

PSYCHIATRIA

Zaburzenia snu u osób zdrowych, czyli co zrobić, żeby się wyspać

Sen jest najważniejszym czasem dla regeneracji mózgu. Należy dbać o jego prawidłową architekturę. Niedobór snu przyczynia się do wielu chorób metabolicznych, zwiększa ryzyko wystąpienia niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu czy otyłości. Niedobory snu wpływają negatywnie na wydolność fizyczną i psychiczną, są istotną przyczyną wypadków komunikacyjnych.

Jak mówi dr n. med. Piotr Wierzbński, specjalista psychiatrii, sen jest uwarunkowany genetycznie, podobnie jak sama pora snu. Dlatego niektóre osoby są sówami – kładą się spać późno i wstają późno, a inne skowronkami – zasypiają wcześniej i zrywają się skoro świt. Podobnie jest z liczbą cykli snu, której dana osoba potrzebuje, by się wyspać. Nie można się nauczyć spać krócej.

Według klasyfikacji stadiów snu Amerykańskiej Akademii Medycyny Snu sen NREM dzieli się na trzy stadia oznaczane jako N1, N2 i N3, gdzie N1 to sen naj płytszy, a N3 – najgłębszy. Sen REM nie dzieli się na stadia i jest oznaczany jako stadium R.

Sen w pierwszej połowie nocy cechuje się dużą ilością snu głębokiego – stadium N3. Po trzech cyklach u osób, które nie cierpią na niedobór snu, sen głęboki najczęściej już nie występuje, zwiększa się za to ilość snu REM i stadium N2.

Co wpływa na rytm snu i czuwania

Osoba zdrowa, która deprywuje sobie sen, czyli śpi przez mniejszą ilość czasu, niż jest zalecane dla jej grupy wiekowej, będzie w pewnym momencie pracowała na bezsenność.

– Wiek najsilniej wpływa na rytm snu i czuwania. W wieku podeszłym sen się bardzo „psuje”, ludzie zasypiają wcześniej, wcześniej się budzą, wzrasta zapotrzebowanie na drzemki w czasie dnia. U mężczyzn spadek ilości snu głębokiego jest obserwowany już po 20. roku życia. Kobiety są chronione przez naturalny cykl miesięczny do okresu okołomenopauzalnego, jednak mniej więcej po 40. roku życia skokowo pogarsza się jakość ich snu – mówi dr Piotr Wierzbński.

Współczesny styl życia sprzyja deprywacji snu. Tymczasem spanie poniżej 5 godzin na dobę oznacza siedmiokrotny wzrost ryzyka depresji. Przy zbyt długim śnie wzrasta ryzyko epizodów krążeniowych, ale tak samo jest, gdy śpimy za krótko.

– Według dwuczynnikowego modelu regulacji snu, który opisał Alexander Borbely, jest on kształtowany przez dwa główne procesy: homeostatyczne zapotrzebowanie na sen (proces S) i rytm okołodobowy (proces C). Proces S odpowiada za głębokość snu. Niski poziom aktywności fizycznej w ciągu dnia u wielu osób powoduje, że homeostatyczny proces indukcji snu nie jest na tyle silny, żeby wywołać głęboki sen. Rytm okołodobowy jest drugim czynnikiem, który będzie to regulował. Światło jest najważniejszym czynnikiem kształtującym rytm okołodobowy, drugim takim czynnikiem jest temperatura. Głównym



Fot. Archiwum Temedia

”

dr Piotr Wierzbński: Jeżeli chcemy leczyć depresję poprzez normalizację rytmu snu i czuwania, należy zwrócić uwagę, jak lek wpływa na architekturę snu, bo nie wszystkie działają korzystnie

regulatorem rytmu snu i czuwania jest jądro nadskrzyżowaniowe – wyjaśnia dr Piotr Wierzbński.

Czym jest bezsenność

Ekspert zauważa, że bezsenność jest czymś subiektywnym, subiektywnie ocenianym i interpretowanym. – Mówimy o niej, gdy pacjent skarży się na jakość i ilość snu, problemy z zaśnięciem, trudności z podtrzymaniem snu lub wczesne budzenie się bez możliwości ponownego zaśnięcia, jeśli zaburzenia snu powodują stres i problemy z funkcjonowaniem – obniżoną wydolność, zmęczenie i senność w ciągu dnia. Do tego zaburzenia snu powinny się pojawiać co najmniej trzy razy w tygodniu. Jeśli trwa to wiele miesięcy, a pacjent nie ma choroby psychicznej (zaburzenia depresyjne, lękowe), istotnej współistniejącej choroby somatycznej ani innego zaburzenia snu pierwotnego, to rozpoznajemy bezsenność – tłumaczy.

Do diagnozy potrzebna jest ocena stanu psychicznego pacjenta, ocena nawyków i higieny snu. Pomocny będzie dzienniczek snu, a także takie narzędzia, jak skala depresji Becka, Ateńska Skala Lęku i Depresji, Szpitalna Skala Lęku i Depresji, skala PHQ-9. W większości przypadków nie jest potrzebne badanie polisomnograficzne.

Czym nie jest bezsenność

Bezsenność nie jest deprywacją snu.

– Człowiek jest gatunkiem, który sam sobie deprywuje sen. Niewystarczająca ilość snu, socjalne bądź środowiskowe bariery i nieprawidłowe zachowania tuż przed zaśnięciem i podczas snu nie są bezsennością. Bezsennością nie jest też to, co nazywamy bezsennością wynikającą z innych chorób, czyli zaburzenia psychiczne, depresja – najczęstszą maską depresji jest bezsenność lub zaburzenia lękowe uogólnione, w których pacjent nie może spać. Bezsenność nie jest też bezsennością przewlekłą, czyli taką, która trwa bardzo długo i wynika np. z psychofizjologicznego nadmiernego pobudzenia lub braku wystarczającego napędu snu – mówi specjalista.

Czym jest bezsenność wg DSM-5

Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 bezsenność to odczuwanie snu jako niewystarczająco długiego, złej jakości. Osoba doświadczająca bezsenności skarży się na jakość i ilość snu, problemy z zaśnięciem, podtrzymaniem snu lub budzenie się zbyt wcześnie bez możliwości ponownego zaśnięcia.

Zaburzenia snu muszą się pojawiać co najmniej trzy razy w tygodniu przez przynajmniej trzy miesiące i wywoływać u pacjenta istotny dystres oraz zaburzenia funkcjonowania w dzień. Bezsenność przygodna utrzymuje się przez kilka dni, a bezsenność krótkotrwała 3–4 tygodnie. Psychiatrów interesuje przede wszystkim bezsenność przewlekła, trwająca powyżej miesiąca, bo ona wymaga diagnostyki w kierunku zaburzeń psychicznych, pierwotnych zaburzeń snu i chorób somatycznych.

Ponad 70 proc. pacjentów z depresją skarży się na zaburzenia snu. Również osoby z dolegliwościami bólowymi cierpią na bezsenność, bo ból uszkadza architekturę snu w taki sam sposób jak depresja. Depresja i ból zwiększają latencję snu, skracają jego całkowity czas, zmniejszają wydajność snu, zwiększają liczbę wybudzeń, redukują ilość snu wolnofalowego delta, czyli tego regenerującego, wydłużają fazę N1 i N2, skracają natomiast latencję snu REM, ale liczba ruchów gałek ocznych się zwiększa, co prawdopodobnie odpowiada za koszmary nocne.

Leczenie bezsenności

W leczeniu bezsenności w pierwszej kolejności powinny być zalecane metody nefarmakologiczne – terapia poznawczo-behawioralna (najsilniej-

Czym jest sen

Sen to podstawowa biologiczna potrzeba organizmu. Wbrew obiegowym poglądom sen nie jest biernym stanem „wyłączenia mózgu”. Podczas snu aktywność układu nerwowego jest zachowana i podlega cyklicznym zmianom. Sen nie jest stanem jednorodnym – składa się z 4–6 cykli. Szczególnie znaczenie ma trzecia faza snu NREM, w której pojawiają się fale delta aktywności elektrycznej mózgu. Podczas tej fazy organizm najlepiej odpoczywa i regeneruje się. Niedobór snu delta nasila odczuwanie bólu, w depresji nasila apatię, zmęczenie, pogorszenie funkcji poznawczych. Dorosły człowiek spędza we śnie 30 proc. swojego życia.

sze dowody na skuteczność), trening relaksacyjny, terapia krótkoterminowa, terapia kontroli bodźców. Zawsze też należy stosować psychoedukację i zalecać pacjentom dbanie o właściwą higienę snu.

– Nie wiadomo, ile pacjent z tego weźmie dla siebie. Dlatego my – psychiatrzy najczęściej jesteśmy skłonni zaproponować pacjentowi lek i jednocześnie przekazać informacje o zasadach właściwej higieny snu i ich znaczeniu – komentuje specjalista.

– Jest taki przewodnik „Journal of Clinical Sleep Medicine”, taka biblia zaburzeń snu. Zaleca on w leczeniu bezsenności u osób bez istotnych zaburzeń psychicznych głównie niebenzodiazepinowe leki nasenne z grupy „Z”: eszopiklon, zolpidem, zaleplon, zopiklon. Można również zastosować melatoninę, niedostępny w Polsce ramelteon oraz leki przeciwdepresyjne: doksepinę i trazodon. Amerykańska Akademia Snu wymienia też tryptofan, walerianę, tiagabinę, temazepam czy leki z grupy DORA: daridoreksant, lemboreksant i suworeksant – przypomina dr Piotr Wierzbński.

W Polsce do leczenia bezsenności zarejestrowane są tylko benzodiazepiny i leki z grupy „Z”. Leki przeciwdepresyjne są zarejestrowane we wskazaniu depresja z towarzyszącą bezsennością.

Co determinuje wybór leku nasennego?

– Przed wszystkim bezpieczeństwo stosowania, czas działania, wcześniejsza skuteczność, działania niepożądane, nadużywanie lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych w wywiadzie – odpowiada ekspert. – Nie istnieje idealny lek nasenny. Gdyby taki był, musiałby działać szybko, być szybko



Fot. iStockphoto

”

Eszopiklon wyróżnia się pod względem efektywności i bezpieczeństwa na korzyść wśród leków z grupy „Z” oraz innych leków stosowanych w terapii bezsenności, istotnie wydłuża sen i ułatwia zasypianie.

W związku z tym przyjmuje się go tuż przed snem, w przeciwieństwie do leków przeciwdepresyjnych.

Daje naturalny profil snu i pozwala dobrze funkcjonować następnego dnia

Co się dzieje podczas snu

- zachodzi regeneracja ośrodkowego układu nerwowego na poziomie komórkowym,
- następuje wyczyszczenie organizmu z metabolitów i toksycznych związków,
- przywracana jest wrażliwość receptorów, odbywa się synteza neuroprzekazników: serotoniny, noradrenaliny, dopaminy,
- utrwalane są ślady pamięciowe, następuje „księgowanie” informacji,
- nasila się plastyczność neuronalna,
- dochodzi do zwiększonego wydzielania somatotropiny.

PSYCHIATRIA

”

dr Piotr Wierzbiński: *Eszopiklon istotnie wydłuża sen i ułatwia zasypianie.*

W związku z tym przyjmuje się go tuż przed zaśnięciem, w przeciwieństwie do leków przeciwdepresyjnych

absorbowany, pozbawiony działania depresyjnego na układ oddechowy, nie wchodzi w interakcje z alkoholem, nie wywołuje ataksji, nie uzależnia, nie prowadzi do zjawiska tolerancji, nie wywołuje koszmarów, a po jego odstawieniu nie powinno dochodzić do nawrotu bezsenności – dodaje.

Wspomniane wcześniej leki z grupy „Z”, czyli eszopiklon, zaleplon, zolpidem, zopiklon, są rekomendowane jako leki służące poprawie i utrzymaniu snu w leczeniu otwartym. Ich stosowaniu towarzyszy mniejsze ryzyko wystąpienia niektórych działań niepożądanych typowych dla benzodiazepin. Leki z grupy „Z” działają podobnie do benzodiazepin. Wpływają na kompleks receptora GABA, dzięki czemu chory będzie spowolniały, zrelaksowany, spokojny i będzie łatwiej zasypiał.

Specjalista podkreśla, że leki te różnią się istotnie między sobą. Eszopiklon, najnowszy z tej grupy, jest aktywnym enancjomerem zopiklonu. To bardzo ważne, bo jego efektywność jest nieco inna. Poza tym leki z grupy „Z” różnią się powinowactwem do formy $\alpha 1$ receptora GABA. Wpływ na podjednostkę $\alpha 1$ receptora GABA jest związany z działaniami niepożądanymi, głównie amnestycznymi. Dotyczy to najczęściej estazolamu, zaleplonu, zolpidemu i temazepamu. Działanie amnestyczne tych leków zostanie wzmocnione, jeżeli chory popije tabletkę alkoholem.

– *Eszopiklon jest lekiem najslabiej działającym na podjednostkę $\alpha 1$ receptora GABA. Zolpidem działa 10 razy silniej na $\alpha 1$ niż na $\alpha 2$ i $\alpha 3$. Podobnie zopiklon. W przypadku eszopiklonu ryzyko amnezji zależy od dawki. Standardowe dawki nie będą raczej działały amnestycznie* – wyjaśnia dr Piotr Wierzbiński.

Od zolpidemu łatwiej się uzależnić. Ma on dość krótki czas półtrwania i działa szybko, po mniej więcej 4 godzinach, dlatego zdarza się, że pacjent wybudza się w nocy i jeszcze raz bierze lek. Zopiklon działa dłużej, ale może niestety wywoływać reakcje paradoksalne. Analiza różnic w zakresie działania leków z grupy „Z” wypada wyraźnie na korzyść eszopiklonu.

Większość tych leków przeznaczonych jest do stosowania przez krótki okres, czyli w przejściowej i krótkoterminowej bezsenności, maksymalnie przez 4 tygodnie. Eszopiklon jest jedynym lekiem z tej grupy wskazanym do stosowania do 6 miesięcy. Jako jedyny został zbadany w grupie pacjentów po 65. roku życia. Wpadł dobrze – nie wywoływał takich reakcji paradoksalnych jak pozostałe leki z grupy „Z”.

W wieloosrodkowym badaniu z randomizacją, którego wyniki zostały opublikowane w „Journal of Clinical Sleep Medicine”, porównano eszopi-



Fot. iStockphoto

klon z zolpidemem pod względem działań niepożądanych. Najczęstszymi z nich były ból głowy i mdłości, z wyraźną różnicą na korzyść eszopiklonu.

A jak leki z grupy „Z” wpływają na zmianę latencji oraz wydłużenie całkowitego czasu snu?

– *Najkorzystniej wypada eszopiklon, który istotnie wydłuża sen i ułatwia zasypianie. W związku z tym przyjmuje się go tuż przed zaśnięciem, w przeciwieństwie do leków przeciwdepresyjnych* – odpowiada ekspert.

Terapia pomostowa

– *Jeżeli chcemy leczyć depresję poprzez normalizację rytmu snu i czuwania, należy zwrócić uwagę, jak lek wpływa na architekturę snu, bo nie wszystkie działają korzystnie. Sedatywne leki przeciwdepresyjne lepiej wpływają na całkowity czas snu i jego wydajność, bo zwiększają ilość snu głębokiego, czyli oddziałują bardziej regeneracyjnie. Leki aktywizujące nie będą miały takiego działania. W związku z tym dobór leku musi być adekwatny do objawów* – tłumaczy dr Piotr Wierzbiński.

W praktyce klinicznej psychiatry często korzystają z terapii pomostowej – do czasu zadziałania leków przeciwdepresyjnych zalecają leki nasenne, których efekt pojawia się szybciej, np. leki z grupy „Z”. Należy jednak pamiętać o maksymalnym czasie ich stosowania i możliwych działaniach niepożądanych.

Kto nie powinien przyjmować leków z grupy „Z”?

– *Nie dałbym ich osobom uzależnionym od alkoholu czy benzodiazepin, które mają w wywiadzie uzależnienie od substancji psychoaktywnych, a także pacjentom, których cechy osobowości wa-*

runkują, że będą chcieli się od tych leków łatwo uzależnić – mówi dr Piotr Wierzbiński.

Skuteczność i bezpieczeństwo leków nasennych

W metaanalizie i przeglądzie systematycznym zespołu pod kierunkiem Antoniego Ciprianiego uwzględniono 170 badań z udziałem aż 47 950 pacjentów przyjmujących leki na bezsenność. Wyniki pokazały, że eszopiklon i lemboreksant mają najlepszy profil. Benzodiazepiny, doksyamina, eszopiklon, lemboreksant, suworeksant i zopiklon były bardziej efektywne niż placebo we wskazaniu bezsenność. Najlepszy profil bezpieczeństwa ma lek z grupy DORA i eszopiklon.

Iwona Kazimierska

Eszopiklon w oczach ekspertów

Wnioski z badań klinicznych wskazują, że eszopiklon:

- skraca latencję snu (średnio o 24 minuty), zmniejsza liczbę przebudzeń, skraca czuwanie wtrącone, czyli okresy czuwania w trakcie snu,
- zwiększa całkowity czas snu (o ok. 63 minuty),
- poprawia jakość snu zarówno u pacjentów młodych, jak i w starszym wieku,
- nie powoduje bezsenności z odbicia po zakończeniu leczenia,
- jest skuteczny i bezpieczny.

Nie wykazano wystąpienia tolerancji na eszopiklon podczas podawania leku przez 6 miesięcy. Może on być skutecznym rozwiązaniem nie tylko u pacjentów wymagających leczenia krótkotrwałego, lecz także długotrwałego. Ułatwia zasypianie osób starszych z bezsennością pierwotną.