

Zaburzenia snu (u dzieci i młodzieży)



Fot. ABC zdrowie

Monika Kłos, 15.01.2022 r.

Definicja/ klasyfikacja

- **Zaburzenia snu** jest to grupa zaburzeń, które mogą dotyczyć długości snu, jak i jego jakości. Niektóre zaburzenia snu są na tyle poważne, że zakłócają normalne fizyczne, umysłowe i emocjonalne funkcjonowanie.
- Zaburzenia snu są uwzględniane zarówno w klasyfikacji amerykańskiej DSM–5, jak i klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-11.
- Jednak w sposób najbardziej kompletny są one zebrane w Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu ICSD-3.

DSM-5

- Zaburzenia snu i czuwania
- Zaburzenia polegające na bezsenności;
- Zaburzenia z nadmierną sennością;
- Narkolepsja;
- Zaburzenia snu związane z oddychaniem;
- Parasomnie.

Klasyfikacja ta uzupełniła i uwzględniła następujące kryteria diagnostyczne, które pomagają w rozpoznawaniu zaburzeń snu:

- 🕒 zaburzenia snu nocnego utrzymujące się przez ponad 4 tygodnie;
- 🕒 czas potrzebny do zaśnięcia jest dłuższy niż 30 minut;
- 🕒 całkowity czas snu jest krótszy niż 6 godzin;
- 🕒 występuje obniżone samopoczucie w trakcie dnia

Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu ICSD-3

Klasyfikacja ta dzieli zaburzenia snu **na pierwotne i wtórne**, czyli na występujące samoistnie lub towarzyszące innym chorobom. Dzieli zaburzenia snu na trzy podstawowe grupy:

1. **dyssomnie**, czyli pierwotne zaburzenia zasypiania, kontynuacji snu lub nadmiernej senności – zaburzenia snu lub czuwania *per se*; (np. insomnie, hipersomnię, narkolepsję, zaburzenia oddychania podczas snu, zaburzenia rytmów dobowych);
2. **parasomnie**, czyli epizodyczne zjawiska występujące we śnie towarzyszące wybudzeniu, częściowemu wybudzeniu lub przejściu między stadiami snu;
3. **zaburzenia snu w chorobach somatycznych i psychiatrycznych** oraz inne zaburzenia snu.

Jakie są dzienne zalecenia ilości snu dziecka?



niemowlęta
od 4 do 12 miesięcy:



12 - 16 godzin



dzieci w wieku
od 1 do 2 lat:



11 - 14 godzin



dzieci w wieku
od 3 do 5 lat:



10 - 13 godzin



dzieci w wieku
od 6 do 12 lat:



9 - 12 godzin



nastolatki
od 13 do 18 lat:



8 - 10 godzin

Etiologia / rozpoznanie

Do 1 roku życia:

- problemy ze snem są powszechne.
- związane są one z różnymi sytuacjami i problemami medycznymi.
- powstaje w wyniku zaburzeń afektu, przejściowych problemów adaptacyjnych, zaburzeń po stresie traumatycznym czy zaburzeń relacji.
- wielokrotnie mogą występować zarówno zaburzenia snu przemijające, jak i przewlekłe.
- U 25-50% niemowląt w wieku od 6 do 12 miesiąca życia i u 30% dzieci jednorocznych zaobserwować można przebudzenia ze snu nocnego.
- Około 50% dzieci 12 – miesięcznych ma trudności z zasypianiem lub nie może uspokoić się przed zaśnięciem. Czynniki zaburzeń snu są m.in.: temperament dziecka, depresja matki, stres w rodzinie, schorzenia somatyczne niemowlęcia.

zaburzenia

Zaburzenie zasypiania (Protodyssomnia związana z zasypianiem). Charakteryzują je problemy z zasypianiem przejawiające się długością czasu potrzebnego, aby dziecko zasnęło, potrzebą dziecka, aby rodzic pozostał w pokoju, dopóki ono nie zaśnie i/lub potrzebą dziecka, aby rodzic wracał (np. rodzic wychodził z pokoju i wraca w odpowiedzi na wołanie dziecka).

Zaburzenie ciągłości snu (Protodyssomnia związana z budzeniem się nocnym). Problem budzenia się w nocy oznacza przebudzanie się wymagające interwencji ze strony rodzica i/lub przebudzanie się z przychodzeniem do łóżka rodziców.

1-3 rok życia

Łagodne przysenne mioklonie noworodkowe – specyficzną cechą mioklonii są asynchroniczne zrywy kończyn i tułowia występujące w okresie noworodkowym w czasie snu spokojnego (ICSD, 1990). Występują one w seriach z częstotliwością 1Hz. W zapisie EEG nie stwierdza się w tym czasie zmian napadowych. Spontaniczna remisja mioklonii następuje przed 4. mies. życia. Wymagają rozróżnienia z drgawkami mioklonicznymi. Nie wymagają leczenia

2. Rytmiczne ruchy z zasypianiem (jaktacje) – powtarzające się, stereotypowe ruchy obejmujące zazwyczaj głowę i szyję, które typowo występują w okresie poprzedzającym zaśnięcie i mogą jeszcze utrzymywać się w płytkim śnie. Epizody te trwają krócej niż 15 min. i dają się przerwać. Zachowania te o różnym stopniu nasilenia są spotykane u 75% dzieci w 1.rz. i ustępują z wiekiem. Nie wymagają leczenia.

zaburzenia

3. Nocne budzenie – zachowania zmuszające otoczenie do zajęcia się dzieckiem w trakcie wybudzeń nocnych. Występuje u ok. 40% dzieci w pierwszych latach życia i przyczyną mogą być błędy wychowawcze. Każde dziecko budzi się kilka razy w ciągu nocy, natomiast problem powstaje wówczas, gdy dziecko nie potrafi poradzić sobie z wybudzeniem i zaczyna płakać.

4. Opór przy kładzeniu się do łóżka – krzyk, płacz i agresja wtórna do narastającego zmęczenia dziecka, które jednak nie chce podporządkować się konieczności pójścia spać. Prowadzić to może do zasypiania w niewłaściwym miejscu, a następnie do częstszych wybudzeń nocnych oraz dezorganizacji życia rodziny. Problem z reguły jest następstwem błędów wychowawczych i wymaga ustalenia odpowiednich zmian w postępowaniu z dzieckiem.

- U dzieci nie jest uważane za zachowanie patologiczne. Zwykle zachowanie to zaczyna się w wieku 6-12 lat i utrzymuje się przez kilka lat – większość wyrasta z niego do 16 roku życia.
- Niechęć przed kładzeniem się spać obserwuje się u 10-15% dzieci, natomiast nocne przebudzenia lub trudności z zaśnięciem dotyczą 15-30%.
- U około 20% przypadków somnambulizm jest genetycznie uwarunkowany. Przyczyną lunatykowania może być zmęczenie, stres, choroba, przyjmowanie leków
- **Bruksizm** – oznacza mimowolne zgrzytanie i zaciskanie zębów w trakcie snu. Badania wskazują, że wraz ze zwiększającą się liczbą zachorowań, równolegle postępuje obniżanie wieku, w jakim pojawiają się symptomy

Lęki nocne (łac. *pavor nocturnus*) – charakteryzują się epizodami płaczu, krzyku z towarzyszącymi gwałtownymi zachowaniami ruchowymi (bicie, siadanie, wstawanie), z objawami wegetatywnymi (tachykardia, zaczerwienienie twarzy, rozszerzenie źrenic), w trakcie których nie można nawiązać kontaktu z dzieckiem.

Somnambulizm – określany jako lunatyzm lub sennowłóctwo. Objawia się pod postacią zachowań, takich jak: siadanie na łóżku, opuszczanie łóżka i wędrowanie, a w skrajnych przypadkach wychodzenie na zewnątrz (poza dom).

Koszmary nocne (*nightmares*) zwane także zmorą nocną polegają na przeżywaniu przerażających snów. Są to uwidocznione objawy strachu (krzyk, płacz) towarzyszące marzeniom sennym o przerażającej treści, zazwyczaj prowadzące do wybudzenia.

Wiek szkolny oraz okres dojrzewania

- braki jakościowe występujące w nieprawidłowej diecie, zaburzenia przemiany materii,
- stany osłabienia po przewlekłych chorobach takich jak: niedoczynność tarczycy, cukrzyca. stan psychoneurozyjny dorastającej młodzieży
- Dominują zaburzenia snu wtórne związane z zmianą trybu życia: okres intensywnej nauki oraz intensywnych kontaktów towarzyskich; stałe zmiany godzin snu; częstotliwość spożywanie herbaty, kawy i innych napojów wysokoenergetycznych;
- Do zaburzeń snu w okresie dorastania należą: koszmary senne z lękiem, nieodpowiednia higiena snu, bezsenność, zespół opóźnionej fazy snu, zespół niespokojnych nóg, zespół okresowych ruchów kończyn podczas snu, narkolepsja

1. **Zespół Kleinego i Levina** – istota choroby polega na okresach nadmiernej senności, w trakcie których pacjenci śpią ponad 20 godzin na dobę, budzą się jedynie w celu zjedzenia posiłku lub potrzeb fizjologicznych. Wzmóżonej senności towarzyszy nadmierny apetyt. Nieprzyjemne incydenty senności trwają od kilku dni, do kilku tygodni. Pomiedzy incydentami osoby nie wykazują żadnych innych objawów. Incydenty mogą natomiast poprzedzone krótkotrwałymi zaburzeniami zachowania, orientacji i mowy, a czasem nawet halucynacjami.
2. **Zespół opóźnionej fazy snu** – jest zaburzeniem rytmów okołodobowych, który objawia się trudnościami w zasypianiu. W zespole tym wewnętrzny zegar biologiczny nie jest synchronizowany z rytmem dnia i nocy. Nieprawidłowość ta najczęściej pojawia się w okresie dojrzewania a szczególnie u chłopców

Diagnostyka

- **Wywiad psychospołeczny**

Ukierunkowany wywiad powinien skupiać się na ustaleniu zaburzeń ilości i jakości snu, uwzględnić uważne poznanie historii psychospołecznej, funkcjonowania w ciągu dnia, zachowań i zwyczajów związanych z kładzeniem się spać oraz zachowania w nocy. Pytania powinny być ukierunkowane na uzyskanie informacji dotyczącej rodzinnej, warunków życiowych, ważnych wydarzeń życiowych i znaczących zmian i czynników stresowych.

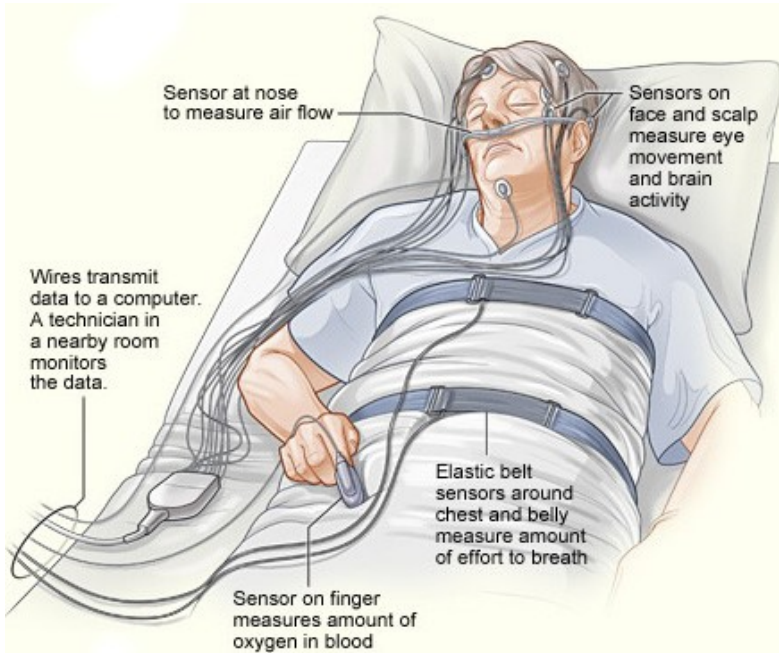
- **Dzienniczki snu**

są graficzną metodę zapisu 24-godzinnego cyklu sen-czuwanie. Pacjent lub rodzic jest proszony o codzienne zapisywanie pory zasypiania i wstawania w okresie 1-2 tygodni. Taki zapis może stanowić cenne źródło informacji dotyczących spójności i braków w rozkładzie snu pacjenta oraz może służyć jako przesłanka oceny zmian związanych z różnymi interwencjami terapeutycznymi

Testy

- dzieci w wieku szkolnym używana jest 8-punktowa **skala PDSS** (Pediatric Daytime Sleepiness Scale)
- **BEARS**- do badań przesiewowych, stosuje się u dzieci od 2 do 18 lat, kwestionariusz składa się z pięciu punktów: problemy związane z kładzeniem się do łóżka (B -Bedtime problems), nadmierna senność w ciągu dnia (Excessive daytime sleepiness), wybudzenia w nocy (Awakenings), regularność kładzenia się wieczorem i wstawania rano (Regularity), kłopoty z oddychaniem lub chrapanie (Sleep- -related breathing problems or Snoring)
- **Kwestionariusz CSHQ** składa się z 33 pytań, jest stosowany u dzieci w wieku 4-10 lat, głównie w przebiegu badań naukowych dotyczących snu. W Polsce dostępny jest kwestionariusz nawyków związanych ze snem dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (polska adaptacja autorstwa: Rogala, Wałęcka, Wichniak)
- **Kwestionariusz PSQ** jest narzędziem złożonym z 22 pytań, przeznaczonym dla dzieci i nastolatków w wieku 2-18 lat. PSQ daje wyższą punktację w obecności zaburzeń oddychania podczas snu, chrapania, nadmiernej senności, zachowań odbiegających od normy oraz okresowych ruchów kończyn (PLMD).

Polisomnografia (poligrafia, PSG)



Monitorowane parametry

Ocena etapów snu wymaga 3 badań:

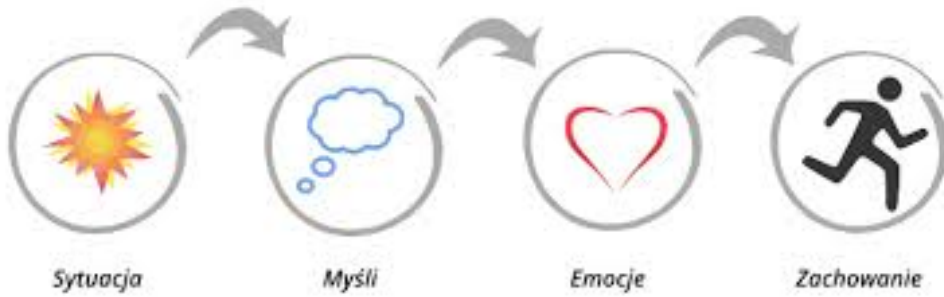
- elektroencefalografii (EEG) - aktywność elektryczna mózgu
- elektrookulografii (EOG) - ruchy gałek ocznych
- elektromiografii powierzchniowej (EMG) - aktywność mięśniowa

Źródło: <https://www.cpapblog.pl/2019/05/polisomnografia-poligrafia-psg-wszystko.html>

- **Test wielokrotnej latencji snu** (multiple sleep latency testing, MSLT) jest wykorzystywany do oceny senności w ciągu dnia oraz do rozpoznawania narkolepsji . Często jest przeprowadzany bezpośrednio po nocnym badaniu polisomnograficznym. Polega ono na rejestracji 4, 5 drzemek w ciągu dnia, które przerywa się 15 min po zaśnięciu. Jeżeli sen nie wystąpi, rejestracja jest przerywana po upływie 20 min. Badanie ma ograniczone zastosowanie u dzieci, ponieważ wymaga współpracy pacjenta, ze względu na drzemki w ciągu dnia, które mogą być normalne oraz na brak przeprowadzonej walidacji badania u dzieci poniżej 6 roku życia.
- **Badanie aktygraficzne.** Jest stosowane do oceny bezsenności i zaburzeń rytmów okołodobowych. Może trwać do ono min. siedem dni, nawet dwa tygodnie i dostarcza informacji o porach zasypiania i budzenia się. Może być wykonywana ambulatoryjnie, pacjent nosi wtedy małe urządzenie przypominające zegarek.

Badanie	Opis	Wskazanie
Aktygrafia	Badanie dostarczające obiektywnych informacji na temat cyklu sen-czuwanie w oparciu o założenie, że ruch wskazuje na stan czuwania	Bezsennaść lub zaburzenia rytmu okołodobowego
MSLT	Wykorzystanie serii drzemek do oceny tendencji do zasypiania (pomiar latencji REM)	Senność w ciągu dnia lub narkolepsja
Nocna polisomnografia	Pomiar wielu parametrów fizjologicznych w czasie nocnej sesji, podstawowa metoda badania architektury snu	OSA, UARS, obturacyjne spływanie oddychania, okresowe ruchy kończyn, napady

MSLT – test wielokrotnej latencji snu, REM – szybkie ruchy gałek ocznych, OSA – obturacyjny bezdech podczas snu, UARS – zespół oporu górnych dróg oddechowych.



Leczenie

- ❖ W leczeniu bezsenności u dzieci stosuje się głównie metody behawioralne.
- ❖ Ich skuteczność wynosi ponad 80% .
- ❖ Metody behawioralne mogą być stosowane u dzieci powyżej 6. m.ż.
- ❖ U mniejszych dzieci trzeba pamiętać o zapobieganiu, wykształcając odpowiednie nawyki związane ze snem i stosując zasady higieny snu.

Edukacja rodziców

Wykazano, że edukacja rodziców, szczególnie w okresie prenatalnym lub krótko po urodzeniu dziecka, jest bardzo skutecznym sposobem zapobiegania rozwojowi behawioralnych zaburzeń snu u dzieci.

Higiena snu

sypialnia pozbawiona intensywnych bodźców

stałe ramy snu

rytuały okołosenne

unikanie napojów zawierających kofeinę

czytanie przed snem

zasypianie we własnym łóżku pod nieobecność rodzica

ograniczenie czasu korzystania z urządzeń emitujących

spektrum światła niebieskiego (tablety, smartfony,

komputery, telewizory)

umiarkowana aktywność fizyczna w ciągu dnia

śniadanie bogate w tryptofan oraz witaminę B6, ekspozycja

na światło w godzinach porannych

Interwencje behawioralne

Niemodyfikowane wygaszanie, zwane też wyplakaniem się (crying out approach) jest skuteczne, jednak jego zastosowanie jest szczególnie trudne dla rodziców

Zmodyfikowane wygaszanie wiąże się z obecnością rodzica w pokoju dziecka w trakcie usypiania, ale bez ingerencji, i charakteryzuje się porównywalną skutecznością do niemodyfikowanego wygaszania.

Stopniowe wygaszanie polegające na planowych krótkich wizytach w przypadku nieustającego płaczu, np. co pięć minut, lub na stopniowym wydłużaniu czasu pomiędzy kolejnymi reakcjami na płacz dziecka.

Zaplanowane wybudzenia. Zwykle budzenie dziecka na krótki czas przed porą jego zwykłego wybudzenia spontanicznego lub częściowego

Chronoterapia jest interwencją ukierunkowaną na poprawę cyklu sen-czuwanie. Jest to metoda stosowana głównie do leczenia nastolatków z zespołem opóźnionej fazy snu

Fizjoterapia

- wodolecznictwo, leczenie klimatyczne, leczenie ruchem (kinezyterapia), rozmaite rodzaje masażu, leczenie inhalacjami, światło-lecznictwo, leczenie sanatoryjne.

Bajkoterapia

- Bajki terapeutyczne są utworami adresowanymi do dzieci, głównie w wieku 4-9 lat, w których świat jest widziany z dziecięcej perspektywy, a ich celem jest uspokojenie, zredukowanie problemów emocjonalnych i wspieranie we wzroście osobistym

Muzykoterapia

- polega na leczeniu poprzez słuchanie odpowiednio dobranych utworów muzycznych,
- muzyka działa szczególnie na sferę emocji człowieka, może pobudzać, wprawiać w niepokój, ale także łagodzić, uspokajać i harmonizować.

Terapia rodzinna

- w paradygmacie systemowym
- terapię indywidualną dziecka w podejściu behawioralno-poznawczym, w którym stosuje się trening relaksacyjny.

Leczenie farmakologiczne

- dobór farmakoterapii powinien być zindywidualizowany,
- dostosowany do rozpoznania klinicznego i zoptymalizowany pod kątem profilu farmakokinetycznego

- Preparaty stosowane u dzieci z zaburzeniami snu: przeciwhistaminowe, melatonina, mieszanki ziołowe, benzodwiazepiny, agoniści receptorów GABA (zolpidem, zopiklon, zaleplon), ramelteon (nieдоступny w Polsce), alfa-agoniści (klonidyna), leki przeciwdepresyjne, stabilizatory nastroju i atypowe leki przeciwpsychotyczne.

- Andrzejczak B., Śmigiełski J., Gmitrowicz A. : *Analiza wybranych parametrów snu w populacji młodzieży szkolnej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2017, nr 17(4), s. 279–288.
- American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*. Third edition (ICSD-3). 2014. <http://www.aasmnet.org/store/product.aspx?pid=849> [dostęp styczeń 2022].
- Beer W., *Bezsennosc i inne zaburzenia snu u dzieci i dorosłych*. PZWL, Warszawa, 1983.
- Emde R., *RDC-PA: a major step forward and some issues*. Journal of American Academy Child Adolescence Psychiatry, 42 (12), (2003), s. 1513-1516;
- Fry J.M. *Zaburzenia snu*. W: Rowland L.P. (red.): Neurologia Merritta. Urban & Partner, Wrocław 2004: 844-851.
- Goldstein N.A., Fatima M., Campbell T.F., et al. *Child behavior and quality of life before and after tonsillectomy and adenoidectomy*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;128(7):770-775.
- Guillemineault C., Zvonkina V., Tantrakul V., Kim J.H.. *Advances in narcolepsy syndrome and challenges in the pediatric population*. Sleep Med Clin. 2007;2(3): 397-404.
- Heitzman J. *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*. Psychiatria Polska, 2020; 54: 187-198.
- Ivanenko A., Patwari P.P., *Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń snu u dzieci*, Tom 6, Nr 4, 2009 • Psychiatria po Dyplomie, podyplomie.pl/psychiatriapodyplomie.
- Kaczor M., Skalski M., *Leczenie behawioralnych zaburzeń snu u dzieci i młodzieży – przegląd literatury*, „Psychiatria Polska 2016”; 50(3): 571–584, ww.psychiatriapolska.pl (dostęp 05.01.2022).
- Kojder I. (pod red.) *Mózg a sen*. W: Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2011-2013. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Szczecin 2013, s. 80–83.nu w populacji młodzieży szkolnej. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2017, nr 17(4), s. 279–288.
- Kothare SV., Kaleyias J. *The clinical and laboratory assessment of the sleepy child*. Semin Pediatr Neurol. 2008;15(2):61-69.
- Krysiak-Rogala K, Jernajczyk W. *Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi – zaburzenia afektywne i lękowe*. Psychiatria Polska, 2013; 47(2): 303–312.
- Kotagal S., Pianosi P., *Sleep disorders in children and adolescents*. British Medical Journal,332, (2006), s. 828.
- Lemola S, Räikkönen K, Scheier MF, Matthews KA, Pesonen AK, Heinonen K. i wsp. *Sleep quantity, quality and optimism in children*. J. Sleep Res. 2011; 20(1 Pt 1): 12–20.
- Mankiewicz M., Panek H., 2006. *Wpływ wybranych czynników emocjonalnych na występowanie bruksizmu*. Dental and Medical Problems, 43, 1, (2006), s. 89-93.
- Morrison J. , *DSM-5 Bez Tajemnic Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Wydanie I, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Piteo A.M., Roberts R.M., Nettelbeck T., Burns H., Lushington K., Martin JA. i wsp. *Postnatal depression mediates the relationship between infant and maternal sleep disruption and family dysfunction*. Early Hum. Dev. 2013; 89(2): 69–74.
- Roberts R.E., Roberts C.R., Chen I.G. *Impact of insomnia on future functioning of adolescents*. J. Psychosom. Res. 2002; 53(1): 561–569.
- Sears, W., Sears, M., *Zасыpianie bez płaczu*, K.E Liber, Warszawa, 2008.
- Skalski M., *Zaburzenia snu w codziennej praktyce*. Warszawa, Medical Tribune, 2012 .
- Skalski M., *Bezsennosc – patogeneza i leczenie*. Problemy Nauk Biologicznych, 63, 2, (2014), s. 233-243.
- Soffer-Dudek N., Sadeh A., Dahl R.E., Rosenblat-Stein S. *Poor sleep quality predicts deficient emotion information processing over time in early adolescence*. Sleep 2011; 34(11): 1499–1508.
- Stores G., *Parasomnias of Childhood and Adolescence*. Sleep Med Clin. 2007;2(3):405-417.
- Szelenberger W., Skalski M.: *Zaburzenia snu*. W: Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria. Tom II, Urban & Partner, Wrocław 2002: 539-554.
- Szymańska K., *Zaburzenia snu*. [w] Wolańczyk T., Komender J. (red.). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. PZWL, Warszawa, 2006;
- Urban, M., *Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży*, Postępy Psychiatrii i Neurologii, 16(3), (2007), s. 257-262.
- Zając A., Skowronek-Bała B., Wesołowska E., Kaciński M., *Wstępne wyniki badań elektroencefalograficznych i polisomnograficznych zaburzeń snu u dzieci*. Przegląd lekarski, 11, (2009), s. 988-991;
- Psychiatria po Dyplomie, podyplomie.pl/psychiatriapodyplomie; <https://medycynaholistyczna.com.pl/2017/06/01/problemy-ze-snem-u-dzieci-przyczyny-leczenie/>
- (dostęp styczeń 2022)
- <https://www.kaszmirowysen.pl/blog/fazy-snu-rem-i-n-rem-opis-faz-zaburzenia-snu>, (dostęp styczeń 2022)
-