

Magdalena Pach, Karolina Wysocka

Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności

Streszczenie

Bezsenność to zaburzenie polegające na odczuwaniu przez pacjenta własnego snu jako niewystarczającego lub złej jakości, w związku z czym pogarsza się jego funkcjonowanie lub obniża jakość życia. Niniejszy artykuł stanowi przegląd piśmiennictwa dotyczący leczenia bezsenności jako osobnej jednostki diagnostycznej oraz jako objawu występującego w różnych zaburzeniach. Bezsenność stanowi bowiem poważny problem zdrowotny oraz społeczny, ze względu na jej dużą powszechność. Celem artykułu jest przedstawienie sposobów rozpoznawania i diagnozy bezsenności oraz jej psychologicznych modeli a także wskazanie metod terapii poznawczo behawioralnej, które stanowią alternatywę oraz uzupełnienie leczenia farmakologicznego tego zaburzenia i zapobiegają utrwalaniu się bezsenności i jej nawrotom.

Słowa kluczowe: *bezsenność, zaburzenia snu, terapia poznawczo – behawioralna, diagnozowanie*

Wstęp

Sen jest podstawowym zachowaniem ludzi i zwierząt. Występuje spontanicznie oraz okresowo i stanowi około 1/3 życia człowieka. Istnieje wiele definicji snu. Z jednej strony sen możemy zdefiniować jako „stan czynnościowy układu nerwowego, z cyklicznie pojawiającym się i przemijającym w rytmie dobowym zniesieniem świadomości i bezruchem” (Narębski, 1979) a z drugiej jako „stan fizycznego spoczynku, podczas którego interakcje ze środowiskiem są zniesione. Jedynie silne bodźce mogą spowodować powrót do stanu czuwania.” (Gałuszko-Węgielnik, 2010).

Bezsenności stanowi jedno z najczęstszych zaburzeń snu (Wojas, Nowicka-Sauer, 2009). Jest jednym z najpowszechniejszych problemów medycznych, gdyż dotyczy około 20-40% populacji ogólnej, choć kryteria diagnostyczne spełnia znacznie mniej osób – około 7-8% populacji (Grabowski, 2011). Bezsenność polega na odczuwaniu przez pacjenta własnego snu jako niewystarczającego lub złej jakości w wyniku występowania jednego lub kilku następujących objawów: trudności z zasypianiem, zbyt wczesne poranne budzenie się,

Dr hab. in. med. ANITA BRYŃSKA
specjalista Psychiatrii dzieci i młodzieży
16-05-2017

trudności w utrzymaniu snu, odczuwaniu snu jako takiego, który nie daje wypoczynku. Są to subiektywnie odczuwane przez pacjenta objawy i muszą negatywnie wpływać na funkcjonowanie w ciągu dnia polegające na pogorszeniu tego funkcjonowania oraz obniżenia jakości życia pacjenta. Najczęściej pacjent deklaruje poczucie stałego zmęczenia, brak energii, pogorszenie koncentracji uwagi i sprawności poznawczej, zmienność nastroju czy drażliwość (Wichniak i in., 2008).

Bezsenność może być odrębnym zaburzeniem, pierwotnym lub może współtowarzyszyć innym zaburzeniom psychicznym, być ich kryterium diagnostycznym. Stanowi ważny czynnik ryzyka u pacjentów cierpiących na depresję, zaburzenia lękowe czy epizody maniakalne. Może być także spowodowana nadużywaniem substancji psychoaktywnych czy innych leków (Morrison, 2016). Z tego względu podzielono bezsenność na wtórną (inaczej nieorganiczną) – występującą w przebiegu innych chorób psychicznych lub somatycznych oraz pierwotną, która stanowi odrębną jednostkę chorobową (Grabowski, 2011).

Diagnoza bezsenności opiera się przede wszystkim na wywiadzie i danych uzyskanych od pacjenta dotyczących jego subiektywnych odczuć. Ocenę nasilenia bezsenności można ocenić za pomocą skal kwestionariuszowych takich jak Ateńska Skala Bezsenności czy Insomnia Severity Scale (ISI) (Wichniak i in., 2008). Osoby cierpiące na bezsenność często sięgają po preparaty promujące sen dostępne bez recepty lub kontaktują się z lekarzem pierwszego kontaktu, co może powodować, że zaburzenie staje się przewlekłe. Obecność przewlekłych zaburzeń snu o charakterze bezsenności, które według definicji trwają co najmniej miesiąc i negatywnie wpływają na jakość życia i funkcjonowania pacjenta, stwierdza się aż u 10-15% osób w krajach uprzemysłowionych, co sprawia, że bezsenność staje się jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych (Wichniak i in., 2008). Pacjenci Ci zazwyczaj nie są w stanie wyzdrowieć w wyniku farmakoterapii. Pomocne są w tym przypadku interwencje nefarmakologiczne oparte o techniki poznawczo-behawioralne. Wynika to z założenia, że kluczową rolę w rozwoju tego zaburzenia odgrywają czynniki utrwalające, czyli dysfunkcyjne strategie radzenia sobie z problemami ze snem (Spielman, Glovinsky, 1991). Sprzyjają one utrwalaniu się nadmiernego wzbudzenia. Do podstawowych czynników behawioralnych, które podtrzymują bezsenność należy kojarzenie łóżka z czuwaniem, zaś wśród czynników poznawczych wskazywano głównie rolę dysfunkcyjnych przekonań na temat snu. Badania wskazują na istotę roli oddziaływań terapeutycznych skoncentrowanych na redukcji czynników utrwalających. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w tym zaburzeniu wiąże się bowiem z poprawą funkcjonowania pacjentów poprzez podniesienie subiektywnej

oceny snu nocnego oraz funkcjonowania w ciągu dnia, a także istotnym przybliżeniem parametrów snu pacjentów do poziomu osób zdrowych (Fornal – Pawłowska, Szelenberger, 2013).

Klasyfikacja Bezsenności

Przy klasyfikowaniu bezsenności stosuje się różne podejścia, kierując się takimi cechami jak objawy kliniczne, częstość ich występowania, czas trwania, nasilenie i przypuszczalna etiologia. Prawdopodobnie największe znaczenie diagnostyczne ma czas utrzymywania się bezsenności. Ogólnie bezsenność klasyfikowana jest jako przygodna, jeśli trwa do kilku dni oraz krótkotrwała (ostra lub przemijająca), trwająca do 4 tygodni, a także przewlekła utrzymująca się tygodniami i miesiącami. Przygodna i krótkotrwała nie jest stanem chorobowym, ale reakcją fizjologiczną występującą u osób zdrowych i najczęściej jest spowodowana stresującymi czynnikami psychospołecznymi lub zmianą trybu życia. Bezsenność przewlekła może towarzyszyć różnym schorzeniom i być podtrzymywana przez czynniki behawioralne. Biorąc pod uwagę etiologię, bezsenność możemy podzielić na pierwotną i wtórną. Bezsenność wtórna jest powodowana przez inne zaburzenia i występuje w przebiegu chorób zarówno psychicznych jak i somatycznych (Benca, 2007).

W stosowanej w Polsce Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) z 1992 roku zaburzenia snu sklasyfikowane są w dwóch rozdziałach jako organiczne (G47) i nieorganiczne (F51). Nieorganiczne zaburzenia snu ICD-10 włącza do grupy zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

Bezsenność nieorganiczną (F51.0) możemy zdiagnozować, gdy pacjent skarży się na trudności w zasypianiu, trudności w podtrzymywaniu snu lub na sen, który nie przynosi odpoczynku. Zaburzenia te muszą wystąpić co najmniej trzy razy w tygodniu przez co najmniej okres jednego miesiąca. Powinny też prowadzić do znacznie gorszego samopoczucia lub zaburzać jednostkowe funkcjonowanie w codziennym życiu pacjenta. Nie mogą być spowodowane przez przyczyny organiczne, takie jak stany neurologiczne lub inne stany somatyczne, nie mogą być związane z używaniem substancji psychoaktywnych lub stosowaniem leków (ICD – 10, 2006).

Najnowsze, piąte wydanie klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA American Psychiatric Association)

klasyfikuje zaburzenia snu przede wszystkim na podstawie objawów, które w nich dominują, wyników badań diagnostycznych oraz obecności specyficznych biomarkerów lub podłoża patofizjologicznego (Wichniak, Jarema, 2018). DSM-V wyróżnia zaburzenia związane z bezsennością, pierwotne, w przebiegu zaburzeń psychicznych, somatycznych, neurologicznych oraz innych zaburzeń snu oraz epizodyczne (1-3 miesiące), utrwalone (co najmniej 3 miesiące) i nawracające (co najmniej dwa epizody w roku). Diagnozowane są w momencie, gdy pacjent deklaruje dominujące skargi na ilość lub jakość snu, związane z trudnością w zasypianiu, trudnościami w utrzymaniu snu, charakteryzującymi się częstym wybudzaniem lub trudnościami w ponownym zaśnięciu po wybudzeniu lub z budzeniem się wcześniej rano z niemożnością ponownego zaśnięcia. Zaburzenia te sprawiają, że pacjent istotnie klinicznie cierpi i ma kłopoty w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym, szkolnym lub w innych ważnych dla niego obszarach. Trudności te muszą wystąpić przez co najmniej trzy noce w tygodniu, przez co najmniej trzy miesiące, mimo sprzyjających warunków. Nie mogą być też spowodowane przez występowanie innego zaburzenia snu i czuwania lub przez fizjologiczne działanie substancji (DSM-V, 2015).

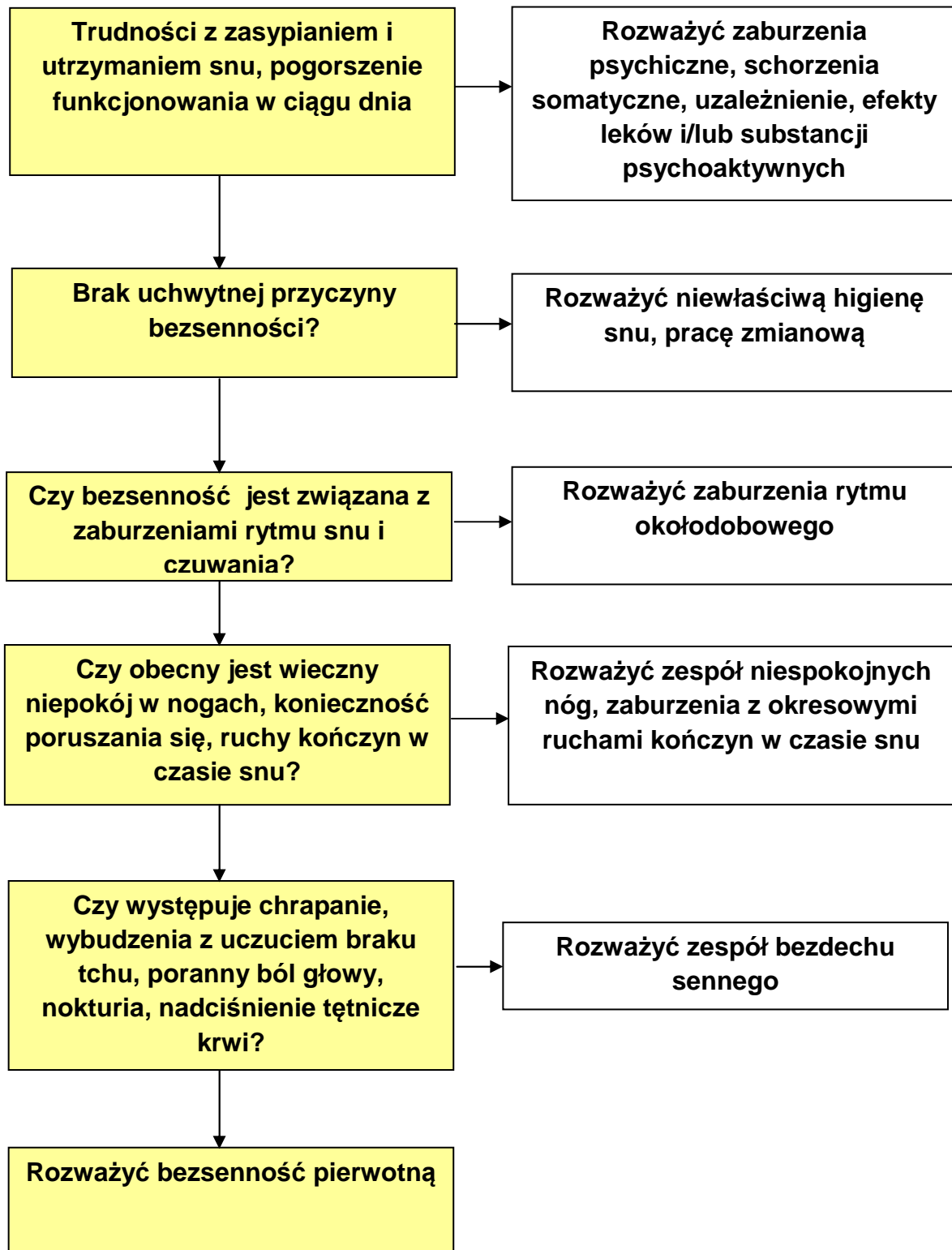
Inny podział wprowadza trzecie wydanie Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu (ICDS-3, American Academy of Sleep Medicine, 2014). Tą klasyfikacją posługują się ośrodki medycyny snu, gdyż obejmuje ona kryteria rozpoznawania kilkudziesięciu zaburzeń snu, ujętych w siedmiu głównych grupach. ICDS-3 rozróżnia bezsenność przewlekłą, trwająca powyżej 3 miesięcy oraz bezsenność krótkotrwałą, trwająca do 3 miesięcy (Walacik-Ufnal, 2015). W praktyce klinicznej często zaburzenia snu klasyfikuje się wg ICDS-3 w trzech grupach. Pierwsza to dyssomie, czyli zaburzenia, w których problemem jest czas snu i tu występuje bezsenność jako zbyt krótki czas snu. Druga grupa związana jest z zaburzeniami rytmu snu i czuwania, w których sen i czwanie występują w porach niepożądanych i niekorzystnych, powodując cierpienie i pogorszenie funkcjonowania oraz trzecia grupa, czyli parasomie – zaburzenia, w którym problemem jest to, co się dzieje podczas snu (Wichniak, Jarema, 2018). Wg ICDS-3 definicja bezsenności obejmuje utrwalone trudności ze snem, występujące pomimo możliwości i warunków zapewniających odpowiedni sen i związane z nimi zaburzenia funkcjonowania w ciągu dnia. Najczęściej związane są ze skargami na obniżony nastrój pacjenta, drażliwość, gorszą sprawność intelektualną, co wpływa na pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego i rodzinnego pacjenta (Walacik-Ufnal, 2015).

Diagnoza różnicowa bezsenności

Warunkiem sukcesu leczenia jest prawidłowe ustalenie przyczyny wywołującej bezsenność. Należy wykluczyć, czy bezsenność nie stanowi objawu innej choroby. Bezsenność występuje u osób do niej predysponowanych. Ryzyko zachorowania zwiększają między innymi płeć żeńska, obecność bezsenności w rodzinie, czyli czynniki genetyczne oraz cechy osobowości prowadzące do częstego napięcia psychicznego wieczorem lub nadmiernie wnikliwego zwracania uwagi na sen. U osób predysponowanych nawet łagodne i krótkotrwałe schorzenia czy trudne wydarzenia życiowe mogą powodować problemy ze snem (Wichniak, Jarema, 2018).

Czynniki wywołujące bezsenność według Spielmana możemy podzielić na trzy grupy. Pierwsza to czynniki predysponujące obejmujące czynniki genetyczne, nadmierne wzbudzenie fizjologiczne, osobowość o cechach powodujących zwiększoną skłonność do martwienia się i rozpamiętywania, płeć żeńska, wiek, czy zła higiena snu, czyli czynniki behawioralne, takie jak wydłużanie czasu spędzanego w łóżku, drzemki w ciągu dnia, niska aktywność fizyczna, stałe przyjmowanie leków lub zmuszanie się do zaśnięcia. Druga grupa to czynniki wywołujące. Należą do nich czynniki stresowe (problemy rodzinne, zawodowe, finansowe, szkolne), nagła zmiana trybu życia (przeprowadzka, przejście na emeryturę), choroby somatyczne, choroby i zaburzenia psychiczne, praca zmianowa czy szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych. Ostatnią, trzecią grupę, stanowią czynniki utrwalające. Jest to nadmiernie długi czas spędzany w łóżku, poranne dosypianie, oszczędzający tryb życia i ograniczanie aktywności fizycznej czy przenoszenie aktywności niezwiązanej ze snem do sypialni (Spielman i in., 1987).

Rozpoznanie bezsenności możemy ustalić na podstawie zebranego wywiadu. Pomocne mogą być standaryzowane wywiady, dzienniki snu czy kwestionariusze. W wywiadzie należy się skupić na informacjach dotyczących istoty, przebiegu oraz wpływu zaburzeń snu na funkcjonowanie pacjenta, obecnych oraz wcześniejszych sposobów radzenia sobie, szczególnie prób samopomocy. Istotne mogą być też informacje o dotychczasowym leczeniu oraz pytania umożliwiające różnicowanie bezsenności z innymi zaburzeniami snu (Walacik-Ufnal, 2015).



Rys.1. Algorytm diagnostyczny. Różnicowanie przyczyny bezsenności za: *Wichniak A. Jarema M. Podstawy rozpoznawania i leczenia wybranych zaburzeń snu, Biblioteka Czasopisma Psychiatria, Via Medica, Gdańsk 2018. s. 22.*

Do pomiaru nasilenia objawów bezsenności mogą służyć skale kliniczne: Ateńska Skala Bezsenności (AIS Athens Scale), Skala Odpowiedzi Bezsennością Na Stres (FIRTS, Ford Insomnia Response to Stress) czy Skala Nadmiernego Wzbudzenia Regesteina (Walacik-Ufnał, 2015).

Bezsenność często współwystępuje z zaburzeniami somatycznymi takimi jak cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, obturacyjne choroby płuc, schorzenia przebiegające z bólem oraz z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie z uzależnieniami, chorobami afektywnymi czy zaburzeniami lękowymi. W przypadku współwystępowania bezsenności z zaburzeniem psychicznym, leczenie powinno obejmować oba zaburzenia (Walacik-Ufnał, 2015).

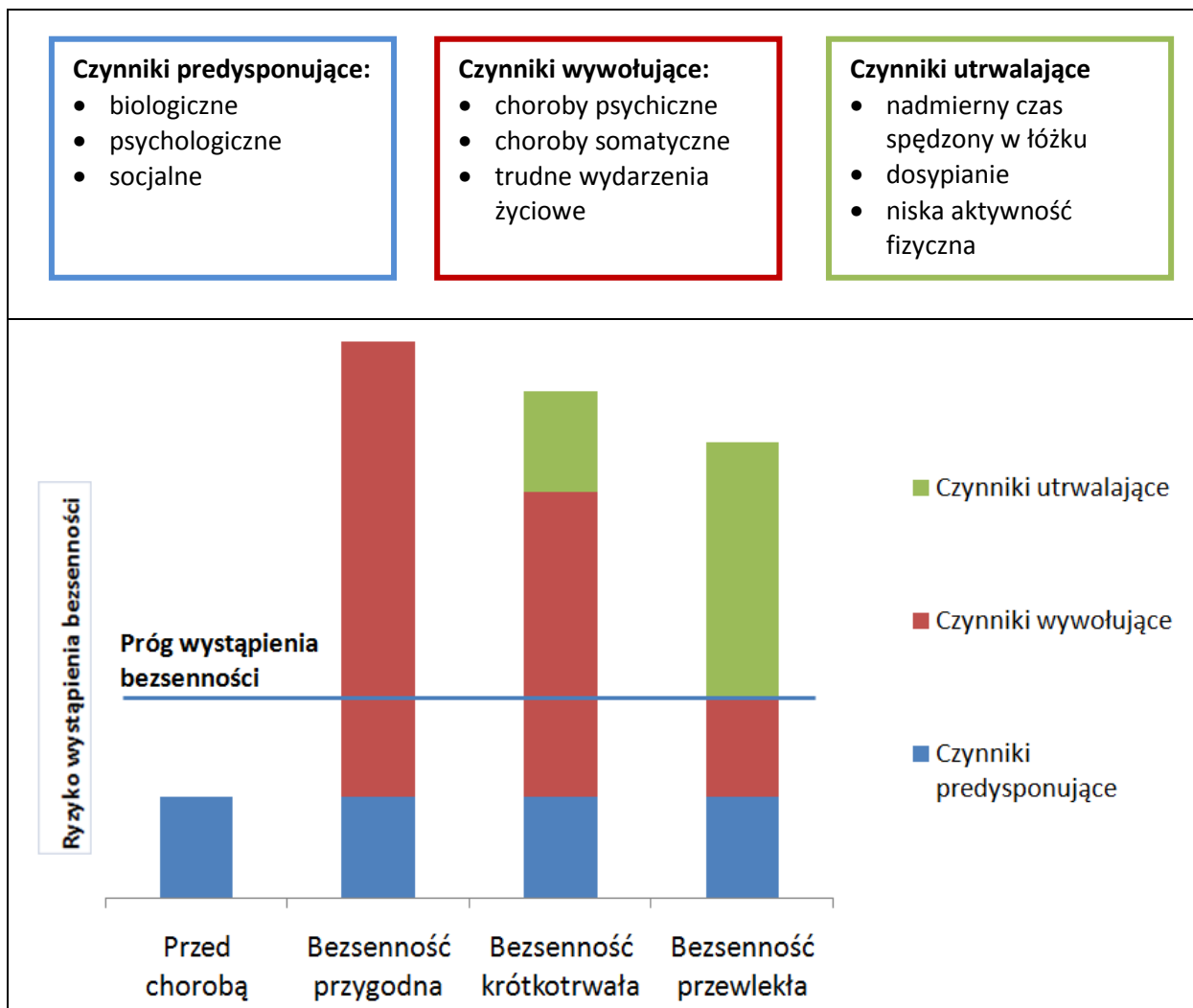
Tylko u około 10-20% pacjentów bezsenność może być spowodowana pierwotnymi zaburzeniami snu. Najczęstsze pierwotne zaburzenia snu to bezsenność psychofizjologiczna, bezsenność paradoksalna, zespół niespokojnych nóg, okresowe ruchy kończyn podczas snu, zaburzenia rytmu okołodobowego, szczególnie zespół opóźnionej fazy snu. U takich pacjentów często konieczna jest konsultacja w ośrodku medycyny snu i wykonanie diagnostycznych badań snu, takich jak badanie polisomnograficzne czy akty graficzne (Wichniak i in., 2008).

Modele bezsenności

W patofizjologii bezsenności podstawową rolę odgrywa nadmierne wzbudzenie. Jest ono wspólne dla wszystkich modeli bezsenności i punktem wyjścia dla leczenia farmakologicznego i psychoterapii. W badaniach wyróżniono również wzbudzenie emocjonalne. Przejawia się ono większą reaktywnością emocjonalną na bodźce związane ze snem. Zaobserwowano, że subiektywna ocena bodźców negatywnych związanych ze snem była silniejsza u osób z bezsennością niż u osób zdrowych (Grabowski, 2011).

Klasycznym modelem powstawania i utrzymywania się bezsenności jest model Spielmana. Wprowadził on model trójczynnikiowy, oparty na wyróżnieniu czynników predysponujących, wyzwalających i podtrzymujących (Spielman i in., 1987). Czynniki predysponujące określają indywidualną podatność na bezsenność i są mieszanką cech biologicznych i psychologicznych i są to między innymi płeć, wiek, cechy osobowości czy dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie ze stresem. Czynniki te zwiększają ryzyko bezsenności, gdy w życiu pacjenta wystąpią sprzyjające czynniki wyzwalające, czyli stres związany z trudnymi

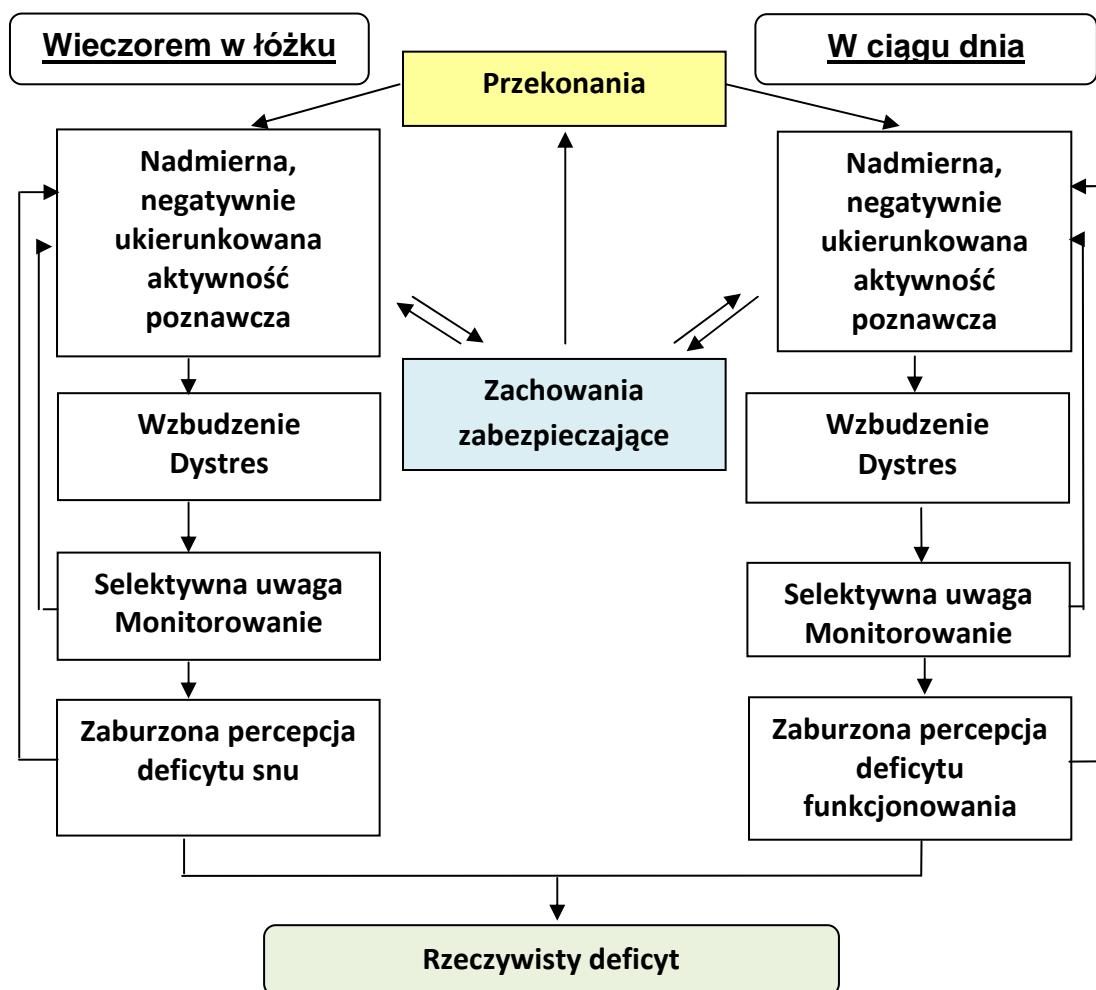
wydarzeniami życiowymi, choroby czy nadużywanie substancji psychoaktywnych, a nawet sytuacja konieczności pracy zmianowej. Gdy wystąpi interakcja czynników predysponujących i wyzwalających, mogą pojawić się czynniki utrwalające bezsenność, takie jak dysfunkcyjne strategie behawioralne radzenia sobie z bezsennością, dysfunkcyjne przekonania dotyczące snu, zamartwianie się brakiem snu czy odczuwanie negatywnych konsekwencji bezsenności (Finogenow, 2017).



Rys.2. Schemat powstawania i utrwalania się bezsenności za: Wichniak A. Jarema M. *Podstawy rozpoznawania i leczenia wybranych zaburzeń snu*, Biblioteka Czasopisma *Psychiatria, Via Medica, Gdańsk 2018. s. 23.*

Innym model opracował Harvey (Harvey, 2002). Według tego modelu bezsenność podtrzymują czynniki poznawcze, jednak bezpośrednio jej nie wywołują. Podstawą jest bowiem nadmiernie nasilona, negatywnie zabarwiona aktywność poznawcza przed snem. Są to myśli intruzywne i zamartwianie się, zazwyczaj związane ze snem i funkcjonowaniem w ciągu dnia, zależnym od snu. Osoby z bezsennością skupiają uwagę na oznakach braku snu i

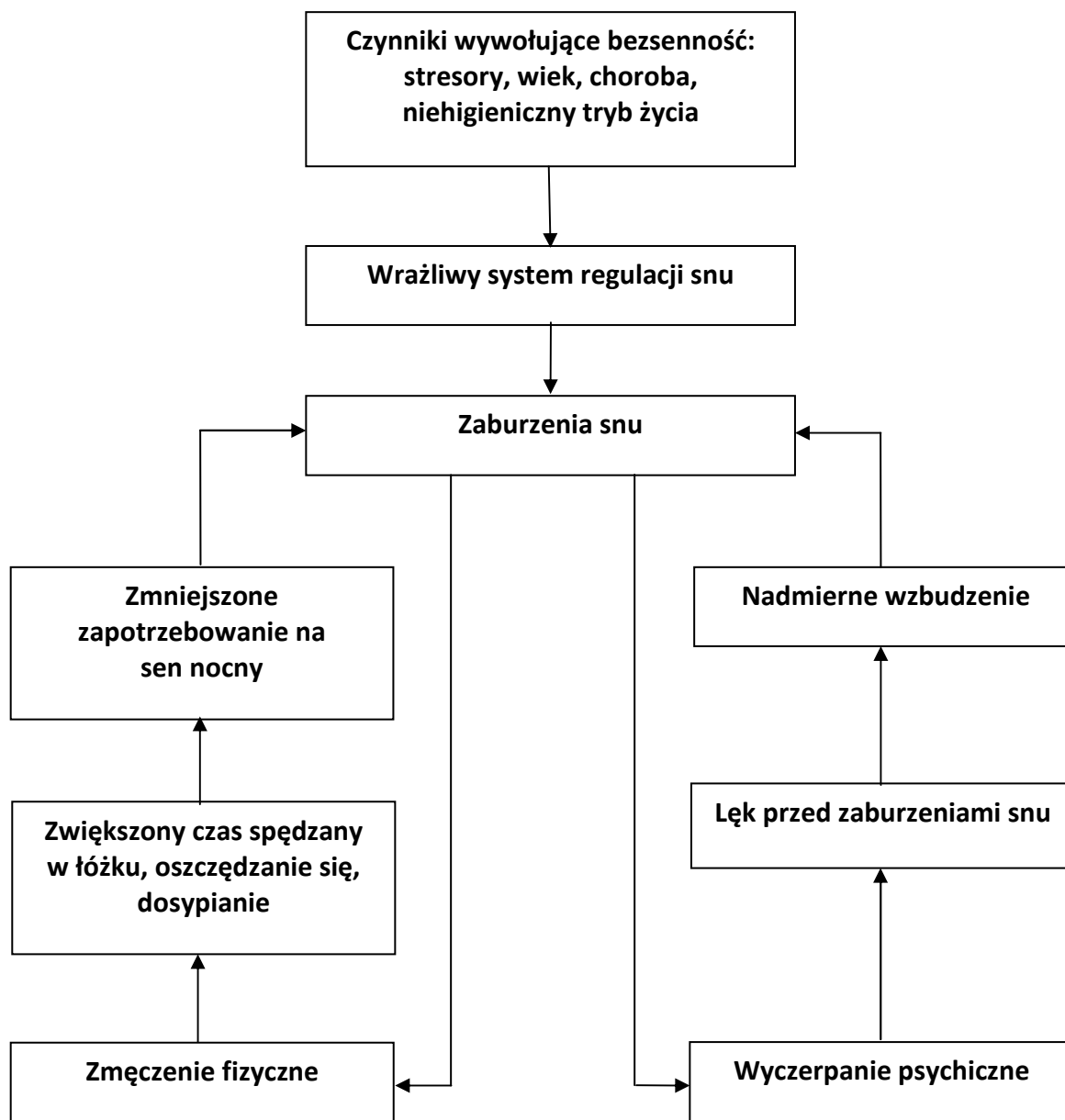
możliwości zaśnięcia, pod tym kątem monitorując swój organizm i środowisko zewnętrzne. Monitorowanie to po pewnym czasie staje się automatyczne a wykrycie oznak braku snu potwierdza zasadność ich poszukiwania i dostarcza kolejnych powodów do martwienia się. W ten sposób osoby te interpretują nieistotne sygnały płynące z ciała, wyolbrzymiają bodźce zewnętrzne i wykrywają oznaki wzbudzenia, w które same się wprowadzają. Często takie osoby nie doszacowują czasu snu, przeszacowują czas zasypiania i czuwania w ciągu nocy, następnie gorzej oceniają swoje funkcjonowanie w ciągu dnia i wiążą to pogorszenie z niewystarczającą ilością snu. Wieczorem martwią się o to i zamyka się błędne koło. Pacjenci stają się coraz bardziej skoncentrowani na śnie i coraz bardziej się nim martwią. Dysfunkcjonalne procesy poznawcze zachodzą zarówno wieczorem, tuż przed zaśnięciem, jak i w ciągu dnia. Selektywna uwaga pacjenta jest skoncentrowana na poszukiwaniu oznak senności, zmęczenia i pogorszenia funkcjonowania, związanych z gorszym snem w nocy (Grabowski, 2011).



Rys.3. Model zaburzonej percepcji snu i deficytu funkcjonowania w bezsenności za: Grabowski K. *Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności. Psychiatria 2011, 8,2: 55.*

Inny model przedstawiający błędne koło bezsenności stanowi schemat poznawczo-behawioralny powstawania i utrwalania się bezsenności (Wichniak, Wierzbicka, Sobańska, Jernejczyk, 2005). Zakłada on, że bezsenność wpływa na zachowanie ludzi oraz na postrzeganie przez nich własnej sytuacji. Aby doszło do powstania bezsenności muszą występować dwa elementy: wrażliwy biologicznie układ regulujący sen i czuwanie oraz czynnik wywołujący bezsenność. Interakcja tych dwóch czynników prowadzi do pogorszenia jakości snu. Jeśli pacjent ma predyspozycje do bezsenności, wówczas bezsenność może przeminąć dopiero wtedy, jak zniknie czynnik, który ją wywołuje. Im dłużej trwa bezsenność, tym bardziej w jej pogłębianiu zaczynają odgrywać rolę czynniki utrwalające bezsenność. Dlatego samo usunięcie czynnika wywołującego w leczeniu bezsenności może nie wystarczyć. Należy bowiem skupić się na czynnikach behawioralnych podtrzymujących bezsenność. Pacjenci, którzy cierpią na gorszą jakość snu, zaczynają prowadzić oszczędzający tryb życia, więcej czasu spędzać w łóżku, robić drzemki w ciągu dnia czy ograniczają aktywność fizyczną. W wyniku tych działań mechanizmy homeostatyczne regulujące sen i decydujące o jego długości i głębokości zostają rozregulowane. Zmęczenie fizyczne u pacjenta się zmniejsza, a to powoduje zaburzenie rytmu okołodobowego i zaburzenia snu się nasilają. Ze strony poznawczej utrzymywanie się bezsenności prowadzi do powstania lęku przed zaburzeniami snu. Pacjent coraz więcej myśli o swoim śnie, zaczyna śledzić jego jakość, próbuje ją poprawić na różne sposoby. To prowadzi do wzrostu napięcia i zdenerwowania, zwłaszcza wieczorem, nasila się niepewność, czy kolejna noc będzie równie trudna jak poprzednie, co doprowadza do zbudzenia fizjologicznego i tym samym do niemożności zaśnięcia. W ten sposób błędne koło się zamyka (Wichniak i in., 2008).

Sen u zdrowych osób jest procesem automatycznym, nie wymaga planowania, poświęcania uwagi czy wkładania wysiłku. W swoim modelu zwrócił na to uwagę Espie (Espie, 2002). Według tego modelu chorzy z bezsennością planują sen, wkładają wysiłek, by zasnąć, są snem zaabsorbowani, poświęcają mu zbyt dużo uwagi. W ten sposób nie są w stanie zahamować czuwania. Wynika to z istnienia szlaku zjawisk poznawczych U-I-W (Uwaga – Intencja – Wysiłek). Pacjent zamiast pozwolić, aby sen był automatyczny, kieruje na niego swoją uwagę, uwaga natomiast promuje działanie w odpowiedzi na postrzeganą potrzebę lub zagrożenie i powstaje proces, który prowadzi do wzbudzenia, a nie wyciszenia sprzyjającemu zaśnięciu. Pacjent coraz bardziej stara się zasnąć i tym samym nie może zahamować czuwania, co w rezultacie prowadzi do poruszenia szlaku U-I-W i następuje rozwój bezsenności przewlekłej (Walacik-Ufnal, 2015).



Rys.4. Schemat poznawczo – behawioralny powstawania bezsenności – błędne koło bezsenności. Za: Wichniak A. Wierzbicka A. Jernajczyk W. *Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności, Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2008, 1, 1: 31.

Metody i narzędzia terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności

Terapia poznawczo-behawioralna jest połączeniem poznawczej pracy terapeutycznej związanej z przekonaniami dotyczącymi snu i bezsenności oraz technik behawioralnych.

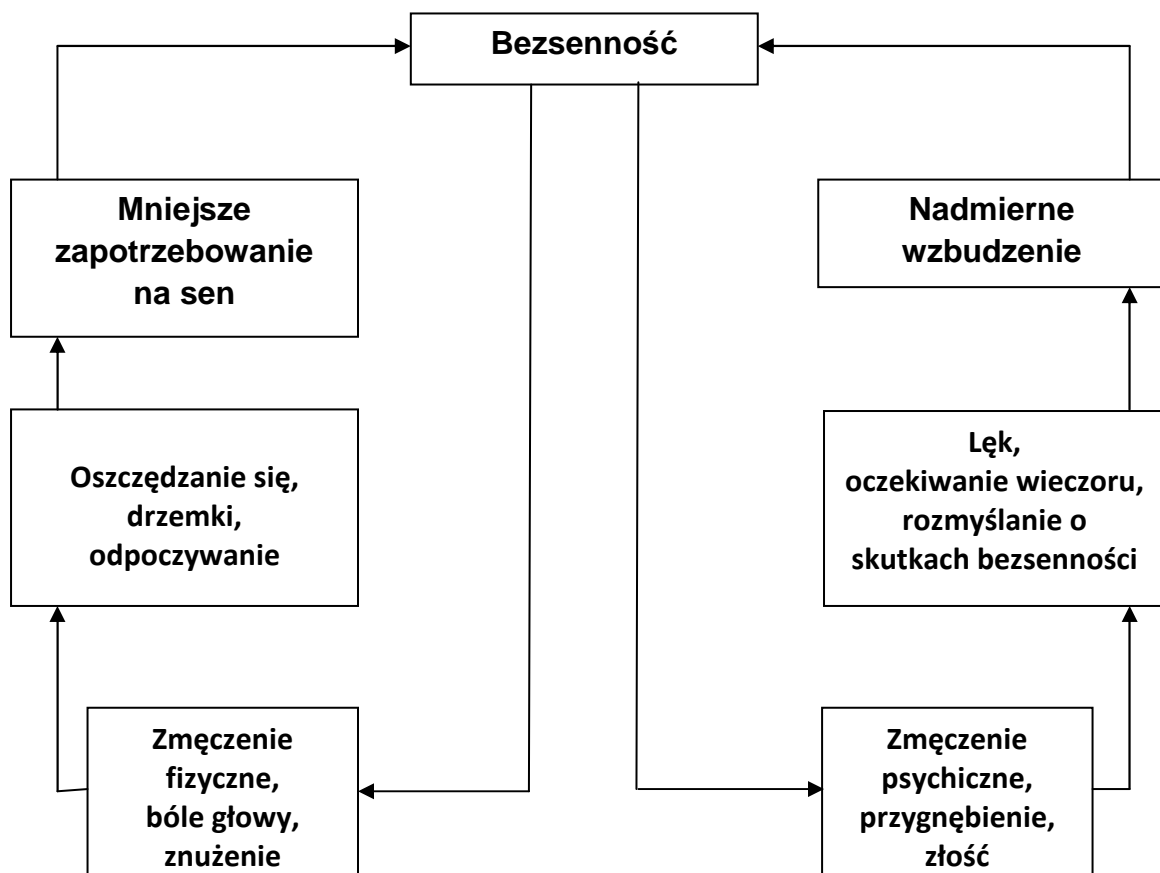
Praca poznawcza koncentruje się wokół identyfikacji przekonań kluczowych (dotyczących postrzegania siebie, innych ludzi i świata) oraz przekonań pośredniczących dotyczących naszych zasad życiowych, określonych postaw i założeń (Popiel, Pragłowska 2008).

Zidentyfikowanie przekonań danej osoby ukazuje schemat poznawczy danej osoby, w którego skład wchodzi jej indywidualne interpretacje oraz sposoby radzenia sobie z powyższymi przekonaniami. Tym samym umożliwia to również zidentyfikowanie przekonań związanych ze snem lub jego brakiem.

Techniki behawioralne mają na celu zmianę/modyfikację wcześniejszych, utrwalonych sposobów zachowania w poszczególnych sytuacjach, które nie zawsze są korzystne i adaptacyjne dla danej jednostki.

Pacjenci cierpiący na bezsenność przejawiają często nierealistyczne przekonania i oczekiwania co do indywidualnej ilości i jakości snu oraz co do skutków bezsenności.

Osoby zmagające się z bezsennością zazwyczaj zamartwiają się nadchodzącą nocą oraz tym, czy uda im się zasnąć wedle oczekiwanych indywidualnych standardów. Obawiają się potencjalnych konsekwencji związanych z nieprzespaną nocą. To oczywiście powoduje powstanie błędnego koła bezsenności (Wichniak, 2008).



Rys.5. Schemat poznawczo – behawioralny bezsenności – błędne koło Za: Wichniak A. *Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności, Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2008, 1, 1: 31.*

Praca terapeutyczna koncentruje się na poznawczej modyfikacji dysfunkcyjnych przekonań oraz zastosowaniu technik behawioralnych. Wskazaniemi jest zarówno bezsenność pierwotna, przewlekła i wtórna związana z innymi współwystępującymi zaburzeniami.

Praca terapeutyczna może być w formie spotkań indywidualnych lub grupowych. Czas jej trwania to minimum 8 sesji.

Przykładowy protokół:

1 sesja: to diagnoza, zaznajomienie pacjenta z zasadami terapii, z paradygmatem terapii CBT oraz z dzienniczkiem snu

2 sesja: psychoedukacja na temat fizjologii snu, wprowadzenie restrykcji snu (stałych pór snu zbliżonych do średniego czasu snu pacjenta w ostatnim tygodniu) i kontroli bodźców

3-4 sesja: psychoedukacja dotycząca higieny snu, zmiana czasu spędzanego w łóżku w zależności od zapisu w dzienniczku, wprowadzenie treningu relaksacyjnego

5-7 sesja: wprowadzenie zmian w czasie spędzonym w łóżku przez pacjenta w odniesieniu do zapisu z dzienniczka oraz praca nad dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat snu i bezsenności

8 sesja: zapobieganie nawrotom

Ważne jest, aby odstęp między 1 a 2 sesją wynosił dwa tygodnie, w celu możliwości oceny czasu spędzanego przez pacjenta w łóżku po 2 tygodniach. Pozostałe sesje powinny się odbywać w cotygodniowych odstępach (Grabowski, 2011).

Techniki behawioralne

Techniki behawioralne mają na celu wprowadzenie zmian w dotychczasowym, utrwalonym zachowaniu związanym z niewłaściwymi nawykami dotyczącymi snu.

Do powyższych technik zaliczamy:

1. Higiena snu - obejmuje zmianę stylu funkcjonowania pacjenta w celu poprawienia jakości i ilości snu. Higiena polega na:

- tej samej porze kładzenia się spać i wstawania, bez względu na dzień tygodnia

- zapewnieniu sobie odpowiednich warunków spania (wygodne łóżko, odpowiednia chłodna temperatura pomieszczenia, w którym śpimy oraz unikanie silnego światła tuż przed snem)
- zrezygnowaniu z nadmiernej ilości kofeiny, alkoholu i tytoniu (szczególnie 5-6 godzin przed pójściem spać)
- ograniczeniu ilości spożywanych płynów tuż przed pójściem spać
- unikaniu ciężkostrawnych potraw przed snem oraz jedzenie kolacji na 2-3 godz. przed pójściem spać oraz ewentualne spożycie lekkiej przekąski krótko przed snem
- unikaniu zmuszania się do zasypiania i drzemek w ciągu dnia
- wprowadzeniu wysiłku fizycznego w ciągu dnia, ale nie w godzinach wieczornych (4-5 godzin przed pójściem spać)
- przeznaczaniu łóżka do snu i czynności intymnych (seksu)
- usunięciu widocznych zegarów z pomieszczenia, w którym śpimy
- unikaniu regularnego przyjmowania środków na sen
- regularnym trybie życia (Gałuszko-Węgielnik, 2010)

2. Technika kontroli bodźców

Powyższa technika ma na celu poprawę zasypiania i podtrzymywania snu. Zawiera wiele elementów związanych z higieną snu. Ale przede wszystkim jej zadaniem jest modyfikacja dotychczasowych skojarzeń łóżka i sypialni z bezsennością, a tym samym redukcja napięcia z tym związanego.

Zalecenia powyższej techniki to:

- niezmuszanie się do snu, udawanie się na spoczynek dopiero w momencie, kiedy pacjent czuje się naprawdę senny i zmęczony
- w momencie niemożności zaśnięcia przez około 20 minut, pacjent powinien wstać z łóżka i wrócić dopiero wówczas, kiedy poczuje się senny
- stałe godziny chodzenia spać i wstawania
- unikanie innych aktywności (czytanie, praca, telewizja) niż sen i seks w sypialni
- unikanie drzemek w ciągu dnia (Baillargeon i in., 1998 za Gałuszko-Węgielnik, 2010)

3. Restrykcja snu (ograniczanie czasu snu)

Technika ta opiera się na prowadzeniu dzienniczka zapisu snu i skróceniu długości czasu spędzanego przez pacjenta w łóżku do czasu rzeczywistej długości snu. Pacjent prowadzi dzienniczek snu, który umożliwia ocenę długości snu w dłuższych okresach czasu (minimum tygodniowych). Zadaniem pacjenta jest oszacowanie czasu zasypiania i długości snu rano, ale nie używając zegarka, tylko opierając się na swoich odczuciach. Przykładowo, jeśli średnia długość snu z całego tygodnia wynosi około 5 godzin, a pacjent spędza w łóżku około 8 godzin (jest to całkowity czas od położenia się do łóżka, aż do wstania z niego) zaleca się skrócenie tego czasu do 6 godzin, poprzez opóźnienie czasu kładzenia się spać. Zaleceniem jest, aby dana osoba pozostała czas spędzała poza łóżkiem, a tym samym zwiększała swoją biologiczną potrzebę snu. Z tygodnia na tydzień czas spędzany w łóżku jest zmieniany, to przekłada się na aktywne podejście do zaburzeń snu.

Wydajność snu to iloraz całkowitego czasu snu do czasu spędzanego w łóżku. Jeśli wydajność przekracza 85-90 %, czas pozostawiania w łóżku jest wydłużany o 15-20 minut. Natomiast jeśli wydajność snu wynosi mniej niż 80 %, to czas w łóżku jest skracany o 15-20 minut. Z kolei jeśli wydajność wynosi 80-85 %, to czas w łóżku pozostaje bez zmian. Zalecane jest, aby czas spędzany w łóżku nie wynosił poniżej 6 godzin. Na początku może to powodować pogorszenie funkcjonowania w trakcie dnia, w wyniku skrócenia czasu w łóżku, natomiast w kilkutygodniowym okresie do konsolidacji i wydłużenia czasu snu.

Dziennik snu powinien być okresowo oceniany, co 2-4 tygodnie np. przy użyciu Ateńskiej Skali Bezsenności. Na podstawie 2-tygodniowego zapisu, należy rozważyć, czy czas spędzany w łóżku ma być skracany czy wydłużany. Jeśli nie następuje poprawa po 6-8 tygodniach, wówczas należy rozważyć współwystępowanie innego zaburzenia psychicznego, choroby somatycznej, zweryfikować dotychczasową współpracę z pacjentem i stosowanie leków nasennych (Wichniak, Jarema, 2018).

4. Techniki relaksacyjne

Techniki relaksacyjne mają na celu redukcję wzbudzenia i napięcia u osób borykających się z zaśnięciem. Do skutecznych metod zaliczane są:

- trening autogenny Schulza
- progresywna relaksacja mięśni Jakobsona

- o techniki wyobrazeniowe (np. bezpieczne miejsce) i oddechowe (np. oddychanie przeponą)
- o biofeedback

Powyższe techniki mają na celu napinanie i rozluźnianie poszczególnych partii ciała, a także skupianie się na własnym oddechu i wyciszenie wzbudzonego układu nerwowego. (Schulz, Luthe 1959, Morin i in., 2006 za Gałuszko-Węgielnik, 2010)

Techniki poznawcze

Techniki poznawcze koncentrują się nad identyfikowaniem przekonań kluczowych, pośredniczących i przekonań dotyczących bezsenności oraz pracą nad ich bardziej adaptacyjnym charakterem.

1. Psychoedukacja

Istotne jest omówienie trójczynnika modelu Spielmana (czynników predysponujących, wyzwalających oraz podtrzymujących), przekonań związanych z dysfunkcyjnym myśleniem o bezsenności powodującym nadmierne wzbudzenie i omówieniem racjonalnych oczekiwań związanych z ilością oraz jakością snu (Spielman i in., 1987).

2. Restrukturalizacja poznawcza – rozpoznawanie i nazywanie własnych dysfunkcyjnych przekonań i ich modyfikacja:

- o zapis myśli – identyfikowanie tzw. myśli automatycznych (gorących myśli), które pojawiają się w odpowiedzi na daną sytuację, a tym samym wywołują określone emocje i zachowanie w tej sytuacji; praca nad myślami alternatywnymi - w tym szukaniem dowodów przemawiających za myślą automatyczną i przeciwko niej oraz poszukiwanie alternatywnego sposobu myślenia
- o zniekształcenia poznawcze - nauka rozpoznawania własnych błędów w myśleniu i możliwość ich redukcji.

Najczęstszymi zniekształceniami poznawczymi związanymi z bezsennością są:

- o wyolbrzymianie
- o myślenie dychotomiczne
- o selektywna uwaga

- pomijanie pozytywów
- katastrofizacja
- przepowiadanie przyszłości (Popiel, Pragłowska, 2008)

3. Dekatastrofizacja

Zawiera pracę nad dwoma ostatnimi zniekształceniami: katastrofizacją oraz przepowiadaniem przyszłości. Prosimy pacjenta, aby wymienił swoje najgorsze obawy związane z nieprzespaną nocą oraz prosimy o zastanowienie się nad potencjalnym prawdopodobieństwem wystąpienia przewidywanych konsekwencji. Musi on określić, jakie mogą być najgorsze skutki nieprzespanej lub nieprzespanych nocy i jakie realne konsekwencje mogą nastąpić. Często pacjenci dochodzą do wniosku, że ich nazwane i zwerbalizowane wyobrażenia są mało realne i prawdopodobne. To oczywiście przekłada się na wiarę w alternatywny scenariusz i tym samym redukuje napięcie towarzyszące pierwotnym myślom i wyobrażeniami związanymi z bezsennością.

4. Technika myślenia paradoksalnego

Jest to technika, która zaleca, aby pacjent kładąc się do łóżka starał się nie zasnąć, aby podejmował działania uniemożliwiające zaśnięcie. W momencie napięcia związanego z niemożnością zaśnięcia, ta technika skutecznie je redukuje, koncentruje uwagę na czymś innym, a tym samym umożliwia przyspieszenie momentu zaśnięcia.

5. Technika uruchomienia wyobraźni

Technika polega na wytworzeniu rytuału promującego sen. Terapeuta w trakcie sesji wspólnie z pacjentem wybiera kilka przedmiotów. Następnie pacjent stara się je dokładnie opisać. Z biegiem czasu opisy powinny być coraz dłuższe, przypominane i praktykowane tuż przed zaśnięciem. W ten sposób tworzy się rytuał zapowiadający sen (Morin i Azrin, 1987, za Gałuszko-Węgielnik, 2010).

Choroby współistniejące

Jak już wiemy, bezsenność dzielimy na bezsenność pierwotną i wtórną. Ta ostatnia bywa objawem towarzyszącym innym zaburzeniom psychicznym lub somatycznym.

Często współwystępuje przy zaburzeniach afektywnych - w tym przy depresji i dystymii. Manifestuje się niemożnością zaśnięcia, częstymi przebudzeniami w nocy czy zbyt wczesnym wybudzaniem się i niemożnością ponownego zaśnięcia.

W okresach hipomanii lub manii w przebiegu CHAD ilość snu jest znacznie zredukowana w porównaniu do przeciętnej długości snu w stanach remisji. Osoby będące w tych stanach potrzebują znacznie mniej snu niż osoby będące w stanach wyrównanych (Agargun i in., 1997, za Gałuszko-Węgielnik, 2010).

Zaburzeniom lękowym towarzyszy zmniejszona ilość godzin snu i jest to związane z przewlekłym, chronicznym napięciem psychicznym, które przekłada się na trudności lub niemożność zaśnięcia lub też na częste wybudzenia w nocy.

Także zaburzenia adaptacyjne są związane z pogorszeniem jakości snu w różnych jego fazach (Jakitowicz i in., 2002).

Jednym z objawów PTSD są zaburzenia snu manifestujące się niemożnością zaśnięcia, wybudzaniem się, koszmarami i lękami nocnymi, spowodowanymi nadreaktywnością autonomicznego układu nerwowego, a także koszmarami sennymi, lękami nocnymi, w których są przeżywane i odtwarzane traumatyczne doświadczenia.

Chorym cierpiącym na schizofrenię często towarzyszy zmiana rytmu snu i czuwania wynikające ze zmian w stężeniu poszczególnych neuroprzekaźników w mózgu oraz ilości produkowanych hormonów przez różne organy, które ze sobą nie współgrają tak, jak u osób zdrowych, co przekłada się na zmiany biologiczne funkcjonowania organizmu (Sateia, 2009).

Spożywanie alkoholu, w tym spożywanie w porze snu, może skracać czas potrzebny do zaśnięcia, natomiast po kilku godzinach powoduje przerywany, niespokojny sen z licznymi wybudzeniami. Kilkogodzinne wcześniejsze spożywanie alkoholu, mimo tego, że będzie już on wydalony z organizmu, przełoży się na niespokojny, przerywany sen w drugiej jego połowie.

Osoby uzależnione od alkoholu będą się często borykać z niemożnością zaśnięcia, czas zasypiania będzie znacznie wydłużony niż u osób nie nadużywających alkoholu. Sen będzie przerywany, z licznymi przebudzeniami, co przełoży się na obniżenie subiektywnej jakości snu i zmęczenie. Nagle odstawienie alkoholu może zaowocować zespołem abstynencyjnym, któremu może towarzyszyć bezsenność i przerywany sen. Jeszcze gorsza jakość snu po

odstawienie alkoholu, może skłaniać osoby uzależnione do powrotu do picia, które pozornie przekłada się na „lepszą” jakość snu.

Również stosowanie i nadużywanie środków psychoaktywnych będzie miało istotny wpływ na rytm snu i czuwania, poprzez aktywowanie struktur w mózgu odpowiedzialnych za rytm dobowy organizmu.

Bezsenna również koresponduje ze schorzeniami neurologicznymi. Są to :

Otępienie - u pacjentów może występować nadmierna senność w ciągu dnia, zmęczenie, pogorszenie funkcji poznawczych i motorycznych. Powodem są uszkodzenia strukturalne neuronów odpowiedzialnych za regulację snu i czuwania. Początkowe stadium choroby Alzheimera charakteryzuje się częstym czuwaniem w nocy, natomiast wraz z postępem choroby następuje zmiana rytmu dobowego i pojawia się silna senność w ciągu dnia. Chorzy cierpią również na tak zwane „nocne pogorszenia”, czyli „zespół zachodzącego słońca – sundowning” i oznacza to, że wzmagają się zaburzenia zachowania i stany pobudzenia właśnie w porze nocnej.

Idiopatyczna choroba Parkinsona - charakteryzuje się różnymi postaciami zaburzenia snu, przy których występują: bezsenność, parasomnie, nadmierna senność w ciągu dnia i napadowe zasypianie. Nasilenie zaburzeń snu koreluje wraz z postępem choroby.

Stwardnienie rozsiane - w przebiegu choroby często występują zaburzenia snu w postaci bezsenności, nadmiernej senności lub narkolepsji (napadowym zasypianiu w ciągu dnia) spowodowane bólem związanym ze skurczami mięśni nóg, unieruchomieniem, nykturią czy przyjmowanymi lekami.

Padaczka - sen może wpływać na dystrybucję i częstość wyładowań typu padaczkowego u człowieka, a to z kolei wpływa na wydajność snu, ilość i częstość przebudzeń. Chorzy uskarżają się albo na nadmierną senność albo bezsenność. Ważne jest prawidłowe rozróżnienie zaburzeń snu, objawów padaczki i skutków przyjmowanych leków. W ogólnej postaci padaczki deprivacja snu nasila wyładowania padaczkowe. Natomiast u części osób z padaczką z napadami nocnymi, sen może wyzwać wyładowania. Nocne napady padaczkowe mogą dawać objawy kliniczne podobne do parasomnii, w tym katalepsję (nienaturalne zeszywnienie mięśni), narkolepsję, lęki nocne i zaburzenia zachowania. Tym samym napady padaczkowe istotnie wpływają na wydajność, jakość i ilość snu osoby chorej.

Neuroborelioza - jej objawy mają szerokie spektrum oddziaływania na organizm, zarówno w wymiarze zaburzeń psychicznych jak i somatycznych. Jej skutki, czyli objawy towarzyszące poszczególnym narządom również wpływają na rytm biologiczny organizmu, w tym na sen i okres czuwania, a także stosowane leki na poszczególne dysfunkcje różnych układów naszego organizmu.

HIV - czyli wirus upośledzenia odporności, podobnie jak neuroborelioza obejmuje dysfunkcje różnych układów naszego ciała, są włączane leki z różnych grup, których skutkami ubocznymi mogą być zaburzenia snu. Osoby, które są nosicielami wirusa HIV, często borykają się również z trudnościami natury emocjonalnej związanej z chorobą. Cierpią na zespoły adaptacyjne, depresje czy zaburzenia lękowe. To również ma istotny wpływ na jakość ich snu.

Bezsenność wtórna często również towarzyszy chorobom związanym z przelewnym bólem: chorobom nowotworowym oraz przewlekłym zespołom bólowym mięśni, tkanki łącznej (fibromialgia), reumatoidalnym zapaleniem stawów oraz z zespołami bólowymi kostno-stawowymi. Osoby cierpiące na powyższe schorzenia zmagają się z chronicznym bólem zarówno w trakcie dnia i jak w trakcie nocy, co przekłada się na jakość snu, problemy z zasypianiem, wybudzaniem, poczuciem zmęczenia po spoczynku czy fragmentarycznym śnie.

Choroby układu krążenia związane z zaburzeniami funkcjonowania układu krążenia, w tym: z zaburzeniami rytmu serca, zawałem lub udarem, także mają wpływ na jakość snu. Jest silna zależność między skróceniem czasu snu, a chorobami układu krążenia. Japońskie badania pokazują, że sen krótszy niż 5 godzin koreluje z 3-krotnie większym ryzykiem zawału serca. Chorym cierpiącym na chorobę wieńcową towarzyszą częściej zaburzenia snu. Zaburzenia oddychania podczas snu mają istotny wpływ na nadciśnienie tętnicze, zastoinową niewydolność krążenia i chorobę wieńcową. Pacjenci mający trudności z oddychaniem, skarżą się na trudności z zasypianiem, częste wybudzenia i pojawiającą się wówczas duszność. U osób z zastoinową niewydolnością krążenia często pojawiają się bezdechy senne, w tym obturacyjne i centralne.

Bezdech senny - związany ze spłyceniem oddychania w trakcie snu, podwyższonym ciśnieniem tętniczym oraz zamknięciem okolic gardła spowodowanym spadkiem napięcia mięśni, przyczynia się do niespokojnego snu, dyszenia przed sen i wybudzeniami oraz przykrym uczuciem dławienia się. Bezdech senny dzieli się na:

- obturacyjny bezdech senny – manifestujący się cyklicznym przerwaniem oddechu w czasie snu; powoduje go częściowe lub całkowite zamknięcie światła gardła w czasie snu spowodowane spadkiem napięcia mięśni
- centralny bezdech senny – podłożem jest uszkodzenie struktur w mózgu sterujących oddechem (np.: powikłania po udarze, efekt zmian naczyniowych w mózgu)

Przewlekła obturacyjna choroba płuc i inne choroby układu oddechowego wpływają na pogorszenie funkcji płuc, to przekłada się na zmniejszenie ilości snu i pogorszenie jego wydajności. Podczas snu może wzrastać upośledzenie wydolności oddechowej, co może prowadzić do hipoksemii (nadmierne obniżenie prężności tlenu - czyli niedotlenienie, co manifestuje się bólem w klatce piersiowej, niepokojem, tachykardią, zawrotami i bólami głowy) lub hiperkapnii (czyli zbyt wysoki poziom dwutlenku węgla w organizmie, co powoduje szybki oddech, duszność, zaczerwienie skóry, zwiększenie skurczu serca, zaburzenia rytmu serca, ból głowy, splątanie).

Dorośli chorujący na astmę również skarżą się niespokojny sen. Napady astmy (duszność, kaszel, uczucie ściskania w klatce piersiowej) które występują w nocy, mogą skutecznie powodować wybudzenia w trakcie snu.

Dolegliwości i objawy ze strony przewodu pokarmowego przy reflukse żołądkowo-przełykowym, zapaleniu śluzówki żołądka i wrzodzie trawiennym występujące w porze nocnej mogą przyczyniać się do pogorszenia jakości snu. Wysoki procent pacjentów z refluksem żołądkowo-przełykowym skarży się na występowanie nocnej zgagi, która skutecznie wybudza ze snu. Wydzielanie kwasu solnego zmienia się w rytmie okołodobowym, zwiększa się późnym wieczorem, a zmniejsza rano. Do tego leżąca pozycja podczas snu nie sprzyja tym dolegliwościom, ponieważ leżąc na plecach zmienia się napięcie i ruch powłok jamy brzusznej, jest mniejszy poziom wzbudzenia, a tym samym zmniejszone usuwanie kwasu solnego przez przełyk, co potęguje dolegliwości.

Osoby cierpiące na czynnościową niestrawność i zespół jelita drażliwego zgłaszają często wybudzanie się w nocy, kiepską jakość i wydajność snu, co przekłada się na poczucie zmęczenia w trakcie dnia. To z kolei wtórnie przekłada się na nasilenie objawów ze strony układu pokarmowego.

Zaburzenia endokrynologiczne – wszelkie zaburzenia hormonalne, w tym nieprawidłowa praca tarczycy i jej schorzenia, mają istotny wpływ na biologiczne funkcje naszego

organizmu, w tym rytm dobowy. Może również pojawić się tak zwany zespół endokrynnny, który będzie się manifestował objawami depresyjno-lękowymi.

W zaburzeniach metabolicznych związanych z cukrzycą pacjenci często skarżą się na nadmierną senność w ciągu dnia i bezsenność w nocy. Jest to związane z nagłymi zmianami stężenia glukozy, a także ze współwystępującą otyłością i zaburzeniami oddychania w trakcie snu, przewlekłym bólem związanym z cukrzycową obwodową neuropatią, nadciśnieniem i zespołem niespokojnych nóg.

Choroby urologiczne np. nocne oddawanie moczu, przerost prostaty czy nykturia powodują często wybudzanie w nocy i konieczność oddania moczu.

Pacjenci cierpiący na *choroby nerek* skarżą się na bezsenność i nadmierną senność w ciągu dnia. Jest to związane z wysokim stężeniem mocznika, przewlekłym bólem, dializami, a także zaburzeniami oddychania podczas snu. Powyższe czynniki wpływają na jakość snu oraz poziom zmęczenia w ciągu dnia.

Zmiany hormonalne u kobiet to także czynnik pogarszający sen. Jest to związane ze zmianami w układzie hormonalnym w różnych fazach życia, począwszy od cyklu menstruacyjnego, poprzez ciążę, aż do menopauzy. W okresie menopauzy i po nim bezsenność u kobiet znacząco wzrasta. W tym czasie dochodzi do istotnych zmian hormonalnych, uderzeń gorąca, mogą się pojawiać zaburzenia depresyjno-lękowe oraz zaburzenia snu o charakterze pierwotnym, także zespół niespokojnych nóg i bezdechy senne (Avidan, Zee, 2007).

Zespół niespokojnych nóg jest również zaburzeniem ruchowym związanym ze snem. Chorzy cierpią na potrzebę/przymus poruszania kończynami podczas spoczynku, niepokój ruchowy i nieprzyjemne doznania czuciowe w obrębie nóg (drętwienia, parastezje). Objawy nasilają się wieczorem i w nocy. Zdarza się również tak, że objawy są na tyle nasilone, że chory musi wstać z łóżka i wykonać określone ruchy kończynami. Niestety, wykonanie ruchu daje ulgę tylko na chwilę i objawy znów powracają. Pacjenci chorujący na tę przypadłość mają trudności z zaśnięciem, częstym wybudzaniem, nadmiernym czuwaniem, co sprawia, że sen staje się fragmentaryczny i jego jakość znacząco spada w porównaniu z osobami zdrowymi.

(Wichniak,2008) ,(Wichniak, Jarema, 2018).

Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne powinno być dostosowane do rodzaju bezsenności, na którą cierpi pacjent, z uwzględnieniem leczenia podstawowego chorób współtowarzyszących.

W przypadkach bezsenności przygodnej lub krótkotrwałej są włączane środki farmakologiczne, tak zwane pochodne benzodiazepin - BDZ, które mają działanie przeciwlękowe, rozluźniające mięśnie przeciwdrgawkowe, zwalniają tempo metabolizmu oraz działają amnestycznie (Szelenberger, 2006; Ashton, 1994).

Rozróżniamy leki o krótkim (< 6 godz.), średnim (6-24 godziny) i długim (>24 godzin) okresie półtrwania lub w zależności od rozpuszczalności w tłuszczach np. temazepam, nitrazepam, estazolam (Greenblatt, 1992, za: M.Gałuszko-Węgielnik, 2010).

Leki z grupy BDZ są stosowane krótkotrwale ze względu na ryzyko rozwoju tolerancji i uzależnienia, a także szeregu skutków ubocznych, które mogą wystąpić: nadmierna senność w ciągu dnia, zaburzenia funkcji psychoruchowych i poznawczych czy bezsenność z odbicia (nasilenie bezsenności jako efekt odstawienia BDZ) (Gałuszko-Węgielnik, 2010).

Leki II generacji czyli niebenzodiazepinowi antagoniści receptorów GABA(np. zaleplon, zolpidem, zopiklon) głównie ułatwiają zasypianie i podtrzymują sen . Mają zdecydowanie mniej działań niepożądanych niż wyżej wspomniane BDZ. Nie powodują senności w ciągu dnia oraz nie upośledzają funkcji poznawczych. Wskazane jest natomiast zażywanie ich tuż przed położeniem się spać, ponieważ mogą powodować pamięć następczą. Leki II generacji również mogą powodować rozwój tolerancji czy uzależnienie, dlatego dobrze stosować przerwy w ich zażywaniu i wystrzegać się długotrwałego stosowania (Szelenberger i in., 2007 za Gałuszko-Węglik, 2010).

Kolejną grupą leków w leczeniu bezsenności przewlekłej są leki o działaniu sedatywnym – trazodon, agomelatyna, mirtazapina, mianseryna, amitryptylina i doksepina. Ich działanie przede wszystkim zwiększa ilość snu wolnofalowego. Do skutków ubocznych tej grupy leków zalicza się suchość w ustach, zaparcia, zaburzenia rytmu serca, przyrost masy ciała, zatrzymanie moczu.

Leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI, nie posiadające działania sedatywnego mają ograniczone działanie w leczeniu bezsenności, natomiast mogą korzystanie wpływać na regulację osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnercznej (Wichniak i in., 2008).

Z kolei leki z grupy NNRI czy bupropion pogarszają jakość snu, dlatego są przeciwwskazane u pacjentów cierpiących na bezsenność i przyjmowane są rano.

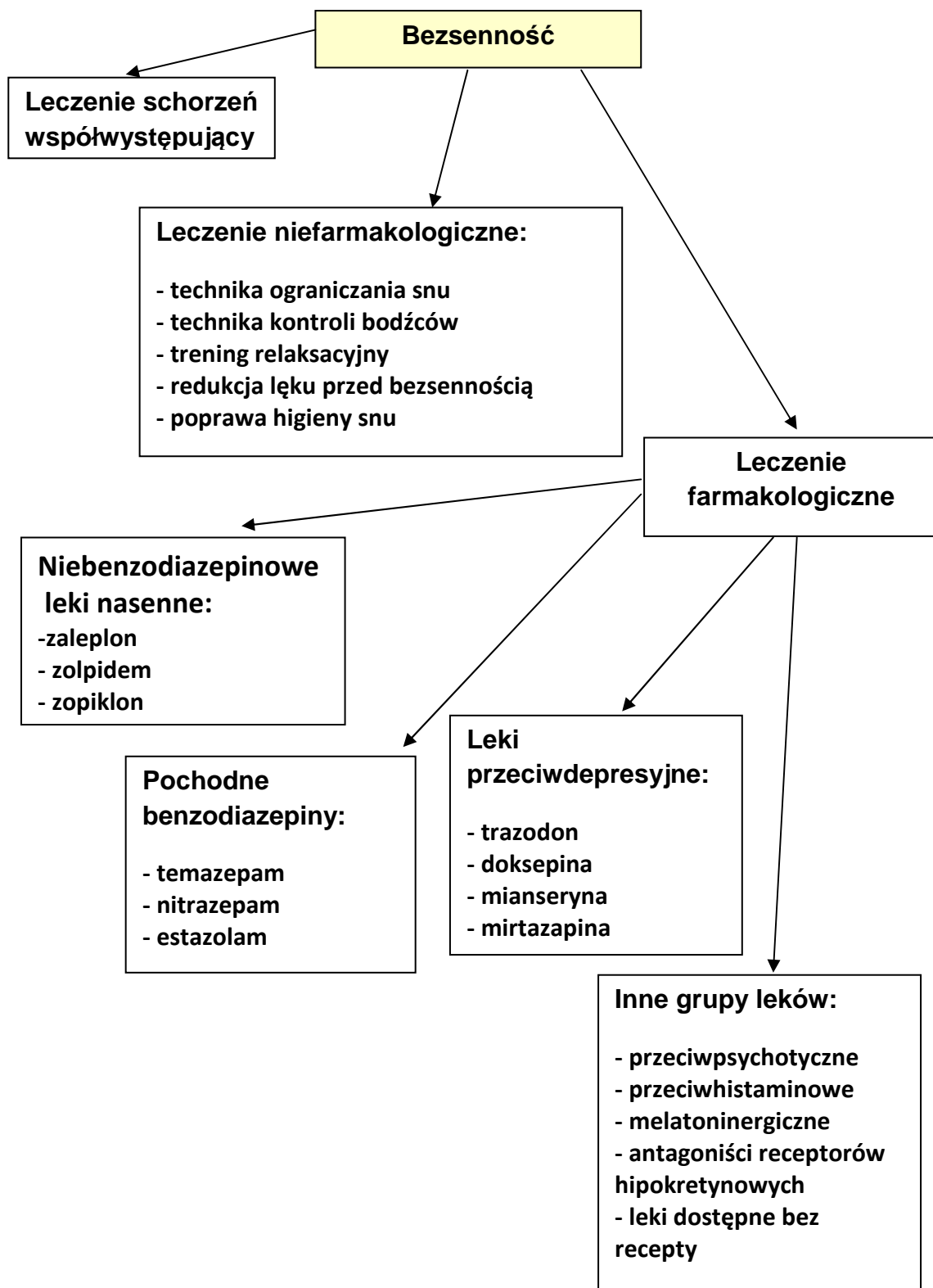
Leki przeciwpsychotyczne przy leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej lub schizofrenii bywają przydatne w leczeniu bezsenności w powyższych przypadkach, ale wykazują szereg skutków ubocznych: przyrost masy ciała, nadciśnienie tętnicze, zespół neuroleptyczny (Avidan, Zee, 2007).

Leki o działaniu przeciwhistaminowym redukują wzbudzenie autonomicznego układu nerwowego. Po ich zażyciu następuje senność i ograniczenie funkcji poznawczych.

Przyjmowanie melatoniny (jest to hormon produkowany przez szyszynkę po zapadnięciu zmroku), wiąże się z regulacją zegara biologicznego organizmu. Nie wykazuje działania nasennego i jest głównie przeznaczona dla osób, które mają zaburzenia snu związane ze zmianą stref czasowych, pracą zmianową czy dla osób niewidomych (Schelenberger 2006, za Gałuszko-Węglik, 2010).

Leczenie farmakologiczne jest skuteczne w leczeniu bezsenności, ale często wiąże się z dużą ilością skutków ubocznych i przeciwwskazań. Po zakończeniu terapii farmakologicznej często problem bezsenności powraca. Dlatego bardzo istotne jest włączenie odpowiedniego leku i połączenie farmakoterapii z psychoterapią.

Sposoby leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego przedstawia algorytm leczenia bezsenności.



Rys. 6. Algorytm leczenia bezsenności Za: A. Wichniak M. Jarema Biblioteka czasopisma „Psychiatria”, Podstawy rozpoznawania i leczenia wybranych zaburzeń snu, Biblioteka Czasopisma Psychiatria, Via Medica, Gdańsk 2018. s. 25.

Podsumowanie

Każdemu człowiekowi zdarzają się trudności w zasypianiu i utrzymaniu snu, zwłaszcza w sytuacjach stresowych lub w miarę starzenia się. Jako zaburzenie psychiczne możemy traktować tylko taką bezsenność, która cechuje się znacznym wydłużeniem czasu trwania oraz która powoduje znaczące kliniczne cierpienie lub upośledzenie. Potrzeba leczenia bezsenności jest oczywista zarówno z punktu widzenia subiektywnego dyskomfortu i cierpienia pacjenta, potrzeby poprawy jego funkcjonowania, jak i w celu eliminowania ryzyka zaburzeń psychicznych, którym bezsenność sprzyja. Można ją leczyć metodami farmakologicznymi, które podlegają ograniczeniu czasowemu, a także psychoterapią poznawczo-behawioralną, która jest dla leczenia farmakologicznego alternatywą i uzupełnieniem. Ma ona wysoką skuteczność wśród większości pacjentów. Stosowane są techniki zarówno poznawcze jak i behawioralne, prowadzące do poprawy jakości życia pacjentów cierpiących na to zaburzenie.

Literatura:

1. Avidan AY, Zee PC (2007). *Poręcznik medycyny snu*. Warszawa :Medipage.
2. Benca R.M.(2006) *Bezsenność*. w: Avidan AY., Phyllis C.Z. *Podręcznik medycyny snu*. s.41-76.
3. Borbely A. (1990).*Tajemnice snu*. Warszawa: PWN.
4. Espie C.A. *Insomnia: conceptual issues in the development, persistence and treatment of sleep disorder in adults*. *Annu. Rev. Psychol.* 2002; 215-243.
5. Finogenow M. *Terapia poznawczo – behawioralna bezsenności i możliwości jej zastosowania u osób starszych*. *Psychoterapia* 3 (182) 2017; 57-68.
6. First M.B.(2015).*Podręcznik diagnostyki różnicowej*. Wrocław : Edra, Urban&Partner.
7. Fornal-Pawłowska M., Szelenberger W. (2013) *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności przewlekłej*. *Psychiatria Polska*, XLVII; 269-279.
8. Gałuszko-Węgielnik M. (2010) *Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności pierwotnej*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny. Rozprawa doktorska.
9. Grabowski K. (2011). *Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności*. *Psychiatria* ,8;53-63.

10. Greenblatt DJ. (1992). *Pharmacology of benzodiazepine hypnotics*. J Clin Psychiatry, 53;7-13.
11. Harvey AG. (2002). *A cognitive model of insomnia*. Behavior Research and Therapy, 40; 869-893.
12. Jakitowicz J. (2010). *Aspekty kliniczne i neurofizjologiczne struktury zaburzeń snu w świetle badań własnych*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny. Rozprawa habilitacyjna.
13. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, pod red. P. Gałęckiego i Ł. Święckiego (2015). Wrocław: Edra Urban&Partner.
14. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)*, (2006). Kraków: Wydawnictwo Vesalius.
15. Morin CM, Azrin NH. (1987). *Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia*. J of Consult and Clin Psychol,55; 260-262.
16. Morrison J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
17. Narębski J. (1979) *zapis EEG w czasie snu z uwzględnieniem dojrzałości mózgu*. W: Majkowski J.(red.) *Elektroencefalografia kliniczna*. Warszawa: PZWL.
18. Popiel A., Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna teoria i praktyka*. (2008). Warszawa: Paradygmat.
19. Spilman AJ, Caruso L., Glovinsky P. (1987). *A behavior perspective on insomnia treatment*. Psychiatr Clin North Am,10; 541-553
20. Szelenberger W., Androsiuk K. (2007) *Leczenie bezsenności*. W: Szelenberger W. (red.) *Bezsenność*. Gdańsk : Via Medica.
21. Szelenberger W. (2006). *Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem*. Sen, 6; A1-A-10.
22. Schultz JH, Luthe W. (1959). *Autogenic Training*. New York: Grune&Stratton.
23. Walacik-Ufnal E. (2015). *Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności*. Psychiatria, 12; 90-98.
24. Wichniak A., Jarema M. (2018). *Podstawy rozpoznawania i leczenia wybranych zaburzeń snu*. W: Biblioteka czasopisma Psychiatria, Gdańsk: Via Medica.
25. Wichniak A., Wierzbicka A., Jernajczyk W. (2008). *Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności*. Psychiatria w praktyce Klinicznej, 1; 30-39.
26. Wichniak A. Wierzbicka A., Sobańska A., Jernajczyk W..(2005). *Niefarmakologiczne metody leczenia bezsenności*. Wiadomości Psychologiczne, 1;57-68.

27. Wojas A., Nowicka-Sauer K., (2009). *Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń snu w Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Sen, 9(1-2); 37-43.