

BŁĘDNE KOŁO BEZSENNOŚCI

Chociaż każdy pacjent jest inny, bezsenność przeważnie zaczyna się podobnie – od poważnej zmiany w naszym rytmie życia (narodziny dziecka, rozpoczęcie pracy w nocy czy przejście na emeryturę), od jakiegoś stresującego zdarzenia (śmierć bliskiej osoby czy utrata pracy). W takiej sytuacji naturalnym jest, że nie śpimy dobrze – ciężko spać błogim snem, kiedy akurat się rozwodzimy czy kiedy czujemy, że szef zbiera na nas haki i nasze dni w pracy są policzone... Jednak nie wszyscy rok później cierpią na bezsenność. Dlaczego niektórzy wpadają w błędne koło bezsenności? Okazuje się, że kluczowe w rozwinięciu chronicznej bezsenności są czynniki utrwalające, czyli to, co robimy w reakcji na swój gorszy sen. Te zachowania wyglądają z pozoru logicznie – jest to naturalna reakcja w odpowiedzi na zarwaną noc. Ale po kolei:

CZYNNIKI PREDYSYONUJĄCE

Są to czynniki, które zwiększają ryzyko rozwinięcia bezsenności, czyli między innymi:

- niektóre z wymiarów perfekcjonizmu oraz podwyższony poziom lęku uogólnionego (intensywne martwienie się wieloma rzeczami)¹⁾,
- budzący nas partner, na przykład swoim chrapaniem...²⁾,
- niehigieniczny tryb życia, na przykład picie kawy wieczorem czy oglądanie telewizji w łóżku.

Ale same te czynniki nie wystarczą, żeby rozwinęła się u nas chroniczna bezsenność.

CZYNNIKI WYWOŁUJĄCE

Musi pojawić się czynnik wywołujący, który, „wybije” nas z naszego normalnego rytmu snu – śpimy wtedy gorzej, płycej, częściej się budzimy albo nie możemy zasnąć. Jednak u pewnych osób po jakimś czasie problemy związane ze snem mijają, a u pewnych nie... A to dlatego, że niektóre osoby zaczynają w tym czasie przejawiać zachowania utrwalające, czyli takie, które intuicyjnie wydają się im dobrym antidotum na problemy ze snem, jednak w rezultacie tylko go niszczą. Z czasem zdarzenie wywołujące nie oddziałuje już na te osoby tak mocno, ale za to ich zachowania utrwalające zaczynają się „rozrastać”.

ZACHOWANIA UTRWALAJĄCE

1. Spędzanie zbyt dużej ilości czasu w łóżku

Jaka może być pierwsza myśl po gorszej nocy? „Muszę to odespać – pójdę dzisiaj wcześniej spać”, „Muszę się dzisiaj zdrzemnąć” lub „To nie będę wstawał o 6.30, tylko jeszcze trochę poleżę w łóżku...”. W ten sposób jednak obniżamy ciśnienie na sen, czyli osłabiamy naturalny proces homeostatyczny. Co bardzo ważne, jest to proces fizjologiczny – im dłużej nie śpimy, tym więcej gromadzi się w mózgu związku chemicznego adenozyiny i tym bardziej chce nam się spać. To tak jak z głodem – im dłużej nie jemy, tym bardziej jesteśmy głodni. Możemy to obrazowo porównać do dmuchania balona – chcemy na koniec dnia mieć duży balon wypełniony ciśnieniem na sen.

Osoby z bezsennością przebywają w łóżku znacznie dłużej (np. 9 h) niż faktycznie śpią (np. 5 czy 6 h). To negatywnie wpływa na jakość oraz wydajność ich snu – jest poszatkowany i płytki. Technika, którą można uregulować tę rozbieżność, jest ograniczanie czasu spędzanego w łóżku³⁾ + likwidacja drzemek (nie na zawsze oczywiście). Robimy to na podstawie specjalnego dziennika snu, który pacjent codziennie wypełnia. Kiedy wydajność snu zostaje przywrócona do zadowalającego poziomu (85–90%), dodajemy pacjentowi każdego tygodnia 15 minut snu. Procedurę tę wykonujemy do momentu, w którym pacjent czuje się dobrze w ciągu dnia i funkcjonuje na pełnych obrotach. I teraz jedna ważna rzecz – to nie musi być osiem godzin. Osiem zalecanych godzin to uśredniona wartość, a niektórym ludziom wystarczy 6,5 godziny snu.

2. Kojarzenie łóżka z pobudzeniem: martwieniem się, gniewaniem na samego siebie oraz lękiem

Iwan Pawłow przeprowadził słynny eksperyment, w którym dawał psu jedzenie i dzwonił dzwonkiem. Po pewnym czasie pies ślinił się na sam dźwięk dzwonka – nastąpiło „klasyczne warunkowanie”. Osoby z bezsennością robią się natomiast pobudzone i nerwowe, gdy tylko wejdą do sypialni. Moi pacjenci często mówią, że leżą zrelaksowani przed telewizorem w salonie, jednak kiedy tylko wejdą do sypialni, senność mija! To zrozumiałe – kiedy po wielu próbach ciągle nie śpimy tak, jak chcemy, nasze łóżko może stać się źródłem frustracji oraz lęku. Zostajemy uwarunkowani – pies Pawłowa ślinił się, gdy tylko słyszał dzwonek, a my stajemy się wzbudzeni, kiedy tylko wejdziemy do sypialni. Ludzie bardzo szybko uczą się kojarzyć określone miejsca z określonymi emocjami: sypialnia => klik => pobudzenie, martwienie się. Technika, która przerywa to połączenie, jest „kontrola bodźców”⁴⁾, której zalecenia w skrócie są następujące:

- Idź do łóżka, tylko kiedy jesteś senny.
- Jeżeli nie możesz zasnąć przez dłużej niż 15 minut, wyjdź z łóżka do innego pokoju, zajmij się czymś (nie nadmiernie pobudzającym) i wróć do łóżka, kiedy zrobisz się senny.

- Wstawaj codziennie o stałej godzinie i nie „leżakuj” nad ranem w łóżku. Chcemy dać naszemu organizmowi przewidywalność, wtedy nauczymy się na nowo spać.

Bywa to trudne zadanie dla terapeuty – niektórzy bardzo przyzwyczajają się do „czatowania” na sen i wykonywania w łóżku różnych czynności niezwiązanych ze spaniem. Pewna pacjentka powiedziała mi, że tak już w sumie od roku rano dosypia, więc chyba ciężko będzie jej to zmienić. Inny pacjent powiedział, że nie chce wyjść z łóżka, ponieważ boi się, że przegapi ten moment kiedy senność nadejdzie... Na szczęście na wszystkie te wątpliwości są przekonujące odpowiedzi i interwencje. :)

Oprócz tego, wiele osób z bezsennością prowadzi oszczędny tryb życia. Żle śpią => czują się zmęczeni, więc starają się nie przemęczać. Jednak to znowu obniża ich ciśnienie na sen! Zdarza się, że odwołują spotkania towarzyskie czy nawet biorą L4 z pracy, a to wszystko znowu sprawia, że pogłębiają swój problem ze snem...

Źródła:

1. Van de Laar M. et al., *The role of personality traits in insomnia*, „Sleep Medicine Reviews” 14(1), 2010, 61–68.
2. Rogojanski J., Carney C.E., Monson C.M., *Interpersonal factors in insomnia: A model for integrating bed partners into cognitive behavioral therapy for insomnia*, „Sleep Medicine Reviews” 17(1), 2013, 55–64.
3. Morin C.M., Azrin N.H., *Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 55(2), 1987, 260.
4. Miller C.B. et al., *The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder*, „Sleep Medicine Reviews” 18(5), 2014, 415–424.