
Bezsenna – wywiad, zapis w historii choroby

Warsztaty: Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń snu, Centrum CBT

Dane demograficzne pacjenta

Kobieta 51-letnia, zamężna, pracująca aktualnie na pół etatu jako urzędniczka. Wzrost 165 cm, waga 66 kg, BMI – 24.3 kg/m²

Główne Objawy

„Trudności z zasypianiem mam już od kiedy skończyłam liceum. Teraz mam problemy nie tylko z zaśnięciem ale z przespaniem nocy. Nie jestem w stanie powrócić do pracy na pełen etat”

Jakość snu

W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjentka miała trudności z zaśnięciem (średnia latencja snu 60-90 minut) przez 5 i więcej nocy w ciągu tygodnia. Zaśnięcie poniżej 30 minut zdarza się bardzo rzadko (kilka razy w miesiącu).

Pacjentka zgłosiła również problemy z utrzymaniem snu, budzi się 3-4 razy w ciągu nocy na 30-45 minut co najmniej 3 noce w ciągu tygodnia. Przeciętny całkowity czas snu wynosi około 5-6 godzin.

Trudności ze snem występują zarówno w dni robocze jak i w dni wolne od pracy. Pacjentka zaprzeczyła przedwczesnym przebudzeniom, często ma problemy ze wstaniem rano na czas, zdarza się, że śpi rano do późnych godzin.

Próbując zasnąć pacjentka czuje się często umyślnie rozbudzona „nie mogę się wyłączyć”, mimo iż kładąc się do łóżka czuje się zmęczona.

Jakość snu

Gdy nie może zasnąć, pacjentka zaczyna się denerwować i martwić, że będzie miała problemy z koncentracją w pracy. Podobnie reaguje budząc się w nocy.

Gdy śpi w nowym otoczeniu (podróż służbowa lub wakacje) jakość snu często ulega poprawie.

Pacjentka zaprzeczyła, aby chrapała, budziła się łapiąc oddech, odczuwała niepokój ruchowy w kończynach dolnych, neguje dolegliwości somatyczne w trakcie nocy.

Funkcjonowanie w czasie dnia

Pacjentka w ciągu dnia czuje się zmęczona i rozdrażniona, po bezsennej nocy nie może się skoncentrować w pracy. Nie zdarza jej się zasypiać wbrew woli w niewłaściwym miejscu lub sytuacji.

Przebieg choroby

Pierwsze problemy ze snem pojawiły pod koniec nauki w liceum. Pacjentka tłumaczy to stresem związanym z maturą i trudnościami z decyzją jaki kierunek studiować.

Od czasu liceum problemy ze snem powtarzały się okresowo, ale nie zakłócały w sposób znaczny funkcjonowania pacjentki.

Poważne problemy ze snem pojawiły się w 1998, pacjentka przegrała wówczas konkurs na kierownika działu, w którym pracuje. Obawiała się, że nowy przełożony zwolni ją z pracy. W tym okresie pacjentka brała wiele nadgodzin, pracowała do późnych godzin wieczornych. Niedobór snu nadrobiła śpiąc do godziny 1-2 popołudniu w weekendy i zwalczając zmęczenie pić kawę do 10-12 filiżanek.

Choroby towarzyszące

Pacjentka przeżyła typowe choroby zakaźne wieku dziecięcego, stwierdza, że była zdrowym dzieckiem. Dwie ciąży i porody przeżyła bez komplikacji. Miesiączkuje regularnie. Dwa lata temu pacjentka miała częste bóle brzucha – rozpoznano u niej refluks żołądkowo-przełykowy i stan zapalny błony śluzowej żołądka. Jest leczona famotydyną, aktualnie dolegliwości ze strony układu pokarmowego neguje.

Pacjentka przestała palić 10 lat temu. Alkohol spożywa w ilości 2-3 drinków lub lampek wina tygodniowo.

Neguje przyjmowanie leków nasennych.

Wywiad rodzinny i socjalny

Pacjentka mieszka z mężem, małżeństwo opisuje jako szczęśliwe. Ma dorosłego syna (20 l.) i córkę (25 l.). Dzieci są zdrowe, wyprowadziły się już z domu.

Aktualnie problemy zawodowe i finansowe pacjentka neguje.

Rodzice pacjentki zmarli 10 i 15 lat temu z powodu chorób krążenia. Matka miała problemy ze snem. Choroby psychiczne w rodzinie neguje.

Wywiad psychiatryczny i badanie stanu psychicznego

Pacjentka nigdy nie była leczona przez psychiatrę lub psychologa. Nigdy nie dokonała próby samobójczej, nie miała też takich myśli.

Aktualnie pacjentka jest w wyrównanym nastroju, nąpeć jest nieznacznie zmniejszony. Nie stwierdza się objawów psychotycznych, zaburzeń funkcji poznawczych. Stany lękowe, natrętne myśli lub czynności pacjentka neguje.

We wręczonych do wypełnienia skalach pacjentka uzyskała:

W skali depresji Becka (BDI) 10 pkt (na pograniczu normy) – głównie w pytaniach o sen i nąpeć, w skali lęku Becka (BAI) 4 pkt (minimalne objawy). W skali senności Epworth 5 pkt (norma).

Zachowania związane ze snem

Gdy nie może zasnąć pacjentka stara się leżeć nieruchomo w łóżku czekając na sen. Niemożność zaśnięcia bardzo ją denerwuje, ponieważ obawia się złego samopoczucia i problemów z funkcjonowaniem następnego dnia w pracy.

Pacjentka ma nieregularny rytm snu. Jeśli poprzednia noc była zła stara się pójść do łóżka 1-2 godziny wcześniej aby nadrobić niedobór snu. W weekendy śpi zwykle do południa.

Diagnoza

Bezsenna pierwotna – psychofizjologiczna

Zła higiena snu

Postępowanie

Terapia poznawczo behawioralna – technika kontroli bodźców, technika redukcji czasu snu, edukacja i higiena snu, terapia poznawcza, techniki relaksacyjne

Przy braku poprawy – weryfikacja diagnozy, badania w kierunku nocnego refluksu żołądkowo-przełykowego

Przypadki kliniczne

Przypadek 1 - Wywiad

Kobieta 49-letnia, zamężna, pracująca na cały etat jako sprzedawczyni.

Problemy ze snem od około 5 lat, początek po śmierci mamy. Wcześniej spała dobrze, problemy ze snem występowały tylko, gdy działo się coś ważnego w życiu (egzamin maturalny, wyjazd za męża, choroby dzieci).

Nie zgłasza dolegliwości somatycznych, stan psychiczny wyrównany. Od 1,5 miesiąca przyjmuje 4-5 x w tygodniu Zolpidem 10 mg.

Czas spędzany w łóżku w dni robocze 23-7, w weekendy 24-9, czas snu 4-5 godzin, latencja snu 1-5 godzin, zdarzają się całkowicie bezsenne noce. W dzień jest wtedy „nie do życia”, próbuje zdrzemnąć się w ciągu dnia, co się z reguły nie udaje. W pozostałe dni czuje się zmęczona, myli się przy rachunkach w pracy, często kłóci się z mężem. Gdy nie może usnąć złości się na siebie, martwi się konsekwencjami bezsenności. Lepiej śpi podczas urlopów.

Przypadek 1 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Bezsенność psychofizjologiczna

Diagnoza różnicowa:

Zaburzenia snu związane z okresem perimenopauzy

Zaburzenia snu powodowane złą higieną snu

Zaburzenia adaptacyjne i lękowe

Przypadek 1 – Postępowanie

Dzienniczek snu

Skierowanie do lekarza POZ, podstawowe badania laboratoryjne

Konsultacja ginekologiczna

Higiena snu

Ograniczenie przyjmowania leków nasennych

Po potwierdzeniu diagnozy wstępnej:

terapia poznawczo-behawioralna:

-techniki kontroli bodźców i redukcji czasu snu

-techniki relaksacyjne

-terapia poznawcza – lęk przed konsekwencjami bezsenności

Przypadek 2 - Wywiad

Kobieta 40-letnia, zamężna, pracująca na cały etat jako nauczycielka.

Problemy ze snem od wczesnego dzieciństwa, mama zawsze usypiała ją godzinami, gdy tylko coś się działo nie spała całymi nocami, w dzień musi robić przerwy, kładąc się na kilka – kilkanaście minut, nigdy nie zasypia.

Zgłasza alergię na pyłki drzew, aktualnie nie ma dolegliwości somatycznych, stan psychiczny wyrównany. Od 18 r.ż stosuje różne leki nasenne, wszystkie tracą działanie po kilku miesiącach. Obecnie przyjmuje melatoninę 5 mg/d.

Czas spędzany w łóżku jest nieregularny, do łóżka chodzi między 20-24 wstaje między 6-10, nie umie określić czasu snu, sypia najwyżej po 3-4 godziny, latencja snu wynosi kilka godzin. W dzień czuje się zmęczona, ale nie senna. W dni wolne od pracy, podczas urlopów jakość snu nie ulega zmianie.

Przypadek 2 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Bezsенność pierwotna idiopatyczna

Zła higiena snu

Diagnoza różnicowa:

Zaburzenia afektywne i lękowe

Zaburzenia snu w przebiegu alergii

Przypadek 2 – Postępowanie

Dzienniczek snu

Skierowanie do lekarza POZ, podstawowe badania laboratoryjne

Higiena snu

Do rozważenia odstawienie melatoniny

Po potwierdzeniu diagnozy wstępnej:

terapia poznawczo-behawioralna (techniki kontroli bodźców i redukcji czasu snu, higiena snu, zwiększenie aktywności w ciągu dnia)

ewentualnie sedujący lek przeciwdepresyjny w niskiej dawce 3 godz. przed planowanym czasem snu

leki nasenne tylko doraźnie max. 2-3 x w tygodniu

Przypadek 3 - Wywiad

Kobieta 52-letnia, zamężna, pracująca w wolnym zawodzie jako prawnik.

Problemy ze snem od około 10 lat, polegające głównie na trudnościach z zasypianiem. Od 9 lat przyjmuje stale Estazolam 2 mg/d.

Dwa lata temu zachorowała na raka piersi, została zoperowana i przeżyła chemioterapię. Aktualnie przyjmuje Tamoksyfen, dolegliwości somatycznych nie zgłasza. Stan psychiczny wyrównany.

Czas spędzany w łóżku jest regularny, 24-7, czas snu wynosi 5-6 godzin, latencja snu do 2 godzin. Po zaśnięciu śpi niespokojnie, rozkopuje pościel. Przed zaśnięciem oraz w trakcie przebudzeń odczuwa silne „mrowienie łydek”, dlatego często porusza nogami lub wstaje by je rozmasować.

Przypadek 3 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Zespół niespokojnych nóg z okresowymi ruchami kończyn

Diagnoza różnicowa:

Polineuropatia

Niedokrwistość z niedoboru żelaza

Zaburzenia funkcji nerek

Szkodliwe nadużywanie Estazolamu (iatrogenne)

Przypadek 3 – Postępowanie

Dzienniczek snu

Skierowanie do lekarza POZ, podstawowe badania laboratoryjne + poziom żelaza i ferrytyny

Konsultacja neurologiczna

Odstawienie Estazolamu

Ewentualnie aktygrafia

Po potwierdzeniu diagnozy wstępnej:

Suplementacja żelazem

Rozważenie leczenia dopaminergicznego

Przypadek 4 - Wywiad

Mężczyzna 18-letni, kawaler, uczeń klasy maturalnej

Od około 5 lat problemy z zasypianiem i wstawaniem do szkoły. Aktualnie rozpoczął zajęcia dodatkowe przygotowujące do matury, musi być w szkole o 7 rano, często się spóźnia. Coraz gorzej się czuje – jest zmęczony, nie może się uczyć.

Stan psychiczny wyrównany. Neguje dolegliwości somatyczne. Kilka razy przyjął lek nasenny babci – Estazolam 2 mg.

W dni robocze kładzie się o 22, zasypia około 1-2 wstaje o 6, w weekendy sypia od 2 do 12-14 ciągłym, niezakłóconym snem. Czuje się po nim wyspany. W wakacje chodził spać od 3 do 12. Dobrze się czuł i funkcjonował.

Przypadek 4 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Zespół opóźnionej fazy snu

Diagnoza różnicowa:

Nieprawidłowa higiena snu

Nawykowa opóźniona faza snu

Przypadek 4 – Postępowanie

Dzienniczek snu

Odstawienie Estazolamu

Ewentualnie aktygrafia

Higiena snu

Po potwierdzeniu diagnozy wstępnej:

Fototerapia

Ewentualnie próba leczenia melatoniną

Chronoterapia

Przypadek 5 - Wywiad

Kobieta 42-letnia, rozwiedziona, urzędnik, dorosła córka mieszka oddzielnie

Od około 6 miesięcy – szybko zasypia, ale często się budzi, szczególnie nad ranem, nie może ponownie zasnąć.

Relacjonuje obniżony nastrój, apatię, zaburzenia apetytu, czuje się samotna. Neguje dolegliwości somatyczne. Od lekarza rodzinnego otrzymała Zolpidem 10 mg/d, który nie pomaga.

Czas spędzany w łóżku nieregularny, w dni robocze 22-6, w weekendy leży w łóżku w zasadzie cały dzień, nie ma siły wstać. Nie czuje się senna.

Przypadek 5 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Zespół depresyjny umiarkowany lub ciężki

Diagnoza różnicowa:

Zaburzenia adaptacyjne

Niedoczynność tarczycy

Choroby somatyczne

Przypadek 5 – Postępowanie

Wywiad odnośnie myśli rezygnacyjnych i suicydalnych

Skierowanie do lekarza POZ, podstawowe badania laboratoryjne + TSH

Dzienniczek snu i nastroju

Skale nasilenia depresji HDRS, BDI, MADRS

Po potwierdzeniu diagnozy wstępnej:

Leczenie przeciwdepresyjne np. sedującym lekiem przeciwdepresyjnym lub SSRI

CBT jak w zaburzeniach depresyjnych

Higiena snu + aktywizacja w czasie dnia

Przypadek 6 - Wywiad

Mężczyzna 52-letni, żonaty, przedsiębiorca

Zaburzenia snu okresowo od około 10 lat, pojawiają się po podróżach służbowych samolotem, szczególnie po powrotach z USA do Polski.

Stan psychiczny wyrównany. Nie zgłasza dolegliwości somatycznych.

Czas spędzany w łóżku nieregularny, wieczorami wiele spotkań służbowych, częste podróże. Często sięga po alkohol – pije 2-3 drinki 5-6 x w tygodniu. W dzień funkcjonowanie dobre.

Przypadek 6 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Zespół jet lag

Diagnoza różnicowa:

Zła higiena snu

Szkodliwe używanie alkoholu

Zaburzenia snu związane z wiekiem

Przypadek 6 – Postępowanie

Skierowanie do lekarza POZ, podstawowe badania laboratoryjne, EKG, pomiar ciśnienia krwi

Dzienniczek snu

Ograniczenie spożywania alkoholu

Po potwierdzeniu diagnozy wstępnej:

Higiena snu

Edukacja

Doraźnie leki nasenne niebenzodiazepinowe

Ewentualnie melatonina

Przypadek 7 - Wywiad

Mężczyzna 62-letni, żonaty, rolnik, waga ciała 110 kg, wzrost 180 cm

Zaburzenia snu od około 5 lat, częste przebudzenia z uczuciem zasychania w gardle i braku tchu, rano bóle głowy, senność w trakcie dnia z zasypianiem wbrew woli np. w kościele lub podczas oglądania TV.

Stan psychiczny wyrównany. Nadciśnienie tętnicze. Choroba wieńcowa. Przyjmuje leki hypotensyjne, azotany i kwas acetylosalicylowy.

Czas spędzany w łóżku regularny 21-5, zasypia w ciągu 5 minut, ale często się budzi, prawie natychmiast zasypia ponownie. Żona relacjonuje głośne chrapanie i bezdechy.

Przypadek 7 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Zespół obturacyjnego bezdechu sennego

Diagnoza różnicowa:

Przypadek 7 – Postępowanie

Konsultacja laryngologiczna

Skierowanie do pulmonologa celem wykonania badania przesiewowego w kierunku bezdechu sennego

Po potwierdzeniu diagnozy wstępnej:

Redukcja wagi ciała, zakaz picia alkoholu wieczorem oraz przyjmowania leków nasennych

Unikanie pozycji snu na plecach

Rozważenie leczenia operacyjnego

Rozważenie leczenia nCPAP

Przypadek 8 - Wywiad

Mężczyzna 48-letni, żonaty, pracownik ambasady

Zaburzenia snu od około 10 lat (został wtedy wysłany na placówkę), od tego czasu przyjmuje Lorafen, początkowo 1 mg dziennie, obecnie 3 Tbl. 2,5 mg godzinę przed snem. Mimo przyjęcia leku budzi się już po 2-3 godzinach, nie może ponownie zasnąć. Skarży się na zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi, spowodował ostatnio dwa wypadki samochodowe.

Stan psychiczny – nastrój obniżony, zachowana zdolność przeżywania radości. Napęd zmniejszony. Zaburzenia funkcji poznawczych. Neguje dolegliwości somatyczne.

Czas spędzany w łóżku 21-8, latencja snu do 1 godziny, czas snu do 4 godzin, potem co najwyżej drzemie. Gdy zabrakło mu leków miał „białe noce”, w dzień był drażliwy, nadpobudliwy, „trzępało mną”.

Przypadek 8 – Rozważania diagnostyczne

Diagnoza wstępna:

Uzależnienie od benzodiazepin

Diagnoza różnicowa:

Epizod depresyjny lekki lub umiarkowany

Bezsenność związana ze zmianą trybu życia (ostra reakcja na stres)

Przypadek 8 – Postępowanie

Konsultacja psychiatryczna

Powolne odstawienie lorafenu, ewentualnie przestawienie na benzodiazepinę o długim czasie półtrwania, włączenie leków osłonowych

Po odstawieniu benzodiazepin:

Weryfikacja diagnozy