

Małgorzata Farnik, Władysław Pierzchała

Katedra i Klinika Pneumonologii Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Stan emocjonalny, funkcje poznawcze i jakość życia u chorych na OBPS

Emotions, cognitive functions and quality of life in OSAS patients

Zaburzenia struktury snu spowodowane powtarzającymi się bezdechami u chorych na OBPS prowadzą do utrudnienia jego codziennego funkcjonowania. Najczęściej chorzy przejawiają nadmierną senność, trudności w koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci, ponadto cechują się obniżonym nastrojem i napędem. Często są to pierwsze objawy niepokojące chorego i mogą być jedynym powodem poszukiwania pomocy lekarskiej. Poczucie zmęczenia, senność dzienna wpływają na koordynację wzrokowo-ruchową, co może się przyczyniać do zwiększenia wypadkowości w tej grupie chorych. Subiektywnie odczuwane problemy w codziennym funkcjonowaniu chorego na OBPS mogą podlegać opisowi ilościowemu i jakościowemu przez zastosowanie dodatkowych metod oceny. Obiektywizacja tych danych jest oparta o zastosowanie metod kwestionariuszowych, walidowanych testów psychometrycznych zaakceptowanych jako narzędzie oceny psychologicznej oraz badań neuropsychologicznych. Zastosowanie tych metod pozwala na rozszerzenie metod wiarygodnego monitorowania przebiegu leczenia.

Ocena stanu emocjonalnego w psychologii wymaga zastosowania szerokiego zakresu badań, które dla właściwej interpretacji w sytuacjach wątpliwych należy łączyć z diagnostyką osobowości. Najczęściej dla potrzeb badań w medycynie wykorzystuje się wybiórczo narzędzia stosowane w ocenie lęku oraz objawów depresji. Pojęcie lęku przekracza granice psychopatologii. Doświadczenie lęku jest zjawiskiem bliskim człowiekowi zdrowemu, w sytuacji choroby może mieć szczególne znaczenie. Najpowszechniej stosowanym narzędziem oceny lęku jest kwestionariusz opracowany przez C.D. Spielberga — Kwestionariusz Samooceny *State-Trait Anxiety Inventory* — zwany w skrócie STAI, dostępny również w polskiej wersji językowej. Lęk może mieć przejściowy, chwilowy charakter wynikający z czynników sytuacyjnych — wówczas odpowiada stanowi emocjonal-

nemu. Odmienny aspekt lęku dotyczy względnie stałej predyspozycji do reagowania lękowego w określonych sytuacjach. Stanowi cechę osobowościową. Rozróżnienie pomiędzy lękiem jako stanem oraz lękiem jako cechą wprowadzono już w 1958 roku. Kwestionariusz STAI uwzględnia ten podział — arkusz X-1 dotyczy lęku jako stanu, natomiast w drugiej części badania, arkusza X-2, lęku jako cechy. Na oba arkusze składa się po 20 pytań. W kwestionariuszu zastosowano czterostopniową skalę odpowiedzi.

Lęk jako cecha jest definiowany przez Spielberga jako konstrukt teoretyczny, to znaczy nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni badanego podatnym na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażające i reagowanie na nie lękiem. Wywołany stan lęku jest nieproporcjonalnie silny wobec wywołujących je bodźców, reakcja lękowa ma wyuczony charakter.

Lęk jako stan charakteryzuje się, według Spielberga, subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związane z nimi silne pobudzenie, reakcje wegetatywne. Cechą charakterystyczną tego lęku jest jego zmienność, zależnie od zaistniałych okoliczności i oddziaływania czynników zagrażających.

U chorych na OBPS badania z zastosowaniem różnych metod oceny (Kwestionariusz Samooceny STAI, *Hospital Anxiety and Depression Scale* [HAD]) wskazują na występowanie podwyższonego poziomu lęku [1, 2]. Stwierdzono, że zastosowanie leczenia za pomocą CPAP przyczynia się do zmniejszenia lęku, a niewłaściwe stosowanie się do zaleceń, polegające na ograniczeniu czasu stosowania CPAP, koreluje z wyższym poziomem lęku u chorych [1].

Smutek i przygnębienie opisujące stan emocjonalny nie są równoznaczne z depresją, która oznacza stan odbiegający od prawidłowego stanu emocjonalnego człowieka. Depresję charakteryzuje obniżenie nastroju, któremu towarzyszy poczu-

Adres do korespondencji: mfarnik@slam.katowice.pl

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 0867-7077

cie braku energii, niemożność przeżywania uczuć pozytywnych, radości, niska samoocena, utrata łaknienia, często obserwuje się znaczny spadek masy ciała. Ponadto występują zaburzenia snu, utrata zainteresowań kontaktami z innymi osobami, wycofanie z relacji interpersonalnych, objawy psychosomatyczne, jak: ból w klatce piersiowej, duszność, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, zawroty głowy.

W rozpoznaniu depresji istotne jest również kryterium czasowe. Aby można było postawić rozpoznanie depresji, czas trwania tych objawów powinien być dłuższy niż 2 tygodnie. W rozpoznawaniu depresji należy oprzeć się na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych — rozdział F „Zaburzenia psychiczne i zachowania”. Depresja może mieć charakter pierwotny (np. choroba afektywna jedno- lub dwubiegunowa) lub wtórny — jako zaburzenia towarzyszące chorobie lub jej terapii, może towarzyszyć zaburzeniom lękowym i adaptacyjnym oraz występować w wyniku narażenia na przewlekły stres. Na poziomie molekularnym jest związana z zaburzeniami funkcji neuroprzekaźników — serotoniny i noradrenaliny.

Osoba, u której występuje depresja, cechuje się skłonnością do samooskarżania się i negatywnego postrzegania siebie, przygnębieniem i smutkiem, poczuciem niskiej wartości. Trudno jej skoncentrować się na wykonywanych czynnościach, znaleźć zainteresowanie i motywację dla ich wykonania. Trudności sprawiają jej zwykle obowiązki, które wcześniej bez trudu wykonywała — w tym obowiązki zawodowe, rodzinne, a w końcu nawet z zakresu higieny osobistej. Z punktu widzenia przebiegu zaburzenia najgroźniejsze jest występowanie myśli i/lub tendencji samobójczych. Próby samobójcze w depresji nie mają demonstracyjnego charakteru, jak to bywa w sytuacji zachowań neurotycznych, ale wynikają z faktycznych działań o charakterze auto-agresji i poczucia, że nie ma wyjścia z sytuacji, w jakiej ta osoba się znalazła. Wobec tego właściwa diagnoza depresji jest niezmiernie ważnym elementem postępowania lekarskiego. Należy mieć na uwadze fakt, że niektóre sytuacje kliniczne mogą predisponować do pojawienia się depresji.

Ocena występowania depresji jest często dokonywana w psychopatologii. Zmiany dotyczące nastroju są częstym elementem opisującym funkcjonowanie człowieka, pozostają w związku z szeregiem czynników sytuacyjnych oraz osobowościowych. W psychologii w celu definiowania tego pojęcia sięga się do podstaw różnych teorii wynikających z różnych koncepcji osobowości i nurtów terapeutycznych. W ujęciu psychoanalitycznym w depresji człowiek doznaje uczuć zbliżonych do przeżyć małego dziecka. Cechuje się poczuciem samotności, bezbronności, nieumiejętnością wyrażenia złości wobec oso-

by, która zaniechała działań ochronnych wobec niej. W takiej sytuacji złość kieruje przeciwko sobie samemu, występuje wobec siebie z różnymi oskarżeniami, ma poczucie winy oraz nieporadności wobec własnych uczuć. Potęguje to poczucie winy i na zasadzie błędnego koła przyczynia się do narastania niekorzystnych przeżyć, nasilając objawy depresji.

W ocenie zmian nastroju stosuje się u chorych na OBPS przede wszystkim Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka, którego autor oparł się na koncepcjach poznawczych. Rzadziej stosuje się Skalę Junga, Skalę Hamiltona (HDRS, *Hamilton Depression Rating Scale*) lub *Hospital Anxiety and Depression Scale*. W szeregu badań obserwowano wyższy wskaźnik objawów depresyjnych w porównaniu z populacją [3–5]. Obserwowano korelację pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych a AHI [3], wskazuje się jednak na różnice między mężczyznami a kobietami. Wśród badanych płci męskiej objawy depresji przede wszystkim koncentrowały się wokół problematyki zdrowia, natomiast u kobiet dotyczyły percepcji i samooceny. U kobiet objawy depresji miały silniejszy związek z otyłością (BMI) niż ze stopniem ciężkości OBPS, natomiast u mężczyzn przede wszystkim korelowały ze stopniem ciężkości OBPS [3]. Zastosowanie leczenia CPAP przyczynia się do zmniejszenia stopnia nasilenia depresji [4]. Wskazane jest opracowanie metod swoistej oceny stanu emocjonalnego u chorych na OBPS [5].

Coraz powszechniej przeprowadza się badania jakości życia u chorych w celu oceny skuteczności leczenia. Stan zdrowia, jako jedna z nadrzędnych wartości dla człowieka, wpływa na jego jakość życia. Uwzględnienie tej wartości jako najważniejszego kryterium oceny samopoczucia chorego stało się przyczyną wyodrębnienia pojęcia jakości życia zależnej od stanu zdrowia — *Health Related Quality of Life* (HRQOL). Jakość życia zależna od stanu zdrowia jest określana jako możliwy do osiągnięcia optymalny poziom zdolności fizycznych, psychicznych, intelektualnych, pełnionych ról i funkcjonowania społecznego, percepcji stanu zdrowia, satysfakcji z życia oraz ogólnego dobrego samopoczucia [6]. Uwzględnienie tak wielu wymiarów funkcjonowania człowieka powoduje, że narzędzia, za pomocą których należałoby ocenić jakość życia, byłyby bardzo rozbudowane. Wobec tego na konferencji WHO w 1984 roku wprowadzono bardziej sprecyzowaną definicję pojęcia jakości życia zależnej od stanu zdrowia — wyraża się ona poczuciem satysfakcji jednostek lub grup społecznych wynikającym ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb oraz postrzegania możliwości rozwoju jednostkowego i społecznego [7].

Badania jakości życia przeprowadza za pomocą kwestionariuszy nieswoistych lub swoistych. Spośród kwestionariuszy nieswoistych u chorych na OBPS zaleca się stosowanie *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36) lub *Nottingham Health Profile*, *Medical Outcomes Study*

Inventory [8, 9]. Aktualnie zaleca się stosowanie kwestionariuszy swoistych ze względu na ich większą czułość. Dla chorych na OBPS opracowano kwestionariusz *Sleep Apnea Quality of Life Index* (SAQLI), który cechuje się wysoką czułością i swoistością. Kwestionariusz składa się z 35 pytań, na które chory udziela odpowiedzi za pomocą 7-stopniowej skali Likerta. Wynik najniższy — oznaczony cyfrą 1 — odpowiada najniższej ocenie. Kwestionariusz obejmuje skale dotyczące ograniczeń w codziennych aktywnościach, objawy, emocje, interakcje społeczne. Wyniki SAQLI korelują ze wskaźnikiem AHI oraz saturacją [10]. Aktualnie jest to narzędzie dostępne w językach angielskim i francuskim. Inne swoiste narzędzia stosowane w ocenie jakości życia u chorych na OBPS to *Functional Outcomes of Sleep Questionnaire* oraz *Sleep Apnea Quality of Life Index* [8].

Ocena procesów poznawczych jest dokonywana w oparciu o badania neuropsychologiczne. Obejmują one procesy uwagi dowolnej, przyswajania informacji słownych, pamięci wzrokowej bezpośredniej i odroczonej, pamięci semantycznej. Pozwalają na ocenę głębokości zaburzeń koordynacji wzrokowo-ruchowej, pamięci i innych procesów poznawczych, monitorowanie charakteru i dynamiki zmian w zakresie funkcji poznawczych w czasie.

Jako narzędzi oceny procesów uwagi dowolnej zaleca się stosowanie Testu Łączenia Punktów (bada koncentrację, podzielność i przeczutność uwagi) w polskiej normalizacji — Bateria Halsteda-Reitana oraz Testy Skreślenia, na przykład Test Bourdona (badające utrzymanie uwagi w dłuższym okresie, selektywność uwagi). Badanie przyswajania informacji słownej przeprowadza się za pomocą Testu Słowno-Słuchowego Reya (ALT). Pozwala on na ocenę procesu przyswajania informacji słownych w 5 kolejnych próbach, swobodne odtwarzanie i rozpoznanie po odroczeniu. Innym sposobem oceny przyswajania informacji werbalnych jest Kalifornijski Test Ucznia Językowego (CVLT). Pamięć wzrokowa bezpośrednia jest oceniana za pomocą Testu Bentona. Umożliwia on ponadto ocenę jakościową popełnionych błędów, co jest przydatne dla oceny organicznego uszkodzenia OUN. Pamięć wzrokowa odroczonej może być

badana za pomocą Testu Figury Złożonej Osterrietha-Reya. Dla oceny pamięci semantycznej zaleca się stosowanie Testu Fluencji Słownej (kategorie semantyczne) — oceniającego płynność generowania pojęć należących do określonych kategorii semantycznych oraz Próbę Nazywania — badającą zdolność aktualizowania nazw o różnej częstotliwości użycia w języku polskim.

Obecnie brakuje wystarczających danych pozwalających na opracowanie zestawu testów neuropsychologicznych zalecanych dla chorych na OBPS. Jak wynika z badań własnych u chorych na OBPS, w badaniach obiektywnych w Teście Benton potwierdza się występowanie zaburzeń pamięci — zwłaszcza wzrokowej odroczonej. Wyniki te wskazują na występowanie korelacji pomiędzy wskaźnikiem AHI a ilością błędów w teście. Natomiast nie stwierdzono korelacji z innymi parametrami, na przykład średnią saturacją lub minimalną saturacją oraz wynikami Skali Senności Epworth. Typy błędów popełnionych przez chorych mogą wskazywać, że nie mają one trwałego charakteru, gdyż w analizie jakościowej nie stwierdzono błędów sugerujących organiczne uszkodzenie OUN. Wskazane jest prowadzenie dalszych badań dla pełniejszej oceny zaburzeń pamięci i koordynacji wzrokowo-ruchowej w tej grupie chorych w celu oceny stopnia ich nasilenia oraz doboru narzędzi przydatnych w długoterminowym monitorowaniu efektywności leczenia.

Podsumowanie

Badania psychologiczne dotyczące chorych na OBPS wskazują na współistnienie różnych czynników istotnych dla funkcjonowania tych chorych — zarówno w zakresie stanu emocjonalnego, jak i procesów poznawczych. Stosowane aktualnie metody badań są zróżnicowane. Opracowanie ujednoliconego sposobu oceny, specyficznego na obturacyjnego bezdechu podczas snu, pozwoliłoby na pełniejszą diagnostykę i monitorowanie przebiegu leczenia. Szczególnie istotne wydaje się opracowanie zestawu badań neuropsychologicznych ze względu na zwiększoną wypadkowość w tej grupie chorych.

Piśmiennictwo

1. Kjelsberg F., Ruud E.A., Stavem K.: Predictors of the symptoms and depression. W: Obstructive sleep apnea. *Sleep Med.* 2005; 6: 341–346.
2. Nambu Y., Nagasaka Y., Fujita E., Hamada S., Fukuoka M.: Effect of mandibular advancement split on psycho-intellectual derangements in patients with sleep apnea syndrome. *Tohoku J. Exp. Med.* 1999; 188: 119–132.
3. Aloja M.S., Arnedt J.T., Smith L., Skrekas J., Stanchina M., Millaman R.P.: Examining the construct of depression in obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep Med.* 2005; 6: 115–121.
4. Means M.K., Lichstein K.L., Edinger J. i wsp.: Changes in depressive symptoms after continuous positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnea. *Sleep Breath* 2003; 7: 31–42.
5. Andrews J., Oei T.: The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Clin. Psychol. Rev.* 2004; 24: 1031–1049.
6. Bowling A.: *Measuring disease*. Open University Press, Buckingham 1995.
7. *Copenhagen Cart Glossary*, Kopenhaga 1989.
8. Lacasse Y., Godbout C., Series F. Health — related quality of life in obstructive sleep apnoea. *Eur. Respir. J.* 2002; 19: 499–503.
9. The Official Statement Approved by ATS Board of Directors, June 1997. Statement on Health Outcomes research in Sleep Apnea. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1998; 157: 335–341.
10. Lacasse Z., Godbout C., Series F. Independent validation of the Sleep Apnoea Quality of Life Index. *Thorax*, 2002; 57: 483–488.