

Zaburzenia odżywiania i zaburzenia snu - wprowadzenie

seminarium dla 3. roku kierunku lekarskiego

dr. hab. n. med. prof. UM Łukasz Mokros

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zaburzenia odżywiania i jedzenia

Neuroendokrynną kontrola głodu i sytości (1) - kontrola ośrodkowa (podwzgórzowa)

Ośrodek głodu:

jądra boczne podwzgórza (LH)

neurony z neuropeptydami o działaniu oreksygenym (stymulującym łaknienie) – oreksyny i hormon koncentrujący melaninę MCH

Ośrodek sytości:

jądro brzuszno-przyśrodkowe (VMN)

jądro przykomorowe (NPV) - neurony z neuropeptydami anoreksygenymi: m.in. TRH, CRH i oksytocyna

jądro łukowate (ARC) - integracja sygnałów regulacji głodu i sytości:

układ stymulujący łaknienie (oreksygeniczny)

- neuropeptyd Y (NPY)/białko Agouti (AgRP) -> hamuje układ współczulny
- układ endokannabinoidowy - ośrodkowa i obwodowa regulacja bilansu energetycznego

układ hamujący łaknienie (anooreksygeniczny)

układ melanokortyn POMC/CART

POMC jest prekursorem hormonów α -MSH i ACTH

BDNF -> wpływ na NPY/AgRP, POMC/CART, aktywność leptyny, serotoniny, dopaminy i ghreliny

wzrost łaknienia <- zwiększenie aktywności układu dopaminergicznego, α 2-adrenergicznego i GABA-ergicznego

spadek łaknienia <- zwiększenie aktywności układu β -adrenergicznego, cholinergicznego i serotonergicznego

Neuroendokrynną kontrola głodu i sytości (2) - kontrola obwodowa

Tkanka tłuszczowa = narząd endokrynną

- **leptyna**: hamuje NPY/AgRP, aktywuje POMC/CART → sytość, ↑ wydatek energetyczny
(w otyłości: **leptynooporność** mimo wysokich stężeń leptyny)
- **adiponektyna**: ↑ wrażliwość na insulinę, działa przeciwzapalne
- **rezystyna**: ↑ insulinooporność i zapalenie

Insulina

- Przenika do OUN.

- Hamuje NPY/AgRP i pobudza wydzielanie leptyny.
- Wraz z leptyną odpowiada za długoterminową regulację bilansu energetycznego.

Hormony przewodu pokarmowego

- **ghrelina (żołądek)** → jedyny główny hormon zwiększający łaknienie.
- **GLP-1, PYY, CCK, OXM, PP** → nasilają sytość i zmniejszają pobór pokarmu.
- Agoniści **GLP-1** (np. semaglutyd) i **GLP-1/GIP** (tirzepatyd) skutecznie zmniejszają masę ciała.

Zdrowa vs zaburzona relacja z jedzeniem

Cecha / Obszar	Prawidłowa postawa (Zdrowa relacja)	Nieprawidłowa postawa (Zaburzona relacja)
Główna motywacja	Zaspokojenie głodu, odżywienie organizmu, przyjemność.	Kontrola wagi, tłumienie emocji, lęk przed przytyciem.
Sygnały z ciała	Jedzenie pod wpływem głodu, kończenie po nasyceniu. - <u>uważne jedzenie</u>	Ignorowanie głodu lub jedzenie pomimo pełnego żołądka.
Podział produktów	Brak kategoryzacji – „wszystko jest dla ludzi” w odpowiednich ilościach. - <u>zasada 80/20</u>	Sztuczne dzielenie jedzenia na „dobre/czyste” i „złe/zakazane”.
Emocje po posiłku	Satysfakcja, spokój, przyływ energii.	Poczucie winy, wstyd, wyrzuty sumienia, lęk.
Elastyczność	Możliwość zjedzenia czegoś spoza planu bez poczucia porażki.	Obsesyjne liczenie kalorii, panika przy braku „własnego” jedzenia.
Życie towarzyskie	Wspólne posiłki są okazją do spotkań i radości.	Unikanie wyjść i spotkań z powodu lęku przed koniecznością wyboru posiłku czy wspólnym jedzeniem.

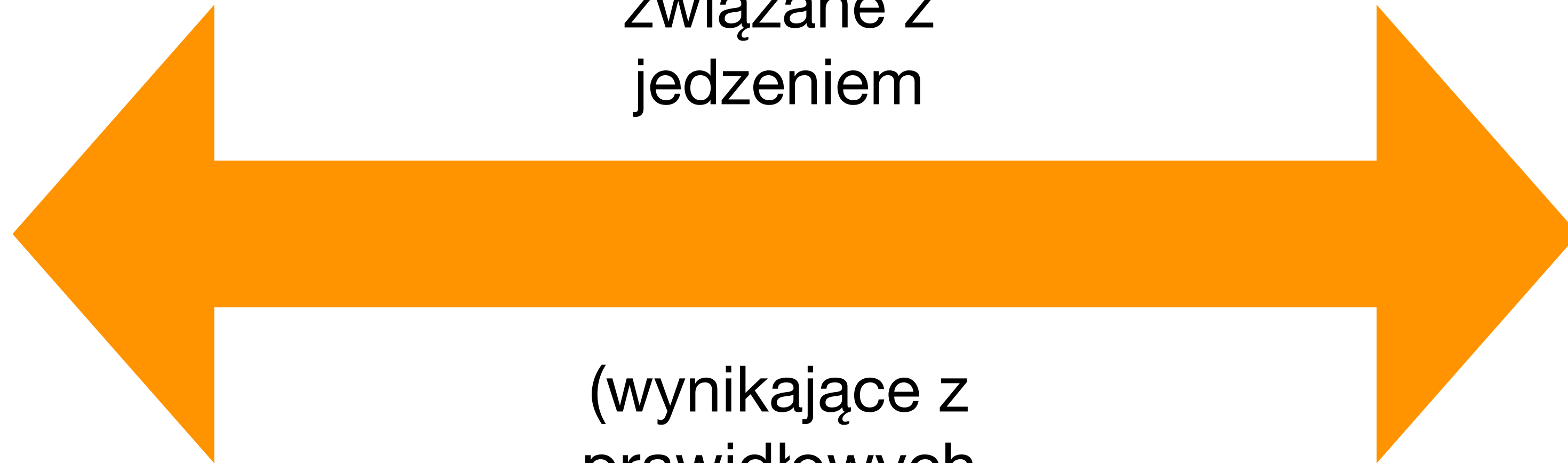
Czy można przesadzić z trzymaniem się nawyków żywieniowych?

**spożywanie
za dużo / za
mało
jedzenia
niezdrowa
dieta**

optymalne
zachowania
związane z
jedzeniem

(wynikające z
prawidłowych
postaw wobec
jedzenia)

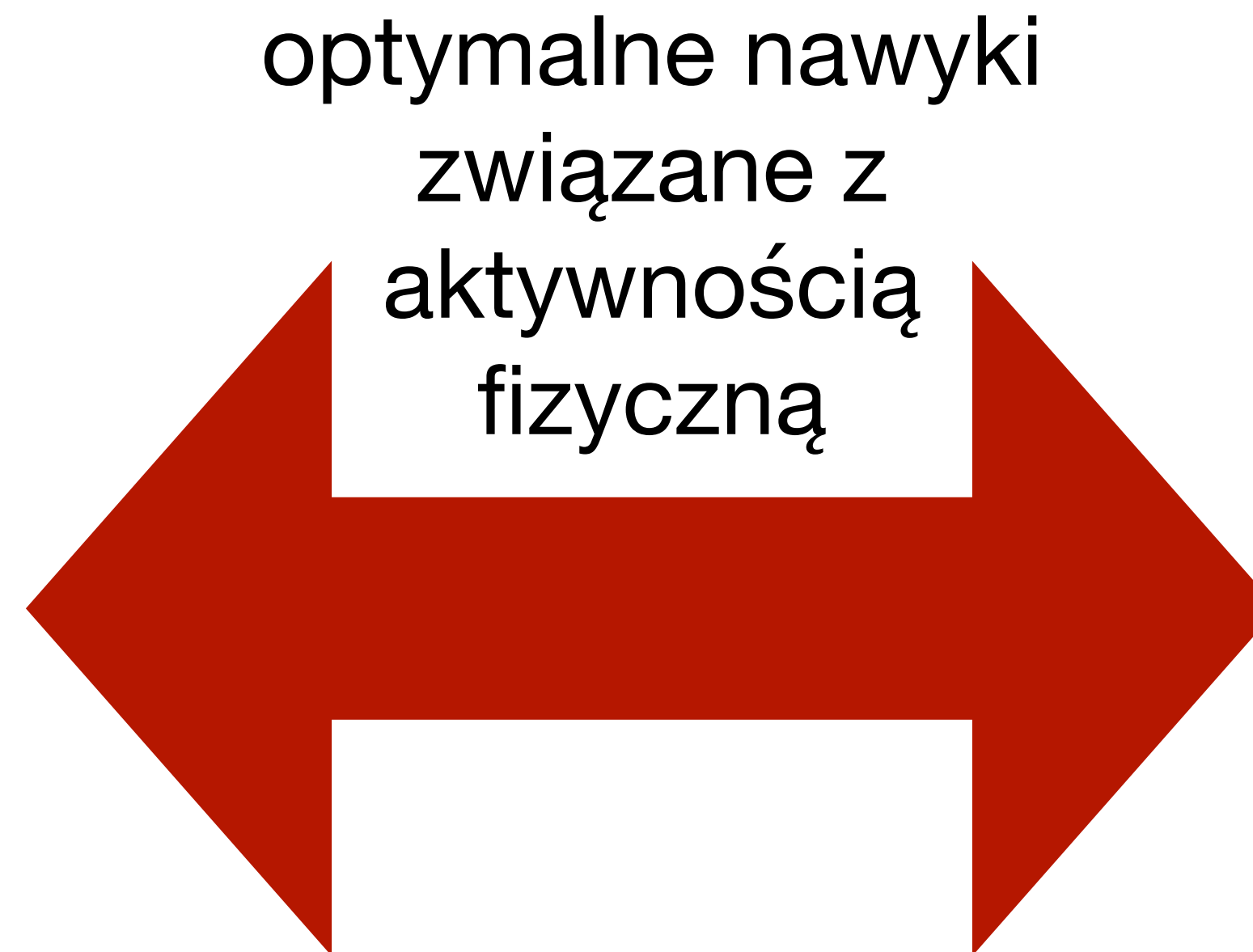
ortoreksja



Nieprawidłowe postawy wobec ćwiczeń fizycznych

postawy oparte na unikaniu i niechęci

- siedzący tryb życia - zanik mięśni, otyłość
- „wszystko albo nic” -> kończy się „zakwasami”, kontuzjami, zniechęcenie,
- kompensacja ruchem - karanie się za zjedzone kalorie
- lęk przed wyjściem na siłownię - „fobia treningowa”



postawy oparte na przesadzie i obsesji

- przetrenowanie i kult cierpienia: „no pain, no gain”
- bigoreksja - dysmorfia mięśniowa
- uzależnienie od ćwiczeń (ortoreksja sportowa)
- egocentryzm treningowy - budowanie poczucia własnej wartości i dominacji wyłącznie w oparciu o treningi

Zaburzenia odżywiania i jedzenia - definicja

- obejmują nieprawidłowe zachowania związane z jedzeniem i odżywianiem, które nie są wyjaśnione przez inne schorzenie i nie są odpowiednie z punktu widzenia rozwoju lub uwarunkowane kulturowo
- **zaburzenia jedzenia** - zaburzenia behawioralne, które nie są związane z zastrzeżeniami co do masy i kształtu ciała, takie jak spożywanie niejadalnych substancji lub dobrowolne zwracanie pokarmów
- **zaburzenia odżywiania** - nieprawidłowe zachowania związane z jedzeniem i zaabsorbowanie pokarmem, a także znaczące obawy co do masy i kształtu ciała

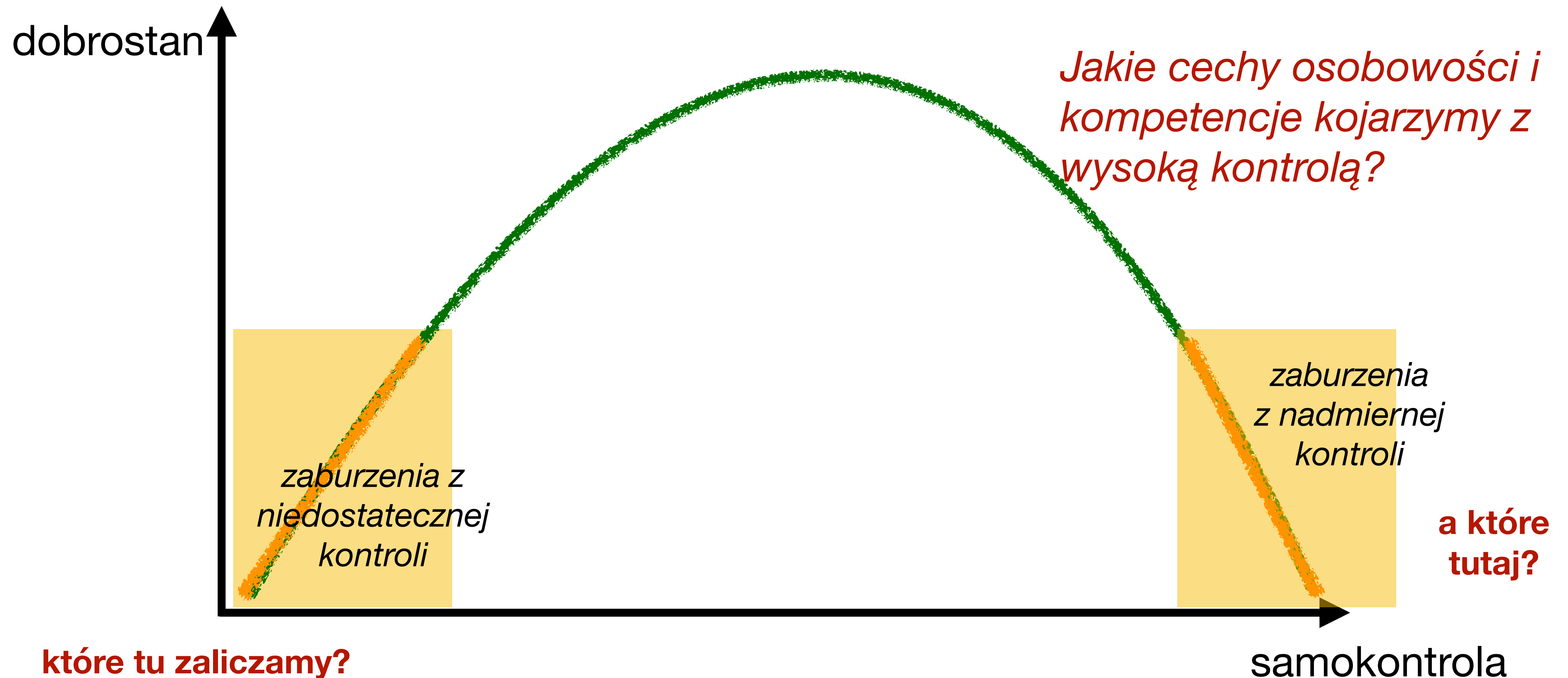
Zaburzenia odżywiania i jedzenia - klasyfikacja

ICD-10	DSM-5	ICD-11
jadłowstręt psychiczny (<i>anorexia nervosa, AN</i>)	jadłowstręt psychiczny (<i>wyłączono kryterium braku miesiączki</i>)	jadłowstręt psychiczny (<i>wyłączono kryterium braku miesiączki, BMI<18,5</i>)
jadłowstręt psychiczny atypowy		
żarłoczność psychiczna (<i>bulimia nervosa, BN</i>)	żarłoczność psychiczna (<i>bulimia nervosa</i>)	żarłoczność psychiczna (<i>bulimia nervosa</i>)
żarłoczność psychiczna atypowa		
objadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi	zaburzenia z napadami objadania się (<i>binge eating disorder</i>)	zaburzenia z napadami objadania się (<i>binge eating disorder</i>)
	<i>Pica</i>	<i>Pica</i>
	Zaburzenia przeżuwania	Zaburzenia ulewania i przeżuwania posiłków
	Zaburzenie polegające na ograniczaniu/ unikaniu przyjmowania posiłków	Zaburzenie polegające na ograniczaniu/ unikaniu przyjmowania posiłków
wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi		Zespół wymiotów cyklicznych

+ Inne określone i nieokreślone

kolejność zmieniona

Dysregulacja emocjonalna jako mechanizm zaburzeń odżywiania



Diagnostyka różnicowa zaburzeń odżywiania

w ramach kategorii diagnostycznej

	AN	BN	BED	ARFID
nadmierna koncentracja na wyglądzie i masie ciała	lęk przed przytyciem, znaczne restrykcje pokarmowe	tak	<i>nieokreślone</i>	nie
masa ciała	niedowaga	<i>nieokreślona</i>	<i>nieokreślona</i>	mogą być przy zbyt niskiej wartości energetycznej i odżywczej
regularne napady objadania się	w typie objadania się/ przeczyszczania	tak	tak, dystres + cechy charakterystyczne	<i>nieokreślone</i>
regularna kontrola masy ciała i zachowania kompensacyjne	w typie objadania się/ przeczyszczania	wymioty, przeczyszczanie się lub głodówki lub intensywne ćwiczenia	<i>nieokreślone</i>	nie, chyba, że w celach innych niż kontrola masy ciała
ocena stopnia ciężkości	BMI, centyle BMI u dzieci i młodzieży	częstość zachowań kompensacyjnych	częstość napadów objadania się	brak

Diagnostyka różnicowa zaburzeń odżywiania

z innych kategorii diagnostycznych

- **inne zaburzenia psychiczne** (zwłaszcza depresja, zaburzenia psychotyczne, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia somatyzacyjne)
- **choroby endokrynologiczne** (niedoczynność/nadczynność tarczycy, ch. Addisona, z. Cushinga, cukrzyca)
- **choroby gastroenterologiczne** (szczególnie nieswoiste ch. zapalne jelit, celiakia, zespoły złego wchłaniania, achalazja przełyku)
- **choroby nowotworowe** (np. chłoniaki, białaczki, nowotwory przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki)
- **choroby zakaźne** (zwłaszcza gruźlica, HIV/AIDS)
- niewydolność serca, przewlekła choroba nerek, POChP
- **choroby neurologiczne** (guzy i uszkodzenia OUN, szczególnie podwzgórza, padaczka, SM, otępienia)

schorzenia te, zwłaszcza inne zaburzenia psychiczne, mogą współwystępować z zaburzeniami odżywiania!

Epidemiologia

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja)

- 0,5 do 1 % wśród adolescentów
- 0,2 do 0,8 % wśród dorosłych
- K:M 10:1 (od 6:1 do 201:1)
- **śmiertelność 10-20%!**

Żarłoczność psychiczna (bulimia)

- roczne występowanie wśród kobiet 1-1,5%, K:M 10:1
- najczęściej zachorowanie w późnej adolescencji/wczesnej dorosłości
- zwiększone ryzyko samobójstwa, surowy wsp. umieralności 2%/10lat

Jadłowstręt psychiczny - kryteria diagnostyczne (1)

ICD-10	DSM-5
znaczący spadek masy ciała o co najmniej 15% wagi oczekiwanej dla wieku i wzrostu, u osób dorosłych wyrażony wartością wskaźnika Body Mass Index (BMI) poniżej 17,5	Ograniczenia poboru energii względem zapotrzebowania, prowadzące do znacząco niskiej masy ciała w kontekście wieku, płci, zdrowia fizycznego. Znacznie mniejsza masa jest zdefiniowana jako masa, która jest mniejsza niż minimalna w normie (BMI<18,5).
utrata masy ciała spowodowana celowym działaniem pacjenta (tj. unikaniem „tuczących” produktów, restrykcyjnymi ćwiczeniami fizycznymi, stosowaniem środków przeczyszczających czy prowokowaniem wymiotów)	Intensywny strach przed przyrostem masy ciała, otyłością lub utrzymujące się zachowania, które kolidują z przyrostem masy ciała, nawet gdy masa ciała jest znacząco niska.
zaburzony obraz własnego ciała, któremu towarzyszy lęk przed przytyciem, otyłością, pomimo znacznej niedowagi	Zaburzenia w doświadczaniu wagi czy kształtu ciała, nadmierny wpływ masy ciała lub jego kształtu na samoocenę lub utrzymująca się nieświadomość znaczenia obecnej zbyt niskiej wagi ciała.
liczne zaburzenia hormonalne (u kobiet manifestujące się nieobecnością cykli menstruacyjnych, u mężczyzn spadkiem libido i potencji)	

jeżeli nie wszystkie obecne -> AN atypowy

typy: restrykcyjny i bulimiczny

Jadłowstręt psychiczny - kryteria ICD-11

- Znacznie niska masa ciała w stosunku do wzrostu, wieku, etapu rozwoju lub wcześniejszej historii masy ciała danej osoby: zazwyczaj BMI poniżej 18,5 kg/m² u dorosłych oraz BMI dla wieku poniżej 5. percentyla u dzieci i młodzieży. Szybka utrata masy ciała (np. ponad 20% całkowitej masy ciała w ciągu 6 miesięcy) może zastąpić kryterium niskiej masy ciała, o ile spełnione są pozostałe wymagania diagnostyczne. U dzieci i młodzieży również - brak oczekiwanego przyrostu masy ciała zgodnie z indywidualną trajektorią rozwoju.
- Niska masa ciała nie może być lepiej wyjaśniona innym schorzeniem medycznym ani niedostępnością żywności.
- Utrwalony wzorzec restrykcyjnego jedzenia lub innych zachowań mających na celu osiągnięcie lub utrzymanie nieprawidłowo niskiej masy ciała, zwykle związany z nasilonym lękiem przed przyrostem masy ciała - obejmuje restrykcje kaloryczne, chowanie jedzenia i zachowania kompensacyjne
- Nadmierne zaabsorbowanie masą ciała lub kształtem sylwetki - niska masa ciała jako centralny punkt samooceny, ocenianie swojej masy ciała jako zbyt wysokiej, może być wyrażone nie wprost, np. częste ważenie ale też unikanie ważenia, noszenie luźnych ciuchów, częste sprawdzanie wyglądu

Kryteria żarłoczności psychicznej

ICD-10	DSM-5
pacjent koncentruje swoją uwagę wokół odżywiania się, staje się ono najistotniejszym obszarem jego życia, okresowo występują u niego nie dające się powstrzymać <u>napady żarłoczności</u> , nadmiernego jedzenia bardzo dużych ilości pokarmu, czasami nawet kilka razy przekraczających odpowiednią dla danej osoby porcję;	A. Powtarzające się epizody objadania się, które charakteryzują się obiema z następujących cech: - Jedzenie w określonym czasie (np. w <u>ciągu dwóch godzin</u>) takiej ilości jedzenia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach. - Poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie trwania epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować nad tym, ile się je).
pacjent podejmuje wiele różnych <u>działań kompensacyjnych</u> mających na celu „zapobiegać tuczącym skutkom” spożytego pokarmu, między innymi prowokuje wymioty po nadmiernym jedzeniu (albo po przyjęciu takiej ilości pokarmu, którą uzna za zbyt dużą czy zbyt wysoko kaloryczną), stosuje środki hamujące apetyt, środki	B. Powtarzające się, niewłaściwe zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobiegania przyrostowi masy ciała, takie jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych lub innych leków, głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne.
	C. Objadanie się i niewłaściwe zachowania kompensacyjne występują <u>co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące</u> .
pacjentowi towarzyszy także <u>stałe chorobliwe poczucie obawy przed otyłością</u> , skoncentrowany jest on na ocenie	D. Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała.
	E. Zaburzenie nie występuje wyłącznie podczas epizodów jadłowstrętu psychicznego.

jeżeli nie wszystkie obecne -> BN atypowy

Kryteria żarłoczności psychicznej (ICD-11)

- Częste, nawracające epizody objadania się (np. raz w tygodniu lub częściej przez okres co najmniej 1 miesiąca). Objadanie się definiuje się jako wyraźnie ograniczony okres (np. 2 godziny), podczas którego osoba doświadcza utraty kontroli nad swoim zachowaniem żywieniowym i zjada zauważalnie więcej lub w sposób odmienny niż zwykle
- Powtarzające się niewłaściwe zachowania kompensacyjne mające na celu zapobieganie przyrostowi masy ciała (np. raz w tygodniu lub częściej przez okres co najmniej 1 miesiąca) - najczęściej wymioty wywoływane w ciągu 1. godziny po jedzeniu, ale także stosowanie środków przeczyszczających, intensywnych ćwiczeń fizycznych
- Nadmierne zaabsorbowanie masą ciała lub kształtem sylwetki - np. monitorowanie kaloryczności posiłków, sprawdzanie kształtu ciała, wielokrotne ważenie się, noszenie luźnych ciuchów
- Występuje wyraźne cierpienie lub istotna dysfunkcja w ważnym obszarze życia z powodu ww. objawów
- Objawy nie spełniają kryteriów diagnostycznych jadłowstrętu psychicznego

Opieka nad pacjentem z zaburzeniami odżywiania

- podejście multidyscyplinarne

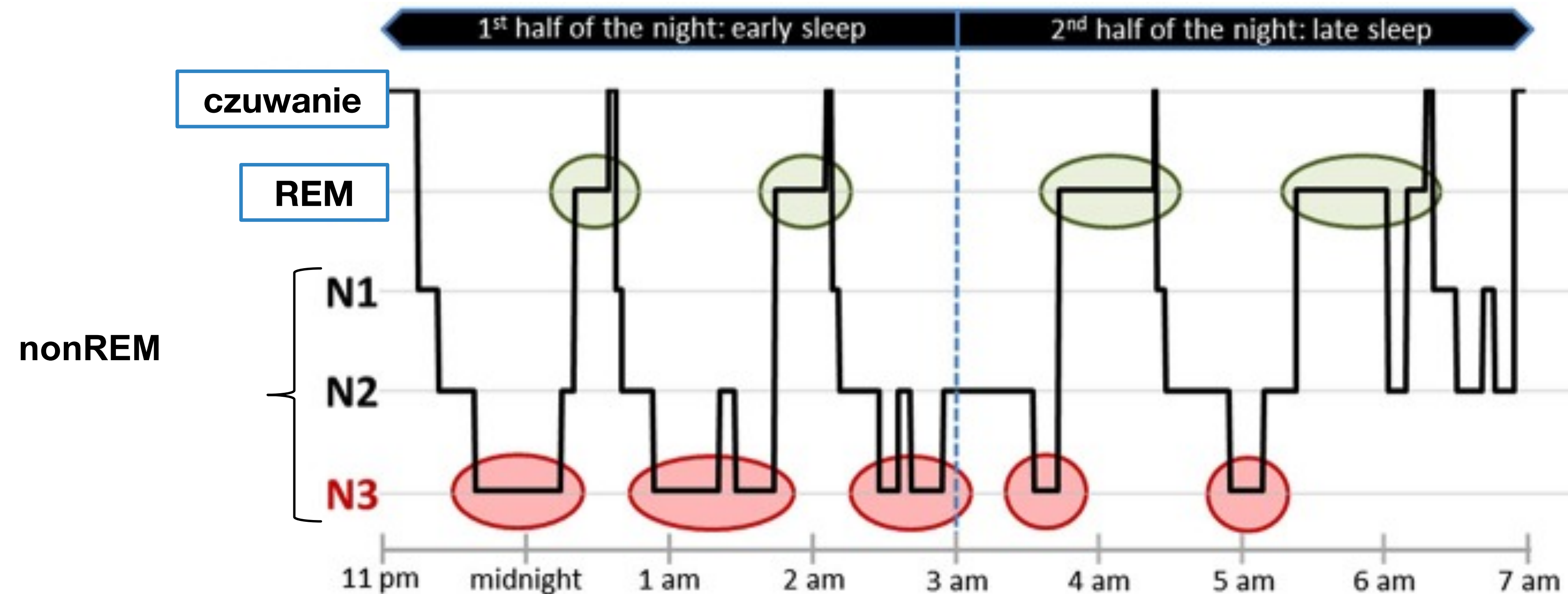
- Zaburzenia odżywiania są ściśle związane z wzorcem przyjmowania pokarmów **dietetyk**
- z istotnym znaczeniem czynników psychologicznych, **psycholog/psychoterapeuta indywidualny**
- niejednokrotnie wynikają z zaburzonych więzi, ale też rzutują na system rodzinny **psychoterapeuta systemowy (rodzinny)**
- możliwości farmakoterapeutyczne są ograniczone, ale leczenia często wymagają współistniejące zaburzenia psychiczne, **lekarz psychiatra**
- są związane z konsekwencjami dla zdrowia somatycznego **lekarz**

Zaburzenia snu

Czym jest sen?

- Zmiana stanu świadomości, którą charakteryzuje
 - typowa dla danego gatunku pozycja
 - fizyczny spoczynek
 - zwiększony prób pobudliwości na bodźce zewnętrzne
 - szybkie ustępowanie pod wpływem dostatecznej stymulacji
- Zajmuje ok. 1/3 życia 😊

Fizjologia – struktura snu



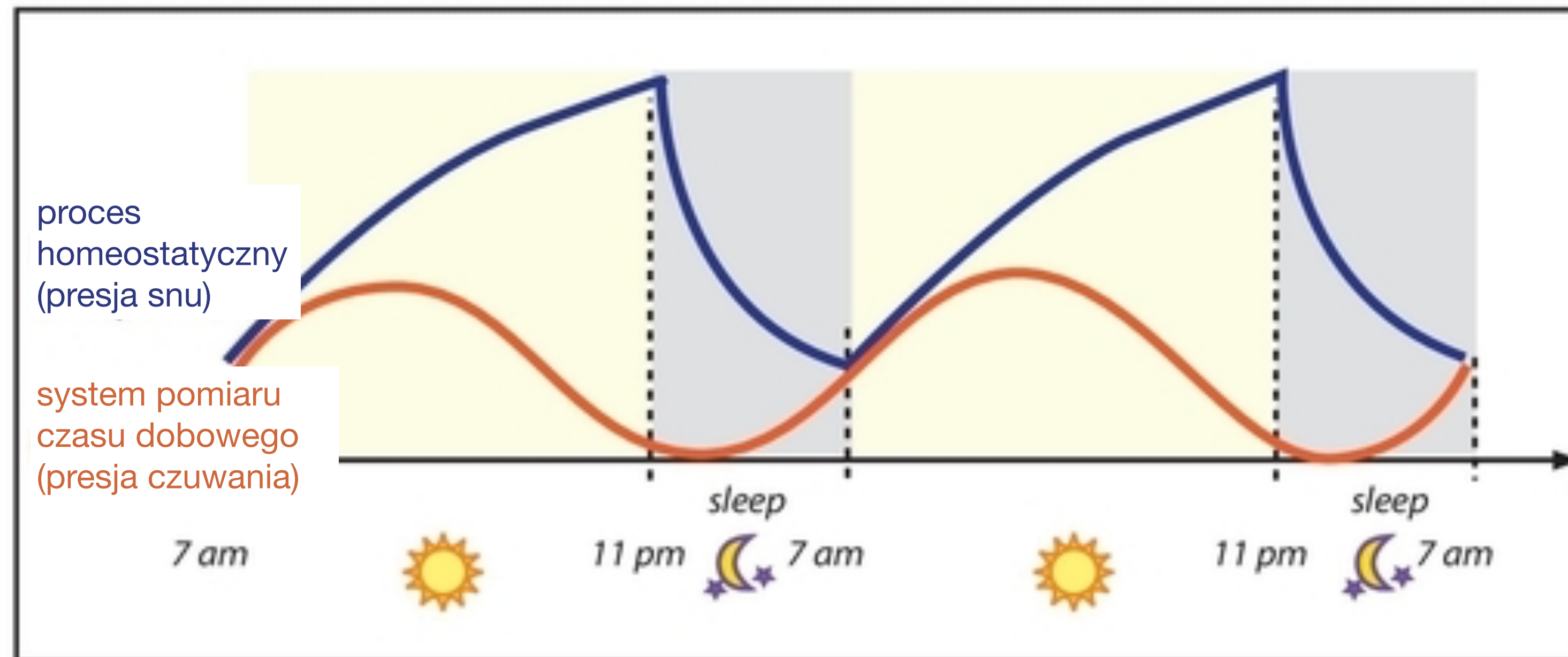
Fazy snu – na podstawie czynności mózgu w EEG
Dorośli: 7-8 godzin snu/dobę
Wybudzenia – fizjologicznie, do 2 min nieodczuwalne

Stadia snu wg kryteriów Amerykańskiej Akademii Medycyny Snu

	Czuwanie	NREM 1	NREM 2	NREM3	REM
EOG	mruganie powiekami, zależne od woli szybkie ruchy gałek ocznych, podczas senności - wolne i pływające ruchy gałek ocznych	wolne, pływające ruchy gałek ocznych	zanikaniem, a następnie brak ruchów gałek ocznych	brak ruchów gałek ocznych, zapis zawiera wysokonapięciowe fale wolne pochodzące z EEG	szybkie ruchy gałek ocznych
EMG	zapis wysokonapięciowy, obecność ruchów ciała zależnych od woli	zapis średnionapięciowy	zapis niskonapięciowy	zapis niskonapięciowy	najniższa amplituda zapisu, epizodyczne skurcze mięśni
EEG	z oczami otwartymi: niskonapięciowa czynność mieszana z przewagą fal beta z oczami zamkniętym: niskonapięciowa czynność mieszana z przewagą fal alfa, stanowiących ponad 50% czasu zapisu	niskonapięciowa czynność mieszana z przewagą fal theta, stanowiących ponad 50% zapisu	niskonapięciowa czynność mieszana z przewagą fal theta, obecność charakterystycznych wrzecion snu i kompleksów K	wysokonapięciowe wolne fale delta, stanowiące ponad 20% zapisy	niskonapięciowa czynność mieszana z przewagą fal theta i beta, obecność charakterystycznych fal o kształcie zębów piły

Rytm sen-czuwanie

ile?



kiedy?

Deprywację snu trzeba odespać -> sen to mechanizm homeostatyczny

Endogenność rytmu okołodobowego

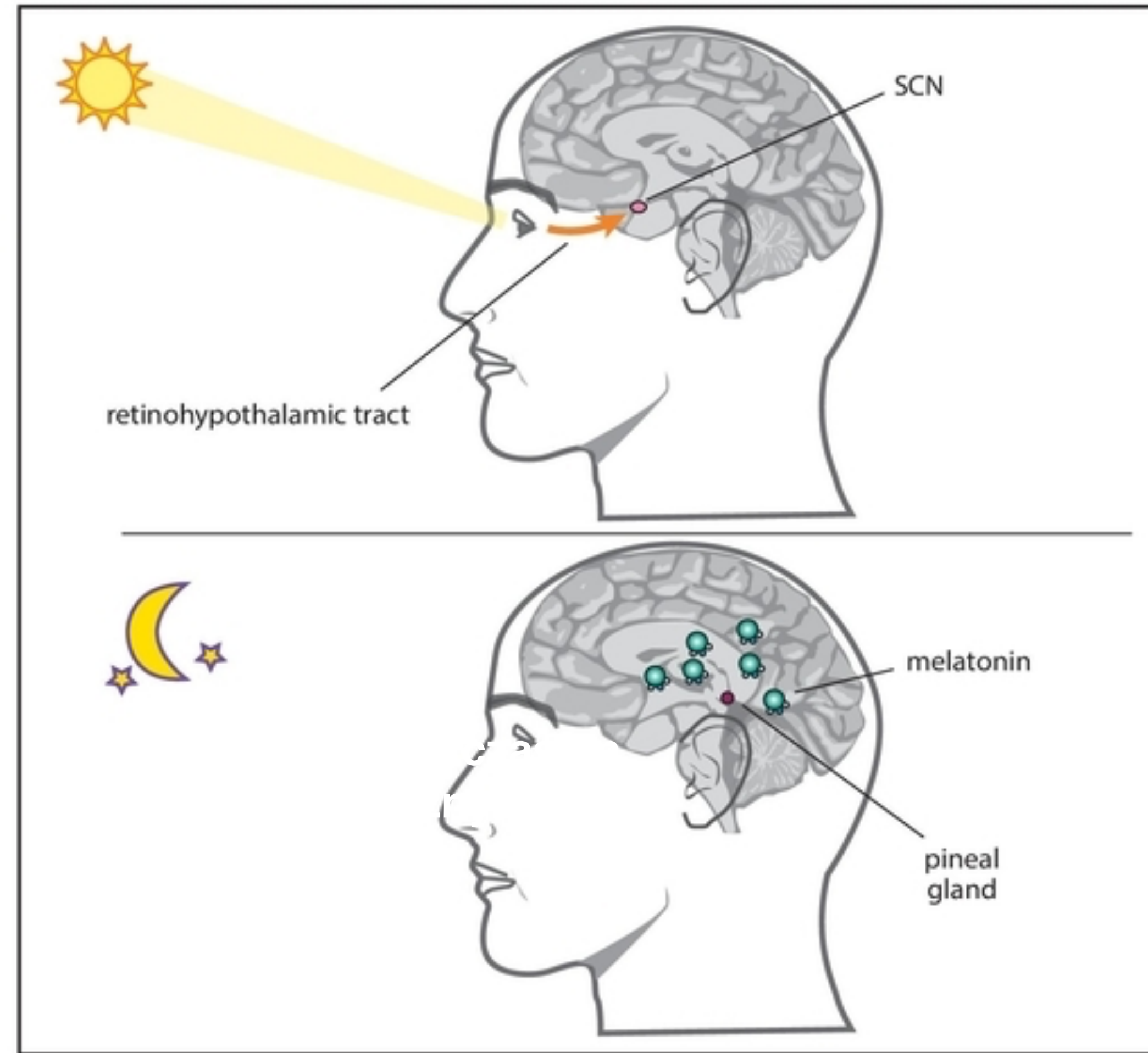
Pierwsze eksperymenty

- Michel Siffre
- Podziemna jaskinia
- Brak dostępu światła słonecznego
- 1962: 60 dni; odczuł, że minęły 43
- 1972: 205 dni; odczuł, że minęło 175
- Okres cyklu wydłużył się do ok. 50 godzin



Regulacja “z zewnątrz”

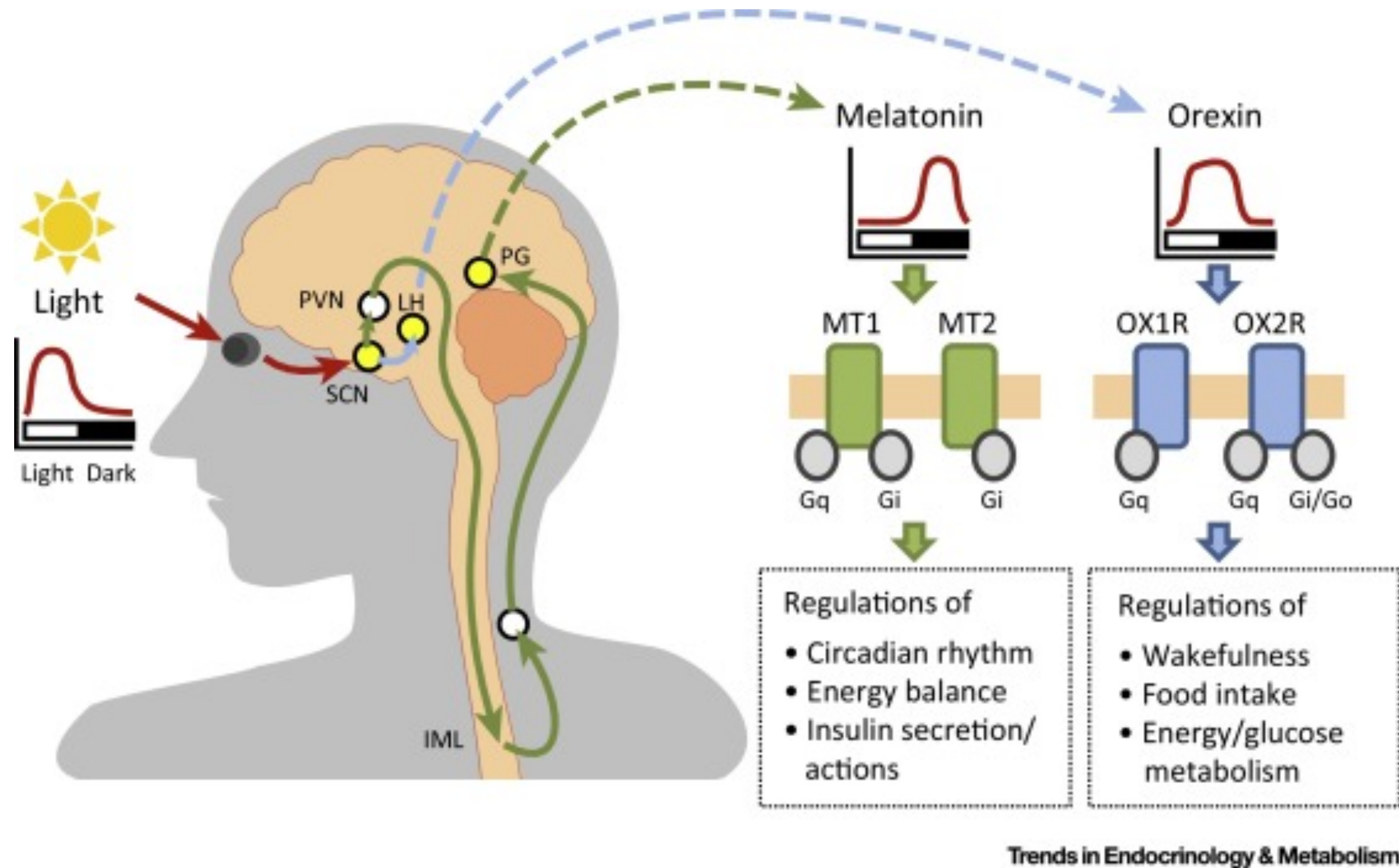
Światło = główny
Zeitgeber
(niem. „dawca czasu”)



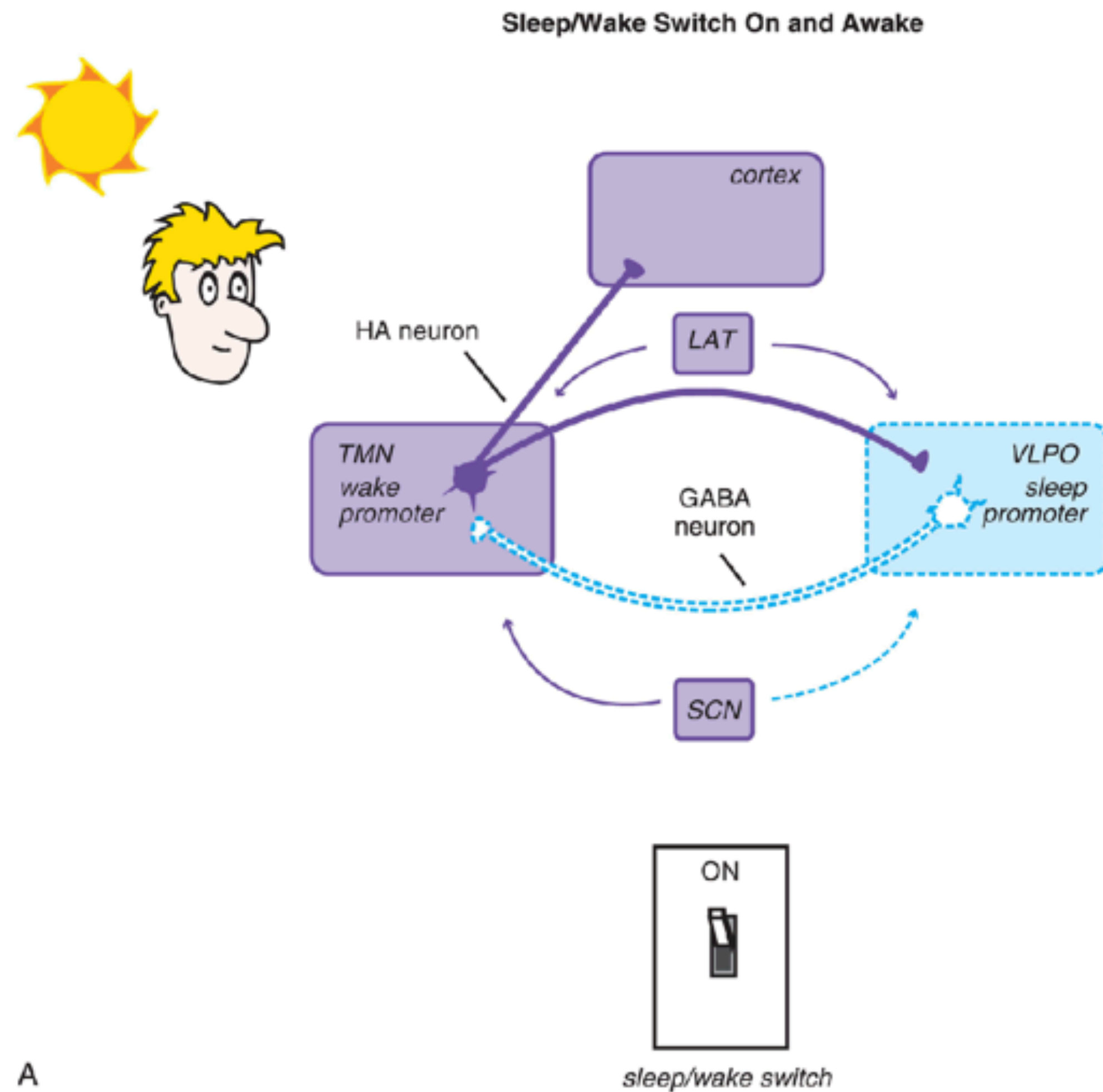
SCN - jądro nadskrzyżowaniowe

Inne synchronizatory?

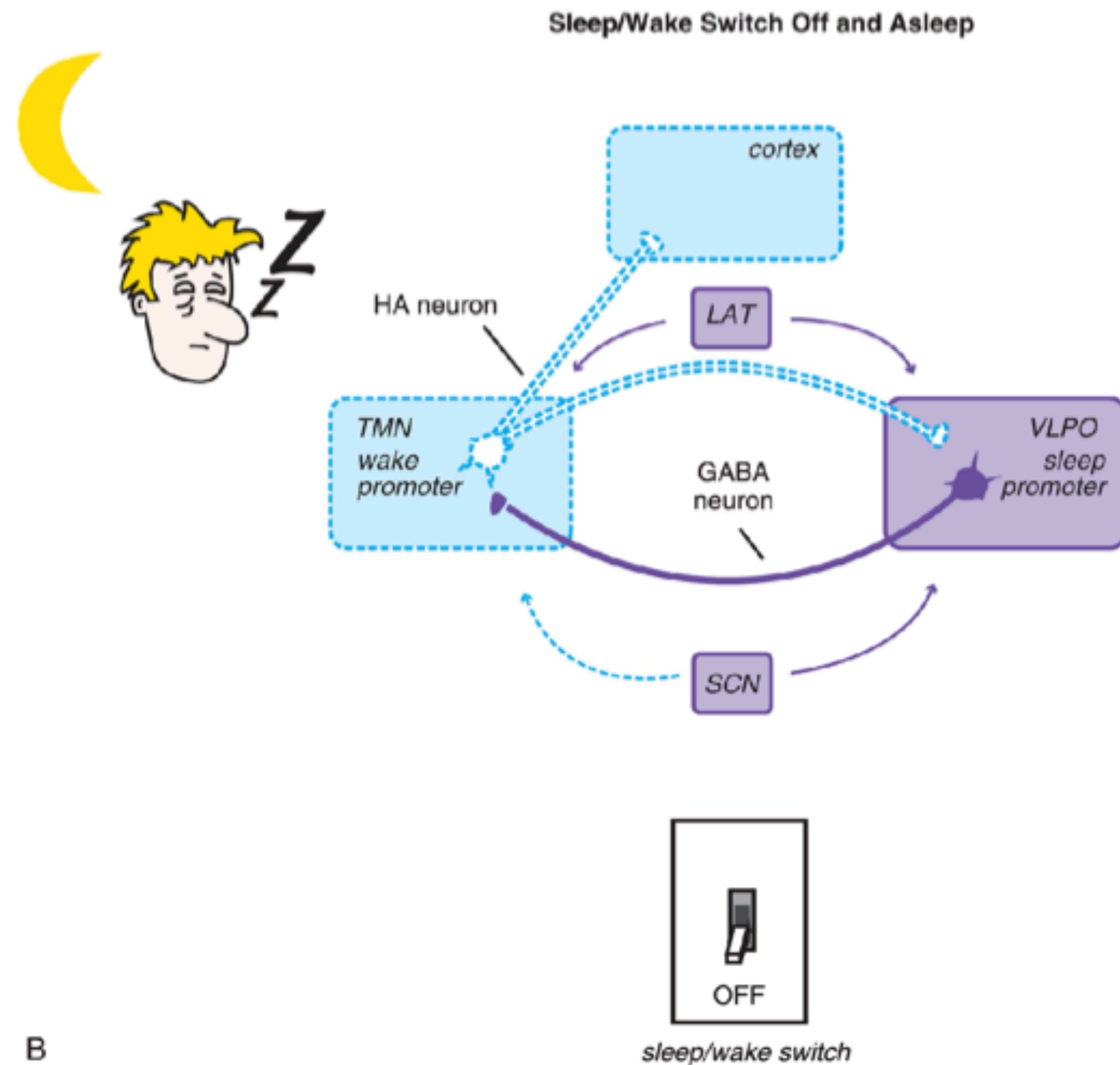
Regulacja “z zewnątrz” (2)



Neuroprzekaznictwo regulacji sen-czuwanie



TMN - jądro guzkowo-suteczkowe
VLPO - brzuszo-boczne jądro przedwzrokowe



LAT - boczne podwzgórze (neurony hipokretynowe i oreksynowe)
SCN - jądro nadskrzyżowaniowe

Prawidłowy sen w niemowlęctwie i dzieciństwie

Niemowlęta (< 3. miesiąca życia)

- Całkowity czas snu: **16-18 godzin na dobę**
- Sen występuje w epizodach trwających **3-4 godziny**, przerywanych karmieniem
- Cykl snu jest krótki i trwa **45-60 minut** (u dorosłych 90-100 minut)
- Około 50% czasu snu stanowi sen REM
- Zasypianie często rozpoczyna się od **snu REM (snu aktywnego)**

Niemowlęta (> 3. miesiąca życia)

- Odsetek snu REM stopniowo się zmniejsza

- Zasypianie odbywa się głównie przez **sen NREM**
- Sen konsoliduje się w dłuższe okresy nocne z zachowaniem drzemek dziennych

Dzieci

- Sen rozpoczyna się od fazy **NREM**
- Długość cyklu snu wydłuża się wraz z wiekiem:
 - ok. 40 min w wieku 2 lat, ok. 60 min w wieku 5 lat
- W wieku 5 lat występuje zwykle **7-10 cykli snu w ciągu nocy**
- Odsetek snu REM zmniejsza się z ok. 50% we wczesnym niemowlęctwie do **20-25% między 3. a 5. rokiem życia**

Zmiany snu od dzieciństwa do adolescencji

Cechy względnie stałe

- Efektywność snu
- Latencja snu (czas potrzebny do zaśnięcia)

Parametry zmniejszające się wraz z wiekiem

- Całkowity czas snu w dni szkolne i wolne od szkoły
- Udział snu głębokiego (**N3**) w całkowitym czasie snu

- Odsetek snu REM

Parametry zwiększające się wraz z wiekiem

- Udział stadium **N2** w strukturze snu

Dodatkowe zmiany rozwojowe

- Długość cyklu snu osiąga wartości dorosłych dopiero w okresie dojrzewania
- Wydłuża się latencja REM:
 - 3-5 lat: ok. 90 min, 6-7 lat: ok. 132 min

„Starzenie się” zegara biologicznego

- Skrócenie snu, zwiększenie liczby wybudzeń w ciągu nocy
- Wczesne chodzenie spać i wstawanie
 - Mniejsze wydzielanie melatoniny po 50 rż.
 - Bo mniejsza ekspozycja na światło?
- Mniej neuronów w jądrze nadskrzyżowaniowym?

Co się dzieje gdy doświadczamy przewlekłego niedoboru snu (*sleep loss*)?

Zwiększają się:

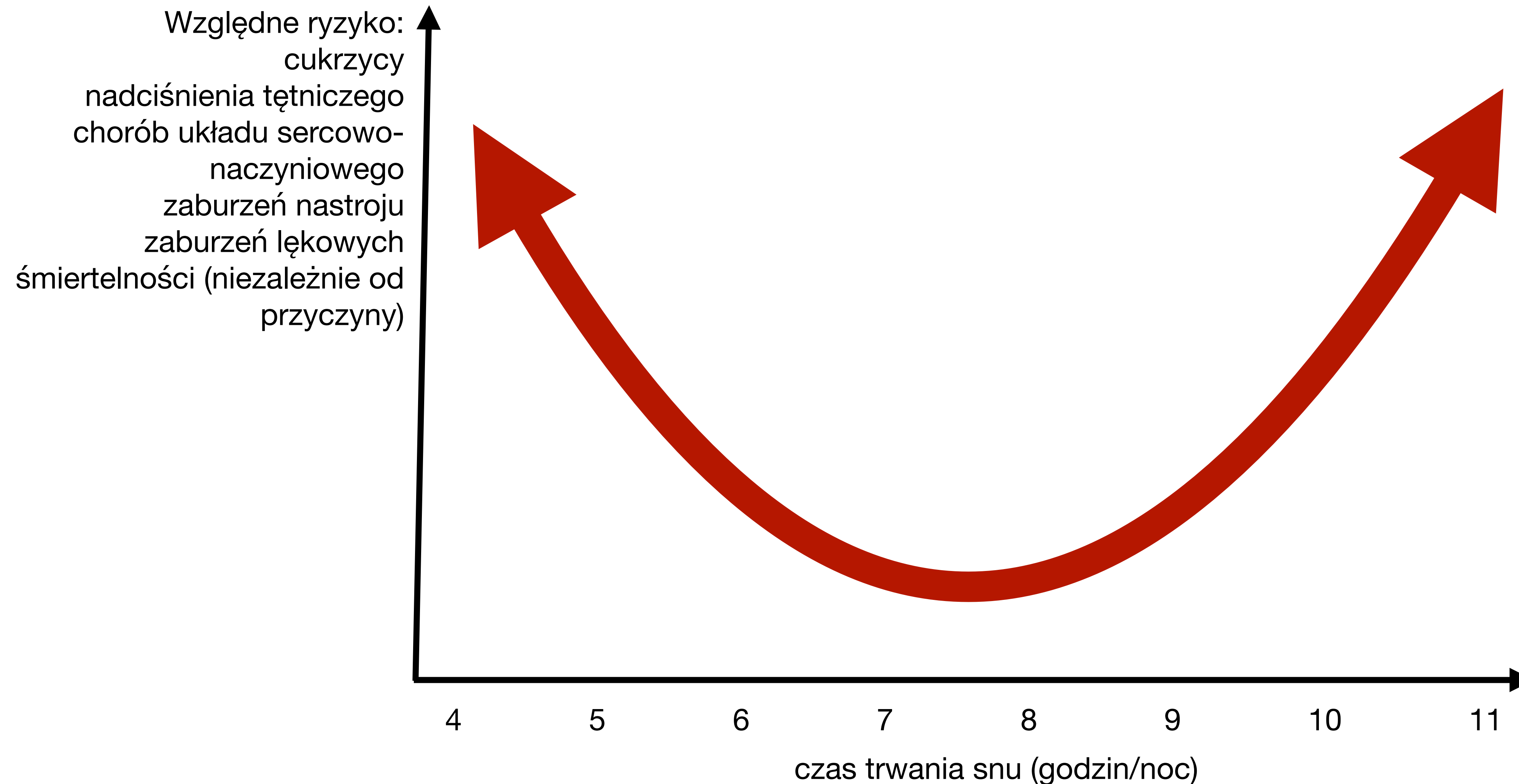
- Senność (subiektywna i obiektywna)
- Liczba błędów uwagi
- Stężenie noradrenaliny
- Stężenie kortyzolu i ACTH
- Stężenie greliny
- Insulinooporność
- Ryzyko błędów medycznych
- Ryzyko wypadków drogowych

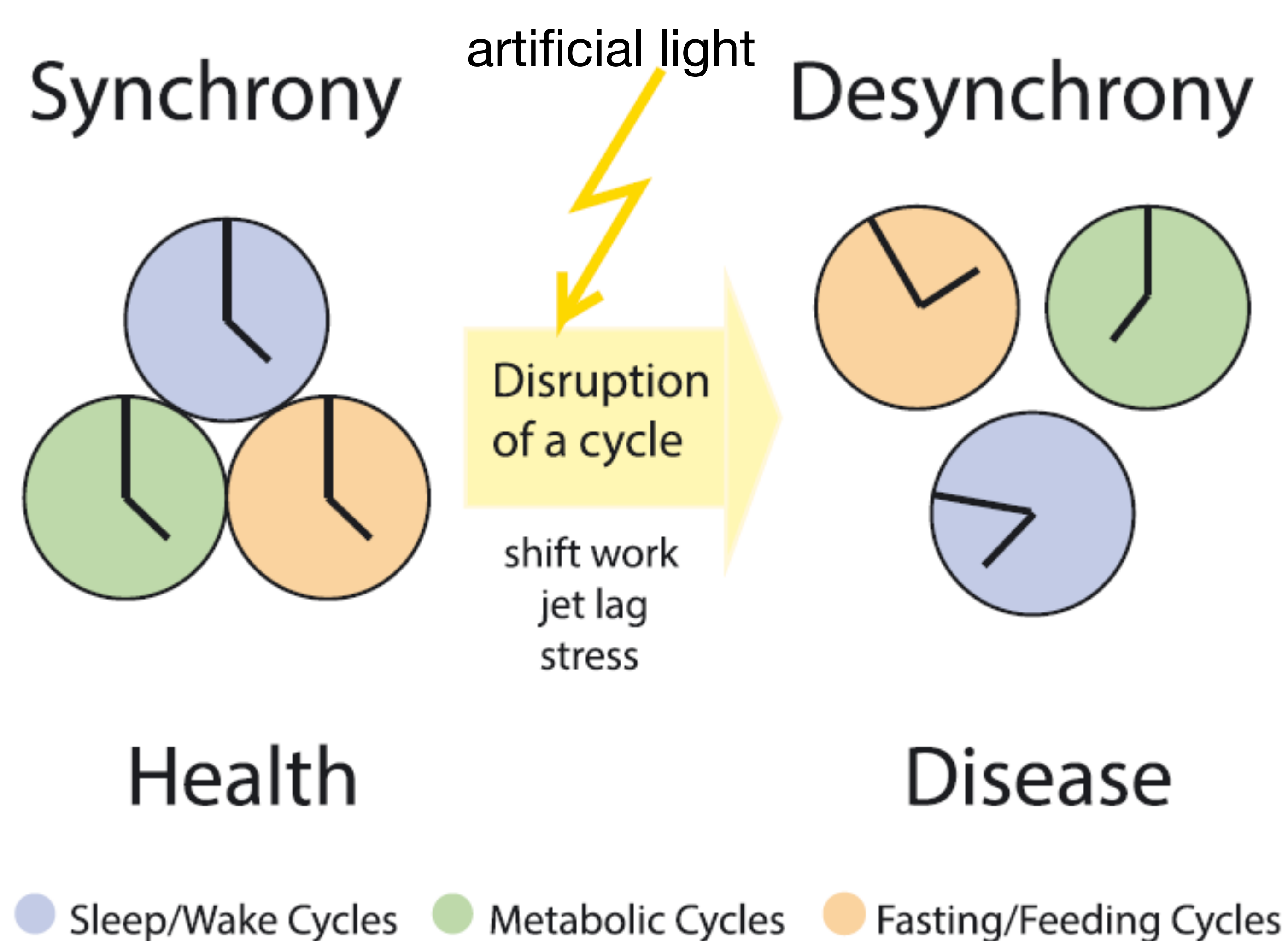
Zmniejszają się:

- Czujność
- Tolerancja bólu
- Funkcje poznawcze i zdolność koncentracji uwagi
- Próg drgawkowy
- Stężenie leptyny
- Odpowiedź immunologiczna na szczepienia (grypa, WZW typu A)
- Szybkość i dokładność przetwarzania poznawczego (np. obliczeń matematycznych)

**niedobór snu = skrócenie snu (narastanie długu)
+ fragmentacja snu (wybudzenia)**

Lepiej spać za dużo czy za mało?





Rozstrojenie zegara biologicznego to przewlekły stres!

Podwyższone ryzyko:

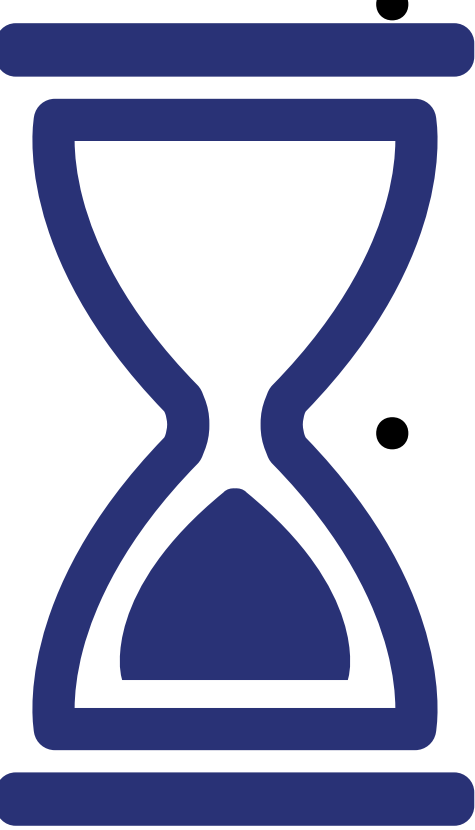
- bezsenności
- zaburzeń depresyjnych
- zaburzeń lękowych
- zachowań samobójczych
- problemowego używania substancji psychoaktywnych i leków
- cukrzycy
- otyłości
- chorób sercowo-naczyniowych

Podział zaburzeń snu

- **Zaburzenia z bezsennością**
- **Zaburzenia z nadmierną sennością** - nadmierna senność spowodowana niedoborem snu, hipersomnie pochodzenia ośrodkowego: narkolepsja z/bez katapleksji, zespół Kleinego-Levina, hipersomnia idiopatyczna
- **Zaburzenia oddychania w czasie snu** - obturacyjny bezdech senny, ośrodkowy bezdech senny, hipowentylacja związana ze snem
- **Zaburzenia ruchowe w czasie snu** - zespół niespokojnych nóg, bruksizm
- **Zaburzenia przysenne (parasomnie)** - (REM:) zaburzenia zachowania w czasie REM, paraliż przysenny, koszmary senne, (nREM:) somnambulizm, lęki nocne, zaburzenia odżywiania w czasie snu
- **Zaburzenia rytmu okołodobowego** - z przyspieszoną/opóźnioną fazą snu, z nieregularnym rytmem snu, rytmem snu nie-24godzinnym, przy pracy zmianowej

w ICD-11: zaburzenia rytmu sen-
czowanie jako osobny rozdział

Dobre nawyki związane ze snem



- Regularne godziny snu (przesunięcie max 1h) ->nawet w weekendy!
- Ćwiczenia fizyczne, ale najlepiej przed 14:00
- Leżenie w łóżku bez snu przez mniej niż 30 minut.
- Unikanie spożywania ciężkim posiłków i dużych ilości płynów na 3 godz. przed planowanym czasem snu



- Ekspozycja na światło rano -> naturalny „synchronizator” zegara biologicznego
- Redukcja albo zaprzestanie drzemek (i najpóźniej do 16.00)
- Unikaj stymulantów (w tym kofeiny), alkoholu, papierosów późnym popołudniem i wieczorem
- Relaks przed pójściem do łóżka (ciepła kąpiel, medytacja, cisza)

Czy można przesadzić z trzymaniem się nawyków?

optymalne
zachowania
związane ze snem
i rytmem
okołodobowym

**brak higieny
snu**

ortosomnia

= działanie w ramach możliwości
kompensacji stresu wywołanego
ewentualnym niedoborem snu czy
desynchronizacją rytmu

Ciąg dalszy nastąpi

na 4. roku

Piśmiennictwo

- Gałęcki P., Szulc A. (2018). *Psychiatria*. Edra Urban & Partner.

Dla dociekliwych:

- Brytek-Matera A. (2021). Zaburzenia odżywiania. Wydawnictwo PZWL
- Baranowska B. Zaburzenia związane z odżywianiem. W: Interna Szczeklika 2026/2027. Medycyna Praktyczna, Kraków 2026. Dostęp online: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B01.XX.A>.
- materiały informacyjne na stronie National Eating Disorders Association <https://www.nationaleatingdisorders.org/>
- Skalski M. (2018) Zaburzenia snu w codziennej praktyce. Medical Tribune Polska
- Stahl S.M. (2021) Stahl's Essential Psychopharmacology, 5th Edition. Cambridge University Press
- Berry, Richard B. (2025) Fundamentals of Sleep Medicine, Elsevier