

Το πρόβλημα της ημερήσιας υπνηλίας και κόπωσης στον ψυχιατρικό ασθενή

Ημερήσια υπνηλία και συναφής κόπωση ή ανέργεια (έλλειψη ενέργειας) είναι συχνές στον γενικό πληθυσμό, αλλά συχνότερα μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών, ιδίως ασθενών με κατάθλιψη ή χρόνια σχιζοφρένεια. Ημερήσια υπνηλία και κόπωση — με ή χωρίς νυκτερινή αύπνια ή υπερυπνία — συχνά αποτελούν προάγγελο ή την πρώτη ένδειξη επερχόμενης κατάθλιψης ή υπολειμματικά συμπτώματα θεραπευμένης κατάθλιψης, η παρουσία των οποίων εγκυμονεί τον κίνδυνο υποτροπής. Ανάλογα συμπτώματα με ανέργεια και ψυχοκινητική απόσυρση αποτελούν χαρακτηριστικά της υπολειμματικής μορφής ή αρνητικού συνδρόμου της σχιζοφρένειας και είναι επίσης ανθεκτικά στη φαρμακοθεραπεία, ενώ παρεμποδίζουν και τη συμμετοχή του ασθενούς σε ψυχοκοινωνικά θεραπευτικά προγράμματα.

Υπερβολική υπνηλία και κόπωση πιθανώς συμμετέχουν πρωτογενώς στη βασική ψυχοπαθολογία τόσο της κατάθλιψης όσο και της σχιζοφρένειας, εξ ου και έχουν συμπεριληφθεί στα διαγνωστικά κριτήρια και για τα δύο σύνδρομα (DSM-IV, ICD-10), όπως και σε ανάλογες κλίμακες μέτρησης ψυχοπαθολογίας (Κλίμακα Hamilton — υποκλίμακα ψυχοκινητικής επιβράδυνσης / Κλίμακα PANSS — υποκλίμακες αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας). Επί πλέον, τέτοια συμπτώματα μπορεί να αποτελούν συνέπεια νυκτερινής αύπνιας ή παρενέργειας της αντικαταθλιπτικής ή αντιψυχωσικής αγωγής. Σε κάθε περίπτωση, αποτελούν ενοχλήσεις που επηρεάζουν αρνητικά τις γνωσιακές λειτουργίες, την κινητικότητα, τη συμπεριφορά και την εν γένει ποιότητα ζωής. Επί πλέον, μπορεί να οδηγήσουν σε πλημμελή συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία ή και σε αντιρροπιστική υπερκατανάλωση καφεΐνης και νικοτίνης, ουσιών που τροποποιούν τον μεταβολισμό και ελαττώνουν την αποτελεσματικότητα πολλών φαρμάκων. Κατά συνέπεια, τα συμπτώματα αυτά απαιτούν αφ' εαυτών θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία προϋποθέτει την πρώιμη αναγνώρισή τους.

Η γενική εμφάνιση και συμπεριφορά του ασθενούς με υπνηλία και κόπωση, παρ' ότι εμφανής και ενδεικτική, κατά κανόνα παραβλέπεται ή υποτιμάται ως προς την κλινική σημασία της, θεωρούμενη γενικώς ως αναπόφευκτη ή και παροδική συνέπεια της ψυχικής πάθησης και θεραπείας. Για την πιστοποίηση κλινικώς σημαντικής υπνηλίας και κόπωσης, αρκεί σύντομη αλλά επικεντρωμένη συνέντευξη που αποβλέπει ιδιαίτερα στο να διευκρινισθούν η συχνότητα, η διάρκεια και η βαρύτητά τους, όπως και ο βαθμός στον οποίο δυσχεραίνουν τις συνήθειες δραστηριότητες της ημέρας. Η διάγνωση και κλινική σημασία τους επιβεβαιώνονται με εύχρηστα ερωτηματολόγια, που παρέχουν βαθμούς υπνηλίας ή κόπωσης σε ποικιλία από συνήθεις περιβαλλοντικές συνθήκες ή φυσικές δραστηριότητες της ημέρας και συνολική βαθμολογία που, όταν υπερβαίνει ένα προκαθορισμένο όριο, χαρακτηρίζει τα συμπτώματα αυτά ως κλινικώς σημαντικά.

Για την αντιμετώπιση ημερησίας υπνηλίας και κόπωσης, κατ' αρχήν προέχει ο αποκλεισμός — ή διόρθωση — τυχόν πρωτογενούς υπνηλίας (όπως ιδιοπαθούς υπερυπνίας ή ναρκοληψίας) ή νυκτερινής αύπνιας συνεπεία πρωτοπαθών σωματικών συμπτωμάτων ή παθήσεων.

Η αντιμετώπιση της ημερησίας υπνηλίας και κόπωσης στον ψυχιατρικό ασθενή κατ' αρχήν συνίσταται στην τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, με μείωση ή αντικατάστασή της — μερική ή ολική — με άλλη, λιγότερο ή μη κατασταλτική. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό επιτυγχάνεται απλώς με την επιλογή φαρμάκων χωρίς συνυπόχρεωση σε αντισταμινική δράση. Εάν αυτό δεν είναι δυνατόν, κατασταλτικά φάρμακα ή και το σύνολο της αγωγής ενδείκνυται να χορηγούνται το βράδυ. Τυχόν συνυπάρχουσα νυκτερινή αύπνια θα αντιμετωπισθεί με τον ίδιο τρόπο ή και με επιπρόσθετο, βραχείας δράσης, υπναγωγό φάρμακο. Τέτοιο φάρμακο θα πρέπει πάντοτε να υποκαθιστά τυχόν προϋπάρχουσα μακράς διάρκειας υπναγωγό αγωγή. Όπου τα μέτρα αυτά έχουν θέση και είναι εφικτά, μπορούν αφ' εαυτών να επιφέρουν σαφή έως πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων υπνηλίας ή κόπωσης, με

αντίστοιχη βελτίωση της συνεργασίας και συμμόρφωσης του ασθενούς. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις — ή και εξ αρχής — η προσθήκη Modafinil 100–200 mg σε εφ' άπαξ πρωινή δόση έχει δείξει θετικά αποτελέσματα, με σημαντική ελάττωση ή και εξάλειψη των συμπτωμάτων υπνηλίας και κόπωσης, αλλά και προαγωγή των γνωσιακών λειτουργιών και της συμπεριφοράς, ακόμη και βελτίωση των βαθμών ψυχοπαθολογίας (στις κλίμακες Hamilton-D, PANSS) και γενικής ευεξίας (στην κλίμακα VAS). Το Modafinil, φάρμακο προαγωγικό της εγρήγορσης με δράση στους υποδοχείς υποκρετίνης (ή ορεξίνης), εγκεκριμένο για χρήση στην υπνηλία της ναρκοληψίας και στην υπνηλία από μετακινούμενη βάρδια εργασίας, έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε ευρύ φάσμα ασθενών με υπνηλία ανεξαρτήτως διαγνώσεως – συμπεριλαμβανομένων ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας ή νόσο του Πάρκινσον – με ικανοποιητική ανοχή και ασφάλεια. Το Modafinil επάγει ελαφρώς το ένζυμο CYP3A4 του συστήματος P450, χωρίς σημαντικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα.

Συμπερασματικά, ημερησία υπνηλία και κόπωση στον ψυχιατρικό ασθενή, συχνά συμπτώματα, με πολλές αρνητικές επιπτώσεις, χρήζουν αφ' εαυτών και επιδέχονται θεραπευτική παρέμβαση, στα πλαίσια της συνολικής θεραπείας κάθε ασθενούς.

Γιάννης Κογεώργος
Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής
Γενικό Νοσοκομείο «Αγία Όλγα», Αθήνα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Pertinen M, Hublin C. Epidemiology of sleep disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds): Principles and Practice of Sleep Medicine, 3rd ed. Saunders, Philadelphia, 2000:558–575.
2. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996, 39:411–418.
3. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991, 14:540–545.
4. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, et al. The Fatigue Severity Scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989, 46:1121–1123.