

Adam Wichniak<sup>1</sup>, Marcin Iwański<sup>1</sup>, Joanna Salbert<sup>1</sup>, Aleksandra Wierzbicka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

<sup>2</sup>Zakład Neurofizjologii Klinicznej i Ośrodek Medycyny Snu, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

# Zastosowanie dziennika snu w diagnozowaniu i leczeniu bezsenności oraz zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania

## Streszczenie

Aktualne zalecenia dotyczące leczenia bezsenności wskazują, że w celu zapobiegania utrwalania się tego zaburzenia konieczne jest jak najszybsze rozpoznanie i aktywne leczenie. Z tego powodu lekarze w podstawowej opiece zdrowotnej są zachęceni do przesiewowej oceny jakości snu, szczególnie u starszych pacjentów. Jako rekomendowana metoda oceny wskazywane są dzienniki snu, których użycie pozwala na uniknięcie wielu trudności występujących przy próbach oceny snu tylko na podstawie zebranego wywiadu. Celem artykułu jest przedstawienie zasad stosowania dzienników snu w diagnostyce i leczeniu bezsenności oraz zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania.

Dzienniki snu mogą być stosowane w celu: 1) oceny parametrów, pór i rytmu snu pacjenta, 2) wprowadzenia interwencji nefarmakologicznych, np. techniki ograniczenia czasu snu – podstawowej formy leczenia bezsenności, 3) planowania i monitorowania wykonywania przez pacjenta zaleceń, w tym przyjmowania leków. W przypadku osób starszych obok standardowych tabelarycznych dzienników snu korzystne może być zastosowanie dzienników snu z zapisem graficznym, który umożliwia ocenę drzemek/okresów spoczynku w ciągu dnia oraz bardziej uwydatnia zmienność pór snu i czuwania. Zgodnie ze stopniowanym modelem opieki dzienniki snu w połączeniu z materiałami edukacyjnymi, np. w formie broszur, powinny stanowić podstawową metodę prowadzenia leczenia bezsenności i zaburzeń rytmu snu, obok racjonalnej farmakoterapii.

## Słowa kluczowe

bezsenność, diagnoza, leczenie, dziennik snu

## Wstęp

Aktualne zalecenia na temat bezsenności wskazują na konieczność szybkiego rozpoznania i aktywnego leczenia tego zaburzenia [1]. Zapobiega to utrwalaniu się bezsenności i jej przechodzeniu w postać przewlekłą, która o wiele trudniej poddaje się leczeniu [1, 2]. Brak wczesnego rozpoznania bezsenności i jej wieloletnie utrzymywanie się negatywnie wpływa na aktywność ośrodkowego układu nerwowego, powodując tzw. stan nadmiernego wzbudzenia fizjologicznego (*hyperarousal*) [3], przyczynia się do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia poprzez zwiększenie ryzyka wystąpienia i nasilenie objawów licznych chorób somatycznych [4] oraz prowadzi do zmiany zachowania osoby cierpiącej na bezsenność i postrzegania przez nią problemów związanych ze snem [5]. W ten sposób krótkotrwałe problemy ze snem, które stosunkowo łatwo mogą być opanowane poprzez proste zalecenia behawioralne i doraźnie stosowaną farmakoterapię lekami nasennymi, stają się przewlekłym zaburzeniem snu, którego samoistne ustąpienie jest mało prawdopodobne i które w 5-letniej obserwacji utrzymuje się u ponad połowy pacjentów [6]. Podczas gdy wytyczne dotyczące leczenia bezsenności zostały ostatnio dość obszernie opisane w licznych zaleceniach zarówno w języku angielskim [1, 7–10], jak i polskim [2, 11], stosunkowo mało uwagi poświęcono opisowi metod diagnostycznych z obszaru medycyny snu, które są dostępne dla każdego lekarza i mogą być wykorzystywane również w podstawowej opiece zdrowotnej.

Celem artykułu jest przedstawienie zasad stosowania dzienników snu w diagnostyce i leczeniu bezsenności oraz zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania.

## Dzienniki snu

Podstawową metodą diagnostyczną w medycynie, dostępną dla każdego lekarza, jest wywiad lekarski. W przypadku zaburzeń snu zabranie wywiadu od pacjenta jest jednak czynnością czasochłonną. Dodatkowo większość pacjentów ma trudności z odpowiedzią na pytanie, jaka jest ich typowa długość zasypiania, długość snu, czas trwania wybudzeń ze snu oraz zmienność tych parametrów w czasie. Z tego powodu pacjenci z bezsennością, pytani o jakość snu, najczęściej opisują lekarzowi najgorszą noc, jaką zapamiętali w ostatnim okresie. Stąd m.in. biorą się ich stanowcze stwierdzenia, że „w ogóle nie śpią”. Zdarza się również, że w od-

powiedzi na pytanie o jakość snu pacjent zaczyna opisywać swój sen ostatniej nocy. Takie informacje mają dla lekarza ograniczoną przydatność diagnostyczną. Dodatkowo, o ile w diagnozie części zaburzeń snu, np. bezdechu sennego, wystarczający jest pojedynczy pomiar (czyli jednokrotne wykonanie badania snu – badania polisomnograficznego), o tyle w przypadku diagnozowania bezsenności [1] i zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania więcej korzyści przynosi ocena snu w dłuższym czasie, najlepiej 14 kolejnych dni, z uwzględnieniem dwóch okresów wolnych od pracy [12, 13]. Te potrzeby diagnostyczne najprościej pomaga spełnić dziennik snu, wypełniany przez pacjenta codziennie rano, w ciągu jednej godziny od wstania z łóżka [14]. W dzienniku snu pacjent powinien zapisywać godzinę udania się na spoczynek nocny, godzinę wstania rano i spróbować oszacować czas, który był potrzebny, aby zasnąć (latencję snu), całkowity czas snu oraz liczbę i czas trwania wybudzeń ze snu. Bardzo ważne jest, aby omawiając sposób wypełniania dziennika, przekazać pacjentowi, że chodzi o jego odczucia, a nie pomiar snu z patrzeniem na zegarek w nocy. Na tej podstawie możliwe jest obliczenie najważniejszych parametrów stosowanych w opisie jakości i przebiegu snu [14]. Definicje parametrów snu obliczanych na podstawie dziennika snu i ich interpretację przedstawia tabela 1.

Orientacyjnie w ocenie jakości snu na podstawie dziennika snu można posługiwać się regułą 30/30 – jeśli zasypianie trwa powyżej 30 minut, czas wybudzeń ze snu również trwa powyżej 30 minut i w rezultacie pacjent z czasu spędzanego w łóżku, co najmniej 60 minut spędza w czuwaniu (traci 60 minut snu), obecne są wskazania do leczenia behawioralnego [15]. Jeżeli problemy ze snem powodują istotne cierpienie i pogorszenie funkcjonowania w ciągu dnia, a leczenie behawioralne nie jest wystarczające, można rozważyć również farmakoterapię [1]. Musi być ona jednak bezpieczna, co jest szczególnie ważne w leczeniu osób starszych. W tej grupie wiekowej ważną alternatywą dla leków nasennych i leków sedatywnych (przeciwdepresyjnych, przeciwhistaminowych, przeciwpsychotycznych) jest melatonina o przedłużonym uwalnianiu. Leczenie melatoniną jest najbezpieczniejszą formą terapii, jeśli chodzi o ryzyko upadków lub nasilenia się zaburzeń somatycznych, np. schorzeń układu krążenia lub oddechowego. Ze względu na występujący od 55. roku życia znaczny spadek wydzielania melatoniny leczenie takie może być traktowane jako nie tylko objawowe, lecz także

Tabela 1. Definicje parametrów snu obliczanych na podstawie dziennika snu i ich interpretacja

Parametr snu	Definicja	Interpretacja w przypadku oceny snu osób dorosłych*
latencja snu	czas od podjęcia decyzji, że pacjent chce zasnąć (wyłączenie światła i zakończenie wszelkich aktywności, które zakłócają zasypianie) do momentu zaśnięcia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mniej niż 15 minut – latencja snu jest krótka, typowa dla dzieci i młodych dorosłych, latencja snu &lt; 10 minut może świadczyć o niedoborze snu</li> <li>• 15–30 minut – latencja snu jest w granicach normy</li> <li>• 30–60 minut – latencja snu jest wydłużona, u osób starszych latencja snu do 45 minut wciąż może być normą</li> <li>• powyżej 60 minut – latencja snu jest zbyt długa</li> </ul>
czas snu	całkowity czas snu, który pacjent szacuje, odejmując od czasu spędzanego w łóżku czas, którego w swojej ocenie potrzebował na zaśnięcie, i łączny czas wszystkich wybudzeń ze snu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• powyżej 10 godzin – sen jest zbyt długi</li> <li>• 9–10 godzin – czas snu jest wydłużony, dla osób z dużą potrzebą snu nadal może być w granicach normy</li> <li>• 7–9 godzin – długość snu jest właściwa dla większości osób dorosłych</li> <li>• 6–7 godzin – czas snu jest skrócony, dla osób z małą potrzebą snu nadal może być w granicach normy</li> <li>• poniżej 6 godzin – sen jest zbyt krótki, dla osób w wieku powyżej 60 lat czas snu nocnego poniżej 6 godzin nadal może być normą, jeśli aktywność jest niska lub pacjent odpoczywa w pozycji leżącej w ciągu dnia</li> </ul>
wydajność snu	odsetek czasu spędzanego w łóżku, który pacjent wykorzystuje na sen (wydajność snu = czas snu/czas w łóżku × 100%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• powyżej 90% – wydajność snu jest wysoka, jeśli jest powyżej 95%, może świadczyć o niedoborze snu</li> <li>• 80–90% – wydajność snu mieści się w granicach normy, ale warto, aby pacjent stosował zasady higieny snu w celu jej poprawienia, w przypadku młodych dorosłych wydajność snu nie powinna być niższa niż 85%</li> <li>• mniej niż 80% – wydajność snu jest zbyt niska, istnieją wskazania do skrócenia czasu spędzanego w łóżku</li> </ul>
czuwanie wtrącone (wake after sleep onset – WASO)	łączny czas wybudzeń ze snu w ciągu nocy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mniej niż 15 minut – łączny czas wybudzeń ze snu jest krótki, brak wybudzeń ze snu w ciągu nocy może świadczyć o niedoborze snu</li> <li>• 15–30 minut – czas wybudzeń ze snu mieści się w granicach normy</li> <li>• 30–60 minut – czas wybudzeń jest wydłużony, u osób starszych WASO do 45 minut wciąż może być normą</li> <li>• powyżej 60 minut – czas wybudzeń ze snu jest zbyt długi</li> </ul>

\*Aby rozpoznać zaburzenia snu (np. zaburzenia zasypiania, zaburzenia utrzymania snu), konieczna jest ocena parametrów snu w powiązaniu z ich negatywnym wpływem na funkcjonowanie lub samopoczucie w ciągu dnia.

przyczynowe. Okres stosowania melatoniny o przedłużonym uwalnianiu w dawce 2 mg w połączeniu z interwencjami behawioralnymi powinien wynosić od 3 do 13 tygodni, a lek powinien być przyjmowany ok. 60 minut przed planowaną porą snu. W wypadku przeważających trudności z zasypianiem wskazane może być wcześniejsze przyjmowanie leku, 1–2 godziny przed snem [2, 11].

### Użycie dzienników snu w diagnostyce i leczeniu bezsenności

Bezsenna jest definiowana jako zaburzenie snu, w którym skargi pacjenta dotyczą trudności w zasypianiu, w utrzymaniu snu lub budzenia się zbyt wcześnie rano z niemożnością ponownego zaśnięcia. Objawy te muszą powodować istotne klinicznie cierpienie lub trudności w funkcjonowaniu oraz występować podczas co najmniej 3 nocy w tygodniu przez okres co najmniej 3 miesięcy (według ICD-11). Już ta definicja wskazuje, że jakość snu pacjenta skarżącego się na bezsenność musi być oceniana w dłuższym czasie. Dodatkowo dzien-

nik snu umożliwi lekarzowi ocenę zmienności jakości snu w czasie. Im ta zmienność jest większa, tym w patogenezie bezsenności należy podejrzewać większy udział czynników zewnętrznych (np. zdarzeń powodujących stres, czynników środowiskowych), złej higieny snu lub problemów zdrowotnych o zmiennym nasileniu. Stale obniżona jakość snu nakazuje natomiast dokładniejszą ocenę stanu zdrowia w kierunku schorzeń przewlekłych, np. chorób ograniczających aktywność w ciągu dnia, zaburzeń psychicznych (np. depresji), ale też utrwalonych złych nawyków związanych ze snem, np. zbyt długiego czasu poświęcanego na sen. Bez dziennika snu w tej ostatniej sytuacji lekarze bardzo często błędnie podejmują decyzję o podaniu leków nasennych. Wynika to z selektywności skarg pacjentów, którzy zwykle koncentrują uwagę lekarza tylko na wybranych parametrach snu (ryc. 1).

Obok celów diagnostycznych dzienniki snu są podstawową formą monitorowania postępów leczenia w trakcie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I). Jednym z podstawowych zaleceń behawioralnych stosowanych podczas takiej terapii

Data	Godzina zgaszenia światła	Godzina wstania z łóżka	Szacunkowy czas oczekiwania na sen	Szacunkowy czas snu
9/5 - 10/5	23	7	1 godz.	7
10/5 - 11/5	23	7	30 min	7:30
11/5 - 12/5	23	7	1 godz.	7
12/5 - 13/5	23:30	8	1 godz.	7:30
13/5 - 14/5	24	8	1 godz.	7
14/5 - 15/5	24	7	30 min	6:30
15/5 - 16/5	24	7	30 min	6:30
16/5 - 17/5	23:30	8	1 godz.	7:30
17/5 - 18/5	23	7	1 godz.	7
18/5 - 19/5	23:30	8	1 godz.	7:30
19/5 - 20/5	24	7	30 min	6:30
20/5 - 21/5	24	7	30 min	6:30
21/5 - 22/5	23	7	1 godz.	7
22/5 - 23/5	24	7	30 min	6:30

Rycina 1. Tabelaryczny dziennik snu 63-letniej pacjentki zgłaszającej trudności z rozpoczęciem snu

Pacjentka zgłosiła się do lekarza POZ, skarżąc się na zaburzenia zasypiania (czas potrzebny na zasypianie wydłużony do 1 godziny przez większość nocy w tygodniu). Początkowo otrzymała lek nasenny. Dziennik snu pozwolił zweryfikować, że czas snu pacjentki jest adekwatny do wieku. Problemy z zaśnięciem są natomiast konsekwencją późnego wstawania rano (7:00–8:00). W czasie omówienia dziennika snu pacjenta przyznała, że od przejścia na emeryturę wstaje znacznie później niż w okresie aktywności zawodowej (6:00).

jest ograniczenie czasu snu. Technika ta polega na skróceniu czasu spędzanego w łóżku przez pacjenta do średniej długości jego snu z całego tygodnia obliczonej na podstawie dziennika snu, lecz nie poniżej 6 godzin. Następnie na podstawie dziennika

snu czas spędzany w łóżku jest modyfikowany co 7 dni. Jeśli wydajność snu (czas snu/czas w łóżku × 100%) przekracza 90%, czas spędzany w łóżku jest wydłużany o 15 minut. Jeśli wydajność snu spada poniżej 80%, czas ten jest skracany o 15 minut, a w przypadku wydajności snu 80–90% pozostaje bez zmian. Pacjent powinien zachowywać też stałe pory snu. Ten sposób leczenia prowadzi do konsolidacji snu, czyli poprawy ciągłości, głębokości i jakości snu oraz skrócenia jego latencji. Dzięki temu, w dalszej kolejności następuje wydłużenie czasu snu oraz wzmocnienie rytmu okołodobowego snu [2]. Takie leczenie jest szczególnie ważne w przypadku próby powolnego odstawienia przewlekle przyjmowanych przez pacjenta leków nasennych. W sytuacji braku znacznego skrócenia czasu spędzanego w nocy w łóżku jest to zadanie trudne do wykonania. Bez skrócenia tego czasu sen pacjenta nie ulega wzmocnieniu i wraz ze zmniejszaniem dawki leku nasennego objawy bezsenności ulegają nasileniu.

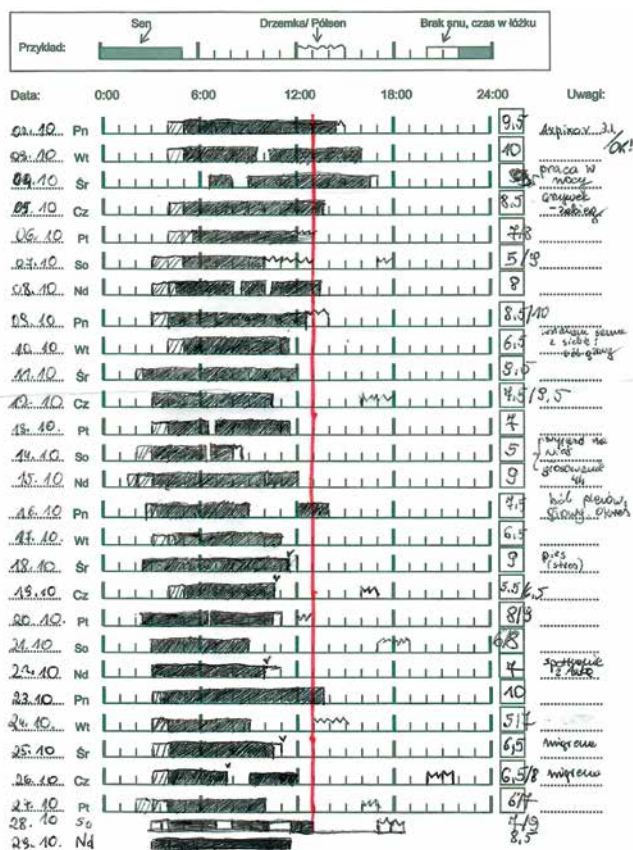
Dzienniki snu są również bardzo efektywnym sposobem monitorowania stosowania się pacjentów do zaleceń, w tym do ograniczania częstości przyjmowania leków nasennych (ryc. 2).

Leki nasenne powinny być stosowane przez pacjentów nie dłużej niż przez 2–4 tygodnie. Następnie mogą być przyjmowane doraźnie, nie częściej niż 1–5 razy w tygodniu i średnio mniej niż przez połowę nocy w ciągu miesiąca. Takie prowadzenie leczenia

Data	O której godzinie położyła się Pan/Pani wieczorem do łóżka?	O której godzinie wstała/a Pan/Pani z łóżka dzisiaj rano?	Jak długo był Pan/Pani sen ostatniej nocy (w godzinach)?	Jak długo trwało zaśnięcie (w minutach)?	Jak ocenia Pan/Pani jakość snu ostatniej nocy w skali: 1-jakość snu bardzo zła 2-zła 3-dostateczna 4-dobra 5-bardzo dobra	W tym polu może Pan/Pani wpisać swoje uwagi/ przyjmowane leki
13.09	00:00	08:00	6	30	1 2 3 4 5	
14.09	00:00	08:30	4	45	1 2 3 4 5	
15.09	00:00	08:00	5	30	1 2 3 4 5	
16.09	00:00	08:00	5	30	1 2 3 4 5	
17.09	00:00	08:00	5	30	1 2 3 4 5	
18.09	00:00	08:00	4	60	1 2 3 4 5	
19.09	00:00	10:00	5	300	1 2 3 4 5	
20.09	00:00	08:00	6	3	1 2 3 4 5	1:30 tabl. nasenna
21.09	00:00	07:00	3	?	1 2 3 4 5	
22.09	00:00	08:00	6	6	1 2 3 4 5	tabl. nasenna 2:00
23.09	00:00	08:00	?	!	1 2 3 4 5	
24.09	00:00	08:30	4	30	1 2 3 4 5	
25.09	00:00	06:30	3	15	1 2 3 4 5	
26.09	00:00	09:00	3	15	1 2 3 4 5	
27.09	00:00	09:00	3	60	1 2 3 4 5	
28.09	00:00	09:00	6	6	1 2 3 4 5	tabl. nasenna 3:00
29.09	00:00	01:00	1	—	1 2 3 4 5	tabl. nas. 3:30 brak snu
30.09	00:00	09:00	1	—	1 2 3 4 5	tabl. nasenna 1:00
01.10	00:00	08:00	6	5	1 2 3 4 5	
02.10	00:00	06:30	4	30	1 2 3 4 5	

Rycina 2. Tabelaryczny dziennik snu 65-letniej pacjentki zmniejszającej częstość przyjmowania leków nasennych

Dziennik snu poza znaczną zmiennością czasu snu, nadmiernie długiego czasu spędzanego w łóżku i nieregularnych porach wstawania rano (6:30–10:00) pozwala na ocenę częstości przyjmowania przez pacjentkę leków nasennych.



**Rycina 3.** Graficzny dziennik snu 26-letniej pacjentki z opóźnioną fazą snu

Dziennik wskazuje na późne godziny rozpoczynania snu (3:00–5:00), późne i nieregularne pory wstawania rano (9:00–17:00) oraz drzemki w ciągu dnia, w tym po godzinie 15:00, czyli mogące opóźniać zaśnięcie i pogarszać jakość snu w nocy. Pionową linią zaznaczono wyznaczoną pacjentce najpóźniejszą porę, o której musi wstać z łóżka. W trakcie terapii pora ta co 7 dni jest przesuwana o 30–60 minut wcześniej. Dodatkowo mogą być zalecane fototerapia (rano) i leczenie melatoniną (wieczorem).

nia jest możliwe, jeśli terapia lekiem nasennym jest połączona z leczeniem niefarmakologicznym, np. techniką kontroli bodźców [16]. Jest to kolejne ważne zalecenie behawioralne w ramach terapii CBT-I. Zgodnie z tą techniką łóżko ma służyć tylko do snu i życia seksualnego. Inne aktywności należy wykonywać poza łóżkiem, a najlepiej poza sypialną. Nie należy próbować wymuszać zaśnięcia („zasypiać na siłę”). Jeśli sen nie przychodzi i powoduje to dyskomfort, zdenerwowanie i kręcenie się z boku na bok, należy wyjść z łóżka i wrócić do niego dopiero po wcześniej określonym czasie, np. 30 minutach. Technika kontroli bodźców umożliwia powiązanie łóżka ze snem w mechanizmie uczenia się warunkowego oraz ułatwia zmniejszenie wzbudzenia fizjologicznego związanego z oczekiwaniem na sen [2].

### Użycie dzienników w diagnostyce i leczeniu zaburzeń rytmu snu

Zaburzenia rytmu okołodobowego snu i czuwania (*circadian rhythm sleep wake disorders* – CRSWD) to grupa zaburzeń snu, w których zmiana endogenych rytmów biologicznych wymusza sen w porach

istotnie odbiegających od oczekiwań lub od akceptowanych społecznie zachowań. W związku z tym pacjenci mogą skarżyć się na bezsenność w okresie, który niezgodnie ze swoim biologicznym rytmem zmuszeni są przeznaczyć na sen, lub na nadmierną senność w okresie, który zmuszeni są przeznaczyć na aktywność. Skargi te występują często nawet pomimo prawidłowej jakości i długości snu [12]. Podstawową metodą diagnozowania CRSWD są właśnie dzienniki snu, które pacjent powinien wypełniać w okresie wolnym od szkoły/pracy. Jeśli nie jest to możliwe, ocena powinna obejmować co najmniej dwa weekendy. W przypadku CRSWD bardziej przydatne niż dzienniki snu tabelaryczne (stosowane w bezsenności) są dzienniki snu graficzne, które umożliwiają ocenę rytmu snu pacjenta przez całą dobę. Ponadto w dziennikach graficznych łatwiej jest pacjentowi nanieść godzinę wykonania zaleceń lekarskich, np. wstania rano w leczeniu nastolatków i młodych dorosłych z zaburzeniem z opóźnioną fazą snu i czuwania (ryc. 3), godziny posiłków (np. śniadania u pacjentów z zespołem jedzenia nocnego), pory stosowania fototerapii lub przyjęcia

# DZIENNIK SNU

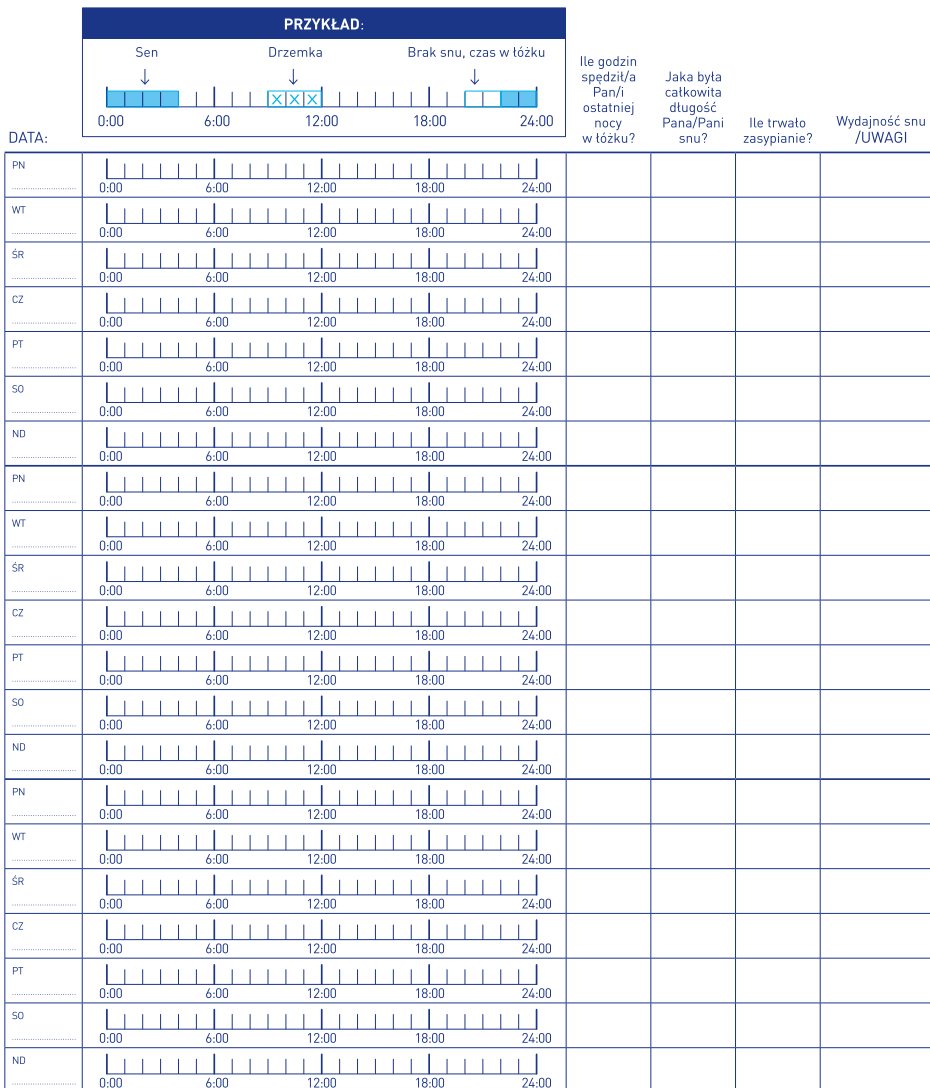
Czas badania: od ..... do .....

Imię i nazwisko: ..... Data urodzenia: .....

**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA DZIENNIKA SNU:** Codziennie rano po wstaniu z łóżka proszę zaznaczyć w graficznym dzienniku snu:

- poprzez zamalowane godziny, w których Pan/Pani spał/a;
- poprzez wstawienie znaku X w godziny, w których była drzemka;
- poprzez brak zamalowania godziny, w których leżał/a Pan/Pani w łóżku bez snu.

Proszę też wpisać w kolumnach z prawej strony, ile godzin spędził/a Pan/Pani w nocy w łóżku oraz oszacować (bez patrzenia w nocy na zegar!) ile trwał łącznie Pana/i sen oraz ile mogło trwać zasypianie. Wieczorem poprzez zakreskowanie proszę zaznaczyć w graficznym dzienniku snu godziny, w których zrobił/a Pan/Pani drzemkę w ciągu dnia.



Opracowanie merytoryczne dziennika snu: Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Adam Wichniak

Rycina 4. Dziennik snu z zapisem graficznym i tabelarycznym

melatoniny – podstawowych metod leczenia chronobiologicznego [12, 13].

Graficzne dzienniki snu często sprawdzają się także lepiej niż dzienniki tabelaryczne w diagnozowaniu i leczeniu starszych pacjentów. Są one dla nich łatwiejsze do wypełniania. Pozwalają też lepiej zdiagnozować pacjentów, którzy mają zaburzenie z przyspieszoną fazą snu i czuwania, tzn. zbyt wcześnie kładą się do snu (np. o 20:00–21:00) i w konsekwencji zbyt wcześnie się budzą (np. o 2:00–3:00 rano). Graficzne dzienniki snu są bardziej korzystne u starszych pacjentów, ponieważ pozwalają ocenić

liczbę i czas trwania drzemek w ciągu dnia. Osłabienie rytmu okołodobowego snu i czuwania wraz z wiekiem manifestuje się bowiem nie tylko zaburzeniami utrzymania snu, lecz także trudnościami w utrzymaniu czuwania w ciągu dnia [11]. Dodatkowo drzemki są często wykonywane również po godzinie 15:00, co u starszej osoby prawie zawsze jest związane z pogorszeniem jakości snu w nocy. Sen staje się krótszy i płytki (jest zdominowany stadium 2 snu NREM – N2), co w skrajnej sytuacji może powodować niewłaściwe odczuwanie snu – pacjent uparczywie przekazuje lekarzowi infor-

mację, że w nocy w ogóle nie sypia, a dziennik snu nie ma sensu, ponieważ trzeba by w nim stale wpisywać 0. W takim przypadku pacjent powinien być poproszony o nanoszenie w graficznym dzienniku snu okresów spoczynku (odpoczywania w pozycji leżącej).

### Podsumowanie

Dzienniki snu stanowią podstawową metodę stosowaną w diagnostyce i leczeniu zaburzeń snu. Choć są obarczone błędem oceny subiektywnej, to jeśli są wypełniane codziennie rano w ciągu jednej godziny od zakończenia snu, dostarczają lekarzowi ważnych informacji dla potwierdzenia diagnozy, planowania i oceny przebiegu leczenia. Aktualne zalecenia na temat leczenia bezsenności według modelu stopniowanej opieki wskazują, że obok poradników i broszur edukacyjnych dzienniki snu powinny być stosowane jako podstawowa interwencja niefarmakologiczna. Opierając się na dzienniku snu, lekarz może nie tylko ocenić parametry snu, lecz także prowadzić leczenie niefarmakologiczne, np. techniką ograniczenia czasu snu stanowiącą podstawę terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności lub planowania pór snu, posiłków i aktywności, których regularne wykonywanie jest fundamentem leczenia zaburzeń rytmu snu. W praktyce klinicznej pomocne jest wykorzystywanie dzienników snu opartych zarówno na zapisie graficznym, jak i tabelarycznym (ryc. 4).

Warto także pamiętać, że dziennik snu może być indywidualnie dopasowany do potrzeb danego pacjenta, np. u pacjentów w złym stanie psychicznym w dzienniku snu można uwzględnić kolumnę do oceny nastroju lub nasilenia lęku, u pacjentów z zespołem bólowym kolumnę do oceny nasilenia bólu, a u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym kolumny umożliwiające wpisanie wyników pomiaru ciśnienia krwi rano i wieczorem.

### Piśmiennictwo

1. Riemann D, Espie CA, Altena E i wsp. The European insomnia guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res* 2023; 32: e14035.
2. Wichniak A, Iwański M, Salbert J. Diagnoza i leczenie bezsenności u osób starszych. *Lekarz POZ* 2023; 9: 272-278.
3. Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia: state of the science. *Sleep Med Rev* 2010; 14: 9-15.
4. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL i wsp. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep* 2007; 30: 213-218.
5. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin N A* 1987; 10: 541-553.

6. Morin CM, Jarrin DC, Ivers H i wsp. Incidence, persistence, and remission rates of insomnia over 5 years. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e2018782-e2018782.
7. Wilson S, Anderson K, Baldwin D i wsp. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: an update. *J Psychopharmacol* 2019; 33: 923-947.
8. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD i wsp. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2017; 13: 307-349.
9. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA i wsp. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2016; 165: 125-133.
10. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM i wsp. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 2021; 17: 255-262.
11. Wichniak A, Bieńkowski P, Dąbrowski R i wsp. Treatment of insomnia in older adults. Recommendations of the Polish Sleep Research Society, Polish Society of Family Medicine and the Polish Psychiatric Association. *Psychiatr Pol* 2023; 57: 495-516.
12. Wichniak A, Jankowski K, Skalski M i wsp. Treatment guidelines for circadian rhythm sleep – wake disorders of the Polish Sleep Research Society and the Section of Biological Psychiatry of the Polish Psychiatric Association. Part II. Diagnosis and treatment. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 815-832.
13. Wichniak A, Jankowski KS, Skalski M i wsp. Treatment guidelines for circadian rhythm sleep-wake disorders of the Polish Sleep Research Society and the Section of Biological Psychiatry of the Polish Psychiatric Association. Part I. Physiology, assessment and therapeutic methods. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 793-814.
14. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S i wsp. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep* 2012; 35: 287-302.
15. Bramoweth AD, Lederer LG, Youk AO i wsp. Brief behavioral treatment for insomnia vs. cognitive behavioral therapy for insomnia: results of a randomized noninferiority clinical trial among veterans. *Behav Ther* 2020; 51: 535.
16. Hajak G, Bandelow B, Zulley J i wsp. "As needed" pharmacotherapy combined with stimulus control treatment in chronic insomnia-assessment of a novel intervention strategy in a primary care setting. *Ann Clin Psychiatry* 2002; 14: 117.

### Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Adam Wichniak  
III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
ul. Sobieskiego 9  
02-957 Warszawa  
e-mail: wichniak@ipin.edu.pl