

Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności

Validation of the Polish version of the Athens Insomnia Scale

Małgorzata Fornal-Pawłowska, Dorota Wołyńczyk-Gmaj,
Waldemar Szelenberger

Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego UM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Szelenberger

Summary

Aims. To validate the Polish version of the Athens Insomnia Scale (AIS), the instrument designed for quantitative measurement of the severity of insomnia based on the ICD-10 criteria.

Method. The AIS was administered to 356 subjects: 160 patients from the sleep clinic presenting with ICD-10 non-organic insomnia (90f; mean age: 44.9±15.7y) and 196 self-defined good sleepers (106f; mean age: 43.9±13.4y). To assess psychometric properties of the scale, principal component analysis, Cronbach's alpha, Pearson's correlation (test-retest reliability: two weeks interval; n=48) and sensitivity-specificity analysis were computed.

Results. Using the factor analysis only one factor was extracted, which accounted for 60.2% of the variance. The internal consistency (Cronbach's alpha=0.90) and the test-retest reliability ($r_2=0.92$) of the AIS were found to be very satisfactory. These values remain practically unchanged when any of the items was removed from the analysis. As expected, subjects with insomnia scored significantly higher on the AIS than good sleepers (14.2±3.9 pts vs. 4.8±3 pts; $t=24.9$; $p<0.001$). Considering the balance between sensitivity and specificity, a score of 8 was indicated as the optimum cut-off, with 89% overall correct case identification – 94% patients with insomnia and 84% healthy controls.

Conclusions. Standardisation of the diagnostic process of insomnia is a highly important task in clinical practice, epidemiological considerations and treatment outcomes assessment. The AIS is a brief, self-reported measure of insomnia that may improve these assessments. The good psychometric properties of the Polish version of the AIS were confirmed in the present study.

Słowa kluczowe: bezsenność, diagnostyka, walidacja

Key words: insomnia, diagnosis, validation

Wstęp

Przewlekła bezsenność jest istotnym problemem społecznym ze względu na jej konsekwencje i rozpowszechnienie, które w populacji ogólnej szacuje się na 6% [1]. Bezsenność istotnie pogarsza jakość życia [2], zwiększa ryzyko wystąpienia depresji

[3] oraz incydentów choroby wieńcowej [4]. Ponadto zwiększa absencję zawodową [5], ryzyko wypadków samochodowych i wypadków podczas pracy [6]. Częstym powikłaniem jest uzależnienie od leków nasennych i alkoholu [6].

Stosowane są obecnie trzy klasyfikacje zawierające kryteria diagnostyczne bezsenności: Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (*International classification of diseases*, ICD-10) [7], Międzynarodowa klasyfikacja zaburzeń snu (*International Classification of Sleep Disorders*, ICSD-2) [8] oraz *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) [9]. Pomimo różnic w podejściu do problemu bezsenności, podstawowe kryteria są podobne dla wszystkich klasyfikacji. Są to skargi na sen nocny (trudności w zasypianiu, częste budzenie się w nocy, zbyt wczesne budzenie się rano lub nieregenerujący sen), pogorszenie funkcjonowania za dnia towarzyszące trudnościami ze snem oraz utrzymywanie się objawów przynajmniej od miesiąca. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 wyróżniono bezsenność nieorganiczną, która jest definiowana jako poczucie niedostatecznej ilości i/lub jakości snu, występujące co najmniej trzy razy w tygodniu przez co najmniej miesiąc. Obecność innych objawów psychopatologicznych, takich jak depresja, lęk czy natręctwa, nie wyklucza rozpoznania bezsenności, pod warunkiem, że stanowi ona główną dolegliwość albo że jej przewlekłość i nasilenie powodują, iż pacjent odczuwa ją jako podstawowy problem [7].

Ze względu na rozpowszechnienie i konsekwencje bezsenności dostępność narzędzi usprawniających jej proces diagnostyczny jest zadaniem szczególnie ważnym. Rozpoznanie bezsenności oparte jest na subiektywnej ocenie pacjenta, można zatem w badaniach nad bezsennością stosować metody samoopisowe, zwłaszcza standaryzowane kwestionariusze [10].

Ateńska Skala Bezsenności (*Athens Insomnia Scale*, AIS) jest krótką, ośmioitemową skalą pozwalającą na ilościowy pomiar objawów bezsenności na podstawie kryteriów ICD-10 [11, 12]. W oryginalnych badaniach walidacyjnych wykazano wysoką rzetelność i trafność tego narzędzia. Łączny wynik w skali wynoszący 6 i więcej punktów uznano za wartość pozwalającą z wysokim prawdopodobieństwem wnioskować o występowaniu bezsenności (czułość skali – 93%, swoistość skali – 85%) [11, 12]. AIS należy do najczęściej stosowanych skal, zarówno w celach diagnostycznych, jak i w badaniach nad skutecznością leczenia bezsenności [13, 14]. W badaniach własnych potwierdzono, że AIS jest narzędziem czułym wychwytyjącym poprawę stanu klinicznego w toku terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności [15].

Celem pracy jest charakterystyka Ateńskiej Skali Bezsenności oraz przedstawienie procesu walidacji jej polskiej wersji.

Material

W badaniach wzięło udział 356 osób: 160 pacjentów z bezsennością (70 mężczyzn i 90 kobiet; średnia wieku: $44,9 \pm 15,7$) oraz 196 osób nie mających problemów ze snem (90 mężczyzn i 106 kobiet; średnia wieku: $43,9 \pm 13,4$). Grupę z bezsennością stanowili pacjenci Poradni Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Warunkiem włączenia do grupy

było rozpoznanie bezsenności nieorganicznej według kryteriów ICD-10 oraz wykluczenie zaburzeń psychicznych i/lub somatycznych współwystępujących z bezsennością. Grupa kontrolna składała się z pracowników Szpitala Nowowiejskiego i studentów, nie mających problemów ze snem.

Metoda

Wszyscy badani wypełniali Ateńską Skalę Bezsenności. Skala ta jest narzędziem samoopisowym, złożonym z ośmiu stwierdzeń dotyczących różnych objawów bezsenności [11]. Każda z pozycji oceniana jest przez badanego w skali 0–3 punktów, gdzie 0 oznacza brak danego objawu, 3 – jego znaczne nasilenie. Łączny wynik w skali mieści się w przedziale 0–24 punkty. Pięć pierwszych itemów dotyczy objawów związanych ze snem (trudności w zasypianiu, budzenia się w nocy, wczesnego budzenia się rano, czasu snu i jego jakości) i koresponduje z kryterium A rozpoznania bezsenności nieorganicznej według ICD-10. Dany objaw należy zaznaczyć, jeśli występował on co najmniej trzy razy w tygodniu, przez co najmniej miesiąc, co jest zgodne z wymaganym do diagnozy bezsenności w ICD-10 czasem trwania i częstością objawów (kryterium B). Pozostałe trzy itemy dotyczą funkcjonowania za dnia (samopoczucia, sprawności fizycznej i psychicznej, senności) i odpowiadają kryterium C rozpoznania bezsenności według ICD-10 obejmującym skargi na konsekwencje bezsenności w ciągu dnia [7].

Do konstrukcji polskiej wersji narzędzia zastosowano procedurę translacji i retranslacji [16]. Po uzyskaniu zgody autorów AIS przetłumaczono oryginalną wersję [11] z języka angielskiego na język polski. Następnie polskie tłumaczenie AIS przekazano dwujęzycznemu ekspertowi w celu retranslacji na język angielski. Powstałe w ten sposób niezależne tłumaczenie było zbieżne z oryginałem, co przemawia za równoważnością polskiej wersji AIS.

Jednorodność skali oceniano na podstawie analizy czynnikowej metodą składowych głównych (kryterium Kaisera = 1; wymagana wysokość ładunków czynnikowych $\geq 0,4$) oraz analizy zgodności wewnętrznej z zastosowaniem współczynnika alfa Cronbacha. Oceny stabilności bezwzględnej dokonano metodą test – retest, porównując wyniki dwukrotnego badania AIS grupy 48 osób (17 osób z bezsennością i 31 osób zdrowych). Przerwa między pierwszym a drugim badaniem wynosiła dwa tygodnie. W celu wyznaczenia wyniku AIS najlepiej różnicującego osoby z bezsennością od osób zdrowych analizowano czułość i swoistość narzędzia w zależności od różnych punktów odcięcia. Obliczenia wykonano za pomocą pakietu SPSS 17.0.

Wyniki

Badane grupy osób zdrowych i pacjentów z bezsennością nie różniły się pod względem płci ($\chi^2 = 167$; $p > 0,05$) oraz wieku ($t = 0,66$; $p = 0,51$).

W analizie czynnikowej wyodrębniono tylko jeden czynnik (wartość własna czynnika 4,82), tłumaczący 60,21% wariacji wyników. Ładunki czynnikowe pierwszych siedmiu pytań tworzących skalę mieściły się w przedziale 0,72–0,89. Pozycja 8 słabiej niż pozostałe itemy korelowała z czynnikiem (ładunek czynnikowy = 0,43), jednak na

poziomie istotnym dla włączenia do skali. Analiza rzetelności wykazała zadowalające współczynniki zgodności wewnętrznej AIS dla wszystkich badanych oraz oddzielnie dla grupy osób z bezsennością i grupy kontrolnej (tabela 1).

Tabela 1. Zgodność wewnętrzna Ateńskiej Skali Bezsenności

Grupa	Współczynnik alfa Cronbacha	Liczba itemów
Osoby z bezsennością (n = 160)	0,74	8
Osoby z dobrą jakością snu (n = 196)	0,75	8
Wszyscy badani (n = 356)	0,90	8

Współczynnik alfa Cronbacha pozostał na podobnym poziomie (0,88–0,91), gdy z analiz wykluczono którykolwiek z itemów, przy czym nieznaczny wzrost rzetelności był widoczny tylko w jednym przypadku – po wykluczeniu pozycji 8 (alfa Cronbacha = 0,91). Korelacje wyników poszczególnych pozycji testowych z łącznym wynikiem dla pozostałych pytań były istotne – wysokie dla pozycji 1–7 (r^2 od 0,63 do 0,83; $p < 0,001$), najniższe w przypadku pozycji 8 ($r^2 = 0,35$; $p < 0,001$). W badaniu rzetelności metodą test-retest uzyskano współczynnik stabilności bezwzględnej równy 0,92 ($n = 48$).

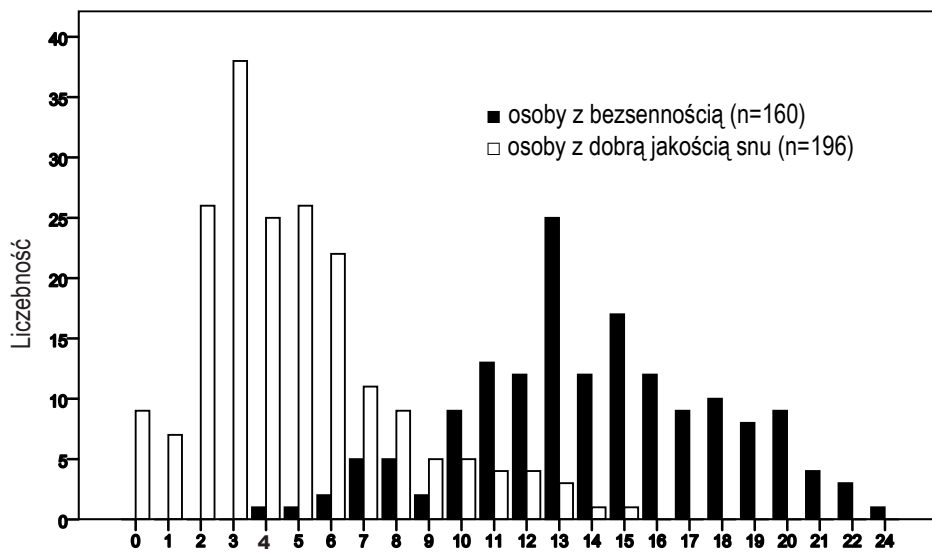
Osoby z bezsennością istotnie różniły się od osób z dobrą jakością snu w zakresie średniej punktacji AIS ($t = 24,87$; $df = 296$; $p < 0,001$). Średni wynik AIS w grupie z bezsennością wynosił $14,2 \pm 3,9$ punktu, a w grupie kontrolnej $4,8 \pm 3,0$ punktu. Kobiety nie różniły się od mężczyzn pod względem nasilenia objawów bezsenności ($t = 1,53$; $df = 354$; $p > 0,05$) – wśród kobiet średni wynik AIS dla grupy z bezsennością wynosił $14,5 \pm 3,2$ punktu, a w grupie kontrolnej $5,2 \pm 2,8$, wśród mężczyzn w grupie z bezsennością $13,8 \pm 3,9$ punktu, a w grupie kontrolnej $4,3 \pm 3,2$ punktu. Nie stwierdzono istotnych korelacji między wiekiem badanych a wynikiem AIS ($r^2 = 0,01$; $p = 0,83$).

Rozkłady wyników AIS w grupie osób z bezsennością i w grupie bez zaburzeń snu są wyraźnie od siebie oddzielone (rys. 1 – na następnej stronie).

W tabeli 2 (na następnej stronie) przedstawiono czułość i swoistość AIS w zależności od różnych wartości progowych. Wynika z niej, że wyznaczony w oryginalnych badaniach walidacyjnych AIS Soldatosa i wsp. [12] punkt odcięcia równy 6 punktów, w polskich badaniach pozwala prawidłowo zakwalifikować 99% osób z bezsennością, ale tylko 67% osób zdrowych (ogółem 81% prawidłowych klasyfikacji). Wynik równy 7 punktów wiąże się z nieznacznym spadkiem czułości skali do 98% oraz ze wzrostem swoistości do 78% (ogółem 87% prawidłowych klasyfikacji). Jako optymalny punkt odcięcia uznano wynik równy 8 punktów, pozwalający prawidłowo sklasyfikować 89% badanych – 94% osób z bezsennością i 84% osób zdrowych. Analiza krzywej ROC potwierdziła bardzo dobre własności różnicujące AIS (pole pod krzywą równe 0,96; $p < 0,001$).

Omówienie wyników

W przedstawionych badaniach wykazano zadowalające właściwości psychometryczne polskiej wersji AIS. Za homogenicznością narzędzia przemawiają zarówno wyniki analizy czynnikowej, wskazujące, że itemy skali tworzą jeden komponent (war-



Wynik łączny w Ateńskiej Skali Bezsenności

Rys. 1. Rozkład wyników Ateńskiej Skali Bezsenności w badanych grupach

Tabela 2. Czulość i swoistość Ateńskiej Skali Bezsenności

Wynik łączny AIS	Czulość	Swoistość
1	100	5
2	100	8
3	100	21
4	100	41
5	99	54
6	99	67
7	98	78
8	94	84
9	91	88
10	90	91
11	84	93
12	76	95
13	69	97
14	53	99
15	46	100
16	35	100

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

17	28	100
18	22	100
19	16	100
20	11	100
21	5	100
22	3	100
23	1	100
24	1	100

tość własna czynnika 4,8; 60,2% wyjaśnianej wariancji), jak i wysoki współczynnik zgodności wewnętrznej AIS (alfa Cronbacha = 0,90). Metodą test – retest potwierdzono wysoki poziom stabilności bezwzględnej AIS ($r^2 = 0,92$). Powyższe wartości są bardzo zbliżone do wyników uzyskanych w oryginalnych badaniach poświęconych walidacji AIS, w których w analizie czynnikowej wyodrębniono tylko jeden czynnik (wartość własna czynnika – 4,6; 56,9% wyjaśnianej wariancji), w analizie zgodności wewnętrznej współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,89, stabilność bezwzględną oceniono zaś na poziomie 0,89 [11].

Wartości ładunków czynnikowych, korelacje pozycji testowych z pozostałymi pytaniami oraz współczynniki rzetelności przy usunięciu z analiz poszczególnych itemów wskazały na zasadność utrzymania oryginalnej, ośmioitemowej wersji AIS.

Porównanie średniej punktacji AIS u osób z bezsennością i osób z dobrą jakością snu potwierdziło trafność diagnostyczną skali. Pacjenci z bezsennością charakteryzowali się istotnie wyższymi wynikami. Średnie wyniki AIS są wyższe od wyników uzyskanych w badaniach Soldatosa i wsp. [12], zarówno w grupie z bezsennością ($14,2 \pm 3,9$ vs. $11,1 \pm 4,9$ punktu), jak i w grupie kontrolnej ($4,8 \pm 3,0$ vs. $2,3 \pm 2,6$ punktu). Tłumaczy to nieznacznie wyższą wartość progową (8 punktów w AIS) sugerującą występowanie bezsenności, wyznaczoną w przedstawionych badaniach. Soldatos i wsp. [12] wskazali na wynik łączny AIS wynoszący 6 i więcej punktów jako wartość związaną z optymalną predykcją wyników (90% prawidłowych klasyfikacji – 93% osób z bezsennością oraz 85% osób zdrowych). W naszych badaniach podobny odsetek prawidłowych klasyfikacji uzyskano dla wyniku łącznego AIS wynoszącego 8 i więcej punktów (89% prawidłowych kwalifikacji – 94% osób z bezsennością i 84% osób zdrowych). Powyższe wyniki wskazują na pewne różnice kulturowe w zakresie odpowiedzi udzielanych w AIS.

Jak już wspomniano powyżej, ze względu na znaczne rozpowszechnienie i konsekwencje bezsenności dostępność narzędzi usprawniających jej proces diagnostyczny jest zadaniem szczególnie ważnym. Istotne jest zwłaszcza zapewnienie porównywalności wyników w badaniach epidemiologicznych. Jeśli definicja bezsenności obejmuje nie tylko sen nocny, ale i upośledzone funkcjonowanie w ciągu dnia, liczba respondentów potwierdzających problemy ze snem spada np. z 17,4% do 5,2% [17]. Zróżnicowane kryteria rozpoznawania bezsenności są przyczyną znacznego rozrzutu danych w dotychczas przeprowadzonych badaniach epidemiologicznych (6–48% po-

pułacji ogólnej) [1]. AIS może być stosowana do ilościowej oceny wyników leczenia [13, 14, 15], a także w badaniach patogenetycznych, m.in. do porównywania wyników u chorych z bezsennością i osób zdrowych lub pacjentów z innymi zaburzeniami.

Wnioski

Ateńska Skala Bezsenności jest pierwszym narzędziem pozwalającym na ocenę objawów związanych z bezsennością, które ma polską walidację. W badaniach potwierdzono dobre właściwości psychometryczne skali. Wynik łączny w AIS wynoszący 8 i więcej punktów uznano za wartość pozwalającą z wysokim prawdopodobieństwem wnioskować o występowaniu bezsenności nieorganicznej według kryteriów ICD-10. Zwiążłość, rzetelność i trafność AIS czynią to narzędzie przydatnym w praktyce klinicznej i badaniach naukowych.

Badanie nie było sponsorowane.

Валидация аттенской шкалы бессоницы

Содержание

Задание. Валидация польской версии аттенской шкалы бессоницы (АШБ) – пособия, предназначенного для количественного измерения бессоницы на основе критерий ИЦД-10.

Метод. Валидацию шкалы проведено в группе 355 лиц из чего 160 пациентов Диспансера лечения нарушений сна при Кафедре и Психиатрической клинике Варшавского медицинского университета с диагнозом неорганической бессоницы по классификации ИЦД-10 (70 мужчин и 90 женщин, в возрасте $44,9 \pm 15,7$ лет/, а также 196 человек без нарушений сна. (90 мужчин и 106 женщин, средний возраст $43,9 \pm 13,4$). Психометрические особенности Аттенской шкалы бессоницы (АШБ) оценены на основании результатов метода главных составляющих, анализа внутренней согласности, метода рест-тест ($IV = 48$, две недели перерыва), а также анализа чувствительности и специфичности.

Результаты. Исследования подтвердили удовлетворительные психометрические особенности АШБ. В факторном анализе выделен только один фактор, объясняющий 60,21% вариации результатов. При исследовании внутренней согласности и абсолютной стабильности АШБ получены высокие показатели правдивости (коэффициент альфа Кронбаха равный 0,90, метод рест-тест $r^2 = 0,92$). Эти показатели оставались на подобном уровне, когда из анализов исключен один из итемов. Лица, страдающие бессоницей, существенно отличались от лиц хорошо спящих в радиусе средней пунктации АПШ ($14,2 \pm 3,9$ пункта и $4,8 \pm 3$ нункта, $p > 0,001$). На основании анализа чувствительности и спцифичности шкалы за оптимальный пункт отнятия признан результат совместный в АШБ равный 8 и более пунктов, позволяющий правильно классифицировать 89% исследованных, т.е. 94% лиц, страдающих бессоницей и 84% здоровых.

Выводы. Ввиду значительного распространения бессоницы доступность пособий, облегчающих диагностический процесс этого нарушения, является особенно важным заданием. Сжатость, правдивость и точность АШБ делают это пособие пригодным, как в диагностике бессоницы, а также и эффективности оценки ее лечения.

Validierung der Skala Athens Insomnia Scale

Zusammenfassung

Ziel. Die Validierung der polnischen Version von Athens Insomnia Scale (AIS), ein Instrument zur quantitativen Erfassung der Schlaflosigkeit nach den ICD-10 Kriterien.

Methode. Die Validierung der Skala wurde in der Gruppe von 356 Personen durchgeführt: 160 Patienten der Beratungsstelle für Behandlung der Schlafstörungen an der Klinik für Psychiatrie mit der Diagnose der nicht-organischen Schlaflosigkeit nach ICD-10 (70 M und 90 F; Durchschnittsalter: 44,9 + 15,7) und 196 Personen, die keine Schlafstörungen haben (90 M und 106 F; Durchschnittsalter: 43,9 + 13,4). Die psychometrischen Eigenschaften von AIS wurden aufgrund der Ergebnisse der Methode der Hauptkomponenten, Analyse der inneren Kohärenz, Methode Test – Retest (n=48; zwei Wochen Intervall) und Analyse der Sensibilität und Spezifität geschätzt.

Ergebnisse. Die Studie hat die zufriedenstellenden psychometrischen Eigenschaften von AIS bestätigt. In der Faktorenanalyse wurde nur ein Faktor ausgesondert, der 60,21% Varianz der Faktoren erklärt. Bei der Prüfung der internen Konsistenz und der absoluten Stabilität von AIS wurden hohe Indizes der Reliabilität erreicht (Cronbachs Alpha = 0,90; Test-Retest: $r^2=0,92$). Diese Werte blieben auf dem gleichen Level, wenn aus den Analysen einer von den Items ausgeschlossen wurde. Die Personen mit Schlaflosigkeit unterschieden sich signifikant von den Personen mit guter Schlafqualität im Bereich der mittleren Punktwerte von AIS (14,2 + 3,9 Pkt. vs. 4,8 + 3 Pkt.; $p<0,001$). Aufgrund der Analyse der Sensibilität und Spezifität der Skala hielt man für einen optimalen Punkt den Gesamtscore 8 und mehr in AIS, der 89% der Untersuchten richtig zu klassifizieren erlaubte – 94% der Personen mit Schlaflosigkeit und 84% der gesunden Personen.

Schlussfolgerungen. Wegen der großen Verbreitung der Schlaflosigkeit ist die Verfügbarkeit dieser für die Diagnostik brauchbaren Instrumente von großer Bedeutung. Reliabilität und Validität von AIS machen dieses Instrument brauchbar sowohl in der Diagnostik der Schlaflosigkeit als auch bei der Schätzung der Wirksamkeit ihrer Behandlung.

La validation de la version polonaise de The Athens Insomnia Scale

Résumé

Objectif. Valider la version polonaise de the Athens Insomnia Scale (AIS), instrument destiné à mesurer l'insomnie d'une façon quantitative d'après les critères d'ICD-10.

Méthode. Cette validation est faite dans le groupe de 356 personnes : 160 patients de la clinique du traitement de l'insomnie de Varsovie, patients diagnostiqués « insomnie non organique » d'après ICD -10 (70 hommes et 90 femmes, moyenne de l'âge 44,9 ± 15,7) et 196 personnes sans problèmes avec le sommeil (90 hommes et 106 femmes, moyenne de l'âge 43,9 ± 13,4). Les caractéristiques psychométriques sont analysées en basant sur les résultats des composants principaux, alpha de Cronbach, corrélation de Pearson (teste-re-teste n=48, deux semaines d'intervalle), d'analyse de échelles de spécificité et de sensibilité.

Résultats. Cette analyse atteste la validité psychométrique satisfaisante d'AIS. L'analyse factorielle distingue seulement un facteur expliquant 60,21 % de variances des résultats. La consistance interne (alpha de Cronbach=0,90) et la fiabilité (teste- re-teste $r^2=0,92$) d'AIS sont aussi satisfaisantes. Ces valeurs restent presque les mêmes quand on exclut de l'analyse quelconque item. Les personnes souffrant de l'insomnie diffèrent fortement des personnes sans l'insomnie quant aux résultats moyens d'AIS (14,2 ± 3,9 points versus 4,8 ± 3 points ; $p<0,001$). En basant sur l'analyse de la spécificité et de la sensibilité on indique le résultat de 8 points comme point optimal de trancher, permettant bien classifier 89% des personnes examinées – 94% personnes avec l'insomnie, 84% personnes saines.

Conclusions. A cause de la très grande fréquence de l'insomnie l'accessibilité des outils facilitant son diagnostic joue le rôle très important. La consistance, fiabilité et validité d'AIS –version polonaise facilitent le diagnostic et le traitement de l'insomnie.

Piśmiennictwo

1. Ohayon MM. *Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn.* Sleep Med. Rev. 2002; 6: 97–111.
2. Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup JP, McMillan CA. *Quality of life in people with insomnia.* Sleep 1999; 22 (supl. 2): 379–385.

3. Ford DE, Kamerow DB. *Epidemiologic study of sleep disturbance and psychiatric disorders: an opportunity for prevention?* JAMA 1989; 262: 1479–1484.
4. Schwartz S, McDowell Anderson W, Cole SR, Cornoni-Huntley J, Hays JC, Blazer D. *Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies.* Psychosom. Res. 1999; 47: 313–333.
5. Léger D, Massuel MA, Metlaine A. *Professional correlates of insomnia.* Sleep 2006; 29: 171–178.
6. Costa E, Silva JA, Chase M, Sartorius N, Roth T. *Special report from a symposium held by the World Health Organization and the World Federation of Sleep Research Societies: an overview of insomnias and related disorders – recognition, epidemiology, and rational management.* Sleep 1996; 19: 412–416.
7. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
8. *ICSD-2 – International classification of sleep disorders, wydanie II. Diagnostic and coding manual.* Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, wydanie IV.* Washington: American Psychiatric Association; 1994.
10. Moul DE, Hall M, Pilkonis PA, Buysse DJ. *Self-report measures of insomnia adults: rationales, choices, and needs.* Sleep Med. Rev. 2004; 8:177–198.
11. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. *Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria.* J. Psychosom. Res. 2000; 48: 555–560.
12. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. *The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale.* J. Psychosom. Res. 2003; 55: 263–267.
13. Morin CM. *Measuring outcomes in randomized clinical trials of insomnia treatments.* Sleep Med. Rev. 2003; 3: 263–279.
14. Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, Lichstein KL, Morin CM. *Recommendations for standard research assessment of insomnia.* Sleep 2006; 9: 1155–1173.
15. Fornal-Pawłowska M, Androsiuk K, Walacik E. *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności przewlekłej.* Sen 2008; 1: 1–9.
16. Brzeziński J. *Problemy adaptacji kulturowej testów.* W: Brzeziński J, red. *Metodologia badań psychologicznych.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006, s. 567–596.
17. Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, Dikeos DG. *How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries.* Sleep Med. 2005; 6: 5–13.

Adres: Małgorzata Fornal-Pawłowska
Katedra i Klinika Psychiatryczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27

Otrzymano: 7.10.2010
Zrecenzowano: 26.10.2010
Otrzymano po recenzji: 24.11.2010
Przyjęto do druku: 6.12.2010

ANEKS

Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu
00-665 Warszawa, Nowowiejska 27, tel. 22-825-12-36

Ateńska Skala Bezsenności

Imię i nazwisko.....

Wiek..... Płeć..... Data badania.....

Proszę zakreślić numer przy haśle odpowiadającym wymienionym poniżej objawom, jeśli objawy te występowały co najmniej trzy razy w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca.

Zасыpianie po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła:

- 0 – szybkie
- 1 – nieznacznie opóźnione
- 2 – opóźnione
- 3 – bardzo opóźnione lub bezsenność przez całą noc

Budzenie się podczas nocy:

- 0 – nie występuje
- 1 – sporadycznie
- 2 – często
- 3 – bardzo często lub bezsenność przez całą noc

Budzenie się rano wcześniej niż planowano:

- 0 – o zamierzonej godzinie
- 1 – nieznacznie wcześniej
- 2 – znacznie wcześniej
- 3 – dużo wcześniej lub bezsenność przez całą noc

Całkowity czas snu:

- 0 – wystarczający
- 1 – nieznacznie niewystarczający
- 2 – wyraźnie niewystarczający
- 3 – całkowicie niewystarczający lub bezsenność przez całą noc

Jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania:

- 0 – satysfakcjonująca
- 1 – nieznacznie niesatysfakcjonująca
- 2 – wyraźnie niesatysfakcjonująca
- 3 – całkowicie niesatysfakcjonująca

Samopoczucie następnego dnia:

- 0 – dobre
- 1 – nieznacznie gorsze
- 2 – wyraźnie gorsze
- 3 – wybitnie gorsze

Sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia:

- 0 – niezaburzona
- 1 – nieznacznie zaburzona
- 2 – wyraźnie zaburzona
- 3 – wybitnie zaburzona

Senność w ciągu dnia:

- 0 – nie zdarza się
- 1 – nieznaczna
- 2 – wyraźna
- 3 – bardzo nasilona

PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA. 2010; Tom 6, Nr 3-4

Zapraszamy do lektury jesienno-zimowego numeru naszego internetowego kwartalnika i wybranych artykułów z wcześniejszych numerów 2010 r. Zapraszamy do lektury i zachęcamy do publikacji na naszych łamach.

Piotr Wierziński, Małgorzata Szpilewska, Bartosz Gmiński,
Maciej Kuśmierk, Antoni Florkowski, Piotr Gałecki

ZESPÓŁ DEPRESYJNY JAKO OBJAW POSTĘPUJĄCEGO PORAŻENIA
NADJĄDROWEGO. OPIS PRZYPADKU

Dominika Berent, Monika Talarowska, Agata Orzechowska,
Antoni Florkowski, Piotr Gałecki

CEREBROLIZYNA W ORGANICZNYM ZESPOLE AMNESTYCZNYM
– OPIS PRZYPADKU

Kornelia Zakrzewska

TRUDNY POWRÓT DO DOMU – CO PRZEŻYWAJĄ OSOBY
DOŚWIADCZAJĄCE SZOKU POWROTNEGO? PRACA POGLĄDOWA /
PRZEGLĄD BADAŃ

Witold Simon

META-ANALIZA W BADANIACH NAD SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII

Magdalena Chodak, Łukasz Barwiński

AUTOAGRESJA JAKO FORMA RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

www.psychiatriapsychoterapia.pl