

American Psychiatric Association

ZABURZENIA SNU I CZUWANIA

DSM-5
SELECTIONS

Redakcja wydania polskiego

Michał Skalski

ZABURZENIA SNU I CZUWANIA



American Psychiatric Association

Redakcja wydania polskiego
Michał Skalski



Tytuł oryginału: *Sleep-Wake Disorders: DSM-5® Selections*

Copyright © 2015 American Psychiatric Association

DSM® and DSM-5® are trademarks of the American Psychiatric Association. Use of these terms is prohibited without permission of the American Psychiatric Association.

First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.

Copyright © 2015. All rights reserved.

Pierwsza publikacja w Stanach Zjednoczonych: American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.

Copyright ©2015. Wszelkie prawa zastrzeżone.

First Published in Poland by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. in Polish. EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. is the exclusive translation publisher of Sleep-Wake Disorders: DSM-5® Selections (copyright 2015) in Polish for distribution Worldwide.

Pierwsza publikacja w Polsce: EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. w języku polskim. EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. jest wyłącznym wydawcą tłumaczenia publikacji *Sleep-Wake Disorders: DSM-5® Selections* (copyright © 2015) na język polski do dystrybucji na terenie całego świata.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.

Pozwolenie na wykorzystanie jakichkolwiek materiałów zawartych w tłumaczonym dziele musi być uzyskane na piśmie od wydawnictwa EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Polish language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) nie brało udziału w tłumaczeniu niniejszej publikacji z języka angielskiego na język polski i nie bierze odpowiedzialności za jakiegokolwiek błędy, pominięcia czy inne wady wydania polskiego.

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędów, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędów lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2017

Redakcja naukowa oraz tłumaczenie z języka angielskiego I wydania polskiego:

dr n. med. Michał Skalski

W książce wykorzystano tłumaczenie kryteriów diagnostycznych z publikacji:

Kryteria diagnostyczne z DSM-5®, Desk Reference, American Psychiatric Association; wydanie I polskie Edra Urban & Partner, Wrocław 2015; redakcja naukowa: prof. dr hab. Piotr Gałecki, prof. dr hab. Łukasz Świącicki; tłumaczenie: lek. Piotr Sebastian Krawczyk.

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor prowadzący: Renata Wręczycka

ISBN 978-83-65625-13-7

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Marta Radlak

Druk i oprawa: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Spis treści

Wprowadzenie do serii <i>DSM-5® Selections</i>	vii
Przedmowa	ix
DSM-5® Zaburzenia snu i czuwania: kody ICD-9-CM i ICD-10-CM	xiii
Zaburzenia snu i czuwania. DSM-5®	1
Zaburzenia snu i czuwania. DSM-5® Przewodnik	89
Zaburzenia snu i czuwania. DSM-5® Przypadki kliniczne ...	131
Zaburzenia snu i czuwania. DSM-5® Pytania do samooceny	145
Zaburzenia snu i czuwania. DSM-5® Pytania do samooceny – odpowiedzi	155

DSM-5®

Zaburzenia snu i czuwania: kody ICD-9-CM i ICD-10-CM

Rozpoznanie (choroba)	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Zaburzenie z bezsennością	307.42	F51.01
Zaburzenie z nadmierną sennością	307.44	F51.11
Narkolepsja		
Narkolepsja bez katapleksji, ale z niedoborem hipokretyny	347.00	G47.419
Narkolepsja bez katapleksji, ale bez niedoboru hipokretyny	347.01	G47.411
Autosomalna dominująca ataksja mózdkowa, głuchota i narkolepsja	347.00	G47.419
Autosomalna dominująca narkolepsja, otyłość i cukrzyca typu 2	347.00	G47.419
Narkolepsja wtórna do innego stanu ogólnomedycznego	347.10	G47.429
Zaburzenia snu związane z zaburzeniami oddychania podczas snu		
Bezdech obturacyjny	327.23	G47.33
Bezdech senny centralny		
Idiomatyczny bezdech senny ośrodkowy	327.21	G47.31
Oddech Cheyne'a-Stokesa	786.04	R06.3
Bezdech senny centralny współwystępujący z używaniem opioidów	780.57	G47.37
Hipowentylacja związana ze snem		
Hipowentylacja idiopatyczna	327.24	G47.34
Wrodzona ośrodkowa hipowentylacja pęcherzykowa	327.25	G47.35
Współwystępująca hipowentylacja związana ze snem	327.26	G47.36
Zaburzenia okołodobowego rytmu snu i czuwania		
Postać z opóźnieniem fazy snu	307.45	G47.21
Postać z przyspieszeniem fazy snu	307.45	G47.22
Postać z nieregularnym rytmem snu i czuwania	307.45	G47.23
Postać z nie 24-godzinnym rytmem snu i czuwania	307.45	G47.24
Postać związana z pracą zmianową	307.45	G47.26
Postać nieokreślona	307.45	G47.20

Rozpoznanie (choroba)	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Parasomnie		
Zaburzenia związane z wybudzaniem w czasie snu non-REM		
Sennowłóctwo (somniaambulizm)	307.46	F51.3
Lęki nocne	307.46	F51.4
Koszmary senne	307.47	F51.5
Zaburzenie zachowania w czasie snu REM	327.42	G47.52
Zespół niespokojnych nóg	333.94	G25.81
Zaburzenie snu wywołane substancją/lekiem	zob. tabela poniżej	
Inna określona bezsenność	780.52	G47.09
Nieokreślona bezsenność	780.52	G47.00
Inne określone zaburzenie z nadmierną sennością	780.54	G47.19
Nieokreślone zaburzenie z nadmierną sennością	780.54	G47.10
Inne określone zaburzenie snu i czuwania	780.59	G47.8
Nieokreślone zaburzenie snu i czuwania	780.59	G47.9

Zaburzenie snu wywołane substancją/lekiem

	ICD-9-CM	ICD-10-CM		
		stosowanie niewielkie	stosowanie umiarkowane lub nasilone	niestosowane
Alkohol	291.82	F10.182	F10.282	F10.982
Kofeina	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Kanabinoły	292.85	F12.182	F12.288	F12.988
Opioidy	292.85	F11.182	F11.282	F11.982
Leki uspokajające, nasenne i przeciwłękowe	292.85	F13.182	F13.282	F13.982
Amfetamina (lub inne stymulanty)	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Kokaina	292.85	F14.182	F14.282	F14.982
Tytoń	292.85	—	F17.208	—
Inne (lub nieznanne) substancje	292.85	F19.182	F19.282	F19.982

Zaburzenia snu i czuwania

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych, wydanie piąte

KLASYFIKACJA zaburzeń snu i czuwania DSM-5 jest przeznaczona dla specjalistów od zdrowia psychicznego (zajmujących się pacjentami dorosłymi, geriatrycznymi i pediatrycznymi). Zaburzenia snu i czuwania obejmują 10 chorób lub grup chorób: zaburzenia z bezsennością, zaburzenie z nadmierną sennością, narkolepsja, zaburzenia snu związane z zaburzeniami oddychania podczas snu, zaburzenia okołodobowego rytmu snu i czuwania, zaburzenia związane z wybudzaniem w czasie snu non-REM, koszmary senne, zaburzenie zachowania w czasie snu REM, zespół niespokojnych nóg i zaburzenie snu wywołane substancją/lekiem. Osoby z tymi zaburzeniami zwykle skarżą się na mało satysfakcjonujący sen w zakresie jego jakości, długości lub odpowiednich pór. W efekcie wszystkim tym zaburzeniom snu i czuwania towarzyszy uczucie zmęczenia i gorsze funkcjonowanie w ciągu dnia.

Układ tego rozdziału ma na celu ułatwienie właściwego rozpoznania zaburzeń snu i czuwania i ustalenie, kiedy wskazane jest skierowanie pacjenta do specjalistycznego ośrodka medycyny snu celem dalszej diagnostyki i ustalenia odpowiedniego leczenia. Podejście nozologiczne do zaburzeń snu w DSM-5 opiera się na prostej, użytecznej klinicznie klasyfikacji, z uwzględnieniem osiągnięć wiedzy z zakresu epidemiologii, genetyki, patofizjologii i postępów w leczeniu, jakie dokonały się od czasu publikacji DSM-IV. W niektórych przypadkach (np. zaburzenia z bezsennością) zastosowano podejścia „scalające”, natomiast w innych (np. narkolepsja) podejście „rozdzielające”, ale obie strategie zostały oparte na dowodach naukowych uzyskanych w badaniach epidemiologicznych, neurobiologicznych lub opracowanych nowych metodach leczenia.

Zaburzeniom snu często towarzyszą depresja, lęk lub zaburzenia funkcji poznawczych, które należy uwzględnić w zaplanowanej strategii leczenia. Ponadto przetrwałe zaburzenia snu (zarówno bezsenność, jak i nadmierna senność) stanowią istotne ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych oraz nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Zaburzenia snu bywają także objawem prodromalnym zaburzeń psychicznych, które odpowiednio wcześniej uchwycone i leczone mogą zapobiec rozwinięciu się pełnych objawów choroby psychicznej.

Diagnoza różnicowa zaburzeń snu i czuwania wymaga wielowymiarowego podejścia, z uwzględnieniem możliwych współwystępujących chorób somatycznych

i neurologicznych. Współwystępowanie różnych chorób jest raczej regułą, nie wyjątkiem. Występowanie zaburzeń snu może także wskazywać na obecność chorób somatycznych lub neurologicznych, które często współwystępują razem z depresją albo innymi chorobami psychicznymi. Najważniejszymi z tych współwystępujących chorób są: zaburzenia snu związane z zaburzeniami oddychania podczas snu, choroby układu krążenia i oddechowego (np. zastoinowa niewydolność krążenia, POChP), choroby neurodegeneracyjne (np. choroba Alzheimera) lub choroby układu mięśniowo-szkieletowego (np. *osteoarthritis*). Te choroby nie tylko zaburzają sen, ale mogą się też nasilać podczas snu (np. przedłużające się bezdechy lub zaburzenia rytmu serca widoczne w EKG podczas snu REM; zaburzenia świadomości w nocy u pacjentów z otępieniem; drgawki u pacjentów z padaczką). Zaburzenie zachowania w czasie snu REM często jest wczesnym objawem chorób neurodegeneracyjnych (alfa-synukleinopatii), takich jak choroba Parkinsona. Z tych wszystkich powodów – wpływ na diagnozę różnicową, współchorobowość kliniczna, ułatwienie planowania leczenia – zaburzenia snu zostały włączone do DSM-5.

Podejście do klasyfikowania zaburzeń snu i czuwania przyjęte w DSM-5 można łatwo zrozumieć, patrząc na nie w kontekście „scalanie kontra rozdzielanie”. DSM-IV podjął próbę uproszczenia klasyfikacji zaburzeń snu i czuwania, dlatego łączył różne rozpoznania w duże grupy, zmniejszając liczbę kategorii. Na przeciwnym biegunie stała Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, wydanie drugie (ICSD-2), w której opisano szczegółowo wiele kategorii diagnostycznych. DSM-IV był przygotowywany dla lekarzy ogólnych i specjalistów psychiatrów, którzy nie są ekspertami w dziedzinie medycyny snu, natomiast ICSD-2 odzwierciedla aktualny stan wiedzy i opinię środowiska specjalistów medycyny snu i jest przeznaczona do stosowania przez specjalistów tej dziedziny.

Waga dostępnych dowodów naukowych wspiera strategię upraszczania i mniejszego różnicowania klasyfikacji zaburzeń snu (testy zgodności ocen, zbieżności, analiza dyskryminacyjna, trafność fachowa). Opis towarzyszący każdej przedstawianej kategorii diagnostycznej zawiera odnośniki do odpowiadających im rozpoznań w ICSD-2. Klasyfikacja zaburzeń snu i czuwania DSM-5 określa także odpowiednie kategorie niepsychiatryczne (np. kody rozpoznań neurologicznych) zaczerpnięte z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD).

Od czasu publikacji DSM-IV dziedzina medycyny snu stale się rozwijała. Zastosowanie badań biologicznych zostało teraz włączone do klasyfikacji DSM-5, zwłaszcza w odniesieniu do nadmiernej senności w przebiegu narkolepsji; zaburzeń snu związanych z zaburzeniami oddychania podczas snu, dla których wskazane jest wykonanie badania snu (np. polisomnografii); oraz w rozpoznaniu zespołu niespokojnych nóg (RLS), któremu często towarzyszą okresowe ruchy kończyn podczas snu (PLMS) rozpoznawane w badaniu polisomnograficznym.

Zaburzenia z bezsennością

Kryteria diagnostyczne

307.42 (F51.01)

- A. Dominujące skargi na ilość lub jakość snu, związane z jednym (lub większą liczbą) następujących objawów:
1. Trudności w zasypianiu. (U dzieci objaw ten może być wyrażony jako trudności w zasypianiu pod nieobecność opiekuna).
 2. Trudności w utrzymaniu snu, charakteryzujące się częstym wybudzaniem się lub trudnościami z ponownym zaśnięciem po wybudzeniu. (U dzieci objaw ten może być wyrażony jako trudności w ponownym zasypianiu bez interwencji opiekuna).
 3. Budzenie się wcześniej rano z niemożnością ponownego zaśnięcia.
- B. Zakłócenie snu powoduje istotny klinicznie dyskomfort pacjenta bądź upośledzenie w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym, szkolnym, w zachowaniu lub w innych ważnych obszarach.
- C. Trudności związane ze snem występują podczas co najmniej trzech nocy w tygodniu.
- D. Trudności związane ze snem utrzymują się przez co najmniej trzy miesiące.
- E. Trudności związane ze snem występują pomimo sprzyjających warunków.
- F. Zaburzenia polegającego na bezsenności nie można lepiej wyjaśnić występowaniem innego Zaburzenia snu i czuwania i nie występuje ono wyłącznie w przebiegu innego Zaburzenia snu i czuwania (np. Narkolepsji, Zaburzeń snu związanych z oddychaniem, Zaburzeń okołodobowego rytmu snu i czuwania, Parasomnii).
- G. Zaburzenie z bezsennością nie jest spowodowane fizjologicznym działaniem substancji (np. substancji nadużywanej, przyjmowanego leku).
- H. Współwystępujące zaburzenia psychiczne i inne stany ogólnomedyczne nie wyjaśniają w pełni dominujących skarg na problemy ze snem.

Należy określić, czy:

Ze współwystępowaniem innego zaburzenia psychicznego niezwiązanego ze snem, w tym Zaburzenia używania substancji.

Ze współwystępowaniem innego stanu ogólnomedycznego.

Z innym zaburzeniem snu.

Uwagi dotyczące kodowania: Kod 307.42 (F51.01) jest używany w przypadku wszystkich trzech uszczegółowień. Tuż za kodem dotyczącym Zaburzenia z bezsennością, w celu wskazania powiązania, należy umieszczać kody dla współwystępujących i związanych zaburzeń psychicznych, innych stanów ogólnomedycznych lub innych zaburzeń snu.

Należy określić, czy:

Epizodyczne: Objawy utrzymują się przez co najmniej jeden miesiąc, ale krócej niż trzy miesiące.

Uporczywe: Objawy utrzymują się przez co najmniej trzy miesiące.

Nawracające: Co najmniej dwa epizody występujące w odstępie roku.

Uwaga: Ostre i krótkotrwałe Zaburzenie związane z bezsennością (np. objawy utrzymują się krócej niż trzy miesiące, choć spełnione są wszystkie pozostałe kryteria dotyczące częstości, intensywności, cierpienia oraz upośledzenia funkcjonowania) powinny być oznaczane jako Inne określone zaburzenie związane z bezsennością.

Obraz kliniczny

Istotą klinicznego obrazu bezsenności jest brak satysfakcji z długości i jakości snu wraz ze skargami na problemy z zaśnięciem lub z utrzymaniem ciągłości snu. Te problemy w istotny klinicznie sposób utrudniają i zaburzają aktywność społeczną, zawodową lub pozostałe ważne dla pacjenta obszary funkcjonowania. Kłopoty ze snem mogą pojawić się w przebiegu innej choroby psychicznej lub somatycznej, ale mogą też zaistnieć niezależnie.

W różnych okresach snu mogą wystąpić różne objawy bezsenności. *Trudności z zaśnięciem (zaburzenia pierwszej fazy snu, sleep onset insomnia, initial insomnia)* dotyczą trudności z zaśnięciem po położeniu się do łóżka. *Trudności z utrzymaniem ciągłości snu (zaburzenia środkowej fazy snu, sleep maintenance insomnia, middle insomnia)* dotyczą częstych i przedłużających się wybudzeń w trakcie nocy. *Wczesne budzenie (zaburzenie końcowej fazy snu, late insomnia)* oznacza przedwczesne przebudzenie się i niemożność ponownego zaśnięcia. Trudności z utrzymaniem ciągłości snu są najczęstszym pojedynczym objawem bezsenności, na drugim miejscu są trudności z zaśnięciem, ale w ogóle najpowszechniej spotyka się kombinację tych wszystkich typów bezsenności. Skargi na różne postacie bezsenności mogą się zmieniać w czasie. Pacjenci skarżący się początkowo na trudności z zaśnięciem z czasem mogą zacząć narzekać na trudności z utrzymaniem ciągłości snu lub odwrotnie. Objawy bezsenności – trudności z zaśnięciem i z utrzymaniem ciągłości snu – można oceniać z użyciem metod subiektywnych – indywidualnych retrospektywnych raportów snu, dzienniczków snu, lub z użyciem metod obiektywnych, takich jak aktygrafia lub polisomnografia; ale warto pamiętać, że podstawą do rozpoznania bezsenności jest indywidualna subiektywna ocena przebiegu snu dokonana przez samego pacjenta albo jego opiekunów.

Uwaga. Rozpoznanie zaburzeń z bezsennością może być postawione wtedy, gdy występuje jako niezależna, samodzielna choroba, ale i wtedy gdy współwystępuje z innymi chorobami psychicznymi (np. epizod dużej depresji), chorobami somatycznymi (np. ból) lub innymi zaburzeniami snu (np. zaburzenia snu związane z oddychaniem). Na przykład bezsenność może rozwinąć się samodzielnie, wywołując przy tym pewne objawy lęku lub depresji, które jednak nie spełniają kryteriów choroby psychicznej. Bezsenność może także wystąpić jako objaw poważnej choroby psychicznej. Przewlekła bezsenność może być czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji, dość często jest też objawem rezydualnym pozostałym po leczeniu tej choroby. W przypadku współwystępowania bezsenności i choroby psychicznej leczenie powinno być nakierowane na obie dolegliwości. Biorąc pod uwagę te różne kierunki, często niemożliwe jest ustalenie dokładnych zależności między obiema jednostkami, a ich wzajemna zależność może się stale zmieniać. Tak więc w przypadku współwystępowania bezsenności z inną chorobą nie ma konieczności ustalania związków przyczynowych między tymi dwoma jednostkami. Rozpoznanie bezsenności jest stawiane raczej po to, aby określić oba współwystępujące stany kliniczne. Postawienie samego konkurencyjnego rozpoznania bezsenności należy rozważyć tylko w takim przypadku, gdy bezsenność jest na tyle poważna, że wymaga niezależnej strategii klinicznej; w innych wypadkach niezależna diagnoza nie jest konieczna.

Sen nieregenerujący rozpoznaje się wtedy, gdy skargi pacjentów dotyczą złej jakości snu, który nie daje uczucia wypoczynku rano, po przebudzeniu, mimo wystarczającej długości snu. Występuje on dość powszechnie, choć zwykle razem ze skargami na trudności z zaśnięciem i utrzymaniem snu; bardzo rzadko jest pojedynczym objawem. Ta postać bezsenności zwykle towarzyszy innym zaburzeniom snu (np. zaburzeniom snu związanym z zaburzeniami oddychania podczas snu). W przypadku gdy sen nieregenerujący jest jedynym, izolowanym objawem (np. przy braku skarg na trudności z zaśnięciem/utrzymaniem snu), a jednocześnie spełnione są pozostałe kryteria diagnostyczne, jak częstotliwości, czasu trwania, zaburzenia funkcjonowania w ciągu dnia, to należy postawić rozpoznanie Inna określona bezsenność lub Nieokreślona bezsenność.

Obok kryteriów diagnostycznych dotyczących częstotliwości i czasu trwania niezbędnych do postawienia diagnozy przydają się też dodatkowe kryteria do oceny stopnia ciężkości bezsenności. Te dodatkowe kryteria, przyjęte arbitralnie, mają tylko znaczenie pomocnicze. Na przykład trudności z zaśnięciem definiuje się jako subiektywnie ocenianą latencję snu dłuższą niż 20–30 minut; trudności z utrzymaniem snu rozpoznajemy, gdy subiektywnie oceniany czas przebudzenia w nocy jest dłuższy niż 20–30 minut. Chociaż nie ma standardowej definicji wczesnych przebudzeń, przyjmuje się, że objaw ten dotyczy obudzenia się co najmniej 30 minut wcześniej niż zwykle, ale też gdy całkowity czas snu był krótszy niż 6,5 godziny. Jest oczywiste, że przy ocenie porannych wybudzeń znaczenie ma nie tylko pora przebudzenia, ale także pora położenia się do łóżka. Przebudzenie o 4 rano ma inną wartość diagnostyczną u osoby, która kładzie się spać o 21, niż u osoby, która idzie do łóżka po 23. Te objawy (pory snu) mogą się wyraźnie zmieniać z wiekiem, gdy w miarę upływu lat osłabia się zdolność utrzymywania ciągłości snu i zmieniają się pory nocnego snu.

Bezsenność dotyczy na równi zaburzenia funkcjonowania w ciągu dnia, jak i zaburzenia snu nocnego. Do tych objawów należą zmęczenie lub, dużo rzadziej, senność w ciągu dnia; to drugie jest wyraźnie częstsze u osób w podeszłym wieku, gdy bezsenność współwystępuje z innymi dolegliwościami somatycznymi (np. przewlekły ból) lub innymi zaburzeniami snu (np. bezdechami). Zaburzenie funkcji poznawczych obejmuje trudności z utrzymaniem uwagi, koncentracją i pamięcią, a nawet z wykonywaniem prostych czynności manualnych. Towarzyszące zaburzenia nastroju są zwykle opisywane jako rozdrażnienie, chwiejność emocjonalna, a dużo rzadziej jak typowe objawy lęku lub depresji. Nie każda osoba, która ma kłopoty ze snem w nocy, ma jednocześnie zaburzone funkcjonowanie w ciągu dnia. Na przykład wiele zdrowych osób w starszym wieku ma sen przerywany, niemniej jednak oceniają one siebie jako „dobrze śpiące”. Rozpoznanie bezsenności powinno być stawiane tylko u tych osób, które na skutek problemów ze snem wyraźnie gorzej funkcjonują w ciągu dnia.

Objawy towarzyszące wspierające rozpoznanie

Bezsenność często jest związana ze wzbudzeniem fizjologicznym i poznawczym oraz z czynnikami warunkowymi wpływającymi na sen. Zaabsorbowanie swoim snem i zamartwianie się trudnościami z zaśnięciem prowadzi do powstania błędnego koła:

im bardziej martwimy się o sen, tym gorzej śpimy, a im gorzej śpimy, tym bardziej martwimy się o sen. Taka nadmierna uwaga i walka o zaśnięcie, które nakładają się na naturalne mechanizmy zasypiania, mogą przyczynić się do rozwoju bezsenności. Osoby z przewlekłą bezsennością mają także utrwalone nieprawidłowe zachowania okołosenne (np. nadmiernie długie przebywanie w łóżku, nieprawidłowe pory snu, drzemki) oraz nieprawidłowe przekonania dotyczące snu (np. lęk przed bezsennością, obawy o gorszą sprawność w ciągu dnia, stałe obserwowanie zegara w nocy). Angażowanie się w nocy w różne rodzaje aktywności w sypialni, w której pacjent spędza bezsenne noce, powoduje dalsze warunkowe wzbudzenie i jest czynnikiem utrwalającym bezsenność. Dużo łatwiej będzie pacjentowi zasnąć, jak odrzuci te wszystkie działania i nie będzie nic robić, żeby zasnąć. Zresztą niektórzy pacjenci sami zgłaszają, że dużo lepiej śpią, gdy unikają swojej sypialni i wieczornych rytuałów.

Bezsenności mogą towarzyszyć różne skargi lub objawy dotyczące samopoczucia w ciągu dnia, takie jak zmęczenie, spadek energii, zaburzenia nastroju. Mogą również występować objawy lęku lub depresji, ale niespełniające kryteriów rozpoznania choroby psychicznej; pojawia się też nadmierne skupianie się na wpływie braku snu na gorsze samopoczucie w ciągu dnia.

Osoby skarżące się na bezsenność mają podwyższone wyniki w psychologicznych skalach samooceny i kwestionariuszach osobowości, których profile wskazują na niewielką depresję i lęk, styl poznawczy cechujący się tendencją do zamartwiania się, styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach, internalizację problemów psychologicznych oraz nadmierne skupienie na doznaniach somatycznych. Wzory zaburzeń neuropoznawczych obserwowane wśród pacjentów skarżących się na bezsenność nie są spójne, ale stwierdza się zaburzenia w rozwiązywaniu zadań o większej złożoności i zadań wymagających częstych zmian strategii. Takie osoby często muszą włożyć więcej wysiłku w rozwiązywanie zadań poznawczych.

Rozpowszechnienie

Badania populacyjne wskazują, że około jedna trzecia dorosłej populacji zgłasza objawy bezsenności, 10–15% doświadcza także pogorszenia funkcjonowania w ciągu dnia, a 6–10% spełnia kryteria kliniczne rozpoznania bezsenności. Bezsenność jest najpowszechniejszą chorobą ze wszystkich zaburzeń snu. Wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej około 10–20% zgłasza poważne objawy bezsenności. Bezsenność częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, proporcje wynoszą 1,44:1. Chociaż bezsenność może być objawem albo samodzielłą chorobą, najczęściej obserwuje się ją jako dolegliwość współwystępującą z inną chorobą somatyczną lub psychiczną. Na przykład 40–50% pacjentów skarżących się na bezsenność ma także rozpoznawaną chorobę psychiczną.

Rozwój i przebieg choroby

Bezsenność może się zacząć w każdym okresie życia, ale pierwsze epizody są najczęstsze u młodych dorosłych. Rzadziej bezsenność zaczyna się w dzieciństwie lub w okresie

Określenie postaci choroby

Lekarz może wyszczególnić obecność innych chorób współistniejących: innych zaburzeń psychicznych, w tym nadużywanie substancji psychoaktywnych, innych chorób somatycznych i innych zaburzeń snu. W przypadku każdego pacjenta dokładne opisanie chorób może pomóc w wyjaśnieniu jego stanu.

Dodatkowo obok określenia chorób współistniejących, wyróżnia się trzy postacie choroby pozwalające opisać przebieg choroby: *ostra* (trwająca krócej niż 1 miesiąc), *podostra* (trwająca od 1 do 3 miesięcy) i *przewlekła* (trwająca dłużej niż 3 miesiące). Uwzględnia się również określenie nasilenia choroby na podstawie trudności w utrzymaniu czuwania w ciągu dnia.

Narkolepsja

Narkolepsja jest chorobą, która prowadzi do niestabilności rytmu snu i czuwania. Powoduje nadmierną senność w ciągu dnia i prowadzi do nagłych napadów snu REM. Narkolepsja powoduje wiele ograniczeń w codziennym życiu pacjentów ze względu na niezdolność do utrzymania czuwania przez dłuższy czas oraz ze względu na ryzyko wystąpienia nagłych ataków snu. Jest to choroba przewlekła, którą można leczyć, ale nie można wyleczyć. Objawy zwykle pojawiają się między 15 a 25 lub 30 a 35 rokiem życia, ale mogą też pojawić się w każdym wieku. Objawy obejmują epizody skrajnej senności, pojawiające się co 3-4 godziny, omamy przysenne, paraliż przysenny, katapleksję (np. utrata napięcia we wszystkich mięśniach ciała) i „napady snu” (np. krótkie ataki wyzwalane przez różne czynniki, takie jak zjedzenie dużego posiłku, sytuacje dużego napięcia lub stresu, albo bycie obudzonym po mniej niż 4 godzinach). Katapleksja może powodować opadanie kolan, uginanie w kolanach lub może nawet spowodować upadek pacjenta na fotel lub na podłogę, co może prowadzić do potencjalnie niebezpiecznych konsekwencji.

Określenia *narkolepsja* użył po raz pierwszy francuski neurolog Gélinau w 1880 roku, który zastosował go do opisanego zespołu z nawracającymi i nie do powstrzymania epizodami snu, którym czasem towarzyszyły nagłe upadki (Morin i Edinger 2009). Choroba została po raz pierwszy włączona do DSM-IV i została utrzymana w rozpoznaniach DSM-5. W ICSID-2 obie narkolepsje, z katapleksją i bez katapleksji, są rozpoznawane jako oddzielne podtypy.

Badania naukowe pokazują, że narkolepsja jest związana z obniżonym poziomem w mózgu białka nazywanego *hipokretyną*. W latach 90. odkryto delecje genów hipokretyny-2 jako przyczynę narkolepsji u psów. W badaniach na ludziach stwierdzono u pacjentów z narkolepsją obniżony poziom hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz w badaniach autopsyjnych ubytek ponad 80% neuronów produkujących hipokretynę (oreksynę) – w grzbietowobocznym podwzgórze. Jednym z wyjaśnień może być uszkodzenie komórek produkujących hipokretynę przez jakąś reakcję autoimmunologiczną.

Kryteria diagnostyczne dla narkolepsji

- A. Nawracające okresy niepoohamowanej potrzeby snu, zapadania w sen lub robienia drzemek, występujące w ciągu tego samego dnia. Muszą występować co najmniej trzy razy w tygodniu przez trzy miesiące.
- B. Obecność co najmniej jednego spośród wymienionych:
1. Epizodów katapleksji zdefiniowanych albo jako (a), albo jako (b), występujących co najmniej kilka razy w miesiącu:
 - a. W przypadku osób z chorobą utrzymującą się od długiego czasu krótkie (sekundy/minuty) epizody nagłej, obustronnej utraty napięcia mięśniowego, bez utraty przytomności, które są wywołane śmiechem lub żartami.
 - b. U dzieci lub u osób dorosłych w ciągu 6 miesięcy od początku choroby samoistne grymasy lub epizody opadania żuchwy z wysunięciem języka lub uogólniona hipotonia bez jakichkolwiek emocjonalnych czynników wyzwalających.
 2. Niedobór hipokretyny oceniany na podstawie wartości immunoreaktywności hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzeniowym (jedna trzecia wartości uzyskanych w badaniach na osobach zdrowych lub mniej z użyciem tej samej metody badawczej albo 110 pg/ml lub mniej). Niski poziom hipokretyny-1 nie może występować w przebiegu urazu mózgu, chorób zapalnych lub zakażenia.
 3. Badanie polisomnograficzne przeprowadzane podczas snu nocnego wskazuje na latencję snu REM wynoszącą 15 minut lub mniej albo test wielokrotnej latencji snu wskazuje na średnią latencję snu wynoszącą 8 minut lub mniej oraz co najmniej dwa okresy snu REM w początkowej fazie snu.

Należy określić postać:

347.00 (G47.419) Narkolepsja bez katapleksji, ale z niedoborem hipokretyny:

Spełnione jest Kryterium B dotyczące niskiego poziomu hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz badania polisomnograficznego/ testu wielokrotnej latencji snu, ale nie występuje katapleksja (niespełnione Kryterium B1).

347.01 (G47.411) Narkolepsja z katapleksją, ale bez niedoboru hipokretyny:

W tej rzadkiej postaci (poniżej 5% przypadków narkolepsji) spełnione są wymagania z Kryterium B dotyczące katapleksji oraz dodatnich wyników badania polisomnograficznego/testu wielokrotnej latencji snu, ale stężenie hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzeniowych pozostaje w granicach normy (niespełnione Kryterium B2).

347.00 (G47.419) Autosomalna dominująca ataksja mózdkowa, głuchota i narkolepsja:

Postać ta jest wywołana mutacją (cytozyny-5)-metyltransferazy-1 w egzonie 21 DNA i charakteryzuje się późnym początkiem (wiek zachorowania 30–40 lat), narkolepsją (z niskim lub średnim stężeniem hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzeniowym), głuchotą, ataksją mózdkową i ostatecznie otępieniem.

347.00 (G47.419) Autosomalna dominująca narkolepsja, otyłość i cukrzyca

typu 2: W rzadkich przypadkach opisano występowanie narkolepsji, otyłości, cukrzycy typu 2 oraz niskiego stężenia hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzenio-

wym, a schorzenie jest związane z mutacją w genie dla glikoproteiny osłonki mielinoj oligodendrocytów.

347.10 (G47.429) Narkolepsja wtórna do innego stanu ogólnomedycznego:

Postać ta rozwija się wtórnie do zakażeń (np. choroby Whipple'a, sarkoidozy), urazów lub zmian nowotworowych odpowiedzialnych za niszczenie neuronów hipokretynowych.

Uwagi dotyczące kodowania (wyłącznie dla kodu 347.10 w ICD-9-CM): Należy najpierw odnotowywać stan ogólnomedyczny będący przyczyną zaburzenia (np. 040.2 Choroba Whipple'a, 347.10 Narkolepsja wtórna do choroby Whipple'a).

Należy *uwzględnić* aktualne nasilenie dolegliwości:

Łagodne: Rzadko występujące epizody katapleksji (rzadziej niż raz w tygodniu), potrzeba robienia drzemek jedynie raz lub dwa razy dziennie oraz mniej zakłócony sen nocny.

Umiarkowane: Epizody katapleksji występujące raz dziennie lub co kilka dni, zakłócony sen nocny i potrzeba robienia wielu drzemek w ciągu dnia.

Ciężkie: Katapleksja oporna na leczenie z wielokrotnie powtarzającymi się w ciągu dnia epizodami, niemal stała senność i zakłócony sen nocny (tzn. ruchy, bezsenność i żywe marzenia sennie).

Kryterium A

Zmienione zostały sformułowania kryteriów A z „nagle ataki regenerującego snu, które występują codziennie od co najmniej 3 miesięcy” na skupienie się na nawracających okresach niepowstrzymanej potrzeby snu, zapadanie w sen lub drzemki, występujące co najmniej trzy razy w tygodniu, przez co najmniej 3 poprzednie miesiące (jeśli pacjent nie był leczony).

Kryterium B

W DSM-IV tylko jedno z dwóch kryteriów musiało być spełnione. W obecnej wersji spełnione musi być co najmniej jedno z trzech kryteriów. Narkolepsja pierwotnie była opisywana razem z obecnością katapleksji. Katapleksja jest zwykle wyzwalana przez silne bodźce emocjonalne, a badania pokazały, że charakter emocji ma większe znaczenie niż jej natężenie. Interesujące jest, że żart jest najsilniejszym specyficznym bodźcem, który pozwala odróżnić prawdziwą katapleksję u pacjentów z narkolepsją od innych doświadczeń opisywanych przez pacjentów bez narkolepsji. Śmiech jest także powszechnie występującym bodźcem, choć to może być zależne kulturowo, ponieważ prawdziwym bodźcem wyzwalającym katapleksję jest wesołość. Dodatkowo katapleksja prawie zawsze trwa krótko, niecałe 15% pacjentów opisuje, że ich ataki trwają dłużej niż 2 minuty. Od 5 do 10% pacjentów ma jeden atak na rok (lub rzadziej), a mniej niż 20% pacjentów opisuje przynajmniej jeden atak w miesiącu (Dauvilliers i wsp. 2007). Z tych powodów stwierdzenie kilku ataków w miesiącu wydaje się rozsądną częstotliwością. U małych dzieci choroba ma nagły początek i rozwija się

szybko, w ciągu kilku tygodni. W takich przypadkach katapleksja objawia się inaczej, niepełną, podobną do tików hipotonią mięśni szczęki, z wysunięciem języka lub nawet całkowitym osłabieniem bez żadnego wyraźnego bodźca. Takie rzadkie przypadki ewoluują do bardziej klasycznej postaci (z typowymi bodźcami wyzwalającymi) w przeciągu 6 miesięcy do 1 roku.

Stwierdzenie obniżonego poziomu hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzeniowym u pacjentów z narkolepsją zostało potwierdzone przez badaczy z całego świata. Wartość progowa to poziom poniżej jednej trzeciej wartości prawidłowej lub poziom poniżej 110 pg/ml, została wyznaczona na podstawie jakościowej krzywej ROC, porównującej wyniki próbek pobranych od pacjentów z narkolepsją, ludzi zdrowych, pacjentów z innymi zaburzeniami snu (w tym z narkolepsją bez katapleksji, nadmierną sennością i bezsennością) i pacjentów z innymi ostrymi i przewlekłymi chorobami neurologicznymi (Burgess i Scammell 2012). Poza tym osoby zdrowe zasadniczo nigdy nie mają niskiego poziomu hipokretyny w płynie mózgowo-rdzeniowym, a u niektórych pacjentów z poważnymi ostrymi chorobami neurologicznymi (np. ostrym zapaleniem opon lub poważnym urazem głowy), u których można znaleźć obniżony poziom hipokretyny w płynie mózgowo-rdzeniowym, poziom normalizuje się wraz z poprawą stanu pacjentów. Narkolepsja z katapleksją prawie zawsze jest spowodowana przez niedobory hipokretyny. Prawie wszyscy pacjenci z katapleksją mają niski lub nieoznaczalny poziom hipokretyny-1 w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla odmiany tylko 5 do 30% przypadków bez katapleksji ma niski poziom hipokretyny w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W późnych latach 50. odkryto, że pacjenci z narkolepsją mają także skróconą latencję snu REM, co doprowadziło do zastosowania testu wielokrotnej latencji snu (MSLT) do diagnostyki narkolepsji (latencja snu poniżej 15 minut w nocnym badaniu polisomnograficznym, a następnie w badaniu MSLT średnia latencja snu poniżej 8 minut, z co najmniej 2 epizodami zaśnięcia snem REM w 4-5 drzemkach w ciągu dnia, są uważane za wynik pozytywny). Badanie MSLT w narkolepsji-katapleksji wykazuje około 95% czułości i swoistości, zarówno wtedy, gdy obecność katapleksji zostanie uznana za złoty standard, jak i wtedy, gdy oznaczany jest poziom hipokretyny w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przeprowadzone badania pokazują, że stwierdzenie skrócenia latencji snu REM w badaniu nocnym jest bardziej swoiste (ok. 99%), ale mniej czułe (ok. 50%) niż pozytywny wynik w badaniu MSLT (Andlauer i wsp. 2013). Wynikiem badania snu zgodnym z narkolepsją może być także zasypianie w nocy snem REM (np. latencja snu REM poniżej 15 minut) lub pozytywny wynik badania MSLT.

Podtypy i szczegółowe postacie

Określenie podtypu pozwala klinicydom na dokładniejsze określenie związku przyczynowego narkolepsji z niedoborami hipokretyny, mutacją chromosomu 21, cukrzycą 2 typu, chorobami neurologicznymi czy przypadkami ostrej infekcji. Można także określić aktualne nasilenie choroby (łagodne, umiarkowane, ciężkie).

Zaburzenia snu i czuwania to kolejna pozycja z serii *DSM-5 Selections*, publikacji książkowych, z których każda jest poświęcona zaburzeniom opisanym całościowo w *DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

W niniejszej części omówiono proces rozpoznawania zaburzeń rytmu snu i czuwania. Książka jest bezcennym uzupełnieniem innych publikacji z serii *DSM-5 Selections*, a także stanowi istotny wkład w rozwój wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego.

Treść publikacji opiera się na starannie wybranym materiale dotyczącym zaburzeń snu i czuwania, który zaczerpnięto z:

- podręcznika *DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. V (*DSM-5® Diagnostyka i statystyka zaburzeń psychicznych*)
- *DSM-5® Guidebook* (Przewodnik po *DSM-5®*)
- *DSM-5® Clinical Cases* (Przypadki kliniczne według *DSM-5®*)
- *DSM-5® Self-Exam Questions* (Pytania do samodzielnego sprawdzania wiadomości według *DSM-5®* – Przewodnik z pytaniami i odpowiedziami)



www.appi.org



www.edraurban.pl