

Zaburzenia snu w wieku podeszłym

Sleep disorders in the elderly

Leszek Bidzan

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Zaburzenia snu stanowią trzecią - po bólach głowy i objawach przeziębienia - zgłaszaną dolegliwość. W miarę starzenia się stają się częstsze, składa się na to wiele czynników. Z upływem lat obserwuje się znaczny, systematyczny spadek poziomu melatoniny. Organizm w wieku podeszłym staje się bardziej wrażliwy na zmiany hormonalne, czynności fizjologiczne, wiele czynników środowiskowych (światło, hałas, temperatura).

Sen człowieka w wieku podeszłym charakteryzuje się krótszym czasem, co nie musi oznaczać mniejszego zapotrzebowania, częstsze są przebudzenia w ciągu nocy, większa senność w ciągu dnia (częstsze drzemki), najgłębsze fazy snu nREM są zredukowane lub wyeliminowane, natomiast sen REM – zachowany, przynajmniej w części populacji bez zmian zwyrodnieniowych. Do istotnych czynników wpływających na sen należy szereg chorób, w tym psychicznych, oraz przyjmowanie wielu substancji chemicznych.

Do najczęstszych zaburzeń psychiatrycznych powodujących zaburzenia snu należą otępienie oraz depresja. Szczególnie widoczny jest związek pomiędzy zaburzeniami snu a funkcjami poznawczymi.

Zaburzenia snu, zgodnie z klasyfikacją DSM-IV – TR, dzielą się na pierwotne zaburzenia snu oraz zaburzenia snu związane z innymi zaburzeniami psychicznymi i inne zaburzenia snu. Po leki nasenne można sięgnąć dopiero wówczas, kiedy pomimo prowadzenia leczenia przyczynowego nadal bezsenność utrzymuje się i w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie pacjenta. Leczenie środkami nasennymi nie powinno przeciągać się powyżej kilku tygodni. *Geriatrics 2011; 5: 34-40.*

Słowa kluczowe: zaburzenia snu, wiek podeszły

Summary

Sleep disorders are the third reported ailment after headaches and cold symptoms. As a person grows older, they become more frequent, which is conditioned by many factors. Over the years there is a significant systematic decrease in the level of melatonin. An organism in the elderly age is becoming more sensitive to hormonal changes, physiological functions, many environmental factors (light, noise, temperature). An old man sleeps shorter, which does not necessarily equal a decreased demand for sleep. He wakes up more often during the night and is sleepier during the day (therefore takes naps more often), the deepest nREM sleep phases are reduced or eliminated, while the REM sleep – is preserved, at least in the part of the population free from degenerative changes. Important factors influencing sleep include a number of diseases, such as mental illnesses and taking numerous chemicals. The most common psychiatric disorders which cause sleep disorders are dementia and depression. The relationship between sleep disorders and cognitive functions is especially visible. In accordance with the DSM-IV-TR classification, the sleep disorders are divided into primary sleep disorders, sleep disorders associated with other psychiatric disorders and other sleep disorders. One should administer sleeping pills only when in spite of curative treatment insomnia persists and substantially affects the functioning of the patient. Treatment with the use of sleeping pills should not last longer than a few weeks. *Geriatrics 2011; 5: 34-40.*

Keywords: sleep disorders, elderly

Zaburzenia snu należą do najczęstszych dolegliwości psychopatologicznych. Są również jedną z najczęstszych przyczyn podejmowania leczenia farmakologicznego. Niestety, bardzo często całkowicie zbędnego. Klasyfikacja zaburzeń snu (Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Snu) ilustruje poważne trudności metodologiczne związane z tym zagadnieniem i dla lekarza praktyka jest mało przydatna. Problem ze stworzeniem czytelnej klasyfikacji wiąże się i z tym, że obiektywna ocena tej kategorii zaburzeń jest trudna. Próby obiektywizacji opisu snu (długość snu, ilość przebudzeń, czas potrzebny do zaśnięcia, pora budzenia się itd.) nie zawsze oddają nasilenie problemu. To w pewnej mierze pacjent decyduje czy jego sen jest zaburzony. Wiele osób zanim zaśnie musi poświęcić nieraz całkiem długi czas na lekturę. Z obiektywnego punktu widzenia można by u nich rozpoznawać przedłużenie czasu zaśnięcia, ale jak klasyfikować takie osoby, które wieczorną lekturę poczytują nie jako dyskomfort, ale przeciwnie, jest to dla nich przyjemność? Inny powszechnie znany przykład to niekiedy wybitne różnice w długości snu u poszczególnych osób. Czy na przykład 10-godzinny sen jest bardziej prawidłowy od 6-godzinnego, jeżeli i w jednym i drugim przypadku po przebudzeniu osoby czują się wypoczęte? Z podobnymi problemami spotykają się też badacze zagadnienia. Nie wszystkie osoby, które wielokrotnie budzą się w ciągu nocy uważają, że mają problemy ze snem. W jakiejś mierze rozwiązaniem problemu będzie odwołanie się do powszechnej zasady oceny zaburzeń psychicznych. Zasada ta odwołuje się do oceny ich wpływu na funkcjonowanie społeczne. W języku praktyki oznaczać to może, że przy ocenie nasilenia zgłaszanych skarg na bezsenność większe zainteresowanie diagnostyczne powinna wzbudzić ocena zachowania i funkcjonowania pacjenta w ciągu dnia. Należy zwrócić uwagę na takie aspekty, jak uczucie senności, zakłócające wykonywanie czynności lub nawet zmuszające do przerywania ich, drażliwość, wybuchowość, wreszcie bardzo istotne u osób w wieku podeszłym pogorszenie funkcji poznawczych. Według niektórych zaburzenia snu stają się problemem terapeutycznym, kiedy aktywność dzienna jest zaburzona przez problemy ze snem.

W wieku podeszłym częstość zaburzeń snu bardzo wyraźnie wzrasta. Istnieje ku temu wiele powodów. Już same zmiany w mechanizmie regulującym sen przyczyniają się do tego. Melatonina jeden z ważnych elementów regulujących cykl sen – czuwanie wykazuje zmiany podczas życia. Melatonina wykazuje niski

poziom podczas dnia, natomiast wyraźnie podwyższa się po zapadnięciu nocy. Zmiana warunków otoczenia powoduje bardzo stopniową do nich adaptację, tak, że pomimo umieszczenia człowieka w stałej ciemności nadal przez dość długi okres czasu zachowany jest rytm dobowy (ściślej okołodobowy). Wydzielanie melatoniny rozpoczyna się w 3-4 miesiącu życia, a najwyższy poziom osiąga pomiędzy 1 a 3 r.ż. W kolejnych okresach życia dochodzi do stopniowego obniżania poziomu. U człowieka siedemdziesięcioletniego występuje już tylko 1/4 poziomu młodzieńca. Zrozumiałe wydaje się, że jeżeli nie ma wewnętrznego regulatora lub wpływ tego regulatora jest coraz słabszy, to coraz większe znaczenie zaczynają mieć inne czynniki, zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne. W wieku podeszłym wzrasta wrażliwość na szereg czynników, w tym: zmiany hormonalne, czynności fizjologiczne, wszelkie czynniki środowiskowe (szczególnie: światło, hałas, temperatura).

Sen ludzi w wieku podeszłym jest krótszy, co wcale nie zawsze oznacza mniejsze niż zapotrzebowanie. W ciągu nocy dochodzi do częstych przebudzeń. I niezależnie od subiektywnej oceny jakości snu pojawiają się typowe dla okresu starości zmiany elektrofizjologiczne w zapisie snu. Dochodzi do redukcji lub nawet wyeliminowania najgłębszych faz snu nREM.

Skalę problemu w populacji osób starszych trudno podać w danych liczbowych. Poszczególne badania, zapewne z przyczyn metodologicznych, podają dość odmienne wyniki. Panuje zgoda co do tego, że wraz z wiekiem problem się nasila. Częściej dotyczy kobiet. Skargi na bezsenność w starszym wieku zgłasza blisko dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn. Trudno jednoznacznie podać przyczynę takiego stanu rzeczy. Wydaje się, że w dużej części jest to spowodowane i tym, że kobiety przykładają subiektywnie większą wagę do zaburzeń snu niż mężczyźni. Również kobiety chętniej mówią o doświadczanym dyskomforcie.

Na sen nocny istotny wpływ ma sposób funkcjonowania w ciągu dnia. Zwłaszcza ważne jest rozstrzygnięcie, czy badanemu zdarzają się dzienne drzemki. Przy czym należy właściwie ocenić ich pojawianie się. Zasadniczo dzienne drzemki w znacznym stopniu zaburzają sen nocny. Zwłaszcza wydłużają okres zasypiania. Jednak drzemki mogą spełniać bardzo pozytywną rolę zmniejszając zaburzenia funkcjonowania powodowane gorszą jakością snu nocnego. Trzeba zdawać sobie sprawę, że szczególnie wśród osób w wieku podeszłym wcale nierzadko zdarza się,

że drzemki stają się stałym elementem zachowania, co umożliwia dobre funkcjonowanie. W takim przypadku należy wspólnie z badanym rozważyć, czy taki sposób łagodzenia efektów zaburzeń snu jest rzeczywiście nie do zaakceptowania. W wypadku, kiedy będziemy starali się poprawić sen nocny, pacjent musi zrezygnować z drzemek, które - jeżeli nadal będą się pojawiać - mogą niweczyć cały wysiłek terapeutyczny.

Wiele schorzeń fizycznych w bardzo widoczny sposób będzie rzutować na jakość snu, zwłaszcza wszelkiego rodzaju dolegliwości, którym towarzyszy ból, często nasilający się w porze nocnej. Ważny wpływ na sen mają choroby układu trawiennego oraz moczowego. Szczególnie z tym ostatnim może być związana potrzeba częstego korzystania z toalety. Zaburzenia oddechowe – duszności również w oczywisty sposób zmniejszają komfort snu, a często w ogóle uniemożliwiają sen.

Ocena zaburzeń snu nie może pominąć sprawy używek. Środki, które nie dawały zauważalnego efektu u osób młodszych, w starości stają się niejednokrotnie ważnym, a czasami głównym, czynnikiem zaburzającym sen. Za przykład może posłużyć kofeina, której efekt u osób starszych jest znacznie bardziej wyrażony, głównie wskutek spadku metabolizmu wątrobowego. Warto również pamiętać o wydłużonym działaniu farmakologicznym trwającym od 8 do 14 godzin. Podobnie do kofeiny działa teofilina, która wchodzi w skład wielu farmaceutyków, w tym również rozprawdzanych bez przepisu lekarskiego. Nikotyna wpływa na sen w sposób zbliżony do kofeiny. U osób palących zaburzenia snu notuje się znacznie częściej.

Na sen niewątpliwym wpływ wywiera również wiele leków, w tym leki psychotropowe. Jako przykłady można wymienić: leki antycholinergiczne, leki antydepresyjne, nadciśnieniowe, kortykosteroidy, diuretyki oraz szereg preparatów ziołowych. Te ostatnie mogą negatywnie wpływać na sen często z powodu podłoża, na którym są produkowane.

Omawiając zaburzenia snu w wieku podeszłym nie sposób pominąć czynników psychologicznych, które w tym okresie nie pozwalają o sobie zapomnieć. Ocena swojej sytuacji, przeszłe zdarzenia, na które stary człowiek już utracił jakikolwiek wpływ też winny być uwzględnione w diagnostyce zaburzeń snu.

Znaczna większość zaburzeń snu doświadczana w wieku podeszłym jest związana z jedną z przyczyn: współistniejące schorzenia (somatyczne), leki, choroby psychiczne, czynniki psychospołeczne, nieprawidłowe

nawyki. Szczególnego znaczenia nabierają zaburzenia związane z częstymi w wieku podeszłym chorobami psychicznymi: zespołami otępiennymi i zaburzeniami depresyjnymi.

■ Zaburzenia snu w zaburzeniach depresyjnych

Wśród osób w wieku podeszłym z zaburzeniami nastroju (epizod depresyjny) zaburzenia snu występują u 50%. Sen w tej kategorii zaburzeń posiada dość charakterystyczne cechy: przedłużenie okresu latencji, skrócenie latencji fazy REM, przedłużenie wstępnej fazy REM snu, częste wybudzanie się w ciągu nocy, wczesne budzenie się. Na obraz zaburzeń snu rzutować będzie przede wszystkim rodzaj zaburzeń depresyjnych. Im w większym stopniu będą wywołane przez czynniki endogenne, tym zaburzenia snu będą głębsze i bardziej uporczywe, a do charakterystycznych objawów będzie wówczas należało zbyt wczesne budzenie się. Przy reaktywnych zaburzeniach należy oczekiwać, że dominować będą trudności z zasypianiem.

■ Zaburzenia snu w otępieniach

Jednym z bardzo częstych problemów w zaburzeniach otępiennych są zaburzenia snu. Procesy zwyrodnieniowe mózgowia prowadzą do zmian snu sprowadzających się głównie do: wydłużenia fazy 1 przy jednoczesnym skróceniu fazy 3 i 4 oraz fazy REM. Sen staje się przerywany, pojawiają się epizody nocnego wędrowania. Zaburzenia te nie pozostają bez wpływu na funkcjonowanie w ciągu dnia, podczas którego dominuje senność, a aktywność jest często przerywana drzemkami. Można w tym miejscu jeszcze zwrócić uwagę, że skrócenie snu, a zwłaszcza redukcja fazy REM prowadzi do pogłębienia zaburzeń poznawczych. Może mieć również związek z pojawieniem się objawów psychotycznych. Związek zaburzeń snu z funkcjami poznawczymi, aczkolwiek nie do końca wyjaśniony w odniesieniu do swoich mechanizmów, uznawany jest za fakt kliniczny.

Postępujące zaburzenia snu w chorobie Alzheimera są wyraźnie związane z ogólnym pogarszaniem się stanu psychicznego. Za podłoże odpowiedzialne zarówno za zaburzenia snu, jak i postępującą detriorację poznawczą przyjmuje się deficyt układu cholinergicznego [1]. Zmniejszenie ilości snu ma związek z pogłębieniem deficytu poznawczego [2]. Prawdopodobnie w różnych postaciach zaburzeń otępiennych istota zaburzeń snu jest odmienna. Przykładowo dla otępienia czołowo-skroniowego cha-

rakterystyczne będzie wyraźna redukcja fazy REM snu. Napady narkolepsji notowano w następstwie urazów mózgu, guzów mózgu, szczególnie umiejscowionych w okolicy komory trzeciej oraz w przebiegu stwardnienia rozsianego [1]. Zmniejszenie ilości snu wywiera rozliczne efekty kliniczne, szczególnie zaś dotyczące sfery funkcjonowania poznawczego. Zwłaszcza niektóre z obszarów neuropoznawczych są szczególnie wrażliwe na zaburzenia snu. Należą do nich: uwaga czynna oraz pamięć operacyjna. Przypuszczalnie w miarę osiągania większej złożoności danej funkcji jej podatność na zaburzenia snu wzrasta. Jest rzeczą interesującą, że obszary korowe przedczołowe w różnym stopniu podatne są na zaburzenia snu u różnych osób. Przy czym wpływ na funkcje poznawcze ma zarówno skrócenie całkowitej długości snu, jak również jego fragmentacja [3].

Pozbawienie snu prowadzi do osłabienia odpowiedzi korowej na dochodzące bodźce i w efekcie upośledzeniu uwagi. Przy czym kluczową rolę przypisuje się hamowaniu ośrodków cholinergicznym mózgu [4]. Trzeba zdawać sobie sprawę, że w przebiegu zaburzeń otępiennych, szczególnie choroby Alzheimera dochodzi do zwiększonej degeneracji ośrodków cholinergicznym. Prowadzić to może do nasilenia efektu deprywacji snu na funkcje poznawcze. Dodatkowo za zaangażowaniem układu cholinergicznego w mechanizm zaburzeń poznawczych powodowany deprywacją snu może przemawiać wpływ leków wzmagających aktywność tego układu. Stosowanie inhibitora acetylocholinesterazy u osób doświadczalnie pozbawianych snu wyraźnie redukowało deficyt poznawczy [5].

Istnieje wiele podziałów zaburzeń snu, znaczna ich część wydaje się odległa od przydatności klinicznej. Spośród obecnie obowiązujących systemów klasyfikacyjnych, ICD-10 traktuje zaburzenia snu, takie przynajmniej można odnieść wrażenie, w sposób dość marginalny i mało konsekwentny. Zaburzenia snu wg ICD-10 są częścią szerszej kategorii zaburzeń, tj. zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi [6]. Już samo zakwalifikowanie tego rodzaju zaburzeń może budzić wątpliwości. Poszczególne rodzaje zaburzeń snu dzielą się na: bezsenność nieorganiczna, nieorganiczna hipersomnia, nieorganiczne zaburzenia snu i czuwania, somnambulizm, lęki nocne, koszmary senne oraz inne i nieokreślone nieorganiczne zaburzenia snu.

Wydaje się, że zaburzenia snu zostały bardziej przejrzysto uporządkowane w najnowszej klasyfika-

cji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV –TR, które w ramach jednej, samodzielnej kategorii ustosunkowują się do różnych ich postaci [7]. W ramach kategorii diagnostycznej „zaburzenia snu” wyróżnia się pierwotne zaburzenia snu oraz zaburzenia snu związane z innymi zaburzeniami psychicznymi i inne zaburzenia snu. Przy czym za pierwotne zaburzenia rozumie się takie, które nie wynikają z innej choroby psychicznej, stanu somatycznego lub przyjmowania różnego rodzaju substancji psychoaktywnych. Pierwotne zaburzenia snu dzielą się na dyssomnie i parasomnie. W skład dyssomni wchodzi: pierwotna bezsenność, pierwotna senność nadmierna, narkolepsja, zaburzenia snu związane z oddychaniem, zaburzenia okołodobowe rytmu snu oraz inne dyssomnie, w skład których zaliczono również zespół niespokojnych nóg (nieodparte pragnienie poruszanie kończynami, zwykle wkrótce po położeniu się do łóżka). Warto zwrócić uwagę, że o bezsenności można mówić dopiero wówczas, kiedy zaburzenie występuje z wyraźną konsekwencją i w sposób istotny wpływa na funkcjonowanie społeczne lub powoduje istotne poczucie dyskomfortu. Za okres konieczny dla rozpoznania bezsenności przyjmuje się występowanie zaburzenia przez okres przynajmniej miesiąca. Narkolepsja charakteryzowana jest jako niepowstrzymane napady snu występujące codziennie przez okres trzech miesięcy. Zaburzenia snu związane z oddychaniem rozumiane jest jako sen przerywany z powodu zaburzeń oddychania. Przy czym zaburzenia oddychania mogą mieć charakter ośrodkowego lub zaporowego bezdechu oraz ośrodkowej niedostateczności wentylacji płuc. O zaburzeniach okołodobowych rytmu snu można mówić wówczas, kiedy dochodzi do nadmiernej senności lub bezsenności spowodowanej niezgodnością pomiędzy wzorcem snu u danej osoby a wzorcem wymaganym przez środowisko. Wyróżnia się tutaj postać z opóźnieniem fazy snu, postać związaną ze zmianą strefy czasu oraz związaną z pracą zmianową.

Kolejną kategorią pierwotnych zaburzeń snu są parasomnie. W ich skład wchodzi koszmary senne, lęki nocne, sennowództwo i inne (nieokreślone) postaci parasomni. Koszmary senne mogą być rozpoznawane wówczas, kiedy sen jest przerywany z powodu treści sennych o przykrym lub przerażającym charakterze. Przy czym po przebudzeniu możliwe jest szczegółowe odtworzenie treści marzenia sennego. Odróżnia to koszmary senne od lęków nocnych, gdzie również dochodzi do przebudzeń, często gwałtownych, ale

marzenia sennie nie są odtwarzane. Przebudzeniem na skutek lęków nocnych towarzyszy intensywny strach wraz z komponentą wegetatywną lęku (tachykardia, szybki oddech, nasiloną potliwość). O ile koszmary sennie zazwyczaj stają się przyczyną wybudzeń podczas drugiej połowy snu, to lęki występują w trakcie pierwszej z części snu. Sennowłóctwo polega na wędrowaniu, najczęściej w pobliżu łóżka podczas snu. Po przebudzeniu epizody te pokryte są niepamięcią. Nierzadko spotykane gwałtowne ruchy wykonywane podczas snu w fazie REM, zwykle związane z odtwarzaniem marzeń sennych zaliczane są do parasomni inaczej niesklasyfikowanych.

Zaburzenia snu związane z innym zaburzeniem psychicznym dzieli się na bezsenność oraz nadmierną sennność. W tym wypadku zaburzenia snu wprawdzie towarzyszą innym chorobom, ale ich nasilenie jest na tyle duże, że wymaga często osobnego postępowania terapeutycznego. Przykładowo, nie należy rozpoznawać zaburzeń opisanych w tej kategorii w depresji, gdzie problemy ze snem stanowią typowy element obrazu klinicznego. Jednak, jeżeli w przebiegu tejże depresji zaburzenia snu staną się dominującym objawem, wymagającym często osobnego postępowania, wówczas uprawnione jest ich osobne zaznaczenie diagnostyczne.

Dla sytuacji, kiedy zaburzenia snu wynikają ze schorzeń somatycznych zarezerwowano kategorię „inne zaburzenia snu”. Podobnie jak i dla poprzedniej kategorii warunkiem kwalifikacji do tej kategorii jest znaczne nasilenie zaburzeń snu, wykraczające poza typowe dla danego stanu natężenie. Uwzględniono jako przyczyny zaburzeń snu zarówno schorzenia somatyczne, jak również intoksykacje lub odstawienie substancji psychoaktywnej.

Zaburzenia snu w większości przypadków są objawem innego schorzenia lub też uwarunkowane są okolicznościami psychologiczno-społecznymi. Takie rozumienie natury zaburzeń snu pociąga ważne konsekwencje terapeutyczne. Przede wszystkim stosowanie leków nasennych powinno być ograniczone do minimum. W terapii zaburzeń snu najważniejsze miejsce przypada oddziaływaniom przyczynowym. Metody leczenia przyczynowego uzależnione będą od natury podłoża powodujące bezsenność. Znaczną część z tych przyczyn można skutecznie eliminować, co spowoduje jednocześnie poprawę snu. Zbyt często w poradnictwie lekarskim lekceważy się potrzebę przypominania o podstawowych zasadach prawidłowej higieny snu.

A do podstawowych zasad, których przestrzeganie poprawia sen nocny należą:

- Unikanie wszelkich substancji psychoaktywnych zakłócających sen, szczególnie w godzinach poprzedzających. Jednak, o czym już pisano, szczególnie w wieku podeszłym, bardzo znacznie wydłuża się aktywność wielu z nich, co powoduje, że z części używek należy zrezygnować.
- Nie należy lekceważyć negatywnego wpływu szeregu leków i w miarę możliwości niektóre z nich odstawić, zmienić na inny środek lub zrezygnować z przyjmowania w godzinach popołudniowych i wieczornych.
- Pozostawanie w łóżku poza godzinami snu ma negatywny wpływ, nawet wówczas, kiedy nie towarzyszy temu drzemka.
- Drzemki w porze dziennej zaburzają sen nocny, jednak, o czym wspomniano, czasami jest to metoda niwelowania negatywnego wpływu zaburzeń snu na aktywność dzienną.
- Nie należy podejmować w godzinach poprzedzających planowany sen działań wiążących się z napięciem emocjonalnym. Do tego zalecenia odnosi się również zbyt ekscytująca literatura lub program telewizyjny, ale również intensywna praca umysłowa.
- W pomieszczeniu przeznaczonych do spania powinny panować warunki optymalne (ograniczenie hałasu i oświetlenia), umiarkowana temperatura.
- Stałe godziny spoczynku nocnego na pewno ułatwiają zasypianie, sprzyjają również ciągłości snu.
- Unikanie obfitych posiłków w okresie poprzedzającym spoczynek z jednej strony, z drugiej zaś nieobfite posiłki, ale zawierające duże ilości węglowodanów.

Powyższa lista nie wyczerpuje wszystkich możliwych zaleceń mających na celu poprawę snu nocnego. Jednak już realizacja tych kilku przytoczonych w zadziwiająco dużej liczbie przypadków na tyle może poprawić sen, że interwencja farmakologiczna stanie się niepotrzebna.

Zaburzenia snu należy traktować jako objaw wielu stanów chorobowych, w tym na przykład zaburzeń depresyjnych. Oczywiście jest wówczas podjęcie leczenia farmakologicznego przyczynowego. Jednocześnie należy mieć na uwadze i tę możliwość, że niektóre z leków p. depresyjnych mogą dodatkowo pogłębiać zaburzenia snu.

Po leki nasenne można sięgnąć dopiero wówczas, kiedy pomimo prowadzenia leczenia przyczynowego nadal bezsenność utrzymuje się i w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie pacjenta. Leczenie środkami nasennymi nie powinno przeciągać się powyżej kilku tygodni. Wynika to z jednej strony z niebezpieczeństwa wywołania uzależnienia, bowiem znaczna część leków nasennych ma taki właśnie niebezpieczny potencjał, z drugiej zaś z tego, że skuteczność długotrwałego przyjmowania środków nasennych jest wątpliwa. O ile, bowiem wykazano skuteczność niektórych środków w ciągu pierwszych tygodni stosowania, to już długotrwałe stosowanie zwykle nie znajduje uzasadnienia w wynikach badań klinicznych. W chwili obecnej w zasadzie nie ma wyraźnych zaleceń do długotrwałej terapii środkami nasennymi.

- Do leków stosowanych w zaburzeniach snu należą między innymi:

- ▶ Benzodiazepiny

To jedna z podstawowych grup leków stosowanych w zaburzeniach snu. Należy zdawać sobie sprawę, że w skład tej grupy wchodzi wiele związków o dość odmiennym profilu klinicznym i nie wszystkie one są przydatne w leczeniu bezsenności. Z kolei wśród tych zalecanych do stosowania w redukcji zaburzeń snu występują znaczne różnice w odniesieniu do okresu działania, możliwości akumulacji oraz występowania aktywnych metabolitów. W okresie starości stosowanie tej grupy leków napotyka na dość istotne ograniczenia. Jeżeli już rozpoczyna się leczenie benzodiazepinami to należy zwrócić szczególną uwagę na możliwość akumulacji leku, przedłużenie jego działania na porę dzienną, oraz powstawanie aktywnych metabolitów, co - oprócz bezpośredniego ich działania - znakomicie zwiększa trudne do oceny ryzyko zarówno działań niepożądanych, jak i interakcji.

Przedłużanie kuracji w każdym przypadku zwiększa ryzyko uzależnienia, które jeżeli się wytworzy, ma najczęściej zdecydowanie negatywny wpływ na dalsze funkcjonowanie człowieka starego. Benzodiazepiny niekorzystnie wpływają na funkcje poznawcze. Mogą również przyczyniać się - lub nawet wywoływać - zaburzenia świadomości. Z innych objawów niepożądanych właściwych dla całej grupy można wymienić: zawroty głowy, oszołomienie, senność w porze dziennej. Objawy powyższe w połączeniu z upośledzonymi już funkcjami poznawczymi mogą prowadzić do szeregu niebezpiecznych następstw: upadków, wypadków komunikacyjnych, zagubienia się. Prowadząc leczenie

benzodiazepinami u osób starszych trzeba być tego świadomym.

- ▶ Niebenzodiazepinowi agonści receptora GABA

Do grupy tej można zaliczyć nowsze środki nasenne, które wprawdzie również są agonistami receptora benzodiazepinowego, ale mają inną budowę niż benzodiazepiny. W skład tej grupy wchodzi najlepiej znane: zopiklon, zolpiden i zalepton. Pomimo lepszego w sumie profilu bezpieczeństwa, u osób starszych należy - podobnie jak w przypadku benzodiazepin - zredukować o połowę dawkę dla zopiklonu i zolpidenu, jedynie zalepton może być stosowany w tej samej dawce u osób młodszych i starszych. Ich działanie jest szybkie, szczególnie zalepton (maksymalne stężenie po godzinie, okres połowicznego rozpadu 1 godzina). Zwykle nie powinny powodować zwiększonej senności i innych objawów w następnym dniu po przyjęciu dawki. Leki te mają mniejszy potencjał uzależniający, jednak nie jest prawdą, że nie powodują uzależnienia, które może pojawić się zwłaszcza przy leczeniu zolpidemem. Inna sprawa, że przedłużanie leczenia powyżej kilku tygodni nie ma uzasadnienia w badaniach klinicznych, które dowiodły ich skuteczności tylko w pierwszym okresie stosowania.

- ▶ Leki p. psychotyczne i p. depresyjne

Szczególnie środki o wyraźnym potencjale cholinolitycznym i antyhistaminowym mają działanie nasenne. Wykorzystuje się to powszechnie w psychofarmakoterapii młodszych grup wiekowych. U osób starszych środki te będą miały ograniczone zastosowanie, głównie z uwagi na działanie cholinolityczne, a więc powodowania, obok innych objawów, również upośledzenia funkcji poznawczych, łącznie z możliwością wywołaniem zespołu majaczeniowego. Jeżeli mowa o środkach p. depresyjnych w leczeniu zaburzeń snu, u osób w wieku podeszłym raczej należy myśleć o lekach nowszych generacji. Uwagę zwraca przykładowo mitrtazapina, która normalizuje zapis snu, skraca jego latencję, a jej efekt nasenny jest szczególnie widoczny u osób z zaburzeniami depresyjnymi.

- ▶ Inne leki

Wspomnieć można melatoninę, tryptofan i trazodon. Jednak nie ma przekonujących danych świadczących o ich skuteczności w populacji osób w wieku podeszłym [8].

- ▶ Preparaty ziołowe

Pomimo bardzo bogatej podaży tzw. produktów ziołowych, nie udowodniono jednoznacznie skutecz-

ności terapeutycznej jakiegokolwiek z nich. Faktem jednak jest, że bardzo często ich stosowanie, w opinii pacjentów związane jest z korzystnym efektem nasennym. Prawdopodobnie chodzi tutaj o typowe oddziaływanie sugestywne (efekt placebo). Nie ma w tym nic złego, przeciwnie, należy wzmacniać takie przeświadczenie u pacjenta. Są jednak też wyjątki. Trzeba zawsze ocenić skład preparatów przyjmowanych przez pacjenta, pod kątem związków niewskazanych. Często chodzi przy tym nie tyle o sam ekstrakt ziołowy, ale bardziej o podłoże, na którym preparat został wytworzony. Może się zdarzyć, że zawierają one substancje poprawiające wprawdzie w krótkim okresie sen, ale przy dłuższym stosowaniu mogące powodować efekty przeciwne do zamierzonych. Szczególnie nie są warte polecenia preparaty zawierające nawet niewielkie ilości alkoholu. Alkohol wywiera pozornie korzystny wpływ na sen w początkowym okresie. Mowa o efekcie pozornym, gdyż w rzeczywistości powoduje on zniszczenie całej morfologii snu, z redukcją faz REM włącznie. Sen wywołany alkoholem nie przynosi wypoczynku, a co gorsza może zostać gwałtownie przerwany w chwili, kiedy poziom alkoholu zacznie spadać. Faktem jest natomiast i to, że wcale nie mała grupa osób przyjmuje

alkohol celem poprawy snu. Długoterminowe konsekwencje takiego działania będą zdecydowanie negatywne. Nie należy przy tym sugerować się niewielką ilością alkoholu, która na przykład w preparatach pozarecepturowych wydaje się być minimalna. Efekt nawet tej niewielkiej ilości alkoholu u osoby starszej może być jak najbardziej uchwytyny.

Oprócz niebezpieczeństwa uzależnienia, które dotyczy znacznej części środków nasennych, trzeba również pamiętać o innych potencjalnych działaniach niepożądanych i możliwych interakcjach z innymi lekami. Nabiera to szczególnego znaczenia u osób dodatkowo obciążonych i leczonych z powodu innych chorób, co przy zaburzeniach snu jest bardzo częste, jeżeli by nie powiedzieć - typowe.

Adres do korespondencji:

Leszek Bidzan

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń

Psychotycznych i Wieku Podeszłego AMG

ul. Srebrniki 1, 80-282 Gdańsk

Tel.: (+48 58) 344 60 85

E-mail: leszekbidzan@gumed.edu.pl

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics: *Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. Washington, DC, 1994.
2. Autret A, Lucas B, Mondon K, Hommet C, Corcia P, Saudeau D, de Toffol B. Sleep and brain lesions: a critical review of the literature and additional new cases. *Neurophysiol Clin.* 2001;31:356-75.
3. Boonstra TW, Stins JF, Daffertshofer A, Beek PJ. Effects of sleep deprivation on neural functioning: an integrative review. *Cell Mol Life Sci* 2007;64:934-46.
4. Chuah LY, Chee MW. Cholinergic augmentation modulates visual task performance in sleep-deprived young adults. *J Neurosci* 2008;28:11369-77.
5. Dauvilliers Y. Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. *Sleep Med* 2007;8(Suppl 4): S27-34.
6. Durmer JS, Dinges DF. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Semin Neurol* 2005;25:117-29.
7. Rauchs G, Schabus M, Parapatics S, Bertran F, Clochon P, Hot P, et al. Is there a link between sleep changes and memory in Alzheimer's disease? *Neuroreport* 2008;19:1159-62.
8. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. WHO Geneva, 1992.