

Zaburzenia snu i rytmu okołodobowego w schizofrenii*

Sleep and circadian rhythm disturbances in schizophrenia

Agnieszka Skowerska¹, Adam Wichniak¹, Michał Skalski²

¹III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

²Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Szelenberger

Summary

Aim. In this study we investigated sleep and circadian rhythm, functioning and psychopathological symptoms in patients with schizophrenia. We looked for answers to the following questions: What percentage of patients with schizophrenia after a therapeutic process in the daily psychiatric ward suffers from insomnia and excessive daytime sleepiness? What factors influence the functioning of patients with schizophrenia.

Methods. 23 patients and 23 healthy controls matched for age and sex (14 women, 9 men; mean age 40.5 ± 13.66) were examined. All subjects filled out sleep diaries, underwent actigraphy for 7 days, and ratings with scales for the assessment of sleep quality, daytime sleepiness, general clinical state and the degree of improvement, presence and severity of psychopathological symptoms and depression, drug side effects.

Results: Moderate insomnia was found in 6 (26%), severe insomnia in 2 (8%) patients. Four patients (17%) suffered from severe daytime sleepiness. Actigraphy showed a low activity level that had influence on the functioning of patients. The functioning of the patients was most negatively influenced by negative symptoms of schizophrenia and drug side effects. Older patients and those who were ill for a longer time presented more drug side effects and they were more depressive. The patients spent more time in bed and had longer sleep time than healthy controls. The patients presented highest activity at the time of therapeutic activities.

Conclusions. Despite improvement of psychopathological symptoms, many patients with schizophrenia still present low daytime activity and clinically significant insomnia and/or daytime sleepiness, which deteriorates their functioning.

Słowa kluczowe: aktygrafia, rytm okołodobowy, schizofrenia, zaburzenia snu

Key words: actigraphy, circadian rhythms, schizophrenia, sleep disturbances

*Artykuł zawiera fragmenty pracy magisterskiej obronionej przez mgr Agnieszkę Skowerską na Wydziale Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Opiekun pracy: dr n. med. Michał Skalski. Dr n. med. Adam Wichniak ocenił badania aktygraficzne oraz wykonał analizę statystyczną uzyskanych danych. Aktygrafy wykorzystywane w badaniu zostały zakupione ze środków publicznych na naukę w latach 2005–2008 w ramach grantu MNiSW 2 P05B 124 29. Kierownik grantu: dr n. med. Adam Wichniak.

Wstęp

Skuteczne leczenie schizofrenii jest jednym z najważniejszych do rozwiązania problemów w psychiatrii, nie tylko ze względu na znaczne rozpowszechnienie tej choroby, ale przede wszystkim ze względu na rokowanie, które u znacznej części chorych wciąż jest niekorzystne, pomimo istotnych postępów w farmakoterapii. W ostatnich latach w leczeniu schizofrenii najczęściej stosuje się leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji, które przeważnie powodują ustąpienie objawów pozytywnych, natomiast objawy negatywne i zaburzenia poznawcze mogą, mimo leczenia, nadal się utrzymywać i mieć znaczny negatywny wpływ na funkcjonowanie pacjentów. Ponadto, objawy niepożądane leczenia farmakologicznego, takie jak: objawy pozapiramidowe, przyrost masy ciała oraz sedacja/senność, stanowią istotny problem w leczeniu, ponieważ są nieprzyjemne dla chorego, powodują dyskomfort i zaburzają jego funkcjonowanie w życiu codziennym.

Zaburzenia rytmu okołodobowego, polegające na zaburzeniach snu, nieprawidłowej aktywności pacjenta w ciągu dnia, są powszechnie spotykane wśród chorych na schizofrenię [1]. Są one często obecne już na kilka miesięcy przed wystąpieniem pierwszego epizodu psychotycznego, a u leczonych chorych ponowne pojawienie się zaburzeń snu wskazuje na pogorszenie stanu psychicznego i jest złym czynnikiem prognostycznym [1, 2]. Nieprawidłowy poziom aktywności chorych na schizofrenię może wynikać z wielu czynników. Podłożem może być lęk wywoływany obecnością objawów wytwórczych i prowadzący w konsekwencji do społecznego wycofania się i do zaprzestania aktywności. Funkcjonowanie i aktywność chorych mogą również zaburzać objawy negatywne lub często współistniejące w schizofrenii objawy depresyjne [3].

Badaniem umożliwiającym obiektywną ocenę długości snu, a także okołodobowego rytmu snu i aktywności, jest badanie aktygraficzne. Liczba opublikowanych badań z użyciem pomiarów aktygraficznych w grupie chorych na schizofrenię jest jednak niewielka. W jednym z nich aktygrafia stosowana była w celu weryfikacji zgłaszanej przez pacjentów aktywności [4]. W innym opisano dwutygodniową obserwację aktywności okołodobowej u tylko jednego pacjenta ze schizofrenią – badanie aktygraficzne wykazało znaczne zaburzenia rytmu okołodobowego [5]. W kolejnym badaniu, wśród 19 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, sprawdzono czy zaburzenia snu zmniejszają się w trakcie leczenia melatoniną – stwierdzono poprawę wydajności snu oraz skrócenie jego latencji [6]. W Polsce badania nad snem w schizofrenii prowadzone były tylko w małych grupach pacjentów. W badaniu z użyciem autorskich kwestionariuszy stwierdzono istotną zależność między jakością snu i jego architekturą a zespołem objawów psychopatologicznych [7]. W innym, ostatnio opublikowanym, przeprowadzonym w grupie 62 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, leczonych głównie olanzapiną i risperidonem, subiektywne uczucie nadmiernej senności występowało aż u 58% badanych. Po użyciu bardziej obiektywnych metod oceny senności – skali senności Epworth i testu psychomotorycznego z Wiedeńskiej Baterii Testów – odsetek pacjentów z nadmierną sennością wynosił odpowiednio 20% i 32% [8].

Podjęcie badań oceniających sen, senność i aktywność osób chorujących na schizofrenię jest bardzo ważne w związku z obciążeniem, jakie schizofrenia stanowi dla samych chorych, ich rodzin i społeczeństwa. Schizofrenia jest jedną z najczęstszych przyczyn trwałej niezdolności do pracy ludzi młodych w Polsce. Badania oceniające aktywność osób chorych mogą stanowić jeden z elementów optymalizacji leczenia, dając nadzieję na powrót do aktywności zawodowej oraz pełnienia ról w rodzinie i społeczeństwie, czego najbardziej oczekują rodziny i sami pacjenci.

Celem badania była ocena rytmu okołodobowego pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz stopnia poprawy ich funkcjonowania i stanu psychicznego w okresie poprzedzającym wypisanie z psychiatrycznego oddziału dziennego, po przebytych pełnym procesie terapeutycznym.

Material i metoda

Badanie zostało przeprowadzone na Oddziale Dziennym III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Instytutu. Osoby badane wyraziły zgodę na udział w badaniu. Zbadano 23 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wg ICD-10, u których oceniano funkcjonowanie i stan psychiczny w okresie poprzedzającym wypisanie z oddziału. Pacjenci badani byli za pomocą następujących instrumentów badawczych: 1) aktygrafii umożliwiającej ocenę długości snu, okołodobowego rytmu snu i aktywności oraz poziomu aktywności pacjenta w ciągu dnia; 2) zapisów w dzienniczku snu, w których pacjenci odnotowywali godzinę położenia się do łóżka, czas oczekiwania na sen, godzinę wstania z łóżka rano i szacunkowy czas snu; 3) standaryzowanych skal oceny: jakości snu (Ateńska Skala Bezsenności – AIS), senności w ciągu dnia (Skala Senności Epworth – ESS), aktywności (Skala Aktywności Barnesesa – BARS), ogólnego stanu klinicznego i stopnia poprawy (skala CGI), aktywności pacjenta na zajęciach terapeutycznych na oddziale (Kwestionariusz Oceny Funkcjonowania Pacjenta na Oddziale Dziennym, składający się z czterech skal liniowych, umożliwiających poprzez umieszczenie znacznika na 100 mm linii ocenę funkcjonowania na zajęciach terapeutycznych: 1 = najgorsze możliwe funkcjonowanie, 100 = najlepsze możliwe funkcjonowanie), obecności i nasilenia objawów psychopatologicznych i depresji w schizofrenii (skala PANSS, skala Calgary) oraz nasilenia objawów niepożądanych (skala UKU).

Zbadano również 23 ochotników (grupa kontrolna) dobranych pod względem wieku i płci do grupy pacjentów. U osób zdrowych wykonano pomiary aktygraficzne połączone z wypełnianiem dzienniczków snu i standaryzowanych skal oceny: jakości snu i senności w ciągu dnia.

W badanych grupach było po 14 kobiet i 9 mężczyzn w wieku od 22 do 60 lat, średnia wieku – 40,5 roku \pm 13,6. Średni czas trwania choroby w grupie chorych na schizofrenię wynosił 12,9 roku. Średni okres leczenia na oddziale dziennym wynosił trzy miesiące. Program terapeutyczny oddziału dziennego obejmował uczestnictwo w zajęciach z muzykoterapii, psychorysunku, psychoterapii grupowej oraz wyjściach poza teren szpitala. Najczęściej stosowanym leczeniem farmakologicznym w badanej grupie była: olanzapina (13 pacjentów), rzadziej risperidon (4 pacjentów); trzech

pacjentów przyjmowało perfenazynę, jedna osoba ziprasidon, jedna aripiprazol i jedna parazyne. Ponadto 7 pacjentów przyjmowało leki przeciwdepresyjne, takie jak: sertralina, fluoksetyna lub wenlafaksyna. Przed włączeniem do badania, u wszystkich pacjentów, lekarz prowadzący ocenił, na podstawie skali CGI, stopień poprawy jako bardzo dobry lub dobry. Oceniając nasilenie objawów, stwierdzono, że bez objawów choroby było 3 pacjentów, na pograniczu choroby – 16, nasilenie łagodne choroby miało 4 pacjentów; ocena średnia $2,04 \pm 0,56$ punktu. Oceny statystycznej dokonano poprzez obliczenie średnich i odchyłeń standardowych. Różnice pomiędzy grupami zostały ocenione pod względem istotności statystycznej za pomocą analizy wariancji (ANOVA). Zależności pomiędzy zmiennymi weryfikowano za pomocą testu korelacji Spearmana. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Średni poziom funkcjonowania pacjentów w trakcie zajęć z muzykoterapii oceniono na $60,2 \pm 29,2$, z psychorysunku $55,6 \pm 26,2$, psychoterapii grupowej $54,3 \pm 32,1$, podczas wycieczek poza teren szpitala $59,8 \pm 30,9$. W skali PANSS dominowały objawy z grupy ogólnych objawów psychopatologicznych ($24,2 \pm 5,4$), mniej nasilone były objawy negatywne schizofrenii ($12,6 \pm 4,4$). Obserwowano niskie nasilenie objawów pozytywnych, średnio $9,2 \pm 2,5$ punktu. W skali oceny depresji Calgary uzyskano niskie wyniki, średnie nasilenie objawów depresyjnych wynosiło $3,8 \pm 4,4$ punktu. W skalach oceny działań ubocznych leczenia farmakologicznego (UKU i BARS) uzyskane wyniki wskazują, że w badanej grupie pacjentów nie występowała akatyzyja. Średnia punktacja w skali BARS wynosiła $0,4 \pm 0,2$ punktu. W skali objawów ubocznych UKU najczęściej zgłaszanym objawem ubocznym był przybór masy ciała (obserwowany u 14 z 23 badanych pacjentów). W dalszej kolejności występowały takie objawy, jak: utrudnienie koncentracji, senność/sedacja, wydłużenie czasu snu, spadek libido, niepokój wewnętrzny oraz zaparcia. W skali AIS, w grupie chorych na schizofrenię, 6 osób (26%) uzyskało wynik powyżej 6 punktów wskazujący na możliwość zaburzeń snu o typie bezsenności, natomiast w grupie kontrolnej było to 5 osób (21%). Istotnie klinicznie zaburzenia snu o typie bezsenności z wynikiem w skali AIS > 10 punktów obserwowano u 2 pacjentów (8%), a w grupie kontrolnej u jednej osoby (4%). Średni wynik w skali AIS wyniósł $4,8 \pm 3,4$ u pacjentów oraz $4,6 \pm 3,2$ u osób z grupy kontrolnej (różnica nieistotna statystycznie). Istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami nie obserwowano również w skali ESS. Zdecydowana większość pacjentów, bo aż 14 (61%), nie zgłaszała trudności z utrzymaniem czuwania w ciągu dnia. Patologiczną senność ($ESS \geq 15$) obserwowano u 4 pacjentów (17%); w grupie kontrolnej takie osoby nie występowały. Stosunkowo duży odsetek zdrowych ochotników – 42% (10 z 23) prezentował łagodne nasilenie senności w ciągu dnia (wynik ESS 10–14 punktów), natomiast w grupie chorych na schizofrenię taka senność występowała u 21% osób (5 z 23). Duży odsetek osób z umiarkowanym nasileniem senności wśród osób zdrowych może wskazywać, że wiele z nich cierpi na niedobór snu wynikający np. z trybu życia.

Na podstawie analizy dzienniczków snu uzyskano następujące wyniki: pacjenci zdecydowanie wcześniej niż osoby zdrowe szli spać. Średni czas zasypiania w grupie pacjentów to godzina 22:07 ± 1:30, natomiast w grupie kontrolnej to 23:22 ± 0:55 ($p < 0,05$). Czas wstawania pacjentów to średnio godzina 7:21 ± 1:11, a zdrowych ochotników 7:00 ± 1:04 (różnica nieistotna statystycznie).

W badaniach aktygraficznych uzyskano istotne różnice pomiędzy grupami (tabela 1). Pacjenci istotnie dłużej leżeli w nocy w łóżku, wcześniej szli spać, mieli dłuższą latencję snu, dłuższy całkowity czas snu. Natomiast wydajność snu w obu grupach badanych była porównywalna, co mogłoby świadczyć o tym, że pacjenci potrzebowali zdecydowanie więcej snu i kładąc się wcześniej do łóżka nie leżeli, a rzeczywiście spali.

Tabela 1. Wyniki pomiarów aktygraficznych w badanych grupach

	Zdrowi ochotnicy	Chorzy na schizofrenię	ANOVA
Parametr	Średnia ± SD	Średnia ± SD	p <
Czas w łóżku (min)	460,47 ± 56,22	551,17 ± 84,68	0,000
Godzina rozpoczęcia snu	23:53:06 ± 00:53:46	22:43:43 ± 01:25:35	0,002
Latencja snu (min)	22,26 ± 11,41	32,95 ± 22,09	0,045
Całkowity czas snu (min)	391,08 ± 55,25	469,13 ± 69,03	0,000
Wydajność snu (%)	84,93 ± 5,393	85,48 ± 5,618	0,737
Średnia aktywność dobową (jednostki aktywności)	134,02 ± 46,79	83,26 ± 29,89	0,000
Zmienność średniej aktywności w ciągu doby	116,62 ± 33,94	80,94 ± 31,19	0,001
M 10	24939,65 ± 8150,61	16935,69 ± 6093,17	0,000
M10 onset	9:54:46 ± 2:15:16	8:13:02 ± 1:16:39	0,003
Amplituda okołodobowego rytmu aktywności – bezwzględna	23605,00 ± 7885,43	16069,56 ± 5951,55	0,001

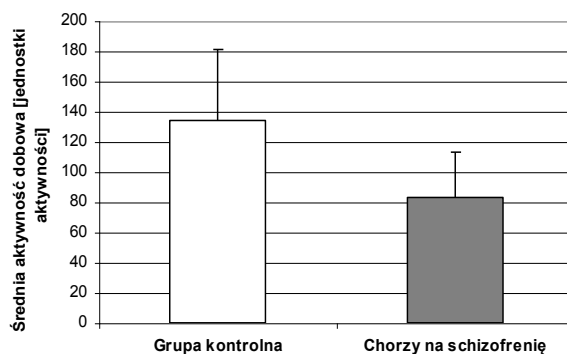
L5 – aktywność w ciągu 5 godzin z najniższą aktywnością podczas doby (okres spoczynku)

M10 – aktywność w ciągu 10 godzin z najwyższą aktywnością podczas doby (okres aktywności)

M10 onset – godzina rozpoczęcia okresu aktywności

Wyniki analizy średniej aktywności w ciągu doby wskazują, że pacjenci byli zdecydowanie mniej aktywni. Uzyskali średni wynik 83 ± 29 jednostek aktywności, natomiast w grupie zdrowych średnia wynosiła 134 ± 46 jednostek aktywności (rys. 1 – na następnej stronie).

Analiza 10 najbardziej aktywnych godzin (okres aktywności) w ciągu doby (M10) wykazała, że godzina rozpoczęcia okresu największej aktywności (M10 onset) była istotnie wcześniejsza w grupie pacjentów niż u osób zdrowych. Oznacza to, że okres najwyższej aktywności pacjentów był związany z przyjazdem na oddział na zajęcia i z zajęciami na oddziale, popołudnia zaś nie były aktywne. Natomiast osoby zdrowe zaczynały najwyższą aktywność później, ponieważ rozkładały ją również na godziny popołudniowe, czyli czas po pracy.



Rys. 1. Średnia aktywność dobowa w obu badanych grupach

Ocena zależności pomiędzy skalami oceny funkcjonowania, stanu psychicznego i parametrami demograficznymi a pomiarami aktygraficznymi wykazała następujące zależności: pacjenci starsi wiekiem i z dłuższym okresem chorowania zgłaszali więcej autonomicznych objawów ubocznych działania leków (korelacja: wiek – skala UKU, podskala A: objawy autonomiczne $r_s = 0,508$, $p < 0,05$; korelacja: długość trwania choroby – skala UKU, podskala A: objawy autonomiczne $r_s = 0,538$, $p < 0,05$) oraz mieli bardziej nasilone objawy depresji (korelacja: wiek – skala oceny depresji Calgary $r_s = 0,577$, $p < 0,01$). Czas trwania choroby istotnie wpływał na udział pacjentów w psychoterapii grupowej (korelacja: długość trwania choroby – funkcjonowanie podczas psychoterapii grupowej $r_s = 0,443$, $p < 0,05$). Pacjenci, którzy mieli wyższą średnią aktywność 24-godzinną oraz wyższą aktywność w ciągu 10 najbardziej aktywnych godzin podczas dnia, jednocześnie byli bardziej aktywni na wszystkich zajęciach na oddziale (tabela 2).

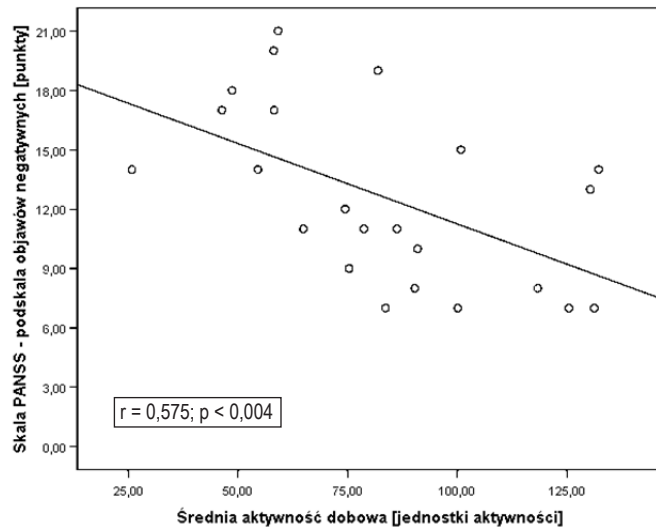
Tabela 2. Zależności pomiędzy funkcjonowaniem pacjentów na oddziale a poziomem aktywności stwierdzonej w pomiarach aktygraficznych – współczynniki korelacji Spearmana

Parametry	Średnia aktywność dobowa	Aktywność w ciągu 10 godzin z najwyższą aktywnością podczas doby (M10)
Muzykoterapia	0,420*	0,417*
Psychorysunek	0,441*	0,437*
Psychoterapia grupowa	0,538**	0,575**
Wycieczki	0,473*	0,470*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Istotna była również zależność pomiędzy występowaniem objawów negatywnych choroby a aktywnością pacjentów, wykazaną na podstawie aktygrafii (rys. 2– na następnej stronie).

W badanej grupie chorych na schizofrenię nie obserwowano wpływu objawów pozytywnych na ich funkcjonowanie, co wynika najprawdopodobniej z łagodnego



Rys. 2. Objawy negatywne a aktywność pacjentów

nasilenia tych objawów. Objawy uboczne działania leków przeciwpsychotycznych (UKU, podskala P: objawy psychiczne, i podskala N: objawy neurologiczne) dodatnio korelowały z obniżoną aktywnością ocenianą za pomocą aktygrafii (objawy psychiczne $r_s = 0,513$, $p < 0,05$; objawy neurologiczne $r_s = 0,423$, $p < 0,05$), natomiast inne objawy uboczne działania tych leków ujemnie korelowały z czasem spędzonym w łóżku ($r_s = -0,453$, $p < 0,05$) oraz całkowitym czasem snu ($r_s = -0,650$, $p < 0,05$).

Pacjenci, u których występowały nasilone objawy negatywne i objawy uboczne działania neuroleptyków, gorzej funkcjonowali na zajęciach na oddziale (tabela 3).

Tabela 3. Zależności pomiędzy funkcjonowaniem na oddziale a stanem klinicznym i obecnością objawów ubocznych leków; współczynnik korelacji wg Spearmana

	PANSS Pozyt.	PANSS Negat.	PANSS Ogól. Psych.	PANSS Razem	UKU Psych.	UKU Neur.	UKU Auton.	UKU Inne	UKU Razem
Muzykoterapia	-0,281	-0,515*	-0,066	-0,372	-0,395	-0,426*	0,105	0,146	-0,399
Psychorysunek	-0,0387	-0,539**	-0,135	-0,455*	-0,414*	-0,375	-0,075	0,006	-0,452*
Psychoterapia grupowa	-0,477*	-0,635**	-0,341	-0,652**	-0,600**	-0,425*	0,154	0,225	-0,523*
Wycieczki	-0,386	-0,505*	-0,160	-0,477*	-0,464*	-0,230	-0,075	0,115	-0,394

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Omówienie wyników

W badanej grupie chorych na schizofrenię, będących w okresie remisji choroby, po przebytych procesie terapeutycznym na oddziale dziennym, nadal występowało znacz-

ne obniżenie poziomu aktywności, co miało wpływ na ich funkcjonowanie w życiu codziennym. Najważniejszą przyczyną wpływającą na zaburzenia funkcjonowania w badanej grupie było występowanie objawów negatywnych schizofrenii. Wypisywani pacjenci nie mieli objawów pozytywnych schizofrenii, nie stwierdzono u nich również objawów depresyjnych, ponieważ leczenie farmakologiczne najkorzystniej niweluje powyższe objawy. Pewien wpływ na utrudnienie powrotu pacjentów do pełnego, dobrego funkcjonowania miało również występowanie objawów ubocznych stosowanych leków przeciwpsychotycznych, szczególnie sedacji. Pacjenci w starszym wieku i z dłuższym okresem trwania choroby mieli większe nasilenie objawów depresyjnych. U tych chorych również częściej występowały objawy niepożądane leczenia. Skala ESS i skala AIS pokazały, że w badanej grupie 10-20% pacjentów odczuwało nasiloną senność w ciągu dnia i/lub zgłaszało złą jakość snu. Wskazuje to, że choć zaburzenia snu i/lub nadmierna senność w ciągu dnia nie są główną przyczyną obniżonej aktywności w ciągu dnia chorych na schizofrenię, ocena jakości snu i senność jest celowa w tej grupie pacjentów, w razie konieczności różnicowania przyczyn złego funkcjonowania w czasie dnia. Badania aktygraficzne pokazały, że chorzy zdecydowanie więcej czasu spędzali w łóżku i mieli istotnie wydłużony czas snu w porównaniu z osobami zdrowymi. W ciągu dnia aktywność fizyczna pacjentów była istotnie niższa niż osób zdrowych. Jest to ważna informacja, biorąc pod uwagę zwiększone zagrożenie chorych na schizofrenię zaburzeniami metabolicznymi i nadwagą. Promowanie aktywności/ćwiczeń fizycznych wśród tych pacjentów powinno być zatem traktowane jako ważny cel w leczeniu.

Dotychczasowe badania chorych na schizofrenię z wykorzystaniem aktygrafii koncentrowały się głównie na ocenie obecności aktywności lub zaburzeń motorycznych, w różnicowaniu pomiędzy poszczególnymi typami schizofrenii: paranoidalną, katoniczną, hebefreniczną [4, 9]. Tylko w pojedynczych badaniach oceniano sen i rytm okołodobowy. W badaniach tych również obserwowano znaczne zaburzenia rytmu okołodobowego, gorszą jakość snu u chorych na schizofrenię oraz występowanie nadmiernej senności w ciągu dnia [1, 5].

Podsumowując, tak ważne aspekty w leczeniu schizofrenii, jak poprawa funkcjonowania, powrót do pełnionych wcześniej ról życiowych, zależne są nie tylko od ustąpienia objawów wytwórczych choroby, ale również od wycofania się objawów negatywnych oraz braku niepożądanych działań stosowanych leków. Aby takie cele można było osiągnąć, ważne jest, żeby postępować zgodnie z zasadami leczenia schizofrenii, podsumowanymi w standardach leczenia farmakologicznego tej choroby. Zaproponowanie pacjentowi całościowego planu leczenia, dbanie o jego zdrowie fizyczne, unikanie politerapii, nielekceważenie zgłaszanych objawów ubocznych stosowanych leków – pozwalają uzyskać lepszą współpracę i zaangażowanie w leczenie jego i jego bliskich [10]. Jest to konieczne, ponieważ leczenie farmakologiczne jest podstawową formą leczenia schizofrenii nie tylko w okresie zaostrzeń choroby, ale również w utrzymaniu stanu remisji. Niestety, jak wynika z badań, aż 40% chorych ma w ciągu roku kolejny epizod psychotyczny spowodowany brakiem współpracy i własną decyzją o przerwaniu leczenia farmakologicznego [11]. Ponadto, bardzo ważne są poszpitalne oddziaływania terapeutyczne, które powinny koncentrować

się na dalszej poprawie funkcjonowania społecznego oraz zwiększeniu aktywności życiowej pacjentów. Rodziny pacjentów jako sukces leczenia oceniają poprawę nie tylko w aspekcie niwelowania objawów wytwórczych choroby (bo bardzo często nawet nie rozumieją, co to są urojenia), ale głównie w aspekcie dobrego funkcjonowania, powracania do ról społecznych i prawidłowej aktywności życiowej. Dlatego też, każda forma aktywizacji i rodzaj oddziaływań w leczeniu podtrzymującym (kluby pacjentów, warsztaty terapii zajęciowej, domy środowiskowe, grupy wsparcia, oddziały dziennego pobytu) mają korzystny wpływ na optymalizację efektów leczenia farmakologicznego, poprawę jakości życia pacjentów i przywrócenie dawnego poziomu funkcjonowania, oraz ich reintegrację społeczną [10]. Oddziały dziennego pobytu ukierunkowują swój plan terapeutyczny z uwzględnieniem powyższych aspektów. Edukują pacjentów w zakresie istoty choroby, zapobiegania nawrotom, a także – tak ważnego w tej grupie chorych – zdrowego odżywiania się, zwiększania aktywności, ruchu, celem radzenia sobie z niepożądanymi objawami działania leków przeciwpsychotycznych.

Wnioski

1. U chorych na schizofrenię wypisywanych z oddziału dziennego stwierdzono obniżenie poziomu aktywności, które miało wpływ na ich funkcjonowanie.
2. Dominującymi czynnikami wpływającymi na niską aktywność pacjentów były objawy negatywne schizofrenii oraz występowanie objawów ubocznych działania leków.
3. Badanie aktygraficzne pokazało, że chorzy więcej czasu spędzali w łóżku i mieli dłuższy czas snu od osób zdrowych. Najwyższą aktywność w ciągu dnia chorzy na schizofrenię prezentowali w trakcie zajęć terapeutycznych.

Нарушения сна и суточного ритма при шизофрении

Содержание

Задание. В работе представлены оценка сна и суточного ритма жизнедеятельности и психического состояния здоровья больных шизофренией. Особенное внимание обращено на следующие показатели и вопросы, а именно: какой процент больных шизофренией после прошедшего процесса лечения в дневном отделении страдает бессонницей и большой сонливостью в течение дня? Какие факторы влияют на функционирование пациентов, леченных по поводу шизофрении?

Метод. Обследовано 23 больных шизофренией и 23 добровольцев согласных с точки зрения пола и возраста (14 женщин, 9 мужчин, средний возраст $40,5 \pm 13,6$ лет). Исследовательскими пособиями были: 7-суточные актографические измерения, дневники сна и стандартные: шкалы оценки – качества сна, сонливости в течение дня, общего клинического состояния и степени улучшения состояния здоровья, наличия и утяжеления психопатологических симптомов, а также депрессии, с усилением отрицательных симптомов фармакологического лечения.

Результаты. Незначительное повышение бессонницы отмечено у 6 пациентов (26%) и 2 пациентов (8%) в значительной степени. Патологическая сонливость отмечена у 4 пациентов (17%). Актография показала снижение уровня активности, который влиял на функционирование пациентов, а доминирующими факторами, влияющими на активность пациентов были негативные симптомы шизофрении, а также появление побочных явлений фармакотерапии. Старшие и длительно болеющие пациенты проявляли более выравненные

постлекарственные побочные симптомы и больше депрессивных симптомов. Пациенты долгое время находились в постели и требовали больше сна, нежели здоровые люди. Самая большая активность наблюдалась в утренние часы во время терапевтических занятий.

Выводы. Оценка состояния больных шизофренией при помощи актографии и стандартных клинических шкал указывает на факт, что несмотря на полученное улучшение психопатологических симптомов значительная группа больных презентует низкую активность, а также существенное клиническое нарастание бессонницы и / или сонливости в течение дня, которые влияют на функционирование пациентов.

Schlafstörungen und Störungen des Tagesrhythmus in Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. In der Arbeit wurde die Beurteilung vom Schlaf und Tagesrhythmus, der Funktionsweise und des psychischen Befindens der Patienten mit diagnostizierten Schizophrenie beschrieben. Eine besondere Aufmerksamkeit widmen die Autoren den folgenden Fragen: Welcher Prozentsatz der Schizophrenkranken nach einer stationären Therapie leidet an Schlaflosigkeit und Übermäßige Schläfrigkeit am Tage?

Methode. Es wurden 23 Patienten und 23 Probanden untersucht, die im Geschlecht und Alter gleich waren (14 Frauen, 9 Männer; Durchschnittsalter lag bei 40,5 – 13,6). Als Instrumente wurden angewandt: 7-tägige aktigraphische Messungen, Schlaf – Tagebücher und standardisierte Beurteilungsskalen: Schlafqualität und Schläfrigkeit am Tage, allgemeiner klinischer Zustand und Verbesserungsgrad, Erscheinen und Intensität von psychopathologischen Symptomen und Depression und Intensität der unerwünschten Symptomen der pharmakologischen Behandlung.

Ergebnisse. Eine milde Intensität der Schlaflosigkeit wurde bei 6 Patienten (2%), bei 2 Patienten (8%) eine starke Intensität diagnostiziert. Die pathologische Schläfrigkeit wurde bei 4 (17%) Patienten festgestellt. Die Aktigraphie zeigte eine Senkung des Aktivitätslevels, die einen Einfluss auf die Funktionsweise der Patienten hatte. Die am meisten die Aktivität der Patienten beeinflussenden Faktoren waren negative Symptome der Schizophrenie und das Auftreten der unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten. Bei den älteren und länger kranken Patienten waren die Nebenwirkungen von Medikamenten mehr intensiviert und sie hatten mehr Depressionssyndrome. Die Patienten verbrachten mehr Zeit im Bett und brauchten mehr Schlaf als die gesunden Personen. Die höchste Aktivität am Tage zeigten die Patienten am Morgen, bei der Therapie.

Schlussfolgerungen. Die Beurteilung der Schizophrenkranken mit Hilfe von Aktigraphie und standardisierter klinischer Skala zeigt, dass trotz der erreichten Verbesserung der psychopathologischen Symptomen eine signifikante Gruppe von Patienten immer noch eine gesunkene Aktivität und klinisch signifikante Intensität der Schlaflosigkeit und/oder Schläfrigkeit am Tag hat, die auf die Funktionsweise der Patienten einen Einfluss haben.

Les troubles du sommeil et du rythme circadien pendant la schizophrénie

Résumé

Objectif. On analyse le sommeil et le rythme dans les 24 heures, le fonctionnement et l'état psychiques des patients souffrant de la schizophrénie. On s'intéresse surtout aux questions suivantes : quelle est le pourcentage des patients souffrant de l'insomnie et de la somnolence excessive pendant le jour ? Quels facteurs influent sur le fonctionnement des patients traités à cause de la schizophrénie ?

Méthode. On examine les 23 patients et les 23 volontaires (14 femmes, 9 hommes, moyenne de l'âge – 40,5 ± 13,6). Comme outil d'examen on se sert de : mesurages actigraphiques de 7 jours, journaux de sommeil et les échelles standardisées de : qualité de sommeil, somnolence excessive, l'état clinique, niveau de l'amélioration, présence et intensité des symptômes psychopathologiques et de la dépression, intensité des symptômes défavorables comme suite à la pharmacothérapie.

Résultats. On observe l'insomnie : faible chez les 6 patients (26%), forte- chez les 2 patients (8%), excessive – chez les 4 patients (17%). L'actigraphie démontre la diminution du niveau d'activité qui influe sur le fonctionnement des patients, les facteurs qui influent sur l'activité des patients ce sont avant tout les symptômes négatifs de la schizophrénie et les effets défavorables de la pharmacothérapie. Chez les patients plus âgés et avec la période plus longue de la maladie on observe les plus forts effets défavorables de la pharmacothérapie ainsi que plus des symptômes dépressifs. Ils gardent le lit pendant plus de temps et leur besoin du sommeil est plus fort. Leur activité est plus grande le matin, pendant la thérapie.

Conclusions. Cette analyse des patients souffrant de la schizophrénie faite avec l'actigraphie et avec les échelles cliniques standardisées démontrent que, malgré l'amélioration de leur état de santé, encore plusieurs patients restent inactifs et ils souffrent d'insomnie ou de la somnolence excessive pendant le jour et tout cela influe défavorablement sur leur fonctionnement.

Piśmiennictwo

1. Monti JM, Monti D. *Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotics drugs.* Sleep Med. Rev. 2004; 8, 133–148.
2. Dencker SJ, Malm U, Lepp M. *Schizophrenic relapse after drug withdrawal is predictable.* Acta Psychiatr. Scand. 1986, 73: 181–185.
3. Szafrński T, Michałowska J. *Objawy depresyjne u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji i oddziale całodobowym.* Lęk Depr. 1997; 2 (2): 107–116.
4. Poyurovsky M, Nave R, Epstein R, Tzischinsky O, Schneidman M, Barnes TR, Weizman A, Lavie P. *Actigraphic monitoring (actigraphy) of circadian locomotor activity in schizophrenic patients with acute neuroleptic-induced akathisia.* Neuropsychopharmacol. 2000; 10 (3): 171–176.
5. Haug HJ, Wirz-Justice A, Rossler W. *Actigraphy to measure day structure as a therapeutic variable in the treatment of schizophrenic patients.* Acta Psychiatr. Scand. 2000 (supl.); 91–95.
6. Shamir E, Laudon M, Barak Y, Anis Y, Rotenberg V, Elizur A, Zisapel N. *Melatonin improves sleep quality of patients with chronic schizophrenia.* J. Clin. Psychiatry 2000; 61: 373–377.
7. Badzio-Jagiello H, Nowicki Z. *Przydatność autorskiego kwestionariusza do oceny przebiegu snu w niektórych zespołach psychopatologicznych.* Psychiatr. Pol. 2001; 35: 605–615.
8. Wichniak A, Waliniowska E, Wierzbicka A, Czasak K, Musińska I, Szatkowska E, Jernajczyk W, Jarema M. *Jakość snu i senność w ciągu dnia w zaburzeniach psychotycznych z kręgu schizofrenii w trakcie leczenia lekami przeciwpsychotycznymi.* Psychiatr. Pol. 2009; 43 (2): 193–202.
9. Walther S, Horn H, Razami N, Koschorke P, Muller TJ, Strik W. *Quantitative motor activity differentiates schizophrenia subtypes.* Neuropsychobiol. 2009; 60 (2): 80–86.
10. Jarema M, Kiejna A, Landowski J, Meder J, Rabe-Jabłońska J, Rybakowski J. *Standardy leczenia farmakologicznego w schizofrenii.* Psychiatr. Pol. 2006; 40: 1171–1205.
11. Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jasta DV. *Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature.* Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 173–188.

Adres: Agnieszka Skowerska
III Klinika Psychiatryczna IPiN
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 15.03.2010
Zrecenzowano: 12.04.2010
Otrzymano po poprawie: 20.05.2010
Przyjęto do druku: 12.07.2010

Już wkrótce

Psychiatria Polska

NR 6–2010

W następnym zeszycie *Psychiatrii Polskiej* znajdują Państwo między innymi następujące artykuły:

- *Cechy dwubiegunowości u pacjentów z depresją lekooporną – wstępne wyniki badania TRES-DEP*
Autorzy: Tomasz Pawłowski i wsp.
- *Nowe techniki stymulacji elektrycznej i magnetycznej w terapii depresji – porównanie z elektrowstrząsami i farmakoterapią*
Autor: Tomasz Zyss
- *Uwagi o praktycznym zastosowaniu ziprasidonu w schizofrenii*
Autorzy: Daria Ochędzan, Marek Jarema
- *Tridności w uczeniu się nowych pojęć u dzieci z wybranymi zaburzeniami psychicznymi*
Autor: Piotr Panczyk

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdują Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67