

LESZEK SPANDEL¹, JADWIGA JOŚKO-OCHOJSKA¹, AGNIESZKA BATKO-SZWACZKA²

Występowanie zaburzeń snu i objawów depresyjnych u pacjentów geriatrycznych z przewlekłymi chorobami somatycznymi

Sleep disturbances and depressive symptoms in geriatric patients with chronic physical conditions

¹Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra Chorób Wewnętrznych, Klinika Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

KEYWORDS

sleep disturbances, depressive symptoms, geriatric patients

SUMMARY

Introduction. Sleep disturbances and depressive symptoms in elderly, multimorbid patients negatively influence performance and affect daily functioning.

Aim. The goal of our study was to determine the prevalence of these disorders, investigate the relationship between them, and assess their association with the number of chronic physical conditions diagnosed in patients.

Material and methods. Data regarding medical history and current treatment were obtained from medical records. The Abbreviated Mental Test Score (AMTS) was used to rule out patients with cognitive impairment. The short version of the Geriatric Depression Scale (GDS) was used to evaluate depressive symptoms. The Athens Insomnia Scale (AIS) and the Epworth Sleepiness Scale (ESS) were used to assess sleep disturbances. The Pearson and Spearman coefficients were used to determine the relationship between variables. The p-value was set to 0.05.

Results. Two hundred and six patients were included in the study. The mean age was 73.8 years (SD = 6.3), the mean number of chronic physical conditions was 3.6 (SD = 1.7), and the mean CCI score was 2.9 (SD = 1.9). Depressive symptoms were observed in 66 (33.0%) patients, insomnia in 72 (35.0%), increased daytime somnolence in 51 (24.8%), and pathological sleepiness in 7 (3.4%). A positive correlation was found between: depressive symptoms and insomnia (R = 0.75, p = 0.0001); depressive symptoms and daytime somnolence (R = 0.70, p = 0.0001); the number of chronic conditions and AIS (R = 0.63, p = 0.0001) and ESS (R = 0.65, p = 0.0001); and CCI score and AIS (R = 0.53, p = 0.0001) and ESS (R = 0.56, p = 0.0001).

Conclusions. The results of our study indicate high prevalence rates of sleep disturbances and depressive symptoms in geriatric patients. These disorders are interdependent and associated with the degree of morbidity, which is important for establishing optimal management and improving outcomes.

WSTĘP

Zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia snu należą obecnie do jednych z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, z jakimi borykają się społeczeństwa krajów rozwiniętych. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia do roku 2020 depresja stanie się drugą po chorobie niedokrwiennej serca przyczyną niepełnosprawności na świecie, a w 2030 roku może być główną przyczyną inwalidztwa (1). Równie niepokojące są dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń snu. Badania epidemiologiczne podają, że 30-35% osób w populacji ogólnej narzeka na problemy ze

snem, z czego 9-11% cierpi na chroniczną bezsenność (2). Na powyższe zaburzenia szczególnie narażone są osoby starsze, a zwłaszcza pacjenci geriatryczni z rozpoznaniem schorzeń przewlekłych dotyczących układu krążenia, układu oddechowego, przewodu pokarmowego oraz zaburzeniami metabolicznymi i przewlekłymi dolegliwościami bólowymi. Coraz więcej badań dostarcza dowodów na temat istnienia patogenetycznych związków pomiędzy stanem psychicznym a chorobami somatycznymi. Zarówno zaburzenia depresyjne, jak i zaburzenia snu mogą przyczyniać się do rozwoju wielu różnych schorzeń ogólnych lub pogorszenia ich przebiegu,

z kolei choroby somatyczne są istotnym czynnikiem ryzyka depresji i bezsenności (3).

Niewątpliwie duże znaczenie w powstawaniu zaburzeń psychicznych wśród seniorów poza czynnikami biologicznymi mają także przyjmowane leki. Ze względu na konieczność stosowania złożonych schematów terapeutycznych oraz zaburzoną na skutek zmian fizjologicznych i patologicznych farmakokinetykę oraz farmakodynamikę leków pacjenci geriatryczni należą do grupy szczególnie narażonej na wystąpienie różnego rodzaju powikłań polekowych. Co istotne, spośród działań niepożądanych obserwowanych u starszych osób ponad 30% manifestuje się jako zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Najczęściej występujące objawy obejmują: zaburzenia snu, obniżenie nastroju, w tym depresję, stany lękowe, oszołomienie, pogorszenie postrzegania i zaburzenia świadomości (4).

O ile skargi na zaburzenia snu są powszechne wśród pacjentów w wieku podeszłym, to dolegliwości takie jak obniżenie nastroju, smutek, niepokój czy lęk wymieniane są w kontakcie z lekarzem rodzinnym bardzo rzadko. Niezależnie od wieku pacjenci niechętnie przyznają się do swojej niepełnosprawności psychicznej, uważając ją za słabość wynikającą z przeżywania emocji. Ponadto tego typu objawy zgłaszane przez osoby starsze niejednokrotnie traktowane są przez lekarzy czy opiekunów jako naturalny przejaw starości lub współistniejących chorób somatycznych.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ocena częstości występowania zaburzeń snu i objawów depresyjnych wśród pacjentów powyżej 65. roku życia hospitalizowanych z powodu przewlekłych schorzeń somatycznych, zbadanie wzajemnej zależności pomiędzy nimi oraz ustalenie związku pomiędzy tymi zaburzeniami a liczbą rozpoznawanych chorób przewlekłych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie prowadzono w okresie od października 2014 do września 2015 roku w trzech oddziałach internistycznych Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim. Do dyrekcji placówki zwrócono się z prośbą o udzielenie zgody na przeprowadzenie badania. Procedura badania nie wymagała zgody Komisji Bioetycznej SUM (opinia w sprawie przeprowadzenia badania naukowego nr KNW/022/KB/207/14 z dnia 30.09.2014 r.). Wszyscy pacjenci biorący udział w badaniu zostali poinformowani o jego celu, sposobie przeprowadzenia, zachowaniu anonimowości, a także możliwości rezygnacji z badania.

Do badania zostali włączeni pacjenci powyżej 65. roku życia, przebywający w szpitalu od co najmniej 3 dni, będący w pełnym kontakcie logiczno-słownym oraz w stanie somatycznym umożliwiającym przeprowadzenie pełnego badania z użyciem wybranych skal, którzy uzyskali powyżej 6 punktów w Skróconym Teście Sprawności Umysłowej Hodgkinsona (Abbreviated Mental Test Score – AMTS). Z badania wykluczono chorych z ustalonym rozpoznaniem zespołu

otępiennego, przyjmujących leki przeciwdepresyjne lub nasenne, a także pacjentów, którzy w ostatnim roku przeżyli traumatyczne wydarzenie (np. śmierć bliskiej osoby).

Badanie oparto na kwestionariuszu autorskim, który obejmował pytania metryczkowe oraz standaryzowane skale oceny objawów depresyjnych, bezsenności oraz nadmiernej senności w ciągu dnia. Analizie pod kątem obecności chorób somatycznych i stosowanej przewlekłej farmakoterapii poddano także dokumentację medyczną, badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne. Do oceny stopnia wielochorobowości u badanych pacjentów posłużono się indeksem Charlsona.

Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS)

AMTS służy do przesiewowej oceny funkcji poznawczych. Zawiera 10 pytań, a za każdą prawidłową odpowiedź przyznawany jest 1 punkt. Maksymalna liczba punktów w teście to 10. Wynik poniżej 7 punktów pozwala podejrzewać upośledzenie funkcjonowania poznawczego u badanego pacjenta (5).

Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS)

Skala GDS (Geriatric Depression Scale) jest powszechnie stosowanym narzędziem przesiewowym służącym do samooceny depresji u chorych w wieku podeszłym. W badaniu wykorzystano wersję skróconą kwestionariusza składającą się z 15 pytań zamkniętych (tak/nie). Za każdą odpowiedź świadczącą o złym samopoczuciu przyznawano 1 punkt. Wynik interpretowany był następująco: 0-5 punktów – brak objawów depresyjnych, 6-10 punktów – umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, 11-15 punktów – objawy depresji ciężkiej (6).

Ateńska Skala Bezsenności (AIS)

AIS (Athens Insomnia Scale) to skala składająca się z 8 pozycji testowych oceniających: zasypianie, budzenie się w nocy, budzenie się rano, całkowity czas snu, jakość snu, samopoczucie następnego dnia, sprawność psychiczną i fizyczną następnego dnia oraz senność w ciągu dnia. Każdy składnik oceniany jest według skali punktowej od 0 (brak trudności) do 3 (poważna trudność). Łączny wynik mieści się w przedziale od 0 do 24, gdzie wyższy wynik oznacza gorszą jakość snu. Wynik równy lub wyższy niż 8 oznacza bezsenność (7).

Skala Senności Epworth (ESS)

Skala ESS (Epworth Sleepiness Scale) jest specjalistycznym kwestionariuszem służącym do oceny nadmiernej senności dziennej, która jest częstym subiektywnym objawem zgłaszanym przez pacjentów geriatrycznych. Dotyczy ona możliwości zaśnięcia w 8 zdefiniowanych sytuacjach. Do oceny możliwości zaśnięcia w danej sytuacji zastosowano następującą skalę: 0 – zaśnięcie nie jest możliwe, 1 – niewielka możliwość drzemki, 2 – umiarkowana możliwość drzemki, 3 – duża możliwość drzemki. Wynik poniżej 10 punktów interpretowano jako brak objawów nadmiernej senności,

pomiędzy 10 a 14 punktów – jako senność umiarkowaną, a powyżej 14 punktów – jako senność patologiczną (8).

Indeks Charlsona (CCI)

CCI (Charlson Comorbidity Index) jest prostym w zastosowaniu i interpretacji narzędziem prognostycznym służącym do oceny ryzyka śmierci z powodu występowania chorób przewlekłych. Obejmuje on 19 schorzeń, którym przypisano określoną wartość punktową (1, 2, 3 lub 6 punktów) w zależności od ryzyka zgonu wynikającego z obecności danej choroby. Suma punktów 5 lub więcej oznacza bardzo duże ryzyko zgonu w przeciągu 1 roku (9).

Wymienione narzędzia były walidowane na polskiej populacji i nie wymagały zgody autorów na ich użycie.

Analiza statystyczna

W opracowaniu statystycznym wykorzystano pakiet STATISTICA wersja 10.0 (StatSoft. Inc. 2011) oraz arkusz kalkulacyjny Excel 2010. Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą: średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego (ang. *standard deviation* – SD), mediany, wartości minimalnej i maksymalnej oraz 95% przedziału ufności (ang. *confidence interval* – CI). Zmienne jakościowe przedstawiono za pomocą licznosci oraz wartości procentowych. Do sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym, posłużono się testem W Shapiro-Wilka. Istotność różnic pomiędzy dwiema grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano testami istotności różnic: t-Studenta lub U Manna-Whitneya (w przypadku niespełnienia warunków stosowalności testu t-Studenta lub dla zmiennych zmierzonych na skali porządkowej). Testy niezależności Chi-kwadrat wykorzystano dla zmiennych jakościowych. W celu stwierdzenia powiązania, siły oraz kierunku pomiędzy zmiennymi zastosowano analizę korelacji, obliczając współczynniki korelacji Pearsona lub Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

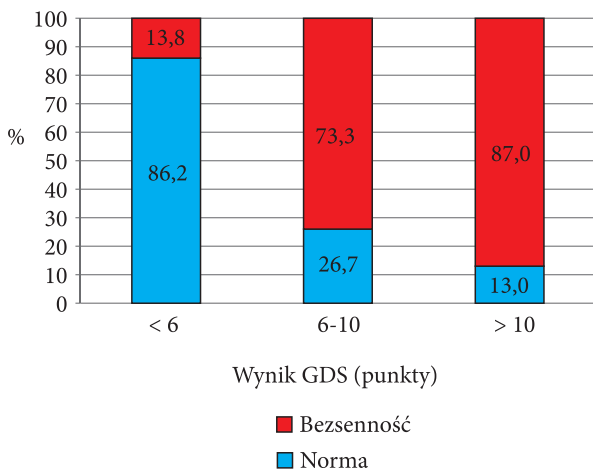
Badaną grupę stanowiło 206 pacjentów: 121 kobiet i 85 mężczyzn (odpowiednio 58,7 i 41,3% badanych). Średnia wieku wyniosła 75,8 roku (SD = 6,3). Analiza chorobowości badanych wykazała, że średnia liczba chorób przewlekłych wynosiła u nich 3,6 (SD = 1,7), średnia wartość CCI 2,9 (SD = 1,9), zaś średnia liczba przewlekłe przyjmowanych leków 6,9 (SD = 2,7). U 155 (75,2%) pacjentów stwierdzono występowanie przewlekłych dolegliwości bólowych. Objawy depresyjne obserwowano u 66 (33,0%) badanych, z czego 45 (21,8%) przejawiało objawy depresji umiarkowanej, zaś 23 (11,2%) objawy depresji ciężkiej. Na przewlekłą bezsenność skarżyło się 72 (35,0%) chorych. Nadmierna senność w ciągu dnia występowała u 51 (24,8%), natomiast senność patologiczna u 7 (3,4%) osób. Charakterystykę badanej grupy pod względem wybranych zmiennych demograficznych oraz stanu zdrowia przedstawiono w tabeli 1. Wśród osób z objawami depresji ciężkiej u 60,9% stwierdzono nadmierną

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy (n = 206)

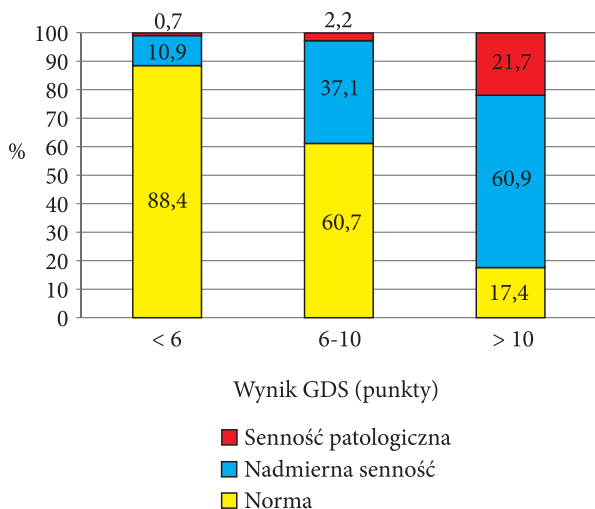
	średnia (SD)	75,8 (6,3)
Wiek	min-max	66,0-98,0
	mediana	75,0
Płeć	kobieta (%)	121 (58,7)
	mężczyzna (%)	85 (41,3)
Sprawność umysłowa wg AMTS	średnia (SD)	8,8 (1,2)
	min-max	7,0-10,0
	mediana	9,0
Liczba chorób przewlekłych	średnia (SD)	3,6 (1,7)
	min-max	1,0-9,0
	mediana	3,0
Liczba przyjmowanych leków	średnia (SD)	6,9 (2,7)
	min-max	0,0-13,0
	mediana	3,0
Obecność dolegliwości bólowych	tak (%)	155 (75,2)
	nie (%)	51 (24,8)
Rozpoznawane choroby przewlekłe (% n)	choroby układu krążenia	96,1
	choroby metaboliczne i endokrynologiczne	47,6
	choroby kości i stawów	29,1
	choroby układu pokarmowego	25,2
	choroby układu moczowo-płciowego	22,3
	choroby układu oddechowego	18,9
	choroby neurologiczne	12,6
	choroby nowotworowe	12,1
	inne	9,2

SD – odchylenie standardowe

senność w ciągu dnia, a u 21,7% senność patologiczną. W tej samej grupie u 87,0% badanych rozpoznawano równoległe zaburzenia snu pod postacią bezsenności. Częstość występowania poszczególnych zaburzeń snu w zależności od natężenia objawów depresji przedstawiono na rycinach 1 i 2. Stwierdzono dodatnią zależność pomiędzy wynikami GDS a nasileniem bezsenności ($R = 0,75$, $p = 0,0001$) (ryc. 3) oraz senności w ciągu dnia ($R = 0,70$, $p = 0,0001$) (ryc. 4). Dodatkowo wyniki GDS, AIS i ESS były dodatnio skorelowane z liczbą chorób przewlekłych (odpowiednio: $R = 0,78$, $p = 0,0001$; $R = 0,63$, $p = 0,0001$; $R = 0,65$, $p = 0,0001$) oraz



Ryc. 1. Odsetek osób z zaburzeniami snu o typie bezsenności w zależności od wyniku GDS ($\chi^2 = 83,76$, $p = 0,0001$)
GDS – Geriatryczna Skala Oceny Depresji

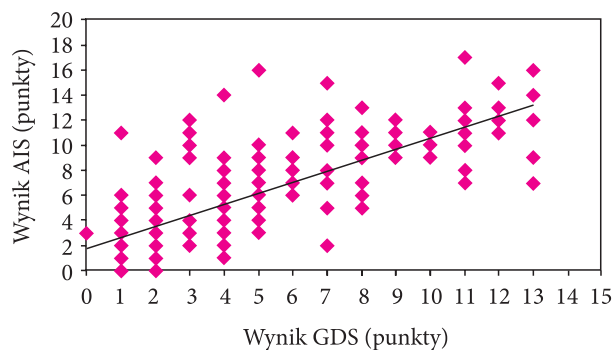


Ryc. 2. Odsetek osób z zaburzeniami snu o typie nadmiernej senności w zależności od wyniku GDS ($\chi^2 = 77,37$, $p = 0,0001$)
GDS – Geriatryczna Skala Oceny Depresji

wartością CCI (odpowiednio: $R = 0,70$, $p = 0,001$; $R = 0,53$, $p = 0,0001$; $R = 0,56$, $p = 0,0001$). Nie stwierdzono związku pomiędzy występowaniem objawów depresyjnych i zaburzeń snu a płcią oraz wiekiem badanych.

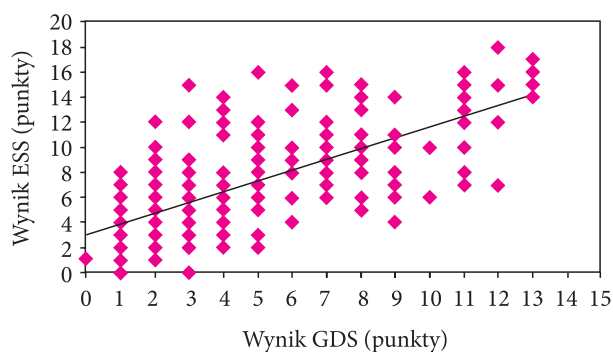
DYSKUSJA

Badaną przez nas grupę chorych stanowili pacjenci geriatryczni hospitalizowani z przyczyn internistycznych. Pomimo braku jednoznacznej i precyzyjnej definicji pacjenta geriatrycznego większość badaczy rozumie pod tym pojęciem osoby powyżej 65. roku życia z typową dla wieku senioralnego wielochorobowością i wielonarządową patologią. Według Frieda i wsp. osoby te, obok wielu schorzeń, cechuje ponadto złożona niesprawność fizyczna i/lub psychiczna z towarzyszącym zespołem frailty (zespołem kruchości,



Ryc. 3. Korelacja pomiędzy natężeniem zaburzeń depresyjnych a bezsennością ($R = 0,75$; $p = 0,0001$)

GDS – Geriatryczna Skala Oceny Depresji; AIS – Ateńska Skala Bezsenności



Ryc. 4. Korelacja pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi a nadmierną sennością w ciągu dnia ($R = 0,70$; $p = 0,0001$)

GDS – Geriatryczna Skala Oceny Depresji; ESS – Skala Senności Epworth

słabości, rodzajem wielonarządowej niewydolności, od ang. wyrażenia *frail*), a przez to zwiększone zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i lecznicze (10). Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa, w tej grupie chorych istnieje duża częstość współwystępowania przewlekłych schorzeń somatycznych z zaburzeniami depresyjnymi, co potwierdzają wyniki przeprowadzonego przez nas badania. Covinsky i wsp. w obserwacji 573 hospitalizowanych pacjentów w wieku powyżej 70. roku życia stwierdzili występowanie 6 lub więcej objawów depresyjnych mierzonych w 15-punktowej GDS u 34% chorych, ponadto uzyskanie 6 lub więcej punktów wiązało się z większym ryzykiem zgonu w ciągu 3 lat (11). W jednym z badań przeprowadzonych w Polsce, wśród seniorów powyżej 65. roku życia przebywających w szpitalu lub domu opieki społecznej odsetek osób z objawami depresji był znacząco wyższy (54,4% badanych w ocenie przy pomocy skali 30-punktowej) (12). Należy zaznaczyć, iż ocena częstości występowania zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych stanowi duży problem diagnostyczny, głównie z powodu nietypowej symptomatologii objawów, złożonej etiologii oraz braku precyzyjnych kryteriów rozpoznania. Stąd też dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia

depresji wśród starszych pacjentów są niespójne i mieszczą się w bardzo szerokim przedziale (13).

Bardzo podobnie wygląda sytuacja, jeśli chodzi o zaburzenia snu. Szacuje się, że spośród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej blisko 50% może mieć problemy ze snem, z czego tylko 1/3 zgłasza je lekarzowi. Może to wynikać z jednej strony z bagatelizowania problemu przez pacjenta, a z drugiej strony z niedostatecznej wiedzy lekarza w zakresie medycyny snu (14). Uzyskane przez nas wyniki dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń snu wśród pacjentów w podeszłym wieku są zbliżone do wyników innych autorów. Duże epidemiologiczne badanie przeprowadzone przez Foleya i wsp. na grupie 9000 osób powyżej 65. roku życia wykazało, że na chroniczną bezsenność cierpi około 1/3 seniorów (15). Podobne wyniki otrzymano w obserwacji przeprowadzonej przez Chiu i wsp. na mieszkańcach Hongkongu, gdzie rozpowszechnienie przewlekłej bezsenności wśród osób w wieku powyżej 70 lat sięgało 38,2% (16). Z kolei w badaniu przeprowadzonym na polskiej populacji przez Nowickiego i wsp. na problemy ze snem skarżyło się 52,9% osób w przedziale wieku 60-79 lat. Najczęściej badane osoby deklarowały trudności z zasypianiem, w dalszej kolejności zgłaszały problemy z utrzymaniem ciągłości snu i przedwczesne poranne budzenie się (17).

Wbrew powszechnej opinii sam wiek nie stanowi czynnika ryzyka dla zaburzeń depresyjnych, jak i zaburzeń snu, istotnym predyktorem wydaje się być natomiast obecność chorób somatycznych. W naszym badaniu potwierdzono brak związku pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych a wiekiem przy jednoczesnej dodatniej korelacji pomiędzy wynikiem GDS a liczbą rozpoznawanych chorób przewlekłych oraz wartością CCI. Liczne publikacje wskazują ponadto, że zależność pomiędzy depresją a chorobami somatycznymi jest dwukierunkowa. Z badań przeprowadzonych przez Dróżdż i wsp. na grupie pacjentów podstawowej opieki medycznej wynika, że u chorych ze zdiagnozowaną depresją częściej występowały: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niedokrwistość, udary mózgowie, cukrzyca typu 2 oraz niedoczynność tarczycy (18). Niekorzystny wpływ depresji na przebieg choroby somatycznej został najlepiej poznany na przykładzie chorób układu krążenia. Frasure-Smith i Lesperance zaobserwowali, że u pacjentów po zawale serca i ze stwierdzonym epizodem depresyjnym ryzyko zgonu w ciągu pierwszych 6 miesięcy jest około 3-4 razy większe w porównaniu z chorymi niewykazującymi objawów depresji (19). Do podobnych wniosków doszli także inni badacze, obserwując pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca (20, 21). Zależność ta ma istotne implikacje kliniczne, stanowiąc podstawę do działań profilaktycznych, takich jak wdrażanie leczenia przeciwdepresyjnego u starszych chorych z obciążeniami sercowo-naczyniowymi (stan po ostrym zespole wieńcowym lub udarze mózgu), pomimo niespełniania przez nich wszystkich kryteriów rozpoznania depresji w badaniu psychiatrycznym.

Obecność choroby somatycznej zwiększa też ryzyko wystąpienia epizodów depresyjnych oraz obniża skuteczność

leczenia już istniejącej depresji. W 12-tygodniowej obserwacji chorych powyżej 65. roku życia Oslin i wsp. wykazali, że współchorobowość somatyczna wiąże się z nasileniem objawów depresyjnych i znacząco niższymi wskaźnikami remisji (22). Wyniki te potwierdzili także inni badacze (23).

Jak już wcześniej wspomniano, innym oprócz depresji czynnikiem wpływającym negatywnie na zdrowie, nastrój i jakość życia pacjenta geriatrycznego, często współistniejącym z chorobami somatycznymi, są zaburzenia snu. Podobnie jak w przypadku depresji, zależność ta jest obustronna – zaburzenia snu przyczyniają się do rozwoju wielu chorób przewlekłych lub pogorszenia ich przebiegu, z kolei nasilenie się objawów tych chorób wpływa niekorzystnie na jakość snu. Na wystąpienie zaburzeń snu szczególnie narażeni są pacjenci z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi (np. w przebiegu choroby nowotworowej, bóle reumatyczne stawów), zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, chorobami układu krążenia, chorobami układu oddechowego i zaburzeniami metabolicznymi. Ponadto należy pamiętać, iż stosowane w leczeniu tych schorzeń leki także mogą być istotnym powodem bezsenności lub nadmiernej senności w ciągu dnia (24).

Nasza obserwacja potwierdza istnienie dodatniej korelacji pomiędzy liczbą chorób przewlekłych oraz wartością CCI a natężeniem zaburzeń o typie zarówno bezsenności, jak i nadmiernej senności w ciągu dnia.

Do niedawna przeważał pogląd, że występująca u osób starszych bezsenność jest w przeważającej mierze wynikiem miażdżycy naczyń mózgowych przyczyniającej się między innymi do uszkodzenia ośrodków snu. Obecnie coraz więcej dowodów wskazuje jednak na to, że bezsenność u pacjentów w wieku starszym jest nie tyle skutkiem zmian naczyniowych, ile współistniejącej depresji. Za słusznością tej hipotezy przemawia m.in. fakt, że architektura do tej u osób w podeszłym wieku jest bardzo podobna do tej, jaka występuje w przebiegu depresji: wydłużenie latencji snu, wczesne budzenie, spływanie snu, skrócone stadia 3-4. Podobne są także zmiany licznych parametrów fizjologicznych. Ponadto zastosowanie leków przeciwdepresyjnych (zwłaszcza trazodonu) u tych pacjentów często przynosi znaczącą poprawę (w odróżnieniu do środków wazoaktywnych, takich jak winpocetyna, nicergolina, pentoksylina) (25). W przeprowadzonej przez nas obserwacji stwierdzono dużą częstość współwystępowania zaburzeń snu z zaburzeniami depresyjnymi, co odpowiada wynikom uzyskanym przez innych badaczy (26, 27). Co więcej, w naszych obserwacjach zaburzenia snu (zarówno bezsenność, jak i nadmierna senność w ciągu dnia) istotnie nasilały się wraz ze wzrostem liczby objawów depresyjnych. Ocenia się, że wśród pacjentów z depresją na bezsenność cierpi od 60 do 90% chorych, z tego u większości osób bezsenności towarzyszy dodatkowo hipersomnia. Stąd też zaburzenia snu stały się obecnie jednym z kryteriów diagnostycznych epizodu depresyjnego (28).

Częste współwystępowanie zaburzeń afektywnych z zaburzeniami snu u pacjentów w podeszłym wieku rodzi

pytanie, czy objawy depresyjne są ich przyczyną czy skutkiem. Trwająca wśród naukowców od lat debata na ten temat nie przyniosła do tej pory jednoznacznej odpowiedzi. Część badaczy w swoich pracach wykazała, że zaburzenia snu są istotnym czynnikiem ryzyka ujawnienia się depresji lub nawrotu epizodu depresyjnego, inni z kolei udowodnili, że bezsenność jest jednym z pierwszych objawów wielu różnych zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza zaburzeń afektywnych. W trwającym 12 miesięcy prospektywnym badaniu Ford i Kamerow stwierdzili, że u pacjentów cierpiących na przewlekłą bezsenność przez cały okres badania istniało 40-krotnie większe ryzyko zachorowania na depresję w porównaniu do osób, u których bezsenność nie występowała. Z kolei osoby, u których bezsenność ustąpiła w trakcie badania, były zaledwie 1,6 raza bardziej narażone na zachorowanie na depresję (29). Ohayon i Roth wykazali natomiast, że bezsenność jest pierwszym objawem epizodu depresyjnego u 41% pacjentów, którzy wcześniej nie chorowali na depresję, i u 56,2% chorych z depresją nawracającą (30). Z całą pewnością zależność pomiędzy depresją a bezsennością jest dwukierunkowa i ma charakter błędnego koła, którego przerwanie często jest niezbędne do skutecznego leczenia. Bardzo istotnym negatywnym skutkiem współwystępowania depresji oraz bezsenności i/lub nadmiernej senności jest znaczące zwiększenie ryzyka samobójstw w porównaniu z populacją osób, u których występuje jedynie choroba afektywna (31).

Kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju depresji, jak i zaburzeń snu u pacjentów geriatrycznych jest rodzaj stosowanej farmakoterapii wynikającej z równoległego leczenia niejednokrotnie kilku schorzeń współistniejących. Jatrogenne epizody neuropsychiatryczne należą do najczęściej zgłaszanych działań niepożądanych w populacji osób starszych (32). Niejednokrotnie zdarza się, że obserwowane objawy, takie jak: bezsenność, nadmierna senność, obniżenie nastroju, stany lękowe, depresja są mylnie interpretowane jako przejaw starości lub traktowane jako charakterystyczne dla przebiegu chorób w podeszłym wieku. Istotne jest, że możliwość wywołania lub zaostrzenia już istniejących zaburzeń psychicznych u pacjentów w podeszłym wieku mają nie tylko leki działające wybiórczo na OUN, ale również spora grupa leków niepsychotropowych, np. leki kardiologiczne, hormonalne, przeciwbólowe, przeciwhistaminowe, działające na przewod pokarmowy, antybiotyki,

chemioterapeutyki, cytostatyki i wiele innych. Efekt ten można przypisać swoistemu działaniu leku na neuroprzekazniki i receptory w OUN oraz ich wpływowi pośredniemu na metabolizm w mózgu, w mechanizmie regulacji obwodowej (33).

Należy wziąć pod uwagę, że przeprowadzone przez nas badanie posiada kilka ograniczeń typowych dla badań obserwacyjnych. Po pierwsze, obserwacji poddano określoną grupę chorych leczonych w warunkach szpitalnych, należy zatem ostrożnie dokonywać ekstrapolacji uzyskanych wyników na resztę populacji osób starszych (pacjenci ambulatoryjni, pensjonariusze domów opieki, populacja ogólna). Po drugie, oceny poszczególnych pacjentów przy użyciu wybranych skal dokonywano na różnych etapach hospitalizacji (przyjmując za jej ramy czasowe datę przyjęcia i wypisu), co również może stanowić potencjalny czynnik zakłócający i wpływać negatywnie na wartość otrzymanych wyników. Po trzecie, skala GDS jest narzędziem przesiewowym w diagnostyce depresji, zaś jednoznaczne rozpoznanie można postawić wyłącznie na podstawie pełnego badania psychiatrycznego. Tak więc, biorąc pod uwagę charakter badania i względnie niewielki rozmiar badanej próby, walidacja uzyskanych wyników wymaga dalszych badań.

WNIOSKI

1. Zaburzenia snu o typie zarówno bezsenności, jak i nadmiernej senności w ciągu dnia oraz występowanie objawów depresji są częstymi przypadkościami w populacji starszych pacjentów, nierzadko ze sobą współistniejąc.
2. Ze względu na ich wzajemne oddziaływanie, a także wpływ na przebieg przewlekłych schorzeń somatycznych i rokowanie, szczególnie istotne powinno być wczesne wykrywanie istniejących zaburzeń, identyfikacja ewentualnych czynników ryzyka i właściwe, indywidualnie dostosowane postępowanie.
3. Minimalizowanie objawów chorobowych – tak somatycznych, jak i ze sfery psyche – w grupie pacjentów geriatrycznych ma kluczowe znaczenie dla jak najdłuższego zachowania przez nich sprawności i autonomii, ze wszystkimi tego korzyściami dla chorego oraz jego otoczenia.
4. Istnieje potrzeba przeprowadzenia pogłębionych badań nad zaburzeniami depresyjnymi oraz zaburzeniami snu w grupie pacjentów geriatrycznych.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

PIŚMIENNICTWO

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R et al.: Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2197-2223.
2. Akerstedt T: Sleep – gender, age, stress, work hours. World Health Organization Regional Office for Europe Technical Meeting on Sleep and Health. European Centre for Environment and Health, Bonn, Germany 2004; <http://www.euro.who.int/noise/activities> (data dostępu: 13.02.2016).

ADRES DO KORESPONDENCJI

Leszek Spandel
Katedra i Zakład Medycyny
i Epidemiologii Środowiskowej
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
ul. Jordana 19, 41-808 Zabrze
tel. +48 608-205-759
leszekspandel@gmail.com

3. Rajewska J: Zaburzenia psychiczne spowodowane schorzeniami somatycznymi. [W:] Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.): Psychiatria. Tom 2. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 129-149.
4. Wiciorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A: Odmienności farmakoterapii geriatrycznej. [W:] Galus K (red.): Geriatria. Wybrane zagadnienia. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010: 267-275.
5. Hodkinson HM: Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age Ageing* 1972; 1: 233-238.
6. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al.: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
7. Fornal-Pawłowska M, Wołyńczyk-Gmaj D, Szelenberger W: Validation of the Polish version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatr Pol* 2011; 45: 211-221.
8. Murray JW: A new method for measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991; 14: 540-545.
9. Charlson M, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-383.
10. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al.: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: 146-156.
11. Covinsky KE, Kahana E, Chin MH et al.: Depressive Symptoms and 3-Year Mortality in Older Hospitalized Medical Patients. *Ann Intern Med* 1999; 130: 563-569.
12. Babiarczyk B, Schlegel-Zawadzka M, Turbiarz A: Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. *MONZ* 2013; 19: 453-457.
13. Gellis ZD, McCracken SG: Depression in older adults: a literature review. [In:] Diwan S (ed.): *Mental Health and Older Adults Electronic Resource Reviews*. CSWE Gero-Ed Center, Master's Advanced Curriculum Project 2008; <http://www.gero-edcenter.org/mac>.
14. Wojtas A, Ciszewski S: Epidemiologia bezsenności. *Psychiatria* 2011; 8(3): 79-83.
15. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL et al.: Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1999; 18: 425-432.
16. Chiu H, Leung T, Lam L et al.: Sleep problems in Chinese elderly in Honk Kong. *Sleep* 1999; 22(6): 717-726.
17. Nowicki Z, Grabowski K, Cubała WJ et al.: Rozpowszechnienie subiektywnej bezsenności w populacji polskiej. *Psychiatr Pol* 2016; 50(1): 165-173.
18. Drózdź W, Wojnar M, Araszkiwicz A et al.: Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. *Wiad Lek* 2007; 60: 109-113.
19. Frasure-Smith N, Lesperance F: Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 627-636.
20. Freedland KE, Rich MW, Skala JA et al.: Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosom Med* 2003; 65: 119-128.
21. Jiang W, Alexander J, Christopher E et al.: Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1849-1856.
22. Oslin DW, Datto CJ, Kallan MJ et al.: Association between medical comorbidity and treatment outcomes in late-life depression. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 823-828.
23. Koike AK, Unützer J, Wells KB: Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1738-1745.
24. Neikrug AB, Ancoli-Israel S: Sleep Disorders in the Older Adult – A Mini-Review. *Gerontology* 2010; 56: 181-189.
25. Prusinski A: Bezsenność i inne zaburzenia snu. PZWL, Warszawa 2007: 63-76.
26. Tsuno N, Besset A, Ritchie K: Sleep and depression. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1254-1269.
27. Kaplan KA, Harvey AG: Hypersomnia across mood disorders: A review and synthesis. *Sleep Med Rev* 2009; 13: 275-285.
28. Rosenström T, Jokela M, Puttonen S: Pairwise measures of causal direction in the epidemiology of sleep problems and depression. *PLoS One* 2012; 7: e50841.
29. Ford DE, Kamerow DB: Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262: 1479-1484.
30. Ohayon MM, Roth T: Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 9-15.
31. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH: Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med* 2003; 1: 227-247.
32. Parker C: Psychiatric effects of drugs for other disorders. *Medicine* 2012; 40: 691-695.
33. Spandel L, Joško-Ochojska J, Batko-Szwaczka A: Polipragmazja jako czynnik ryzyka zaburzeń neuropsychiatrycznych u pacjentów w wieku starszym. *Farmakoter Psychiatr Neurol* 2015; 31(3-4): 251-260.

nadesłano: 07.04.2017

zaakceptowano do druku: 26.04.2017