

Maria Finogenow

## TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA BEZSENNOŚCI I MOŻLIWOŚCI JEJ ZASTOSOWANIA U OSÓB STARSZYCH

### COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR INSOMNIA AND POSSIBILITIES OF ITS USE AMONG THE ELDERLY

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, Wydział Nauk o Wychowaniu

**insomnia  
cognitive-behavioural  
therapy  
old age**

*W artykule zaprezentowano zastosowanie metod terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności u osób w podeszłym wieku. Przedstawiono charakterystykę bezsenności występującej u seniorów, konkretne techniki pracy terapeutycznej oraz wyniki badań skuteczności opisywanego podejścia.*

#### Summary

The aim of this paper is to present Cognitive Behavioural Therapy for insomnia with modifications included in the group of the elderly and to present a review of research on its effectiveness. First, diagnostic criteria for insomnia and the concurrent disorders are presented, followed by a characterisation of insomnia in the elderly, stressing age related differences. Models explaining the etiology and persistence of insomnia are also shown. Further, cognitive and behavioural techniques used in insomnia treatment are described e.g. Sleep Hygiene, Stimulus Control Instructions, Sleep Restriction Therapy. Next, the author describes modifications to the classic therapeutic techniques used in insomnia therapy in the elderly, accounting for general health condition, cognitive potential, lifestyle and living conditions as well as social factors. The final section discusses the results of the studies on the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy for insomnia in the group of seniors and patients with insomnia that is concurrent with other conditions. The presented literature review indicates that although it often requires modifications, the Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia provides an effective form of therapy for a range of age groups, including the elderly.

#### Wprowadzenie

Bezsenność jest jednym z najczęstszych zaburzeń snu [1]. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [2] jako jedno z nieorganicznych zaburzeń snu (F51.0–F51.9) występuje bezsenność nieorganiczna (F51.0). We wcześniej obowiązującej klasyfikacji amerykańskiej DSM-IV [3] bezsenność dzielono na pierwotną (występującą samoistnie) oraz wtórną (towarzyszącą innym zaburzeniom). Aktualna wersja DSM-5 przyjmuje, że powinno się postawić diagnozę bezsenności u każdego pacjenta, który spełnia kryteria diagnostyczne, bez względu na to, czy występuje u niego inne współtowarzyszące zaburzenie [4].

Zgodnie z klasyfikacją ICD–10 [2] bezsenność definiowana jest jako niewystarczająca ilość i/lub jakość snu, która wynika z nieadekwatnego czasu snu (trudności w zasypianiu, trudności w utrzymaniu ciągłości snu, przedwczesne wybudzanie się) i poczucia, że sen nie przynosi wypoczynku. Trudności te prowadzą do pogorszenia samopoczucia oraz zaburzenia funkcjonowania w ciągu dnia. Do zdiagnozowania bezsenności zaburzenia snu muszą występować przez minimum miesiąc i dotyczyć co najmniej trzech nocy w tygodniu. Ponadto diagnoza bezsenności nieorganicznej wymaga wyeliminowania przyczyn organicznych, takich jak stany neurologiczne, choroby somatyczne oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych i leków.

Niektórzy autorzy podkreślają, że stosowane powszechnie klasyfikacje (np. ICD–10) traktują zaburzenia snu, w tym bezsenność, zbyt pobieżnie, pomijając je lub definiując je niejednoznacznie [1]. Skutkuje to brakiem odpowiedniej diagnozy oraz niepodejmowaniem właściwych interwencji terapeutycznych. Równocześnie w literaturze odnaleźć można liczne doniesienia o zaburzeniach, które współwystępują z bezsennością oraz jej negatywnych konsekwencjach. W badaniach wykazano, że nieleczona bezsenność sprzyja rozwojowi zaburzeń depresyjnych [5] oraz zaburzeń lękowych [6], może również prowadzić do rozwoju chorób sercowo-naczyniowych [7]. Ponadto bezsenność niekiedy wyprzedza pierwszy epizod lub nawrót depresji [6]. Wykazano także związki bezsenności z gorszą jakością życia [8], absencją chorobową i zwiększonymi wydatkami na opiekę medyczną [9].

### **Bezsenność u osób starszych**

Szacuje się, że w populacji ogólnej problem bezsenności dotyka 10–20% osób, podczas gdy wśród osób starszych wskaźniki te są znacznie wyższe i sięgają aż 40% [10]. Ryzyko bezsenności wzrasta z każdą dekadą życia i częściej dotyka kobiet niż mężczyzn [11].

Wraz z wiekiem zmianie ulega również forma zaburzeń snu. Bezsenność u osób starszych często przybiera postać bezsenności wtórnej — współwystępuje ona z innymi zaburzeniami psychicznymi, chorobami przewlekłymi i bywa skutkiem przyjmowania leków mających wpływ na sen [12]. Wynika też często ze złej higieny snu oraz zbyt małej aktywności w ciągu dnia [10, 13].

Wraz z wiekiem zmienia się także charakter trudności związanych ze snem. W okresie wczesnej dorosłości dominują kłopoty z zasypianiem, podczas gdy w okresie późnej dorosłości obserwuje się przyspieszenie fazy snu, nasilenie trudności z utrzymaniem snu oraz zbyt wczesne wybudzanie się [10]. Ponadto u osób starszych częściej niż w innych grupach wiekowych występuje bezsenność przewlekła — osoby te niejednokrotnie doświadczają jej przez lata.

Wśród czynników zwiększających ryzyko bezsenności u osób starszych wymieniane są liczne schorzenia, na jakie cierpią seniorzy, a także występujące w tym wieku zaburzenia depresyjne [12]. Warto jednak zaznaczyć, że u osób starszych bezsenność może być zarówno skutkiem, jak i konsekwencją zaburzeń depresyjnych [14]. Fiorentino i Martin [12] zwracają także uwagę na naturalne zmiany w zakresie snu, pojawiające się wraz z wiekiem. Choć nie zawsze muszą być one odczuwane jako dolegliwe, to zwiększają ryzyko rozwoju zaburzenia. Wraz z wiekiem spada ilość snu głębokiego (3. i 4. stadium) na rzecz snu płytkiego, co powoduje, że znacznie łatwiej jest wybudzić się ze snu z powodu np.

hałas panującego w otoczeniu [12]. Ponadto wraz z wiekiem wzrasta częstotliwość innych zaburzeń snu, takich jak bezdechy, a częste w tym wieku schorzenia somatyczne związane z odczuwaniem bólu mogą utrudniać spokojny sen [12]. Zwiększona częstotliwość i czas trwania przebudzeń prowadzi z kolei do spadku wydajności snu oraz do subiektywnego odbierania snu jako płytkiego i przerywanego. Dochodzi także do przyspieszenia fazy snu (wcześniejsze kładzenie się spać) i zbyt wczesnego wybudzania się, niekiedy około godziny drugiej czy trzeciej nad ranem. Pojawia się zarówno niemożność utrzymania snu, jak i utrzymania czuwania — w konsekwencji sen nocny trwa około 4–5 godzin, a w ciągu dnia pojawiają się liczne drzemki. W rezultacie powstaje błędne koło, w którym drzemki powodują wzrost bezsenności w ciągu nocy. Warto jednak podkreślić, że całkowity czas trwania snu zazwyczaj pozostaje niezmienny.

Choć zmiany związane z wiekiem są dość powszechne, należy jednak zwrócić uwagę na to, że starość jest najdłuższym i najbardziej zindywidualizowanym okresem życia człowieka [15]. Poziom odczuwanych strat lub tzw. kosztów starzenia się zależy od cech biologicznych, właściwości psychicznych danej jednostki, a także jej biografii. Nasilenie i tempo procesów starzenia mogą być zatem inne u każdej jednostki, a proces starzenia się i starości może przybierać różne oblicza.

### Modele bezsenności

Jednym z najczęściej wykorzystywanych modeli wyjaśniających powstawanie i utrzymywanie się bezsenności jest model trójczynnikiowy zaproponowany przez Spielmana i współpracowników [16]. Uwzględnia on trzy grupy czynników: predysponujące, wyzwalające i podtrzymujące. Czynniki *p r e d y s p o n u j ą c e* określają indywidualną podatność na bezsenność i obejmują zarówno cechy biologiczne, jak i psychologiczne. Zalicza się do nich m.in.: wiek, płeć (żeńską), zaburzony rytm okołodobowy, cechy osobowości anankastycznej, dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie ze stresem, impulsywność oraz rodzinne obciążenie bezsennością sugerujące jej możliwe podłoże genetyczne. Czynniki te zwiększają ryzyko rozwoju bezsenności, gdy w życiu jednostki wystąpią sprzyjające czynniki *w y z w a l a j ą c e*. Zalicza się do nich przede wszystkim stres związany z różnymi wydarzeniami życiowymi (np. obawą o utratę pracy, chorobą lub śmiercią osoby bliskiej). Istotną rolę odgrywają także choroby somatyczne i psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, praca zmianowa, niewłaściwa higiena snu itp. Czynniki *u t r w a l a j ą c y m i* są z kolei zmiany w zachowaniach i myśleniu pacjentów pojawiające się najczęściej na skutek bezsenności. Zaliczają się do nich dysfunkcjonalne strategie behawioralne radzenia sobie z bezsennością (np. zbyt długie leżenie w łóżku, nieregularne pory snu, drzemki w ciągu dnia), dysfunkcjonalne przekonania dotyczące snu i bezsenności, zamartwianie się brakiem snu oraz negatywne konsekwencje bezsenności (np. pogorszenie samopoczucia, zmęczenie w ciągu dnia), prowadzące do nadużywania leków nasennych.

Wśród poznawczych modeli bezsenności istotne miejsce zajmuje model zaproponowany przez Harvey [17]. Autorka zakłada, że podstawowym czynnikiem utrwalającym bezsenność jest nadmierna, negatywnie zabarwiona aktywność poznawcza przed snem. Najczęściej przybiera ona formę intruzywnych myśli i martwienia się brakiem snu oraz

przewidywanymi konsekwencjami niewyspania w ciągu nadchodzącego dnia. Powoduje to wzrost pobudzenia, napięcia i nieprzyjemnego stanu emocjonalnego. Dalsze zamartwianie się trudnościami z zaśnięciem prowadzi z kolei do selektywnego skupiania uwagi na oznakach braku snu, monitorowania własnego organizmu i otoczenia zewnętrznego. W konsekwencji podejmowane są zachowania zabezpieczające (np. unikanie trudnych aktywności w ciągu dnia, drzemki, sięganie po alkohol przed pójściem spać w celu ułatwienia sobie zaśnięcia), które nasilają zamartwianie się i utrwalają objawy bezsenności. Harvey [17] podkreśla także, że dysfunkcyjne procesy poznawcze mogą zachodzić zarówno przed snem, jak i w ciągu dnia, kiedy aktywność poznawcza ukierunkowana jest na poszukiwanie oznak zmęczenia i negatywnego nastroju oraz interpretowanie ich jako konsekwencji nieprzespanej nocy.

Treść myśli związanych ze snem jest przedmiotem licznych badań. W jednym z nich [18] proszono osoby badane o nagrywanie myśli pojawiających się przed snem i wykazano, że myślenie o śnie oraz przewidywanie konsekwencji niewyspania były dwoma najsilniejszymi predyktorami trudności z zaśnięciem. W innym badaniu Harvey [19] dowiodła, że osoby z bezsennością częściej niż osoby, które nie mają trudności ze snem, deklarują wzmożoną aktywność poznawczą mającą wpływ na sen. Dotyczy ona rozwiązywania problemów, ogólnego zamartwiania się, problemów ogólnych, przeglądu wydarzeń minionego dnia, a także problemów związanych z własną bezsennością oraz dźwięków pochodzących z otoczenia.

### **Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności (ang. *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia; CBTI*)**

Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności jest uważana za pierwszoplanową terapię w leczeniu tego zaburzenia [20]. Jest ona połączeniem technik poznawczych z technikami behawioralnymi. Do technik behawioralnych zalicza się higienę snu, technikę kontroli bodźców oraz restrykcję snu. Terapia poznawcza ukierunkowana jest natomiast na identyfikację i modyfikację dysfunkcyjnych przekonań dotyczących snu i bezsenności. Uzupełniana jest także psychoedukacją dotyczącą snu oraz higieny snu.

#### Higiena snu (ang. *Sleep Hygiene*)

Higiena snu to zbiór zachowań promujących sen, które przekazywane są pacjentom w formie zaleceń przed rozpoczęciem właściwej psychoterapii. Ich celem jest zmiana stylu życia pacjentów, zachowań, które sprzyjają powstawaniu i utrzymaniu bezsenności. Do zasad higieny snu zalicza się: ograniczenie spożycia kofeiny, unikanie alkoholu przed położeniem się spać, włączanie aktywności fizycznej w ciągu dnia oraz utrzymywanie komfortowych warunków w sypialni (ciszy, zaciemnienia oraz właściwej temperatury) [13, 20–22]. Ponadto zaleca się ograniczenie spożycia ciężkich i ostrych potraw (szczególnie przed snem), unikanie emocjonujących sytuacji (również filmów) przed położeniem się spać, ograniczenie oglądania telewizji tuż przed snem, a także wypracowanie rytuałów, takich jak słuchanie spokojnej muzyki przed snem [21]. Pacjentom zaleca się także stałe godziny snu, powstrzymanie się od prób usnięcia „na siłę”, usunięcie zegarów z sypialni i ograniczanie leków nasennych.

### Technika kontroli bodźców (ang. *Stimulus Control Instructions*)

Technika kontroli bodźców stosowana jest zarówno w celu poprawy zasypiania, jak i utrzymania snu. Uważana jest także za pierwszoplanowe narzędzie w leczeniu bezsenności przewlekłej [22]. Opiera się na założeniu, że kiedy się spędza wiele bezsennych nocy w tym samym otoczeniu (łóżko, sypialnia), otoczenie to zaczyna być kojarzone z problemami ze snem i nieprzyjemnymi uczuciami, takimi jak niepokój oraz zamartwianie się. Z czasem to otoczenie zaczyna wywoływać negatywne pobudzenie i utrwała bezsenność [21]. Celem kontroli bodźców jest więc zmiana negatywnych skojarzeń łóżka, czasu snu oraz sypialni, na pozytywne skojarzenia łóżka i sypialni ze snem i/lub aktywnością seksualną.

Do podstawowych zaleceń kontroli bodźców zalicza się: wykorzystywanie łóżka jedynie jako miejsca na sen i aktywność seksualną, wyeliminowanie z sypialni wszystkich innych czynności niezwiązanych ze snem, np. czytania w łóżku bądź oglądania telewizji; wstawanie z łóżka, jeśli nie można usnąć przez ok. 15–30 minut, przejście do innego pokoju i zajęcie się aktywnościami powodującymi senność, np. słuchaniem relaksującej muzyki [13, 20, 21]. Ponadto zaleca się: kładzenie się do łóżka tylko wtedy, gdy jest się śpiącym, wstawanie codziennie o tej samej porze oraz unikanie drzemek w ciągu dnia [21, 22].

### Restrykcja snu (ang. *Sleep Restriction Therapy*)

Celem restrykcji snu, zaproponowanej jako interwencja terapeutyczna przez Spielmana i współpracowników [16], jest wyrównanie czasu spędzanego w łóżku z czasem, jaki rzeczywiście potrzebny jest danej osobie na sen. Początkowo przez dwa tygodnie pacjent prowadzi dzienniczek snu, aby określić czas aktualnie wykorzystywany na sen (godzina pójścia do łóżka, godzina zaśnięcia, godzina pobudki) [21, 22]. Następnie wprowadza się ograniczanie czasu spędzanego w łóżku do czasu, jaki pacjent rzeczywiście wykorzystuje na sen (czas wykorzystywany na sen plus 30 minut, jednak nie mniej niż 4 i pół godziny). Po tygodniu stosowania restrykcji snu oblicza się wskaźnik jego wydajności (stosunek czasu snu do czasu spędzanego w łóżku) i jeśli sen ulega poprawie, stopniowo zwiększa się ten czas o 15 minut [13, 20]. W początkowym okresie technika może prowadzić do nadmiernej senności i zmęczenia w ciągu dnia, jednak po około tygodniu objawy ustępują, a pacjenci czują poprawę jakości snu.

### Relaksacja (ang. *Relaxation*)

Techniki relaksacyjne są najdłużej stosowanymi metodami behawioralnymi leczenia bezsenności. Wykorzystywane są głównie u pacjentów zgłaszających trudności z zasypianiem, a ich celem jest redukcja napięcia i lęku towarzyszącego kładzeniu się spać. Jedną z najczęściej wykorzystywanych technik obniżania napięcia jest relaksacja progresywna. Jednak ze względu na to, że może się ona wiązać z pobudzeniem poznawczym [21] wprowadza się też wiele metod alternatywnych, takich jak oddychanie przeponowe, wizualizacje, joga, biofeedback i medytacja uważności (ang. *mindfulness*), których celem jest obniżenie psychicznego i somatycznego niepokoju związanego ze snem oraz redukcja ruminacji [13, 20, 22, 23]. Choć nie mają one określonego limitu czasu, zwykle zaleca się ich stosowanie przez około 15 minut przed zaśnięciem [21].

### Terapia poznawcza (ang. *Cognitive Therapy*)

Terapia poznawcza bezsenności skoncentrowana jest głównie wokół dwóch elementów: psychoedukacji i modyfikacji dysfunkcyjnych przekonań na temat snu i bezsenności. Celem psychoedukacji jest przekazanie rzetelnych informacji na temat snu i bezsenności, co ma sprzyjać korygowaniu nieadaptacyjnych przekonań na temat snu [21]. Omawiane są fazy snu, jego średni czas, który jest często bardzo indywidualny, sen jako proces automatyczny pozostający poza świadomą kontrolą, czynniki sprzyjające zaburzeniom snu, a także krótko- i długoterminowe konsekwencje jego deprywacji [13, 21].

Terapia poznawcza ma na celu modyfikację dysfunkcyjnych przekonań na temat snu i bezsenności. W celu ich identyfikacji wykorzystuje się klasyczne techniki poznawcze, takie jak zapis myśli automatycznych, dialog sokratejski, sondowanie, strzałkę w dół, skalowanie, klaryfikację<sup>1</sup>, a także specjalnie stworzone w tym celu skale. Natomiast do modyfikacji dysfunkcyjnych przekonań wykorzystuje się: restrukturyzację poznawczą, interwencję paradoksalną, modyfikację selektywnej uwagi, pracę nad uważnością.

Dysfunkcyjne przekonania najczęściej dotyczą traktowania bezsenności jako problemu przewlekłego, z którym nic się nie da zrobić, przeceniania wagi konsekwencji bezsenności, nierealistycznych oczekiwań wobec snu, nieprawidłowego postrzegania przyczyn bezsenności i skuteczności stosowanych interwencji [21]. Przekonania te często zawierają wiele zniekształceń poznawczych, takich jak: myślenie katastroficzne, wyolbrzymianie, nadmierne uogólnianie. Ponadto mogą wpływać na sen zarówno bezpośrednio przez zwiększanie pobudzenia w łóżku przed zaśnięciem, jak i pośrednio przez zakłócanie trzymania kontroli pobudzenia oraz restrykcji snu [13, 20].

### Terapia bezsenności u osób starszych

Poznawczo-behawioralna terapia bezsenności z powodzeniem stosowana jest u różnych grup wiekowych, również u osób starszych [24]. W niektórych przypadkach może jednak wymagać wprowadzenia modyfikacji uwzględniających ich stan zdrowia, styl i warunki życia, czynniki społeczne oraz preferencje samych seniorów [13, 25, 26]. U części z nich z powodu spadku zdolności poznawczych [15, 25] terapia opiera się głównie na technikach behawioralnych i promowaniu higieny snu [13, 27]. Nacisk kładziony jest na wzrost aktywności w ciągu dnia, zmniejszenie ilości czasu spędzanego w łóżku, zminimalizowanie ilości i czasu drzemek, zmianę negatywnych nawyków, takich jak całodzienne oglądanie telewizji czy nadużywanie leków nasennych. Wprowadza się także modyfikacje, które mają ułatwić odczytanie tekstu w materiałach pisemnych z terapii (np. większą czcionkę), a także zapamiętanie zaleceń dotyczących snu, takich jak ustalona godzina położenia się spać lub godzina pobudki (np. zapisywanie ich bezpośrednio na dziennikach snu) [13].

Należy jednak podkreślić, że potrzeba wprowadzania modyfikacji dotyczy przede wszystkim seniorów w późniejszych etapach starości oraz tych osób, u których występują poważniejsze choroby somatyczne bądź otępienne. Uwzględnienie zindywidualizowanych procesów starzenia się [15], odróżnienie pomyślnego, zwyczajnego starzenia się od

<sup>1</sup> Opis klasycznych technik poznawczych Czytelnik znajdzie w bogatej literaturze poświęconej terapii poznawczo-behawioralnej.

starzenia się patologicznego stanowi podstawę wyboru najbardziej optymalnych technik terapeutycznych.

### Higiena snu

Wprowadzane zasady higieny snu u osób starszych muszą uwzględniać indywidualne zalecenia wynikające z chorób pacjenta, zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i diety [13]. W przypadku niektórych chorych konieczne jest na przykład spożywanie napojów z lekami (również w godzinach wieczornych, krótko przed zaśnięciem) — ważne jednak, by w takiej sytuacji przypominać o skorzystaniu z toalety tuż przed położeniem się do łóżka. Ponadto zleca się, by rytm dobowy pacjenta jak najbardziej przypominał jego rytm dobowy z okresu aktywności zawodowej. Ważne jest stosowanie jasnego światła w ciągu dnia w pomieszczeniach, a także dbanie o to, aby pacjenci wychodzili na zewnątrz, na naturalne światło. Wskazane jest także stosowanie terapii światłem [28].

Wprowadzanie aktywności fizycznej u seniorów może napotykać trudności wynikające z funkcjonujących w społeczeństwie negatywnych stereotypów starości [29]. Zawierają one przekonania o ograniczonych możliwościach, a wręcz szkodliwości podejmowania aktywności fizycznej w podeszłym wieku [29, 30]. Wyniki badań wskazują jednak, że aktywność fizyczna podejmowana przez seniorów zapobiega nadwadze i innym chorobom somatycznym, które negatywnie oddziałują na sen, sprzyja zdrowiu i lepszemu samopoczuciu [14, 30]. W konsekwencji może sprzyjać zwiększeniu ilości snu głębokiego (3. i 4. stadium) oraz ciągłości snu [21].

### Technika kontroli bodźców

Niektóre osoby starsze (np. w późniejszych etapach starości, ale także seniorzy chorzy somatycznie, niedołążni) mogą mieć trudności z opuszczaniem łóżka bez pomocy innych osób lub też ze względów medycznych muszą często w nim przebywać. Dlatego też konieczne staje się oszacowanie ryzyka upadku przy samodzielnym wstawaniu w nocy i w zależności od możliwości ruchowych zmodyfikowanie typowych zaleceń i/lub wprowadzenie zmian w sypialni [13]. Może to być zorganizowanie miejsca siedzącego obok łóżka, tak, aby senior o ograniczonych możliwościach poruszania się mógł bezpiecznie z niego wstać w nocy i usiąść obok. W przypadku osób, które samodzielnie nie są w stanie opuścić miejsca leżącego, konieczna może być rezygnacja z tego elementu techniki w godzinach nocnych. W takich przypadkach zaleca się opuszczanie łóżka w ciągu dnia, a w godzinach nocnych zachęca się do zmiany pozycji i wykonywania innych aktywności, np. czytania.

### Restrykcja snu

W niektórych przypadkach osoby starsze muszą przebywać w łóżku z powodów medycznych, co istotnie ogranicza możliwości zastosowania tej techniki. Nadmierne przebywanie w łóżku dotyczy jednak również sprawnych fizycznie seniorów, którzy traktują leżenie w nim i drzemki jako sposób spędzania czasu, próbę poradzenia sobie z nudą i brakiem zajęć. Dlatego też konieczne staje się uwzględnienie powodów, dla których osoba starsza spędza w łóżku zbyt dużo czasu [13]. Ważne staje się także przedyskutowa-

nie aktywności, które senior mógłby podjąć w czasie, który zyskałby, gdyby zrezygnował z nadmiernego przebywania w łóżku. Leżenie w łóżku może być też wykorzystywane przez osoby starsze w celu odpoczynku, zrelaksowania się lub zmniejszenia nasilenia bólu fizycznego. W takich przypadkach ważne staje się znalezienie innych miejsc, w których osoba mogłaby odpocząć bez spania. W miarę możliwości zaleca się także eliminowanie drzemek w ciągu dnia, a w przypadku, gdy są konieczne — ustawianie budzika, np. na 30 min, tak, aby drzemka się nie przedłużała [13].

### Relaksacja

W wyborze technik relaksacyjnych dla osób starszych ważne staje się uwzględnienie indywidualnych preferencji pacjenta [13]. Zaleca się także wykorzystanie aktywności stosowanych na co dzień przez seniorów w celu zrelaksowania się (np. siedzenie i podziwianie kwiatów w ogrodzie), do tworzenia technik (np. wizualizacji).

### Terapia poznawcza

Poprawa jakości snu u osób starszych może być skutkiem wprowadzenia elementów terapii poznawczej [30]. W tej grupie wiekowej skoncentrowana jest na przełamywaniu niechęci osób starszych do podejmowania aktywności, a także zmianie postawy traktowania snu jako recepty na nudę i brak zajęć. Ma też na celu zmniejszenie nadmiernych oczekiwań wobec snu oraz zwiększenie akceptacji niekorzystnych dla jego jakości konsekwencji współtowarzyszących schorzeń oraz spożywanych leków [13, 25]. Psychoedukacja uzupełniona powinna być o informacje dotyczące naturalnych zmian w zakresie snu następujących na skutek starzenia się, a także współwystępujących schorzeń, które mają wpływ na sen. Zrozumienie, że osoby starsze zazwyczaj śpią krócej niż osoby młode, pomaga zmodyfikować nierealistyczne oczekiwania dotyczące czasu snu [25].

Terapia poznawcza może być trudna dla seniorów z deficytami funkcji poznawczych, dlatego też musi być dostosowywana do ich indywidualnych możliwości [25]. Warto być także świadomym różnicy między nadmiernym martwieniem się a typową dla tego wieku skłonnością do introspekcji oraz bilansowania własnego życia. Zaleca się także wykorzystywanie treści zmartwień (np. poczucia samotności) do tworzenia planów działania (np. zwiększenia kontaktów społecznych).

### **Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności u osób starszych**

Skuteczność CBTI została zweryfikowana w licznych badaniach, których wyniki zestawiono w metaanalizach [32, 33]. Wyniki wielu z nich zostały także zaprezentowane w obszernych przeglądach wydawanych równoległe z wytycznymi Amerykańskiej Akademii Medycyny Snu. Pierwszy przegląd został opublikowany w 1999 roku i opierał się na wynikach 48 badań [34], a drugi w 2006 i zawierał przegląd 37 badań przeprowadzonych po wydaniu pierwszej publikacji [35]. Oba przeglądy wskazywały na istotny wpływ terapii na obniżenie trudności w zasypianiu i utrzymaniu snu, a także na utrzymywanie się pozytywnych efektów w okresie 6–24 miesięcy po zakończeniu terapii. Poprawę parametrów snu wykazano u 70–80% osób z bezsennością, a redukcja nocnych objawów bezsenności



spadała średnio o około 50% [35]. Ponadto efekty uzyskane za pomocą CBTI są zazwyczaj trwalsze niż w przypadku leczenia farmakologicznego [36].

Większość badań nad skutecznością CBTI wykorzystuje kombinację technik poznawczych i behawioralnych. W literaturze odnaleźć można także potwierdzenie skuteczności techniki kontroli bodźców oraz restrykcji snu jako monoterapii [34], podczas gdy wyłączne stosowanie higieny snu lub relaksacji przynosi zwykle słabe efekty, a stosowanie wyłącznie technik poznawczych jest bardzo rzadkie [37].

Mimo różnych ograniczeń wynikających z wieku pacjentów, w badaniach potwierdzono także skuteczność CBTI w leczeniu bezsenności u osób starszych [27, 38], również u seniorów z innymi schorzeniami [39]. Wyniki licznych badań nad skutecznością technik behawioralnych i poznawczych w leczeniu bezsenności osób starszych przedstawiono w wielu metaanalizach i przeglądach [11, 15, 24, 34].

W przeprowadzonej metaanalizie porównującej skuteczność oddziaływań terapeutycznych w różnych grupach wiekowych wykazano silne efekty, zarówno wśród osób w okresie wczesnej i średniej dorosłości, jak i wśród osób starszych, choć wśród osób młodych były one nieco mocniejsze [24]. W wyniku CBTI polepszały się wskaźniki latencji snu, jego jakości i wydajności, a spadały wskaźniki wybudzeń po zaśnięciu. Jedyne istotne różnice w skuteczności terapii (na korzyść osób młodszych) występowały w zakresie ogólnego czasu snu [26].

W ostatniej dekadzie badacze zwrócili także uwagę na możliwości zastosowania CBTI wśród osób doświadczających bezsenności jako zaburzenia współwystępującego z innymi chorobami somatycznymi i psychicznymi [20, 40]. Ma to istotne znaczenie dla leczenia bezsenności u seniorów, ponieważ u ok. 70% osób starszych cierpiących z powodu bezsenności występuje bezsenność wtórna [13]. Wykazano skuteczność CBTI między innymi u pacjentów z chorobami nowotworowymi [41], przewlekłym bólem [42] i zapaleniem kostno-stawowym [43], choć w terapii tych pacjentów często wprowadza się modyfikacje związane z daną chorobą.

Wśród zaburzeń psychicznych najwięcej uwagi poświęcono bezsenności współwystępującej z depresją i zaburzeniem stresowym pourazowym. Wśród osób z depresją oprócz poprawy wskaźników snu wykazano także osłabienie objawów depresji, wzrost poziomu energii, poczucia własnej wartości i innych aspektów dobrostanu psychologicznego [44, 45]. W badaniach wykazano także skuteczność CBTI w leczeniu bezsenności towarzyszącej zaburzeniu stresowemu pourazowemu, choć wyniki części z nich nie są do końca jednoznaczne i wskazują na konieczność włączania innych technik terapeutycznych [37].

### Podsumowanie i wnioski

Bezsenność traktowana jest jako długotrwały stan patologiczny, który rzadko ustępuje samoistnie, szczególnie u osób starszych. Ponieważ traktowana jest jako nieodłączny skutek procesu starzenia się, w wielu przypadkach nie dokonuje się jej rozpoznania i leczenia. Należy natomiast podkreślić, że choć zmiany w zakresie snu następujące wraz z wiekiem są naturalne, to zwykle nie prowadzą — w przeciwieństwie do bezsenności — do pogorszenia samopoczucia oraz nie zaburzają funkcjonowania w ciągu dnia.

Dokonany przegląd literatury wskazuje, że poznawczo-behawioralna terapia bezsenności jest dobrze udokumentowaną i skuteczną formą terapii w różnych grupach

wiekowych, również u osób starszych. Stosowana wśród seniorów niejednokrotnie wiąże się z koniecznością wprowadzania modyfikacji, a jej efekty niekiedy bywają słabsze niż wśród osób młodych. Mimo tych ograniczeń może być jednak efektywnie wykorzystywana wśród osób starszych, również tych, którzy doświadczają bezsenności jako zaburzenia współwystępującego z innymi schorzeniami.

### Piśmiennictwo

1. Wojas A, Nowicka-Sauer K. Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń snu w Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów Zdrowotnych. *Sen* 2009; 9(1–2): 37–43.
2. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.
3. Wciórka J, red. Kryteria diagnostyczne według DSM–IV. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
4. Święcicki Ł, Gałecki P, red. Kryteria diagnostyczne z DSM–5. Desk reference. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015.
5. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U. i wsp. Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J. Affect. Disord.* 2011; 135: 10–19.
6. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J. Psychiatr. Res.* 2003; 37: 9–15.
7. Phillips B, Mannino DM. Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease? *J. Clin. Sleep Med.* 2007; 3: 489–494.
8. LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, Savard J, Ivers H, Morin CM. Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *J. Psychosom. Res.* 2007; 63: 157–166.
9. Godet-Cayré V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinét J, Massuel MA, Léger D. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep* 2006; 29: 179–184.
10. Montgomery P, Dennis JA. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Med. Rev.* 2004; 8: 47–62.
11. Nau SD, McCrae SS, Cook KG, Lichstein KL. Treatment of insomnia in older adults. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 25: 645–672.
12. Fiorentino L, Martin JL. Awake at 4 a.m.: Treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *J. Clin. Psychol.* 2010; 66(11): 1161–174.
13. Montgomery P, Dennis JA. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002; 4: CD003404.
14. Buysse DJ. Insomnia, depression and aging: Assessing sleep and mood interactions in older adults. *Geriatrics* 2004; 59: 47–51.
15. Finogenow M. Starzenie się społeczeństwa i starzenie się kompetencji. W: Znajmiecka-Sikora M, Kędzierska B, Roszko E, red. Kształcenie ustawiczne od A do Z. Kompetencje pracowników a współczesne potrzeby rynku pracy, Łódź: SATORI druk; 2011, s. 211–234.
16. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987; 10(1): 45–56.

17. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav. Res. Ther.* 2002; 40(8): 869–893.
18. Wicklow A, Espie CA. Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: Towards a cognitive model of insomnia. *Behav. Res. Ther.* 2000; 38(7): 679–693.
19. Harvey AG. Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *Br. J. Clin. Psychol.* 2000; 39: 275–286.
20. Siebern A, Manber R. New developments in cognitive behavioral therapy as the first-line treatment of insomnia. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2011; 4: 21–28.
21. Hofmann SG. An introduction to modern cbt: psychological solutions to mental health problems. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2012.
22. Taylor DJ, Roane BM. Treatment of insomnia in adults and children: a practice-friendly review of research. *J. Clin. Psychol.* 2010; 66(11): 1137–1147.
23. Cvetengros JA, Crawford MR, Manber R, Ong JC. The relationship between beliefs about sleep and adherence to behavioral treatment combined with meditation for insomnia. *Behav. Sleep Med.* 2015; 13: 52–63.
24. Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol.* 2006; 25: 3–14.
25. Satre DD, Knight BG, David S. Cognitive behavioral interventions with older adults: integrating clinical and gerontological research. *Prof. Psychol.-Res. Pr.* 2006; 37(5): 489–498.
26. Yang Ch-M, Lee H-Ch, Yeh Z-T. Management of late-life insomnia. *Clin. Med. Insights: Geriatrics*; 2011; 4: 9–22.
27. Morin CM, Azrin NH. Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia. *J. Consult. Clin. Psych.* 1988; 56(5):748–753.
28. Montgomery P, Dennis JA. Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002; 2: CD003403.
29. Finogenow M, Kaflik-Pieróg M, Strzelczyk D. Postawy wobec starzenia się i osób starszych. *Pedagogika Rodziny* 2016; 6, 43–52.
30. Chalabaev A, Emile M, Corrion K, Stephan Y, Clément-Guillot C, Pradier Ch i wsp. Development and validation of the aging stereotypes and exercise scale. *J. Aging Phys. Act.* 2013; 21: 319–334.
31. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behav. Res. Ther.* 2002; 40: 741–752.
32. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *J. Consult. Clin. Psych.* 1995; 63: 79–89.
33. Okajima I, Komada Y, Inoue Y. A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep Biol. Rhythms* 2011; 9: 24–34.
34. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA i wsp. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 1999; 22(8): 1134–1156.
35. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep* 2006; 29: 1398–1414.
36. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam. Pract.* 2012; 13: 40.
37. Schoenfeld FB, DeViva JC, Manber R. Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review. *J. Rehabil. Res. Dev.* 2012; 49(5): 729–752.
38. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallieres A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am. J. Psychiat.* 2004; 161: 332–342.

39. Rybarczyk B, Lopez M, Benson R, Alsten C, Stepanski E. Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychol. Aging* 2002; 17: 288–298.
40. Taylor DJ, Pruiksma KE. Cognitive and behavioural therapy for insomnia (CBT-I) in psychiatric populations: A systematic review. *Int. Rev. Psychiatr.* 2014; 26(2): 205–213.
41. Davidson JR, Waisberg JL, Brundage MD, MacLean AW. Non-pharmacologic group treatment of insomnia: a preliminary study with cancer survivors. *Psychooncol.* 2001; 10(5): 389–397.
42. Currie SR, Wilson KG, Pontefract AJ, de Laplante L. Cognitive behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000; 68(3): 407–416.
43. Vitiello MV, Rybarczyk B, Von Korff M, Stepanski EJ. Cognitive behavioral therapy for insomnia improves sleep and decreases pain in older adults with co-morbid insomnia and osteoarthritis. *J. Clin. Sleep Med.* 2009; 5(4): 355–362.
44. Manber R, Bernert RA, Suh S, Nowakowski S, Siebern AT, Ong JC. CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes. *J. Clin. Sleep Med.* 2011; 7(6): 645–652.
45. Manber R, Edinger JD, Gress JL i wsp. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep* 2008; 31(4): 489–495.

Adres: mariafinogenow@op.pl