

Poruchy spánku u afektivních poruch

doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN Olomouc

Poruchy spánku jako symptom mohou doprovázet celou řadu různých stavů, ať už se jedná o duševní nebo tělesné. Neznamenají vždy nemoc a v určité životní fázi se s ní potýkal snad každý člověk. Narušení spánku a to jak ve smyslu zkrácení, prodloužení nebo změny kvality je častým příznakem poruch nálady. Vzájemné souvislosti nahrává i fakt, že chronobiologická léčba vede ke změnám nálady. Nespavost je také považována za významný rizikový faktor rozvoje nebo recurence deprese, stejně tak je zkoumána jako prediktor odpovědi na léčbu. Následující článek přináší krátký přehled o problematice poruch spánku u vybraných afektivních poruch.

Klíčová slova: afektivní poruchy, insomnie, hypersomnie, terapie, rizikový faktor, relaps.

Sleep disorders in affective disorders

Sleep disorders as a symptom can accompany a variety of conditions, whether mental or physical. They do not always mean illness and at a certain stage of life almost every person has struggled with it. Sleep disturbances, both in terms of shortening, prolonging or changing quality, are a common symptom of mood disorders. The fact that chronobiological treatment leads to mood swings also adds to the interrelationship. Insomnia is also considered a significant risk factor for the development or recurrence of depression, as well as being examined as a predictor of response to treatment. The following article provides a brief overview of the issue of sleep disorders in selected affective disorders.

Key words: affective disorders, insomnia, hypersomnia, therapy, risk factor, relapse.

Úvod

Stížnosti na poruchy spánku jsou velmi častým důvodem návštěvy ambulance lékaře, a to jak praktického lékaře, tak psychiatra. Potíže se spánkem si lidé snadno uvědomí a zároveň je velmi často zaznamená i jejich okolí. Jiné příznaky deprese např. hypobulie může být pacientem a jeho blízkými svalována např. na lenost nebo neochotu, to že je pacient brzo vzhůru a není schopen spát bývá pro lidi „objektivní skutečnost“, kterou si snadněji uvědomí a hledají pomoc.

Potíže se spánkem patří mezi jednu z nejčastějších psychologických potíží. Je diagnostikována zejména v zemích západního světa. V Evropě (data získána z Francie, Německa, Spojeného království a Itálie) se prevalence insomnie pohybuje

okolo 25 %. Ve spojených státech je udávána ještě o 10 % vyšší, tedy 35 % (1).

Poruchy spánku jsou také dlouhodobě zkoumány jako možný biomarker daného onemocnění, případně úspěšnosti terapie. Z neurobiologického hlediska je věnována pozornost změnám v EEG signálu v rámci polysomnografického vyšetření, řada studií se také zabývá roli tzv. clock genů.

Řízení spánku je komplexní proces, který je řízen na mnoha úrovních organismu – od nitrobuňkové, přes neuronální síť až po centrální nervový systém jako takový. Mluvíme o dvou základních dějích – proces S a proces C. Proces S (sleep-dependent) je spojen s tzv. homeostatickým tlakem, který se stupňuje v průběhu bdění. Proces C (cirkadiální) je řízen vnitřním oscilátorem, biologickými hodinami. Tyto se

nacházejí v párovém orgánu středního hypothalamu, v suprachiasmatických jádrech. Jádra vykazují cirkadiální rytmy ve své aktivitě, dochází k pravidelné expresi hodinových a raných genů. Cirkadiální rytmy člověka je možné seřizovat pomocí světelných či jiných podnětů (např. melatoninem) (2).

Pokud mluvíme po poruchách spánku u afektivních poruch, pak asi nejčastěji napadne jeho zkrácení. Nemusí ve však jednat o jediný problém, část pacientů trpí problémy s usnutím, část se často budí, někteří mají převrácený denní rytmus a někteří trpí naopak nadměrnou spavostí.

Deprese

To, že pacienti trpící depresí mají také potíže se spánkem, je dlouhodobě uznávaný fakt, který

byl popsán již v Burtonově Anatomii melancholie. Vzájemný vztah mezi depresí a poruchou spánku je komplexní a vzájemný. Obecně lze říci, že pacienti s depresí mají potíže s navozením spánku, jeho kvalitou a/nebo jeho udržením. Sníženou kvalitu spánku udává přibližně 90 % pacientů trpících depresí, přičemž 40 % udává potíže s navozením spánku, častou frekvenci buzení nebo časně buzení, u části pacientů se vyskytují všechny tři problémy současně (3).

Se zavedením EEG vznikly práce, které se pokoušely identifikovat charakteristické změny EEG signálu u pacientů s depresí. V sedmdesátých letech minulého století Kupfer považoval zkrácení REM latence za psychobiologický marker deprese. Podle jeho názoru se jednalo fenomén nezávislý na věku, terapii a dalších parametrech spánku. Navrhoval ho užívat v rámci diferenciální diagnostiky deprese, měl umožnit rozlišovat mezi primární a sekundární depresí (4). Na tomto poli byla následně provedena řada dalších studií, a Kupferovy závěry byly zpochybněny (5). Změny REM latence byly nalezeny u i dalších chorob (6). V současné chvíli je za nejvýhodnější biomarker považováno zvýšení denzity REM a menší trvání pomalovlnného spánku (SWS) (7). Zajímavým nálezem je také to, že změny REM spánku přetrvávají i mezi jednotlivými epizodami a lze je považovat za rizikový faktor relapsu (8). Zjištění, že selektivní deprivace REM spánku má antidepressivní efekt ještě více posílilo teorii souvislosti mezi spánkem a patofyziologií deprese (9).

Za zvýšeným rizikem rozvoje deprese (nebo mánie) u disponovaných pacientů může stát změna spánkového rytmu, která může být způsobena narušením tzv. sociálních zeitgeberů (10). Mezi tyto „udavače času“ patří např. jezení, čas trávený v posteli nebo společenské aktivity. Narušení těchto zeitgeberů vede k poruchám cirkadiálních rytmů a tím k rozvoji depresivní nebo manické epizody. Skutečností je, že pacienti trpící afektivními poruchami nezářídka žijí v nepravidelném, neuspořádaném prostředí bez zevních stimulů a denního režimu. Ostatně existují i práce, které považují směnnou práci v noci za významný rizikový faktor rozvoje deprese

(11) a obecně není směnná práce pacientům s depresí doporučována.

Na spánek je možno pohlížet nejen jako na rizikový faktor rozvoje deprese jako takové (12), ale u pacientů s rekurentní depresí je narušení spánku spojeno se zvýšeným rizikem relapsu (13) a i po odeznění další depresivní symptomatiky v průběhu prvního roku referuje potíže se spánkem až 47 % pacientů (12).

Insomnie je také považována za důležitý faktor response na léčbu. Subjektivně nízká kvalita spánku před začátkem léčby je spojená s horší terapeutickou odpovědí, a to jak při léčbě psychofarmaky, tak psychotherapeutickou léčbou. Depresivní pacienti trpící insomnií mají také vyšší zastoupení úzkostných příznaků a častěji páchají sebevraždy (13).

Kromě nedostatečného spánku může pacient v průběhu depresivní epizody trpět i hypersomnií. Častější je u žen a u pacientů s atypickou depresí, u nich se může hypersomnie objevovat až u 56 % pacientů. Výsledky jednotlivých studií se však významně liší. Jedním z důvodů jsou odlišná kritéria hypersomnie. Etiopatogeneze hypersomnie u depresivní epizody je nejasná. Předpokládá se souvislost s narušením spánkové homeostázy (14).

Bipolární afektivní porucha

U pacientů s bipolární afektivní poruchou (BAP) jsou problémy se spánkem velmi častým problémem, dle různých studií se vyskytuje u 10% až 80 % pacientů (15). Nejčastěji se setkáváme s insomnií nebo sníženou potřebou spánku, ovšem část pacientů trpí hypersomnií, jejíž prevalence se pohybuje mezi 17% až 78 % (15). Velký rozdíl nálezů jednotlivých studií lze vysvětlit jejich odlišnou metodikou.

Podobně jako v případě deprese hraje u bipolárních pacientů nespavost řadu různých rolí. Narušení spánku pocítují nejen pacienti v průběhu jednotlivých epizod, ale vyskytuje se i v euthymní fázi. Rozvoj jednotlivých epizod nebývá náhlý, ale dochází k pozvolnému kupení jednotlivých varovných příznaků. Pacienti jsou nabádáni k tomu, aby příznaky monitorovali a včas na ně reagovali. Mezi rizikové faktory rela-

psu patří řada biologických a sociálních faktorů, např. narušení denních rytmů, zánětlivá reakce organismu, užívání alkoholu, ale i nespavost (16). Přičemž narušení spánku je považováno za prediktor rozvoje jak manické, ale i depresivní epizody. Často se také jedná o poslední příznak, který po odeznění akutní fáze přetrvává (17).

Zejména u pacientů v manické fázi onemocnění je ovlivnění spánku klíčový prvek úspěšné terapie. Její neúspěšná léčba je spojená s delším trváním jednotlivých epizod (15). Podobně jako u pacientů s depresí je i u bipolárních pacientů trpících nespavostí vyšší riziko suicidálního jednání (18), dlouhodobě zkoumaným důsledkem nespavosti u pacientů s BAP je také zhoršení kognitivní výkonnosti pacientů (19).

Jak již bylo uvedeno výše, podstatná část pacientů se potýká spíše s nadměrou spánku. Hypersomnie se častěji vyskytuje u pacientů s bipolární depresí (ve srovnání s unipolární), u obézních pacientů, u pacientů s anamnézou sebevražedného pokusu a pacientů s dřívějším nástupem první depresivní epizody. Je také spojena s horší odpovědí na léčbu antidepressivy (20).

Závěr

Ač se může zdát, že poruchy spánku jsou okrajovým tématem, stále další a další studie upozorňují na jejich klíčový význam a to jak v rozvoji, tak v léčbě afektivních poruch. Kvalita spánku a jeho optimální množství je pro řadu pacientů klíčovou otázkou léčby a nezářídka bývá první stížností, která pacienta přivádí do ambulance lékaře. Studii naznačují, že stejně důležitou by tato problematika měla být i pro lékaře, protože zlepšení kvality spánku a dlouhodobé udržení tohoto zlepšení hraje zásadní roli v léčbě a prevenci relapsu afektivních poruch. V léčbě poruch spánku u afektivních poruch existuje řada jak farmakologických, tak non-farmakologických terapeutických přístupů. Obecně lze říci, že každý pacient by měl být poučen o principech spánkové hygieny. Samotná úprava patologických návyků často znamená úlevu od potíží. Pokud je třeba sáhnout k psychofarmakologické léčbě, je možné volit látku ze skupiny anxiolytik, hypnotik, antidepressiv, případně antipsychotik.

LITERATURA

1. Grewal RG, Doghramji K. Epidemiology of insomnia. In: Clinical handbook of insomnia: Springer, Cham.; 2017. 13-25.
2. Illnerová H, Sumová A. Vnitřní časový systém. Interní Med. pro praxi. 2018;10(7):350-352.

3. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. Dialogues in clinical neuroscience; 2022.
4. Kupfer DJ. REM latency: a psychobiological marker for primary

- depressive disease. Biological psychiatry; 1976;11(2):159-174.
5. Thase ME, Kupfer DJ, Spiker DG. Electroencephalographic sleep in secondary depression: a revisit. Biological psychiatry; 1984.

6. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, et al. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological bulletin*. 2016;142(9):969.
7. Pillai V, Kalmbach DA, Ciesla JA. A meta-analysis of electroencephalographic sleep in depression: evidence for genetic biomarkers. *Biological psychiatry*. 2011;70(10): 912-919.
8. Mendlewicz J. Sleep disturbances: core symptoms of major depressive disorder rather than associated or comorbid disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2009;10(4):269-275.
9. Berger M, Reimann D. REM sleep in depression—an overview. *Journal of sleep research*. 1993;2(4):211-223.
10. Salvatore P, Indic P, Murray G, et al. Biological rhythms and mood disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2012;14(4):369.
11. Lee A, Myung SK, Cho JJ, et al. Night shift work and risk of depression: meta-analysis of observational studies. *Journal of Korean Medical Science*. 2017;32(7): 1091-1096.
12. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *The American journal of psychiatry*; 1995.
13. Sakurai H, Suzuki T, Yoshimura K, et al. Predicting relapse with individual residual symptoms in major depressive disorder: a reanalysis of the STAR*D data. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017;234:2453-2461.
14. Dauvilliers Y, Lopez R, Ohayon M, et al. Hypersomnia and depressive symptoms: methodological and clinical aspects. *BMC medicine*. 2013;11(1):1-9.
15. Steinan MK, Scott J, Lagerberg TV, et al. Sleep problems in bipolar disorders: more than just insomnia. *Acta Psychiatrica Scand*. 2016;133:368-377.
16. Rajkumar RP. Bipolar disorder, COVID-19, and the risk of relapse. *Bipolar Disorders*; 2020.
17. Wichniak A, Wierzbicka A, Jernajczyk W. Sleep and antidepressant treatment. *Current Pharmaceutical Design*. 2012;18(36):5802-5817.
18. Palagini L, Cipollone G, Masci I, et al. Insomnia symptoms predict emotional dysregulation, impulsivity and suicidality in depressive bipolar II patients with mixed features. *Comprehensive psychiatry*. 2019;89:46-51.
19. Kanady JC, Soehner AM, Klein AB, et al. The association between insomnia-related sleep disruptions and cognitive dysfunction during the inter-episode phase of bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*. 2017;88:80-88.
20. Murru A, Guiso G, Barbuti M, et al. The implications of hypersomnia in the context of major depression: results from a large, international, observational study. *European Neuropsychopharmacology*. 2019;29(4):471-481.