

Higiena snu

Przestrzeganie higieny snu obejmuje:

- stałe pory udawanie się na spoczynek i wstawanie

(te pory powinny być zgodne z własnym indywidualnym chronotypem, oraz potrzebami społecznymi)

- unikanie nadmiernie długiego leżenia w łóżku

- nie wolno zmuszać się do spania

(obie powyższe zasady zostały oparte o badania, które jednoznacznie wskazują, że nadmiernie długie leżenie w łóżku i leżenie w łóżku gdy się nie śpi, prowadzi do nasilenie bezsenności)

- powstrzymanie się od drzemek w ciągu dnia,

(zbyt długie drzemki w ciągu dnia – powyżej 20-30 minut, pogarszają sen nocny)

- unikanie kofeiny, alkoholu i nikotyny, oraz ograniczenie innych napojów zawierających kofeinę lub substancje stymulujące

- unikanie wysiłku fizycznego i działań angażujących emocjonalnie tuż przed snem

(wszystkie substancje stymulujące, oraz intensywny wysiłek fizyczny prowadzą do nadmiernego wzbudzenie układu nerwowego, co z kolei powoduje pogorszenie snu)

- zapewnienie ciszy i optymalnej temperatury w sypialni,

(najlepsza temperatura do snu to 18-20 stopni)

- usunięcie zegarów z sypialni.

(obserwacja zegarów w nocy zwiększa poziom lęku i pogarsza sen; a jak wiadomo każdy człowiek budzi się w nocy co około 1,5 godziny)

- pilnowanie regularnych pór posiłków, oraz lekki posiłek przed snem

- rozważne stosowanie leków nasennych

(nieostrożne stosowanie leków nasennych prowadzi do pogorszenia snu, a nawet uzależnienia).

Przestrzeganie zasad higieny snu jest najlepszą i najbardziej skuteczną metodą profilaktyki zaburzeń snu. Zwłaszcza powstawania bezsenności. Ale w medycynie snu, zasady higieny snu zostały włączone do rutynowych metod stosowanych w leczeniu bezsenności. Uczenie pacjenta prawidłowych zasad higieny snu, jest jedną z podstawowych nefarmakologicznych metod leczenia bezsenności.

Poniżej przedstawiono pozostałe metody leczenia.

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.

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 snu 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 5 nocy subiektywny wskaźnik snu w jest większy niż 90%
2. Skrócenie o 15 min. gdy w ciągu 5 nocy subiektywny wskaźnik snu w 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 sobie poradzić z problemem bezsenności.

Nieprawdziwe przekonania dotyczące snu można skorygować, ucząc pacjentów zasad higieny snu. Obawy związane z bezsennością działają jak samospełniająca się przepowiednia, powodują wzbudzenie 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 wzbudzenia. 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 się intencja paradoksalna.

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

Fototerapia 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 nieskuteczna. Niezależnie od wyboru metody celem terapii niefarmakologicznej jest ponowne nauczenie pacjenta spania, poprzez modyfikację nieprawidłowych zachowań i dysfunkcyjnych myśli związanych z bezsennością. Stały rozwój badań nad zastosowaniem niefarmakologicznych metod leczenia bezsenności zaowocował powstaniem standardowych metod leczenia, których skuteczność potwierdzono w kontrolowanych badaniach naukowych, które można określić jako terapię poznawczo-behawioralną 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 jej przebiegu innych chorób somatycznych, czy psychicznych. Terapia poznawczo-

behawioralna okazała się też bardzo skuteczna w leczeniu uzależnienia od benzodiazepin 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 się na siebie wzmacniająco. Jeśli pacjent sam ma różne obiekcje, co do zaleconego zadania, uważa że sobie z nim nie poradzi, ale 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, godziny. 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 poradzi 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.

Dr Michał Skalski, Katedra i Klinika Psychiatryczna