

## **Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi – zaburzenia afektywne i lękowe**

### **Sleep disturbances in children and adolescents with psychiatric disorders – affective and anxiety disorders**

Katarzyna Krysiak-Rogala, Wojciech Jernajczyk

Poradnia Zaburzeń Snu IPiN w Warszawie  
Kierownik: dr n. med. W. Jernajczyk

#### **Summary**

Sleep disorders are common in children and adolescents, their incidence is estimated to be within 25-40%. Among children with psychiatric disorders, sleep problems often arise. Sleep disorders are a symptom of many mental illnesses, they have a major impact on the severity of other symptoms of the disease and the treatment is often difficult. Epidemiological and clinical studies have shown that children in this group often suffer from chronic insomnia, but also relatively frequently are seen in them primary sleep disorders such as restless legs syndrome or obstructive sleep apnea. On the other hand, there is evidence that primary insomnia may be a risk factor for many psychiatric diseases especially depression and anxiety disturbances, and may even produce symptoms of mental illness. Researches regarding pharmacotherapy in pediatric sleep disorders are limited. As a first-line treatment nonpharmacologic strategies are usually recommended.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne, dzieci, zaburzenia snu

**Key words:** mental disorders, children, sleep disorders

#### **Wstęp**

Celem tego artykułu jest zebranie informacji o zaburzeniach snu u dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Podstawowym źródłem był przegląd najważniejszych publikacji z tego zakresu. Mamy nadzieję, że przyczynią się one do zwiększenia uwagi lekarzy, a zwłaszcza lekarzy psychiatrów, na problem zaburzeń snu w tej grupie pacjentów.

Zaburzenia snu są częstym zjawiskiem w populacji dzieci i młodzieży. Ich występowanie szacuje się w granicach 25–40% [1]. Wśród dzieci, u których rozpoznano określone zaburzenia psychiczne, problemy ze snem pojawiają się częściej, na przykład u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu występują u 50–70% [2], a aż 73% dzieci z zaburzeniami depresyjnymi skarży się na bezsenność [3]. Zaburzenia snu u dzieci

z problemami psychicznymi zgłaszane są przez rodziców lub są obserwowane przez personel szpitala, w którym przebywa dziecko na czas diagnozy i leczenia. Jednakże nawet same dzieci z tej grupy, częściej niż dzieci zdrowe, skarżą się na problemy ze snem [4]. Zaburzenia snu mogą być jednym z istotnych dla obrazu klinicznego objawów choroby psychicznej, jak to ma miejsce np. w przebiegu depresji czy manii. W innych przypadkach, np. w zespołach nadpobudliwości ruchowej, objawy choroby zasadniczej mogą współistnieć z zaburzeniami snu (zespół niespokojnych nóg – ang. restless legs syndrome, RLS) [3, 5]. Zaburzenia snu mogą być też objawem niepożądanym stosowanej farmakoterapii. U znacznej części dzieci chorujących psychicznie bezsenność, podobnie jak u zdrowych dzieci, jest wynikiem niewłaściwej higieny snu lub spowodowana jest czynnikami środowiskowymi i nieprawidłowościami procesu zasypiania (bezsenność uwarunkowana behawioralnie) [4]. Zaburzenia snu powodują pogorszenie rozwoju fizycznego i wydolności organizmu, a także funkcjonowania społecznego, poznawczego, szkolnego i emocjonalnego [6]. Stają się więc dodatkowym czynnikiem, który obok podstawowej choroby psychicznej pogarsza jakość życia dziecka. Wykazano, że u dzieci z objawami bezsenności istnieje większe ryzyko depresji w przyszłości [7]. Niejednokrotnie zaburzenia snu zwiększają ryzyko nawrotu choroby zasadniczej lub powodują gorszą niż oczekiwana odpowiedź na leczenie [3]. U dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi występują zakłócenia snu takie, jak: bezsenność, nadmierna senność, zaburzenia ruchowe podczas snu, RLS, lęki nocne, koszmary senne, bezsenność z braku dyscypliny, sen nie dający wypoczynku, chrapanie, moczenie nocne [8]. W badaniach, za pomocą CSQ (Childhood Sleep Questionnaire) oraz BASfC (Behavioral Assessment System for Children), rodzice dzieci, będących pacjentami szpitali psychiatrycznych, najczęściej zgłaszali następujące problemy: u dzieci z ADHD (zaburzenia aktywności i uwagi – ang. attention deficit hyperactivity disorder) – liczne wybudzenia, sny o przerażającej treści, opóźnienie godziny położenia się spać, a także zdecydowanie częściej nagłe ruchy nóg podczas snu niż w przypadku innych schorzeń; u dzieci z zaburzeniami nastroju i lękowymi najczęściej obecne były nocne wybudzenia, podczas gdy skrócenie czasu snu oraz jego wydłużona latencja były związane z zachowaniami agresywnymi, nadruchliwością, a także depresją. Wszystkie te zaburzenia pozytywnie korelowały z nasileniem objawów zaburzeń psychicznych [4].

Zaburzenia snu źle rozpoznane mogą prowadzić do omyłek diagnostycznych i niewłaściwego postępowania, np. w przypadku zespołu Tourette'a (częściowa katapleksja oceniana jako tiki ruchowe) lub zaburzeń dysocjacyjnych (napady senności, katapleksja jako objawy dysocjacyjne).

Wydaje się niezwykle ważne uwzględnianie zakłóceń snu i jego jakości w skutecznym leczeniu dziecka z określonymi zaburzeniami psychicznymi.

W Stanach Zjednoczonych ordynowano farmakoterapię u 81% dzieci zgłaszających się z powodu bezsenności do lekarza. Leki przeciwhistaminowe (hydroksyzyna) były przepisywane w 33% przypadków, następnie – w 26% przypadków były stosowane alfa-2-agoniści (klonidyna, guanfacyna), u 15% dzieci benzodiazepiny, u 6% leki przeciwdepresyjne (trazodon) i u 1% leki niebenzodiazepinowe (zolpidem, zaleplon).

Terapię behawioralną jako wyłączne leczenie zalecano tylko u 22% badanych, a łącznie farmakoterapię i terapię behawioralną u 19% [9].

### Zaburzenia afektywne

Zaburzenia snu są jednym z podstawowych objawów występujących w chorobach afektywnych, zarówno u dorosłych jak i dzieci. W depresji typowej występują pod postacią bezsenności, trudności w zasypianiu, w utrzymaniu ciągłości snu, a także przedwczesnego budzenia się, natomiast w depresjach atypowych i maskowanych – pod postacią nadmiernej senności [3]. W grupie dzieci w wieku 7–15 lat z rozpoznaniem dużej depresji 73% skarżyło się na problemy ze snem, z czego 54% na bezsenność, a 9% nadmierną senność; 10% jednocześnie zgłaszało obecność obydwu objawów [3]. W porównaniu z dziećmi chorymi na depresję, które nie miały zaburzeń snu, dzieci mające problemy ze snem wykazywały większe nasilenie objawów depresyjnych i miały współistniejące zaburzenia lękowe. Częściej stosowano u nich leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI). Dzieci, u których stwierdzano zarówno objawy bezsenności jak i nadmiernej senności, miały dłuższą historię choroby, cięższy jej przebieg, z objawami anhedonii o charakterze nawracającym, a także były spowolnione psychoruchowo, męczliwe, traciły na wadze w porównaniu z dziećmi, które miały tylko jedno z wymienionych zaburzeń snu. Sama nadmierna senność występowała łącznie z następującymi objawami: nastrój depresyjny, anhedonia [3]. Wyniki badań prowadzone u dorosłych wskazują na fakt, że obecność bezsenności i nadmiernej senności wiąże się z większym ryzykiem podjęcia próby samobójczej [10]. W badaniach przeprowadzonych w populacji dzieci w wieku 13–16 lat [11] wykazano, że u dzieci, które zgłaszały myśli samobójcze, częściej występowała bezsenność i koszmary senne niż u tych, które zaprzeczały myślom samobójczym. Niektórzy autorzy twierdzą, że zarówno bezsenność jak i hipersomnia są związane z myślami samobójczymi [12]. Wśród wielu zmiennych rozpatrywanych w tym badaniu wykazano najsilniejszą zależność między zaburzeniami snu a właśnie myślami samobójczymi [12]. U dorosłych, którzy w okresie adolescencji podjęli próbę samobójczą i wtedy rozpoznawano u nich zaburzenia depresyjne oraz współistniejącą bezsenność, częściej stwierdzano objawy depresyjne i myśli samobójcze niż u chorych bez towarzyszącej bezsenności w przeszłości. Bezsenność wydaje się istotnym negatywnym czynnikiem rokowniczym nawrotu depresji w przyszłości [13]. Objawy depresyjne u części dzieci mogą czasami być skutkiem pierwotnych zaburzeń snu, jak np. zaburzenia oddychania w czasie snu [14].

W badaniu polisomnograficznym (PSG) dzieci i młodzieży chorych na depresję najczęściej stwierdzano skrócenie latencji snu z szybkimi ruchami gałek ocznych – snu REM (ang. rapid eye movement – REM), oraz wydłużenie latencji snu [15].

Ciekawe wnioski uzyskano z badań dotyczących wartości predykcyjnej parametrów PSG. U młodzieży z początkowym rozpoznaniem dużej depresji, u których w ciągu następnych 7 lat, w kolejnych badaniach PSG obserwowano skrócenie latencji snu REM, zwiększenie gęstości REM i jego ogólnej ilości, stwierdzano następnie zaburzenia depresyjne jednobiegunowe. Takich cech snu nie znajdowano u osób, u których

rozwinęły się zaburzenia afektywne dwubiegunowe oraz u zdrowych. Natomiast badani, u których w przyszłości rozpoznano chorobę afektywną dwubiegunową, w PSG mieli więcej stadium 1 snu NREM (ang. non-rapid eye movement) i mniej stadium 4 NREM [16].

Leczenie zaburzeń snu w depresji u dzieci i młodzieży to przede wszystkim leczenie choroby podstawowej. Należy pamiętać, że rozpoczynając leczenie farmakologiczne depresji można początkowo nasilić te zaburzenia. Leki przeciwdepresyjne zmieniają obraz snu u dorosłych. W większości przypadków zmniejszają ilość snu REM, wydłużają latencję snu REM, utrudniają zaśnięcie i utrzymanie ciągłości snu [17]. Największy taki wpływ na sen REM mają leki o silnym działaniu na układ serotoninergiczny; działanie to jest najsilniejsze na początku leczenia i zmniejsza się w czasie. Leki będące inhibitorami monoaminooksydazy (IMAO) mogą hamować sen REM na wiele miesięcy. Klomipramina czy leki z grupy SSRI (ang. selective serotonin reuptake inhibitors), szczególnie fluoksetyna, na początku ich stosowania pogarszają sen. Amitryptylina promuje sen [17]. Niewiele jest badań dotyczących wpływu leków przeciwdepresyjnych na sen u dzieci. Nie zawsze udaje się przełożyć obserwacje oddziaływania tych leków na sen u dorosłych na grupę dziecięcą. W jednym z badań, w którym porównywano dzieci w wieku 13–17 lat leczone fluoksetyną albo trazodonem, lub połączeniem tych dwóch leków, zaobserwowano pogorszenie się snu pod postacią bezsenności po 11 dniach leczenia u wszystkich pacjentów. Bezsenność trwała dłużej u starszych dzieci. Dzieci leczone trazodonem szybciej uzyskały poprawę snu niż leczone fluoksetyną, ale różnica nie była znacząca klinicznie [18]. W Stanach Zjednoczonych najczęściej stosowanym lekiem w leczeniu bezsenności u dzieci z zaburzeniami nastroju jest trazodon, następnie agoniści receptorów noradrenergicznych alfa2 (klonidyna, guanfacyna) [19]. W przypadku depresji wynikającej z pierwotnych zaburzeń snu należy najpierw podjąć leczenie choroby podstawowej – zaburzeń oddychania w czasie snu, co spowoduje ustąpienie objawów depresyjnych [14].

U dzieci z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, podobnie jak u dorosłych, występuje mniejsza potrzeba snu, bez poczucia zmęczenia następnego dnia. Jest to jeden z głównych objawów choroby. Zmniejszone zapotrzebowanie na sen zgłasza średnio 72% dzieci i młodzieży z rozpoznaniem zespołu maniakalnego [20]. Natomiast rodzice zgłaszają różnego rodzaju problemy ze snem u swoich dzieci aż w 99% [21]. Najczęściej są to problemy z zaśnięciem, sen nie dający wypoczynku (w ocenie rodziców), koszmary sennie, poranne bóle głowy [22]. Rodzaj zaburzeń snu jest również ważnym objawem ułatwiającym różnicowanie choroby afektywnej dwubiegunowej i ADHD. W jednym z badań obserwowano zmniejszone zapotrzebowanie na sen u 40% dzieci w wieku 7–16 lat z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową typu I wg DSM-IV (epizod maniakalny ICD-10), a u 6% dzieci z rozpoznaniem ADHD [23].

Niestety, niewiele jest badań, w których oceniano sen na podstawie polisomnografii u dzieci z chorobą afektywną dwubiegunową. Badania te są niespójne metodologicznie. W jednym z nich wykazano, że dzieci w wieku 6–7 lat, które spełniały kryteria rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej, przejawiały gorszą ciągłość snu, jego mniejszą efektywność, więcej wybudzeń, mniej snu REM oraz dłuższe okresy snu wolnofalowego [24]. Z kolei w innym badaniu, dotyczącym młodzieży, stwierdzano

więcej stadium 1 snu i mniej stadium 4 NREM, ale bez zmian snu REM w porównaniu z dziećmi z rozpoznaniem manii [16].

W leczeniu zaburzeń snu w ChAD stosuje się metody nefarmakologiczne oraz farmakologiczne. Metody nefarmakologiczne to przestrzeganie zasad higieny snu, psychoedukacja rodziców, metody behawioralno-poznawcze. Podobnie jak w depresji, skuteczne leczenie choroby dwubiegunowej przynosi poprawę snu. Większość ze stosowanych w tym przypadku leków ma jednocześnie działanie promujące sen. Skuteczne są tutaj atypowe leki przeciwpsychotyczne, np. olanzapina lub risperidon, które zmniejszając objawy maniakalne jednocześnie zwiększają zapotrzebowanie na sen [25]. Kwetiapina wydaje się również skutecznym lekiem w leczeniu choroby dwubiegunowej u dzieci [26]; jej wpływ na sen dzieci nie został jasno określony, ale badania u dorosłych wskazują na jej działanie sedujące oraz mniejszą supresję snu REM niż w przypadku olanzapiny i risperidonu [27]. Badania efektywności i tolerancji aripiprazolu wykazują jego skuteczność w leczeniu ChAD u dzieci – najczęstszym objawem niepożądanym była właśnie sedacja [28]. Leki przeciwpadaczkowe, takie jak karbamazepina, zwiększają ilość snu wolnofalowego, zmniejszają ilość stadium 1 i 2 snu [29], natomiast walproiniany mogą powodować zaburzenia snu – między innymi zwiększają ilość stadium 1 snu [30].

### Zaburzenia lękowe

Obserwacje dzieci z zaburzeniami lękowymi wykazały, że w tej grupie pacjentów zaburzenia snu są szeroko rozpowszechnione i ściśle związane z nasileniem objawów lękowych. Mogą występować u 42–66% dzieci z rozpoznaniem różnego typu zaburzeń lękowych [31]. Łącznie wśród dzieci z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi, fobią społeczną, lękiem separacyjnym aż 88% doświadcza co najmniej jednego rodzaju zaburzeń snu, a ponad 55% skarży się jednocześnie na trzy. Najczęściej występuje bezsenność – u 66,6% badanych, która również najmocniej koreluje z nasileniem objawów lękowych, następnie koszmary senne – u 54,5%, odmowa samodzielnego spania (bezsenność warunkowa) u 47,9%, nadmierne, bez powodu, zmęczenie w trakcie dnia u 43,2%, niemożność zaśnięcia poza domem u 40,9%, zmniejszenie ilości snu u 36,9%, wędrowanie nocne u 22,7%, zwiększenie ilości snu u 15,1% badanych [32].

U dzieci i młodzieży, u których występuje zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne – OCD (ang. obsessive-compulsive disorder), zakłócenia snu są wynikiem typowych dla tej choroby objawów – lęku, zachowań kompulsyjnych, które, gdy zdarzają się przed pójściem do łóżka, opóźniają początek snu i utrudniają jego utrzymanie. Takie objawy występują u 28,8% dzieci z rozpoznaniem OCD [33]. Podkreśla się tutaj rolę układu serotoninowego, którego nieprawidłowości w funkcjonowaniu występują zarówno w OCD jak i zaburzeniach snu [34].

Brak jest badań opisujących architekturę snu u dzieci chorych na OCD, natomiast u dorosłych obserwowano w badaniu PSG znaczące pogorszenie się ciągłości snu, nie stwierdzano nieprawidłowości snu wolnofalowego ani snu REM, z wyjątkiem znacznego zwiększenia się gęstości pierwszego snu REM [35].

Podstawowym leczeniem zaburzeń snu w OCD są metody niefarmakologiczne – terapia behawioralna. Natomiast farmakoterapia, podobnie jak w zaburzeniach depresyjnych, ma, poza leczeniem choroby podstawowej, przynieść efekt poprawy snu. W Stanach Zjednoczonych najczęściej stosowanymi lekami w leczeniu bezsenności u dzieci z zaburzeniami lękowymi był trazodon i leki z grupy alfa2 agonistów, takie jak klonidyna i guanfacyna [19].

Zaburzenia snu pod postacią koszmarów sennych są objawem typowym dla zaburzenia stresowego pourazowego – PTSD (ang. posttraumatic stress disorder). W jednym z badań, dotyczących dorosłych pacjentów, u 76% stwierdzono obecność koszmarów sennych [36]. Natomiast u dzieci z charakterystycznymi zaburzeniami snu, oprócz powtarzających się koszmarów sennych, występują również częste wybudzenia [37], mówienie przez sen (somnia lokwia), moczenie nocne oraz bezsenność różnego typu [38]. Koszmarmy sennie u dzieci nie zawsze wiążą się tematycznie z wydarzeniem traumatycznym, mogą mieć charakter snów lękowych [39].

Wyniki badań polisomnograficznych u dorosłych z rozpoznaniem PTSD nie są jednoznaczne, a badania dotyczące dzieci nieliczne. W jednym z nich obserwowano obniżenie się efektywności snu, wydłużenie jego latencji, zmniejszenie się ilości snu REM i całkowitego czasu snu [40].

W badaniu snu z wykorzystaniem aktygrafów wykazano dwukrotnie większą aktywność w czasie dnia dzieci z rozpoznaniem PTSD, w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej. Dzieci te również około trzy razy dłużej zasypiały i miały gorszą efektywność snu niż dzieci zdrowe. Dzieci, u których stwierdzano PTSD, miały także dłuższy czas zasypiania niż dzieci z objawami depresyjnymi. Nie zaobserwowano natomiast różnic, jeśli chodzi o liczbę wybudzeń w nocy [41]. Zaburzenia snu są uznawane za czynnik biorący udział w patogenezie PTSD. Niektóre badania dowodzą, że pobudzenie układu autonomicznego podczas snu REM, krótko po wydarzeniu traumatycznym może prowadzić do rozwinięcia się pełnego zespołu PTSD. Leczenie ukierunkowane na inne niż zaburzenia snu objawy tego zespołu nie poprawia znacząco skarg na kłopoty ze snem, natomiast terapia nakierowana na leczenie koszmarów sennych prowadzi do zmniejszenia wszystkich objawów PTSD [42].

Leczeniem podstawowym zaburzeń snu w PTSD jest terapia behawioralna, stopniowe wyciszanie, a także odpowiednia higiena snu, której elementami są: przestrzeganie stałych godzin snu i czuwania, rytuały związane ze snem, unikanie substancji pobudzających, takich jak kofeina w różnych postaciach. W leczeniu farmakologicznym bezsenności, oprócz leczenia ukierunkowanego na PTSD, najczęściej stosowane są leki sedatywne, takie jak hydroksyzyna [19]. Dobre efekty w leczeniu koszmarów sennych w PTSD uzyskano po użyciu alfa1 antagonisty – prazosyny. Badania te dotyczą jednak osób dorosłych [43].

Zakłócenia snu są objawem wielu chorób i zaburzeń psychicznych, nasilają objawy i często komplikują leczenie. Badania epidemiologiczne i kliniczne wykazały, że dzieci w tej grupie najczęściej cierpią z powodu przewlekłej bezsenności, ale także stosunkowo często obserwuje się u nich pierwotne zaburzenia snu, takie jak zespół niespokojnych nóg czy bezdech obturacyjny. Istnieją również dowody na to, że bezsenność pierwotna może być czynnikiem ryzyka wystąpienia wielu chorób

i zaburzeń psychicznych, szczególnie depresyjnych i lękowych, a nawet może dawać objawy identyczne jak w chorobie psychicznej. Zaburzenia snu źle rozpoznane mogą prowadzić do omyłek diagnostycznych i niewłaściwego postępowania. Konieczne jest więc uwzględnianie problemów ze snem w skutecznym leczeniu dziecka, u którego rozpoznano zaburzenie czy chorobę psychiczną.

### **Нарушения сна у детей и молодежи с нарушениями и психическими болезнями (аффективные и фобийные нарушения)**

#### **Содержание**

Повление нарушений сна у детей и молодежи отмечается в 25–40% этой популяции. Среди детей, у которых диагностируются психические нарушения, нарушения процесса сна появляются еще чаще. Нарушения сна присутствуют при многих заболеваниях и психических расстройствах. Они оказывают большое влияние на утяжеление иных болезненных проявлений и, как правило, затрудняют лечение. Эпидемиологические исследования и клинические данные показали, что дети в этой группе чаще всего страдают по поводу хронической бессоницы, а также, относительно часто, у них наблюдается первичное нарушение сна, такие как синдром беспокойных ног, или обтурационная задержка дыхания. С другой стороны, имеются доказательства, что первичная бессоница может быть фактором риска появления многих психических заболеваний. К ним относятся, прежде всего, депрессивные и фобийные нарушения, а даже может появиться типичный симптом для психических нарушений. Исследования, относящиеся к фармакотерапии таких нарушений сна немногочисленны у детей. В качестве лечения первого шуба предлагаются внефармакологические методы.

**Ключевые слова:** психические нарушения, дети, нарушения сна

### **Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen und psychischen Erkrankungen – affektive Störungen und Angststörungen**

#### **Zusammenfassung**

Das Erscheinen von Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen schätzt man auf 25 – 40% der gesamten Population. Unter den Kindern, bei denen die psychischen Störungen diagnostiziert werden, erscheinen die Schlafstörungen noch häufiger. Die Schlafstörungen sind Symptom vieler Krankheiten und psychischer Störungen, sie haben einen großen Einfluss auf die Intensität der anderen Krankheitssymptome und sind problematisch bei der Behandlung. Die epidemiologischen und klinischen Untersuchungen bewiesen, dass die Kinder aus dieser Gruppe am häufigsten unter der chronischen Insomnie leiden, aber auch relativ oft merkt man bei ihnen primäre Schlafstörungen, solche wie das Restless – legs - Syndrom oder das obstruktive Schlafapnoe - Syndrom.

Andererseits gibt es Beweise dafür, dass primäre Insomnie der Risikofaktor für viele psychische Krankheiten sein kann, besonders für depressive Störungen und Angststörungen, sie kann auch typische Symptome für psychische Störungen geben. Es gibt nicht viele Studien an der bei Schlafstörungen angewandten pharmakologischen Therapie bei Kindern. Als die Behandlung in erster Linie werden nicht-pharmakologische Methoden empfohlen.

**Schlüsselwörter:** psychische Störungen, Kinder, Schlafstörungen

### **Les troubles du sommeil des enfants et des adolescents souffrant des troubles psychiques – troubles effectifs et anxieux**

#### **Résumé**

Les troubles du sommeil des enfants et des adolescents sont fréquents, 25 - 40 % de population. Chez les enfants avec les troubles psychiques ces troubles du sommeil sont encore plus fréquents. Ils

sont les symptômes de plusieurs maladies, ils influent sur l'intensité d'autres symptômes et ils rendent la thérapie plus difficile. Les études épidémiologiques et cliniques démontrent que les enfants de ce groupe de patients souffrent le plus souvent de l'insomnie chronique et de l'insomnie primaire : du syndrome des jambes sans repos et du syndrome d'apnées du sommeil. D'autre part il est évident que l'insomnie primaire constitue le facteur du risque de plusieurs troubles mentaux, surtout des troubles dépressifs et anxieux, elle peut même causer les symptômes typiques de ces maladies. Les recherches concernant la pharmacothérapie de l'insomnie des enfants sont peu nombreuses, on recommande en question les méthodes non pharmacologiques.

**Mots clefs.** Troubles mentaux, enfants, troubles du sommeil

### Piśmiennictwo

1. Owens J. *Epidemiology of sleep disorders during childhood*. W: Sheldon S, Ferber R, Kryger MH, red. *Principales and practices of pediatric sleep medicine*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005, s. 27–33.
2. Johnson C. *Sleep problems in children with mental retardation and autism*. Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 1996; 5: 673–681.
3. Liu X, Buysse D, Gentzler AL i in. *Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenon and comorbidity in childhood depression*. Sleep 2007; 30 (1): 83–90.
4. Ivanenko A, Crabtree VM, O'Brien LM. *Sleep complaints and psychiatric symptoms in children evaluated at a pediatric mental health clinic*. J. Clin. Sleep Med. 2006; 2 (1): 42–48.
5. Cortese S, Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I i in. *Restless legs syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of the literature*. Sleep 2005; 28 (8): 1007–1013.
6. Louise M, O'Brien LM. *The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents*. Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2000; 18: 813–823.
7. Johnson EO, Roth T, Breslau N. *The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk*. J. Psychiatr. Res. 2006; 40: 700–708.
8. Simonds JF, Parraga H: *Sleep behaviors and disorders in children and adolescents evaluated at psychiatric clinics*. J. Dev. Behav. Pediatr. 1984; 5: 6–10.
9. Sasko D, Stojanovski SD, Rafia S, Rasu KS i in. *Medication prescribing for pediatric sleep. Trends in medication prescribing for pediatric sleep difficulties in US outpatient settings*. Sleep 2007; 30 (8): 1013–1017.
10. Agargun MY, Besiroglu L, Cilli AS, Gulec M, Aydin A, Inci R, Selvi Y. *Nightmares, suicide attempts, and melancholic features in patients with unipolar major depression*. J. Affect. Disord. 2007; 98 (3): 267–270.
11. Choquet M, Menke H. *Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior*. Acta Psychiatr. Scand. 1990; 81 (2): 170–177.
12. Roberts RE, Roberts CR, Chen IG. *Functioning of adolescents with symptoms of disturbed sleep*. J. Youth Adolesc. 2001; 94: 93–102.
13. Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA. *Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents*. J. Consult. Clin. Psychol. 2008; 76 (1): 84–91.
14. Crabtree VM, Varni JW, Gozal D. *Health-related quality of life and depressive symptoms in children with suspected sleep-disordered breathing*. Sleep 2004; 15; 27 (6): 1131–1138.
15. Lofthouse N, Gilchrist R, Splaingard M. *Mood-related sleep problems in children and adolescents*. Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2009; 18 (4): 893–916.
16. Rao U, Dahl RE, Ryan ND i in. *Heterogeneity in EEG sleep findings in adolescent depression: unipolar versus bipolar clinical course*. J. Affect. Disord. 2002; 70 (3): 273–280.
17. Wilson S, Argyropoulos S. *Antidepressants and sleep: a qualitative review of the literature*. Drugs 2005; 65 (7): 927–947.



18. Kallepalli BR, Bhatara VS, Fogas BS, Tervo RC, Misra LK. *Trazodone is only slightly faster than fluoxetine in relieving insomnia in adolescents with depressive disorders*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 1997; 7 (2): 97–107.
19. Owens JA, Rosen CL, Mindell JA, Kirchner HL. *Use of pharmacotherapy for insomnia in child psychiatry practice: A national survey*. Sleep Med. 2010; 11 (7): 692–700.
20. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. *Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents*. Bipolar Disord. 2005; 7 (6): 483–496.
21. Lofthouse N, Fristad M, Splaingard M i in. *Web survey of sleep problems associated with early-onset bipolar spectrum disorders*. J. Pediatr. Psychol. 2008; 33 (4): 349–357.
22. Mehl RC, O'Brien LM, Jones JH, Dreisbach JK, Mervis CB, Gozal D. *Correlates of sleep and pediatric bipolar disorder*. Sleep 2006 1; 29 (2): 193–197.
23. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Delbello MP, Bolhofner K, Craney JL, Frazier J, Beringer L, Nickelsburg MJ. *DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2002; 12 (1): 11–25.
24. Mehl RC, O'Brien LM, Jones JH, Dreisbach JK, Mervis CB, Gozal D. *Correlates of sleep and pediatric bipolar disorder*. Sleep 2006; 29 (2): 193–197.
25. Biederman J, Mick E, Hammerness P, Harpold T, Alardi M, Dougherty M, Wozniak J. *Open-label, 8-week trial of olanzapine and risperidone for the treatment of bipolar disorder in preschool-age children*. Biol. Psychiatry 2005; 58 (7): 589–594.
26. Scheffer RE, Tripathi A, Kirkpatrick FG, Schultz T. *Rapid quetiapine loading in youths with bipolar disorder*. J Child Adolesc. Psychopharmacol. 2010; 20 (5): 441–445.
27. Sharpley AL, Bhagwagar Z, Hafizi S, Whale WR, Gijsman HJ, Cowen PJ. *Risperidone augmentation decreases rapid eye movement sleep and decreases wake in treatment-resistant depressed patients*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64 (2): 192–196.
28. Biederman J, Mick E, Spencer T, Doyle R, Joshi G, Hammerness P, Kotarski M, Alardi M, Wozniak J. *An open-label trial of aripiprazole monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder*. CNS Spectr. 2007; 12 (9): 683–689.
29. Bourgeois B. *The relationship between sleep and epilepsy in children*. Semin. Pediatr. Neurol. 1996; 3 (1): 29–35.
30. Legros B, Bazil CW. *Effects of antiepileptic drugs on sleep architecture: a pilot study*. Sleep Med. 2003; 4 (1): 51–55.
31. Masi G, Milleepiedi S, Mucci M i in. *Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 2004; 43 (6): 752–760.
32. Alfano CA, Ginsburg GS, Kingery JN. *Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 2007; 46 (2): 224–232.
33. Ivarsson T, Larsson B. *Sleep problems as reported by parents in Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder, child psychiatric outpatients and school children*. Nord J. Psychiatry 2009; 63 (6): 480–484.
34. Storch EA, Murphy TK i in. *Sleep-related problems in pediatric obsessive-compulsive disorder*. J. Anxiety Disord. 2008; 22 (5): 877–885.
35. Voderholzer U, Riemann D, Huwig-Poppe C i in. *Sleep in obsessive compulsive disorder: polysomnographic studies under baseline conditions and after experimentally induced serotonin deficiency*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2007; 257 (3): 173–182.
36. Rutkowski K. *Anxiety and depression in post-traumatic disorders*. Psychiatr. Pol. 2000; 34 (6): 971–981.
37. Chimienti G, Nasr JA, Khalifeh I. *Children's reactions to war-related stress. Affective symptoms and behaviour problems*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1989; 24 (6): 282–287.

38. Collado-Corona MA, Loredó-Abdalá A, Serrano-Morales JL i in. *Sleep alterations in childhood victims of sexual and physical abuse*. Cir Cir. 2005; 73 (4): 297–301.
39. Rutkowski K. *Zaburzenia snu w zespole stresu pourazowego*. Kraków: Wydawnictwo Oddziału Polskiej Akademii Nauk Pandit; 2001.
40. Kobayashi I, Boarts JM, Delahanty DL. *Polysomnographically measured sleep abnormalities in PTSD: a meta-analytic review*. Psychophysiol. 2007; 44 (4): 660–669.
41. Glod CA, Teicher MH, Hartman CR i in. *Increased nocturnal activity and impaired sleep maintenance in abused children*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1998; 36 (9): 1236–1243.
42. Spoomaker VI, Montgomery P. *Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: secondary symptom or core feature?* Sleep Med. Rev. 2008; 12 (3): 169–184.
43. Raskind MA, Peskind ER, Hoff DJ i in. *A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder*. Biol. Psychiatry 2007; 61 (8): 928–934.

Adres: Katarzyna Krysiak-Rogala  
Instytut Psychiatrii i Neurologii,  
Poradnia Zaburzeń Snu  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 1/9

Otrzymano: 13.07.2011  
Zrecenzowano: 15.12.2012  
Otrzymano po poprawie: 14.01.2013  
Przyjęto do druku: 18.02.2013  
Adiustacja: L. Sz.