

## Charakterystyka przebiegu snu nocnego w niektórych zespołach psychopatologicznych na podstawie wskaźników zasypiania, utrzymywania snu i przebudzenia

### Changes of coefficients of sleep onset, sleep maintenance and awakenings in most common psychiatric disorders in inpatients

Hanna Badzio-Jagiełło<sup>1</sup>, Zbigniew Nowicki<sup>2</sup>, Janusz Jakitowicz<sup>2</sup>,  
Mikołaj Majkowicz<sup>1</sup>, Hubert Wichowicz<sup>1</sup>, Grzegorz Wiśniewski<sup>1</sup>,  
Iwona Trzebiatowska<sup>1</sup>, Anna Wrońska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych AM w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Landowski

<sup>2</sup> Zakład Psychiatrii Biologicznej Katedry Chorób Psychiczych AM w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Z. Nowicki

#### Summary

**Introduction.** The study's purpose was to find differences of selected psychopathological syndromes according to characteristic disturbances of sleep which are present in them.

**Methods.** Among 194 patients (mean age:  $42.27 \pm 14.15$ ) 108 were women (mean age:  $42.97 \pm 14.13$ ) and 86 were men (mean age:  $41.38 \pm 14.22$ ). Psychiatric examination and sleep disturbance evaluation was done with the use of our own questionnaire: Multidimensional System for Evaluation of Sleep Disorders (MSESD) were performed the third day after admission to a psychiatric ward. Sleep was analysed according to coefficients which described falling asleep, sleep maintenance and awakenings. These coefficients were created according to parameters obtained from MSESD.

**Results.** Coefficients obtained from the „schizophrenic disorders” and „personality disorders” groups did not differ significantly from the average coefficients for all the patients. The common feature among other groups of patients was the elevation of the coefficient of falling asleep especially for the „organic” and „depressive” disorders groups. The most pronounced elevation of the falling asleep coefficient was detected in the „depression without somatic features” group, however this elevation was also clearly seen in the „reactive disorders” group. In the latter group all other coefficients were also significantly elevated.

**Conclusions.** Constructed coefficients of sleep disturbances may be useful for diagnosing and differentiating the most often psychiatric disorders in inpatients.

*Słowa klucze:* zaburzenia snu, zaburzenia psychiczne, wskaźniki snu

*Key words:* sleep disorders, mental disorders, sleep coefficients

#### Wstęp

Uważa się powszechnie, że jedną z najczęstszych przyczyn zaburzeń snu są różne schorzenia psychiczne. Badania epidemiologiczne nie przyniosły tu jednak jeszcze

ostatecznego rozstrzygnięcia. Wieloośrodkowe badanie przeprowadzone niedawno w dużej populacji prawie 15 000 osób [1] pozwoliło na stwierdzenie, że jedynie u około 28% osób cierpiących na bezsenność występują jednocześnie różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Z drugiej jednak strony statystyki wskazują, że przynajmniej 75% pacjentów poradni zdrowia psychicznego cierpi na różnego rodzaju zaburzenia snu [2, 3, 4], w tym – głównie na bezsenność [2, 5, 6, 7, 8, 9]. Najczęściej problemy ze snem stwierdzano u pacjentów spełniających kryteria zaburzeń depresyjnych i lękowych [10], z codziennej praktyki psychiatrycznej wiemy jednak, że zaburzenia snu są również istotnym elementem innych schorzeń. Dlatego też podejmowane są próby poszukiwania zależności między zaburzeniami snu a schorzeniami psychicznymi [11, 12, 13, 14]. Pomimo pewnych osiągnięć, dotyczących opisu wzorca snu w psychozach [12, 15, 16, 17, 18, 19, 20], zespołach reaktywnych [21, 22, 23] czy organicznych [24, 25, 26, 27], zaburzenia snu nie znajdują należnego im miejsca w obowiązujących systemach klasyfikacyjnych. Stosowana powszechnie międzynarodowa klasyfikacja chorób – ICD-10 [28] wyodrębnia wprawdzie kategorię „nieorganiczne zaburzenia snu” (F51) w odróżnieniu od zaburzeń „organicznych” (G47) oraz zaleca jak najdokładniejsze stawianie rozpoznai towarzyszących zaburzeniom snu [29], jednakże opis kryteriów w poszczególnych kategoriach nie nadąża za postępem wiedzy w tej dziedzinie. Niektóre sformułowania są bardzo ogólne i nieprecyzyjne, wieloznaczne, a nawet mylące. Przykładem mogą być takie terminy, jak: „zaburzenia snu wszelkiego typu” (jako jedno z kryteriów kategorii F32.0 – „epizod depresji łagodny”), „bezsenność”, zarówno jako kryterium „cyklotymii” (F34.0), „dystymii” (F34.1), jak i „alkoholowego zespołu abstynencyjnego” (F10.3), podczas gdy w „opiatowym zespole abstynencyjnym” (F11.3) charakterystyczny miałby być „niespokojny sen”. Inne przykłady, to: „trudności zasypiania z powodu zmartwień” (F41.1 – „zaburzenie lękowe uogólnione”) czy też „zaburzenia snu” (F48 – „neurastenia”). Jak widać z tych kilku przykładów, zaburzenia snu w wielu kategoriach uważa się za istotne dla postawienia diagnozy, jednak brak jest dokładniejszego opisu fenomenologicznego tych zaburzeń w poszczególnych jednostkach. Nie sposób nie zwrócić też uwagi na niedoskonałość w klasyfikacji ICD-10 tak ważnego dla procesu diagnostycznego elementu, jakim jest przesłanka etiologiczna zaburzeń snu, czego konsekwencją jest brak wyraźnego rozgraniczenia między pierwotnymi i wtórnymi zaburzeniami snu [13]. I tak na przykład – opisywanej w klasyfikacji DSM-IV „bezsenności pierwotnej” odpowiada w ICD-10 wspomniana wyżej kategoria: „nieorganiczne zaburzenia snu” (F51), ale także – i kategoria: „zaburzenia w rozpoczęciu i trwaniu snu” (G47.0), które to określenie z kolei najlepiej koresponduje z pojęciem „bezsenności idiopatycznej”, wyróżnianej w międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń snu (International Classification of Sleep Disorders – ICSD) [30, 31]. Jak widać z tego przykładu, nie ma spójności i ujednoliconego mianownictwa pomiędzy poszczególnymi systemami klasyfikacyjnymi. Stąd też, lekarze psychiatrzy, w różnym stopniu, wynikającym głównie z ich osobistego doświadczenia, uwzględniają w procesie diagnostycznym dane, dotyczące przebiegu snu nocnego w różnych stanach psychopatologicznych [8, 20]. Waga zagadnienia jest podkreślana coraz częściej przez uznane autorytety w dziedzinie badań nad snem [20, 32], okazuje się bowiem, że wystąpienie charakterystycznych zaburzeń snu

może ułatwiać rozpoznanie szeregu zaburzeń psychicznych. Bardzo istotne jest też śledzenie dynamiki zmian snu w różnych fazach rozwijania się zaburzeń psychicznych, jak również i w przebiegu leczenia, gdyż zmiany wzorca snu są w wielu przypadkach cennym wskaźnikiem prognostycznym, ułatwiającym ocenę rokowania.

Podejmowane przez nasz ośrodek od wielu lat badania nad snem potwierdzają, że przebieg snu nocnego jest bardzo ważnym elementem oceny stanu psychicznego, a zmiany wzorca snu w czasie leczenia są istotnym czynnikiem predykcyjnym w terapii wielu schorzeń [5, 16, 33]. Prezentowana praca jest kolejnym etapem naszych badań, które mają przynieść odpowiedź na pytanie, czy istnieją charakterystyczne dla poszczególnych zespołów psychopatologicznych zaburzenia snu nocnego.

### Material i metody

Grupę badaną stanowiło 194 pacjentów Kliniki Chorób Psychiczych (średnia wieku:  $42,27 \pm 14,15$  roku), w tym 108 kobiet (średnia wieku:  $42,97 \pm 14,13$  roku) oraz 86 mężczyzn (średnia wieku:  $41,38 \pm 14,22$  roku). Badanie przeprowadzono w pierwszych 3 dobach hospitalizacji, przy czym prezentowane wyniki dotyczą badania w 3 dniu pobytu, po drugiej nocy spędzonej w klinice (pierwsza noc uważana była za adaptacyjną). Na podstawie kryteriów ICD-10 pacjenci podzieleni zostali na sześć grup diagnostycznych, jak jest to przedstawione w tabeli 1. Sposób wyodrębnienia grup opisano we wcześniejszym artykule [34].

Tabela 1

**Charakterystyka wyodrębnionych grup diagnostycznych**

Grupa diagnostyczna	Nr grupy	Liczebność	Średnia wieku	Odchylenie standardowe
Grupa zaburzeń „organicznych”	1	18	54,39	14,19
Grupa zaburzeń „schizofrenicznych”	2	46	33,52	14,02
Grupa „depresji z cechami somatycznymi”	3	45	51,09	13,93
Grupa „depresji bez cech somatycznych”	4	11	42,36	13,71
Grupa zaburzeń „reaktywnych”	5	63	41,17	14,04
Grupa „zaburzeń osobowości”	6	11	29,00	13,99
Razem		194	42,27	14,15

### Narzędzia badawcze

U wszystkich przeprowadzono badanie psychiatryczne oraz badanie za pomocą zestawu kwestionariuszy, przystosowanego do analizy przebiegu snu u chorych z zaburzeniami psychicznymi. Stosowane metody są częścią Wielowymiarowego Systemu Oceny Zaburzeń Snu, skonstruowanego i zweryfikowanego psychometrycznie w naszej klinice [34, 35, 36]. W niniejszej pracy analizie poddano wyniki uzyskane z następujących elementów Systemu:

1. Arkusz Badania Lekarskiego, wypełniany przez lekarza na podstawie wywiadu i badania psychiatrycznego, dotyczący obecnego epizodu choroby, pozwalający

na ocenę ewentualnego występowania zaburzeń snu: a) przed zachorowaniem, b) w pierwszym okresie choroby przed podjęciem leczenia oraz c) w ostatniej dobie.

2. Skala Samooceny Snu, w której pacjent (rano po analizowanej nocy) graficznie dokonywał oceny trzech okresów snu – zasypiania, utrzymywania snu i przebudzenia. Wyniki samooceny przedstawiane są w skali od 0 do 100, przy czym wyższa punktacja odpowiada gorszej samoocenie.

3. Karta Obserwacji Snu (skonstruowana na podstawie pielęgniarskiej karty obserwacji snu autorstwa Pużyńskiego) [37], zakładająca uzyskanie w miarę zobiektywizowanych danych, z obserwacji pielęgniarskich przebiegu snu w czasie analizowanej nocy.

### Metody analizy statystycznej

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica oraz SPSS.

W celu ilościowego przedstawienia nasilenia zaburzeń snu w wyodrębnionych grupach diagnostycznych utworzono następujące wskaźniki: 1 – wskaźnik zasypiania (WZ), 2 – wskaźnik utrzymywania snu (WS), 3 – wskaźnik przebudzenia (WP). Sposób tworzenia wskaźników przedstawiony został w naszej wcześniejszej publikacji [38]. Konstrukcja wskaźników była taka, że mogły one przybierać wartości od 0 do 100, przy czym im wyższa wartość wskaźnika, tym nasilenie zaburzeń większe. Do utworzenia wskaźników wybrano te zmienne z poszczególnych kwestionariuszy i skal, które istotnie statystycznie różnicowały poszczególne grupy diagnostyczne (tabela 2).

Tabela 2

**Zmienne wchodzące w skład poszczególnych wskaźników**

Wskaźniki:	Zmienne z kwestionariuszy:			
	Arkusze Badania Lekarskiego		Karta Obserwacji Snu	Skala Samooceny Snu
	Okres choroby przed podjęciem leczenia	Okres bieżący		
Wskaźnik zasypiania (WZ)	1 – godzina położenia się do łóżka, 2 – godzina zaśnięcia, 3 – czas oczekiwania na zaśnięcie	4 – godzina położenia się do łóżka	5 – godzina zaśnięcia	6 – samoocena zasypiania
Wskaźnik utrzymywania snu (WS)	1 – liczba godzin snu w nocy, 2 – liczba nocy bezsennych w ciągu tygodnia, 3 – subiektywna ocena snu nocnego	4 – liczba godzin snu w nocy, 5 – długość trwania przebudzeń śródnocnych, 6 – liczba nocy bezsennych w ciągu tygodnia	7 – liczba godzin snu	8 – samoocena snu nocnego
Wskaźnik przebudzenia (WP)	1 – godzina przebudzenia się rano, 2 – subiektywna ocena przebudzenia, 3 – subiektywna ocena samopoczucia po obudzeniu się	4 – subiektywna ocena przebudzenia, 5 – ocena samopoczucia po obudzeniu się	6 – ocena samopoczucia po obudzeniu się	7 – samoocena przebudzenia

Jak wynika z tabeli 2, w tworzeniu wskaźnika zasypiania największy udział miały dane z wywiadu (z okresu choroby przed rozpoczęciem leczenia), w tworzeniu wskaźnika utrzymywania snu równie istotne były także dane dotyczące obecnego okresu, w wskaźniku przebudzenia zaś bardzo istotne były elementy subiektywnej oceny snu.

## Wyniki

### 1. Wskaźnik zasypiania (WZ)

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wskaźnikiem WZ a badanymi grupami diagnostycznymi ( $F = 5,242$ ;  $p = 0,0001$ ). Najwyższe wartości wskaźnika WZ, a co za tym idzie najbardziej nasilone zaburzenia zasypiania, w stosunku do innych grup diagnostycznych, mieli pacjenci z grupy 4 – „depresji bez cech somatycznych”, oraz grupy 6 – „zaburzeń osobowości”. Najniższe wartości WZ przybierał u pacjentów z grupy 2 – zaburzeń „schizofrenicznych”. Istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami przedstawione są w tabeli 3.

Tabela 3

**Istotne statystycznie różnice wartości średnich wskaźnika zasypiania (WZ) pomiędzy grupami diagnostycznymi zaburzeń: 1 – „organicznych”, 2 – „schizofrenicznych”, 3 – „depresji z cechami somatycznymi”, 4 – „depresji bez cech somatycznych”, 5 – „reaktywnych”, 6 – „zaburzeń osobowości” (podane są tylko wartości istotne statystycznie, w teście LSD)**

Nr grupy		1	2	3	4	5	6	Cała grupa
	Średnia WZ ± SD	63,45 ± 13,32	58,73 ± 8,75	60,26 ± 9,47		62,78 ± 5,22		64,45 ± 11,14
4	68,13 ± 11,19		$p < 0,05$	$p < 0,05$				
5								
6	72,78 ± 11,69	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$		$p < 0,05$		

### 2. Wskaźnik utrzymywania snu (WS)

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wskaźnikiem WS a badanymi grupami diagnostycznymi ( $F = 4,8076$ ;  $p = 0,0004$ ). Najwyższe wartości wskaźnika WS, a co za tym idzie najbardziej nasilone zaburzenia ciągłości snu, w stosunku do innych grup diagnostycznych, mieli pacjenci z grupy 1 – zaburzeń „organicznych”, oraz z grupy 4 – „depresji bez cech somatycznych”. Najniższy wskaźnik WS mieli chorzy z grupy 2 – zaburzeń „schizofrenicznych”. Istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami przedstawione są w tabeli 4.

Tabela 4

Istotnie statystycznie różnice wartości średnich wskaźnika utrzymywania snu (WS) pomiędzy grupami diagnostycznymi zaburzeń: 1 – „organicznych”, 2 – „schizofrenicznych”, 3 – „depresji z cechami somatycznymi”, 4 – „depresji bez cech somatycznych”, 5 – „reaktywnych”, 6 – „zaburzeń osobowości” (podane są tylko wartości istotne statystycznie, w teście LSD)

Nr grupy		1	2	3	4	5	6	Cała grupa
	Średnia WS ± SD	47,23 ± 15,74		37,40 ± 12,52	39,58 ± 12,48			36,88 ± 12,90
1								
2	28,26 ± 9,30	p < 0,05		p < 0,05	p < 0,05			
3	37,40 ± 12,52	p < 0,05						
4								
5	32,91 ± 10,94	p < 0,05						
6	33,76 ± 11,70	p < 0,05						

### 3. Wskaźnik przebudzenia (WP)

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wskaźnikiem WP a badanymi grupami diagnostycznymi ( $F = 5,1891$ ;  $p = 0,0002$ ). Najwyższe wartości wskaźnika WP, a co za tym idzie najbardziej nasilone zaburzenia porannego okresu snu i najgorszą ocenę przebudzenia, w stosunku do innych grup diagnostycznych, mieli pacjenci z grupy 1 – zaburzeń „organicznych”, najniższy natomiast wskaźnik mieli chorzy z grupy 2 – zaburzeń „schizofrenicznych”. Istotnie statystycznie różnice pomiędzy grupami przedstawione są w tabeli 5.

Zestawienie istotnych statystycznie różnic wartości wskaźników pomiędzy grupami diagnostycznymi przedstawione jest w tabeli 6. Podano te wartości wskaźników, które w sposób znamieny statystycznie przewyższają średnie wartości dla całej badanej populacji. Z tabeli tej wynika, że najmniej charakterystyczne zaburzenia występowały w grupach: zaburzeń „schizofrenicznych” i „zaburzeń osobowości” – w grupach tych wartości wskaźników nie różniły się istotnie statystycznie od wartości średnich dla całej badanej populacji. Cechą wspólną pozostałych grup diagnostycznych było podwyższenie się wskaźnika przebudzenia, przy czym najwyższe wartości miał on w grupie zaburzeń „organicznych” i w grupach „depresyjnych”. Istotne podwyższenie się wskaźnika zasypiania charakterystyczne było w pierwszym rzędzie dla grupy „depresji bez cech somatycznych”, w drugiej kolejności – dla zaburzeń „reaktywnych”. Grupę zaburzeń „reaktywnych” charakteryzowało też istotne podwyższenie się wszystkich innych wskaźników.

Tabela 5

**Istotnie statystycznie różnice wartości średnich wskaźnika przebudzenia (WP) pomiędzy grupami diagnostycznymi zaburzeń: 1 – „organicznych”, 2 – „schizofrenicznych”, 3 – „depresji z cechami somatycznymi”, 4 – „depresji bez cech somatycznych”, 5 – „reaktywnych”, 6 – „zaburzeń osobowości” (w teście LSD)**

Nr grupy		1	2	3	4	5	6	Cała grupa
	Średnia WP ± SD	68,97 ± 14,24		66,72 ± 12,88	61,38 ± 14,66	59,12 ± 12,76	67,16 ± 14,23	61,63 ± 14,60
1								
2	50,42 ± 11,77	p < 0,05		p < 0,05	p < 0,05		p < 0,05	p < 0,05
3								

Tabela 6

**Wybrane wartości średnie wskaźników snu, które istotnie statystycznie przewyższają wartości dla całej badanej populacji, w odniesieniu do poszczególnych grup diagnostycznych**

	Wskaźnik zasypiania (WZ)	Wskaźnik utrzymywania snu (WS)	Wskaźnik przebudzenia (WP)
1 grupa – zaburzeń „organicznych”		47,23 ± 15,74	68,97 ± 14,24
2 grupa – zaburzeń „schizofrenicznych”			
3 grupa – „depresji z cechami somatycznymi”		37,40 ± 12,52	66,72 ± 12,88
4 grupa – „depresji bez cech somatycznych”	72,78 ± 11,69		67,16 ± 14,23
5 grupa – zaburzeń „reaktywnych”	68,13 ± 11,19	39,58 ± 12,48	61,38 ± 14,66
6 grupa – „zaburzeń osobowości”			
Cała badana grupa	64,45 ± 11,14	36,88 ± 12,90	61,63 ± 14,60

Dla lepszego zobrazowania wyników uszeregowano istotnie statystycznie podwyższenie się wskaźników powyżej wartości średnich dla całej badanej populacji, przypisując im kolejne cyfry od 1 do 9. W wyniku tego uzyskano obraz nasilenia stwierdzanych zaburzeń w poszczególnych grupach, przy czym im wyższa cyfra – tym zaburzenie większe. Wynik tej operacji przedstawiony jest w tabeli 7.

### Omówienie wyników

W prezentowanej pracy podjęto próbę ilościowej oceny stopnia nasilenia zaburzeń poszczególnych okresów snu u pacjentów hospitalizowanych z powodu najczęstszych

Tabela 7

**Nasilenie znamiennej wartości wskaźników (cyfry od 1 do 9 przypisane  
średnim od wartości najmniejszej do najwyższej)**

	Wskaźnik zasypiania (WZ)	Wskaźnik utrzymania snu (WS)	Wskaźnik przebudzenia (WP)
1 grupa – zaburzeń „organicznych”		<b>3</b>	<b>8</b>
2 grupa – zaburzeń „schizofrenicznych”			
3 grupa – „depresji z cechami somatycznymi”		<b>2</b>	<b>6</b>
4 grupa – „depresji bez cech somatycznych”	<b>9</b>		<b>7</b>
5 grupa – zaburzeń „reaktywnych”	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
6 grupa – „zaburzeń osobowości”			

zespołów psychopatologicznych. Analizę przeprowadzono na podstawie utworzonych w tym celu wskaźników: zasypiania (WZ), utrzymywania snu (WS) i przebudzenia (WP). Uzyskane wyniki pozwoliły na porównywanie nasilenia zaburzeń snu w wyodrębnionych grupach diagnostycznych – utworzone wskaźniki istotnie statystycznie różnicowały badane grupy.

W grupie zaburzeń „organicznych” najwyższe wartości przyjmują wskaźniki przebudzenia i utrzymywania snu; są one wyższe niż we wszystkich pozostałych grupach. Podobne wyniki, jakkolwiek w odniesieniu do otępienia (według kryteriów International Classification of Sleep Disorder – ICSD), uzyskano opierając się na kryteriach polisomnograficznych [5]. Wyszczególnione tam zaburzenia odnoszą się głównie do drugiego okresu snu. Ponadto badania wielu autorów wykazały w tych zaburzeniach skrócenie czasu snu i jego mniejszą wydajność [6, 13, 25, 27, 39].

W grupie zaburzeń „schizofrenicznych” wszystkie wskaźniki osiągają wartości niższe niż stwierdzone w pozostałych kategoriach diagnostycznych. Także według kryteriów ICSD zaburzenia schizofreniczne w stanach przewlekłych charakteryzuje normalna wydajność snu [5]. Uzyskane przez nas wyniki są zbliżone, choć nie wszyscy nasi pacjenci mogliby spełniać kryteria pojęcia „stanów przewlekłych”.

Grupa „depresji z cechami somatycznymi” jest jedyną grupą, w której wskaźnik zaburzeń przebudzenia – trzeciego okresu snu – jest wyższy niż zaburzeń zasypiania. W odniesieniu do pozostałych grup ten okres snu jest wyraźnie bardziej zaburzony. Wynik ten stanowi potwierdzenie obserwacji klinicznych i badań polisomnograficznych niemal patognomicznego dla depresji z cechami somatycznymi przebiegu snu [3, 5, 13, 17, 18, 22, 40, 41].

W grupie zaburzeń „reaktywnych” wartości wszystkich wskaźników, poza wskaźnikiem przebudzenia, są wyższe niż średnie wartości wskaźników w całej badanej populacji. Wynik ten nawiązuje do obserwacji poczynionych przez innych autorów, iż w tej kategorii diagnostycznej spotyka się zaburzenia wszystkich okresów snu [12, 13, 23].

W grupie „zaburzeń osobowości” wszystkie wskaźniki przyjmują wartości niższe od średnich wartości wskaźników w całej badanej populacji. W doniesieniach na

temat wzorca snu u pacjentów z tymi zaburzeniami autorzy podnoszą długotrwały i niespecyficzny charakter zaburzeń snu [4, 13, 21, 26].

W grupie „depresji bez cech somatycznych” najwyższą wartość przyjmuje wskaźnik zasypiania – najwyższą też spośród wartości tego wskaźnika we wszystkich badanych grupach diagnostycznych – co jest potwierdzeniem codzienności klinicznej. Natomiast wartość wskaźnika zaburzeń przebudzenia różni się z oczekiwaniami, ponieważ – aczkolwiek niższa niż wartość wskaźnika zasypiania – podobna jest do wartości tego wskaźnika w grupie „depresji z cechami somatycznymi”. Zjawisko to wymagać będzie głębszej analizy, głównie pod kątem weryfikacji rozpoznań, ponieważ wydaje się ono podważać powszechnie uznaną wartość, jaką w różnicowaniu zespołów depresyjnych ma zbyt wczesne ranne budzenie się, charakteryzujące głównie depresję z cechami somatycznymi.

Uzyskane wyniki mogą sugerować, że uzasadnione wydaje się definiowanie zaburzeń snu na podstawie podziału snu nocnego na okresy i że wprowadzenie wskaźników opisujących te okresy może być pomocne w diagnostyce i różnicowaniu zespołów psychopatologicznych.

### Wnioski

1. Obraz zaburzeń snu w wyodrębnionych grupach diagnostycznych, przedstawiony za pomocą wskaźników okresów snu, pozwala na różnicowanie najczęstszych zespołów psychopatologicznych.
2. Utworzone wskaźniki mogą być przydatne w procesie diagnozowania i różnicowania najczęściej spotykanych kategorii diagnostycznych u chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych.
3. Wyniki wskazywać mogą, że uzasadniony jest opis zaburzeń snu na podstawie podziału snu nocnego na okres zasypiania, utrzymywania snu i przebudzenia. Uzasadnione wydaje się też upowszechnienie tego podejścia poprzez modyfikację obowiązujących systemów klasyfikacyjnych.

### Характеристика течения ночного сна при некоторых психопатологических синдромах на основании показателей засыпания, глубины сна и пробуждения

#### Содержание

**Задание.** Заданием работы было отличие некоторых психопатологических синдромов с точки зрения характерных для них, нарушений ночного сна.

**Метод.** Исследовано 194 пациента (средний возраст  $42,27 \pm 15,15$  лет), в том числе 108 женщин (средний возраст  $42,97 \pm 14,13$  лет) и 86 мужчин (средний возраст  $41,38 \pm 14,22$  лет). Психиатрическое исследование и оценку сна проведено при использовании авторской Многомерной системы оценки нарушений сна; проведены они на третий день госпитализации. Качество сна анализировано при помощи указанной анкеты с определением показателей засыпания, глубины сна и пробуждения.

**Результаты.** В группах „шизофранных нарушений” и „нарушений личности” степени показателей не отличались существенным образом от средней для всей обследованной популяции. Общей чертой остальных диагностических групп было повышение показателя пробуждения, причем самые большие показатели были в группе „органических нарушений” и в группах „депрессивных нарушений”. Существенное повышение показателя засыпания отмечено, прежде всего, в группе депрессии „без соматических черт”, а потом уже для

нарушений "реактивных". Группу "реактивных нарушений" отличало также и существенное повышение всех иных показателей.

**Выводы.** Указанные показатели могут быть пригодными в процессе диагностирования и дифференцировки наиболее часто встречаемых болезненных категорий у пациентов, госпитализированных по поводу психических нарушений.

### **Charakteristik des Schlafverlaufs in manchen psychopathologischen Syndromen nach den Faktoren des Einschlafens, Schlaferhalten und Erwachens**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Arbeit war die Unterscheidung der ausgewählten psychopathologischen Syndrome im Hinblick auf die für sie charakteristischen Störungen des Nachtschlafes.

**Methode.** Es wurden 194 Patienten untersucht (Durchschnittsalter: 42,27 Jahre  $\pm$  14,5 Jahre), darunter 108 Frauen (Durchschnittsalter: 42,97 Jahre  $\pm$  14,3 Jahre) und 86 Männer (Durchschnittsalter: 41,38 Jahre  $\pm$  14,22 Jahre). Die psychiatrische Untersuchung und die Beurteilung wurden mit Hilfe von Mehrdimensionalen System der Beurteilung der Schlafstörungen (WSOZS) im 3. Tag der Hospitalisierung durchgeführt. Der Schlaf wurde mit Hilfe der gebildeten Faktoren nach WSOZS analysiert: Einschlafen, Schlaferhalten und Erwachen.

**Ergebnisse.** In den Gruppen der "schizophrenen Störungen" und "Persönlichkeitsstörungen" unterschieden sich die Werte der Faktoren nicht bedeutend statistisch von den Mittelwerten für die ganze untersuchte Population. Die gemeinsame Eigenschaft der übrigen diagnostischen Gruppen war die Steigerung des Erwachensfaktors, wobei er die höchsten Werte in der "Gruppe der organischen Störungen" und in den Gruppen der "depressiven Störungen" hatte. Eine signifikante Steigerung des Einschlafensfaktors war in erster Reihe für die depressive Gruppe "ohne somatische Eigenschaften" charakteristisch, im Weiteren für die "reaktiven" Störungen. Die Gruppe der "reaktiven Störungen" charakterisierte auch eine bedeutende Steigerung aller anderen Faktoren.

**Schlussfolgerungen.** Die gebildeten Faktoren können im Prozess der Diagnosestellung und Unterscheidung der am häufigsten getroffenen diagnostischen Kategorien bei hospitalisierten Kranken wegen psychischer Störungen brauchbar sein.

### **La caractéristique du cours du sommeil de certains syndromes psychopathologiques – analyse des coefficients: début du sommeil, maintien du sommeil, réveil**

#### **Résumé**

**Objectif.** Différentiation des syndromes psychopathologiques choisis d'après les troubles caractéristiques du sommeil.

**Méthode.** On examine 194 patients (moyenne de l'âge : 42,27  $\pm$  14,15), 108 femmes (moyenne de l'âge. 42,97  $\pm$  14,13), 86 hommes (moyenne de l'âge : 41,38  $\pm$  14,22). Cet examen des troubles du sommeil est fait avec les questionnaires : WSOZS = MSED (Multidimensional System for Evaluation of Sleep Disorder), il est fait après trois jours d'hospitalisation. Le sommeil est analysé avec les coefficients suivants: début du sommeil, maintien du sommeil, réveil.

**Résultats.** Les coefficients : «troubles schizophréniques» et «troubles de la personnalité»ne diffèrent presque des coefficients moyens de toute de population. Le coefficient plus élevé «du réveil» est observé dans les autres groupes, il est le plus élevé dans les groupes : «troubles organiques» et «troubles dépressifs». Le coefficient plus élevé «du début du sommeil» est noté dans «les troubles dépressifs sans les caractéristiques organiques» et dans «les troubles réactifs». Dans ce groupe des «troubles réactifs» on observe tous les autres coefficients plus élevés.

**Conclusions.** Ces coefficients des troubles du sommeil peuvent faciliter le diagnostic des patients hospitalisés à cause des troubles psychiques.

## Piśmiennictwo

1. Ohayon MM, Roth T. *Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders*. J. Psychiatr. Res. 2003; 1: 9–15.
2. Benca R. *Sleep in psychiatric disorders*. Neurol. Clin. 1996; 14: 739–764.
3. Skalski M. *Sen i zaburzenia snu*. Ter. 1994; 13: 3–10.
4. Nowicki Z. *Psychiatryczne aspekty bezsenności*. Med. 2000. 1995; 7: 16–18.
5. Ekiert H. *Zaburzenia snu, klasyfikacja, obraz kliniczny*. Post. Psychiatr. Neurol. 1993; 2: 25–41.
6. Schramm E, Hohagen F, Käppler C, Grasshoff U, Berger M. *Mental comorbidity of chronic insomnia in general practice attenders using DSM-III-R*. Acta Psychiatr. Scand. 1995; 91: 10–17.
7. Szelenberger W. *Klasyfikacja zaburzeń snu*. Med. 2000. 1955; 7: 11–13.
8. McCall WV. *A psychiatric perspective on insomnia*. J. Clin. Psychiatry 2001; 62 (supl. 10): 27–32.
9. Fulcher KY, White PD. *Strength and physiological response to exercise in patients with chronic fatigue syndrome*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 2000; 3: 302–307.
10. Sieradzki A, Kiejna A, Rymaszewska J. *Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce i na świecie – przegląd piśmiennictwa*. Sen 2002; 1: 33–38.
11. Haldemann R, Good M, Holsboer-Trachsler E. *Epidemiological study of sleep disorders in patients in Swiss general practice*. Schweiz. Rundsch. Med. Prax. 1996; 85: 1656–1662.
12. Lund HG, Bech P, Eplov L, Jennum P, Wildschiodtz G. *An epidemiological study of REM latency and psychiatric disorders*. J. Affect. Disord. 1991; 23: 107–112.
13. Nofzinger EA, Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ. *Sleep disorders related to another mental disorder (nonsubstance/primary): a DSM-IV literature review*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54: 244–255.
14. Loayza HMP, Ponte TS, Carvalho CG, Pedrotti MR, Nunes PV, Souza CM, Zanette CB, Voltolini S, Chaves ML. *Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2001; 59 (2-A): 180–185.
15. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, Dement WC. *The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders*. Gen. Hosp. Psychiatry 1997; 19: 245–250.
16. Nowicki Z. *Przydatność kliniczna badań poligraficznych snu w endogennych zespołach depresyjnych* (rozprawa habilitacyjna). Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku; 1990.
17. Ansseau M, Kupfer DJ, Reynolds CF 3rd, McEachran AB. *REM latency distribution in major depression: clinical characteristics associated with sleep onset REM periods*. Biol. Psychiatry 1984; 19: 1651–1666.
18. Kupfer DJ. *REM latency: a psychobiological marker for primary depressive disease*. Biol. Psychiatry 1976; 11: 159–173.
19. Reynolds CF 3rd, Spiker DG, Hanin I, Kupfer DJ. *Electroencephalographic sleep aging and psychopathology: new data and state of the art*. Biol. Psychiatry 1983; 18: 139–155.
20. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, Dement WC. *The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders*. Gen. Hosp. Psychiatry 1997; 19 (4): 245–250.
21. Battaglia M, Ferini-Strambi L, Smirne S, Bernardeschi L, Bellodi L. *Ambulatory polysomnography of never-depressed borderline subjects: a high-risk approach to rapid eye movement latency*. Biol. Psychiatry 1993; 33: 326–334.
22. Gałuszko P, Nowicki Z, Jakitowicz J, Landowski J, Wontrobski Z. *Clinical state and sleep patterns in patients with depression*. W: Koella WP, Rüther E, Schulz H, red. *Sleep '84*. Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag; 1985, s. 449–450.

23. Farmer A, Jones I, Hillier J, Llewelyn M, Borysiewicz L, Smith A. *Neuraesthesia revisited: ICD-10 and DSM-III-R psychiatric syndromes in chronic fatigue patients and comparison subjects*. Brit. J. Psychiatry 1995; 167: 503–506.
24. Domżał T. *Zaburzenia snu i ich leczenie*. Biul. IPN 1988; 3: 13–20.
25. Ekiert H, Jernajczyk W. *Normy wzorca EEG snu dla zdrowej populacji polskiej w wieku 60–79 lat*. Psychiatr. Pol. 1994; 4: 489–496.
26. Guilbert P, Nabet M, Leroy C. *Sleep disorders in patients with personality disorders*. Enceph. 1987; 13: 73–82.
27. Kupfer DJ, Reynolds CF 3rd, Ulrich RF, Shaw DH, Coble PA. *EEG sleep, depression and aging*. Neurobiol. Aging 1982; 3: 351–360.
28. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius, IPN; 1998.
29. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius, IPN; 1997.
30. *Diagnostic Classification Steering Committee of the American Sleep Disorders Association. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*. Kansas: Allen Press Inc. Lawrence; 1990.
31. Jakitowicz J. *Rozpoznawanie i leczenie bezsenności*. Świat Med. 2003; 9/10: 30–37.
32. Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. *The natural history of depression and the anxiety disorders in older people: the Islington community study*. J. Affect. Dis. 1997; 46 (3): 255–262.
33. Nowicki Z, Jakitowicz J. *Sleep EEG in Diagnosing Endogenous Depressive Syndromes and Antidepressant Efficiency*. W: *Sleep. Physiology and Pathology*. Szelenberger W, Kukwa A, red. Elma Books. Warszawa: 1995, 143–148.
34. Badzio-Jagiełło H, Nowicki Z, Jakitowicz J, Majkowicz M, Wichowicz H, Trzebiatowska I. *Zaburzenia snu w różnicowaniu zespołów psychopatologicznych*. Psychiatr. Pol. 2000; 4: 205–212.
35. Badzio-Jagiełło H, Nowicki Z. *Przydatność autorskiego kwestionariusza do oceny przebiegu snu w niektórych zespołach psychopatologicznych*. Psychiatr. Pol. 2001; 4: 605–615.
36. Badzio-Jagiełło H, Nowicki Z, Jakitowicz J, Majkowicz M, Wiśniewski G. *Konstrukcja i ocena psychometryczna kwestionariuszy zaburzeń snu*. Materiały III Krajowego Zjazdu PTBnS. Bydgoszcz, 28–30.09.1997: 1.
37. Pużyński S. *Projekt systemu dokumentacji oceny klinicznej leków psychotropowych*. Biul. IPN. 1975; 6: 11–18.
38. Badzio-Jagiełło H. *Analiza przebiegu snu jako czynnik różnicujący najczęstsze zespoły psychopatologiczne u pacjentów hospitalizowanych*. Sen 2002; 1: 1–14.
39. Antonijevic IA, Steiger A. *Depression-like changes of the sleep EEG during high dose corticosteroid treatment in patients with multiple sclerosis*. Psychoneuroendocrinol. 2003; 6: 780–795.
40. Rao U, Dahl RE, Ryan ND, Birmaher B, Williamson DE, Rao R, Kaufman J. *Heterogeneity in EEG sleep findings in adolescent depression: unipolar versus bipolar clinical course*. J. Affect. Dis. 2002; 3: 273–280.
41. Papadimitriou GN, Dikeos DG, Soldatos CR. *Sleep disturbance in unipolar and bipolar depression: relationship to psychiatric family history*. Neuropsychobiol. 2003; 3: 131–135.

Otrzymano: 30.08.2005

Zrecenzowano: 11.10.2005

Przyjęto do druku: 7.01.2006

Adres: Janusz Jakitowicz

Katedra Chorób Psychiczych AM

Zakład Psychiatrii Biologicznej

80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7, bud. 25