

## **Problemy ze snem – dlaczego stanowią kategorię zaburzeń psychicznych?**

Damian D. Brela

Istniejące dwa systemy diagnostyczne: Międzynarodowa Klasyfikacja ICD publikowana przez WHO oraz amerykański podręcznik DSM przewidują grupę zaburzeń psychicznych związanych ze snem oraz czuwaniem. Można byłoby zapytać, dlaczego problemy ze snem mogą stanowić zaburzenia psychiczne? Oczywiście chodzi tutaj o takie stany, które nie są wywołane przyczynami somatycznymi, czyli np. chorobami neurologicznymi, krążeniowymi, endokrynnymi lub pulmonologicznymi (układ oddechowy) itd. Zazwyczaj, kiedy w potocznym dyskursie jest mowa o zaburzeniach psychicznych, to przede wszystkim na myśl przychodzą stany związane z emocjami, uczuciami – ich regulacją, adekwatnością, zmiennością itd. Bardzo często potoczne rozumienie zaburzeń psychicznych także sprowadza się do niezdrowych zachowań lub co najmniej irracjonalnych. Jest to tylko częściowo prawdziwe.

*Zaburzeniem psychicznym* są takie zespoły objawów, które powodują cierpienie lub niesprawność (Manley, 2010). Na przykład w depresji możemy mieć do czynienia z tak silnym cierpieniem, które może prowadzić nawet do prób samobójczych. Natomiast w przypadku zaburzeń intelektualnych jest to niesprawność funkcjonowania (zob. DSM-IV-TR, DSM - 5). Podobną definicję zaburzenia psychicznego podaje Międzynarodowa Klasyfikacja ICD (ICD-

10). W obu też stosuje się termin “zaburzenie” do każdej jednostki diagnostycznej. Słowo “choroba” nie występuje i nie różnicuje się jakoby jedne stany były “zaburzeniami psychicznymi”, a inne “chorobami psychicznymi”. Pojęcie “choroby” ma jedynie korzenie i znaczenie historyczne, a nie merytoryczne w psychopatologii.

Wracając do istoty artykułu. Rozróżniamy dwa podstawowe warianty zaburzeń snu.

*Pierwotne zaburzenia snu oraz wtórne zaburzenia snu.*

Wtórne zaburzenia snu są rezultatem stanu medycznego, który nie pozwala pacjentowi na spanie. A więc jego przyczyną są takie rzeczy jak np. zaburzenia endokrynologiczne, neurologiczne, ortopedyczne, urazy, stany pooperacyjne i wiele innych. Wiele z przyczyn wtórych zaburzeń snu są znane i jawne dla pacjenta, zatem leczenie problemów ze snem jest w takiej sytuacji łatwiejsze. Natomiast, równie często zdarzają się ukryte problemy somatyczne, które nie pozwalają spać, a pacjent jest ich nieświadomy. Nierzadko zdarza się, że w takich sytuacjach pacjent zgłasza się do lekarza pierwszego kontaktu i dostaje lek nasenny, podczas gdy przyczyna problemu jest wciąż nierozwiązana i może prowadzić do dalszych powikłań, innych konsekwencji.

Pierwotne zaburzenia snu polegają na tym, że ich przyczyną nie są choroby ciała, warunki zewnętrzne (np. hałas), skutki uboczne leków lub substancji psychoaktywnych itd. Pacjenci cierpiący na pierwotne zaburzenia snu zgłaszają przeróżne problemy, np. długo zasypiają, mają płytki sen, szybko się wybudzają, budzą się przedwcześnie, sen nie pozwala wypocząć, czują się jeszcze bardziej zmęczeni. Pacjenci zmęczeni brakiem prawidłowego wyspania się również często zwracają się do lekarza rodzinnego po tabletki lub zdobywają preparaty na własną rękę np. zioła, leki OTC, itd.

Pierwotne zaburzenia snu nie są też wywołane innymi zaburzeniami psychicznymi, np. depresją, schizofrenią itd. Natomiast, przyczyną pierwotnych zaburzeń snu jest stan psychiczny pacjenta, a więc taki stan, który uniemożliwia odprężenie się, zaśnięcie, wyspanie się. Bardzo często źródłem tego są trudności emocjonalne pacjenta, np. związane z relacjami z innymi, z pracą, ze stresem itd., ale także pewne niezdrowe zwyczaje, np. chodzenie do łóżka z telefonem, zasypianie przy włączonym telewizorze, chodzenie coraz później spać, jak również pewnego rodzaju wyuczona bezradność - np. jeśli w ciągu ostatnich dni trudno było zasnąć, to pacjent może obawiać się, że będzie się to powtarzać już zawsze i może unikać spania przed obawą związaną z tym.

Co do leczenia tych dwóch grup zaburzeń, to o ile przy wtórnych zaburzeniach snu, kiedy np. pacjent leży ze złamaną nogą i stan dyskomfortu nie pozwala mu zasnąć doraźne zastosowanie leku może być niekiedy jedyną formą pomocy, tak przy pierwotnych zaburzeniach snu przede wszystkim warto jest się skupić na przepracowaniu trudności wykorzystując do tego psychoterapię. Lek może zmniejszyć cierpienie czy ze względu na przespanie nocy może pomóc z osiągnięciem odpoczynku, to nigdy sam lek nie wykona pracy psychicznej za nas, nie zmieni tego, co w naszym życiu emocjonalnym, w naszych relacjach, w pracy, w domu – nie działa, przestało działać lub z jakiegoś powodu zepsuło się. Zatem przy pierwotnych zaburzeniach snu najważniejsza wydaje się być terapia psychologiczna.

### **Klasyfikacja zaburzeń snu**

ICD-10 (1998) przewiduje następujące jednostki w podkategorii *Nieorganiczne zaburzenia snu*, które należą do kategorii *Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi*:

*Bezsenność nieorganiczna.* Do jej stwierdzenia konieczne są objawy uskarżania się na trudnościach z zasypianiem przez co najmniej miesiąc z częstotliwością co najmniej trzech razy w tygodniu. Ważne jest również to, że problemy ze snem prowadzą do pogorszenia samopoczucia lub funkcjonowania codziennego.

*Nieorganiczna hipersomnia.* Zaburzenie to polega na nadmiernej senności lub napadach snu bądź tzw. Upojeniu sennym, czyli trudności w przejściu po przebudzeniu do stanu pełnego czuwania (aktywności). Problem występuje prawie każdego dnia przez co najmniej miesiąc i wiąże się ze znacznym pogorszeniem samopoczucia lub funkcjonowania codziennego. Nie występują objawy narkolepsji, a także nie da się potwierdzić bezdechu.

*Nieorganiczne zaburzenia rytmu snu i czuwania.* Wzorzec zasypiania nie jest zsynchronizowany z czasem przypadającym na porę zasypiania. Dlatego w czasie, kiedy pacjent powinien spać cierpi na bezsenność, a kiedy jest pora wstawania pojawia się nadmierna senność. Trudność występuje niemalże każdego dnia przez co najmniej miesiąc i bezpośrednio przekłada się na pogorszenie samopoczucia lub funkcjonowania codziennego.

*Somnambulizm (sennowłóctwo),* czyli powtarzające się epizody wstawania z łóżka i chodzenia w pobliżu przez kilka minut do pół godziny. Podczas takiego epizodu pacjent ma zastygły wyraz twarzy, nie reaguje na próby wywarcia wpływu na jego zachowanie, obudzenie go jest znacznie utrudnione. Pacjent nie pamięta przebiegu epizodu. Po przebudzeniu pacjent może chwilowo przejawiać splątanie i dezorientację. W zaburzeniu należy wykluczyć przyczyny organiczne np. otępienie czy epilepsję.

*Lęki nocne* polegają na powtarzających się epizodach (dwukrotnie lub więcej) podczas których pacjent przebudza się ze snu z objawami lęku, paniki, krzyku, wzmożonej aktywności autonomicznej (trudności z oddychaniem, bicie serca, pocenie się). Dzieje się przede

wszystkim podczas pierwszej z trzech części snu. Epizod nie przekracza 10 minut. Pacjent nie reaguje na próby pomocy ze strony innych oraz może przejawiać dezorientację.

*Koszmary senne.* Pacjent budzi się ze snu lub drzemki pod wpływem przerażającego snu, którego treść może być związana z zagrożeniem życia, bezpieczeństwem lub poczuciem własnej wartości. Po przebudzeniu pacjent szybko odzyskuje orientację. Problem wpływa znacząco na samopoczucie pacjenta oraz nie występują przyczyny organiczne.

*Inne nieorganiczne zaburzenia snu. / Nieokreślone, nieorganiczne zaburzenia snu.* ICD-10 nie podaje opisu tych jednostek.

DSM-5 (2013) przewiduje kategorię *Zaburzenia snu i czuwania*:

- *Zaburzenia polegające na bezsenności;*
- *Zaburzenie z nadmierną sennością;*
- *Narkolepsja.*

Podkategorię *Zaburzenia snu związane z oddychaniem*:

- *Bezdech obturacyjny;*
- *Centralny (ośrodkowy) bezdech senny;*
- *Hiperwentylacja związana ze snem;*
- *Zaburzenie okołodobowego rytmu snu i czuwania*  
(postać z opóźnieniem fazy snu, postać z przyspieszeniem fazy snu, postać z nieregularnym rytmem snu i czuwania, postać z nie 24-godzinnym rytmem snu i czuwania, postać związana z pracą zmianową).

Podkategorię *Parasomnie*:

- *Zaburzenia związane z wybudzaniem w czasie snu NonREM;*
- *Koszmary senne;*
- *Zaburzenia zachowania w czasie snu REM;*
- *Zespół niespokojnych nóg;*
- *Zaburzenia snu wywołane substancją / lekiem;*

Zaburzenia z klasyfikacji DSM-5 ze względu na podany przez autorów bogaty materiał badawczy zostaną opisane w osobnych artykułach pojedynczo.

#### **Literatura**

American Psychiatric Association (2013). Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. Edra Urban & Parttner, Wrocław.

American Psychiatric Association (2018). Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Wydanie piąte (DSM-5). Edra Urban & Parttner, Wrocław.

Manley M.R.S. (2010). Psychiatria. Praktyczny przewodnik kliniczny. Elsevier Urban & Parttner, Wrocław.

WHO (198). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Wydawnictwo Vesalius, Kraków - Warszawa.