

Depression bei schlafbezogenen Atemstörungen
Ein deprimierender Kenntnisstand

Susan Redline

Authors address:

Susan Redline, MD, MPH;
Associate Professor of
Medicine, Case Western
Reserve School of Medicine,
Cleveland, OH;
10701 East Blvd
Cleveland OH 44106,
Phone 216-791-3800, x5175
Fax 216-231-3420

Mood disturbances, particularly depression, are thought to be among the most troublesome consequences of sleep disordered breathing, impairing quality of life. This conclusion is based on studies of patients with predominantly severe sleep apnea referred to speciality laboratories. Among 50 patients with sleep apnea severe enough to warrant tracheostomy, 56%, 35% and 29% demonstrated findings consistent with depression, hypochondriasis, and conversion-hysteria, respectively [1]. Depression also has been demonstrated in > 25% of patients with sleep apnea who were the subjects of 2 other studies [2, 3]. Depression appears to be greater in those subjects with more severe sleep apnea (3). It has been postulated that such mood changes may be due to sleepiness and impaired neurocognitive functions associated hypoxemia and/or sleep fragmentation. One beneficial effect of treating patients for sleep apnea may be reversal of depression, as has been reported anecdotally [4] and in small studies [5, 6].

The article by Husain and colleagues in this month's journal also reports a high prevalence of depression, assessed by the Beck Depression Inventory, in patients referred to a Sleep Disorders Clinic (found in 29% of patients, regardless of specific presenting symptoms/disease.) Interestingly, within the group that also had polysomnography, depression was no greater among those with more sleep apnea. However, greater obesity was more common in the depressed subjects. This report points to two problems that have been common in studies of sleep apnea and have limited our understanding of the morbidity that can be attributed specifically to this condition. The first is the problem interpreting morbidity patterns in patients referred to a sleep center. referral patterns are influenced by local practice patterns as well as by the local understanding and interpretations of disease-effect relationships. The perceived consequences of a disease will influence which types of patients are referred for further evaluation. This may change over time as differences in local "medical culture". The second problems relates to complicated patterns of co-morbidity found in sleep apnea patients. The high prevalence of obesity and underlying cardiopulmonary disorders makes interpreting the independent effects

Stimmungsstörungen, insbesondere Depressionen, werden zu den schlimmsten Folgen schlafbezogener Atembehinderungen gezählt, weil sie die Lebensqualität beeinträchtigen.

Diese Folgerung basiert auf Untersuchungen von Patienten in Schlaflabors, in die sie vorwiegend wegen schwerer Schlafapnoe überwiesen worden waren. Von 50 Patienten mit so schwerer Schlafapnoe, daß für sie eine Tracheostomie gerechtfertigt war, fanden sich bei 56% diagnostische Befunde von Depression, bei 35% solche von Hypochondrie und bei 29% Befunde einer Konversionshysterie [1]. Depression wurde auch in zwei weiteren Studien bei >25% der Patienten mit Schlafapnoe nachgewiesen [2, 3]. Die Depression scheint bei Patienten mit schwerer Schlafapnoe ebenfalls schwerer zu sein [3]. Es wurde postuliert, daß solche Veränderungen der seelischen Stimmungslage auf Schläfrigkeit und beeinträchtigten neurokognitiven Funktionen infolge von Hypoxämie und/oder fragmentiertem Schlaf beruhen dürfte. Eine günstige Wirkung der Behandlung von Schlafapnoepatienten könnte somit die Behebung einer Depression sein, wie sowohl anekdotisch [4] als auch von kleinen Studien [5, 6] berichtet wird.

Der Beitrag von Husain und Kollegen in dieser Ausgabe der Zeitschrift berichtet auch von einer hohen Rate von Depressionen bei Patienten, die in einer Klinik für Schlafstörungen mit Hilfe des Beckschen Depressionstests ermittelt wurde. Die Depression bestand bei 29% der untersuchten Schlafapnoepatienten, unabhängig von den spezifischen Symptomen bzw. Erkrankungen. Interessanterweise war innerhalb der Gruppe derer, die polysomnographisch untersucht wurden, die Depression bei denen mit stärkerem Schlafapnoesyndrom nicht vermehrt gegeben. Hingegen war stärkere Korpulenz bei den Depressiven allgemeiner. Dieser Bericht weist auf zwei Probleme hin, die sich in Untersuchungen der Schlafapnoe immer wieder zeigen und unser Verständnis der Morbidität begrenzen, die spezifisch dieser Kondition zugeordnet werden kann.

Zum einen ist es das Problem, daß die Interpretation der Morbiditätsmuster auf Patienten beschränkt bleibt, die an Schlafzentren überwiesen werden. Überweisungspatienten stehen unter dem Einfluß sowohl

of sleep apnea on a variety of health outcomes problematic.

Epidemiological data, that assess these relationships among unselected subjects from the community, and across a range of sleep apnea severity indices, will help characterize morbidities that are directly attributable to sleep apnea versus those that are more directly related to confounding factors. From the available data, it is impossible to assess the extent to which sleep apnea per se contributes to mood disorders in the population. However, the data suggest that sleep apnea may interact with a number of other factors (including psychopathologies associated with morbid obesity) to exacerbate mood disturbances. The article reported by Husain et al suggests that a low RDI in a patient referred to a sleep laboratory may be associated with greater depression. It is clear, however, that too little is known about the interactions among depression, obesity, sleep apnea, and other primary and secondary sleep disorders to recommend specific approaches for evaluating the large general category of patient with sleep complaints and mood disturbances.

REFERENCES

- [1] Kales A, Caldwell A, Candieux R, Velabueno A, Ruch L, Mayes S. Severe obstructive sleep apnea: II. Associated psychopathology and psychological consequences. *J Chron Dis.* 1985;38:427-434.
- [2] Reynolds CF, Kupfer DJ, McFachran AM, Taska LS, Sewitch DE, Coble PA. Depressive psychopathology in male sleep apneics. *J. Clin. Psychiatry.* 1984;45:287-290.
- [3] Mosko S, Zetin M, Glen S, et al. Self-reported symptomatology, mood ratings, and treatment outcome in sleep disorder patients. *Clinical psychology.* 1989;45(1):51-60.
- [4] Millman RP, Fogel BS, McNamara ME, Carlisle C. Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: Reversal with nasal continuous positive airway pressure (CPAP). *J. Clin. Psychiat.* 1989;50:348-351
- [5] Engleman HM, Cheshire KE, Deary IJ, N.J.D. Daytime sleepiness, cognitive performance and mood after continuous positive airway pressure for the sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Thorax.* 1993;48:911-914
- [6] Derderian SS, Bridenbaugh RH, Rajogopal KR. Neuropsychological symptoms in obstructive sleep apnea improve after treatment with nasal continuous positive airway pressure. *Chesl.* 1988;94:1023-1027.

von lokalen Praxisrastern als auch vom jeweiligen lokalen Verständnis und entsprechenden Interpretationen der Zusammenhänge von ursächlichen Krankheiten und ihren Auswirkungen. Die wahrgenommenen Folgen einer Erkrankung haben dann Einfluß darauf, welche Art von Patienten zur weiteren Klärung an ein Schlafzentrum überwiesen werden. Das mag sich mit der Zeit ändern, da die unterschiedlichen Begleiterkrankungen allmählich besser erkannt werden und da dies wiederum unterschiedlich zwischen Zentren sein kann, die verschiedenen lokalen „Medizinkulturen“ zugeordnet werden können. Das zweite Problem liegt in den komplizierten Mustern der Begleiterkrankungen von Schlafapnoepatienten. Das häufige Vorkommen von Fettleibigkeit und pneumokardialen Vorerkrankungen macht die Interpretation der unabhängigen Auswirkungen von Schlafapnoe auf eine Reihe von Gesundheitsstörungen problematisch.

Epidemiologische Daten, welche diese Zusammenhänge in einer nicht selektierten Population erheben, und ein darübergelegtes Raster von Indices für die Schwere von Schlafapnoen werden helfen, die direkt der Schlafapnoe zuzuordnende Morbidität von einer solchen zu unterscheiden, die unmittelbarer auf zugrundeliegende Faktoren zurückzuführen ist. Aus den verfügbaren Daten kann unmöglich festgestellt werden, in welchem Umfang die Schlafapnoe an sich zu seelischen Störungen bei den Menschen beiträgt. Andererseits lassen die Daten aber darauf schließen, daß Schlafapnoe in Interaktion mit einer Reihe anderer Faktoren (einschließlich von Psychopathien, die mit krankhafter Korpulenz zusammenhängen) Stimmungsstörungen verstärken dürfte. Die von Husain et al. vorgelegte Arbeit läßt darauf schließen, daß ein niedriger RDI bei einem ins Schlaflabor überwiesenen Patienten mit einer stärkeren Depression einhergehen dürfte. Es ist jedoch klar, daß zu wenig über die Interaktionen zwischen Depression, Obesität, Schlafapnoe and anderen primären und sekundären Schlafstörungen zu wenig bekannt ist, als daß man spezifische Untersuchungen zur Bewertung der umfangreichen Kategorie von Patienten mit Schlafbeschwerden und Stimmungsstörungen empfehlen könnte.