

# Grzechy diagnostyki i leczenia bezsenności

Na podstawie swoich doświadczeń spróbuję przedstawić subiektywną listę najczęstszych błędów, ślepych uliczek, zaniechań, zbytniej pochopności lub kierowania się stereotypami w rozpoznawaniu i leczeniu bezsenności

**Dr n. med. Michał Skalski**  
Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu  
Katedry i Kliniki Psychiatrycznej UM  
w Warszawie

**M**imo systematycznego rozwoju wiedzy na temat diagnostyki, patogenezy i leczenia bezsenności ciągle spotykam się z licznymi błędami popełnianymi zarówno przez lekarzy rodzinnych, jak i przez psychiatrów. Błędy pojawiają się na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, począwszy od niewłaściwego rozpoznania czy braku rozpoznania, a skończywszy na leczeniu, gdzie powszechnym błędem, czy wręcz grzechem, jest przewlekłe podawanie agonistów benzodiazepinowych.

Do Poradni Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice Psychiatrycznej WUM od ponad 20 lat codziennie zgłaszają się pacjenci mający różne kłopoty ze snem (już ponad 5 tys. osób). Około 80 proc. skarży się na bezsenność. Większość pacjentów z bezsennością ma bardzo długi, wieloletni wywiad trwania choroby, wiele prób leczenia przez różnych specjalistów, w tym także sporo wizyt i prób leczenia przez psychiatrów (często mało skutecznych).

## **Błędne rozpoznanie:**

- brak bezsenności:
  - prawidłowy sen, ale nierealistyczne oczekiwania pacjenta
  - nie bezsenność, a deprivacja snu
  - zaburzenia rytmu okołodobowego, błędnie rozpoznawane jako bezsenność (lub nadmierna senność):
    - opóźniona faza zasypiania
    - przyspieszona faza zasypiania
- inna choroba, w której bezsenność jest tylko objawem:
  - zaburzenia depresyjne
  - zaburzenia lękowe
  - zaburzenia adaptacyjne
  - zaburzenia somatyczne
- inne zaburzenia snu, które zakłócają przebieg snu:
  - zaburzenia oddychania podczas snu
  - zaburzenia ruchowe podczas snu

W tych wszystkich przypadkach nawet najlepsze leczenie bezsenności nie da żadnego efektu.

## **Błędne leczenie:**

- przewlekłe podawanie benzodiazepin
  - brak informacji o higienie snu i strategiach behawioralnych
- Tego typu postępowanie, mało że nie pomaga, to dodatkowo jeszcze nasila bezsenność i prowadzi do uzależnienia od benzodiazepin.
- Omówmy prezentowane przypadki.

**NAJPOWAŻNIEJSZY BŁĄD POPEŁNIANY PRZEZ PSYCHIATRÓW PRZY ROZPOZNAWANIU I LECZENIU BEZSENNOŚCI – PRZEWLEKŁE PODAWANIE BENZODIAZEPIN. JEST TO NIE TYLKO BŁĄD, ALE WRĘCZ KRZYWDA, JAKĄ SIĘ ROBI PACJENTOM.**

## BRAK BEZSENNOŚCI

### PRAWIDŁOWY SEN I NADMIERNE, NIEREALISTYCZNE OCZEKIWANIA (GŁÓWNI U OSÓB STARSZYCH, NIEAKTYWNYCH ZAWODOWO)

Pacjent skarży się na częste wybudzenia w nocy, trwające 2-3 godziny. Albo narzeka, że gdy położy się do łóżka, czeka 2-3 godziny na zaśnięcie. Albo budzi się o 5 nad ranem i leży do 7-8, nie mogąc zasnąć. W każdym z tych przypadków większość lekarzy psychiatrów zaleca stosowanie leków nasennych, przyjmowanych wieczorem przed zaśnięciem, albo w razie przebudzenia.

Takie postępowanie jest błędem. Zanim postawimy rozpoznanie bezsenności i rozpoczniemy leczenie, należy zebrać wywiad dotyczący pór snu albo zalecić pacjentowi prowadzenie dzienniczka snu (są nawet dostępne w internecie). Zwykle w wymienionych powyżej przypadkach osoba skarżąca się na jedną z wymienionych postaci bezsenności kładzie się spać około 22-23 i wstaje około 7-8. Można łatwo policzyć, że w nocy w łóżku spędza 8 do 10 godzin. Jeśli osoba skarżąca się na bezsenność jest emerytem, jest mniej aktywna, ma powyżej 60 lat, jej zapotrzebowanie na sen wynosi około 6 godzin. Jeśli spędza w łóżku 9-10 godzin, musi mieć 2-3 godziny czuwania w trakcie godzin snu.

**Prawidłowe rozpoznanie:** sen prawidłowy, niewłaściwa higiena snu.

**Prawidłowe postępowanie:** należy dopasować pory snu do realnych godzin, jakie pacjent jest w stanie przespać. To znaczy, że pacjent powinien kłaść się spać 2-3 godziny później lub wstawać z łóżka 2-3 godziny wcześniej, zależnie od jego chronotypu (sowa czy skowronek). Przy okazji takich rozmów należy z pacjentem omówić powszechnie powtarzane błędne poglądy dotyczące snu – muszą spać 8 godzin, najlepszy jest sen przed 24.00, itp. Warto też poinformować pacjenta o zasadach higieny snu.

### DEPRYWACJA SNU, GŁÓWNI U OSÓB MŁODSZYCH, KTÓRE „NIE MAJĄ CZASU NA SEN”

Do lekarza zgłasza się pacjent, który skarży się na stałe uczucie zmęczenia w ciągu dnia, często zasypia w czasie monotonicznych zajęć (np. na wykładzie), już od kilku tygodni budzi się rano niewyspany i zmęczony. Zwykle po takich skargach psychiatra rozpoznaje jakąś postać depresji i ordynuje leki przeciwdepresyjne. Jeśli lekarz zada pacjentowi kilka pytań dotyczących snu, może usłyszeć, że pacjent nigdy nie miał problemów ze snem, a nawet gdy zarywał noce, odsypiał je w weekendy. Ale rzeczywiście od kilku tygodni coraz trudniej mu się zasypia, choć bardzo się stara i często już o 22.00 kładzie się do łóżka, „żeby się wreszcie wyspać”. Zwykle takie uzupełnienie jeszcze bardziej utwierdza lekarza w rozpoznaniu bezsenności i często powoduje dołożenie leku nasennego do leku przeciwdepresyjnego. Taka kuracja z reguły zwiększa senność i nie przynosi szczególnej poprawy.

Właściwe rozpoznanie można postawić, jeśli zbierzemy dokładny wywiad dotyczący zachowań okołosennych pacjenta. Dowiemy się, że pacjent od kilku, a może nawet kilkunastu tygodni regularnie nie dosypia. Często uczy się po nocach (np. ambitny student medycyny), ale baluje do późna. W weekendy może spać do 15.00, więc wraca z klubu nad ranem, ale nie budzi się wyspany.

**Prawidłowe rozpoznanie:** przewlekła deprivacja snu, która doprowadziła do zaburzeń rytmu okołodobowego.

**Prawidłowe postępowanie:** Należy przekonać pacjenta do ustalenia i pilnowania regularnych pór snu około 6-godzinnych. Pacjentowi początkowo może być trudno wypełnić snem ustalone ramy snu, bo jego mózg i zegar biologiczny odzwyczaiły się od normalnego rytmu. Ale zwykle po 2 tygodniach rytm okołodobowy pacjenta wraca do normy, co normalizuje sen i zmniejsza senność oraz zmęczenie w ciągu dnia.

## ZABURZENIA RYTMU OKOŁODOBOWEGO

**Opóźniona faza zasypiania** (zwykle u ludzi młodych, licealistów i studentów, często u osób, które zmieniły pracę i muszą wstawać wcześniej niż kiedyś).

Pacjent zgłasza się do lekarza ze skargami na kłopoty z zaśnięciem, trwające praktycznie od dzieciństwa, odkąd pamięta. Nasiliły się one w ostatnim okresie, gdy pacjent zmienił miejsce pracy (musi dalej dojeżdżać). Pacjent zwykle bardzo dramatycznie opisuje swoje wysiłki związane z zasypianiem. Oczywiście z powodu tej „walki o zaśnięcie” zasypia coraz później, chociaż stara się coraz wcześniej kłaść się do łóżka. Z każdym dniem budzi się coraz bardziej zmęczony i niewyspany.

Po takim wywiadzie pacjent ma stawiane rozpoznanie bezsenności, czasem wtórnej do zaburzeń lękowych czy adaptacyjnych, bo zmienił miejsce pracy. Niektórzy psychiatrzy doszukują się depresji – złe ranne samopoczucie, narastające zmęczenie w ciągu dnia. Konsekwencją rozpoznania bezsenności jest zalecenie pacjentowi leków nasennych, czasem przeciwdepresyjnych o działaniu nasennym. Taka kuracja może i ułatwia zasypianie, jednak pacjent nadal ma trudności z rannym wstawaniem. Zwiększanie dawek leków podawanych wieczorem być może wydłuża sen, ale działa tłumiąco w ciągu dnia, pogarszając samopoczucie pacjenta.

**Właściwe rozpoznanie:** opóźniona pora zasypiania. Żeby je postawić, wystarczy proste pytanie: o której pacjent wstaje w wolne dni i w wakacje. Zwykle słyszymy wtedy, że w sobotę czy w czasie urlopu, nawet gdy kładzie się później, może spać do 12.00 lub dłużej. Taka informacja, że pacjent może przespać 12 godzin, wyklucza rozpoznanie bezsenności.

**Prawidłowe postępowanie:** dopasowanie aktywności społecznej do swojego zegara biologicznego i chronotypu wieczornego (sowy). Jeśli jest to dla pacjenta niemożliwe, można zaproponować stopniowe cofanie zegara biologicznego,

poprzez przyspieszanie pory budzenia, np. co pół godziny co 1-2 tygodnie, aż do osiągnięcia oczekiwanych pór snu.

**Przyspieszona pora zasypiania** (zwykle u ludzi w starszym wieku, mało aktywnych w ciągu dnia).

Pacjent zgłasza skargi na przedwczesne budzenie, opisuje jak budzi się o 4-5 nad ranem i mimo że leży w łóżku jeszcze do 7.00 czy 8.00, nie jest w stanie zmrugać oka. Jeśli dopytamy, jak sypiał wcześniej, potwierdzi, że nigdy nie miał kłopotów z zaśnięciem, zresztą teraz też dość szybko zasypia, i zwykle sypiał do 6.00, zwłaszcza gdy jeszcze chodził do pracy. Po takim wywiadzie lekarz przeważnie rozpoznaje bezsenność pod postacią wczesnego budzenia albo depresję. Jeśli nie zapytamy pacjenta, o której zwykle kładzie się do łóżka i w efekcie jak długo śpi, nie będziemy w stanie postawić prawidłowego rozpoznania. Gdy zapytamy o porę zasypiania lub obejrzymy dzienniczek snu, zwykle słyszymy, że „najpóźniej o 22.00 kładę się do łóżka, bo czuję bardzo dużą senność. Zasypiam często nawet wcześniej, jeszcze przed telewizorem”. Gdy policzymy, stwierdzimy, że nasz pacjent przesypia średnio około 6-7 godzin, co świadczy o zupełnie prawidłowym śnie.

**Prawidłowe rozpoznanie:** przyspieszona pora zasypiania.

**Prawidłowe postępowanie:** zalecenia wcześniejszego wstawania z łóżka, po przespaniu około 6 godzin lub stopniowe opóźnianie pory zasypiania.

### **INNA CHOROBA, W KTÓREJ BEZSENNOŚĆ JEST TYLKO OBJAWEM**

W zaburzeniach depresyjnych (wszystkich rodzajach) zawsze występują także zaburzenia snu, bezsenność lub nadmierna senność. Może dlatego tak łatwo tu o błąd w obie strony – leczenie depresji u pacjenta, który cierpi „tylko” na bezsenność czy też uporczywe leczenie bezsenności u osoby z prawdziwą depresją.

Według moich doświadczeń psychiatry powszechnie popełniają błąd pierwszego rodzaju, to znaczy w prawie każdym przypadku bezsenności dostrzegają wyłącznie depresję. Na szczęście ten błąd diagnostyczny nie ma dla pacjenta poważniejszych konsekwencji, może poza dalszym utrzymywaniem się bezsenności i kolejnymi niepotrzebnymi kuracjami przeciwdepresyjnymi. Zresztą często te kuracje mogą się okazać, trochę przypadkiem, pomocne także w leczeniu bezsenności, ponieważ wiele leków przeciwdepresyjnych, zwłaszcza tych o działaniu tłumiacym, ma także zastosowanie w leczeniu bezsenności. Podanie takich leków – mianseryna, mirtazapina, trazodon, niektóre SSRI, większość TLPD – poprawia jakość snu, a ponieważ pacjent śpi lepiej, więc z czasem zmniejsza się u niego lęk przed bezsennością, co prowadzi do jej ustąpienia. Oczywiście, gdyby pacjent od początku miał postawione rozpoznanie, jego stan poprawiłby się w ciągu kilku tygodni, a nie miesięcy, i prawdopodobnie nie musiałby przyjmować takich dużych ilości leków przeciwdepresyjnych.

### **DEPRESJA ZAMIAST BEZSENNOŚCI**

Opisany błąd diagnostyczny – rozpoznawanie depresji zamiast bezsenności, jest tak powszechny, że trudno o charakterystykę indywidualnego przypadku. Jest to sytuacja wręcz modelowa – zgłasza się pacjent, który skarży się na problemy ze snem, zwykle różne postacie bezsenności, i problemy z zaśnięciem oraz częste budzenie się, także wczesne budzenie się. Dopytywany potwierdza, że już rano wstaje z łóżka zmęczony, często jest zmęczony przez cały dzień, ale najgorzej jest wieczorem, gdy oczekuje na zaśnięcie. Dopytywany jeszcze dokładniej potwierdza, że od pewnego czasu gorzej radzi sobie w pracy, czuje się gorzej fizycznie, często mówi, że na nic nie ma siły. Uwagę psychiatry powinien zwrócić fakt, że może nie jest to typowa bezsenność (przewlekłe utrzymywanie się dolegliwości, zwykle brak sezonowych wahań w nasileniu dolegliwości i przede wszystkim brak typowych dla depresji myśli depresyjnych). Czasem wobec wątpliwości diagnostycznych (depresja czy bezsenność?) warto podać pacjentowi coś na poprawę snu (lek nasenny lub przeciwdepresyjny o działaniu nasennym) i ocenić po 2-3 tygodniach jego stan psychiczny. Jeśli pacjent przez ten czas spał dobrze i czuje się wyraźnie lepiej, prawdopodobnie nie ma depresji i należy leczyć go na bezsenność. Jeśli mimo poprawy snu nadal utrzymują się skargi depresyjne, to prawdopodobnie pacjent ma depresję.

### **BEZSENNOŚĆ ZAMIAST DEPRESJI**

Ten błąd rzadko zdarza się psychiatrom, jest natomiast powszechny wśród lekarzy innych specjalności czy lekarzy rodzinnych.

Do lekarza zgłasza się pacjent, z reguły po 40-50 r.ż., który skarży się na problemy ze snem. Gdyby dopytać dokładnie, jak było na początku pojawienia się dolegliwości, to przyznałby, że zwykle zasypiał w miarę dobrze, ale budził się po kilku godzinach i nie mógł zasnąć. Już od rana czuje się niewyspany, zmęczony, trochę aktywniejszy staje się po południu i wieczorem. Pacjent, jeśli jest nawet dopytywany o inne objawy typowe dla depresji, racjonalizuje objawy depresyjne, a podkreśla głównie problemy ze snem, często wskazując na ich źródło, np. hałaśliwi sąsiedzi, stresy w pracy, itp. Często też domaga się leków na bezsenność. Lekarz stawia rozpoznanie bezsenności, podaje leki nasenne, czasem udziela informacji dotyczących zasad higieny snu. W takim błędnym rozpoznaniu bezsenności zamiast depresji utwierdza lekarza kolejna wizyta. Pacjent przez ostatnie 3-4 tygodnie przyjmował regularnie benzodiazepiny, dzięki temu lepiej spał, zrobił się też spokojniejszy w ciągu dnia, a więc czuje się lepiej. Oczywiście takie postępowanie jest błędem. Samo podawanie benzodiazepin nie wyleczy nikogo z depresji, a z czasem pacjent będzie się czuł coraz gorzej i będzie miał tendencję do zwiększania dawek leków uspokajających.

Właściwe rozpoznanie – depresji, można w takim przypadku postawić, jeśli dopytamy chorego, może też jego rodzinę, bardziej szczegółowo o objawy depresyjne. Zwykle wtedy dowiemy się, że pacjent zmienił się jeszcze zanim zaczęła się bezsenność, że te stresy w pracy nie są większe niż wcześniej, a i sąsiedzi są tak samo głośni jak zawsze i nikomu, poza pacjentem, nie przeszkadzają w spaniu.

**Prawidłowe rozpoznanie:** epizod depresyjny lub dystymia (jeśli objawy trwają ponad 2 lata).

**Prawidłowe postępowanie:** podanie leku przeciwdepresyjnego, najlepiej o działaniu tłumiącym, żeby miał też działanie „nasenne”.

### ZABURZENIA LĘKOWE

Zaburzenia lękowe są, co do częstotliwości, drugim po depresji rozpoznaniem psychiatrycznym związanym z bezsennością. Podobnie jak w przypadku depresji, błędy są popełniane w obie strony. Ale warto podkreślić, że obie dolegliwości w sensie patogenetycznym są ze sobą bardzo blisko. Praktycznie każdy, kto ma zaburzenia lękowe, będzie także miał kłopoty ze snem. Z drugiej strony każdy pacjent, który popada w bezsenność, już po kilkunastu bezsennych nocach nabawi się lęku przed bezsennością (można to nawet nazwać jakimś rodzajem fobii sennej, lęku przed trudnościami z zaśnięciem, lęku przed konsekwencjami niewyspania, itp.). W obu tych chorobach wspólnym mechanizmem patogenetycznym jest nadmierne wzbudzenie układu nerwowego i hormonalnego (stresowego).

W obu tych chorobach – lęku i bezsenności, podstawowym błędem jest „leczenie” pacjentów benzodiazepinami. Leki te szybko przynoszą ulgę i ustąpienie objawów lęku i bezsenności, ale nie leczą żadnej z tych chorób, tylko je utrwalają, a dodatkowo prowadzą do uzależnienia od benzodiazepin. Właściwą terapią zaburzeń lękowych jest podawanie odpowiednich leków przeciwdepresyjnych.

Postawienie prawidłowego rozpoznania (bezsenność czy lęk) pozwoli na dobór odpowiedniej terapii behawioralnej, bez której pacjentowi trudno będzie uporać się z bezsennością.

Często błędne rozpoznania dotyczą pacjentów z napadami paniki w nocy. Zwykle przechodzą oni bardzo długą i żmudną diagnostykę (kardiologiczną, pulmonologiczną, epileptologiczną, itp.), zanim trafią na odpowiednią diagnozę i w efekcie skuteczne leczenie.

Przykład. Do lekarza zgłasza się młoda zdrowa osoba, około 30-letnia, aktywna zawodowo, z poukładanym życiem rodzinnym, która skarży się na bezdechy w nocy. Budzi się nagle w nocy i nie może złapać oddechu, zwykle towarzyszy temu kołatanie serca, czasem uczucie, że zaraz się udusi. Takie dolegliwości kiedyś występowały sporadycznie, ale ich częstotliwość stopniowo narastała i teraz występują prawie każdej nocy. W czasie badania psychiatrycznego nie ujawnia poważniejszych dolegliwości psychiatrycznych, aczkolwiek

przyznaje, że już odczuwa lęk przed kładzeniem się w nocy do łóżka. Zwykle po takim wywiadzie pacjent ma rozpoznany bezdech senny i jest kierowany na badanie diagnostyczne lub na konsultację laryngologiczną (żeby udrożnić drogi oddechowe). Ponieważ badanie polisomnograficzne nie wykazuje bezdechów sennych, ma stawiane kolejne rozpoznanie i jest kierowany do kolejnych specjalistów. Niestety, czasem coś w tych dodatkowych badaniach wychodzi – zaburzenia rytmu serca, tachykardia w całodobowej rejestracji EKG, różne zmiany w zapisie EEG, zwłaszcza w nocy, co skutkuje leczeniem kardiologicznym i przeciwpadaczkowym. Ponieważ dolegliwości nadal nie ustępują, a mało tego, osoba generalnie zdrowa staje się coraz bardziej chora, więc często w końcu trafia do psychiatry. Zdarzającym się błędem jest rozpoznanie, zamiast napadów lęku panicznego, reakcji adaptacyjnej u osoby chorującej na padaczkę czy zaburzenia rytmu serca.

**Właściwe rozpoznanie:** diagnozę „napady lęku panicznego” najłatwiej można było postawić na początku choroby pacjenta. Należy poprosić o dokładny opis tego „napadu”, często pomaga wywiad od osoby śpiącej obok. Taki dokładny opis właściwie od razu nasunie podejrzenie, że mamy do czynienia z napadem lęku, a nie np. z bezdechem. Zdarzają się pacjenci, którzy mają napady lęku tylko w nocy, ale z reguły, gdy dopytamy dokładnie, okaże się, że pacjent miał je także w ciągu dnia.

**Prawidłowe postępowanie:** odstawienie wszystkich dotychczasowych metod leczenia (padaczka, zaburzenia rytmu serca, bezdech, itp.) i włączenie odpowiedniego leczenia przeciwłękowego. Samo zdjęcie z pacjenta rozpoznania poważnych chorób, np. padaczki, już może przynieść ulgę i poprawę.

### ZABURZENIA ADAPTACYJNE

Zgłasza się kobieta, po 60. r.z., i narzeka na kiepski sen. Nie może zasnąć, śpi bardzo płytko, często budzi się w nocy. W czasie rozmowy sprawia wrażenie zmęczonej i lekko przygnębionej, ale „to wszystko z tej bezsenności”. Nigdy na nic nie chorowała, od wielu lat w związku małżeńskim, gdzie „wszystko jest normalnie”. Przez wiele lat pracowała jako pielęgniarka w systemie zmianowym, co według niej może być przyczyną bezsenności. Od ponad 10 lat, gdy przestała pracować nocami, ma stałe pory snu (23.00-6.00) i ich nie zmienia. Rozpoznano bezsenność nieorganiczną, zalecono skrócenie pór snu (do 6 godzin), restrykcyjne przestrzeganie zasad higieny snu, doraźne przyjmowanie leku nasennego. Niestety, mimo że pacjentka przestrzegała zaleceń, jej sen ani trochę się nie poprawił. Prawdziwa przyczyna ujawniła się dopiero po kilku kolejnych wizytach, czyli po paru miesiącach, gdy zaczęliśmy pacjentkę dokładnie dopytywać, co do minuty, jak wyglądają jej przygotowania do snu. Okazało się, że już od kilku lat jej mąż robi się coraz bardziej apodyktyczny, nawet agresywny, regularnie urządza wieczorami awantury z byle powodu, kobieta często w nocy barykaduje się

w sypialni, ze strachu przed mężem. Nie umie poradzić sobie z tą sytuacją, z dużym oporem i poczuciem wstydu opisuje zachowanie męża. Przypnie, że często ze strachu boi się w nocy zasnąć.

**Właściwe rozpoznanie:** przewlekła reakcja adaptacyjna.

**Prawidłowe postępowanie:** skłonić męża pacjentki do podjęcia leczenia psychiatrycznego (nawet wbrew woli).

### ZABURZENIA SOMATYCZNE

Często są przyczyną bezsenności. Ich prawidłowe rozpoznanie i leczenie nie jest domeną psychiatrów. Ale przy okazji rozważań różnych błędów diagnostycznych popełnianych u pacjentów z bezsennością warto wspomnieć, że po chorobach psychicznych to choroby somatyczne, zwłaszcza przebiegające z bólem czy stanem zapalnym, są drugą najczęstszą przyczyną bezsenności. Jeśli zgłosi się do nas pacjent ze skargami na bezsenność i w czasie rozmowy nabierzemy uzasadnionych podejrzeń co do somatycznej przyczyny bezsenności, zanim zaproponujemy leczenie bezsenności, wyślijmy go do odpowiedniego specjalisty. Czasem sama zmiana leku internistycznego lub odpowiednia poduszka do spania przyniosą poprawę snu większą niż jakiegokolwiek leki nasenne.

### INNE ZABURZENIA SNU, KTÓRE ZAKŁÓCAJĄ JEGO PRZEBIEG

Dotychczas opisano już kilkaset różnych zaburzeń snu (ich opis można znaleźć w Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu – ICS-10, 2013) i duża ich część na tyle potrafi zakłócić przebieg snu, że staje się przyczyną bezsenności. Na razie nie oczekuje się od psychiatrów gruntownej wiedzy na temat wszystkich zaburzeń snu, ale postanowiłem pokazać przynajmniej dwa przypadki, które występują tak często, że każdy psychiatra z pewnością spotka je w swojej praktyce.

### ZABURZENIA ODDYCHANIA PODCZAS SNU

Do lekarza zgłasza się mężczyzna po 40. r.ż., z wyraźną nadwagą, prowadzący raczej siedzący tryb życia. Nigdy nieleczony psychiatrycznie, nigdy też nie miał poważniejszych problemów psychiatrycznych. Ma natomiast coraz więcej dolegliwości somatycznych, lecz się na nadciśnienie, ma kłopoty z cukrem, cholesterolem. Do psychiatry zgłosił się głównie za namową żony, która zauważyła, że jest coraz bardziej zmęczony w ciągu dnia, często zasypia przy telewizji czy nad gazetą, ma też coraz większe problemy z pamięcią. Na pytanie o sen nocny pacjent stwierdza, że nie ma żadnych problemów, może spać nawet po kilkanaście godzin, gdy ma dzień wolny, ale potwierdza, że od jakiegoś czasu budzi się rano zmęczony i jakby niewyspany. Gdy spytamy żonę, potwierdzi, że mąż śpi długo, ale głośno chrapie – jest tak od zawsze, często śpi niespokojnie, zrywa się w nocy,

jednak się nie budzi. W takiej sytuacji psychiatra często rozpoznaje depresję, zespół przewlekłego zmęczenia, łagodne zaburzenia funkcji poznawczych lub bezsenność.

Oczywiście żadne z tych rozpoznań nie jest prawdziwe, a więc i zaproponowane leczenie nie da żadnych efektów. A co trzeba koniecznie podkreślić, u takiego pacjenta z bezdechem absolutnie nie wolno podawać żadnych leków nasennych.

**Właściwe rozpoznanie:** zaburzenia oddychania podczas snu, prawdopodobnie obturacyjny bezdech senny.

**Prawidłowe postępowanie:** skierowanie na badanie polisomnograficzne pod kątem oceny oddychania podczas snu (ośrodki pulmonologiczne i laryngologiczne).

### ZABURZENIA RUCHOWE PODCZAS SNU

Spośród różnych zaburzeń ruchowych podczas snu chciałbym zwrócić uwagę na:

- zespół niespokojnych nóg (*restless leg syndrome* – RLS)
- okresowe ruchy kończyn podczas snu (PLMS)

Obie choroby zwykle występują razem (u 80-90 proc. pacjentów) i obie są na tyle uciążliwe, że nieleczone prowadzą do bezsenności.

Zgłasza się pacjent po 60. r.ż., zwykle bez żadnego wywiadu psychiatrycznego. Jego główny problem to kłopoty z zaśnięciem, opisuje jak wierci się w łóżku i nie może zasnąć, nawet do rana. Zwykle po takim wywiadzie lekarz rozpoznaje bezsenność i daje lek nasenny, który już po pierwszym zażyciu przynosi ulgę i pozwala spokojnie zasnąć. Niestety, ta poprawa jest krótkotrwała, pacjent już po kilku tygodniach zgłasza, że nawet gdy weźmie kilka tabletek nasennych, budzi się w nocy i nie może zasnąć, musi wstawać i chodzić po mieszkaniu.

**Prawidłowe rozpoznanie:** zespół niespokojnych nóg. Można je było postawić już przy pierwszej wizycie, gdyby dokładnie wypytać, jak zachowują się kończyny, gdy przez dłuższy czas nimi nie porusza. Liczne badania nad błędami diagnostycznymi związanymi z RLS pokazują, że najczęstszą ich przyczyną jest nieznaną przyczyną tej choroby. Główny objaw kliniczny – przymus poruszania kończynami, które są w spoczynku, jest tak charakterystyczny, że trudno go pomylić z czymkolwiek.

**Prawidłowe postępowanie:** oznaczenie poziomu żelaza i ferrytyny i przy ich obniżonym poziomie odpowiednia suplementacja. Podanie agonistów dopaminergicznych, które całkowicie likwidują objawy RLS.

### PODSUMOWANIE

Na koniec zostawiłem najpoważniejszy błąd popełniany przez psychiatrów przy rozpoznawaniu i leczeniu bezsenności – przewlekłe podawanie benzodiazepin. Jest to nie tylko błąd, ale wręcz krzywda, jaką się robi pacjentom.

Każdego dnia do naszej Poradni Leczenia Zaburzeń Snu zgłasza się kilka nowych osób z bezsennością (takie są limity) i co najmniej połowa z nich przewlekłe stosuje leki benzodiazepinowe: albo typowe benzodiazepiny starszej generacji, albo nowej generacji agonistów receptora benzodiazepinowego (głównie zolpidem i zopiklon). Większość była wcześniej konsultowana przez psychiatrów, ale trudno ocenić, jaka jest prawdziwa rola psychiatrów w tym procesie uzależniania pacjentów od benzodiazepin. Pozostaje żywić nadzieję, że to nie psychiatrzy inicjują te kuracje,

ale lekarze rodzinni lub innych specjalności. Jednak i tak błędem psychiatrów jest zbyt nieśmiało przeciwstawianie się powszechnie panującemu przyzwoleniu na przepisywanie leków benzodiazepinowych.

Drugim bardzo częstym błędem popełnianym przez psychiatrów przy leczeniu bezsenności jest niewystarczająca informacja udzielana pacjentowi, a dotycząca zasad higieny snu i podstaw terapii behawioralnej. Bez takich informacji, jak pokazują wszystkie współczesne badania, nie da się wyleczyć pacjenta z bezsenności.