

Dlaczego moje dziecko z ADHD śpi gorzej? Zaburzenia snu wśród dzieci i nastolatków z neuroróżnorodnością.

Zaburzenia snu u dzieci i nastolatków z zaburzeniami neurorozwojowymi, takimi jak zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) oraz zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) są niezwykle częstym problemem, który spędza sen z powiek również ich rodzicom próbującym na wszelkie sposoby zmotywować swoje dzieci do spania.

Statystyki pokazują, że trudności ze snem mogą dotyczyć nawet **82% dzieci z ADHD** oraz **50 - 80% dzieci z ASD**. Problemy te nie są jedynie kwestią "złego zachowania" czy niechęci do pójścia spać, by po kryjomu spędzać czas w social mediach i na graniu w gry komputerowe - trudności te mają głębokie, udowodnione naukowo podłoże neurobiologiczne i chronobiologiczne.

Podłoże biologiczne zaburzeń snu w ADHD i ASD

Wiele osób zakłada, że organizm dziecka naturalnie produkuje melatoninę (hormon snu) w odpowiednich ilościach i o właściwej porze, a niedobory pojawiają się dopiero na starość. Liczne badania pokazują jednak, że u dzieci neuroróżnorodnych te naturalne mechanizmy często działają wadliwie, m.in. przez:

- **Zaburzenia hormonalne i genetyczne:** U dzieci z ADHD zaobserwowano **mniej objętość szyszynki** (gruczołu produkującego melatoninę) oraz **osłabioną ekspresję tzw. genów zegarowych**, które kontrolują dobowy rytm organizmu. Zaburzony jest również rytm dobowego wydzielania kortyzolu będącego hormonem stresu, który sprawia, że **rano trudniej jest się dobudzić, a wieczorem zasnąć**.
- **Opóźniony zegar biologiczny:** Według niektórych badań nawet **78% dzieci i dorosłych z ADHD doświadcza opóźnionego cyklu snu i czuwania**. Wynika to z opóźnienia momentu naturalnego wydzielania melatoniny w ciemności - wśród dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej dzieje się to **średnio o 45 minut później**.

Rodzaje i mechanizmu zaburzeń snu

Trudności ze snem mogą przybierać różne formy. Są to m.in.

- **Trudności z zasypianiem**, wynikające z gonitwy myśli przed snem, nadmiernego pobudzenia i braku możliwości wyciszenia się. Często dzieci nie mogąc zasnąć poszukują dodatkowych bodźców (gry, telefon, nawet książki z żywą akcją), co dodatkowo wydłuża czas zasypiania.
- **Zaburzenia ciągłości snu i nocne wybudzenia:** Szczególnie u dzieci będących w spektrum autyzmu sen bywa bardzo pofragmentowany. Z kolei u dzieci z ADHD obserwuje się ogromną **zmiennność snu z nocy na noc**.

(jednej nocy śpią krótko, innej dłużej), co rozregulowuje ich codzienne funkcjonowanie i utrudnia wypracowanie rutyny.

- **Nadwrażliwość sensoryczna:** Dzieci neuroróżnorodne bywają niezwykle wrażliwe na bodźce z otoczenia. Czasem nawet minimalne światło, dźwięk w tle czy faktura pościeli mogą uniemożliwić im spokojne zaśnięcie.

Wpływ leków stosowanych w leczeniu ADHD na sen dziecka

Ważnym aspektem wśród dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej jest wpływ farmakoterapii na rytm dobowy. **Leki stymulujące (takie jak metylofenidat)**, choć są wysoce skuteczne w leczeniu podstawowych objawów ADHD w ciągu dnia, przy niewłaściwym stosowaniu mogą wywoływać skutki uboczne w postaci **wydłużenia czasu zasypiania, skrócenia całkowitego czasu snu i obniżenia jego wydajności**. Dlatego tak ważne jest, by leki te były przyjmowane o stałej porze, dopasowanej do harmonogramu dnia. U dzieci i nastolatków w większości przypadków powinny być podawane **zaraz po śniadaniu**, by do wieczora stężenie substancji w organizmie uległo wystarczającemu zmniejszeniu. Popołudniowa dawka leku o przedłużonym działaniu (CR) powinna być przyjmowana **najpóźniej w południe**, zaś preparaty o natychmiastowym uwalnianiu **maksymalnie do 4 godzin przed snem**.

To ogólne wskazówki, a nie zalecenie dawkowania - dokładny schemat zawsze ustala lekarz prowadzący, indywidualnie dla dziecka.

Jak pomóc dziecku spać lepiej? Praktyczne kroki.

Przed wprowadzeniem leków nasennych i wspomagających zasypianie kluczowe jest zadbanie o higienę snu - dostosowanie otoczenia i harmonogramu dnia, by wieczór stanowił czas wyciszenia i odpoczynku.

- **Ograniczenie ekranów na 1-2 godziny przed snem:** Telefon, tablet, komputer czy ekran telewizora emitują światło niebieskie, które poprzez neuronalne połączenie między strukturami oka a szyszynką **znacznie skraca naturalne wydzielanie melatoniny** (niektóre badania wskazują, że cykl wydzielania melatoniny jest skrócony **nawet o około 90 minut**, a jej wieczorne stężenie może być obniżone **aż o 71,4%**).
- **Stać rutyna:** Ściśle ustalone pory zasypiania i wstawania (także w weekendy i dni wolne) sprawiają, że organizm łatwiej może przewidzieć moment wyciszenia i zmniejszyć liczbę nocnych wybudzeń, co bezpośrednio przekłada się na lepszą jakość wypoczynku. Ponadto, gdy pory kładzenia się do snu są stałe, dziecko potrafi wypracować poczucia przewidywalności i bezpieczeństwa, co często zmniejsza wieczorny opór i opozycję przed pójściem do łóżka.
- **Ekspozycja na światło dzienne:** Równie ważne co unikanie światła niebieskiego w godzinach wieczornych jest poranna dawka naturalnych

promieni słonecznych. Pomagają one zsynchronizować zegar biologiczny, ponadto badania wykazują, że maksymalizacja ekspozycji na światło rano (połączona ze stałą porą wstawania) **już w ciągu 3 tygodni prowadzi do obniżenia subiektywnego poziomu stresu o ok. 40% oraz redukcji objawów depresyjnych o blisko 58%.**

- **Kołdry obciążeniowe:** Ciekawym rozwiązaniem pomagającym doraźnie wyciszyć się dziecku przed snem mogą być kołdry, które przez swoją ciężkość dostarczają **głębokiego nacisku sensorycznego**. Ten równomierny, stabilny nacisk na ciało działa uspokajająco na współczulny układ nerwowy, pomagając wyciszyć stan pobudzenia. Ich działanie pozostaje tematem licznych badań naukowych, na ten moment dowody na jej skuteczność są ograniczone i mieszane. Należy więc traktować je jako dodatek do leczenia, a nie jako główną jego metodę.

Gdy dotychczasowe rozwiązania nie działają, a problemy z zasypianiem zaczynają mieć charakter przewlekły i znacznie utrudniają codzienne funkcjonowanie jako pierwszą linię leczenia uznaje się **terapię poznawczo-behawioralną bezsenności (CBT-I)**. Polega ona na **edukacji pacjenta** oraz stosowaniu **technik behawioralnych** (takich jak ograniczenie snu, kontrola bodźców i higiena snu) oraz **metod poznawczych** (m.in. restrukturyzacji poznawczej i kontroli martwienia się).

W celu doraźnej pomocy lekarz może zdecydować o włączeniu leków lub suplementów wspomagających zasypianie. Wśród dzieci z neuroatypowością szczególne zasługi przypisać można preparatom **melatoniny**, która działa jako potężny sygnał (**chronobiotyk**) przedstawiający zegar biologiczny. Podanie dawki w odpowiednim czasie (zazwyczaj przed naturalnym wyrzutem melatoniny) pozwala sztucznie i skutecznie przyspieszyć fazę snu.

Należy jednak zaznaczyć, że stosowanie leków zazwyczaj nie leczy przyczyny trudności ze snem. Farmakoterapia powinna być wdrożona przez lekarza specjalistę, by pomóc „przetwać” w czasie nauki zdrowych wzorców i technik ułatwiających samodzielne zasypianie.

Podsumowanie

Problemy ze snem u dzieci i nastolatków z ADHD i ASD są niezwykle częste i nie powinny być traktowane wyłącznie jako efekt „nieposłuszeństwa” czy niewłaściwych nawyków. Pomoc dziecku powinna zaczynać się od zrozumienia przyczyn trudności i stworzenia przewidywalnych warunków sprzyjających odpoczynkowi.

Trudności z zasypianiem mogą być pierwszym objawem wszelakich schorzeń natury psychicznej i somatycznej, a także pogarszać funkcjonowanie (poprzez np. błędne koło nasilania impulsywności i trudności w regulacji emocji w ADHD lub agresji w ASD) wobec czego nigdy nie należy ich lekceważyć.

FAQ

Czy melatonina jest bezpieczna dla dziecka z ADHD? U wielu dzieci melatonina stosowana krótkoterminowo i pod nadzorem lekarza jest uznawana za bezpieczną, ale dawkę, porę podania i czas stosowania zawsze powinien ustalić lekarz prowadzący - melatonina nie leczy przyczyny problemu, tylko wspomaga zasypianie.

Ile snu potrzebuje dziecko z ADHD lub autyzmem? Zapotrzebowanie na sen jest podobne jak u rówieśników bez neuroróżnorodności i zależy od wieku, jednak dzieci z ADHD/ASD częściej mają trudność w osiągnięciu tej ilości snu ze względu na opisane wyżej mechanizmy biologiczne.

Czy leki na ADHD powodują bezsenność? Same objawy ADHD sprzyjają zaburzeniom snu, ale leki stymulujące podane zbyt późno w ciągu dnia mogą dodatkowo wydłużać zasypianie i skracać sen - dlatego pora dawkowania jest tak ważna.

Od czego zacząć, jeśli dziecko źle śpi? Najpierw higiena snu: stałe pory snu, ograniczenie ekranów wieczorem i światło dzienne rano. Jeśli to nie wystarcza po kilku tygodniach konsekwentnego stosowania, warto skonsultować się ze specjalistą w sprawie wdrożenia CBT-I lub melatoniny.

Ten materiał ma charakter wyłącznie edukacyjny i nie zastępuje konsultacji lekarskiej. W razie wątpliwości dotyczących leczenia, nasilenia objawów lub działań niepożądanych skontaktuj się ze swoim lekarzem prowadzącym.

Źródła:

1. Standardy leczenia zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem i Sekcji Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część I i II, Psychiatr. Pol. 2017; 51(5): 815–832
2. Bruni, O., Breda, M., Nobili, L., Fietze, I., Capdevila, O. R. S., & Gronfier, C. (2024). European expert guidance on management of sleep onset insomnia and melatonin use in typically developing children. European journal of pediatrics, 183(7), 2955–2964.
<https://doi.org/10.1007/s00431-024-05556-w>
3. Sørensen, L., Hjo, C., Vollsund, A. E., Flo-Groeneboom, E., Jensen, D. A., Tømmeraas, A. M., Holmen, N., Becker, S. P., Sonuga-Barke, E. J. S., Bjorvatn, B., & Tamnes, C. K. (2026).

Emotion regulation difficulties in adults with ADHD and associations with insomnia symptoms. *Journal of affective disorders*, 411, 121941.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121941>

4. Bron, T. I., Bijlenga, D., Kooij, J. J., Vogel, S. W., Wynchank, D., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms add risk to circadian rhythm sleep problems in depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 200, 74–81.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.022>
5. Luu, B., & Fabiano, N. (2025). ADHD as a circadian rhythm disorder: evidence and implications for chronotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1697900.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1697900>
6. Bioulac S, Claret-Tournier A. Sleep disturbances in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: State of the art and management. *Encephale*. 2026 Jun;52(3S):S51-S56. doi:10.1016/j.encep.2026.04.002. PMID: 42297542.
7. Singh, K., & Zimmerman, A. W. (2015). Sleep in Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Seminars in pediatric neurology*, 22(2), 113–125. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2015.03.006>
8. Bloch, M. H., & Mulqueen, J. (2014). Nutritional supplements for the treatment of ADHD. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(4), 883–897.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.002>