bardziej niezadowolonych z przepisane go im leczenia ze względu na odczuwaną senność. Pacjenci ci zapewne bardzo szybko będą dążyli do zmniejszenia dawki leków lub nawet przerwania leczenia, co pozostaje w sprzeczności z zaleceniami dotyczącymi leczenia schizofrenii [4]. Zastosowana w celu oceny objawów ubocznych leków skala UKU, oprócz pytania o obecność danego objawu, umożliwia lekarzowi również jego stopniowanie – jako łagodne, umiarkowane, znaczne [9]. Stopień senności, oceniony przez lekarza w skali UKU na podstawie subiektywnych odczuć pacjentów, nie przekładał się na rozkład wyników w standaryzowanej skali oceny nasilenia senności w ciągu dnia, skali ESS. Obserwacja ta jest zgodna z wynikami badań nad odczuwaniem senności i bezpieczeństwem w ruchu drogowym. Pokazują one prawie jednoznacznie, że człowiek jest przeważnie w stanie zauważyć pojawiającą się u niego senność, ale

z trudem potrafi ją opanować i przewidzieć, jak duże jest ryzyko, że zaśnie i spowoduje groźny wypadek [5, 10].

Odsetek pacjentów z podwyższoną sennością w skali ESS wyniósł 20%. Po zastosowaniu testu utrzymania uwagi, który demaskuje senność poprzez pomiar w warunkach monotonii, odsetek sennych osób wzrósł jednak do 32%. Podobnie jak w przypadku skali ESS, również rozkład wyników testu utrzymania uwagi nie zależał od subiektywnego stopnia nasilenia senności zgłaszanego w skali UKU. Nie znaleziono również silnej zależności pomiędzy skalą ESS a testem utrzymania uwagi. Fakt ten opisywany był już w wielu wcześniejszych badaniach [11]. Jednym z powodów może być zależność wyników testów psychomotorycznych od stopnia motywacji osoby badanej. Ważna jest obserwacja, że ponad połowa pacjentów uzyskała bardzo dobre lub dobre wyniki w teście utrzymania uwagi i w związku z tym nie miała przeciwwskazań do obsługi urządzeń mechanicznych czy też prowadzenia samochodu. Warto to podkreślić, ponieważ wielu lekarzy wciąż w orzeczeniach lekarskich posługuje się bardziej kryterium diagnozy niż kryterium rzeczywistego stanu zdrowia pacjenta.

Oprócz wpływu stosowanego leku na stan czuwania, w różnicowaniu przyczyn nadmiernej senności należy przede wszystkim wykluczyć niedobór snu, w wyniku jego zbyt krótkości lub złej jakości. W badanej grupie ponad połowa pacjentów zgłaszała wydłużenie się snu nocnego w wyniku leczenia, ale blisko 20% pacjentów wciąż zgłaszało jednak objawy bezsenności. Wyniki w skali AIS słabo korelowały z nasileniem senności w skali ESS.

Kolejną czynnością w poszukiwaniu przyczyny nadmiernej senności jest zwrócenie uwagi na to, czy mamy rzeczywiście do czynienia z sennością, czy też może ze zmęczeniem, np. wynikającym z objawów depresyjnych (obniżenie napędu), z objawów negatywnych (zespół apatyczno-abuliczny), chorób somatycznych lub pogorszenia się ogólnej wydolności fizycznej. Warto zwrócić tu uwagę na definicję terminów: zmęczenie, senność, sedacja. Zmęczenie należy traktować jako termin nadrzędny. Senność to takie zmęczenie, w którym, w warunkach promujących sen, następuje zasypianie. Osoba senna jest zatem również zmęczona. Osoba zmęczona nie musi jednak być senna (tzn. mieć zwiększoną skłonność do zapadania w sen). Sedacja to takie zmęczenie lub senność, które w całości przypisujemy działaniu leków [12].

Praktycznym przesłaniem wynikającym z wykonanej analizy jest to, aby w ocenie snu i senności nigdy nie koncentrować się tylko na subiektywnych odczuciach pacjenta. Nie oznacza to oczywiście, że należy je bagatelizować. Należy jednak dążyć do skonkretyzowania rozmowy, omówienia rzeczywistych sytuacji z życia codziennego. Skala senności Epworth pyta nie o senność, ale o zasypianie w konkretnych sytuacjach w życiu codziennym [6]. Uwzględnia ona przy tym sytuacje bierne, promujące sen, jak również sytuacje aktywne, nie sprzyjające zasypianiu. Już samo zastosowanie tej skali i omówienie z pacjentem, w jakich sytuacjach konkretnie ma problemy z sennością, jest często wystarczające, aby mu pomóc. Przy wysokim wyniku w skali Epworth warto ocenić długość snu w ciągu 2–4 tygodni na podstawie dzienniczka snu oraz jakość snu za pomocą skali AIS [7]. Postępowanie takie pozwala na zorientowanie się, czy mamy do czynienia z sennością wynikającą z niedoboru snu, sedacją czy też może ze zmęczeniem, bez nadmiernej senności i niedoboru snu.

Analizując wyniki omawianego badania, należy uwzględnić fakt, że u bardzo wielu pacjentów poza lekiem przeciwpsychotycznym stosowano również inne leki psychotropowe, które mogły mieć wpływ na nasilenie sedacji. Ze względu na brak refundacji, w trakcie prowadzenia badania, atypowych leków przeciwpsychotycznych bez działania sedatywnego, takich jak amisulpryd, aripiprazol, sertindol i ziprasidon, większość badanych pacjentów przyjmowała olanzapinę lub risperidon. W związku z tym wnioski badania odnoszą się głównie do tych dwóch leków.

### Wnioski

Subiektywne odczuwanie nadmiernej senności w ciągu dnia jest częste u pacjentów leczonych lekami przeciwpsychotycznymi. Zastosowanie standaryzowanych metod oceny senności, np. skali Epworth, i jakości snu, np. Ateńskiej Skali Bezsenności, umożliwia weryfikację skarg pacjenta. Nadmierną senność wynikającą z niedoboru snu należy różnicować z sedacją wynikającą z leczenia farmakologicznego oraz ze zmęczeniem wynikającym ze stanu psychicznego i somatycznego pacjenta.

#### Качество сна и сонливость в течение дня при психотических нарушениях шизофренического круга во время лечения антипсихотическими препаратами

##### Содержание

**Задание.** Нарушения сна и большая сонливость в течение дня являются частыми проблемами, встречающимися при лечении больных шизофренией. Задачей исследования была оценка качества сна и сонливости в течение дня у пациентов, госпитализированных по поводу нарушений из группы шизофрении в периоде непосредственно перед закончением госпитализаций.

**Метод.** Обследовано 62 пациентов, леченных противопсихотическими препаратами (20 женщин и 42 мужчин, средний возраст  $25,7 \pm 3,5$  лет). Проведен тест концентрации внимания (без часов Мацкворта) и шкалы оценки: качества сна (Атенская шкала безсонницы), сонливости в течение дня (шкала сонливости Эпворт – ЭСС), общего клинического впечатления (шкала ГТИ), действия побочного применяемого лекарства (шкала УКУ), психопатологических симптомов (шкала позитивных и негативных симптомов ПАНСС), и депрессии (шкала Калгари).

**Результаты.** Чувство большой сонливости в течение дня в связи с лечением обнаружена в шкале УКУ у 58% пациентов. Это субъективное чувство больных, однако, не находило подтверждения в шкале результатов стандартизированных методов оценки сонливости. В шкале ЭСС процент пациентов: с большой сонливостью равнялся 20%. В тесте концентрации внимания ее нарушения отмечены у 32% пациентов.

**Выводы.** Чувство большой сонливости в течение дня часто встречается у пациентов, леченных противопсихотическими лекарствами. Применение стандартизированных шкал оценки сонливости и качества сна обуславливает проверку жалоб пациентов, указывающих на большую сонливость. Повышенная сонливость, исходящая из недостаточности или нарушенного сна необходимо дифференцировать с спокойствием, истекающим из применения фармакологического лечения, а также утомляемости, связанной с психическим состоянием больного.

#### Schlafqualität und Schläfrigkeit während normaler Tagessituationen in psychotischen Störungen aus dem Bereich Schizophrenie bei der Behandlung mit Antipsychotika

##### Zusammenfassung

**Ziel.** Schlafstörungen und übermäßige Schläfrigkeit am Tag sind ein häufiges Problem bei der Behandlung der Schizophrenkranken. Das Ziel der Studie war die Beurteilung der Schlafqualität



während normaler Tagessituationen bei den wegen Schizophreniestörungen hospitalisierten Patienten in der Zeit unmittelbar vor dem Ende der Hospitalisierung.

**Methode.** Es wurden 62 Patienten untersucht, die antipsychotische Behandlung bekamen (20 F/42M; Durchschnittsalter  $25,7 \pm 3,5$  Jahre). Es wurden eingesetzt: der Aufmerksamkeitstest (Uhrtest von Mackworth) und die Beurteilungsskalen: Schlafqualität (Athens Insomnia Scale zur Erfassung der Schlaflosigkeit – AIS), Ausmaß der Schläfrigkeit während normaler Tagessituationen (Epworth – Schläfrigkeit – Skala – ESS), allgemeine klinische Beurteilung (CGI-Skala), Nebenwirkungen von Medikamenten (UKU-Skala), psychopathologische Symptome (PANSS – Skala) und Depression (Calgary – Skala).

**Ergebnisse.** Die übermäßige Schläfrigkeit bei der Behandlung wurde in der UKU – Skala sogar bei 58% der Patienten festgestellt. Dieses subjektive Empfinden der Patienten wurde aber in den Ergebnissen der standardisierten Methoden zur Erfassung der Schläfrigkeit nicht bestätigt. In der ESS – Skala betrug der Prozentsatz der Patienten mit übermäßiger Schläfrigkeit 20%. Im Test der Aufmerksamkeit wurden die Aufmerksamkeitsstörungen bei 32% Patienten festgestellt.

**Schlussfolgerungen.** Das Empfinden der übermäßigen Schläfrigkeit während normaler Tagessituationen tritt oft bei Patienten auf, die mit Antipsychotika behandelt werden. Die Anwendung der standardisierten Skalen zur Erfassung der Schläfrigkeit und Schlafqualität ermöglicht die Verifizierung der Klagen der Patienten, die übermäßige Schläfrigkeit melden. Die übermäßige Schläfrigkeit, die aus Mangel an Schlaf oder aus gestörtem Schlaf resultiert, soll man von der Sedierung unterscheiden, die aus der pharmakologischen Behandlung hervorgeht und aus Müdigkeit, die mit dem psychischen und somatischen Zustand des Patienten verbunden ist.

### **La qualité du sommeil et la somnolence durant la journée des patients souffrant des troubles psychotiques schizophréniques au cours de la thérapie des antipsychotiques**

#### **Résumé**

**Objectif.** Les troubles du sommeil et la somnolence excessive durant la journée sont très fréquents chez les patients schizophréniques suivant leur thérapie des antipsychotiques. Cet article vise à analyser la qualité du sommeil et la somnolence durant la journée des schizophrènes hospitalisés. Cette analyse est faite juste avant la fin de leur hospitalisation.

**Méthode.** On examine 62 patients suivant la thérapie des antipsychotiques (20 femmes, 42 hommes, âge –  $25,7 \pm 3,5$ ) avec les tests suivants : teste de Mackworth (teste d'attention), Athens insomnia scale – AIS (qualité de sommeil), Epworth sleepiness scale – ESS (somnolence), Clinical global impression – CGI (impression clinique générale), échelle UKU (effets défavorables), PANSS (symptômes psychopathologiques) et CDSS (dépression).

**Résultats.** La somnolence excessive durant la journée, liée avec cette thérapie, est notée (échelle UKU) chez 58% de patients. Cette subjective sensation n'est pas confirmée par les résultats des méthodes standardisées d'estimation du niveau de somnolence – l'échelle ESS atteste que seulement chez 20% de patients on note la somnolence excessive.

**Conclusions.** La somnolence excessive durant la journée est assez fréquente pendant la thérapie des antipsychotiques. Les échelles standardisées concernant la somnolence et la qualité du sommeil permettent vérifier les plaintes des patients. La somnolence excessive résultant du manque du sommeil ou du sommeil troublé n'est pas la somnolence résultant de la pharmacothérapie ou celle qui est l'effet de la fatigue ou de l'état psychique et somatique du patient.

#### **Piśmiennictwo**

1. Bleuler E. *Dementia praecox, or the group of schizophrenias*. New York: International University Press; 1950.
2. Monti JM, Monti D. *Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs*. Sleep Med. Rev. 2004; 8: 133–148.

3. Herz MI, Lambert J. *Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1995; 21: 541–551.
4. Jarema M, Kiejna A, Landowski J, Meder J, Rabe-Jabłońska J, Rybakowski J. *Standardy leczenia farmakologicznego schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2006; 40: 1171–1205.
5. Doghramji K. *Assessment of excessive sleepiness and insomnia as they relate to circadian rhythm sleep disorders*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65, supl. 16: 17–22.
6. Johns MW. *A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale*. Sleep. 1991; 14: 540–545.
7. Szelenberger W. *Ateńska Skala Bezsenności*. W: Szelenberger W, red. *Bezsenność*. Gdańsk: Via Medica; 2007, s. 87–88.
8. Mackworth NH. *Vigilance*. Advanc. Sc. 1957; 53: 389–393.
9. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. *The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients*. Acta Psychiatr. Scand. 1987 supl.; 334: 1–100.
10. Mitler MM, Carskadon MA, Czeisler CA, Dement WC, Dinges DF, Graeber RC. *Catastrophes, sleep, and public policy: consensus report*. Sleep. 1988; 11: 100–109.
11. Wichniak A, Geisler P, Tracik F, Cronlein T, Morrissey SP, Zully J. *The influence of polysomnography on the Multiple Sleep Latency Test and other measures of daytime sleepiness*. Physiol. Behav. 2002; 75: 183–188.
12. Ayd FJ Jr. *Lexicon of psychiatry, neurology, and the neurosciences*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

Adres: Adam Wichniak  
III Klinika Psychiatryczna  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 15.05.2008  
Zrecenzowano: 1.09.2008  
Otrzymano po poprawie: 14.11.2008  
Przyjęto do druku: 1.12.2008