



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



# **Co nowego w nauce?**

## **Psychoedukacja we współczesnej medycynie**

„Człowiek – najlepsza inwestycja”

**Siedlce, 30 maja 2014**

---

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach  
Europejskiego Funduszu Społecznego

**Bezpłatne materiały szkoleniowe związane  
z Projektem Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach  
realizowanym w partnerstwie z Miastem Siedlce  
"Praktyki pedagogiczne – kompetentnie, twórczo, przyjemnie"**

Program Operacyjny Kapitał Ludzki  
Priorytet III. Wysoka jakość systemu oświaty,  
Działanie 3.3 Poprawa jakości kształcenia  
Poddziałanie 3.3.2. Efektywny system kształcenia i doskonalenia nauczycieli

**Nr projektu: WND-POKL.03.03.02-00-041/10**

**Nr umowy dofinansowania: UDA-POKL.03.03.02-00-041/10-01**

Okres realizacji projektu: 1.09.2010 r. – 20.10.2014 r.

Wartość projektu: 3 833 175,00 zł

Redakcja materiałów: dr Ryszard Kowalski, mgr Olga Szynekarczyk

Biuro Projektu

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Instytut Biologii

ul. Bolesława Prusa 12, 08-110 Siedlce, p. 39

e-mail: [praktyki@uph.edu.pl](mailto:praktyki@uph.edu.pl), [www.praktyki.uph.edu.pl](http://www.praktyki.uph.edu.pl)

tel./fax. 25 6431380



## **Dr n. med. Michał Skalski**

Jest absolwentem II Liceum Ogólnokształcącego im. Św. Królowej Jadwigi w Siedlcach. Po maturze, w 1978 r., podjął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie (dzisiejszy Warszawski Uniwersytet Medyczny, WUM). W 1987 uzyskał w tej uczelni specjalizację I stopnia z psychiatrii, a w roku 1991 doktoryzował się i w tym samym czasie uzyskał II stopień specjalizacji, także z psychiatrii. W Akademii Medycznej pracował na różnych stanowiskach od asystenta stażysty do adiunkta. Obecnie dr Michał Skalski pełni funkcję Ordynatora Oddziału Klinicznego Psychiatrycznego i kierownika Pracowni EEG i Badań Snu w WUM. Z jego inicjatywy, od 1998r., działa pierwsza w Polsce Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu.

Dr Michał Skalski przejawia dużą aktywność w różnych towarzystwach naukowych. Jest przewodniczącym Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej (PTNK), członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Badania Snu, European Sleep Research Societies (ESRS), członkiem Polskiego Towarzystwa Badań Układu Nerwowego (PTBUN), Komisji Neurofizjologii PAN oraz Komisji Chronobiologii PAN. Przez 5 lat, jako ekspert, brał udział w projekcie WHO - Night Noise Guideline, który zakończył się publikacją raportu z zaleceniami dla UE. Należy do grupy

członków założycieli kilku stowarzyszeń, w tym Stowarzyszenia Pacjentów z Narkolepsją oraz Stowarzyszenia Aktywni Przeciw Depresji. Pełni funkcję sekretarza komisji ds. walki z depresją przy Ministrze Zdrowia.

Dr Michał Skalski od kilkunastu lat zajmuje się popularyzowaniem wiedzy na temat snu i zaburzeń snu. Wykłady z zakresu tej tematyki wygłaszał także parokrotnie na Festiwalu Nauki i Sztuki w Siedlcach.

W ramach dotychczasowej pracy zawodowej i członkostwa w towarzystwach naukowych, wielokrotnie uczestniczył w konferencjach naukowych krajowych i zagranicznych. Jest autorem i współautorem ponad 100 publikacji naukowych (wykaz wybranych publikacji, z których skorzystać mogą studenci i nauczyciele z naszego projektu, zamieszczony jest poniżej).

Po przeczytaniu notki biograficznej, w której opisane są aktywność i osiągnięcia naukowe dr Michała Skalskiego, nasuwa się wniosek, że jest on osobą bardzo dobrze przygotowaną do udzielenia odpowiedzi na pytanie zawarte w tytule naszego szkolenia „Co nowego w nauce?”

## Wybrane publikacje dr n. med. Michała Skalskiego

1. Michał Skalski, Paweł Szulczyk, M. Wilk. Electrophysiological mapping of sympathetic nuclei in the L2 and L3 segments of the spinal cord. *Pflug Arch Eur J Phys*, 1982; Vol.394; nr 2; s.156-160;
2. Irena Hausmanowa-Petrusewicz, Andrzej Friedman, Jacek Kowalski, Michał Skalski. Spontaneous motor unit firing in spinal muscular atrophy of childhood. *Electromyogr. Clin. Neurophysiol.* 1987; Vol.27; nr 5; s.259-264;
3. Michał Skalski, Waldemar Szelenberger. Fizjologia i modele snu. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 1993 T. 61 supl. 1; s.5-12;
4. Waldemar Szelenberger, J. Wackermann, Michał Skalski, Szymon Niemcewicz, J. Drojewski. Analysis of complexity of EEG during sleep. *Acta Neurobiol. Exp.* 1996 Vol. 56 nr 1; s. 165-169 ;
5. Michał Skalski. Melatonina w zaburzeniach snu i zaburzeniach rytmu okołodobowego. *Farmakoterapia Psych. Neurol.* 1998 nr 1; s. 103-111;
6. Michał Skalski. Padaczka a sen. *Sleep disorders and epilepsy. Epileptologia* 2001 T. 9 nr 4; s. 325-346.
7. Michał Skalski. Okresowe ruchy kończyn i inne zespoły zaburzeń ruchowych związane ze snem. *Periodic movements of extremities and other sleep-related movement disorders. Aktual. Neurol.* 2005; T. 5; nr 1; s. 21-29;
8. Michał Skalski. Zaburzenia snu w chorobach nowotworowych. *Sleep disorders in cancer patients. Pol. Med. Paliat.* 2005; T.4; nr 4; s.147-155;
9. Michał Skalski. Zaburzenia snu. W: *Kompendium neurologii*. Pod red. Ryszarda Podemskiego. Gdańsk : Via Medica, 2008, s. 450-467;

10. Michał Skalski. Wybrane zagadnienia z medycyny snu (Some aspects of sleep medicine). *Family Medicine & Primary Care Review* 2009, 11, 3: 750–756;
11. Michał Skalski. The Diagnosis and Treatment of Insomnia. W Saddichha S (red.) *Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac*. InTech. 2012
12. Michał Skalski. Zaburzenia snu w codziennej praktyce. *Medical Tribune*. 2012

## **Psychoedukacja we współczesnej medycynie**

Dr n. med. Michał Skalski

Badania naukowe prowadzone dotychczas w medycynie koncentrowały się głównie na różnorodnych czynnikach o naturze biologicznej i ich roli w powstawaniu różnych chorób. Postęp w tym zakresie dokonywał się wraz z rozwojem technologicznym i coraz większymi możliwościami diagnostycznymi i badawczymi. Niestety, w praktyce klinicznej coraz częściej okazuje się, że nawet najbardziej dogłębna wiedza na temat etiologii i patogenezы jakiejś choroby, nie przekłada się na efekty kliniczne, to znaczy zmniejszenie jej rozpowszechnienia, czy bardziej skuteczne leczenie.

Szersze spojrzenia na badania chorób, coraz częściej zaczęły wskazywać na rolę czynników behawioralnych i poznawczych w rozwoju chorób, a zatem także w leczeniu. Bardzo szybko przekonano się, że większość chorób będących dużym problemem współczesnej cywilizacji (otyłość, choroby układu krążenia, zwyrodnienie narządów ruchu) wynika z niewłaściwych zachowań, braku odpowiedniej wiedzy „prozdrowotnej”.

Według Ministerstwa Zdrowia ([www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)) do chorób cywilizacyjnych zalicza się m.in. cukrzycę, nadwagę, otyłość, choroby układu krążenia i nowotwory. Ich rozwojowi sprzyjają:

- siedzący tryb życia;
- brak aktywności fizycznej;
- ograniczenie ćwiczeń do minimum;
- dieta bogata w produkty wysokotłuszczowe i zawierająca zbyt dużą ilość cukrów;

- palenie tytoniu;
- nadużywanie alkoholu;
- stres.

Istotne zagadnienia dotyczące chorób cywilizacyjnych dotyczą także profilaktyki i edukacji społeczeństwa w zakresie unikania czynników ryzyka, wykonywania systematycznych badań i szybkiego reagowania w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby.

Choroby cywilizacyjne, które stwarzają największe zagrożenie dla zdrowia, to:

- cukrzyca;
- nadwaga;
- otyłość.

Bezsenna, choć nie jest wymieniana na powyższej liście Ministerstwa Zdrowia, jest najlepszą ilustracją opisanego zjawiska. Stanowi ona problem społeczny – około 1/3 populacji skarży się na bezsenną. Konsekwencje zdrowotne bezsenności to między innymi zwiększenie ryzyka otyłości, chorób układu krążenia, cukrzycy, nadużywanie alkoholu i leków, zaburzenia lękowe i depresyjne. Patogeneza – powstanie bezsenności zależne jest od stylu życia, zmian cywilizacyjnych (coraz większe tempo życia i brak czasu na sen). Rozwój bezsenności, zależy głównie od niewłaściwych zachowań „okołosennych”. Podstawą leczenia jest tzw. terapia poznawczo-behawioralna, czyli edukacja pacjenta dotycząca korekty zachowań „okołosennych”. Zobaczmy więc, jak to jest z tą bezsenną.



## **Zasady diagnostyki i leczenia bezsenności**

Bezsenność jest bez wątpienia najczęściej występującym zaburzeniem snu. Może być ona „samodzielną” chorobą – mówimy wtedy o bezsenności pierwotnej, ale też może być objawem innej choroby somatycznej lub psychicznej (nazywamy ją wtedy bezsennością wtórną). Przez wiele lat bezsenność była traktowana wyłącznie jako objaw innej choroby, czy też jako rodzaj reakcji na zewnętrzne bodźce, czy stresy. Rozwój badań naukowych nad bezsennością i wprowadzenie nowych coraz bardziej precyzyjnych kryteriów diagnostycznych pozwolił zupełnie inaczej spojrzeć na diagnostykę bezsenności. W 1994 r. wprowadzono nową wersję klasyfikacji chorób psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - DSM-IV, która też zawierała nową wersję klasyfikacji zaburzeń snu. Wydzielono w niej 4 główne rodzaje bezsenności – pierwotna oraz wtórna zależna od stanu psychicznego, fizycznego lub leków. Ale brakowało dokładnych danych klinicznych dotyczących występowania poszczególnych postaci bezsenności. Publikowane w latach 90-tych prace wskazywały, że bezsenność pierwotna stanowi nawet około połowę wszystkich przypadków tej choroby. Takie wyniki kłóciły się z naszymi obserwacjami, które wskazywały, że bezsenność występuje częściej u pacjentów ze współistniejącymi chorobami somatycznymi lub psychicznymi. Buysse i wsp., w 1994, w swojej pracy stwierdzili, że wśród 216 pacjentów z bezsennością przewlekłą, zgłaszających się do ośrodków leczenia zaburzeń snu, 44% przypadków to bezsenność związana z problemami psychicznymi, a 20% to przypadki bezsenności pierwotnej. Pozostałe

rozpoznania obejmowały bezsenność związaną z chorobami somatycznymi i inne zaburzenia snu, np. zaburzenia oddychania podczas snu. Prezentowane wyniki były wynikami średnimi uzyskanymi w czterech renomowanych ośrodkach amerykańskich. Dokładna analiza pracy Buysse wskazywała, że nawet te cztery ośrodki znacznie różniły się między sobą trafnością rozpoznań (mimo stosowania takich samych kryteriów). Bezsenność pierwotną rozpoznawano u 5 do 25% pacjentów z bezsennością. Najmniejsza ilość pacjentów z bezsennością pierwotną występowała w ośrodku w Pensylwanii, kierowanym przez psychiatrę Anthony Kalesa. Najwyższe odsetki bezsenności pierwotnej występowały w ośrodkach neurologicznych.

Pod koniec lat 90-tych dokonaliśmy podobnej analizy w naszej Poradni. Przedstawiono wstępne rozpoznania według DSM-IV u 305 pacjentów leczonych w Poradni Zaburzeń Snu w latach 1997-2000 (126 mężczyzn i 179 kobiet). Średnia wieku badanych wynosi 45,8 lat.

Uzyskano następujące wyniki:

- bezsenność pierwotna - 14 chorych (4,59%),
- bezsenność wtórna do zaburzeń psychicznych - 140 (45,9%),
- bezsenność wtórna do zaburzeń somatycznych - 32 (10,49%),
- bezsenność spowodowana używaniem substancji o działaniu ośrodkowym - 7 (2,3%).

Charakterystyka rozpoznań wśród pacjentów z bezsennością wtórną do zaburzeń psychicznych (N=144):

- |                        |              |
|------------------------|--------------|
| - zaburzenia afektywne | 113 (78.47%) |
| - duża depresja        | 44 (30.55%)  |

- dystymia	69 (47.91%)
- zaburzenia dwubiegunowe	1 (0.69%)
- schizofrenia i inne	6 (4.16%)
- zaburzenia lękowe	19 (13.19%)
- zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	4 (2.77%)
- zaburzenia stresowe pourazowe	6 (4.16%)
- zaburzenia lękowe uogólnione	9 (6.25%)
- inne	6 (4.16%)

Pozostałe rozpoznania: pierwotna hipersomnia - u 5 pacjentów (1,64%), narkolepsja - 29 (9,51%), zaburzenia oddychania podczas snu - 2 (0,66%), zespół opóźnionej fazy snu - 5 (1,64%), zaburzenia snu spowodowane pracą zmianową - 11 (3,61%), koszmary - 2 (0,66%), lęki nocne - 3 (0,98%), somnambulizm - 28 (9,18%), inne parasomnie - 11 (3,61%), hipersomnia wtórna do zaburzeń psychicznych - 5 (1,64%), hipersomnia wtórna do zaburzeń somatycznych - 6 (1,97%), parasomnie wtórna do zaburzeń somatycznych - 2 (0,66%), mieszane zaburzenia snu - u 3 (0,98%);

### **Współczesne definicje bezsenności**

Bezsenność można zdefiniować jako subiektywną skargę na złą jakość snu, która wyraźnie pogarsza funkcjonowanie w ciągu dnia i trwa odpowiednio długo. Bezsenność występuje w czterech postaciach klinicznych:

1. problemy z zaśnięciem;
2. problemy z utrzymaniem ciągłości snu;

3. przedwczesne budzenie się;
4. sen przewlekłe nieregenerujący.

Obok zakłócenia samego przebiegu snu, niezbędne do rozpoznania bezsenności jest stwierdzenie wyraźnego pogorszenia samopoczucia fizycznego (np. zmęczenie), psychicznego i społecznego w ciągu dnia oraz występowanie powyższych dolegliwości przez przynajmniej 3 lub więcej nocy w tygodniu i utrzymywanie się ich, co najmniej przez 1 miesiąc.

### **Podział i różne rodzaje bezsenności**

Bezsenność zwyczajowo dzieli się według hipotetycznego czynnika etiologicznego na:

- pierwotną, pojawiającą się samoistnie bez wyraźnej przyczyny;
- wtórną, czyli wywołaną inną chorobą, lub innym czynnikiem zakłócającym (chorobowym, fizycznym, itp.).

Inny powszechnie stosowany podział bezsenności związany jest z jej czasem trwania. Według tego kryterium dzielimy bezsenność na:

- przygodną (trwającą kilka dni);
- krótkotrwałą (trwającą do 1 miesiąca);
- przewlekłą (trwającą dłużej niż miesiąc).

Bezsenność krótkotrwała jest zwykle związana z czynnikiem wyzwalającym (np. stresem lub bólem). Bezsenność przewlekła może

mieć związek z inną chorobą, np. depresją, ale dużo częściej jej utrzymywanie się zależy od tzw. czynników utrwalających, które powodują, że nawet po ustąpieniu lub usunięciu przyczyn bezsenności kłopoty ze snem pozostają. W związku z tym bezsenność krótkotrwała jest prawie zawsze bezsennością wtórną, a z kolei bezsenność przewlekła niezależnie od tego, co ją „kiedyś” wywołało staje się chorobą samoistną - pierwotną.

### **Kryteria diagnostyczne bezsenności (według ICD, DSM i ICSD)**

Zgodnie z ICD-10, bezsenność nieorganiczną (F51.0) należy definiować jako sen, którego jakość lub ilość nie przynoszą satysfakcji, który utrzymuje się przez dłuższy okres i obejmuje trudności w zaśnięciu, trudności w utrzymaniu ciągłości snu i wczesne budzenie się. Bezsenność może towarzyszyć wielu chorobom psychicznym i somatycznym, dlatego rozpoznaje się ją wtedy, gdy dominuje w obrazie klinicznym.

### **Kryteria diagnostyczne pierwotnej bezsenności wg DSM-IV-TR (APA, 1994)**

- Dominującym problemem są trudności w zainicjowaniu lub utrzymaniu ciągłości snu albo sen nieregenerujący, trwające co najmniej 1 miesiąc.
- Zaburzenia snu (lub towarzyszące im zmęczenie w ciągu dnia) w istotny sposób zaburzają funkcjonowanie w ciągu dnia (wywołują istotny klinicznie dyskomfort).

- Zaburzenia snu nie są konsekwencją narkolepsji, zaburzeń oddychania podczas snu, zaburzeń rytmu okołodobowego ani parasomni.
- Zaburzenia snu nie występują w przebiegu innych chorób psychicznych (np. dużej depresji, lęku uogólnionego ani majaczenia).
- Zaburzenia snu nie są związane bezpośrednio z działaniem leków ani innych substancji.

### **Kryteria diagnostyczne bezsenności wg ICSD-2 (AASM, 2005)**

A. Skargi na trudności w zaśnięciu, trudności w utrzymaniu ciągłości snu, zbyt wczesne przebudzenie lub sen, który jest przewlekłe nieregenerujący lub złej jakości. U dzieci problemy ze snem opisywane przez opiekunów obejmują niechęć do kładzenia się do łóżka lub niezależnie niemożność zaśnięcia.

B. Powyższe trudności ze snem występują pomimo odpowiednich możliwości i warunków do spania.

C. Pacjent zgłasza przynajmniej jeden z poniższych objawów gorszego funkcjonowania w ciągu dnia zależnych od zaburzonego snu nocnego:

- złe samopoczucie lub zmęczenie;
- zaburzenia uwagi, koncentracji lub pamięci;

- gorsze funkcjonowanie społeczne lub zawodowe, gorsze wyniki w szkole;
- zaburzenia nastroju lub rozdrażnienie;
- senność w ciągu dnia;
- spadek motywacji, energii i inicjatywy;
- skłonność do błędów lub wypadków w pracy lub podczas prowadzenia samochodu;
- uczucie napięcia, bóle głowy lub dolegliwości gastryczne pojawiające się w odpowiedzi na brak snu;
- zmartwienie lub niepokój o sen.

### **Rozpowszechnienie bezsenności**

Najbardziej wiarygodne badania epidemiologiczne wykonał w 2001 roku Ohayan. Na losowo wybranej reprezentatywnej próbie przeprowadził standaryzowany wywiad oparty na kryteriach klinicznych DSM-IV. Wśród 24600 respondentów z sześciu krajów (Francja, Wielka Brytania, Niemcy, Włochy, Portugalia i Hiszpania) objawy bezsenności zgłaszało 27,2 % badanych. Wśród czterech postaci bezsenności najczęściej badani skarżyli się na trudności w utrzymaniu ciągłości snu (18%), pozostałe postaci kliniczne występowały rzadziej - zbyt wczesne budzenie u 10,9%, problemy z zasypianiem u 10,1% i sen nieregenerujący u 8,9% badanych. Bezsenność spełniającą ściśle kryteria kliniczne stwierdzono u 16,8% badanych.

W badaniach epidemiologicznych wykonywanych w Polsce od 1996 r. (z reguły na reprezentatywnej grupie 1000 do 2000 osób) uzyskiwano wyniki podobne jak w innych krajach. Objawy bezsenności zgłasza 20 do 30% badanych respondentów. Ale w kolejnych badaniach systematycznie zwiększa się odsetek osób skarżących się na bezsenność. Szczególnie uderzająca i wyraźna zmiana dotyczy osób najmłodszych i nastoletnich. Wśród osób młodych odsetek skarżących się na bezsenność wzrósł z 5% w 1996 r. do ponad 20% w 2005 r. Aktualnie w Polsce na bezsenność skarży się od 30 do 50% osób (odsetek ten zwiększa się wraz z wiekiem). Częściej dotyczy ona kobiet, osób starszych i osób o niższym statusie socjoekonomicznym (mających niższe dochody i niższe wykształcenie). Z kolei na deprivację snu (czyli regularne niedosypianie) skarży się około 25% Polaków, z reguły są to osoby młodsze, lepiej wykształcone i lepiej sytuowane. W Polsce, wśród pacjentów z bezsennością, jest około półtora razy więcej kobiet niż mężczyzn. Na podstawie wyników badań epidemiologicznych ocenia się, że ryzyko bezsenności u kobiet jest 1,3-1,5 razy wyższe niż u mężczyzn.

Większość badań epidemiologicznych prowadzonych w różnych krajach, także w Polsce, pokazuje, że tylko 25 do 38% osób mających problemy ze snem szuka pomocy u lekarza (Pentor, 2000). Pozostali chorzy nie robią nic ze swoim snem (31-46%), albo leczą się sami, najczęściej lekami pochodzenia naturalnego (6-13%) lub metodami pozamedycznymi, np. alkoholem (11-25%).



## **Obraz kliniczny bezsenności**

Wyróżnia się cztery podstawowe postacie kliniczne bezsenności:

- problemy z zaśnięciem, czyli nadmierne długie oczekiwanie na sen, zwykle powyżej 15-20 minut od położenia się do łóżka; pacjenci z bezsennością często po kilka godzin czekają na zaśnięcie;
- trudności w utrzymaniu ciągłości snu, czyli wybudzenia w nocy, trwające powyżej 15 minut; warto przy tym pamiętać, że każdy człowiek budzi się po każdym cyklu snu, czyli co około półtorej godziny, ale przerwy te zwykle trwają krótko do kilku minut i zwykle nawet nie są zapamiętywane; dłuższe przerwy we śnie, czyli czuwanie wtrącone, które skraca wskaźnik snu poniżej 85%, pozwalają rozpoznać bezsenność;
- zbyt wczesne budzenie, zwykle po 3-4 godzinach snu (czyli po przespaniu 2-3 cykli snu), z niemożnością ponownego zaśnięcia;
- sen przewlekłe nieregenerujący, czyli stan, w którym długość snu jest normalna, typowa lub nawet dłuższa niż zwykle, ale rano pacjent budzi się zmęczony.

Postacie kliniczne bezsenności tradycyjnie wiąże się z typowymi dla nich przyczynami:

- trudności z zaśnięciem związane są zwykle z wieczornym podwyższonym poziomem lęku lub z lękiem przed bezsennością;
- wczesne budzenie jest typowe dla depresji;

- częste budzenie w nocy i sen nieregenerujący wskazują na zakłócenie przebiegu snu (np. przez bezdech senny, dolegliwości fizyczne lub hałas w sypialni).

### **Praktyczny podział bezsenności użyteczny w codziennej praktyce lekarskiej**

Jak już wspomniano wielokrotnie, bezsenność to subiektywnie oceniana zła jakość snu, czy może bardziej precyzyjnie złe ranne samopoczucie po przebudzeniu wynikające z niewyspania. Ale w praktyce klinicznej pacjenci bardzo różnie oceniają przebieg swojego snu i swojej bezsenności. Dlatego można zaproponować jeszcze jeden praktyczny podział bezsenności, oparty o codzienne doświadczenia kliniczne, które od ponad 20 lat zbieramy w Poradni Leczenia Zaburzeń Snu:

- bezsenność prawdziwa, czyli taka, w której sen jest zbyt krótki lub zbyt płytki i nie daje odpowiedniej regeneracji;
- deprywacja snu – dotyczy zwykle młodych ludzi skarżących się na nadmierną senność w ciągu dnia, zmęczenie, trudności z porannym wstawaniem. Ale analiza ich zachowań okołosennych pokazuje, że związane jest to z przewlekłym niedoborem snu - zwykle z powodu pracy, nauki lub zabawy prawie każdej nocy osoby te śpią krócej niż powinny;
- bezsenność związana z niewłaściwą higieną snu, można ją nawet lepiej określić jako poczucie bezsenności, czy bezsenność rzekoma. Polega ona na wyraźnej dysproporcji pomiędzy oczekiwaniami

pacjenta względem snu, a jego biologicznymi możliwościami do spania. Często pacjenci, zwłaszcza osoby w starszym wieku będące już na emeryturze, spędzają w nocy w łóżku po 8-10 godzin, choć przesypiają 5-6 godzin, bo takie jest zapotrzebowanie na sen osób po 65 r. ż. A więc mimo zupełnie prawidłowego snu mają kilka godzin czuwania wtrąconego i poczucie poważnej bezsenności. W przypadku takich osób jedyną racjonalną metodą leczenia jest nauczanie pacjenta zasad higieny snu i dopasowanie jego zachowań okołosennych do jego fizjologicznych możliwości spania. Często popełnianym błędem w przypadku takich pacjentów jest próba zaspokojenia ich oczekiwań związanych ze snem. Prowadzi to do nadużywania różnych leków nasennych, żeby „zmusić” mózg pacjenta do spania ponad normę. Nie trzeba chyba dodawać, że taka metoda postępowania jest błędem. Może należy w tym miejscu jeszcze raz przypomnieć, że leczenie bezsenności polega nie na wymuszaniu snu (zwykle tabletkami), ale na przywracaniu naturalnych mechanizmów regulacji snu, i spaniu tylko tyle ile jest niezbędne do normalnego samopoczucia i funkcjonowania w ciągu dnia.

### **Bezsenność pierwotna – etiologia, patomechanizm, leczenie**

Jak opisano w części „fizjologicznej” regulacja snu i czuwania polega na wzajemnym balansie (jak na równoważni) ośrodków pobudzających i hamujących w mózgu. Przełączanie z pobudzenia (czyli czuwania) na hamowanie (czyli sen) jest regulowane endogennym zegarem biologicznym. Gdy poznano te mechanizmy regulacji snu i zaczęto je badać u pacjentów z bezsennością, już około 20 lat temu

sformułowano hipotezę, że przyczyną bezsenności jest nadmierne wzbudzenie ośrodków aktywujących w mózgu. Na drugim biegunie tej równoważni poszukiwano również przyczyn bezsenności w zbyt słabym działaniu ośrodków hamujących i stwierdzono obecność takich zmian w grupie pacjentów z bezsennością. Kolejnym kierunkiem poszukiwań było badanie funkcji zegara biologicznego, który albo w niewłaściwym momencie, albo w niewystarczający sposób przełącza się z czuwania w sen.

### **Przyczyny (etiologia) bezsenności pierwotnej**

Większość badań obrazowych, neurofizjologicznych i biochemicznych prowadzonych od wczesnych lat 90-tych XX wieku pokazuje u pacjentów, którzy skarżą się na bezsenność, podwyższoną aktywność ośrodkowego układu nerwowego. Stan nadmiernego wzbudzenia w bezsenności przewlekłej (z angielska nazywany - hyperarousal) potwierdzają także inne badane parametry. U pacjentów z bezsennością pierwotną stwierdzono między innymi podwyższoną temperaturę ciała, podwyższone ciśnienie krwi i podwyższone tętno oraz większe stężenie hormonów kory nadnerczy i cytokin prozapalnych. W innych badaniach opublikowanych w 2008 roku wykazano u pacjentów z pierwotną bezsennością obniżone stężenie neuroprzekaźnika hamującego (GABA) w obrębie tej części pnia mózgu, która odpowiada za indukowanie snu. Te obserwacje naukowe dobrze wyjaśniają, dlaczego pacjenci cierpiący na bezsenność nie czują się wyspani, nawet po wydawało się normalnie przespanych kilku godzinach. Ich mózg i ciało nie zostały wystarczająco wyhamowane podczas snu, żeby zapewnić odpowiedni i odczuwalny wypoczynek.

## **Patogeneza bezsenności przewlekłej**

Współczesne poglądy na etiologię i patogenezę bezsenności przewlekłej wskazują na współzależność różnych czynników biologicznych, medycznych, środowiskowych i psychologicznych w powstawaniu i utrwalaniu bezsenności. Układają się one w trzy niezależne grupy, które są ze sobą wzajemnie powiązane – są to czynniki predysponujące do bezsenności, czynniki wyzwalające bezsenność i czynniki utrwalające bezsenność. W literaturze ten model powstawania bezsenności przewlekłej jest nazywany modelem 3P, od angielskich nazw Predisposing, Precipitating, Perpetuating.

- **Czynniki predysponujące** to inaczej indywidualna podatność na bezsenność, prawdopodobnie w części genetyczna, w części wyuczona. Ta grupa czynników ma głównie podłoże biologiczne. Wśród cech predysponujących do bezsenności wymienia się: płeć żeńską, starszy wiek, cechy osobowości anankastycznej, zaburzony rytm okołodobowy (endogennie lub egzogennie) oraz obciążenie rodzinne bezsennością (zwłaszcza u matek).

- **Czynniki wyzwalające** to są te czynniki, które bezpośrednio zakłócają sen. Zalicza się do nich czynniki środowiskowe, adaptacyjne, medyczne, psychiatryczne, polekowe. W zależności od predyspozycji danej osoby czynniki wyzwalające łatwiej lub trudniej wywołają bezsenność.

- **Czynniki utrwalające**, to z kolei zmiany w zachowaniu pacjentów niejako wywołane samą bezsennością. Można je podzielić na:

- niewłaściwe zachowania „okołosenne” (czynniki behawioralne). Najczęściej jest to nadmiernie długie leżenie w nocy w łóżku. Nieregularne pory snu, gdy pacjent kładzie się spać i wstaje z łóżka o bardzo różnych porach;
- niewłaściwa ocena sytuacji (czynniki poznawcze) – ciągłe rozmyślanie o bezsenności, zamartwianie się brakiem snu, różne nieskuteczne strategie, które w zamyśle chorego mają ułatwić zaśnięcie, a w praktyce nasilają bezsenność, nierealistyczne oczekiwania wobec własnego snu, przywiązywanie nadmiernej wagi do konsekwencji bezsenności;
- nadmierne wzbudzenie fizjologiczne i emocjonalne, które pojawia się w wyniku lęku przed bezsennością i przekonania, że nic się nie da z tym zrobić;
- konsekwencje bezsenności – pogorszenie nastroju, zmęczenie, zaburzenia sprawności psychofizycznej, pogorszenie funkcjonowania społecznego;
- nadużywanie leków nasennych.

Te wymienione czynniki utrwalające - niewłaściwa higiena snu, nadmierne oczekiwania, lęk przed bezsennością - tworzą swego rodzaju błędne koło bezsenności, które samo się napędza (można w pewnym uproszczeniu powiedzieć, że im gorzej śpię tym bardziej się martwię, a im bardziej się martwię, tym gorzej śpię).

Opisany tu mechanizm powstawania bezsenności przewlekłej został po raz pierwszy zaproponowany przez Spielmana w 1987 r., a badania

i obserwacje naukowe przeprowadzane przez następne 20 lat w pełni potwierdziły jego słusność. Można chyba nawet powiedzieć, że jest to jedno z najważniejszych odkryć w dziedzinie medycyny snu w ostatnich latach. Pozwoliło wreszcie na opracowanie skutecznych metod leczenia bezsenności przewlekłej i metod zapobiegania rozwijaniu się bezsenności przewlekłej. Jak patrzymy na przedstawiony model „3P” bezsenności przewlekłej, to algorytmy leczenia w zasadzie nasuwają się same.

Z czynnikami predysponującymi, w sensie lekarskim, niewiele możemy zrobić. Ewentualna wiedza o tych czynnikach ryzyka bezsenności, każe nam zwracać u pacjenta większą uwagę na zasady higieny snu.

Czynniki wyzwalające bezsenność zwykle mają charakter pozamedyczny. Jako lekarze tutaj także niewiele możemy zrobić, żeby pacjenta przed nimi uchronić. Chyba, że czynnikiem wyzwalającym bezsenność jest jakaś inna choroba somatyczna lub psychiczna. Wtedy obowiązkiem lekarza jest tą chorobę rozpoznać i w miarę możliwości wyleczyć.

Natomiast wymienione czynniki utrwalające bezsenność są całkowicie „korygowane”. Niezależnie od tego, jaka przyczyna wywołała bezsenność, każdy pacjent z bezsennością krótkotrwałą po kilku tygodniach utrzymywania się bezsenności „uruchamia” taki sam standardowy zestaw czynników utrwalających bezsenność. A więc po pierwsze, w przypadku wystąpienia bezsenności przygodnej i krótkotrwałej, najważniejsze jest uchronienie pacjenta, zwłaszcza tego z dużymi predyspozycjami do bezsenności, przed pojawianiem się czynników utrwalających. A gdy już rozwinęła się bezsenność przewlekła, to jak widać z przedstawionego modelu, samo skupianie się

na czynnikach wyzwalających już nie pomoże. Konieczna jest wtedy korekta zachowań „okołosennych” pacjenta i korekta jego myśli koncentrujących się na bezsenności. Usunięcie czynników utrwalających bezsenność jest w stanie poprawić jakość snu u każdego pacjenta, niezależnie od tego, jaki czynnik tę bezsenność wywołał.

### **Bezsenność wtórna i sytuacyjna**

Bezsenność wtórna jest zwykle objawem, lub powikłaniem innej choroby somatycznej, psychicznej lub jest wywołana przez różne czynniki środowiskowe i społeczne.

Główne przyczyny bezsenności wtórnej są następujące:

- zaburzenia psychiczne;
- schorzenia somatyczne lub neurologiczne;
- stosowanie leków lub substancji psychoaktywnych;
- inne zaburzenia snu:
  - bezdechy podczas snu;
  - zespół niespokojnych nóg;
  - okresowe ruchy kończyn podczas snu;
  - zaburzenia rytmu dobowego.

Z obserwacji i badań klinicznych wynika, że bezsenność spowodowana innymi zaburzeniami psychicznymi zdarza się znacznie częściej niż pozostałe rodzaje bezsenności (pierwotna, organiczna, polekowa). Chorobami, które najczęściej powodują bezsenność, są zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, reaktywne stany emocjonalne, niektóre zaburzenia osobowości (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsywne).



Bezsenność może być wywołana przez różne czynniki organiczne, np. choroby somatyczne, złą ogólną kondycję fizyczną, przyjmowanie pewnych leków (w tym nasennych) czy innych substancji psychoaktywnych.

Bezsenność może być następstwem utrzymujących się przewlekle dolegliwości bólowych. Długotrwałe przyjmowanie leków, takich jak amfetamina lub inne psychostymulanty, steroidy, betaadrenolityki, leki rozszerzające oskrzela, także może wywoływać bezsenność. Alkohol, który powszechnie uważany jest za dobry środek nasenny, w rzeczywistości zaburza sen. Ułatwia co prawda szybsze zasypianie, ale znacznie sypcy i skraca sen. U osób nadużywających alkoholu zaburzenia snu mogą się utrwalić, powodując dużą bezsenność.

### **Rozpoznawanie i leczenie bezsenności**

Większość przypadków bezsenności może być prawidłowo diagnozowana i skutecznie leczona przez lekarzy rodzinnych. Podstawowym narzędziem diagnostycznym jest odpowiednio ukierunkowany wywiad, uzupełniony ewentualnie dalszymi badaniami diagnostycznymi pozwalającymi na ustalenie somatycznych czy psychiatrycznych przyczyn bezsenności.

Subiektywna, regularna ocena rytmu snu i czuwania ma bardzo duże znaczenie w rozpoznawaniu i ocenie przebiegu leczenia bezsenności. Pomocne do tego są dzienniczki snu. Na ich podstawie można ocenić zwyczaje i zachowania okołosenne pacjenta, przestrzeganie zasad higieny snu, nasilenie i charakter bezsenności oraz częstość stosowania leków itp. Przed wręceniem dzienniczka należy pacjentowi koniecznie udzielić

dokładnych instrukcji, gdyż czasem pacjenci tak są zaabsorbowani wypełnianiem dzienniczka w nocy, że to jeszcze bardziej pogarsza przebieg bezsenności.

Do obiektywnej oceny przebiegu snu stosuje się badanie aktygraficzne i badania polisomnograficzne. Te metody diagnostyczne są na razie w Polsce mało dostępne, przeprowadza się je tylko w ośrodkach specjalizujących się w leczeniu zaburzeń snu i tylko w wybranych przypadkach bezsenności.

### **Leczenie bezsenności**

W każdym przypadku, gdy problemy ze snem utrzymują się ponad 2-3 tygodnie i zaczynają negatywnie wpływać na funkcjonowanie w ciągu dnia, należy rozpocząć leczenie. Obowiązuje zasada, że leczenie bezsenności należy rozpocząć najszybciej jak to możliwe po jej wystąpieniu, aby uniknąć uruchomienia mechanizmów utrwalających.

W przypadku bezsenności przygodnej lub krótkotrwałej podstawową i zwykle wystarczającą metodą leczenia jest podanie właściwego leku nasennego (zwykle jest to agonista receptora benzodiazepinowego o krótkim okresie półtrwania) i informacja o zasadach higieny snu.

W przypadku bezsenności przewlekłej podawanie leków nasennych jest niewystarczające i niezgodne z zasadami terapii, dodatkowo grozi utrwaleniem i pogorszeniem bezsenności oraz uzależnieniem od leków. Podstawową metodą leczenia bezsenności przewlekłej jest terapia poznawczo-behawioralna.

Niestety w codziennej praktyce pacjenci cierpiący na bezsenność przygodną lub krótkotrwałą w ogóle nie są leczeni, a pacjenci

z bezsennością przewlekłą długotrwale przyjmują leki nasenne. Należy dążyć do zmiany tej sytuacji i wdrożenia prawidłowych zasad leczenia.

### **Niefarmakologiczne leczenie bezsenności**

Do niefarmakologicznych metod leczenia bezsenności należą:

- przestrzeganie higieny snu;
- ograniczenie snu;
- kontrola bodźców;
- terapia poznawcza;
- intencja paradoksalna;
- techniki relaksacyjne;
- biofeedback (biologiczne sprzężenie zwrotne);
- chronoterapia;
- fototerapia.

### **Higiena snu**

Przestrzeganie higieny snu obejmuje:

- stałe pory udawanie się na spoczynek i wstawanie;
- unikanie nadmiernie długiego leżenia w łóżku;
- nie wolno zmuszać się do spania;
- powstrzymanie się od drzemek w ciągu dnia;
- unikanie kofeiny, alkoholu i nikotyny, oraz ograniczenie innych napojów zawierających kofeinę lub substancje stymulujące;
- unikanie wysiłku fizycznego i działań angażujących emocjonalnie tuż przed snem;
- zapewnienie ciszy i optymalnej temperatury w sypialni;

- usunięcie zegarów z sypialni;
- pilnowanie regularnych pór posiłków oraz lekki posiłek przed snem;
- rozważne stosowanie leków nasennych.

### **Ograniczenie pór snu**

Podstawowym założeniem tej metody jest to, że pacjent w łóżku powinien przebywać tylko tyle czasu, ile według jego oceny trwa jego sen nocny. Czas ten chorzy zazwyczaj zaniżają, ale częściowa deprivacja snu prowadzi do pogłębienia snu i w efekcie poczucia większej regeneracji. Na podstawie własnego „dzienniczka” snu pacjent dopasowuje czas spędzany w nocy w łóżku do subiektywnie ocenianej „swojej” długości snu. Powinien wstawać z łóżka zaraz, gdy się przebudzi. Odpowiednio w oparciu o dzienniczek snu sam wylicza kiedy ma położyć się spać. Po ustaleniu swoich własnych indywidualnych pór snu pacjent powinien spać tylko w tak wyznaczonych porach do spania. W miarę poprawy, ramy snu stopniowo poszerza się o 15 minut tygodniowo, aż do osiągnięcia naturalnych długości i pór snu.

Wyznaczanie czasu do spania przeprowadza się na podstawie subiektywnego wskaźnika snu (czas snu/czas spędzony w łóżku \* 100%) według następujących zasad:

1. Wydłużenie o 15 min. gdy w ciągu pięciu nocy subiektywny wskaźnik snu jest większy niż 90%.
2. Skrócenie o 15 min. gdy w ciągu pięciu nocy subiektywny wskaźnik snu jest mniejszy niż 85%.

Zwykle dla pacjenta trudnych jest kilka pierwszych nocy po ograniczeniu ram snu, ale najpóźniej po tygodniu mózg adaptuje się do nowych ram snu, pacjent czuje wyraźną poprawę jakości snu i rannego czuwania.

### **Technika kontroli bodźców**

Technika kontroli bodźców polega na ustaleniu stałego rytmu snu i czuwania (który pacjent może wyznaczyć dzięki technice ograniczania snu) i przestrzeganiu reżimu korzystania z sypialni i łóżka wyłącznie podczas snu. Pacjent powinien kłaść się do łóżka tylko wtedy, gdy jest śpiący, nie wolno czytać, jeść ani oglądać w łóżku telewizji. Jeśli po położeniu się sen nie nadchodzi w ciągu 10 minut (wyznaczany subiektywnie bez zegarów w sypialni), pacjent powinien wstać, wyjść do innego pomieszczenia i wrócić dopiero wtedy, gdy ponownie poczuje się senny. Budzik powinien być nastawiony zawsze na tę samą godzinę, niezależnie od tego, ile trwał sen nocny. Należy się także powstrzymać od drzemek w ciągu dnia.

### **Instrukcje do terapii kontroli bodźców:**

1. Kładź się do łóżka tylko wtedy gdy czujesz się śpiący.
2. Używaj łóżka tylko do spania, nie jedz, nie oglądaj TV, nie czytaj (jedynym wyjątkiem jest aktywność seksualna).
3. Jeśli nie możesz zasnąć, wstań i przejdź do innego pokoju (nie leż w łóżku dłużej niż 10-15 minut). Pozostań tam tak długo dokąd nie zechcesz położyć się spać.
4. Jeśli nadal nie możesz zasnąć, powtórz to co w punkcie 3. Powtarzaj to tak często jak trzeba przez całą noc.

5. Wstawaj rano o stałej porze, niezależnie od tego ile godzin przespałeś w nocy. To pomoże uzyskać ci stały rytm snu.
6. Nie śpij w ciągu dnia.

### **Terapia poznawcza**

Pacjent musi uświadomić sobie, że może sam poradzić sobie z problemem bezsenności. Nieprawdziwe przekonania dotyczące snu można skorygować, ucząc pacjentów zasad higieny snu. Obawy związane z bezsennością działają jak samospełniająca się przepowiednia, powodują wzburzenie i dodatkowo zaostrzają zaburzenia snu. Błędne przekonania i postawy wobec snu są związane z objawami bezsenności. Zmiana negatywnych myśli może zmniejszyć obawy i przełamać błędne koło wzburzenia. Powszechne nieprawdziwe przekonania dotyczące snu można podzielić na 5 kategorii:

- błędne zrozumienie przyczyn bezsenności;
- niewłaściwe odniesienie lub rozszerzenie konsekwencji bezsenności;
- nierealne oczekiwania wobec snu;
- ograniczone dostrzeganie panowania nad snem;
- przekonanie, że sen jest przewidywalny.

### **Inne nefarmakologiczne metody leczenia bezsenności**

Kolejną ze stosowanych metod jest intencja paradoksalna. W celu zmniejszenia lęku oczekiwania na sen można zalecić pacjentowi, by czuwał wieczorem tak długo, jak tylko jest to możliwe. Intencja paradoksalna kojarzona jest z metodą blokowania myśli i ujawnieniem irracjonalności potocznych poglądów na temat snu. Większość pacjentów

z bezsennością uruchamia w łóżku różne strategie (np. przysłowiowe „liczenia baranów”), które według ich wiedzy i opinii ma ułatwić zasypianie. Każdy pacjent pytany o to co robi w łóżku przed zaśnięciem opisuje swoje działania tak: „staram się zasnąć, próbuje zasnąć, zmuszam się do zaśnięcia”. Naukowa analiza tych strategii pokazuje, że każde działanie pacjenta, które polega na próbie zaśnięcia prowadzi w efekcie do bezsenności. „Im bardziej staram się zasnąć, tym gorzej zasypiam”. A więc paradoksalnie odwróćmy strategię. Jeśli leżąc wieczorem w łóżku będę się starał nie zasnąć, to może sen przyjdzie łatwiej. I okazało się, że tak się dzieje. Tak powstała intencja paradoksalna.

**Techniki relaksacyjne i biofeedback** - w leczeniu bezsenności są pomocne w zmniejszaniu nadmiernego wzbudzenia wieczorem i mogą wspomagać leczenie bezsenności.

**Fototerpia i chronoterapia** - służą do regulacji zegara biologicznego i są przydatne w tych przypadkach, w których bezsenność jest wywołana uszkodzeniem tego zegara.

### **Skuteczność metod niefarmakologicznych leczenia bezsenności**

Spośród wymienionych metod niefarmakologicznych, najskuteczniejsze jest ograniczenie snu i kontrola bodźców. Samo pouczanie pacjenta o zasadach higieny snu, jako jedyna metoda interwencji, może być nieskuteczne. Niezależnie od wyboru metody, celem terapii niefarmakologicznej jest ponowne nauczenie pacjenta spania, poprzez modyfikację nieprawidłowych zachowań i dysfunkcyjnych myśli związanych z bezsennością. Stały rozwój

badania nad zastosowaniem niefarmakologicznych metod leczenia bezsenności zaowocował powstaniem standardowych metod leczenia, których skuteczność potwierdzono w kontrolowanych badaniach naukowych. Można je określić jako terapia poznawczo behawioralna bezsenności (z ang. CBT-I). Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w bezsenności została potwierdzona w wielu badaniach prowadzonych w różnych ośrodkach na całym świecie, w tym także w Polsce. Okazała się skuteczna nie tylko w przypadkach bezsenności pierwotnej, czy psychofizjologicznej. Zastosowanie CBT-I pozwala poprawić jakość snu pacjentów w praktycznie każdym przypadku bezsenności przewlekłej, także w tej w przebiegu innych chorób somatycznych, czy psychicznych. Terapia poznawczo-behawioralna okazała się też bardzo skuteczna w leczeniu uzależnienia od benzodiazepinu u pacjentów z bezsennością.

### **Założenia i przebieg terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności**

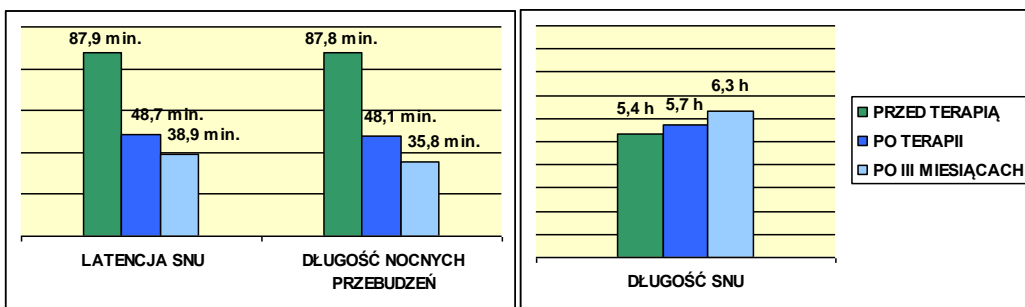
Najlepsze efekty daje terapia prowadzona w małych 8-10 osobowych grupach. Ponieważ ta forma terapii jest rodzajem psychoedukacji, to grupa wzajemnie działa na siebie wzmacniająco. Jeśli pacjent sam ma różne obiekcje, co do zaleconego zadania, uważa, że sobie z nim nie poradzi, albo uważa je za mało użyteczne dla niego, grupa pacjentów łatwiej skłoni go do wykonania tego zadania. Cała terapia składa się z 5 do 6 sesji trwających około 15-tu godzin. Struktura każdej sesji jest ściśle określona, ma stały program. Każda z sesji składa się z trzech luźno rozdzielonych części. Pierwsza to wykład na temat snu i bezsenności, przy czym pacjenci dostają tutaj tę wiedzę, która będzie



potrzebna dla aktualnego zadania behawioralnego lub poznawczego. W drugiej części każdej z sesji, pacjenci po kolei relacjonują jak poradzieli sobie z wyznaczonymi zadaniami i w oparciu o dzienniczki snu, jaki miało to wpływ na ich sen. W ostatniej części sesji wprowadzana jest kolejna technika leczenia, wraz z instrukcją, jak ją ćwiczyć w domu i jak ją rejestrować.

Terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna, gdy pacjent rozumie jej założenia i sumiennie wykonuje zalecone zadania. Poza bezpośrednim wpływem na poprawę jakości snu, CBT-I daje też pacjentowi wiedzę i umiejętności w radzeniu sobie z bezsennością, co pozwala uniknąć ponownego zapadnięcia na bezsenność przewlekłą. Taki sposób leczenia początkowo zalecano głównie w bezsenności psychofizjologicznej, ale w miarę przybywania doświadczeń okazało się, że tak prowadzona terapia skutecznie poprawia jakość snu w niemal każdym przypadku bezsenności.

W naszej Poradni Zaburzeń Snu, od 2006 r., regularnie prowadzona jest grupowa terapia poznawczo-behawioralna bezsenności. Do tej pory jest to jedyne miejsce w Polsce, w którym prowadzona jest taka terapia. Jesteśmy też jednym z pierwszych ośrodków na świecie, który terapię CBT-I wprowadził jako rutynową metodę leczenia bezsenności. Już w 2008 r. opublikowana została pierwsza w Polsce praca oparta na badaniach 28 pacjentów z bezsennością, leczonych wyłącznie terapią poznawczo-behawioralną, a w 2011 roku na naszej uczelni została obroniona pierwsza w Polsce rozprawa doktorska na temat CBT-I „Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności przewlekłej”.



Rysunek 1. Skuteczność grupowej terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności nieorganicznej.

Na rysunku przedstawiono wyniki leczenia bezsenności nieorganicznej pacjentów Poradni Leczenia Zaburzeń Snu WUM w Warszawie. Bezpośrednio po zakończeniu terapii uzyskano istotną poprawę w zakresie wszystkich parametrów snu mierzonych za pomocą dziennika snu: latencji snu, liczby i długości nocnych przebudzeń, długości snu, wydajności snu, jakości snu i samopoczucia rano oraz częstości stosowania leków nasennych. Po trzech miesiącach od zakończenia terapii, zmiany w zakresie parametrów snu utrzymały się lub uległy dalszej poprawie w przypadku: latencji snu, długości snu oraz wydajności snu. Pacjenci zgłaszali mniej objawów depresji mierzonych za pomocą Skali Depresji Becka, w porównaniu do wyników sprzed terapii. Uzyskano też istotną poprawę w zakresie takich aspektów jakości życia jak: witalność, zdrowie psychiczne oraz funkcjonowanie społeczne.

## **Podsumowanie:**

Celem prezentowanej pracy było pokazanie roli i znaczenia czynników behawioralnych we współczesnej medycynie, głównie na przykładzie bezsenności. To nowe spojrzenie na powstanie i leczenie chorób wydaje się jednym z najważniejszych sukcesów współczesnej medycyny, ale też stawia przed medycyną zupełnie nowe wyzwania i zmusza do zmiany wielu dotychczasowych strategii. Najważniejszym elementem tej nowej strategii jest odpowiednia psychoedukacja, prowadzona na różnych poziomach. Powinna być prowadzona począwszy od powszechnej edukacji w szkole podstawowej, dotyczącej zdrowego trybu życia – odżywianie, ruch, higiena snu, radzenie sobie ze stresem, zwłaszcza psychospołecznym, a skończywszy na terapii indywidualnej – jak radzić sobie z chorobą.

Ale jak to w życiu bywa, nowe sytuacja rodzą nowe problemy. Chociaż medycyna już wie, co robić, żeby uniknąć bezsenności, otyłości, czy zwyrodnień kręgosłupa, to problemem jest jak tę wiedzę przekazać potencjalnym przyszłym pacjentom, żeby mogli uniknąć zachorowania. Jeszcze większym wyzwaniem jest to, jak skłonić pacjentów już chorych (np. na bezsenność, czy otyłość) do zmiany dotychczasowych zachowań, na takie, które pozwolą wyjść z choroby.

Nasze doświadczenia z leczeniem bezsenności pokazały, że najbardziej skuteczną metodą jest grupowa terapia behawioralno-poznawcza, której charakter i struktura przypomina zajęcia szkolne.

## **NOTATKI ZE SZKOLENIA**