

Klaudia Tabala

Ocena stanu psychicznego chorej z narkolepsją. Studium przypadku

Emotional state of a narcolepsy patient. Case study

Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Correspondence to: Klaudia Tabala, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej z Pracownią Arteterapii, Uniwersytet Medyczny, pl. Hallera 1, 90-647 Łódź, tel.: 42 639 33 24, e-mail: klaudia.tabala@umed.lodz.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Celem pracy jest ocena stanu psychicznego chorej na narkolepsję, której stan emocjonalny i jakość życia, pomimo trafnej diagnozy i podjęcia leczenia farmakologicznego, uległy pogorszeniu. Objawami choroby są nadmierna senność, katapleksja, omamy hipnagogiczne, paraliż przysenny oraz zakłócony sen nocny. Niejednokrotnie, pomimo prawidłowego leczenia, choroba w znaczny sposób wpływa na funkcjonowanie zawodowe, społeczne, psychiczne. Pierwsze objawy (nieznaczna senność) pojawiły się u pacjentki w wieku młodzieńczym, jednak pierwsze badania chora podjęła około 27. roku życia, kiedy do senności dołączyły objawy katapleksji. Po początkowo nietrafnych diagnozach ostatecznie zdiagnozowano narkolepsję z katapleksją. Chora utrzymywała swój styl funkcjonowania, jednak czując się przemęczona i nadmiernie obciążona pracą zawodową, rozpoczęła starania, w wyniku których przyznano jej rentę, co oceniła jako sprzyjające jej stanowi psychofizycznemu, ponieważ poziom stresu był niższy, a możliwość dostosowania cyklu dnia do choroby – dowolna. W badaniu wykorzystano: Skalę Depresji Becka, Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 i kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywniowe. Uzyskane wyniki ujawniły obecność zaburzeń depresyjnych o średnim nasileniu, obniżone poczucie satysfakcji z życia i skłonność do emocjonalnego przejadania się. Takie wyniki mogą wskazywać na nie w pełni ukształtowane sposoby konstruktywnego radzenia sobie ze stresem oraz negatywnymi emocjami. Badana osoba ocenia swoje relacje towarzyskie oraz sytuację zawodową jako niesatysfakcjonujące, co ma być skutkiem choroby i może stanowić przyczynę obniżenia nastroju. Wskazuje to na potrzebę poszerzenia leczenia chorej o działania psychoedukacyjne lub psychoterapeutyczne oraz podjęcie farmakoterapii przeciwdepresyjnej.

Słowa kluczowe: narkolepsja, stan emocjonalny, depresja, jakość życia, nawyki żywieniowe

Summary

The aim of this article is to assess the psychological state of a narcolepsy patient whose emotional state and life quality deteriorated despite the accurate diagnosis and pharmacological treatment. Narcolepsy symptoms are: excessive daytime sleepiness, cataplexy, sleep paralysis, hypnagogic hallucinations, and disrupted nocturnal sleep. Despite the proper pharmacological treatment, the illness strongly influences social, professional and mental functioning. The first symptom, i.e. excessive daytime sleepiness, was observed by the patient during adolescence, but the first medical examinations took place at the age of 27, after the occurrence of the first cataplexy symptoms. After a few unsuccessful diagnoses, narcolepsy was diagnosed. The patient maintained her lifestyle, but due to feeling excessively tired and encumbered with duties at work, she decided to take a long-term sick leave. This change was self-assessed by the patient as beneficial for her psychophysical state: the stress level was lower and offered the possibility to adjust her daily schedule to the illness. The following methods were used: Beck Depression Scale, The Short Form (36) Health Survey and My Eating Habits Questionnaire. The results showed a medium severity of depression, lowered life satisfaction and tendency to emotional overeating. This may be a result of not fully developed stress and negative emotions coping strategies. The patient describes her social relations and professional functioning as not satisfactory due to the illness, which may result in depressed mood. Due to such results, there may be a need to expand treatment with psychoeducation, psychotherapy and antidepressant pharmacotherapy.

Key words: narcolepsy, emotional state, depression, quality of life, eating habits

WPROWADZENIE

Narkolepsja jest rzadką chorobą autoimmunologiczną, występującą u 0,023 do 0,18% populacji. Zalicza się ją do kategorii hipersomnii. Symptomami pełnoobjawowej narkolepsji są nadmierna senność, katapleksja, paraliż przysenny oraz omamy hipnagogiczne. Zaburzony jest sen nocny – słycony, z częstymi wybudzeniami⁽¹⁾.

Choroba ta w znaczący sposób wpływa na funkcjonowanie poznawcze i psychospołeczne. Chorzy bywają postrzegani jako leniwi, nieinteligentni, zaburzeni psychicznie⁽²⁾. Widoczne są: obniżony poziom myślenia dywergencyjnego⁽³⁾, deficyty uwagi i reakcji, trudności z przypominaniem imion oraz zapamiętywaniem imion ludzi nowo poznanych, rozpoznawaniem znajomych, problemy z orientacją temporalną, gotowością pamięci, pamięcią prospektywną⁽⁴⁾. Istotnie obniżony jest również nastrój – badania obejmujące dużą grupę 500 chorych wykazały, że 57% z nich cierpiało na depresję o różnym nasileniu⁽⁵⁾. W innym badaniu⁽⁶⁾ wykazano, że 62,1% chorych miało epizod depresji w przeszłości. Postawienie trafnej diagnozy czasami zajmuje miesiące bądź lata – często stawianych jest wiele wstępnych diagnoz, w tym: upośledzenia umysłowego⁽²⁾, schizofrenii, epilepsji, omdleń^(2,7), depresji⁽⁸⁾, objawów konwersyjnych, niedoborów żelaza, niskiego ciśnienia, symulacji⁽⁹⁾. Wskazuje to na potrzebę dokładnej oceny stanu psychicznego tej grupy chorych, z wykorzystaniem badań umożliwiających identyfikację towarzyszących narkolepsji zaburzeń psychicznych, które mogą niekiedy maskować chorobę podstawową.

OPIS PRZYPADKU

Opis dotyczy chorej w wieku 37 lat, rozwiedzionej, w ponownym związku, z wyższym wykształceniem, u której rozpoznano pełnoobjawową narkolepsję. Z wywiadu wynika, że pierwsze objawy narkolepsji pojawiły się już w okresie licealnym (problemy z koncentracją uwagi, zasypianie nad książką). Senność utrzymywała się również w okresie studiów – była jednak interpretowana jako wynik ciągłego niedosypiania i ciężkiej pracy. Nie była uznawana za objaw niepokojący. Senność utrzymywała się jednak również po ukończeniu studiów i ustabilizowaniu sytuacji życiowej. Do podjęcia specjalistycznych badań i leczenia skłoniły chorobę pierwsze objawy katapleksji (tzn. niezdarkość, „wywracanie oczu”, grymasy na twarzy pojawiające się pod wpływem emocji), które pojawiły się około 25.–27. roku życia.

Początkowo rozpoznawano przemęczenie, zalecano spożywanie magnezu, a gdy objawy nie ustępowały, kontynuowano badania i zdiagnozowano narkolepsję z katapleksją. Proces diagnostyczny trwał około dwóch lat.

W wywiadzie rodzinnym wzmiankowano o objawach senności u innych członków rodziny. Badana wspomniała na przykład o zasypiającym w ciągu dnia pradziadku i babce. Obserwowała również nadmierną senność u ciotki i brata, choć nie leczyli się oni nigdy psychiatrycznie ani neurologicznie. Diagnozę narkolepsji postawiono natomiast wujowi badanej.

Po postawieniu diagnozy narkolepsji pacjentka kontynuowała pracę zawodową: pomimo utrzymującej się senności, dzięki organizowaniu czasu na drzemki, potrafiła efektywnie pracować. Zauważyła jednak, że inni dostrzegają jej senność, co w jej ocenie negatywnie rzutowało na atmosferę oraz ocenę jej pracy. W czasie badania chora była po rocznym pobycie na rencie, co – w jej ocenie – zdecydowanie sprzyjało jej stanowi zdrowia. Dzięki możliwości dowolnej organizacji czasu pracy i odpoczynku była spokojniejsza, miała „więcej energii”, tylko doraźnie brała leki przeciwdziałające senności. Radząc sobie z narastającą sennością, stosowała metody behawioralne – potrząsała głową, piła wodę, wykonywała ćwiczenia fizyczne. Po spowodowaniu kilku drobnych kolizji samochodowych z powodu narastającej senności w czasie jazdy – prowadziła samochód znacznie rzadziej i tylko na krótkich odcinkach. Leki na katapleksję przyjmowała regularnie, pozostawiała pod opieką poradni zaburzeń snu.

METODY

W badaniu wykorzystano narzędzia służące do oceny nasilenia zaburzeń depresyjnych (Skala Depresji Becka)^(10,11), jakości życia (Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36)^(2,12) i zwyczajów żywieniowych (kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe)⁽¹³⁾.

WYNIKI

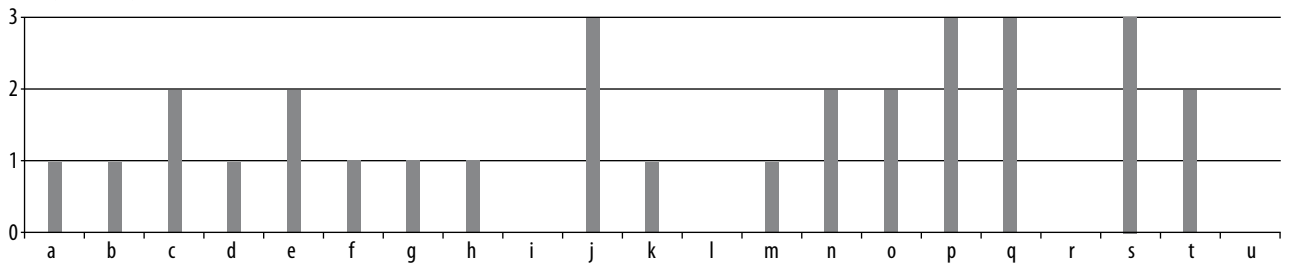
Uzyskane wyniki wskazują na obniżony nastrój i średni stopień nasilenia zaburzeń depresyjnych (rys. 1). Z kolei na podstawie badania kwestionariuszem SF-36 stwierdzono, że chora ma poczucie obniżonego poziomu funkcjonowania, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym (tabela 1). Ogólny stan zdrowia ocenia jako średni i uważa, że prowadzi on do znacznych ograniczeń

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8
Wynik	65	0	0	45	56	50	45	50

Skale: 1 – sprawność fizyczna; 2 – ograniczenie czynności codziennych oraz wykonywanych w pracy z powodu zdrowia fizycznego; 3 – ograniczenie czynności codziennych oraz wykonywanych w pracy z powodu problemów emocjonalnych; 4 – żywotność; 5 – stan psychiczny; 6 – funkcjonowanie socjalne; 7 – ból; 8 – ogólny stan zdrowia. Wyniki 0–100 oznaczają ocenę stanu zdrowia, gdzie 100 oznacza pełnię zdrowia, a 0 złe funkcjonowanie w danym aspekcie. W populacji zdrowej średnia dla wszystkich podskali jest na poziomie 70–80.

Tabela 1. Wyniki badania kwestionariuszem SF-36

Wynik ogólny – 27



Skale: a – smutek; b – pesymizm; c – poczucie niewydolności; d – utrata satysfakcji; e – poczucie winy; f – poczucie kary; g – brak akceptacji siebie; h – samooskarżanie; i – pragnienie śmierci; j – płaczliwość; k – drażliwość; l – wycofanie ze związków społecznych; m – brak decyzji; n – zmiany w obrazie ciała; o – niezdolność do pracy; p – zaburzenia snu; q – zmęczenie; r – utrata łaknienia; s – spadek masy ciała; t – dolegliwości somatyczne; u – utrata zainteresowania płcią przeciwną.

0, 1, 2, 3 – ocena nasilenia objawów depresyjnych, gdzie 0 oznacza brak objawów depresyjnych, a 3 największe ich nasilenie w danej skali.

Rys. 1. Wyniki badania Skalą Depresji Becka

w wykonywaniu codziennych czynności. Uważa także, iż stan zdrowia w średnim stopniu wpływa na jej funkcjonowanie społeczne.

Wyniki badania kwestionariuszem *Moje Zwyczaje Żywienniowe* wskazują na tendencję do utrzymywania restrykcji żywieniowych w celu kontroli masy ciała, ale też do emocjonalnego przejadania się, co potwierdzają dane z wywiadu (tabela 2).

OMÓWIENIE

Leczenie farmakologiczne podstawowych objawów narkolepsji, tj. nadmiernej senności i katapleksji, oraz pozostawanie pod opieką lekarską nie miało wpływu na obniżony nastrój ze średnim nasileniem zaburzeń depresyjnych, a także na tendencję do emocjonalnego przejadania się. Tendencja ta może świadczyć o niewykształceniu konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami⁽¹⁴⁾. Z kolei obniżenie nastroju może być wynikiem spostrzeganej przez badaną obniżonej jakości funkcjonowania społecznego, a także negatywnego wpływu choroby na życie zawodowe. Ponadto objawy depresyjne w narkolepsji mogą zostać uznane za endogenne symptomatopatofizjologii narkolepsji obok nadmiernej senności⁽¹⁵⁾.

WNIOSEK

Towarzyszące narkolepsji zaburzenia depresyjne, obniżona satysfakcja z życia i emocjonalne przejadanie się wskazują na potrzebę rozszerzenia opieki nad pacjentką o trening radzenia sobie ze stresem i inne działania psychoterapeutyczne oraz wdrożenia farmakoterapii przeciwdepresyjnej.

Czynnik 1 – nawykowe przejadanie się	6
Czynnik 2 – emocjonalne przejadanie się	8
Czynnik 3 – restrykcje żywieniowe	8
Wyniki 0–10 w poszczególnych skalach mówią o obecności nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Im wyższy wynik uzyskany w skali, tym bardziej widoczne zachowania związane z danym nawykiem.	

Tabela 2. Wyniki badania kwestionariuszem *Moje Zwyczaje Żywienniowe*

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

- Guilleminault C.: Clinical Neurophysiology of Sleep Disorders. Handbook of Clinical Neurophysiology, vol. 6. Elsevier B.V., Amsterdam 2005: 155–178.
- Wierzbicka A., Wichniak A., Waliniowska E. i wsp.: Ocena stopnia nasilenia objawów klinicznych stopnia niepełnosprawności oraz jakości życia w narkolepsji i innych hipersomniach. *Sen* 2007; 7: 88–93.
- Rieger M., Mayer G., Gauggel S.: Attention deficits in patients with narcolepsy. *Sleep* 2003; 26: 36–43.
- Ohayon M.M., Ferini-Strambi L., Plazzi G. i wsp.: How age influences the expression of narcolepsy. *J. Psychosom. Res.* 2005; 59: 399–405.
- Daniels E., King M.A., Smith I.E., Shneerson J.M.: Health-related quality of life in narcolepsy. *J. Sleep Res.* 2001; 10: 75–81.
- Mosko S., Zetin M., Glen S. i wsp.: Self-reported depressive symptomatology, mood ratings, and treatment outcome in sleep disorders patients. *J. Clin. Psychol.* 1989; 45: 51–60.
- Gelder M., López-Ibor J.J., Andreasen N.C.: New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, New York 2000.
- Baker I.L., Baird W.P., Dement W.C.: American Narcolepsy Association Survey: II. Diagnosis and Treatment. Association for the Psychophysiological Study of Sleep, 22nd Annual Meeting, San Antonio, TX, 1982.
- Dodel R., Peter H., Walbert T. i wsp.: The socioeconomic impact of narcolepsy. *Sleep* 2004; 27: 1123–1128.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. i wsp.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
- Parnowski T., Jernarczyk W.: Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11: 417–421.
- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M.: SF-36 Health Survey Manual and Interpretation. The Health Institute, Boston 2000.
- Ogińska-Bulik N., Putyński L.: Kwestionariusz *Moje Zwyczaje Żywienniowe* – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzensis Folia Psychologica* 2000; 4: 25–30.
- Ogińska-Bulik N.: Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi. Wydawnictwo WSHE, Łódź 1999.
- Broughton R., Ghanem Q., Hishikawa Y. i wsp.: The socioeconomic and related life-effects in 180 patients with narcolepsy from North America, Asia and Europe compared to controls. W: Karacan I.: The psychophysiological basis of sleep: Proceedings of the third international congress of sleep research. Houston, TX: Noyes 1981: 96–105.