



Złożenie pracy online:
2026-04-25 16:44:36
Kod pracy:
39488/54238/CloudA

Dawid Zięba
(nr albumu: 31680)

Praca magisterska

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności

Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for insomnia

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Joanna Felczak

Chciałbym serdecznie podziękować Pani dr Joannie Felczak za opiekę, wsparcie i wszystkie cenne wskazówki, które pomogły mi w przygotowaniu tej pracy magisterskiej. Dziękuję również recenzentom za czas poświęcony na jej ocenę oraz konstruktywne uwagi. Na koniec dziękuję Wyższej Szkole Biznesu – National Louis University za możliwość studiowania i stworzenie dobrych warunków do nauki i rozwoju.



Streszczenie

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I) stanowi istotny obszar badań w kontekście rosnącego znaczenia jakości snu dla zdrowia psychicznego i fizycznego człowieka. Badania przeprowadzono metodą studium przypadku obejmującą pięciu uczestników, łącząc analizę jakościową (wywiady i analiza fenomenologiczna) z pomiarami ilościowymi realizowanymi przed i po terapii z wykorzystaniem dzienników snu oraz standaryzowanych narzędzi psychometrycznych: Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS), Skali Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST), Skali Depresji Becka (BDI-II), Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Kwestionariusza jakości życia SF-36. Uzyskane wyniki wskazują na istotną poprawę parametrów snu, w tym skrócenie czasu zasypiania, redukcję liczby przebudzeń nocnych oraz wzrost efektywności snu. Zaobserwowano również zmniejszenie nasilenia objawów bezsenności, obniżenie poziomu lęku i objawów depresyjnych oraz poprawę funkcjonowania w ciągu dnia. Analiza jakościowa ujawniła zmiany w sposobie doświadczania snu, w tym redukcję lęku przed bezsennością oraz modyfikację nieadaptacyjnych przekonań dotyczących snu. Wyniki wskazują także na poprawę ogólnej jakości życia uczestników. Uzyskane rezultaty potwierdzają wysoką skuteczność CBT-I jako metody leczenia bezsenności oraz podkreślają znaczenie indywidualnych czynników wpływających na efektywność terapii.

Słowa kluczowe

bezsenność, terapia poznawczo-behawioralna bezsenności (CBT-I), jakość snu, studium przypadku, analiza fenomenologiczna, narzędzia psychometryczne, leczenie nefarmakologiczne

Abstract

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I) is an important area of research given the growing recognition of sleep quality as a key factor in mental and physical health. The study was conducted using a case study method involving five participants, combining qualitative analysis (interviews and phenomenological analysis) with quantitative measurements carried out before and after therapy using sleep diaries and standardized psychometric instruments: the Athens Insomnia Scale (AIS), the Ford Insomnia Response to Stress Test (FIRST), the Beck Depression Inventory (BDI-II), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the SF-36 Quality of Life Questionnaire. The results indicate significant improvements in sleep parameters, including reduced sleep onset latency, fewer nocturnal awakenings, and increased sleep efficiency. A decrease in insomnia severity, reductions in anxiety and depressive symptoms, and improved daytime functioning were also observed. Qualitative analysis revealed changes in the subjective experience of sleep, including reduced anxiety about insomnia and modification of maladaptive beliefs. The findings also demonstrate improved overall quality of life. These results confirm the high effectiveness of CBT-I and highlight the role of individual factors in therapeutic outcomes.

Keywords

insomnia, cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I), sleep quality, case study, phenomenological analysis, psychometric measures, non-pharmacological treatment

Wstęp.....	4
Rozdział 1 Bezsenność jako zaburzenie snu – ujęcie definicyjne, epidemiologiczne i diagnostyczne....	8
1.1 <i>Bezsenność – definicje, kryteria klasyfikacyjne i typologia zaburzenia.....</i>	8
1.2 <i>Rozpowszechnienie bezsenności oraz uwarunkowania ryzyka jej występowania.....</i>	11
1.3 <i>Postępowanie diagnostyczne i diagnostyka różnicowa bezsenności</i>	12
1.4 <i>Patomechanizmy bezsenności.....</i>	16
1.4.1 <i>Stres jako kluczowy czynnik w patogenezie bezsenności</i>	16
1.4.2 <i>Hyperarousal: Nadmierne wzbudzenie w bezsenności.....</i>	17
1.5 <i>Modele teoretyczne bezsenności: Poznawcze i behawioralne podejścia</i>	18
1.5.1 <i>Dysfunkcyjne przekonania i błędne koło bezsenności</i>	20
1.5.2 <i>Model poznawczy Espie: Uwaga, intencja i wysiłek w bezsenności</i>	24
1.6 <i>Relacja między lękiem, depresją, jakością życia i bezsennością</i>	26
Rozdział 2 Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności – podstawy teoretyczne i praktyka kliniczna	29
2.1 <i>Znaczenie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń snu i dowody skuteczności</i>	29
2.2 <i>Założenia, struktura i organizacja procesu terapeutycznego CBT-I</i>	31
2.3 <i>Interwencje behawioralne stosowane w terapii bezsenności.....</i>	33
2.3.1 <i>Higiena snu.....</i>	33
2.3.2 <i>Technika kontroli bodźców</i>	34
2.3.3 <i>Restrykcja snu (ograniczanie czasu snu)</i>	36
2.3.4 <i>Techniki relaksacyjne.....</i>	37
2.4 <i>Oddziaływania poznawcze oraz elementy psychoedukacji w CBT-I.....</i>	39
2.4.1 <i>Psychoedukacja dotycząca snu i bezsenności</i>	40
2.4.2 <i>Restrukturyzacja poznawcza</i>	40
2.4.3 <i>Dekatastrofizacja i praca nad konsekwencjami bezsenności.....</i>	41
2.4.4 <i>Techniki wspomagające proces poznawczy</i>	41
2.4.5 <i>Intencja paradoksalna i technika uruchomienia wyobraźni</i>	41
Rozdział 3 Metodologiczne podstawy badań własnych.....	43
3.1 <i>Charakterystyka zastosowanej metodyki, problem badawczy i cele badania</i>	43
3.2 <i>Ustalenia koncepcyjne i założenia badawcze</i>	44
3.3 <i>Procedury, metody oraz narzędzia badawcze wykorzystane w badaniach własnych</i>	46
3.3.1 <i>Analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu.....</i>	46
3.3.2 <i>Dziennik snu.....</i>	47
3.3.3 <i>Ateńska Skala Bezsenności (AIS).....</i>	48
3.3.4 <i>Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST).....</i>	48
3.3.5 <i>Skala Depresji Becka (BDI II)</i>	49
3.3.6 <i>Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI).....</i>	50
3.3.7 <i>Kwestionariusz jakości życia SF-36-wersja polska.....</i>	51
3.4 <i>Zasady doboru uczestników oraz kryteria kwalifikacji próby badawczej.....</i>	51



Rozdział 4	Badania własne – studium przypadków	54
4.1	<i>Studium przypadku – Anna- wyniki badań i interpretacja przed i po terapii</i>	54
4.1.1	Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu	54
4.1.2	Dziennik snu	62
4.1.3	Ateńska Skala Bezsenności	64
4.1.4	Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)	65
4.1.5	Skala Depresji Becka BDI II	69
4.1.6	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)	70
4.1.7	Kwestionariusz jakości życia SF-36-wersja polska	72
4.1.8	Wnioski i zalecenia	75
4.2	<i>Studium przypadku – Magdalena- wyniki badań i interpretacja przed i po terapii</i>	76
4.2.1	Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu	76
4.2.2	Dziennik snu	87
4.2.3	Ateńska Skala Bezsenności	89
4.2.4	Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)	90
4.2.5	Skala Depresji Becka II (BDI-II)	93
4.2.6	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)	94
4.2.7	Kwestionariusz jakości życia SF-36	96
4.2.8	Wnioski i zalecenia	98
4.3	<i>Studium przypadku – Weronika- wyniki badań i interpretacja przed i po terapii</i>	100
4.3.1	Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu	101
4.3.2	Dziennik snu	109
4.3.3	Ateńska Skala Bezsenności	111
4.3.4	Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)	113
4.3.5	Skala Depresji Becka II (BDI-II)	115
4.3.6	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)	117
4.3.7	Kwestionariusz jakości życia SF-36	119
4.3.8	Wnioski i zalecenia	122
4.4	<i>Studium przypadku – Artur wyniki badań i interpretacja przed i po terapii</i>	123
4.4.1	Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu	123
4.4.2	Dziennik snu	132
4.4.3	Ateńska Skala Bezsenności	134
4.4.4	Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)	136
4.4.5	Skala Depresji Becka II (BDI-II)	139
4.4.6	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)	141
4.4.7	Kwestionariusz jakości życia SF-36	143
4.4.8	Wnioski i zalecenia	146
4.5	<i>Studium przypadku – Piotr wyniki badań i interpretacja przed i po terapii</i>	147
4.5.1	Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu	147
4.4.2	Dziennik snu	155
4.4.3	Ateńska Skala Bezsenności	158
4.4.4	Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)	160
4.4.5	Skala Depresji Becka II (BDI-II)	162
4.4.6	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)	163
4.4.7	Kwestionariusz jakości życia SF-36	165
4.4.8	Wnioski i zalecenia	168
Rozdział 5.	Dyskusja wyników i wnioski	169
5.1	<i>Weryfikacja założeń badawczych</i>	170



5.2	<i>Dyskusja wyników.....</i>	178
	Zakończenie	185
	Bibliografia	188
	Spis rysunków.....	203



Wstęp

Współcześnie coraz większą uwagę w badaniach psychologicznych oraz klinicznych poświęca się jakości snu i jej znaczeniu dla zdrowia psychicznego oraz fizycznego człowieka. Sen stanowi jeden z podstawowych procesów biologicznych, warunkujących prawidłowe funkcjonowanie organizmu, regulację emocji, procesy poznawcze oraz zdolność adaptacji do codziennych wymagań. Zaburzenia snu należą do najczęściej występujących problemów zdrowotnych, a wśród nich szczególne miejsce zajmuje bezsenność, która dotyka znaczną część populacji dorosłej i często przyjmuje charakter przewlekły. Trudności związane z zasypianiem, utrzymaniem snu lub jego niską jakością wpływają nie tylko na samopoczucie jednostki, lecz także na jej funkcjonowanie społeczne i zawodowe.

Bezsennność nie ogranicza się wyłącznie do subiektywnego poczucia niewyspania, lecz stanowi złożone zaburzenie o wieloczynnikowej etiologii. Jej konsekwencje obejmują m.in. obniżenie nastroju, zwiększoną drażliwość, trudności w koncentracji, spadek efektywności poznawczej oraz pogorszenie ogólnej jakości życia. Długotrwałe utrzymywanie się objawów bezsenności może sprzyjać rozwojowi zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz schorzeń somatycznych. Z tego względu problem ten stanowi istotne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne, wymagające kompleksowego podejścia uwzględniającego zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne oraz behawioralne.

W praktyce klinicznej leczenie bezsenności przez wiele lat opierało się głównie na interwencjach farmakologicznych. Choć leki nasenne mogą przynosić krótkoterminową ulgę w objawach, ich długotrwałe stosowanie wiąże się z ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, rozwoju tolerancji oraz uzależnienia. W odpowiedzi na te ograniczenia coraz większe znaczenie zyskują nefarmakologiczne metody leczenia, wśród których szczególne miejsce zajmuje terapia poznawczo-behawioralna dla bezsenności (CBT-I). Metoda ta uznawana jest obecnie za jedną z najlepiej udokumentowanych form leczenia przewlekłej bezsenności i rekomendowana jako postępowanie pierwszego wyboru w wielu wytycznych klinicznych.

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności opiera się na założeniu, że trudności ze snem są podtrzymywane przez nieadaptacyjne przekonania, schematy poznawcze oraz zachowania związane ze snem i czuwaniem. Oddziaływania terapeutyczne koncentrują



się m.in. na modyfikacji błędnych przekonań dotyczących snu, regulacji rytmu dobowego, ograniczeniu zachowań sprzyjających utrwalaniu bezsenności oraz redukcji napięcia psychofizycznego. Istotnym elementem CBT-I jest także psychoedukacja, która umożliwia pacjentom lepsze zrozumienie mechanizmów leżących u podłoża bezsenności i sprzyja aktywnemu zaangażowaniu w proces terapeutyczny. Skuteczność tej formy terapii potwierdzona została w licznych badaniach empirycznych, a uzyskiwane efekty charakteryzują się względną trwałością.

Podjęcie tematyki skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności wynika z potrzeby pogłębienia wiedzy na temat jej zastosowania w praktyce klinicznej. Pomimo bogatej literatury przedmiotu dotyczącej CBT-I, nadal istotne pozostaje ukazywanie efektów terapii w odniesieniu do indywidualnych przypadków klinicznych. Zastosowanie metody studium przypadku umożliwia szczegółową analizę przebiegu terapii, specyfiki zgłaszanych trudności oraz zmian zachodzących w funkcjonowaniu pacjentów w toku oddziaływań terapeutycznych. Takie podejście pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmów zmiany oraz czynników sprzyjających poprawie jakości snu.

Celem niniejszej pracy magisterskiej jest ocena skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności na podstawie analizy wybranych studiów przypadków. Praca ma na celu ukazanie zarówno teoretycznych podstaw bezsenności, jak i praktycznych aspektów terapii poznawczo-behawioralnej stosowanej w leczeniu tego zaburzenia, ze szczególnym uwzględnieniem interwencji behawioralnych i poznawczych wykorzystywanych w procesie terapeutycznym.

W ramach realizacji pracy zastosowano metodę analizy literatury przedmiotu, obejmującą monografie naukowe, artykuły z recenzowanych czasopism oraz aktualne wytyczne diagnostyczne i terapeutyczne. Część empiryczna pracy oparta została na metodzie studium przypadku i obejmuje pięciu uczestników, co umożliwiło pogłębioną, wieloaspektową analizę danych klinicznych. W badaniu wykorzystano podejście jakościowe w postaci analizy fenomenologicznej opartej na wywiadach z uczestnikami, co pozwoliło na uchwycenie subiektywnego doświadczenia bezsenności oraz zmian zachodzących w trakcie terapii. Uzupełnieniem danych jakościowych była systematyczna analiza dzienników snu prowadzonych przez badanych, umożliwiająca ocenę podstawowych parametrów snu.



W celu oceny zmian zastosowano standaryzowane narzędzia psychometryczne, takie jak Ateńska Skala Bezsenności (AIS), Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST), Skala Depresji Becka (BDI-II), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Kwestionariusz jakości życia SF-36 w wersji polskiej. Tak dobrany zestaw metod badawczych umożliwił kompleksową ocenę efektów terapii, obejmującą zarówno parametry snu, jak i funkcjonowanie emocjonalne oraz ogólną jakość życia uczestników.

Na podstawie przeglądu literatury oraz założeń teoretycznych sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności prowadzi do poprawy podstawowych parametrów snu, w szczególności skrócenia czasu zasypiania, zmniejszenia liczby i długości nocnych przebudzeń oraz zwiększenia efektywności snu.
2. Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności prowadzi do obniżenia ogólnego nasilenia objawów bezsenności.
3. Po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności obserwuje się poprawę subiektywnej jakości snu oraz funkcjonowania w ciągu dnia.
4. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności prowadzi do obniżenia poziomu napięcia psychicznego i wzbudzenia emocjonalnego związanego ze snem.
5. Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności przyczynia się do zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych oraz lękowych współwystępujących z bezsennością.
6. Po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności następuje poprawa ogólnej jakości życia, w szczególności w zakresie funkcjonowania psychicznego i społecznego.
7. Osoby charakteryzujące się wyższą podatnością na reagowanie zaburzeniami snu w sytuacjach stresowych uzyskują większą poprawę w zakresie parametrów snu oraz nasilenia objawów bezsenności po zastosowaniu terapii.
8. Analiza wywiadu oraz materiału fenomenologicznego ujawnia jakościowe zmiany w sposobie doświadczania snu i zasypiania, redukcję lęku przed bezsennością oraz bardziej adaptacyjne przekonania dotyczące snu po zakończeniu terapii.



Realizacja powyższych celów i weryfikacja hipotez pozwolą na ocenę skuteczności CBT-I oraz lepsze zrozumienie czynników sprzyjających efektywności tej formy terapii.

Praca składa się z czterech rozdziałów. Rozdział pierwszy poświęcony jest zagadnieniu bezsenności jako zaburzenia snu i obejmuje jej definicje, kryteria klasyfikacyjne, rozpowszechnienie, diagnostykę oraz modele teoretyczne wyjaśniające mechanizmy jej powstawania i utrzymywania się. Rozdział drugi koncentruje się na terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności, przedstawiając jej podstawy teoretyczne, strukturę procesu terapeutycznego oraz stosowane interwencje behawioralne i poznawcze. W rozdziale trzecim zaprezentowano metodologiczne podstawy badań własnych, w tym cele badawcze, założenia koncepcyjne, procedurę badawczą oraz kryteria doboru uczestników. Rozdział czwarty obejmuje prezentację i analizę pięciu studiów przypadków, a także podsumowanie i dyskusję uzyskanych wyników.

Podjęta w pracy problematyka ma istotne znaczenie poznawcze i praktyczne. Uzyskane wnioski mogą stanowić wartościowe źródło wiedzy dla psychologów, terapeutów oraz innych specjalistów zajmujących się leczeniem zaburzeń snu, a także przyczynić się do upowszechniania skutecznych, nefarmakologicznych metod terapii bezsenności.



Rozdział 1 Bezsenność jako zaburzenie snu – ujęcie definicyjne, epidemiologiczne i diagnostyczne

1.1 Bezsenność – definicje, kryteria klasyfikacyjne i typologia zaburzenia

Bezsenność stanowi jedno z najczęściej występujących zaburzeń snu i jest istotnym problemem zdrowotnym o poważnych konsekwencjach klinicznych oraz psychospołecznych. Trudności w jej jednoznacznym definiowaniu sprawiły, że na przestrzeni lat opracowano kilka systemów klasyfikacyjnych, które w różnym stopniu akcentują czas trwania objawów, ich nasilenie, częstość występowania oraz wpływ na funkcjonowanie jednostki w ciągu dnia. Wspólnym elementem współczesnych ujęć jest traktowanie bezsenności nie wyłącznie jako problemu nocnego, lecz jako zaburzenia o charakterze całodobowym, oddziałującego na funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i społeczne.

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 bezsenność definiowana jest jako stan charakteryzujący się niewystarczającą ilością snu i/lub jego obniżoną jakością, któremu towarzyszy pogorszenie funkcjonowania w ciągu dnia. Warunkiem rozpoznania jest utrzymywanie się objawów przez co najmniej jeden miesiąc, przy czym kluczowe znaczenie mają subiektywne skargi pacjenta, o ile prowadzą one do klinicznie istotnych konsekwencji w codziennym życiu (World Health Organization, 1993).

W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia snu zostały podzielone na organiczne (G47) oraz nieorganiczne (F51), przy czym bezsenność nieorganiczna (F51.0) zaliczana jest do zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi. Rozpoznanie tej postaci bezsenności możliwe jest wówczas, gdy pacjent zgłasza trudności w zasypianiu, problemy z utrzymaniem snu lub sen nieregenerujący, a objawy te występują co najmniej trzy razy w tygodniu przez okres minimum jednego miesiąca. Dodatkowym kryterium jest ich negatywny wpływ na samopoczucie oraz funkcjonowanie w życiu codziennym, przy jednoczesnym wykluczeniu przyczyn organicznych, stosowania substancji psychoaktywnych lub działania leków (World Health Organization, 1993).

Jednym z najczęściej stosowanych kryteriów porządkowania zaburzeń bezsenności jest czas utrzymywania się objawów. Na tej podstawie wyróżnia się bezsenność przygodną,



obejmującą krótkotrwałe epizody trwające kilka dni, bezsenność krótkotrwałą (ostrą lub przemijającą), utrzymującą się do około czterech tygodni, oraz bezsenność przewlekłą, charakteryzującą się długotrwałym utrzymywaniem się objawów przez tygodnie lub miesiące. Bezsenność przygodna oraz krótkotrwałą nie są zazwyczaj traktowane jako stan chorobowy, lecz jako fizjologiczna reakcja organizmu na czynniki stresowe, zmiany trybu życia lub obciążenia psychospołeczne. Odmienny charakter ma bezsenność przewlekłą, która często współwystępuje z innymi schorzeniami psychicznymi lub somatycznymi oraz bywa podtrzymywana przez czynniki behawioralne i nieadaptacyjne nawyki związane ze snem (Benca, 2007).

Uwzględniając etiologię zaburzenia, w tradycyjnych ujęciach wyróżniano bezsenność pierwotną oraz wtórną. Bezsenność wtórna rozumiana była jako objaw towarzyszący innym zaburzeniom, zarówno psychicznym, jak i somatycznym. Takie podejście znalazło odzwierciedlenie w starszych systemach klasyfikacyjnych, jednak współczesne koncepcje diagnostyczne coraz częściej odchodzą od tego podziału, akcentując złożony i wieloczynnikowy charakter bezsenności.

W nowszej klasyfikacji ICD-11 wprowadzono istotne zmiany w sposobie konceptualizacji bezsenności w porównaniu z wcześniejszą klasyfikacją ICD-10. Jedną z najważniejszych modyfikacji jest odejście od podziału zaburzeń snu na organiczne i nieorganiczne, który był charakterystyczny dla ICD-10. W ICD-11 bezsenność została ujęta jako odrębne zaburzenie należące do grupy zaburzeń snu i czuwania, co odzwierciedla współczesne podejście do jej etiologii jako zjawiska o złożonym i wieloczynnikowym charakterze. W nowej klasyfikacji wyróżnia się przede wszystkim bezsenność krótkotrwałą (short-term insomnia) oraz bezsenność przewlekłą (chronic insomnia), przy czym rozróżnienie to opiera się głównie na czasie trwania objawów. Bezsenność przewlekłą rozpoznawana jest wówczas, gdy trudności w zasypianiu, utrzymaniu snu lub przedwczesnym wybudzaniu się występują kilka razy w tygodniu i utrzymują się przez okres co najmniej trzech miesięcy, pomimo zapewnienia odpowiednich warunków do snu. Istotnym elementem diagnostycznym pozostaje również obecność negatywnych konsekwencji w funkcjonowaniu w ciągu dnia, takich jak zmęczenie, obniżona koncentracja, pogorszenie nastroju czy spadek efektywności w pracy lub nauce. Takie ujęcie bezsenności podkreśla znaczenie interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych w powstawaniu i utrzymywaniu się zaburzeń snu oraz



odzwierciedla aktualne kierunki w badaniach nad snem i jego zaburzeniami (World Health Organization, 2019).

Znaczący wpływ na rozwój współczesnych kryteriów diagnostycznych miały ustalenia zawarte w raporcie National Institute of Mental Health, opracowanym w ramach Consensus Development Conference. Wskazano w nim, że bezsenność powinna być rozpatrywana nie tylko przez pryzmat objawów nocnych, lecz również ich konsekwencji w ciągu dnia, takich jak przewlekłe zmęczenie, trudności z koncentracją czy obniżenie wydolności psychicznej. Podkreślono także ograniczenia długotrwałego leczenia farmakologicznego oraz potrzebę pogłębionej diagnostyki zaburzeń snu (National Institute of Mental Health, 1984).

Istotne zmiany w podejściu diagnostycznym wprowadziła piąta edycja klasyfikacji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. W DSM-5 zrezygnowano z rozróżnienia na bezsenność pierwotną i wtórną, wprowadzając jednolitą kategorię diagnostyczną insomnia disorder. Zaburzenie to rozpoznawane jest w przypadku dominujących skarg dotyczących ilości lub jakości snu, obejmujących trudności z zasypianiem, problemy z utrzymaniem snu, częste wybudzenia nocne lub wczesne poranne budzenie się z niemożnością ponownego zaśnięcia. Objawy muszą występować co najmniej trzy razy w tygodniu przez okres minimum trzech miesięcy, mimo zapewnienia odpowiednich warunków do snu oraz prowadzić do klinicznie istotnego cierpienia lub pogorszenia funkcjonowania w sferze zawodowej, społecznej lub emocjonalnej (American Psychiatric Association, 2013; Wichniak & Jarema, 2018).

Rozwinięcie kryteriów diagnostycznych bezsenności zawarte jest również w Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu w trzeciej edycji (ICSD-3), stosowanej przede wszystkim w ośrodkach medycyny snu. Klasyfikacja ta obejmuje szerokie spektrum zaburzeń snu, ujętych w kilku głównych grupach i rozróżnia bezsenność krótkotrwałą, trwającą do trzech miesięcy, oraz bezsenność przewlekłą, utrzymującą się powyżej tego okresu. W praktyce klinicznej wyróżnia się m.in. dyssomnie, w których problemem jest ilość lub jakość snu, zaburzenia rytmu snu i czuwania oraz parasomnie, odnoszące się do nieprawidłowych zjawisk występujących w trakcie snu (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Wichniak & Jarema, 2018).



Zgodnie z definicją ICSD-3 bezsenność obejmuje utrwalone trudności w zasypianiu lub utrzymaniu snu, występujące pomimo odpowiednich warunków do snu, oraz towarzyszące im zaburzenia funkcjonowania w ciągu dnia. Do najczęściej obserwowanych następstw dziennych należą przewlekłe zmęczenie, drażliwość, obniżony nastrój, trudności w koncentracji oraz spadek sprawności poznawczej, co może prowadzić do pogorszenia funkcjonowania społecznego, zawodowego i rodzinnego pacjenta (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Walacik-Ufnal, 2015).

Podsumowując, współczesne systemy klasyfikacyjne podkreślają wielowymiarowy charakter bezsenności, jej przewlekłość oraz ścisły związek pomiędzy zaburzeniami snu a funkcjonowaniem w ciągu dnia. Takie ujęcie stanowi istotną podstawę dla dalszych rozważań diagnostycznych oraz dla doboru adekwatnych metod leczenia, w tym terapii poznawczo-behawioralnej.

1.2 Rozpowszechnienie bezsenności oraz uwarunkowania ryzyka jej występowania

Bezsenność jest uznawana za najczęściej występujące zaburzenie snu oraz jedno z najpowszechniejszych zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej. Badania epidemiologiczne wskazują, że objawy bezsenności, rozumiane jako trudności z zasypianiem, utrzymaniem snu lub obniżona jakość snu, występują u znacznej części dorosłej populacji (Lichstein, Taylor, & Kenneth, 2011). Zjawisko to stanowi istotny problem zdrowia publicznego, szczególnie w krajach uprzemysłowionych.

Szacuje się, że w krajach rozwiniętych skargi na bezsenność zgłasza od 20% do 30% osób dorosłych (Costa e Silva, Chase, Sartorius, & Roth, 1996). Podobne dane odnotowano w Polsce, gdzie częstość występowania zaburzeń snu oceniana jest na poziomie około 24–29% populacji dorosłej (Szelenberger & Skalski, 1999). Różnice w podawanych wskaźnikach rozpowszechnienia wynikają w dużej mierze z odmiennych kryteriów diagnostycznych oraz metodologii prowadzonych badań.

Analizy epidemiologiczne wskazują, że częstość występowania bezsenności jest zróżnicowana w zależności od cech demograficznych i społecznych. Zaburzenie to częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn, a ryzyko jego wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem (Ohayon, 2002). Ponadto większe rozpowszechnienie bezsenności obserwuje się u osób



rozwiedzionych, owdowiałych lub pozostających w separacji, a także u osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Do grup podwyższonego ryzyka należą również osoby pracujące w systemie zmianowym, u których dochodzi do zaburzenia rytmu dobowego snu i czuwania (Lichstein et al., 2011).

Na szczególną uwagę zasługuje przewlekła bezsenność, która stanowi klinicznie istotną postać zaburzenia. Szacuje się, że dotyczy ona około 6% populacji osób dorosłych (Ohayon, 2002). Przewlekła bezsenność wiąże się z istotnym obniżeniem jakości życia, pogorszeniem funkcjonowania psychospołecznego oraz zwiększoną absencją chorobową i kosztami opieki zdrowotnej (Costa e Silva et al., 1996).

Nie leczona bezsenność zwiększa ryzyko wystąpienia innych zaburzeń psychicznych, w szczególności depresji, a także chorób somatycznych, w tym schorzeń układu sercowo-naczyniowego (Ohayon, 2002). Z tego względu coraz częściej postrzegana jest ona jako niezależny czynnik ryzyka pogorszenia zdrowia psychicznego i fizycznego, a nie jedynie objaw towarzyszący innym zaburzeniom.

Mimo licznych badań etiologia bezsenności nie została dotychczas w pełni wyjaśniona. W literaturze podkreśla się jednak znaczącą rolę nadmiernego wzbudzenia fizjologicznego, które obserwowane jest zarówno w trakcie snu, jak i w stanie czuwania. Podwyższony poziom aktywacji układu nerwowego utrudnia inicjację i utrzymanie snu, sprzyjając utrwalaniu objawów bezsenności (Ohayon, 2002).

Podsumowując, bezsenność jest powszechnym zaburzeniem snu o złożonych uwarunkowaniach demograficznych, psychospołecznych i biologicznych. Jej wysoka częstość występowania oraz istotne konsekwencje zdrowotne podkreślają znaczenie wczesnej diagnostyki i wdrażania skutecznych metod leczenia.

1.3 Postępowanie diagnostyczne i diagnostyka różnicowa bezsenności

Rozpoznanie bezsenności opiera się przede wszystkim na szczegółowo przeprowadzonym wywiadzie klinicznym, który stanowi podstawowe narzędzie diagnostyczne w ocenie tego zaburzenia. Prawidłowe ustalenie rozpoznania ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia, gdyż bezsenność może stanowić zarówno samodzielne zaburzenie, jak i objaw innej choroby somatycznej lub psychicznej. W wywiadzie należy uwzględnić charakter trudności



ze snem, czas ich trwania, dynamikę objawów oraz ich wpływ na funkcjonowanie pacjenta w ciągu dnia. Istotne jest również zebranie informacji dotyczących dotychczasowych sposobów radzenia sobie z problemami snu, w tym prób samopomocy oraz wcześniejszego leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego (Szelenberger, 2007; American Psychiatric Association, 2013).

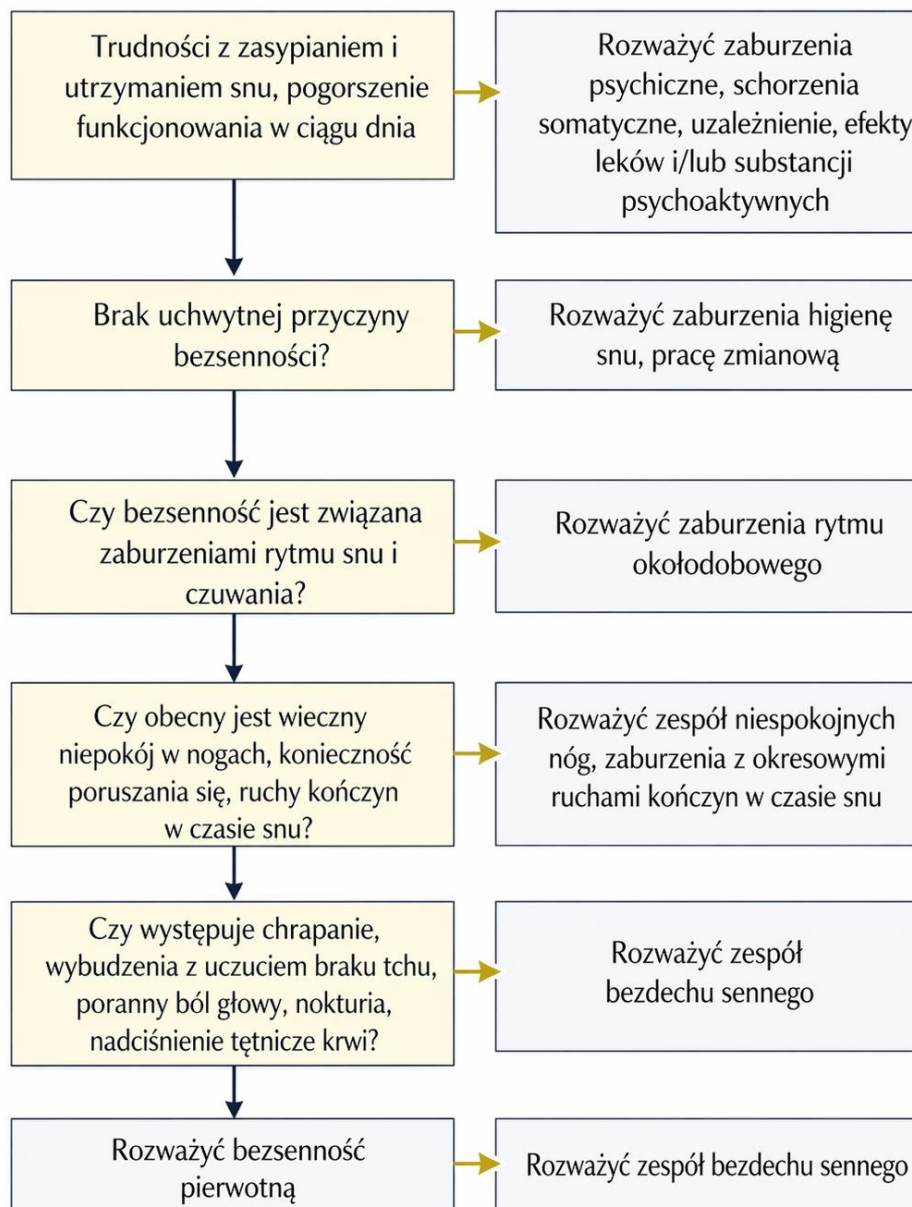
W procesie diagnostycznym należy brać pod uwagę indywidualną podatność na rozwój bezsenności. Badania wskazują, że ryzyko jej wystąpienia zwiększają m.in. płeć żeńska, dodatni wywiad rodzinny, a także określone cechy osobowości, takie jak skłonność do nadmiernego napięcia psychicznego w godzinach wieczornych czy nadmierna koncentracja uwagi na śnie. U osób predysponowanych nawet krótkotrwałe choroby somatyczne lub trudne wydarzenia życiowe mogą prowadzić do utrwalenia zaburzeń snu (Wichniak & Jarema, 2018).

Użytecznym modelem wyjaśniającym rozwój i utrzymywanie się bezsenności jest trójczynnikiowy model Spielmana, który wyróżnia czynniki predysponujące, wywołujące oraz utrwalające. Do czynników predysponujących zalicza się m.in. uwarunkowania genetyczne, podwyższony poziom wzbudzenia fizjologicznego, cechy osobowości sprzyjające zamartwianiu się, wiek, płeć żeńską oraz nieprawidłową higienę snu. Czynniki wywołujące obejmują stresory psychospołeczne, nagłe zmiany trybu życia, choroby somatyczne, zaburzenia psychiczne, pracę zmianową oraz używanie substancji psychoaktywnych. Czynniki utrwalające natomiast związane są głównie z zachowaniami podtrzymującymi bezsenność, takimi jak nadmiernie długi czas spędzany w łóżku, poranne dosypianie, ograniczanie aktywności fizycznej czy wykonywanie czynności niezwiązanych ze snem w sypialni (Spielman et al., 1987).

W procesie diagnostycznym pomocne są standaryzowane wywiady oraz kwestionariusze pozwalające na usystematyzowaną ocenę subiektywnego nasilenia objawów bezsenności i ich konsekwencji dla funkcjonowania psychospołecznego pacjenta. W praktyce klinicznej stosowane są ogólne kwestionariusze zaburzeń snu, wypełniane przez pacjentów przed pierwszą konsultacją w poradni leczenia zaburzeń snu, co umożliwia wstępną ocenę problemu i ukierunkowanie dalszej diagnostyki (Szelenberger, 2007; Walacik-Ufnal, 2015).



Rys.1. Model diagnostyczny przyczyn bezsenności



Źródło: Wichniak A. Jarema M. Podstawy rozpoznawania i leczenia wybranych zaburzeń snu, Biblioteka Czasopisma Psychiatria, Via Medica, Gdańsk 2018. s. 22.

Nieodzownym elementem oceny klinicznej bezsenności jest prowadzenie dziennika snu. Narzędzie to dostarcza informacji dotyczących wzorca snu i czuwania, czasu zasypiania,



liczby i długości wybudzeń nocnych, całkowitego czasu snu oraz subiektywnej jakości wypoczynku. Regularne zapisy umożliwiają monitorowanie nasilenia objawów w czasie oraz ocenę skuteczności podejmowanych interwencji terapeutycznych. Zaleca się codzienne prowadzenie dziennika snu, szczególnie przez cały okres terapii, przy czym formy graficzne są szczególnie użyteczne w analizie wzorców snu (Morin & Espie, 2003; Szelenberger, 2007).

Do ilościowej oceny nasilenia objawów bezsenności wykorzystuje się również wystandaryzowane skale kliniczne. Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi jest Ateńska Skala Bezsenności (Athens Insomnia Scale), oparta na kryteriach ICD-10. Ponadto stosowane są Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (Ford Insomnia Response to Stress Test), służąca do oceny podatności na zaburzenia snu w sytuacjach stresowych, oraz Skala Nadmiernego Wzbudzenia Regesteina, mierząca poziom aktywacji fizjologicznej w ciągu dnia (Soldatos et al., 2000; Drake et al., 2004; Regestein et al., 1993; Walacik-Ufnal, 2015).

W przeciwieństwie do metod subiektywnych, obiektywne techniki badania snu, takie jak polisomnografia, nie są rutynowo wykorzystywane w diagnostyce bezsenności. Badanie to pozwala na szczegółową ocenę architektury snu, jednak jego wyniki często nie korelują z subiektywnymi dolegliwościami pacjentów. Osoby cierpiące na bezsenność mają tendencję do przeszacowywania czasu czuwania i niedoszacowywania rzeczywistego czasu snu, a uzyskiwane wyniki mogą pozostawać prawidłowe lub wykazywać znaczną zmienność pomiędzy kolejnymi badaniami. Polisomnografia znajduje zastosowanie głównie w diagnostyce różnicowej, w celu wykluczenia innych pierwotnych zaburzeń snu, takich jak obturacyjny bezdech senny czy okresowe ruchy kończyn podczas snu (Reite et al., 1995; American Academy of Sleep Medicine, 2014).

Uzupełniającą metodą obiektywnej oceny snu jest aktografia, polegająca na rejestracji aktywności ruchowej za pomocą niewielkiego urządzenia noszonego na nadgarstku lub nodze. Na podstawie wzorców aktywności możliwe jest pośrednie rozróżnienie okresów snu i czuwania. U pacjentów z bezsennością obserwuje się zwiększoną aktywność ruchową, co interpretowane jest jako przejaw podwyższonego pobudzenia fizjologicznego (Niemcewicz et al., 2001).

Diagnostyka różnicowa bezsenności wymaga wykluczenia innych zaburzeń snu oraz stanów mogących imitować jej objawy. Należy uwzględnić m.in. zespół endogennego niedoboru snu,



wynikający z niewystarczającej ilości snu w stosunku do indywidualnego zapotrzebowania, często obserwowany u osób pracujących w systemie zmianowym, a także niewłaściwą higienę snu, szczególnie powszechną w populacji osób młodych. W procesie różnicowania istotne są również zaburzenia rytmu okołodobowego, zwłaszcza zespół opóźnionej fazy snu, zespół niespokojnych nóg, okresowe ruchy kończyn podczas snu oraz obturacyjny bezdech senny, w przebiegu, którego znaczna część pacjentów zgłasza objawy bezsenności (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Wichniak et al., 2008).

Bezsenna często współwystępuje z chorobami somatycznymi, takimi jak cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, przewlekłe choroby płuc czy schorzenia przebiegające z bólem, a także z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami afektywnymi, lękowymi oraz uzależnieniami. Szacuje się, że jedynie u 10–20% pacjentów bezsenność ma charakter pierwotny i nie jest związana z innymi zaburzeniami snu lub chorobami współistniejącymi. W przypadku współchorobowości kluczowe znaczenie ma równoczesne leczenie bezsenności oraz zaburzenia podstawowego, co zwiększa skuteczność terapii i poprawia ogólne funkcjonowanie pacjenta (American Psychiatric Association, 2013; Walacik-Ufnal, 2015).

1.4 Patomechanizmy bezsenności

Bezsenna jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń snu, mającym ogromny wpływ na jakość życia osób nią dotkniętych. Współczesne badania nad patomechanizmami bezsenności uwzględniają zarówno czynniki biologiczne, jak i psychiczne, które razem kształtują jej rozwój i przebieg. W literaturze przedmiotu wyróżnia się różne teorie wyjaśniające patogenezę bezsenności, które pozwalają zrozumieć, w jaki sposób zachodzą procesy, prowadzące do utrwalania się tego zaburzenia. W poniższym rozdziale omówione zostaną główne mechanizmy patogenetyczne bezsenności oraz teoretyczne modele wyjaśniające jej rozwój.

1.4.1 Stres jako kluczowy czynnik w patogenezie bezsenności

Bezsenna przygodna i krótkotrwała często jest skutkiem sytuacji stresowych, które wywołują zaburzenia snu o charakterze przejściowym. Często doświadczają jej osoby, które borykają się z istotnymi wydarzeniami życiowymi, takimi jak zmiany zawodowe, rodzinne czy problemy zdrowotne. Stres, szczególnie w jego przewlekłej postaci, prowadzi do



aktywacji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA) oraz układu współczulnego, co uruchamia reakcje fizjologiczne związane z pobudzeniem organizmu, przygotowując go do reakcji „walki lub ucieczki” (Vgontzas, Tsigos, & Bixler, 1998). W odpowiedzi na stres dochodzi do wzrostu poziomu kortyzolu, a także podwyższenia tętna, ciśnienia krwi i temperatury ciała, co zaburza normalny rytm snu. W przypadku bezsenności krótkotrwałej, procesy te zwykle ustępują po rozwiązaniu sytuacji stresowej, a sen wraca do normy.

Jednakże u niektórych osób, szczególnie tych, które mają predyspozycje do rozwoju chronicznej bezsenności, zaburzenia te mogą utrzymywać się przez długi czas. Istnieje wiele dowodów na to, że osoby cierpiące na bezsenność przewlekłą wykazują zwiększoną aktywność w układzie stresu, a także w układzie współczulnym, co prowadzi do stanu nadmiernego wzbudzenia organizmu (Vgontzas et al., 2001). Zjawisko to jest kluczowe w patogenezie przewlekłej bezsenności, ponieważ chroniczne pobudzenie organizmu zaburza zdolność do zasypiania i utrzymywania snu, prowadząc do jego płytszej i bardziej fragmentarycznej jakości.

1.4.2 Hyperarousal: Nadmierne wzbudzenie w bezsenności

Jednym z centralnych mechanizmów w patogenezie bezsenności jest zjawisko nadmiernego wzbudzenia (hyperarousal), które jest obecne zarówno w czasie snu, jak i czuwania. Osoby z chroniczną bezsennością charakteryzują się ciągłym stanem aktywności układu nerwowego, szczególnie w okresach przeznaczonych na odpoczynek (Perlis, Shaw, Cano, & Espie, 2011). Już w latach 60. XX wieku zauważono, że osoby z bezsennością wykazują wyższą temperaturę ciała oraz częstsze skurcze serca i większą liczbę ruchów ciała podczas snu w porównaniu do osób zdrowych (Monroe, 1967). W późniejszych badaniach, takich jak te przeprowadzone przez Bonnet i Aranda (1995), udowodniono, że osoby cierpiące na chroniczną bezsenność mają wyższe tempo metabolizmu, większe napięcie mięśniowe, a także zwiększoną aktywność układu współczulnego, co utrudnia przejście w stan snu.

Wzrost aktywności fizjologicznej i emocjonalnej, który jest związany z chronicznym wzbudzeniem, jest zatem jednym z głównych czynników prowadzących do utrwalenia zaburzeń snu. Zjawisko to jest szczególnie silne w przypadku bezsenności przewlekłej, ponieważ reakcje stresowe organizmu stają się bardziej uporczywe, a mechanizmy relaksacyjne i regeneracyjne nie są w stanie skutecznie zneutralizować napięcia.



1.5 Modele teoretyczne bezsenności: Poznawcze i behawioralne podejścia

Jednym z najbardziej znanych i najczęściej przywoływanych modeli wyjaśniających rozwój bezsenności jest trójczynnikiowy model Spielmana, określany również jako model 3P. Model ten zakłada, że bezsenność rozwija się w wyniku interakcji trzech grup czynników: predysponujących, wyzwalających oraz utrwalających (Spielman et al., 1987; Spielman & Glovinsky, 1991). Czynniki predysponujące odnoszą się do indywidualnej podatności na zaburzenia snu i obejmują zarówno uwarunkowania biologiczne, jak i psychologiczne. Do najczęściej wymienianych należą cechy osobowości sprzyjające lękowi i napięciu, tendencja do zamartwiania się, dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie ze stresem, a także czynniki demograficzne, takie jak płeć czy wiek.

Czynniki wyzwalające to zdarzenia lub okoliczności, które inicjują problemy ze snem. Najczęściej mają one charakter stresorów psychospołecznych, takich jak trudne wydarzenia życiowe, konflikty interpersonalne, problemy zawodowe lub finansowe, choroby somatyczne i psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy konieczność pracy w systemie zmianowym. U osób obciążonych czynnikami predysponującymi nawet krótkotrwałe i umiarkowane stresory mogą prowadzić do pojawienia się przejściowych zaburzeń snu (Finogenow, 2017).

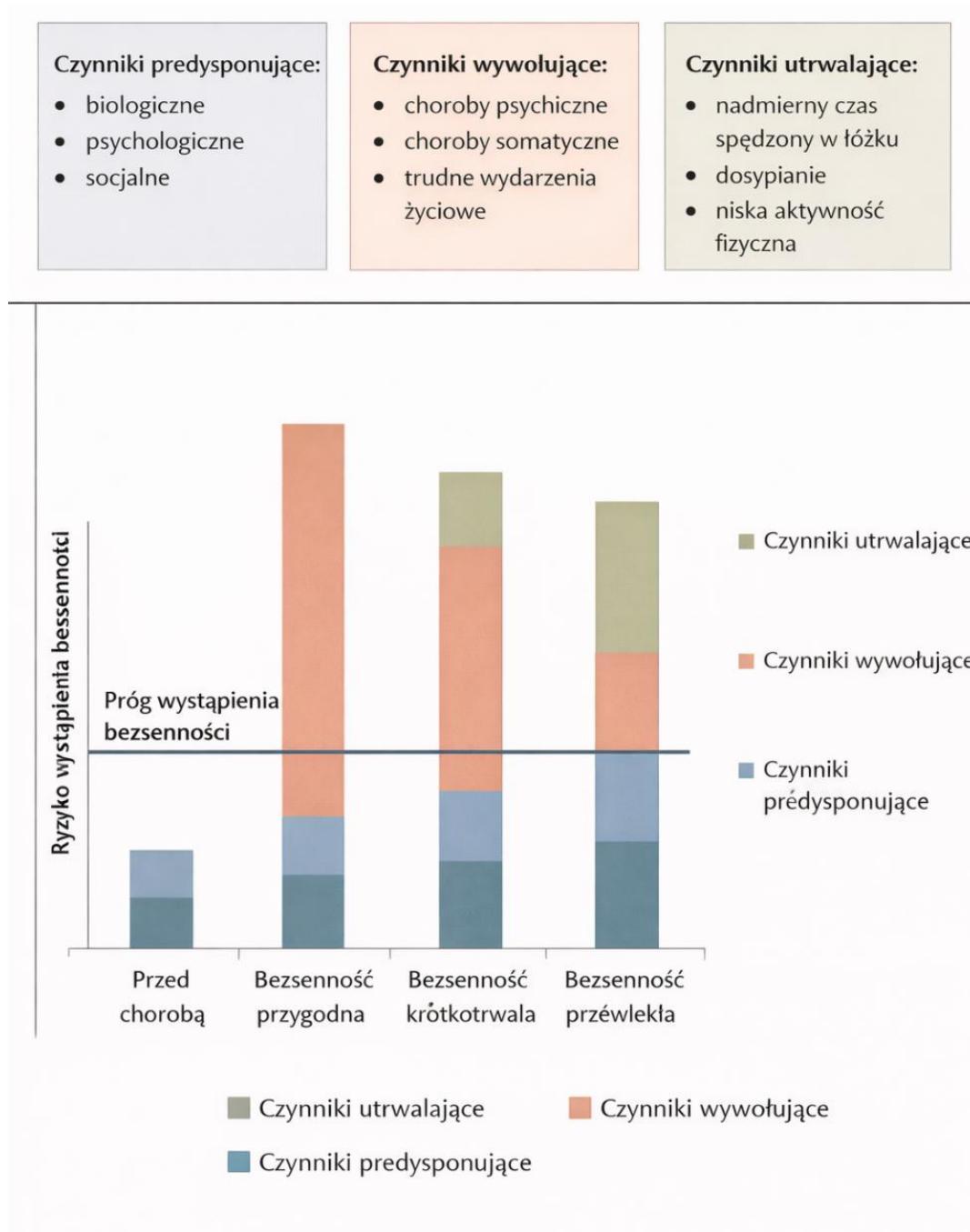
Kluczową rolę w przechodzeniu bezsenności w postać przewlekłą odgrywają czynniki utrwalające. Obejmują one przede wszystkim nieadaptacyjne zachowania i strategie radzenia sobie z bezsennością, takie jak wydłużanie czasu spędzanego w łóżku, nieregularny rytm snu i czuwania, drzemki w ciągu dnia czy ograniczanie aktywności fizycznej. Istotne znaczenie mają również czynniki poznawcze, w tym dysfunkcjonalne przekonania na temat snu, nadmierne koncentrowanie uwagi na trudnościach ze snem oraz zamartwianie się konsekwencjami niewyspania. Procesy te prowadzą do wzrostu napięcia emocjonalnego i fizjologicznego, co paradoksalnie utrudnia zasypianie i sprzyja dalszemu utrwalaniu zaburzeń snu (Bastien et al., 2004; Finogenow, 2017).

Poznawczo-behawioralne modele bezsenności podkreślają zatem, że choć czynniki wyzwalające mogą mieć charakter przejściowy, to właśnie utrwalające mechanizmy poznawcze i behawioralne odpowiadają za chroniczny charakter zaburzenia. Z tego względu stanowią one podstawę współczesnych oddziaływań terapeutycznych, w szczególności terapii



poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I), ukierunkowanej na redukcję nadmiernego wzbudzenia, modyfikację dysfunkcyjnych przekonań oraz zmianę nieadaptacyjnych zachowań związanych ze snem.

Rys.2. Model patogenezy i utrwalania bezsenności



Źródło: Wichniak A. Jarema M. Podstawy rozpoznawania i leczenia wybranych zaburzeń snu, Biblioteka Czasopisma Psychiatria, Via Medica, Gdańsk 2018. s. 23



1.5.1 Dysfunkcyjne przekonania i błędne koło bezsenności

W rozwoju i utrwalaniu przewlekłej bezsenności istotną rolę odgrywają dysfunkcyjne przekonania oraz nieadaptacyjne procesy poznawcze dotyczące snu. Jak wskazuje Morin, osoby cierpiące na bezsenność często interpretują swoje trudności ze snem w kategoriach poważnego zagrożenia dla zdrowia, funkcjonowania poznawczego lub jakości życia. Takie przekonania sprzyjają nadmiernemu koncentrowaniu uwagi na śnie oraz jego potencjalnych konsekwencjach, co prowadzi do wzrostu napięcia emocjonalnego i fizjologicznego, a w konsekwencji do dalszych trudności z zasypianiem i utrzymaniem snu (Morin, 1993).

Szczegółowe wyjaśnienie mechanizmów poznawczych podtrzymujących bezsenność przedstawia model opracowany przez Harvey. Zgodnie z tym ujęciem, bezsenność nie jest bezpośrednio wywoływana przez czynniki poznawcze, lecz jest przez nie utrzymywana poprzez nadmiernie nasilony, negatywnie zabarwiony tok myślenia, szczególnie nasilający się w okresie poprzedzającym sen. Proces ten obejmuje intruzywne myśli oraz uporczywe zamartwianie się, najczęściej dotyczące jakości snu oraz przewidywanego funkcjonowania w ciągu następnego dnia (Harvey, 2002).

Charakterystycznym elementem tego modelu jest selektywna uwaga skierowana na oznaki braku snu i pobudzenia. Osoby z bezsennością intensywnie monitorują zarówno sygnały płynące z organizmu, jak i bodźce zewnętrzne, poszukując potwierdzenia trudności ze snem lub zmęczenia. Z czasem proces ten ulega automatyzacji, a wykrywanie nawet nieistotnych sygnałów interpretowanych jako oznaki bezsenności wzmacnia przekonanie o jej nasileniu i dostarcza kolejnych powodów do martwienia się. W efekcie dochodzi do wyolbrzymiania doznań somatycznych, nadinterpretowania bodźców środowiskowych oraz nasilania subiektywnego poczucia wzbudzenia, które samo w sobie utrudnia zasypianie (Grabowski, 2011).

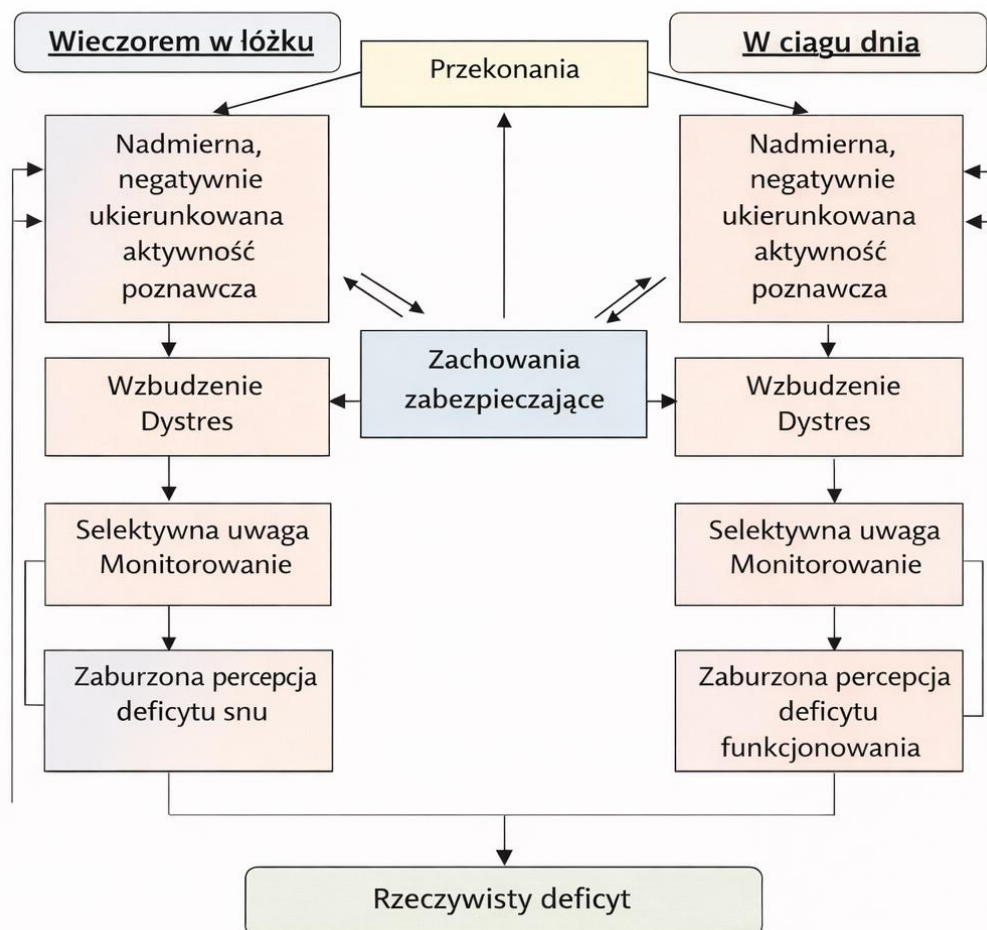
Dodatkowo osoby cierpiące na bezsenność wykazują tendencję do poznawczych zniekształceń w ocenie snu i czuwania. Często przeszacowują czas zasypiania i nocnych wybudzeń, a jednocześnie niedoszacowują rzeczywistego czasu snu. Negatywna interpretacja jakości snu przekłada się na gorszą ocenę funkcjonowania w ciągu dnia, które jest automatycznie przypisywane niewystarczającej ilości snu. Wieczorem ponowne zamartwianie



się potencjalnymi konsekwencjami niewyspania prowadzi do zamknięcia błędnego koła poznawczego, sprzyjającego utrwalaniu bezsenności (Harvey, 2002).

Istotne jest również to, że dysfunkcjonalne procesy poznawcze nie ograniczają się wyłącznie do okresu przed snem, lecz występują także w ciągu dnia. Selektywna uwaga pacjentów koncentruje się wówczas na poszukiwaniu oznak zmęczenia, senności i obniżonej sprawności, co dodatkowo wzmacnia przekonania o negatywnych skutkach bezsenności i podtrzymuje stan nadmiernego wzbudzenia. Mechanizmy te stanowią jeden z kluczowych celów oddziaływań poznawczo-behawioralnych w leczeniu przewlekłej bezsenności (Harvey, 2002; Grabowski, 2011).

Rys.3. Mechanizm zniekształconej oceny snu i funkcjonowania dziennego



Źródło: Grabowski K. Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności. Psychiatria 2011, 8,2: 55.



Dysfunkcjonalne przekonania dotyczące snu, takie jak przeświadczenie, że niemożność natychmiastowego zaśnięcia prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, mogą stać się centralnym elementem mechanizmu określanego jako „błędne koło” bezsenności. Przekonania te sprzyjają postrzeganiu snu jako zadania wymagającego kontroli i wzmagają presję związaną z koniecznością zaśnięcia, co paradoksalnie obniża zdolność do zasypiania. W rezultacie pacjenci zaczynają podchodzić do snu z nasilonym napięciem i stresem, które utrudniają naturalne procesy regulujące sen (Espie, 2002).

Istotnym elementem tego mechanizmu jest nadmierne monitorowanie snu oraz uporczywe zamartwianie się jego jakością. Choć działania te mają na celu poprawę snu, w rzeczywistości prowadzą do iluzorycznego poczucia kontroli, które zwiększa koncentrację na trudnościach i sprzyja nadinterpretacji sygnałów związanych z brakiem snu. Zawężenie uwagi na doznaniach somatycznych, takich jak zmęczenie czy senność w ciągu dnia, prowadzi do ich wyolbrzymiania i automatycznego wiązania z rzekomo niewystarczającą ilością snu, co dodatkowo wzmacnia negatywne przekonania pacjenta (Espie et al., 2006).

Mechanizmy te znajdują odzwierciedlenie w poznawczo-behawioralnym schemacie powstawania i utrwalania bezsenności, zaproponowanym przez Wichniaka i współpracowników. Model ten zakłada, że do rozwoju bezsenności konieczna jest współobecność biologicznej podatności układu regulującego sen i czuwania oraz czynnika wywołującego, takiego jak stresujące wydarzenie życiowe czy choroba. Interakcja tych elementów prowadzi do pogorszenia jakości snu, które u osób predysponowanych może utrzymywać się nawet po ustąpieniu czynnika inicjującego (Wichniak et al., 2005).

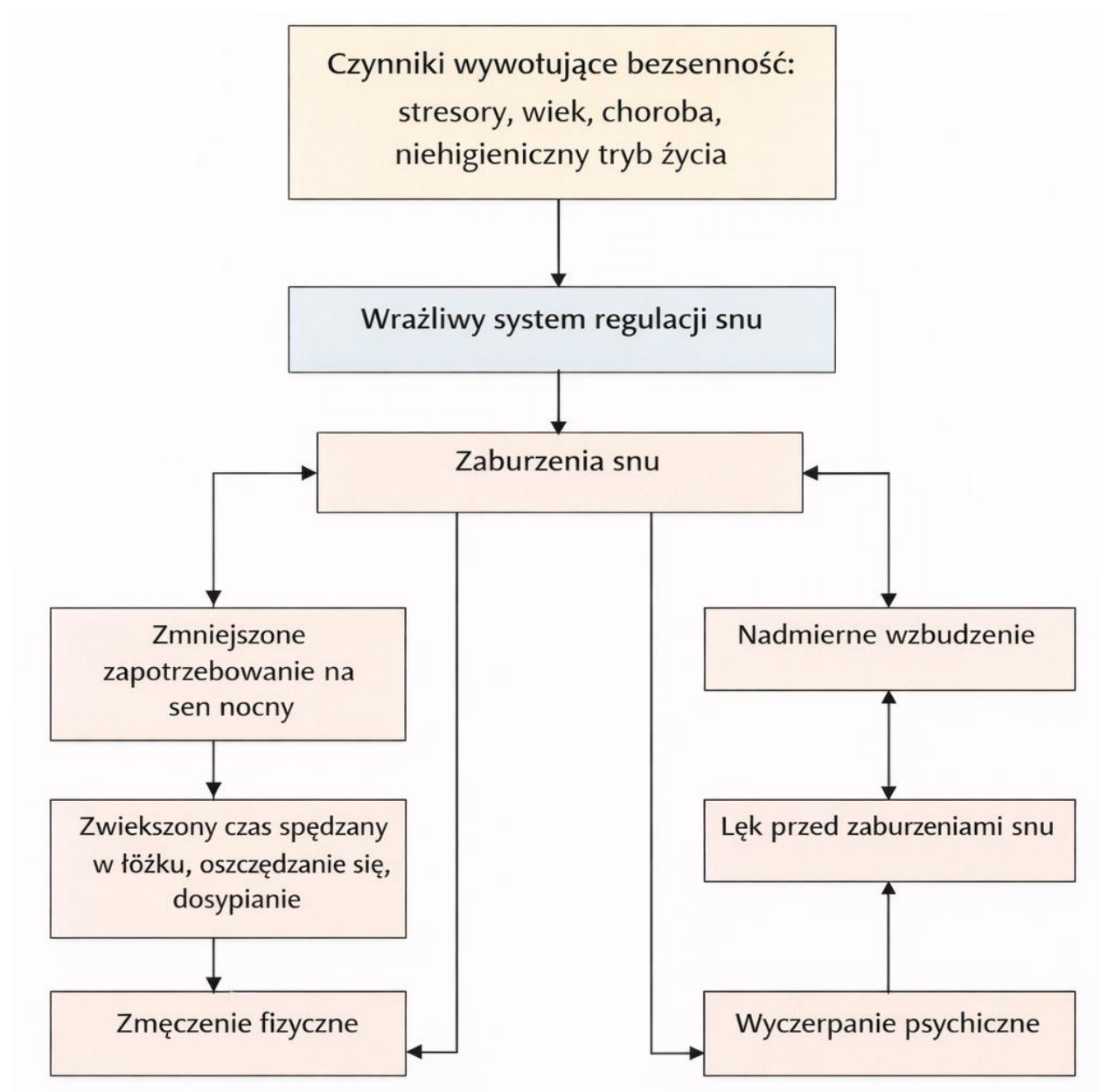
Wraz z wydłużaniem się czasu trwania bezsenności coraz większą rolę zaczynają odgrywać czynniki utrwalające, zarówno behawioralne, jak i poznawcze. W odpowiedzi na pogorszenie snu pacjenci często modyfikują swoje zachowanie, prowadząc oszczędzający tryb życia, wydłużając czas spędzany w łóżku, wprowadzając drzemki w ciągu dnia oraz ograniczając aktywność fizyczną. Działania te prowadzą do zaburzenia mechanizmów homeostatycznych regulujących sen, zmniejszenia fizycznego zmęczenia oraz rozregulowania rytmu okołodobowego, co paradoksalnie nasila problemy ze snem (Wichniak et al., 2008).

Równocześnie utrwalaniu bezsenności sprzyjają procesy poznawcze, takie jak narastający lęk przed kolejną nocą, nasilona koncentracja na śnie oraz próby jego świadomego



kontrolowania. Wieczorem wzrasta napięcie emocjonalne, pojawia się niepewność co do jakości nadchodzącego snu, a zwiększone pobudzenie fizjologiczne uniemożliwia zasypianie. W ten sposób dochodzi do zamknięcia błędnego koła, w którym zarówno zachowania, jak i przekonania pacjenta podtrzymują bezsenność, niezależnie od pierwotnego czynnika wywołującego (Wichniak et al., 2008).

Rys.4. Poznawczo-behawioralny model błędnego koła bezsenności



Źródło: Wichniak A. Wierzbička A. Jernajczyk W. Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2008, 1, 1: 31.

1.5.2 Model poznawczy Espie: Uwaga, intencja i wysiłek w bezsenności

Jednym z istotnych poznawczych modeli wyjaśniających mechanizmy utrwalania przewlekłej bezsenności jest koncepcja zaproponowana przez Espiego, określana jako model uwaga–intencja–wysiłek (U-I-W). Model ten stanowi rozwinięcie wcześniejszych ujęć poznawczych, w tym modelu Harveya i koncentruje się na paradoksalnych skutkach prób świadomego kontrolowania snu. Espie wskazuje, że podstawowym mechanizmem prowadzącym do bezsenności jest niemożność zahamowania czuwania, wynikająca z nadmiernej aktywacji procesów poznawczych i fizjologicznych (Espie, 2002).

Pierwszym elementem szlaku U-I-W jest selektywna uwaga ukierunkowana na sen. Osoby cierpiące na bezsenność zaczynają traktować sen jako proces zagrożony, wymagający stałego monitorowania i kontroli. Uwaga kierowana jest zarówno na sygnały płynące z organizmu, jak i na bodźce środowiskowe, które mogą potencjalnie zakłócać sen. Mechanizm ten przypomina procesy obserwowane w zaburzeniach lękowych, w których selektywna uwaga skupiona jest na postrzeganym zagrożeniu. W przypadku bezsenności zagrożeniem staje się brak snu, a sama aktywność uwagowa sprzyja podtrzymywaniu stanu czuwania i utrudnia przejście w sen (Espie, 2002; Grabowski, 2008).

Drugim elementem modelu jest intencja, rozumiana jako świadome dążenie do zaśnięcia lub utrzymania snu. Sen, który w warunkach fizjologicznych pojawia się automatycznie, zostaje przekształcony w cel wymagający realizacji. Podejmowanie intencjonalnych działań ukierunkowanych na sen, takich jak planowanie momentu zaśnięcia czy kontrolowanie przebiegu nocy, prowadzi do wzrostu napięcia emocjonalnego i lęku. Intencja zasypiania paradoksalnie nasila aktywność poznawczą i emocjonalną, zamiast sprzyjać wyciszeniu niezbędnemu do snu (Espie et al., 2006).

W odpowiedzi na rosnące napięcie pojawia się trzeci element szlaku, czyli wysiłek. Osoby z bezsennością podejmują liczne działania mające na celu zwiększenie szans na sen, zarówno aktywne, jak i pasywne. Do strategii aktywnych należą m.in. poszukiwanie „idealnej” pozycji do spania, zapewnianie sobie optymalnych warunków snu, leżenie w bezruchu czy czytanie w celu wywołania senności. Strategie pasywne obejmują natomiast wydłużanie czasu spędzanego w łóżku czy wcześniejsze kładzenie się spać. Choć działania te są subiektywnie odbierane jako pomocne, w rzeczywistości zwiększają poziom pobudzenia fizjologicznego



i poznawczego, przeciwdziałając procesom relaksacyjnym niezbędnym do zaśnięcia (Espie, 2002; Espie et al., 2006).

W efekcie interakcji uwagi, intencji i wysiłku dochodzi do nasilenia wzbudzenia autonomicznego oraz utrwalenia stanu czuwania. Sen przestaje być procesem spontanicznym, a staje się przedmiotem świadomego wysiłku, co prowadzi do dalszego pogorszenia jakości snu i utrzymywania się bezsenności. Badania wskazują również, że mechanizmy selektywnej uwagi mogą działać nie tylko w stanie czuwania, lecz także podczas snu, zwiększając podatność na wybudzenia, szczególnie w fazie snu płytkiego oraz REM (Grabowski, 2008).

Model U-I-W podkreśla paradoks leczenia bezsenności – im bardziej pacjent stara się zasnąć, tym bardziej oddala się od naturalnych mechanizmów regulujących sen. Z tego względu koncepcja Espiego stanowi ważną podstawę interwencji poznawczo-behawioralnych, które zamiast wzmacniać kontrolę nad snem, koncentrują się na redukcji nadmiernego zaangażowania poznawczego, obniżaniu wzbudzenia oraz przywracaniu automatyczności procesu zasypiania.

Patogeneza bezsenności jest złożonym procesem, który wiąże się z interakcją różnych czynników biologicznych, psychologicznych i behawioralnych. Stres, nadmierne wzbudzenie organizmu, dysfunkcyjne przekonania oraz nieadekwatne strategie radzenia sobie w sytuacjach stresowych stanowią kluczowe elementy prowadzące do rozwoju i utrwalenia zaburzeń snu. Badania nad tymi mechanizmami dostarczają ważnych wskazówek dotyczących zarówno diagnostyki, jak i leczenia bezsenności, podkreślając potrzebę podejścia holistycznego, które uwzględnia zarówno aspekty fizjologiczne, jak i psychiczne.

Zrozumienie patomechanizmów bezsenności, w tym roli stresu, nadmiernej aktywności układu nerwowego oraz dysfunkcyjnych przekonań, może przyczynić się do opracowania bardziej skutecznych metod terapeutycznych. Interwencje oparte na podejściu poznawczo-behawioralnym, które pomagają pacjentom zrozumieć mechanizmy bezsenności oraz zmienić nieadaptacyjne nawyki i przekonania, stają się coraz bardziej popularne i uznawane za efektywne w leczeniu tego zaburzenia (Morin & Espie, 2003; Harvey, 2002). Włączenie tych podejść do terapii pacjentów z przewlekłą bezsennością stanowi istotny krok w kierunku trwałego rozwiązania ich problemów ze snem.



1.6 Relacja między lękiem, depresją, jakością życia i bezsennością

Bezsenna jest zjawiskiem wielowymiarowym, którego znaczenie wykracza poza sam problem snu, obejmując szerokie spektrum funkcjonowania psychicznego i somatycznego człowieka. Współczesne ujęcia podkreślają jej ścisły związek z zaburzeniami lękowymi, depresją oraz jakością życia, wskazując na istnienie złożonych, dwukierunkowych zależności pomiędzy tymi obszarami (LeBlanc et al., 2009; Szelenberger, 2007). Bezsenność nie tylko współwystępuje z tymi zaburzeniami, ale może również odgrywać rolę czynnika predysponującego, wyzwalającego i podtrzymującego ich przebieg.

Jednym z podstawowych mechanizmów łączących bezsenność z lękiem jest zjawisko nadmiernego wzbudzenia (hiperarousal), które obejmuje komponent poznawczy, emocjonalny oraz fizjologiczny. Osoby cierpiące na bezsenność wykazują zwiększoną aktywność poznawczą przed snem, przejawiającą się w postaci ruminacji, zamartwiania się oraz intruzywnych myśli, często dotyczących konsekwencji niewyspania (Harvey, 2002). Proces ten prowadzi do utrzymywania się napięcia i trudności w inicjacji snu. Co istotne, mechanizm ten jest analogiczny do procesów obserwowanych w zaburzeniach lękowych, gdzie dominującą rolę odgrywa nadmierna koncentracja na potencjalnym zagrożeniu oraz selektywna uwaga ukierunkowana na negatywne bodźce (Espie et al., 2006).

W modelach poznawczych bezsenności podkreśla się, że lęk związany ze snem staje się czynnikiem podtrzymującym zaburzenie. Osoby dotknięte bezsennością zaczynają monitorować swoje ciało i otoczenie w poszukiwaniu sygnałów świadczących o braku snu lub trudności w zasypianiu. Taka selektywna uwaga prowadzi do błędnej interpretacji neutralnych bodźców jako zagrażających, co nasila napięcie i utrudnia zasypianie (Harvey, 2002). W efekcie powstaje błędne koło, w którym lęk pogłębia bezsenność, a bezsenność nasila lęk.

Relacja między bezsennością a depresją ma równie istotny charakter, jednak w tym przypadku szczególnie podkreśla się jej długofalowe konsekwencje. Zaburzenia snu są jednym z kluczowych objawów depresji, ale jednocześnie mogą stanowić niezależny czynnik ryzyka jej rozwoju. Przewlekła bezsenność zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia epizodów depresyjnych, a także może utrzymywać się po ustąpieniu innych objawów choroby, pełniąc funkcję objawu rezydualnego (Baglioni et al., 2010; Morin et al., 2002).



Istotnym elementem łączącym bezsenność z depresją są dysfunkcjonalne przekonania dotyczące snu oraz jego wpływu na funkcjonowanie. Osoby z bezsennością często przypisują wszelkie trudności w ciągu dnia wyłącznie niedoborowi snu, co prowadzi do pogorszenia nastroju i obniżenia poczucia sprawczości (Carney et al., 2010). Tego rodzaju zniekształcenia poznawcze, takie jak katastrofizacja czy nadmierne uogólnianie, są również charakterystyczne dla depresji, co dodatkowo wzmacnia związek między tymi zaburzeniami (Morin et al., 2007).

Nie bez znaczenia pozostaje także wpływ bezsenności na jakość życia. Problemy ze snem prowadzą do pogorszenia funkcjonowania w ciągu dnia, obejmującego zarówno sferę poznawczą (trudności z koncentracją i pamięcią), jak i emocjonalną (drażliwość, obniżony nastrój) (Wciórka, 2008; Morgenthaler et al., 2006). Co więcej, osoby z bezsennością często subiektywnie oceniają swoje funkcjonowanie gorzej, niż wynikałoby to z obiektywnych wskaźników, co wskazuje na istotną rolę czynników poznawczych w kształtowaniu jakości życia (Harvey, 2002).

Obniżona jakość życia jest zarówno konsekwencją, jak i czynnikiem podtrzymującym bezsenność. Ograniczenie aktywności w ciągu dnia, zmniejszenie zaangażowania społecznego oraz spadek motywacji mogą prowadzić do zwiększenia ilości czasu przeznaczanego na ruminacje i zamartwianie się, co sprzyja utrzymywaniu się problemów ze snem (Espie et al., 2006). W ten sposób tworzy się kolejny mechanizm błędnego koła, w którym pogorszenie jakości życia nasila objawy bezsenności, a bezsenność dalej obniża jakość życia.

Warto również podkreślić, że bezsenność często współwystępuje zarówno z zaburzeniami lękowymi, jak i depresją, co prowadzi do kumulacji negatywnych skutków dla funkcjonowania jednostki. W takich przypadkach obserwuje się większe nasilenie objawów, dłuższy czas trwania zaburzeń oraz gorsze rokowanie terapeutyczne (Edinger et al., 2001). Jednocześnie badania wskazują, że skuteczne leczenie bezsenności – szczególnie z wykorzystaniem terapii poznawczo-behawioralnej – może prowadzić do poprawy nie tylko jakości snu, ale również redukcji objawów depresyjnych i lękowych oraz poprawy jakości życia (Edinger & Means, 2005).

Podsumowując, relacje między bezsennością, lękiem, depresją i jakością życia mają charakter wielokierunkowy i dynamiczny. Bezsenność może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem



zaburzeń emocjonalnych, a jej obecność znacząco wpływa na codzienne funkcjonowanie i dobrostan psychiczny jednostki. Zrozumienie tych zależności jest kluczowe dla kompleksowego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego, uwzględniającego nie tylko objawy snu, ale również szerszy kontekst funkcjonowania psychicznego pacjenta.



Rozdział 2 Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności – podstawy teoretyczne i praktyka kliniczna

2.1 Znaczenie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń snu i dowody skuteczności

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) jest obecnie uznawana za jedną z najlepiej udokumentowanych metod leczenia bezsenności, w szczególności jej postaci przewlekłej. Skuteczność oddziaływań psychologicznych w tym obszarze została potwierdzona w licznych badaniach klinicznych, a ich wyniki podsumowano w wielu metaanalizach oraz pracach przeglądowych (Morin i in., 1994; Murtagh & Greenwood, 1995; Smith i in., 2002; Irwin i in., 2006; Koffel i in., 2014; Morin i in., 2006; Morin i in., 1999). Analizy te wskazują, że od 70% do 80% pacjentów uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej doświadcza istotnej poprawy jakości snu, co czyni CBT metodą porównywalną pod względem skuteczności z leczeniem farmakologicznym opartym na agonistach receptorów benzodiazepinowych (Smith i in., 2002; Nowell i in., 1997).

Większość danych dotyczących efektów terapii opiera się na subiektywnych pomiarach, takich jak dzienniki snu i kwestionariusze samoopisowe. Niemniej jednak istnieją również badania wykorzystujące obiektywne metody oceny snu, w tym polisomnografię, które potwierdzają poprawę podstawowych parametrów snu po zastosowaniu CBT, takich jak latencja snu, liczba i czas trwania nocnych przebudzeń oraz wydajność snu (Morin i in., 1999; Wu i in., 2006; Edinger i in., 2001; Sivertsen i in., 2006). Potwierdzenie skuteczności terapii w warunkach klinicznych uzyskano także w polskich badaniach – w grupowym programie CBT realizowanym w Poradni Leczenia Zaburzeń Snu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykazano trwałą poprawę zarówno subiektywnie ocenianych parametrów snu, jak i funkcjonowania w ciągu dnia (Fornal-Pawłowska i in., 2008).

CBT w leczeniu bezsenności koncentruje się na identyfikacji i modyfikacji czynników podtrzymujących oraz nasilających trudności ze snem. Obejmuje ona zarówno komponenty behawioralne, jak i poznawcze, ukierunkowane na zmianę nieadaptacyjnych nawyków związanych ze snem oraz dysfunkcjonalnych przekonań i obaw dotyczących jego braku. Metoda ta jest rekomendowana w leczeniu bezsenności przewlekłej, niezależnie od jej etiologii, w tym również w przypadkach współwystępowania z innymi chorobami



somatycznymi lub psychicznymi. Może być stosowana u pacjentów w różnych grupach wiekowych, a także u osób długotrwale przyjmujących leki nasenne. Co istotne, nie wskazuje się bezwzględnych przeciwwskazań do jej stosowania (Morin, 2011).

Znaczenie terapii poznawczo-behawioralnej znajduje odzwierciedlenie w aktualnych klasyfikacjach diagnostycznych. Zgodnie z zaleceniami DSM-5 bezsenność powinna być diagnozowana i leczona także w przypadku jej współwystępowania z innymi zaburzeniami psychicznymi. Podkreśla się, że nieleczona bezsenność może stanowić istotny czynnik ryzyka rozwoju depresji, a także często utrzymuje się jako objaw rezydualny po ustąpieniu epizodu depresyjnego, co uzasadnia konieczność odrębnego i ukierunkowanego postępowania terapeutycznego (Baglioni i in., 2011).

Badania nad skutecznością CBT-I wskazują, że terapia ta prowadzi do istotnych klinicznie zmian parametrów snu. Metaanalizy wykazały średnią redukcję objawów bezsenności o około 50%, obejmującą skrócenie latencji snu, zmniejszenie liczby oraz czasu trwania nocnych przebudzeń, a także wydłużenie całkowitego czasu snu (Morin i in., 1999; Morin i in., 2006). Około połowa pacjentów osiąga poprawę o znaczeniu klinicznym, natomiast u jednej trzeciej obserwuje się normalizację snu (Morin i in., 1999). Wyniki te zostały potwierdzone w badaniach prowadzonych przez Fornal-Pawłowską i Szelenbergera (2013), w których znaczna część uczestników utrzymywała poprawę także w pomiarach odroczonych.

Istotnym aspektem skuteczności CBT-I jest jej wpływ na funkcjonowanie w ciągu dnia. Choć w wielu badaniach aspekt ten bywa pomijany, dostępne dane wskazują, że poprawa snu często wiąże się ze zmniejszeniem nasilenia objawów depresyjnych i lękowych oraz z lepszą oceną jakości życia, szczególnie w obszarze zdrowia psychicznego (Fornal-Pawłowska & Szelenberger, 2013; Espie i in., 2007). Ma to szczególne znaczenie w kontekście doniesień wskazujących na związek bezsenności z podwyższonym ryzykiem zaburzeń afektywnych, co sugeruje również potencjalny wymiar prewencyjny oddziaływań poznawczo-behawioralnych (Baglioni i in., 2011).

Współwystępowanie bezsenności z innymi zaburzeniami psychicznymi może wymagać modyfikacji standardowego protokołu terapeutycznego. Przykładowo, u pacjentów z zaburzeniami lękowymi istotnym elementem pracy terapeutycznej jest wcześniejsze ukierunkowanie interwencji na redukcję zamartwiania i tendencji do katastrofizacji, które



mogą obejmować również obawy związane ze snem. Dopiero w dalszym etapie zasadne jest wprowadzanie klasycznych technik behawioralnych odnoszących się bezpośrednio do snu (Spielman & Glovinsky, 1991). Takie podejście zwiększa elastyczność CBT-I i pozwala na lepsze dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta

2.2 Założenia, struktura i organizacja procesu terapeutycznego CBT-I

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności (CBT-I) stanowi zintegrowane podejście terapeutyczne, łączące oddziaływania poznawcze z interwencjami behawioralnymi. Jej podstawowym założeniem jest modyfikacja czynników psychologicznych i behawioralnych, które podtrzymują trudności ze snem. Praca terapeutyczna koncentruje się z jednej strony na zmianie dysfunkcyjnych przekonań i interpretacji związanych ze snem, z drugiej natomiast na korekcie nieadaptacyjnych nawyków i zachowań utrwalających bezsenność.

Komponent poznawczy CBT-I obejmuje identyfikację oraz modyfikację przekonań kluczowych i pośredniczących, które odnoszą się do sposobu postrzegania siebie, własnych możliwości radzenia sobie, a także do interpretacji snu i jego braku. Zgodnie z założeniami terapii poznawczej przekonania te tworzą indywidualny schemat poznawczy, wpływający na emocje i zachowania jednostki (Popiel & Pragłowska, 2008). U osób z bezsennością schemat ten często zawiera sztywne, nierealistyczne oczekiwania dotyczące ilości i jakości snu oraz katastroficzne interpretacje konsekwencji nieprzespanej nocy. Rozpoznanie tych przekonań umożliwia ich stopniową restrukturyzację i osłabienie ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie pacjenta.

Charakterystycznym elementem obrazu klinicznego bezsenności jest nasilone zamartwianie się snem oraz nadchodzącą nocą. Osoby cierpiące na to zaburzenie często koncentrują swoją uwagę na trudnościach z zasypianiem, przewidując negatywne skutki niewystarczającej ilości snu w ciągu kolejnego dnia. Taki sposób myślenia sprzyja wzrostowi napięcia i pobudzenia emocjonalnego, co paradoksalnie utrudnia zasypianie i prowadzi do powstania tzw. błędnego koła bezsenności (Wichniak, 2008). Jednym z kluczowych celów pracy poznawczej w CBT-I jest przerwanie tego mechanizmu poprzez zmianę interpretacji doświadczeń związanych ze snem.



Część behawioralna terapii ukierunkowana jest na modyfikację utrwalonych wzorców zachowania, które nie sprzyjają regulacji rytmu snu i czuwania. Interwencje te mają na celu wzmocnienie związku łóżka i sypialni wyłącznie ze snem oraz ograniczenie aktywności podtrzymujących stan nadmiernego pobudzenia. Techniki behawioralne w CBT-I uznawane są za jeden z najbardziej skutecznych elementów terapii, szczególnie w odniesieniu do normalizacji rytmu snu i poprawy jego ciągłości.

CBT-I znajduje zastosowanie zarówno w leczeniu bezsenności pierwotnej i przewlekłej, jak i bezsenności współwystępującej z innymi zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi. Proces terapeutyczny może być prowadzony w formie indywidualnej lub grupowej, przy czym obie formy wykazują porównywalną skuteczność. Standardowy program terapeutyczny obejmuje co najmniej osiem sesji, realizowanych według określonej struktury.

Proces terapii rozpoczyna się od etapu diagnostycznego, podczas którego terapeuta zapoznaje pacjenta z zasadami pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym oraz wprowadza podstawowe narzędzia monitorowania snu, w szczególności dzienniczek snu. Kolejna faza obejmuje psychoedukację dotyczącą fizjologii snu oraz wprowadzenie kluczowych interwencji behawioralnych, takich jak restrykcja snu i kontrola bodźców. Stałe pory snu ustalane są na podstawie średniego czasu snu pacjenta z ostatniego tygodnia, co pozwala stopniowo zwiększać wydajność snu.

W dalszych sesjach terapeutycznych omawiane są zasady higieny snu, a czas spędzany w łóżku jest modyfikowany w zależności od zapisów w dzienniczku snu. W tym etapie często wprowadzany jest również trening relaksacyjny, mający na celu redukcję napięcia somatycznego i psychicznego. Kolejne sesje koncentrują się na pogłębianiu pracy poznawczej, w szczególności na identyfikacji i restrukturyzacji dysfunkcjonalnych przekonań dotyczących snu i bezsenności oraz dalszym dostosowywaniu interwencji behawioralnych do postępów pacjenta.

Ostatni etap terapii poświęcony jest zapobieganiu nawrotom objawów. Pacjent uczy się rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych oraz strategii radzenia sobie w sytuacjach zwiększonego ryzyka ponownego wystąpienia trudności ze snem. Istotnym elementem organizacyjnym CBT-I jest także odpowiednie zaplanowanie odstępów między sesjami. Zaleca się, aby przerwa pomiędzy pierwszym a drugim spotkaniem wynosiła około dwóch



tygodni, co umożliwia rzetelną ocenę zmian w czasie spędzanym w łóżku. Pozostałe sesje odbywają się zazwyczaj w odstępach tygodniowych (Grabowski, 2011).

2.3 Interwencje behawioralne stosowane w terapii bezsenności

2.3.1 Higiena snu

Higiena snu stanowi jeden z podstawowych elementów interwencji behawioralnych stosowanych w terapii bezsenności i zazwyczaj jest wprowadzana na wczesnym etapie oddziaływań terapeutycznych. Obejmuje ona psychoedukację oraz zestaw zaleceń dotyczących codziennych zachowań i warunków środowiskowych sprzyjających regulacji snu i czuwania (Wichniak, Wierzbicka, Jerneńczyk, 2008). Jej celem jest modyfikacja stylu życia pacjenta oraz eliminacja nieadaptacyjnych nawyków, które mogą przyczyniać się do rozwoju i podtrzymywania bezsenności (Borbely, 1990; Morin, 1999; Hoch, 2001).

Zasady higieny snu koncentrują się zarówno na czynnikach zewnętrznych, takich jak warunki panujące w sypialni, jak i na zachowaniach pacjenta związanych z rytmem dobowym, aktywnością fizyczną czy przyjmowaniem substancji pobudzających (Morin, 1999; Harvey, 2000). Do kluczowych zaleceń należy utrzymywanie regularnych godzin kładzenia się spać i wstawania, niezależnie od dnia tygodnia, co sprzyja stabilizacji rytmu okołodobowego (Wichniak, 2008; Gałuszko-Węgielnik, 2010).

Istotnym elementem higieny snu jest również zapewnienie odpowiednich warunków do spania, obejmujących wygodne łóżko, ograniczenie hałasu i światła oraz utrzymanie temperatury w sypialni na poziomie sprzyjającym zasypianiu. Zaleca się także przeznaczenie łóżka wyłącznie do snu i aktywności seksualnej, co ma na celu wzmocnienie skojarzenia pomiędzy łóżkiem a snem oraz ograniczenie zachowań podtrzymujących stan czuwania (Wichniak, 2008; Gałuszko-Węgielnik, 2010).

W ramach interwencji higieny snu rekomenduje się unikanie substancji mogących negatywnie wpływać na sen, takich jak kofeina, nikotyna czy alkohol, zwłaszcza w godzinach popołudniowych i wieczornych. Wskazane jest również ograniczenie ilości spożywanych płynów przed snem oraz rezygnacja z ciężkostrawnych posiłków w późnych godzinach wieczornych, przy jednoczesnym zachowaniu regularności posiłków i spożyciu kolacji na kilka godzin przed snem (Wichniak, 2008; Grabowski, 2015; Gałuszko-Węgielnik, 2010).



Kolejnym ważnym aspektem jest regulacja aktywności fizycznej – choć wysiłek sprzyja poprawie jakości snu, nie powinien być podejmowany bezpośrednio przed snem, lecz kończony kilka godzin przed planowanym położeniem się do łóżka. Zaleca się także unikanie drzemek w ciągu dnia, które mogą obniżać presję snu w godzinach nocnych (Wichniak, 2008; Morin i wsp., 1999).

Higiena snu obejmuje ponadto zalecenia dotyczące funkcjonowania poznawczego pacjenta, takie jak unikanie zamartwiania się w łóżku, powstrzymywanie się od prób zasypiania „na siłę” oraz usunięcie zegarków z pola widzenia, co ogranicza monitorowanie czasu i związany z nim wzrost napięcia (Wichniak, 2008; Walacik-Ufnal, 2015).

Wprowadzenie zasad higieny snu i monitorowanie ich realizacji traktowane jest jako pierwszy krok terapeutyczny. Na tym etapie mogą ujawniać się trudności związane z rezygnacją z zachowań zabezpieczających, wynikających z dysfunkcjonalnych przekonań na temat snu i bezsenności, co często prowadzi do nasilenia lęku. W takich sytuacjach wskazane jest elastyczne łączenie higieny snu z innymi technikami terapeutycznymi, takimi jak trening relaksacji czy interwencje poznawcze (Wichniak, Wierzbicka, Jerneńczyk, 2008).

Jednocześnie podkreśla się, że higiena snu rzadko jest wystarczająco skuteczna jako samodzielna metoda leczenia bezsenności i zazwyczaj powinna być stosowana jako element szerszego programu terapii poznawczo-behawioralnej (Morin i wsp., 1999; Chesson i wsp., 1999).

2.3.2 Technika kontroli bodźców

Technika kontroli bodźców (ang. *stimulus control therapy*, SCT) stanowi jedną z kluczowych interwencji behawioralnych stosowanych w terapii bezsenności, ukierunkowaną zarówno na poprawę procesu zasypiania, jak i podtrzymywania snu (Bootzin, 1972; Bootzin, Epstein, Wood, 1991). Zgodnie z rekomendacjami American Academy of Sleep Medicine jest ona uznawana za pierwszoplanowe podejście w behawioralnym leczeniu bezsenności przewlekłej, a stosowana samodzielnie może przynosić istotne korzyści kliniczne (Chesson i wsp., 1999).

Podstawowym celem techniki kontroli bodźców jest modyfikacja dysfunkcjonalnych skojarzeń łóżka i sypialni z bezsennością, napięciem oraz czuwaniem, a następnie zastąpienie ich nowymi skojarzeniami – łóżka i sypialni ze snem i stanem relaksu (Baillargeon i wsp.,



1998; Bootzin, Epstein, Wood, 1991). U pacjentów z bezsennością pora snu często zaczyna wiązać się z nasilonym zamartwianiem się, frustracją i pobudzeniem emocjonalnym. W wyniku procesu warunkowania klasycznego bodźce, które pierwotnie sprzyjały wyciszeniu, zaczynają wywoływać stan czuwania i napięcia (Morin, 2011).

Technika kontroli bodźców obejmuje zestaw jasno sformułowanych zaleceń behawioralnych. Jednym z nich jest kładzenie się do łóżka wyłącznie w momencie odczuwania senności, a nie jedynie zmęczenia, co ma zapobiegać długotrwałemu leżeniu w łóżku w stanie czuwania. W sytuacji, gdy zasypianie nie następuje w ciągu około 15–20 minut lub pojawia się pobudzenie i niepokój, zaleca się wstanie z łóżka i przejście do innego pomieszczenia, a następnie powrót dopiero po ponownym pojawieniu się senności (Bootzin, Epstein, Wood, 1991; Morin, 2003).

Istotnym elementem techniki jest również ograniczenie funkcji łóżka wyłącznie do snu i aktywności seksualnej. Zaleca się unikanie w sypialni takich aktywności jak czytanie, oglądanie telewizji, jedzenie, planowanie czy rozwiązywanie problemów, ponieważ sprzyjają one utrwalaniu skojarzeń z czuwaniem (Baillargeon i wsp., 1998; Bootzin, Epstein, Wood, 1991). Dodatkowo podkreśla się konieczność wstawania o stałej porze każdego dnia, niezależnie od długości snu poprzedniej nocy oraz unikania drzemek w ciągu dnia, co wzmacnia regulację rytmu snu i czuwania.

Wdrażanie techniki kontroli bodźców bywa dla pacjentów trudne i często spotyka się z oporem, szczególnie w przypadku konieczności wstawania z łóżka w nocy. Pacjenci mogą interpretować to zalecenie jako porażkę, obawiać się zakłócenia snu domowników lub nie wiedzieć, jak konstruktywnie wykorzystać czas poza łóżkiem. W takich sytuacjach pomocne jest wcześniejsze przygotowanie planu działania, obejmującego spokojne i nużące czynności, takie jak słuchanie relaksacyjnej muzyki czy czytanie w innym pomieszczeniu (Morin, 2003; Morin, 2011).

Z uwagi na konieczność wstawania z łóżka w nocy, technika kontroli bodźców powinna być stosowana z ostrożnością u osób starszych oraz u pacjentów z podwyższonym ryzykiem upadków. Zarówno kontrola bodźców, jak i inne interwencje behawioralne mogą wymagać indywidualnego dostosowania oraz szczegółowego omówienia poszczególnych zaleceń. W przypadku trudności we wdrażaniu techniki wskazane jest rozpoznanie dysfunkcyjnych



przekonań pacjenta oraz wykorzystanie dodatkowych strategii terapeutycznych, takich jak eksperymenty behawioralne czy restrukturyzacja poznawcza (Morin, 2011).

2.3.3 Restrykcja snu (ograniczanie czasu snu)

Restrykcja snu, określana również jako technika ograniczania czasu snu (ang. *Sleep Restriction Therapy*, SRT), jest jedną z behawioralnych metod o potwierdzonej skuteczności w leczeniu bezsenności. Jej podstawowym założeniem jest dostosowanie czasu spędzanego w łóżku do rzeczywistej, subiektywnie ocenianej długości snu pacjenta, co prowadzi do zwiększenia presji snu oraz poprawy jego ciągłości (Spielman, Saskin, Thorpy, 1987; Wichniak, Jarema, 2018).

Pacjenci z bezsennością często próbują kompensować trudności ze snem poprzez wydłużanie czasu przebywania w łóżku, co w dłuższej perspektywie sprzyja fragmentacji snu i obniżeniu jego jakości. Restrykcja snu przeciwdziała temu mechanizmowi poprzez skrócenie czasu spędzanego w łóżku do poziomu odpowiadającego średniemu całkowitemu czasowi snu (TST, *Total Sleep Time*), ustalonemu na podstawie zapisów w dzienniczku snu (Spielman i wsp., 1987; Morin, 2011).

Warunkiem wdrożenia tej techniki jest systematyczne prowadzenie dzienniczka snu przez co najmniej dwa tygodnie, co umożliwia ocenę długości snu w dłuższym przedziale czasowym. Pacjent proszony jest o szacowanie czasu zasypiania oraz długości snu w oparciu o własne odczucia, bez kontrolowania czasu za pomocą zegarka. Na tej podstawie ustala się nowe ramy snu, obejmujące czas pomiędzy położeniem się do łóżka a porannym wstaniem (Wichniak, Jarema, 2018).

Przykładowo, jeżeli średni całkowity czas snu wynosi około pięciu godzin, a pacjent dotychczas spędzał w łóżku osiem godzin, zaleca się skrócenie tego czasu poprzez opóźnienie pory kładzenia się spać. Pozostały czas pacjent powinien spędzać poza łóżkiem, co sprzyja narastaniu biologicznej potrzeby snu. Z tygodnia na tydzień czas przebywania w łóżku jest modyfikowany, co nadaje terapii aktywny i strukturalny charakter (Spielman i wsp., 1987; Wichniak, Jarema, 2018).

Kluczowym wskaźnikiem stosowanym w restrykcji snu jest wydajność snu (SE, *sleep efficiency*), definiowana jako stosunek całkowitego czasu snu do czasu spędzanego w łóżku,



wyrażony w procentach. Jeżeli wydajność snu przekracza 85–90%, czas pozostawania w łóżku stopniowo wydłuża się o 15–20 minut. W przypadku, gdy wydajność spada poniżej 80%, czas ten ulega skróceniu o analogiczną wartość, natomiast przy wydajności mieszczącej się w przedziale 80–85% pozostaje bez zmian (Spielman i wsp., 1987; Morin, 2011; Wichniak, Jarema, 2018).

Zaleca się, aby czas spędzany w łóżku nie był skracany poniżej 5–6 godzin, gdyż nadmierna redukcja może prowadzić do istotnej senności w ciągu dnia. W początkowej fazie stosowania restrykcji snu pacjenci często doświadczają pogorszenia funkcjonowania dziennego, jednak w perspektywie kilku tygodni obserwuje się konsolidację snu oraz stopniowe wydłużenie jego całkowitego czasu (Perlis i wsp., 2005; Wichniak, Jarema, 2018).

Dzienniczek snu powinien być regularnie analizowany, zazwyczaj co 2–4 tygodnie, a pomocniczo można wykorzystywać narzędzia oceny nasilenia bezsenności, takie jak Ateńska Skala Bezsenności. W sytuacji braku poprawy po 6–8 tygodniach zaleca się ponowną ocenę diagnozy, uwzględnienie możliwego współwystępowania innych zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych, a także analizę przestrzegania zaleceń terapeutycznych i stosowania leków nasennych (Wichniak, Jarema, 2018).

Restrykcja snu wymaga szczególnej ostrożności u osób, których codzienne funkcjonowanie wiąże się z koniecznością zachowania wysokiej sprawności psychomotorycznej, takich jak zawodowi kierowcy. Metoda ta jest również przeciwwskazana u pacjentów z padaczką, niektórymi parasomniami, chorobą afektywną dwubiegunową oraz w zaburzeniach snu związanych z pracą zmianową, ze względu na ryzyko nasilenia objawów w wyniku deprywacji snu (Glovinsky, Spielman, 1991; Morin, 2011).

2.3.4 Techniki relaksacyjne

Techniki relaksacyjne należą do najwcześniej stosowanych metod behawioralnych w leczeniu bezsenności i do dziś zajmują istotne miejsce w oddziaływaniach terapeutycznych ukierunkowanych na redukcję trudności z zasypianiem (Edinger, Carney, 2009). Ich podstawowym celem jest obniżenie poziomu wzbudzenia fizjologicznego i psychicznego, które u osób z bezsennością często utrzymuje się w godzinach wieczornych i nocnych, utrudniając inicjację snu.



W literaturze podkreśla się, że techniki relaksacyjne przeciwdziałają nadmiernej aktywacji układu współczulnego oraz zjawisku hiperpobudzenia (*hyperarousal*), uznawanemu za jeden z kluczowych mechanizmów podtrzymujących bezsenność (Morin, 2011). Do metod o potwierdzonej skuteczności zalicza się trening autogenny Schulza, progresywną relaksację mięśni Jakobsona, techniki wyobrażeniowe, techniki oddechowe, w tym oddychanie przeponowe, a także biofeedback (Schulz, Luthe, 1959; Morin i wsp., 2006 za Gałuszek-Węgielnik, 2010).

Poszczególne techniki relaksacyjne różnią się mechanizmem oddziaływania. Progresywna relaksacja mięśni oraz trening autogenny wpływają głównie na redukcję wzbudzenia somatycznego poprzez napinanie i rozluźnianie kolejnych grup mięśni oraz zwiększanie świadomości sygnałów płynących z ciała. Z kolei techniki wyobrażeniowe i medytacyjne koncentrują się na obniżaniu wzbudzenia poznawczego, takiego jak nasilone zamartwianie się, gonitwa myśli czy koncentracja na trudnościach ze snem (Morin, 2011).

Każda z technik relaksacyjnych wymaga od pacjenta nabycia określonych umiejętności i regularnej praktyki. Przykładowo, progresywna relaksacja mięśniowa opiera się na nauce rozróżniania stanu napięcia i rozluźnienia poszczególnych partii ciała, co umożliwia stopniowe obniżanie ogólnego poziomu napięcia fizycznego (Jacobson, 1964; Edinger i wsp., 2001). Techniki te znajdują szczególne zastosowanie u pacjentów zgłaszających trudności z zasypianiem, u których napięcie i lęk nasilają się w momencie kładzenia się do łóżka.

Badania wskazują, że stosowanie treningu relaksacyjnego może prowadzić do poprawy parametrów snu nocnego, choć jego wpływ na funkcjonowanie w ciągu dnia bywa ograniczony (Means i wsp., 2010). W porównaniach skuteczności technik relaksacyjnych z terapią behawioralną obejmującą higienę snu, restrykcję snu i kontrolę bodźców wykazano przewagę interwencji behawioralnych, szczególnie w zakresie redukcji czuwania wtrąconego (WASO) oraz poprawy wydajności snu (Edinger, 2001). U pacjentów leczonych terapią behawioralną odnotowano istotnie większe zmniejszenie czasu czuwania po zaśnięciu w porównaniu z grupą stosującą wyłącznie relaksację mięśni oraz z grupą placebo.

Pomimo mniejszej skuteczności w porównaniu z kompleksową terapią behawioralną, techniki relaksacyjne pozostają wartościowym elementem leczenia bezsenności. Są one często wykorzystywane jako uzupełnienie innych oddziaływań, zwłaszcza w sytuacjach nasilonego



napięcia, lęku lub oporu pacjenta wobec bardziej restrykcyjnych metod, takich jak ograniczanie czasu snu czy kontrola bodźców (Morin i wsp., 2006).

Interwencje behawioralne stanowią podstawę nefarmakologicznego leczenia bezsenności i obejmują zestaw technik ukierunkowanych na modyfikację nieadaptacyjnych nawyków snu, redukcję wzbudzenia oraz zmianę dysfunkcyjnych skojarzeń związanych z porą snu i sypialnią. Higiena snu pełni funkcję wstępnej interwencji terapeutycznej, której celem jest stworzenie warunków sprzyjających snu oraz eliminacja zachowań podtrzymujących bezsenność. Kontrola bodźców i restrykcja snu oddziałują bardziej bezpośrednio na mechanizmy warunkowania i regulacji snu, prowadząc do konsolidacji snu i poprawy jego jakości. Z kolei techniki relaksacyjne wspierają proces leczenia poprzez redukcję nadmiernego napięcia somatycznego i poznawczego, szczególnie istotnego u pacjentów z trudnościami w zasypianiu.

Skuteczność poszczególnych metod wzrasta, gdy są one stosowane w sposób zintegrowany i elastycznie dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta. Kompleksowe podejście behawioralne pozwala nie tylko na poprawę parametrów snu, lecz także na zmianę sposobu funkcjonowania pacjenta w odniesieniu do snu i bezsenności, co sprzyja utrwaleniu efektów terapeutycznych w dłuższej perspektywie.

2.4 Oddziaływania poznawcze oraz elementy psychoedukacji w CBT-I

Oddziaływania poznawcze w terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I) koncentrują się na identyfikacji oraz modyfikacji dysfunkcyjnych schematów poznawczych związanych ze snem. Obejmują one zarówno przekonania kluczowe i pośredniczące, jak i specyficzne myśli automatyczne dotyczące zasypiania, jakości snu oraz jego konsekwencji w funkcjonowaniu dziennym. Celem interwencji poznawczych jest zmiana sposobu interpretowania doświadczeń związanych ze snem oraz ograniczenie nadmiernego wzbudzenia psychofizjologicznego, które podtrzymuje bezsenność (Harvey, 2002).

Zgodnie z poznawczym modelem bezsenności Harveya, osoby cierpiące na bezsenność wykazują tendencję do nasilonego monitorowania snu, negatywnych ocen nieprzespanych nocy oraz katastroficznych interpretacji ich skutków. Martwienie się konsekwencjami deficytu snu prowadzi do wzrostu pobudzenia autonomicznego układu nerwowego, co



utrudnia przejście ze stanu czuwania w sen i uruchamia mechanizm błędnego koła podtrzymującego zaburzenie (Harvey, 2002). Oddziaływania poznawcze w CBT-I ukierunkowane są na przerwanie tego mechanizmu poprzez zmianę nieadaptacyjnych przekonań i postaw wobec snu (Morin, 1993; Morin & Espie, 2003).

2.4.1 Psychoedukacja dotycząca snu i bezsenności

Istotnym elementem interwencji poznawczych jest psychoedukacja, która obejmuje przekazanie pacjentowi podstawowych informacji na temat fizjologii snu, jego roli oraz mechanizmów regulujących rytm snu i czuwania. Omawiana jest struktura snu z uwzględnieniem stadiów NREM i REM, a także mechanizmy regulacyjne: homeostatyczny, okołodobowy i ultradiany. Ważnym komponentem psychoedukacji jest również przedstawienie trójczynnika modelu bezsenności Spielmana, uwzględniającego czynniki predysponujące, wyzwalające oraz podtrzymujące zaburzenie (Spielman et al., 1987).

Szczególną uwagę zwraca się na rolę poznawczych i behawioralnych czynników podtrzymujących bezsenność, w tym dysfunkcyjnych przekonań dotyczących snu, nadmiernego skupienia uwagi na objawach oraz wzmożonego pobudzenia psychofizjologicznego. Psychoedukacja ma na celu urealnienie oczekiwań dotyczących ilości i jakości snu, a także zwiększenie tolerancji na przejściowe deficyty snu (Morin & Espie, 2003).

2.4.2 Restrukturyzacja poznawcza

Restrukturyzacja poznawcza stanowi centralny element oddziaływań poznawczych w CBT-I i obejmuje identyfikację, analizę oraz modyfikację dysfunkcyjnych treści poznawczych związanych z bezsennością. W procesie terapeutycznym pacjent uczy się rozpoznawać własne myśli automatyczne oraz zniekształcenia poznawcze, a następnie zastępować je bardziej realistycznymi i adaptacyjnymi przekonaniami (Morin, 1993).

Jedną z podstawowych technik jest zapis myśli automatycznych, który umożliwia identyfikację tzw. „gorących myśli” pojawiających się w odpowiedzi na sytuacje związane ze snem. Pacjent analizuje związek pomiędzy myślami, emocjami i zachowaniem, a następnie, przy wsparciu terapeuty, poszukuje dowodów potwierdzających i podważających

prawdziwość danej myśli. Na tej podstawie formułowana jest myśl alternatywna, charakteryzująca się większą równowagą poznawczą (Popiel & Pragłowska, 2008).

Ważnym elementem pracy poznawczej jest również nauka rozpoznawania zniekształceń poznawczych, które zaburzają realistyczną ocenę sytuacji i nasilają napięcie emocjonalne. W kontekście bezsenności najczęściej obserwuje się takie zniekształcenia jak katastrofizacja, przepowiadanie przyszłości, myślenie dychotomiczne, selektywna uwaga, wyolbrzymianie oraz pomijanie pozytywów (Popiel & Pragłowska, 2008).

2.4.3 Dekatastrofizacja i praca nad konsekwencjami bezsenności

Dekatastrofizacja ukierunkowana jest na redukcję tendencji do wyolbrzymiania negatywnych skutków nieprzespanych nocy. Pacjent proszony jest o zidentyfikowanie swoich największych obaw związanych z bezsennością oraz o oszacowanie prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W kolejnych etapach analizowana jest realna częstość bezsennych nocy oraz rzeczywiste konsekwencje funkcjonowania w ciągu dnia. Porównanie subiektywnych ocen z obiektywnymi danymi zazwyczaj prowadzi do obniżenia poziomu lęku i osłabienia wiary w katastroficzne scenariusze (Morin, 1993; Morin & Espie, 2003).

2.4.4 Techniki wspomagające proces poznawczy

W pracy poznawczej wykorzystywane są także techniki takie jak skalowanie, które umożliwia ocenę nasilenia emocji i przekonań oraz monitorowanie postępów terapii, a także klaryfikacja, służąca doprecyzowaniu znaczenia pojęć używanych przez pacjenta. Dodatkowo stosuje się technikę zatrzymywania myśli, polegającą na przerywaniu natrętnych treści poznawczych poprzez werbalną komendę „stop”, co może ograniczać napływ myśli utrudniających zasypianie (Levey et al., 1991).

2.4.5 Intencja paradoksalna i technika uruchomienia wyobraźni

W CBT-I stosowana jest również intencja paradoksalna, polegająca na celowym zaprzestaniu prób zaśnięcia i podejmowaniu działań mających na celu pozostanie w czuwaniu. Technika ta zmniejsza presję związaną z zasypianiem oraz redukuje lęk antycypacyjny, co paradoksalnie sprzyja łatwiejszemu zapadaniu w sen (Ascher & Turner, 1980; Morin et al., 2006).



Uzupełnieniem oddziaływań poznawczych jest technika uruchomienia wyobraźni, której celem jest wytworzenie powtarzalnego rytuału promującego sen. Polega ona na szczegółowym wyobrażaniu sobie wybranych przedmiotów, co sprzyja koncentracji uwagi na neutralnych bodźcach i ograniczeniu aktywności poznawczej przed snem. Regularne stosowanie tej techniki prowadzi do obniżenia pobudzenia i ułatwia zasypianie (Morin & Azrin, 1988).

Podsumowując, oddziaływania poznawcze oraz elementy psychoedukacji w CBT-I odgrywają kluczową rolę w modyfikowaniu dysfunkcyjnych przekonań i postaw wobec snu, które podtrzymują bezsenność. Poprzez identyfikację i restrukturyzację zniekształceń poznawczych, urealnianie oczekiwań oraz redukcję lęku i nadmiernego wzbudzenia psychofizjologicznego możliwe jest przerwanie błędnego koła bezsenności. Zastosowanie technik takich jak psychoedukacja, dekatastrofizacja, intencja paradoksalna czy praca z wyobraźnią sprzyja zwiększeniu poczucia kontroli pacjenta nad objawami oraz poprawie funkcjonowania w ciągu dnia. Tym samym interwencje poznawcze stanowią istotne uzupełnienie oddziaływań behawioralnych w kompleksowym leczeniu bezsenności w nurcie CBT-I.



Rozdział 3 Metodologiczne podstawy badań własnych

Rozdział trzeci niniejszej pracy poświęcony jest przedstawieniu metodologicznych podstaw badań własnych, których celem jest ocena skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I). W pierwszej kolejności sformułowany zostanie główny problem badawczy oraz cele badania, a następnie przedstawione zostaną hipotezy badawcze. W dalszej części rozdziału omówione zostaną przyjęte założenia badawcze oraz zastosowane metody i narzędzia diagnostyczne.

3.1 Charakterystyka zastosowanej metodyki, problem badawczy i cele badania

Bezsennaść stanowi jedno z najczęściej występujących zaburzeń snu i istotnie wpływa na funkcjonowanie psychiczne, emocjonalne oraz jakość życia jednostki. Współczesne badania wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna bezsenności jest jedną z najbardziej efektywnych, niefarmakologicznych metod leczenia tego zaburzenia. Skuteczność CBT-I przejawia się nie tylko w poprawie parametrów snu, lecz także w obniżeniu poziomu wzbudzenia psychofizjologicznego, redukcji objawów depresyjnych i lękowych oraz poprawie subiektywnej jakości życia. Istotnym czynnikiem różnicującym odpowiedź na terapię może być również indywidualna podatność na reagowanie bezsennością w sytuacjach stresowych.

Głównym problemem badawczym niniejszej pracy jest pytanie: czy terapia poznawczo-behawioralna bezsenności jest skuteczną metodą poprawy jakości snu oraz funkcjonowania psychicznego u osób z bezsennością, z uwzględnieniem osobniczej podatności na stres?

Celem pracy jest ocena skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I) w zakresie poprawy parametrów snu, redukcji wzbudzenia psychofizjologicznego oraz zmian w zakresie objawów depresyjnych, lękowych i jakości życia, a także sprawdzenie roli podatności na stres jako czynnika różnicującego efekty terapii.

Na podstawie przeglądu literatury oraz założeń teoretycznych sformułowano następujące hipotezy badawcze:



1. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności prowadzi do poprawy podstawowych parametrów snu, w szczególności skrócenia czasu zasypiania, zmniejszenia liczby i długości nocnych przebudzeń oraz zwiększenia efektywności snu.
2. Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności prowadzi do obniżenia ogólnego nasilenia objawów bezsenności.
3. Po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności obserwuje się poprawę subiektywnej jakości snu oraz funkcjonowania w ciągu dnia.
4. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności prowadzi do obniżenia poziomu napięcia psychicznego i wzbudzenia emocjonalnego związanego ze snem.
5. Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności przyczynia się do zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych oraz lękowych współwystępujących z bezsennością.
6. Po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności następuje poprawa ogólnej jakości życia, w szczególności w zakresie funkcjonowania psychicznego i społecznego.
7. Osoby charakteryzujące się wyższą podatnością na reagowanie zaburzeniami snu w sytuacjach stresowych uzyskują większą poprawę w zakresie parametrów snu oraz nasilenia objawów bezsenności po zastosowaniu terapii.
8. Analiza wywiadu oraz materiału fenomenologicznego ujawnia jakościowe zmiany w sposobie doświadczania snu i zasypiania, redukcję lęku przed bezsennością oraz bardziej adaptacyjne przekonania dotyczące snu po zakończeniu terapii.

Realizacja powyższych celów i weryfikacja hipotez pozwolą na ocenę skuteczności CBT-I oraz lepsze zrozumienie czynników sprzyjających efektywności tej formy terapii.

3.2 Ustalenia koncepcyjne i założenia badawcze

W niniejszym badaniu przyjęto podejście ilościowe, oparte na analizie zmian w zakresie wybranych zmiennych psychologicznych przed i po zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności. W ramach przyjętych założeń badawczych uwzględniono



zarówno subiektywne wskaźniki jakości snu, jak i zmienne związane z funkcjonowaniem emocjonalnym oraz jakością życia badanych osób.

Za zmienną niezależną w badaniu uznano udział w terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I). Zmienne zależne obejmują natomiast parametry snu, poziom wzbudzenia psychofizjologicznego, nasilenie objawów depresyjnych i lękowych oraz subiektywną jakość życia.

W badaniu uwzględniono następujące zmienne oraz ich wskaźniki:

- Jakość snu – oceniana na podstawie wywiadu klinicznego, dziennika snu oraz Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS).
- Reaktywność snu na stres – mierzona za pomocą Skali Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST).
- Nasilenie objawów depresyjnych – oceniane przy użyciu Skali Depresji Becka (BDI).
- Poziom lęku – mierzony za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI).
- Jakość życia – oceniana z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36.

Dodatkowo zastosowano dziennik snu, który umożliwił analizę takich parametrów jak latencja snu, liczba nocnych przebudzeń oraz subiektywna ocena jakości snu i funkcjonowania w ciągu dnia. Wywiad kliniczny pozwolił na zebranie danych dotyczących charakterystyki problemu bezsenności, czasu jego trwania oraz czynników podtrzymujących zaburzenie.

Przyjęto założenie, że skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności będzie przejawiać się w poprawie zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych wskaźników snu, a także w redukcji negatywnych konsekwencji bezsenności w obszarze funkcjonowania emocjonalnego i jakości życia. Zakłada się również, że indywidualna podatność na stres może pełnić istotną rolę w różnicowaniu efektów terapeutycznych.



3.3 Procedury, metody oraz narzędzia badawcze wykorzystane w badaniach własnych

3.3.1 Analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu

W niniejszym badaniu, obok analizy danych klinicznych, zastosowano podejście interpretacyjnej analizy fenomenologicznej (IPA), które znajduje swoje zastosowanie m.in. w obszarze psychologii zdrowia (Kacprzak, 2016). Metoda ta koncentruje się na jednostce funkcjonującej w określonym kontekście życiowym – uwzględnia jej relacje, sposób przeżywania doświadczeń oraz znaczenia, jakie im nadaje. Punktem wyjścia jest subiektywna narracja osoby badanej, stanowiąca podstawę do dalszej, pogłębionej interpretacji.

Podłoże teoretyczne IPA obejmuje trzy zasadnicze nurty: fenomenologię, która akcentuje znaczenie indywidualnego doświadczenia; hermeneutykę, podkreślającą aktywną rolę badacza w procesie interpretacji; oraz idiografię, zakładającą szczegółową analizę jednostkowego przypadku (Kacprzak, 2016). W praktyce oznacza to, że osoba badana przedstawia własną historię trudności – opisuje, jak doświadcza bezsenności, jakie emocje jej towarzyszą oraz jak rozumie swoje problemy ze snem. Badacz natomiast podejmuje próbę interpretacji tych wypowiedzi, dążąc do uchwycenia także tych znaczeń, które nie zawsze są wyrażone wprost. Proces ten ma charakter dialogiczny i można go określić jako dążenie do wzajemnego zrozumienia między uczestnikiem a badaczem.

W kontekście realizowanego case study szczególnie istotne było uchwycenie indywidualnego sposobu przeżywania bezsenności. Istotną część wywiadu stanowiły informacje dotyczące aktualnych i przeszłych czynników stresowych, w tym znaczących zmian życiowych oraz problemów zdrowotnych mogących wpływać na sen. Zbierano również dane odnoszące się do charakterystyki trudności ze snem – czasu ich trwania, dominujących objawów bezsenności, subiektywnej oceny jakości snu oraz postrzeganego wpływu problemów ze snem na funkcjonowanie w ciągu dnia.

Wywiad umożliwił także analizę zachowań okołosenych oraz treści poznawczych pojawiających się w sytuacjach trudności z zasypianiem, takich jak nasilone zamartwianie się czy ruminacje. Szczególną uwagę zwrócono na subiektywne poczucie kontroli nad snem oraz przekonania dotyczące możliwości regulowania własnego rytmu snu i czuwania. W duchu



IPA kluczowe było nie tylko ustalenie faktów dotyczących przebiegu bezsenności, lecz przede wszystkim zrozumienie, w jaki sposób badani interpretują swoje doświadczenia i jak konstruują znaczenie trudności ze snem w kontekście własnego życia.

Zastosowanie interpretacyjnej analizy fenomenologicznej pozwoliło nadać szczególną wagę indywidualnym narracjom oraz uwzględnić emocjonalny wymiar przeżyć badanych (Kacprzak, 2016). Metoda ta okazała się trafna w badaniu skuteczności CBT-I, ponieważ umożliwiła nie tylko opis zmian ilościowych (np. skrócenia czasu zasypiania), lecz także jakościowe uchwycenie przemian w sposobie myślenia o śnie, poczuciu sprawczości oraz regulacji emocjonalnej. Dzięki temu możliwe było pogłębione zrozumienie procesu terapeutycznego oraz mechanizmów leżących u podstaw obserwowanej poprawy.

3.3.2 Dziennik snu

Dziennik snu (Sleep Diary) został wykorzystany jako metoda systematycznej, codziennej rejestracji subiektywnych parametrów snu. Narzędzie to opracowano na potrzeby badania w oparciu o wzór zawarty w „Podręczniku medycyny snu” (Avidan, Zee, 2007).

Dziennik snu umożliwiał zbieranie informacji dotyczących takich zmiennych jak godzina położenia się do łóżka i wstania, szacunkowy czas zasypiania, całkowity czas snu, liczba i czas trwania nocnych przebudzeń, a także subiektywna ocena zmęczenia w ciągu dnia. Uwzględniano również informacje dotyczące stosowania leków nasennych lub innych substancji mogących wpływać na sen oraz występowania istotnych wydarzeń dziennych, które mogły zakłócać sen.

Dziennik snu był wypełniany przed rozpoczęciem terapii oraz w jej trakcie, co pozwoliło na monitorowanie zmian w podstawowych parametrach snu w przebiegu oddziaływań terapeutycznych. Dane uzyskane za pomocą dziennika miały charakter subiektywny i szacunkowy, jednak stanowią one powszechnie akceptowane źródło informacji w badaniach nad bezsennością (Morin, 2004).



3.3.3 Ateńska Skala Bezsenności (AIS)

Ateńska Skala Bezsenności (Athens Insomnia Scale – AIS) jest standaryzowanym narzędziem służącym do ilościowej oceny nasilenia objawów bezsenności zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10. Skala została opracowana w celu oceny zarówno nocnych objawów bezsenności, jak i ich konsekwencji w funkcjonowaniu dziennym, co czyni ją szczególnie przydatną w badaniach klinicznych oraz w praktyce terapeutycznej. (Fornal-Pawłowska, Wołyńczyk-Gmaj, Szelenberger, 2011).

AIS składa się z ośmiu pozycji odnoszących się do takich aspektów snu jak: trudności z zasypianiem, częste wybudzenia nocne, wczesne budzenie się, całkowity czas snu, subiektywna jakość snu oraz wpływ problemów ze snem na samopoczucie, funkcjonowanie i wydajność w ciągu dnia. Każda pozycja oceniana jest na czterostopniowej skali, od 0 (brak problemu) do 3 (znaczne nasilenie objawu), a wynik ogólny stanowi sumę punktów uzyskanych we wszystkich pozycjach.

Wyższe wartości wskazują na większe nasilenie objawów bezsenności, przy czym przyjęte punkty odcięcia umożliwiają wstępną identyfikację klinicznie istotnych zaburzeń snu. Skala charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, w tym wysoką rzetelnością i trafnością diagnostyczną, co potwierdzono w licznych badaniach walidacyjnych. AIS znajduje szerokie zastosowanie w ocenie skuteczności interwencji terapeutycznych ukierunkowanych na leczenie bezsenności, w tym terapii poznawczo-behawioralnej.

3.3.4 Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)

Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres – FIRST (Ford Insomnia Response to Stress Test) stanowi narzędzie samoopisowe przeznaczone do oceny podatności jednostki na reagowanie bezsennością w odpowiedzi na sytuacje stresowe. Skala ta umożliwia identyfikację osób wykazujących zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń snu w warunkach podwyższonego obciążenia psychicznego, co ma istotne znaczenie zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej.

Kwestionariusz FIRST składa się z dziewięciu pozycji odnoszących się do różnorodnych sytuacji stresujących, które mogą potencjalnie wpływać na sen. Osoby badane określają prawdopodobieństwo wystąpienia trudności ze snem w odpowiedzi na każdą z opisanych



sytuacji, korzystając z czterostopniowej skali odpowiedzi: 1 – żadne, 2 – niewielkie, 3 – umiarkowane, 4 – bardzo duże. Całkowity wynik skali stanowi sumę punktów uzyskanych we wszystkich pozycjach i mieści się w przedziale od 9 do 36 punktów, przy czym wyższe wartości wskazują na większą podatność na reagowanie bezsennością w sytuacjach stresowych.

Na podstawie badań empirycznych za punkt odcięcia wskazujący na podwyższone ryzyko reagowania bezsennością na stres przyjmuje się wynik powyżej 16 punktów (Kalmbach i wsp., 2016). Skala FIRST uznawana jest za czułą miarę podatności na zaburzenia snu, co czyni ją użytecznym narzędziem w badaniach nad etiologią i przebiegiem bezsenności, a także w ocenie czynników moderujących skuteczność interwencji terapeutycznych.

Kwestionariusz charakteryzuje się bardzo wysoką rzetelnością, potwierdzoną współczynnikiem test–retest wynoszącym 0,92 (Drake i wsp., 2004). Polskiej adaptacji narzędzia dokonała M. Fornal-Pawłowska wraz ze współpracownikami (Fornal-Pawłowska i wsp., 2007), potwierdzając jego dobre właściwości psychometryczne w warunkach polskich. W niniejszym badaniu skala FIRST została wykorzystana do oceny indywidualnej podatności badanych na reagowanie bezsennością na stres oraz do analizy jej roli w kontekście skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności.

3.3.5 Skala Depresji Becka (BDI II)

Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi samoopisowych do oceny nasilenia objawów depresyjnych. Skala ta została opracowana w oparciu o poznawczy model depresji i umożliwia ocenę zarówno komponentów emocjonalnych, poznawczych, jak i somatycznych tego zaburzenia.

BDI składa się z 21 pozycji, z których każda zawiera zestaw twierdzeń opisujących różny stopień nasilenia danego objawu depresyjnego. Osoba badana wybiera jedno twierdzenie najlepiej opisujące jej stan w określonym czasie. Wynik ogólny stanowi sumę punktów ze wszystkich pozycji, a jego wysokość pozwala na określenie stopnia nasilenia objawów depresyjnych – od braku lub minimalnych objawów po ciężką depresję.

Zastosowanie skali BDI w niniejszym badaniu miało na celu kontrolę wpływu objawów depresyjnych na jakość snu oraz ocenę ewentualnych zmian w nastroju w przebiegu terapii



poznawczo-behawioralnej bezsenności. Narzędzie to charakteryzuje się wysoką rzetelnością i trafnością, co czyni je wartościowym elementem metodologii badań nad zaburzeniami snu.

3.3.6 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State–Trait Anxiety Inventory – STAI) [18] jest standaryzowanym narzędziem psychometrycznym służącym do pomiaru poziomu lęku, rozumianego zarówno jako przejściowy stan emocjonalny, jak i względnie trwała cecha osobowości. Kwestionariusz ten stanowi polską adaptację amerykańskiego narzędzia opracowanego przez Spielbergera i współpracowników (Spielberger i in., 1983), której autorami są J. Strelau, T. Tysarczyk oraz K. Wrześniewski (Wrześniewski i in., 2006).

Kwestionariusz STAI składa się z dwóch niezależnych części, z których każda zawiera po 20 stwierdzeń. Część pierwsza, oznaczona jako STAI X-1, służy do pomiaru lęku jako stanu emocjonalnego (lęk–stan), rozumianego jako aktualnie przeżywane napięcie, niepokój oraz pobudzenie układu nerwowego. Skala ta charakteryzuje się wysoką czułością, co umożliwia rejestrowanie zmian poziomu lęku nawet w krótkich odstępach czasowych, na przykład przed i po zastosowanej interwencji terapeutycznej.

Część druga kwestionariusza, STAI X-2, odnosi się do lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości (lęk–cecha), określająca ogólną tendencję jednostki do reagowania lękiem w różnych sytuacjach życiowych. Skala ta pozwala na ocenę trwałych predyspozycji lękowych, które mogą stanowić istotny czynnik podatności na rozwój i utrzymywanie się zaburzeń snu.

Osoby badane ustosunkowują się do każdego stwierdzenia, wybierając jedną z czterech możliwych odpowiedzi. Wynik dla każdej części kwestionariusza obliczany jest poprzez sumowanie punktów uzyskanych w poszczególnych pozycjach, przy czym wartości punktowe mieszczą się w przedziale od 20 do 80 punktów. Wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom lęku.

Dla kwestionariusza STAI nie ustalono jednoznacznego punktu odcięcia umożliwiającego rozpoznanie zaburzeń lękowych. Niemniej jednak, w praktyce badawczej i klinicznej przyjmuje się, że wynik na poziomie 40 punktów lub wyższy może wskazywać na klinicznie istotne nasilenie objawów lękowych. W niniejszym badaniu narzędzie STAI zostało



wykorzystane w celu oceny zarówno aktualnego poziomu lęku, jak i dyspozycyjnej podatności lękowej badanych osób, a także do analizy zmian w zakresie nasilenia lęku w przebiegu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności.

3.3.7 Kwestionariusz jakości życia SF-36-wersja polska

Kwestionariusz SF-36 w wersji polskiej jest narzędziem samooceny przeznaczonym do subiektywnej oceny jakości życia i stanu zdrowia badanych. Pytania w kwestionariuszu pozwalają na ocenę ośmiu głównych wskaźników jakości życia: funkcjonowania fizycznego, dolegliwości bólowych, ograniczeń w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, ogólnego postrzegania zdrowia, funkcjonowania społecznego, witalności, zdrowia psychicznego oraz ograniczeń w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych (Tylka & Piotrowicz, 2009; Turska & Skowron, 2009).

Kwestionariusz SF-36 jest narzędziem obcojęzycznym, które zostało przetłumaczone i zaadaptowane na język polski pod koniec lat 90. XX wieku. Składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które pozwalają na wyliczenie wartości punktowych dla każdego z ośmiu wskaźników jakości życia. Interpretacja wyników w polskiej wersji kwestionariusza opiera się na zasadzie, że niższa punktacja wskazuje na wyższy poziom jakości życia, natomiast wyższa punktacja oznacza gorszą samoocenę badanego w danym wymiarze. Uzyskane wartości można przedstawić w skali 0–100 lub porównać z normami populacyjnymi, przyjmując, że wynik równy 50 oznacza poziom przeciętnej jakości życia, wynik poniżej 50 – lepszą niż przeciętna jakość życia, a wynik powyżej 50 – obniżoną jakość życia (Tylka & Piotrowicz, 2009; Turska & Skowron, 2009).

Dzięki swojej prostocie oraz możliwości porównania wyników z normami populacyjnymi, SF-36 jest szeroko stosowany w badaniach klinicznych oraz naukowych, pozwalając na ocenę wpływu interwencji terapeutycznych, w tym terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności, na jakość życia pacjentów.

3.4 Zasady doboru uczestników oraz kryteria kwalifikacji próby badawczej

Dobór uczestników do badań własnych miał charakter celowy i był ściśle podporządkowany założeniom badawczym niniejszej pracy, której celem była ocena skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności. Zastosowane podejście metodologiczne nawiązuje do



koncepcji studium przypadku, które stanowi jedną z podstawowych metod badawczych wykorzystywanych w psychologii klinicznej i zdrowia, umożliwiającą pogłębioną analizę funkcjonowania jednostki w kontekście doświadczanych trudności oraz podejmowanych oddziaływań terapeutycznych (Stemplewska-Żakowicz & Paluchowski, 2018).

Studium przypadku pozwala na kompleksowe ujęcie badanego problemu, uwzględniające zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe, a także analizę zmian zachodzących w czasie. W kontekście badań nad bezsennością metoda ta umożliwia szczegółowe opisanie przebiegu zaburzenia, czynników podtrzymujących trudności ze snem oraz indywidualnej reakcji pacjenta na zastosowaną terapię poznawczo-behawioralną. Takie podejście jest szczególnie uzasadnione w badaniach klinicznych, gdzie istotne znaczenie ma indywidualny kontekst życiowy, psychologiczny i zdrowotny osoby badanej.

Do udziału w badaniu kwalifikowane były osoby dorosłe, u których występowały objawy bezsenności o charakterze przewlekłym, spełniające kryteria diagnostyczne zaburzeń snu oraz zgłaszające subiektywne trudności w zakresie zasypiania, utrzymania snu lub jego jakości. Rekrutacja uczestników opierała się na wstępnym wywiadzie klinicznym, który pozwalał na ocenę charakteru i czasu trwania trudności ze snem, ich wpływu na funkcjonowanie dzienne oraz ewentualnych czynników współwystępujących, takich jak stres, objawy lękowe czy depresyjne.

Kryteriami włączenia do badania były:

- wiek pełnoletni,
- występowanie objawów bezsenności utrzymujących się przez co najmniej kilka miesięcy,
- gotowość do udziału w terapii poznawczo-behawioralnej oraz do systematycznego wypełniania narzędzi badawczych (dziennik snu, kwestionariusze),
- brak aktualnie prowadzonej innej psychoterapii ukierunkowanej na leczenie bezsenności.

Do kryteriów wykluczenia zaliczono:

- rozpoznane poważne zaburzenia neurologiczne lub somatyczne, które mogłyby w sposób bezpośredni wpływać na architekturę snu,



- aktywne zaburzenia psychiatryczne lub uzależnienia,
- zmiany farmakoterapii w trakcie trwania badania, które mogłyby istotnie zaburzyć ocenę efektów terapii,
- nieregularny tryb życia (np. praca zmianowa), który uniemożliwiłby rzetelną ocenę parametrów snu.

Zastosowane zasady doboru próby miały na celu uzyskanie możliwie jednorodnej grupy badawczej pod względem charakteru zgłaszanych trudności ze snem, przy jednoczesnym zachowaniu indywidualnego podejścia do każdego uczestnika. Takie rozwiązanie pozwala na pogłębioną analizę skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności oraz na lepsze zrozumienie mechanizmów zmian zachodzących w obszarze snu, regulacji emocji i jakości życia badanych osób.



Rozdział 4 Badania własne – studium przypadków

4.1 Studium przypadku – Anna- wyniki badań i interpretacja przed i po terapii

Imię	Anna
Wiek	24
Zawód	Studentka behawiorystyki
Czas trwania terapii	10 tygodni

4.1.1 Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu

Przed terapią:

Ile masz lat?

„Mam 24 lata. W sumie to taki wiek, kiedy człowiek zaczyna już trochę poważniej myśleć o przyszłości, o karierze i o sobie, więc pewnie to też wpływa na sen, chociaż wtedy człowiek raczej nie zdaje sobie z tego sprawy.”

W odpowiedzi badana nie ogranicza się do podania informacji demograficznej, lecz spontanicznie nadaje jej znaczenie rozwojowe. Wiek 24 lat jawi się jako moment przejściowy, związany z refleksjami nad przyszłością i rosnącymi oczekiwaniami wobec siebie. Sen zostaje osadzony w kontekście presji planowania i odpowiedzialności. Już na tym etapie widoczna jest tendencja do autorefleksji oraz łączenia objawów bezsenności z szerszym kontekstem egzystencjalnym.

Jaka jest Twoja aktualna sytuacja edukacyjna lub zawodowa?

„Studiuję behawiorystykę na studiach magisterskich. To jest dla mnie główne zajęcie, ale czasami dorabiam dorywczo, w sumie głównie online, na zlecenia, więc nie mam stałych godzin pracy. To bywa trochę trudne, bo kiedy mam dużo zadań, siadam do nich późnym wieczorem albo w nocy, co psuje mój rytm snu. Nawet gdybym chciała, nie zawsze jestem w stanie utrzymać regularne godziny snu, bo wszystko zależy od terminów, wykładów, egzaminów i projektów i tego wszystkiego”.



Wypowiedź ujawnia doświadczenie braku stabilnej struktury dnia. Elastyczność organizacyjna paradoksalnie prowadzi do nieregularności i przesuwania aktywności w porę nocną. Sen traci wyraźne granice czasowe i przestaje być stałym elementem rytmu dobowego, a staje się zmienną zależną od wymagań zewnętrznych. W narracji wybrzmiewa także poczucie ograniczonego wpływu („nie zawsze jestem w stanie”), co może sprzyjać utrwalaniu przekonań o braku kontroli nad snem.

Jaka jest Twoja sytuacja rodzinna?

„Obecnie mieszkam sama, w wynajmowanym mieszkaniu. Nie mam dzieci i nie jestem w stałym związku. Moi rodzice mieszkają w innym mieście, więc spotykam ich sporadycznie – zwykle w weekendy lub podczas świąt. To, że mieszkam sama chyba też trochę wpływa na sen – czasem czuję większą odpowiedzialność za siebie i swoje obowiązki, a czasami po prostu samotność sprawia, że wieczorem więcej myślę i analizuję różne sprawy.”

Samodzielne mieszkanie jest przez badaną interpretowane ambiwalentnie – jako przejaw dorosłości, ale również źródło samotności i wzmożonej odpowiedzialności. Wieczór staje się przestrzenią nasilonej autorefleksji. Można także zauważyć, że brak obecności drugiej osoby sprzyja zwróceniu uwagi ku własnym myślom, co potęguje ruminacyjny charakter przeżyć przed snem.

Czy w ostatnich sześciu miesiącach doświadczyłaś istotnych zmian życiowych lub stresujących wydarzeń?

„Tak, zdecydowanie. W ostatnim semestrze rozpoczęłam bardzo intensywny tryb nauki, co samo w sobie było stresujące. Do tego dochodziły różne sytuacje rodzinne – moi rodzice mieli problemy zdrowotne, więc musiałam czasem zajmować się tym na odległość, organizować wizyty lekarskie, pomagać im w codziennych sprawach. To wszystko generowało stres i napięcie, które często czułam do późnych godzin wieczornych, a czasem nawet do nocy. Można powiedzieć, że te wydarzenia miały duży wpływ na to, jak śpię.”

Opis wskazuje na kumulację stresorów akademickich i rodzinnych. Charakterystyczne jest doświadczenie „przenoszenia” napięcia w porę nocną – brak wyraźnego momentu psychicznego odcięcia się od obowiązków. Sen nie stanowi granicy oddzielającej dzień od nocy, lecz przestrzeń, w której napięcie nadal jest obecne.



Jak długo utrzymują się trudności ze snem?

„Myślę, że od około roku. Początkowo były to sporadyczne problemy, np. kilka nocy w miesiącu, kiedy ciężko było zasnąć. Ale w ostatnich miesiącach jest gorzej, bo trudności pojawiają się praktycznie każdej nocy – czasem tylko niewielkie przerywania snu, ale czasem w ogóle nie mogę zasnąć albo co chwilę się budzę”

Narracja ukazuje proces przechodzenia od epizodycznych trudności do przewlekłego wzorca bezsenności. Doświadczenie to ma charakter narastający i utrwalający się. W wymiarze fenomenologicznym może to oznaczać stopniową zmianę tożsamościową – od osoby „czasem niewyspanej” do osoby „mającej problem ze snem”.

Jakie objawy bezsenności występują u Ciebie najczęściej?

„Najgorsze są trudności z zasypianiem – czasami leżę w łóżku nawet godzinę albo półtorej, zanim uda mi się zasnąć. Do tego często budzę się w nocy i trudno mi wtedy ponownie zasnąć. Czasami budzę się bardzo wcześnie rano, jeszcze przed budzikiem i czuję się gorzej niż przed zaśnięciem. To takie uczucie, że chociaż teoretycznie spałam, to organizm i tak nie jest wypoczęty.”

Szczególnie znaczące jest subiektywne poczucie braku regeneracji. Sen, mimo że fizycznie obecny, nie spełnia swojej funkcji. W doświadczeniu badanej dochodzi do rozbieżności między ilością a jakością snu, co może wzmacniać przekonanie o jego nieskuteczności i nieprzewidywalności.

W jakim stopniu trudności ze snem wpływają na Twoje codzienne funkcjonowanie?

„Dość mocno. W ciągu dnia czuję się zmęczona, mam problemy z koncentracją podczas wykładów, czasami po prostu zapominam o zadaniach, które powinnam zrobić. Często jestem drażliwa i mam obniżony nastrój, a czasem odkładam obowiązki na później, bo brakuje mi energii. Źle śpię, więc mam mniej energii, a wtedy gorzej sobie radzę, co znowu zwiększa stres i utrudnia sen.”

Badana trafnie opisuje mechanizm błędnego koła bezsenności. Zmęczenie obniża efektywność, co generuje dodatkowy stres i pogłębia trudności nocne. Wypowiedź wskazuje



na wysoką świadomość procesu, jednak świadomość ta nie przekłada się na poczucie sprawstwa.

Jakie myśli najczęściej pojawiają się, gdy masz trudności z zasypianiem?

„No..., że nie wytrzymam kolejnego dnia bez snu, że zasnę późno i rano będę niewyspana. Pojawia się też poczucie winy, że powinnam wcześniej iść spać, a zamiast tego marnuję czas. Często analizuję cały dzień, co zrobiłam źle albo myślę o zadaniach na kolejny dzień. Czasami te myśli są tak natrętne, że trudno mi się od nich uwolnić.”

Treści poznawcze mają charakter katastroficzny i oceniający. Obecne są zarówno obawy antycypacyjne (dotyczące przyszłego dnia), jak i retrospektywne analizy własnych błędów. Sen staje się przestrzenią konfrontacji z własnymi wymaganiami i krytycznym dialogiem wewnętrznym.

Na ile odczuwasz poczucie kontroli nad swoim snem?

„Niezbyt duże. Często czuję, że im bardziej staram się zasnąć, tym trudniej mi to wychodzi. Jestem świadoma technik relaksacyjnych i zasad higieny snu, ale w praktyce trudno mi je stosować regularnie, szczególnie w okresach stresu i intensywnej nauki.”

Wypowiedź wskazuje na doświadczenie paradoksu kontroli – im większy wysiłek wkładany w zasypianie, tym silniejsze napięcie. Sen przestaje być spontanicznym procesem biologicznym, a staje się zadaniem wymagającym wysiłku i kontroli. Obniżone poczucie sprawczości może stanowić istotny czynnik podtrzymujący bezsenność.

Fenomenologiczna analiza wywiadu ukazuje bezsenność jako doświadczenie osadzone w kontekście presji rozwojowej, odpowiedzialności rodzinnej oraz nasilonej autorefleksyjności. Wieczór stanowi czas kumulacji napięcia poznawczego i emocjonalnego, a sen przestaje pełnić funkcję regeneracyjną, stając się obszarem walki o kontrolę. Narracja badanej ujawnia zarówno wysoką świadomość własnych procesów psychicznych, jak i poczucie ograniczonego wpływu na przebieg snu, co stanowi istotny punkt wyjścia do dalszej interwencji terapeutycznej w modelu CBT-I.



Po terapii:

Jak oceniasz swoją aktualną sytuację życiową w tym momencie?

„Myślę, że przez te 10 tygodni terapia trochę wpłynęła na mój rytm dnia, bo nauczyłam się lepiej planować czas na sen i obowiązki. Nadal studiuję, ale staram się mieć bardziej ustalony harmonogram nauki i odpoczynku.”

W wypowiedzi widoczna jest zmiana w zakresie organizacji codzienności. Badana nie wskazuje na istotne zmiany zewnętrzne, lecz podkreśla transformację wewnętrzną – większą strukturę dnia i świadome planowanie snu. Sen przestaje być elementem przypadkowym, zależnym wyłącznie od wymagań zewnętrznych, a staje się świadomie chronioną częścią rytmu dobowego.

Jak wygląda Twoja sytuacja rodzinna i mieszkaniowa teraz? Czy coś się zmieniło w kontekście snu?

„Wciąż mieszkam sam. Rodzice nadal są w innym mieście. Natomiast dzięki terapii nauczyłam się lepiej radzić sobie z samotnością wieczorami – wprowadzam pewne rutyny, które pomagają mi się wyciszyć przed snem, więc ten aspekt życia nie wpływa już na mnie tak negatywnie jak wcześniej.”

Obiektywne warunki życia pozostają niezmienione, jednak zmienia się sposób ich przeżywania. Samotność, wcześniej opisywana jako czynnik nasilający ruminacje, zostaje oswojona poprzez wprowadzenie powtarzalnych rytuałów. Można mówić o przekształceniu znaczenia wieczoru – z czasu napięcia i analiz w przestrzeń celowego wyciszenia.

Czy w ostatnich miesiącach pojawiły się sytuacje stresujące, które mogły wpływać na Twój sen?

„Tak, zdarzyło się kilka stresujących momentów, np. sporo zadań na uczelni i problemy organizacyjne w pracy dorywczej. Myślę jednak, że terapia mi pomogła i nie zauważyłam, żeby te sytuacje powodowały aż takie problemy ze snem, jak wcześniej. Czasami oczywiście zdarza się, że jestem zestresowana, ale teraz potrafię to szybciej wyciszyć i zasnąć.”



Stres nadal jest obecny, jednak zmienia się relacja między stresem a snem. Badana nie doświadcza już automatycznego przełożenia napięcia dziennego na bezsenność nocną. Pojawia się zdolność regulacji emocjonalnej oraz poczucie, że trudne sytuacje nie determinują jakości snu w takim stopniu jak wcześniej.

Jakie objawy bezsenności występują teraz?

„Najczęściej to lekkie trudności z zasypianiem w dni, kiedy jestem zestresowana, ale już nie leżę w łóżku godzinami. Rzadko budzę się w nocy i teraz potrafię wrócić do snu bez większych problemów. Czasami budzę się wcześniej rano, ale teraz jestem w stanie wstać i czuć się wypoczęta.”

Kluczową zmianą jest skrócenie czasu zasypiania oraz zdolność ponownego zaśnięcia po wybudzeniu. Sen odzyskuje funkcję regeneracyjną. Istotne jest także to, że pojedyncze wybudzenia nie są już interpretowane katastroficznie, lecz jako naturalny element snu.

Ile średnio zajmuje Ci teraz zaśnięcie?

„W większości przypadków zasypiam w 15–25 minut. To ogromna zmiana w porównaniu do wcześniejszych 60–90 minut w stresujące dni.”

Badana dokonuje wyraźnego porównania z okresem sprzed terapii, podkreślając skalę poprawy. Wypowiedź wskazuje na realną zmianę behawioralną oraz na wzrost poczucia skuteczności podejmowanych działań.

Ile godzin snu średnio uzyskujesz obecnie w ciągu nocy?

„Zwykle 6–7 godzin, czasami nawet 7,5 godziny w weekendy. Średnio długość snu zdecydowanie wzrosła i teraz czuję, że jest wystarczająca do regeneracji.”

Zmiana dotyczy nie tylko ilości snu, lecz przede wszystkim jego jakościowego odbioru. Sen jest opisywany jako „wystarczający”, co wskazuje na odbudowę zaufania do własnych możliwości regeneracyjnych.

Jak oceniasz ogólną jakość snu po terapii?



„Na pewno wyżej niż wcześniej – oceniałabym ją na 7–8. Sen jest głębszy, przerywania są rzadsze, a rano czuję się wypoczęta. To naprawdę duża zmiana w porównaniu do stanu sprzed terapii.”

Wzrost subiektywnej oceny jakości snu potwierdza pozytywną zmianę w przeżywaniu nocy. Poranna regeneracja, wcześniej nieobecna, staje się ponownie dostępna jako doświadczenie fizyczne i emocjonalne.

W jakim stopniu trudności ze snem wpływają teraz na codzienne funkcjonowanie?

„Znacznie mniej niż wcześniej. Teraz mogę normalnie funkcjonować na wykładach i podczas nauki, jestem bardziej skoncentrowana i mniej drażliwa. Czasami, jak miałam wyjątkowo ciężki dzień, czuję zmęczenie, ale ogólnie wpływ na codzienne funkcjonowanie jest niewielki.”

Zmniejszenie wpływu bezsenności na funkcjonowanie dzienne świadczy o przerwaniu wcześniej opisywanego błędnego koła. Sen przestaje być centralnym problemem organizującym codzienne doświadczenie.

Jakie zachowania przed snem są obecnie najczęstsze?

„Staram się nie korzystać z telefonu tuż przed snem, wprowadzam krótką rutynę wyciszającą – czasem medytacja, czasem czytanie książki. Kawę piję głównie do południa, staram się też kłaść o regularnej godzinie. Te zmiany zdecydowanie pomagają mi szybciej zasypiać i poprawiają jakość snu.”

Widoczna jest integracja zaleceń terapeutycznych w codziennym funkcjonowaniu. Zachowania okołosenne mają charakter świadomy i intencjonalny. Rutyna staje się narzędziem regulacyjnym, a nie ograniczeniem.

Jakie myśli pojawiają się teraz w sytuacji trudności z zasypianiem?

„Teraz myśli są dużo mniej natrętne. Jeśli pojawi się lekki niepokój, potrafię zastosować różne techniki z terapii – np. przypominam sobie, że kilka godzin snu wystarczy i że nie muszę się tym martwić. Wcześniej te myśli męczyły mnie godzinami i utrudniały zasypianie.”



Zmiana dotyczy nie tyle całkowitego zaniku myśli, ile sposobu reagowania na nie. Badana wykazuje zdolność do modyfikacji interpretacji poznawczych i redukcji katastrofizacji. Myśli przestają dominować nad doświadczeniem snu.

Na ile odczuwasz poczucie kontroli nad swoim snem po terapii?

„Znacznie większe niż wcześniej. Czuję, że mam narzędzia, które pozwalają mi wpływać na sen. Nawet jeśli coś idzie nie tak, wiem, jak reagować i wrócić do zdrowego rytmu. To daje mi duże poczucie bezpieczeństwa i spokoju w nocy.”

Najbardziej znacząca zmiana dotyczy poczucia sprawczości. Sen nie jest już postrzegany jako zjawisko nieprzewidywalne i wymykające się kontroli, lecz jako proces, na który można oddziaływać poprzez konkretne strategie. Poczucie bezpieczeństwa zastępuje wcześniejsze napięcie i bezradność.

Porównanie wywiadu przed i po terapii:

Przed terapią Anna funkcjonowała w warunkach nieregularnego rytmu dnia, w którym sen był podporządkowany zmiennym wymaganiom akademickim i zawodowym. Czas zasypiania wynosił zazwyczaj 60–90 minut, a nocne wybudzenia były częste i utrudniały ponowne zaśnięcie. Sen nie pełnił funkcji regeneracyjnej, mimo jego pozornej obecności. Trudności utrzymywały się od około roku i w ostatnich miesiącach występowały niemal każdej nocy, co wskazywało na ich przewlekły charakter. Wieczory były dla Anny czasem nasilonych ruminacji, analiz i zamartwiania się, a stres związany z nauką i sytuacją rodzinną bezpośrednio przekładał się na jakość snu. Towarzyszyło temu niskie poczucie kontroli oraz wyraźne konsekwencje w ciągu dnia, takie jak zmęczenie, problemy z koncentracją i obniżony nastrój.

Po terapii nastąpiła wyraźna poprawa w funkcjonowaniu Anny zarówno w nocy, jak i w ciągu dnia. Czas zasypiania skrócił się do 15–25 minut, a wybudzenia nocne stały się sporadyczne i nie zakłócają już znacząco snu. Średnia długość snu wzrosła do około 6–7 godzin, a w niektóre dni do 7,5 godziny, co Anna ocenia jako wystarczające do regeneracji. Subiektywna jakość snu osiągnęła poziom 7–8 na 10. Trudności ze snem pojawiają się obecnie jedynie okazjonalnie, głównie w sytuacjach zwiększonego stresu, jednak Anna potrafi sobie z nimi skutecznie radzić. Zmienił się także charakter wieczorów, które z czasu



ruminacji stały się przestrzenią wyciszenia i stosowania rutyn sprzyjających zasypianiu. Kluczową zmianą jest wzrost poczucia kontroli nad snem oraz przekonanie o własnej skuteczności w jego regulowaniu, co przekłada się na poprawę koncentracji, nastroju i ogólnego funkcjonowania w ciągu dnia.

4.1.2 Dziennik snu

Dziennik snu przed rozpoczęciem terapii:

Analiza dziennika snu prowadzonego przez Anię przed rozpoczęciem terapii CBT-I wskazuje na wyraźnie zaburzony rytm snu i czuwania. Godziny kładzenia się spać były nieregularne i wahały się zazwyczaj między godziną 23:30 a 1:30 w nocy, przy czym często towarzyszyło im długotrwałe korzystanie z urządzeń elektronicznych oraz nauka w późnych godzinach wieczornych.

Czas zasypiania był znacząco wydłużony i w większości dni przekraczał 60 minut, a w dniach o podwyższonym poziomie stresu dochodził nawet do 90 minut. W dzienniku snu badana regularnie odnotowywała uczucie napięcia, natłok myśli oraz trudności z wyciszeniem się przed snem. Charakterystycznym elementem zapisków była obecność myśli katastroficznych dotyczących konsekwencji braku snu w kolejnym dniu, co dodatkowo nasilało trudności z zasypianiem.

Sen Ani był również przerywany. W dzienniku snu często pojawiały się informacje o 1–3 wybudzeniach nocnych, po których ponowne zaśnięcie zajmowało od kilkunastu do kilkudziesięciu minut. Całkowity czas snu wahał się najczęściej między 5 a 6 godzin, przy jednoczesnym subiektywnym poczuciu niskiej jakości snu. Badana regularnie oceniała swój sen jako „płytki”, „nieprzynoszący odpoczynku” oraz „niewystarczający”.

W zapiskach porannych Ania często odnotowywała uczucie zmęczenia, senności oraz trudności z koncentracją w ciągu dnia. Dziennik snu ujawniał także kompensacyjne zachowania dzienne, takie jak zwiększone spożycie kofeiny oraz nieregularne drzemki, które mogły dodatkowo utrzymywać problemy ze snem.



Dziennik snu po zakończeniu terapii CBT-I

Analiza dziennika snu prowadzonego po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I wskazuje na istotną poprawę zarówno w zakresie ilościowym, jak i jakościowym snu badanej. Godziny kładzenia się spać oraz wstawania stały się wyraźnie bardziej regularne, co świadczy o stabilizacji rytmu okołodobowego. Ania najczęściej kładła się spać między godziną 23:00 a 23:30, a poranne wstawanie odbywało się o zbliżonej porze również w dni wolne od zajęć.

Czas zasypiania uległ znacznemu skróceniu i w większości przypadków mieścił się w przedziale 15–25 minut. W dzienniku snu badana rzadko odnotowywała długotrwałe trudności z zasypianiem, a jeśli się pojawiały, były one zazwyczaj związane z wyjątkowo stresującymi wydarzeniami i miały charakter przejściowy. Istotną zmianą była również redukcja negatywnych myśli dotyczących snu – zapiski Ani wskazywały na większą akceptację okresowych trudności oraz stosowanie poznanych w terapii strategii radzenia sobie.

Wybudzenia nocne występowały sporadycznie i najczęściej nie wpływały znacząco na ciągłość snu, ponieważ badana była w stanie stosunkowo szybko ponownie zasnąć. Całkowity czas snu wydłużył się do średnio 6–7 godzin, a w niektórych dniach nawet do 7,5 godziny. Subiektywna ocena jakości snu uległa wyraźnej poprawie – Ania częściej opisywała sen jako „głębszy”, „bardziej regenerujący” i „wystarczający”.

W zapiskach porannych po terapii dominowały informacje o lepszym samopoczuciu, większej energii w ciągu dnia oraz poprawie koncentracji. Z dziennika snu wynikało również ograniczenie zachowań niekorzystnych dla snu, takich jak późne korzystanie z urządzeń elektronicznych czy spożywanie kofeiny w godzinach wieczornych. Badana regularnie stosowała wieczorne rutyny wyciszające, co znalazło odzwierciedlenie w stabilniejszych parametrach snu.

Porównanie dziennika snu przed i po terapii

Porównawcza analiza dziennika snu Ani przed i po terapii CBT-I wskazuje na wyraźną poprawę we wszystkich kluczowych wskaźnikach snu. Skróceniu uległ czas zasypiania, wydłużył się całkowity czas snu, a liczba i czas trwania wybudzeń nocnych uległy redukcji.



Równie istotna była poprawa subiektywnego poczucia kontroli nad snem oraz zmniejszenie lęku związanego z zasypianiem.

Uzyskane wyniki potwierdzają wysoką użyteczność dziennika snu jako narzędzia diagnostycznego i ewaluacyjnego w terapii CBT-I, a także wskazują na skuteczność interwencji w przypadku badanej. Zmiany zaobserwowane w dzienniku snu są spójne z relacjami Ani zawartymi w wywiadach jakościowych przeprowadzonych przed i po terapii, co wzmacnia wiarygodność uzyskanych danych.

4.1.3 Ateńska Skala Bezsenności

Wyniki Ateńskiej Skali Bezsenności przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Ania uzyskała 14 punktów w Ateńskiej Skali Bezsenności, co wskazuje na klinicznie istotne nasilenie objawów bezsenności. Wynik ten znacząco przekraczał wartość graniczną (≥ 8 pkt), potwierdzając obecność przewlekłych trudności ze snem.

Najwyżej punktowane pozycje dotyczyły:

- trudności z zasypianiem,
- częstych wybudzeń nocnych,
- niskiej subiektywnej jakości snu,
- braku poczucia regeneracji po przebudzeniu.

W części skali odnoszącej się do funkcjonowania w ciągu dnia badana zgłaszała wyraźne zmęczenie, obniżony nastrój oraz trudności z koncentracją, które negatywnie wpływały na jej funkcjonowanie akademickie. Uzyskany wynik był spójny z danymi jakościowymi pochodzącymi z wywiadu wstępnego oraz z analizy dziennika snu, w którym odnotowywano długi czas zasypiania, częste wybudzenia oraz skrócony całkowity czas snu.

Wyniki Ateńskiej Skali Bezsenności po zakończeniu terapii CBT-I

Po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I Ania ponownie wypełniła Ateńską Skalę Bezsenności. Uzyskany wynik wyniósł 6 punktów, co oznacza spadek poniżej progu diagnostycznego dla bezsenności.



Największą poprawę zaobserwowano w pozycjach dotyczących:

- czasu zasypiania,
- ciągłości snu,
- subiektywnej jakości snu,
- funkcjonowania w ciągu dnia.

Badana rzadziej zgłaszała zmęczenie w ciągu dnia, a trudności z koncentracją oraz obniżony nastrój miały charakter sporadyczny i nie wpływały istotnie na jej codzienne funkcjonowanie. Wynik 6 punktów wskazuje na obecność jedynie łagodnych, przejściowych trudności ze snem, które nie spełniają kryteriów bezsenności klinicznej.

Porównanie wyników AIS przed i po terapii

Porównanie wyników Ateńskiej Skali Bezsenności przed i po terapii CBT-I wskazuje na spadek łącznej punktacji z 14 do 6 punktów, co oznacza redukcję nasilenia objawów bezsenności o 8 punktów. Zmiana ta ma istotne znaczenie kliniczne i potwierdza skuteczność zastosowanej interwencji terapeutycznej.

Poprawa dotyczyła zarówno nocnych objawów bezsenności, jak i funkcjonowania dziennego. Wyniki skali AIS po terapii są spójne z danymi uzyskanymi z dziennika snu oraz z wywiadu końcowego, w których badana opisywała skrócenie czasu zasypiania, wydłużenie całkowitego czasu snu oraz wzrost poczucia kontroli nad snem.

Uzyskane wyniki potwierdzają przydatność Ateńskiej Skali Bezsenności jako narzędzia monitorowania skuteczności terapii CBT-I oraz wskazują na istotną poprawę jakości snu i funkcjonowania badanej po zakończeniu terapii.

4.1.4 Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)

Wyniki Skali FIRST przed rozpoczęciem terapii

Badana uzyskała łącznie 30 punktów na 36 możliwych, co wskazuje na wysoką reaktywność snu na stres. Wynik ten plasuje się w górnym zakresie skali i sugeruje znaczną podatność na występowanie trudności z zasypianiem i/lub utrzymaniem snu w odpowiedzi na różnorodne sytuacje obciążające.



Najwyższe nasilenie reakcji (4 – „bardzo duże”) odnotowano w następujących sytuacjach:

- przed ważnym spotkaniem następnego dnia,
- po stresujących przeżyciach w ciągu dnia,
- po stresujących przeżyciach wieczorem,
- po złym dniu w pracy / na uczelni,
- przed wystąpieniem publicznym.

Pozycje te łączy komponent stresu oceniającego oraz zadaniowego, a także element antycypacyjny (oczekiwanie przyszłego wydarzenia). Wysokie wyniki w tych obszarach wskazują, że kluczowym czynnikiem aktywizującym bezsenność była obawa przed oceną, odpowiedzialność oraz nadmierne zaangażowanie poznawcze w analizę przeszłych zadań.

Umiarkowane nasilenie (3 – „umiarkowane”) dotyczyło sytuacji takich jak:

- otrzymanie złej wiadomości w ciągu dnia,
- kłótnia.

Reakcja ta sugeruje, że stres interpersonalny oraz negatywne informacje również wpływały na sen, jednak w mniejszym stopniu niż sytuacje związane z osiągnięciami i ekspozycją społeczną.

Najniższe nasilenie (2 – „niewielkie”) wystąpiło w sytuacjach:

- po obejrzeniu przerażającego filmu,
- przed wyjazdem na urlop.

Wskazuje to, że samo pobudzenie emocjonalne – jeśli nie było związane z osobistą odpowiedzialnością lub oceną – miało ograniczony wpływ na jakość snu. Reaktywność dotyczyła zatem przede wszystkim stresorów o znaczeniu osobistym i zadaniowym, a nie bodźców o charakterze czysto sytuacyjnym.

Uzyskany wynik (30 pkt) świadczy o wysokiej podatności na bezsenność w sytuacjach stresowych, co stanowi istotny czynnik ryzyka rozwoju i podtrzymywania przewlekłej bezsenności. W literaturze wysoka reaktywność snu traktowana jest jako względnie stabilna

cecha, zwiększająca prawdopodobieństwo utrzymywania się trudności nawet po ustąpieniu pierwotnych stresorów.

Profil odpowiedzi badanej wskazuje, że kluczową rolę odgrywał mechanizm nadmiernego pobudzenia poznawczo-emocjonalnego, szczególnie w sytuacjach wymagających oceny społecznej lub realizacji zadań. Wysoka punktacja w pozycjach dotyczących wydarzeń antycypowanych (np. wystąpienie publiczne, ważne spotkanie) potwierdza obecność nasilonych procesów ruminacyjnych i zamartwiania się przed snem.

Wynik ten pozostaje spójny z danymi uzyskanymi w wywiadzie klinicznym, w którym badana opisywała trudności z „wyciszeniem myśli” oraz poczucie braku kontroli nad snem w okresach zwiększonego obciążenia. Z perspektywy planowania interwencji terapeutycznej wysoka reaktywność snu stanowiła istotne wskazanie do zastosowania technik poznawczych i behawioralnych ukierunkowanych na redukcję napięcia, modyfikację przekonań katastroficznych oraz wzmocnienie poczucia sprawczości w obszarze snu.

Wyniki Skali FIRST po zakończeniu terapii CBT-I

Badana uzyskała 18 punktów na 36 możliwych, co wskazuje na istotne obniżenie reaktywności snu na stres w porównaniu z wynikiem przed terapią (30 pkt). Spadek o 12 punktów sugeruje klinicznie znaczącą zmianę w zakresie podatności na występowanie trudności ze snem w odpowiedzi na sytuacje stresowe.

Po terapii najwyższe odpowiedzi („3 – umiarkowane”) pojawiały się sporadycznie i dotyczyły głównie sytuacji o charakterze silnie oceniającym, takich jak:

- przed ważnym spotkaniem następnego dnia,
- przed wystąpieniem publicznym.

W odróżnieniu od pomiaru przed terapią, sytuacje te nie były już oceniane jako generujące „bardzo duże” prawdopodobieństwo bezsenności, lecz jako umiarkowanie obciążające.

Większość pozycji została oceniona jako „2 – niewielkie”, w tym:

- po stresujących przeżyciach w ciągu dnia,
- po stresujących przeżyciach wieczorem,



- po złym dniu w pracy / na uczelni,
- po otrzymaniu złej wiadomości,
- po kłótni.

Oznacza to, że stres dzienny przestał w sposób bezpośredni i silny przekładać się na jakość snu. Reakcja bezsenności nie miała już charakteru automatycznego ani przewidywalnego.

Najniższe odpowiedzi („1 – żadne”) dotyczyły sytuacji takich jak:

- przed wyjazdem na urlop,
- po obejrzeniu przerażającego filmu.

W tych przypadkach badana nie przewidywała wystąpienia trudności ze snem.

Porównanie wyników FIRST przed i po terapii

Redukcja wyniku z 30 do 18 punktów wskazuje na wyraźne obniżenie reaktywności snu, co można interpretować jako efekt skutecznej modyfikacji zarówno zachowań okołosennych, jak i procesów poznawczych związanych ze stresem.

Po terapii stresory – nawet jeśli nadal obecne – nie są już interpretowane jako bezpośrednie zagrożenie dla snu. Oznacza to zmianę w zakresie:

- regulacji emocjonalnej (większa zdolność wygaszania napięcia przed snem),
- interpretacji poznawczej (mniejsza katastrofizacja konsekwencji niewyspania),
- poczucia kontroli (większe przekonanie o możliwości wpływania na sen).

Szczególnie istotne jest obniżenie odpowiedzi w pozycjach dotyczących stresu dziennego i wieczornego, które przed terapią były oceniane jako „bardzo duże”. Wskazuje to na przerwanie mechanizmu przenoszenia napięcia z dnia na noc – jednego z kluczowych czynników podtrzymujących bezsenność.

Wynik po terapii sugeruje, że reaktywność snu, choć częściowo może mieć charakter cechowy, podlega modyfikacji w toku interwencji poznawczo-behawioralnej. W przypadku badanej uzyskano istotne obniżenie podatności na bezsenność w sytuacjach stresowych, co



pozostaje spójne z poprawą parametrów snu oraz subiektywnej jakości funkcjonowania dziennego.

Spadek punktacji FIRST po terapii sugeruje nie tylko poprawę aktualnych parametrów snu, ale również zmniejszenie cechowej podatności na reagowanie bezsennością w odpowiedzi na stres, co ma istotne znaczenie dla długoterminowego utrzymania efektów terapeutycznych.

4.1.5 Skala Depresji Becka BDI II

Wyniki Skali Depresji Becka przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Ania uzyskała 17 punktów w Skali Depresji Becka (BDI-II), co wskazuje na łagodne nasilenie objawów depresyjnych. Wynik ten sugerował obecność obniżonego nastroju, jednak nie spełniał kryteriów umiarkowanego ani ciężkiego epizodu depresyjnego.

Najwyżej punktowane pozycje dotyczyły:

- zmęczenia i obniżonej energii,
- trudności z koncentracją,
- obniżonego nastroju,
- poczucia przeciążenia codziennymi obowiązkami,
- obniżonej satysfakcji z codziennego funkcjonowania.

Objawy te były przez badaną często wiązane z przewlekłymi trudnościami ze snem. Ania wskazywała, że pogorszenie nastroju oraz spadek motywacji nasilały się szczególnie po nieprzespanych nocach, co sugeruje wtórny charakter objawów depresyjnych w stosunku do bezsenności. Uzyskany wynik BDI-II był spójny z relacjami z wywiadu wstępnego oraz z zapisami w dzienniku snu, w których badana opisywała chroniczne zmęczenie i obniżoną wydolność psychiczną.

Wyniki Skali Depresji Becka po zakończeniu terapii CBT-I

Po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I Ania ponownie wypełniła skalę BDI-II. Uzyskany wynik wyniósł 8 punktów, co mieści się w zakresie braku lub minimalnych objawów depresyjnych.



Po terapii badana rzadziej zgłaszała obniżony nastrój, a objawy takie jak zmęczenie, trudności z koncentracją czy spadek motywacji uległy wyraźnemu zmniejszeniu. Ania wskazywała na poprawę ogólnego samopoczucia psychicznego, większą stabilność emocjonalną oraz wzrost poczucia sprawczości w codziennym funkcjonowaniu.

Obniżenie punktacji w skali BDI-II było szczególnie widoczne w pozycjach odnoszących się do energii życiowej, zdolności do podejmowania aktywności oraz postrzegania własnego funkcjonowania. Zmiany te korelowały z poprawą jakości snu oraz zmniejszeniem nasilenia objawów bezsenności.

Porównanie wyników BDI-II przed i po terapii

Porównawcza analiza wyników Skali Depresji Becka przed i po terapii CBT-I wykazała spadek łącznej punktacji z 17 do 8 punktów, co oznacza redukcję nasilenia objawów depresyjnych o 9 punktów. Zmiana ta ma istotne znaczenie kliniczne i wskazuje na wyraźną poprawę funkcjonowania emocjonalnego badanej.

Uzyskane wyniki sugerują, że objawy depresyjne obserwowane u Ani przed terapią miały w dużej mierze charakter wtórny do przewlekłej bezsenności. Poprawa snu, uzyskana dzięki terapii CBT-I, przyczyniła się do zmniejszenia zmęczenia, poprawy koncentracji oraz stabilizacji nastroju, co znalazło odzwierciedlenie w obniżeniu wyników BDI-II.

Wyniki te są spójne z danymi uzyskanymi z Ateńskiej Skali Bezsenności, Skali Odpowiedzi Bezsennością na Stres oraz z analizy dziennika snu. Potwierdzają one, że terapia CBT-I może mieć korzystny wpływ nie tylko na objawy bezsenności, lecz również na współwystępujące objawy depresyjne, szczególnie o łagodnym nasileniu.

4.1.6 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Wyniki STAI przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Ania uzyskała 54 punkty w skali STAI-S (lęk-stan) oraz 48 punktów w skali STAI-T (lęk-cecha). Po przeliczeniu na steny wyniki te odpowiadały odpowiednio 9 stenowi w skali lęku-stanu oraz 7 stenowi w skali lęku-cechy.



Wynik w skali STAI-S (9 sten) wskazywał na wysoki poziom aktualnie przeżywanego lęku, wyraźnie przekraczający przeciętną populacyjną. Podwyższony poziom lęku-stanu odzwierciedlał nasilone napięcie emocjonalne, które badana wiązała przede wszystkim z trudnościami ze snem, obawami dotyczącymi niewystarczającej regeneracji nocnej oraz presją związaną z funkcjonowaniem akademickim. Ania opisywała wzmożony niepokój wieczorny, trudności z wyciszeniem myśli oraz nasilone monitorowanie własnego snu.

Wynik uzyskany w skali STAI-T (7 sten) wskazywał na podwyższony poziom lęku jako cechy, co sugeruje względnie trwałą tendencję do reagowania napięciem i niepokojem w sytuacjach stresowych. Profil ten wskazuje na zwiększoną podatność emocjonalną, która w warunkach przewlekłej bezsenności sprzyjała nasilaniu objawów lękowych i utrwalaniu trudności ze snem.

Wyniki STAI po zakończeniu terapii CBT-I

Po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I Ania ponownie wypełniła inwentarz STAI. Uzyskane wyniki wyniosły 36 punktów w skali STAI-S oraz 40 punktów w skali STAI-T. Po przeliczeniu na steny odpowiadały one 5 stenowi w skali lęku-stanu oraz 5–6 stenowi w skali lęku-cechy.

Wynik w skali STAI-S (5 sten) wskazuje na przeciętny poziom aktualnie przeżywanego lęku, mieszczący się w normie populacyjnej. Badana deklarowała istotne zmniejszenie napięcia emocjonalnego, rzadsze występowanie lęku wieczornego oraz większą zdolność do regulowania pobudzenia przed snem.

Obniżenie wyniku w skali STAI-T do poziomu 5–6 stenu sugeruje umiarkowaną redukcję lęku jako cechy, co może świadczyć o częściowej modyfikacji utrwalonych wzorców reagowania emocjonalnego. Choć lęk-cecha jest konstruktem względnie stabilnym, zaobserwowana zmiana ma znaczenie kliniczne i wskazuje na poprawę ogólnego funkcjonowania emocjonalnego badanej.

Porównanie wyników STAI przed i po terapii

Porównawcza analiza wyników Inwentarza Stanu i Cechy Lęku przed i po terapii CBT-I wykazała istotne obniżenie poziomu lęku, szczególnie w zakresie lęku-stanu. Spadek



punktacji z 54 do 36 punktów (z 9 do 5 stenu) w skali STAI-S świadczy o wyraźnej poprawie w obszarze aktualnego napięcia emocjonalnego. W skali STAI-T odnotowano spadek z 48 do 40 punktów (z 7 do 5–6 stenu), co wskazuje na umiarkowaną, lecz klinicznie istotną redukcję lęku jako cechy.

Największe zmiany dotyczyły obszaru bezpośrednio związanego z procesem zasypiania i snem, co potwierdza skuteczność terapii CBT-I w redukcji lęku sytuacyjnego. Uzyskane wyniki są spójne z poprawą obserwowaną w pozostałych narzędziach badawczych (AIS, FIRST, BDI-II) oraz z danymi jakościowymi uzyskanymi w wywiadzie końcowym.

4.1.7 Kwestionariusz jakości życia SF-36-wersja polska

Wynik SF-36 przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Anna wypełniła polską wersję Kwestionariusza Jakości Życia SF-36, który pozwala ocenić stan zdrowia i funkcjonowanie w ośmiu skalach oraz w dwóch wymiarach: fizycznym i mentalnym. W polskiej wersji kwestionariusza wyższa liczba punktów oznacza gorszą ocenę jakości życia, a niższa – lepszą.

Wyniki Anny przed terapią:

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 28/50 – umiarkowanie dobra sprawność fizyczna, codzienne czynności czasami sprawiały trudności.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 12/20 – zmęczenie i przeciążenie fizyczne czasami ograniczały wykonywanie obowiązków.
- Odczuwanie bólu (BP): 6/9 – sporadyczne dolegliwości bólowe, umiarkowanie uciążliwe.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 14/20 – subiektywna ocena stanu zdrowia średnia, odczuwalne zmęczenie i napięcie.
- Witalność (VT): 14/20 – niska energia i poczucie zmęczenia w ciągu dnia.
- Funkcjonowanie społeczne (SF): 5/8 – dobre relacje społeczne, jednak zmęczenie czasami ograniczało aktywność.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 9/15 – obniżony nastrój i napięcie emocjonalne wpływały na codzienne obowiązki.



- Zdrowie psychiczne (MH): 12/20 – obecne napięcie psychiczne, lęk i obniżony nastrój, szczególnie wieczorami.

Wymiar fizyczny jakości życia (PF, RP, BP, GH): 60/103 – umiarkowane ograniczenia w sferze fizycznej, głównie wynikające ze zmęczenia i przeciążenia.

Wymiar mentalny jakości życia (VT, SF, RE, MH): 40/68 – obniżona jakość życia w sferze psychicznej, wysoki poziom zmęczenia, napięcia i lęku.

Indeks jakości życia (suma wszystkich skal): 100/171 – ogólnie umiarkowanie obniżona jakość życia, z przewagą problemów w sferze mentalnej.

Największe trudności Anna odczuwała w obszarze witalności, zdrowia psychicznego i funkcjonowania emocjonalnego, co współwystępowało z problemami ze snem i przeciążeniem psychofizycznym. Sfery fizyczne były relatywnie lepiej zachowane, wskazując, że główne problemy koncentrowały się w sferze psychicznej i regeneracyjnej.

Wynik SF-36 po zakończeniu terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Anna ponownie wypełniła polską wersję Kwestionariusza SF-36. Wyniki wskazują na wyraźną poprawę jakości życia, szczególnie w sferze mentalnej, co koreluje z lepszą jakością snu i zmniejszeniem napięcia psychicznego.

Skale SF-36 (punkty, wyższa wartość = gorsza jakość życia):

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 15/50 – sprawność fizyczna utrzymana na dobrym poziomie, codzienne czynności wykonywane bez ograniczeń.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 5/20 – zmęczenie i przeciążenie fizyczne mniej ograniczały obowiązki.
- Odczuwanie bólu (BP): 3/9 – sporadyczne dolegliwości bólowe, mniejsze niż przed terapią.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 8/20 – lepsza subiektywna ocena zdrowia, większe poczucie energii.
- Witalność (VT): 8/20 – poprawa energii i poczucia witalności w ciągu dnia.

- Funkcjonowanie społeczne (SF): 3/8 – większa możliwość uczestnictwa w życiu społecznym, mniejsze ograniczenia wynikające ze zmęczenia.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 4/15 – poprawa nastroju i radzenia sobie z obowiązkami emocjonalnymi.
- Zdrowie psychiczne (MH): 6/20 – zmniejszenie napięcia psychicznego, lęku i objawów obniżonego nastroju.

Wymiar fizyczny jakości życia (PF, RP, BP, GH): 31/103 – poprawa w sferze fizycznej, mniejsze ograniczenia wynikające ze zmęczenia i przeciążenia.

Wymiar mentalny jakości życia (VT, SF, RE, MH): 21/68 – wyraźna poprawa w sferze psychicznej, większa energia i lepsze samopoczucie.

Indeks jakości życia (suma wszystkich skal): 52/171 – ogólna poprawa jakości życia, największy wpływ w sferze mentalnej.

Terapia CBT-I pozwoliła Annie lepiej zarządzać stresem, zmniejszyć wpływ problemów ze snem na codzienne funkcjonowanie oraz poprawić poczucie witalności i energii. Największa poprawa dotyczyła sfery mentalnej – witalności, zdrowia psychicznego i funkcjonowania emocjonalnego, co było spójne z obserwacjami z wywiadu końcowego i dziennika snu.

Porównanie wyników SF-36 przed i po terapii

Analiza wyników kwestionariusza SF-36 wykazała wyraźną poprawę jakości życia Anny zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej.

W sferze fizycznej odnotowano zmniejszenie ograniczeń w codziennych czynnościach, takich jak chodzenie po schodach, podnoszenie zakupów czy wykonywanie obowiązków domowych. Funkcjonowanie fizyczne poprawiło się z 28/50 do 15/50 punktów, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego zmniejszyły się z 12/20 do 5/20 punktów, a odczuwanie bólu z 6/9 do 3/9 punktów. Subiektywne poczucie zdrowia wzrosło z 14/20 do 8/20 punktów.

W sferze mentalnej zmiany były jeszcze wyraźniejsze. Witalność Anny poprawiła się z 14/20 do 8/20 punktów, funkcjonowanie społeczne z 5/8 do 3/8 punktów, funkcjonowanie



emocjonalne z 9/15 do 4/15 punktów, a zdrowie psychiczne z 12/20 do 6/20 punktów. Zmniejszenie zmęczenia, napięcia psychicznego i lęku znacząco poprawiło codzienne funkcjonowanie i samopoczucie.

Wymiar fizyczny jakości życia: spadek z 60/103 do 31/103 punktów – mniejsze ograniczenia w sferze fizycznej i większa sprawność codzienna. Wymiar mentalny jakości życia: spadek z 40/68 do 21/68 punktów – wyraźna poprawa w sferze psychicznej, lepsza energia, samopoczucie i odporność na stres. Indeks jakości życia: spadek z 100/171 do 52/171 punktów – ogólna poprawa jakości życia, z największym wpływem w sferze mentalnej.

Terapia CBT-I przyniosła największe korzyści w sferze mentalnej – poprawę witalności, funkcjonowania emocjonalnego i zdrowia psychicznego. Poprawa w sferze fizycznej była również zauważalna, głównie poprzez zmniejszenie wpływu zmęczenia i dolegliwości na codzienne czynności. Wyniki SF-36 wskazują, że terapia skutecznie poprawiła jakość życia Anny, zarówno w wymiarze psychicznym, jak i fizycznym.

4.1.8 Wnioski i zalecenia

Analiza przypadku wskazuje, że bezsenność pacjentki miała charakter utrwalony, lecz funkcjonalny – była ściśle związana ze stresem, wysoką odpowiedzialnością, nasilonymi ruminacjami oraz nieregularnym trybem życia. Kluczowym mechanizmem podtrzymującym trudności okazało się nadmierne pobudzenie poznawczo-emocjonalne wieczorem oraz przekonanie o braku kontroli nad snem. Objawy lękowe i obniżony nastrój miały w dużej mierze charakter wtórny wobec przewlekłego niewyspania i poprawiały się wraz z regulacją snu.

Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności przyniosła wyraźną zmianę jakościową – nie tylko w parametrach snu, ale przede wszystkim w sposobie jego przeżywania. Pacjentka odzyskała poczucie wpływu, zmniejszyła katastrofizację oraz nauczyła się oddzielać stres dnia od nocy. Trudności ze snem stały się incydentalne, a nie tożsamościowe. Można wnioskować, że mechanizmy podtrzymujące bezsenność zostały w znacznym stopniu osłabione, a ryzyko nawrotu zmniejszone.



W celu utrzymania efektów terapii zaleca się:

- konsekwentne utrzymywanie względnie stałego rytmu snu i czuwania, również w okresach wzmożonego obciążenia nauką,
- traktowanie pojedynczych gorszych nocy jako naturalnych i przejściowych, bez uruchamiania strategii kompensacyjnych,
- dalsze stosowanie technik poznawczych w sytuacji pojawienia się ruminacji lub napięcia przed snem,
- planowe „zamykanie dnia” wcześniej wieczorem (np. poprzez zapisywanie zadań na kolejny dzień), aby ograniczać analizowanie ich w łóżku,
- dbanie o higienę stresu w ciągu dnia, szczególnie w sytuacjach oceniających i zadaniowych, które wcześniej silnie aktywizowały bezsenność.

Dodatkowo wskazane jest okresowe monitorowanie snu w sytuacjach zwiększonego obciążenia życiowego oraz gotowość do ponownego sięgnięcia po poznane strategie w razie pierwszych sygnałów nawrotu trudności. Rokowanie jest korzystne, o ile pacjentka będzie kontynuować wypracowane wzorce regulacji snu i stresu.

4.2 Studium przypadku – Magdalena- wyniki badań i interpretacja przed i po terapii

Imię	Magdalena
Wiek	34
Zawód	Specjalistka ds. HR
Czas trwania terapii	10 tygodni

4.2.1 Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu

Przed terapią: [OBJ]

Proszę powiedzieć, ile ma Pani lat?

„Mam 34 lata, więc połowa życia już za mną...”



Jaka jest Pani aktualna sytuacja zawodowa lub edukacyjna?

„Pracuję na pełen etat jako specjalistka ds. HR w średniej firmie prywatnej. To jest praca biurowa, ale dość wymagająca psychicznie, bo mam stały kontakt z ludźmi, rekrutacje, rozmowy trudne, konflikty. Często pracuję pod presją czasu, zdarzają się nadgodziny, zwłaszcza w okresach zwiększonej rekrutacji.”

Narracja ujawnia wielowymiarowe obciążenie psychiczne: kontakt interpersonalny, konieczność podejmowania trudnych decyzji i stała presja czasu. Sen przestaje być autonomiczną i regenerującą częścią dnia, staje się raczej przestrzenią, w której wciąż działa umysł, próbując uporządkować stres i emocje.

Jaka jest Pani sytuacja rodzinna?

„Jestem w związku małżeńskim od sześciu lat. Nie mamy dzieci. Mieszkamy razem, relacje są generalnie dobre, ale mam wrażenie, że moje problemy ze snem zaczęły wpływać też na naszą codzienność, szczególnie przez moje zmęczenie i rozdrażnienie.”

Sfera rodzinna jest stabilna, jednak chroniczne problemy ze snem zaczynają wkradać się w relacje, wpływając na codzienne interakcje i poziom cierpliwości. Wymiar ten ukazuje, że bezsenność nie jest izolowanym objawem, lecz elementem szerszego kontekstu społeczno-emocjonalnego, wpływającym na jakość życia interpersonalnego.

Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy doświadczyła Pani istotnych zmian życiowych lub stresujących wydarzeń, które mogły wpłynąć na sen?

„Tak, zdecydowanie. W pracy przeszliśmy dużą reorganizację zespołu, zmienił się przełożony, pojawiło się sporo niepewności. Do tego moja mama miała problemy zdrowotne, co bardzo mnie obciążało emocjonalnie. Miałam wrażenie, że cały czas jestem w napięciu, nawet wtedy, gdy teoretycznie powinnam odpoczywać.”



Badana doświadcza kumulacji stresorów zawodowych i rodzinnych, co prowadzi do przewlekłego pobudzenia psychicznego. Wieczór traci funkcję odcięcia dnia od nocy – staje się czasem wewnętrznego przeciążenia.

Czy w ostatnich sześciu miesiącach występowały u Pani problemy zdrowotne, somatyczne lub psychiczne, które mogły wpływać na sen?

„Nie mam żadnych chorób przewlekłych, ale od dłuższego czasu odczuwam silny stres, napięcie, częste bóle głowy. Zdarzały się też momenty, kiedy miałam bardzo zły nastrój albo czułam takie przytłoczenie...choć nigdy nie byłam formalnie diagnozowana pod kątem depresji.”

Obecność somatycznych manifestacji stresu – napięcia mięśni, bólów głowy – w połączeniu z epizodami obniżonego nastroju tworzy sprzężenie, w którym ciało i umysł wzajemnie się pobudzają, utrudniając naturalny proces snu. Subiektywne poczucie przytłoczenia może dodatkowo wzmacniać lęk przed zasypianiem i pogłębiać trudności z regulacją emocji.

Jak długo utrzymują się u Pani trudności ze snem?

„Myślę, że około dwóch lat, ale przez ostatni rok bardzo się nasiliły. Na początku były to pojedyncze noce, teraz mam wrażenie, że to jest już norma, a dobry sen zdarza się raczej rzadko.”

Opisany proces pokazuje ewolucję problemu – od sporadycznych zaburzeń do przewlekłego wzorca bezsenności. Można to rozumieć jako zmianę jakości doświadczenia codzienności, w której sen, kiedyś regenerujący, staje się źródłem frustracji, utraty kontroli i przewlekłego stresu.

Jakie objawy bezsenności występują u Pani najczęściej?



„Największy problem mam z zasypianiem. Kładę się do łóżka i czuję, że ciało jest zmęczone, ale głowa cały czas pracuje. Często też wybudzam się w nocy, zwykle około trzeciej albo czwartej nad ranem, i wtedy nie umiem ponownie zasnąć.”

Sen nie spełnia funkcji regeneracyjnej, a wybudzenia nocne wzmacniają poczucie nieskuteczności i braku kontroli. Czas snu staje się nieprzewidywalny i psychologicznie obciążający, co wpływa na jakość kolejnego dnia.

Ile średnio czasu zajmuje Pani zaśnięcie?

„Zwykle około godziny, czasami nawet półtorej. Zdarzają się wieczory, kiedy patrzę na zegarek i orientuję się, że minęły dwie godziny, a ja nadal nie śpię.”

Długie zasypianie wzmacnia poczucie bezsilności i frustracji, nasilając napięcie poznawcze, co tworzy samonapędzający się mechanizm bezsenności.

Ile godzin snu średnio uzyskuje Pani w ciągu nocy?

„Myślę, że około pięciu, maksymalnie pięciu i pół godziny. Nie wystarcza mi to, bo rano czuję się niewyspana.”

Niedobór snu przekłada się na przewlekłe zmęczenie, obniżoną koncentrację, drażliwość i spadek efektywności w pracy oraz w sferze społecznej.

Jak ocenia Pani ogólną jakość swojego snu w skali od 1 do 10?

„Dałabym chyba 4. Czasami mam wrażenie, że śpię bardzo płytko i budzę się bardziej zmęczona niż przed pójściem spać.”



Subiektywna ocena snu potwierdza, że badana nie odczuwa regeneracji, a sam sen jest źródłem frustracji. Odczucie „płytkiego snu” wpływa na jej poczucie kontroli i samopoczucie psychiczne.

W jakim stopniu trudności ze snem wpływają na Pani codzienne funkcjonowanie w ciągu dnia?

„Bardzo mocno. Mam problemy z koncentracją w pracy, szybciej się irytuję, trudniej mi podejmować decyzje. Często czuję się przytłoczona nawet prostymi zadaniami. Zauważyłam też, że jestem mniej cierpliwa wobec innych.”

Dzień badanej jest naznaczony konsekwencjami nocnych zaburzeń. Sen przestaje być jedynie potrzebą biologiczną, stając się czynnikiem determinującym jakość codziennego życia i relacji interpersonalnych.

Czy odczuwa Pani senność lub nadmierne zmęczenie w ciągu dnia?

„Tak, praktycznie codziennie. Najgorzej jest po południu, około 14–16. Zdarza się, że marzę tylko o tym, żeby się położyć, ale jednocześnie boję się drzemek, bo wydaje mi się, że jeszcze bardziej zepsują mi sen w nocy.”

Pojawia się konflikt między potrzebą odpoczynku a lękiem o zachowanie rytmu nocnego. To napięcie utrwała przekonanie o braku kontroli nad snem i komplikuje regulację dobowego rytmu biologicznego.

Jakie zachowania przed snem są u Pani najczęstsze?

„Zwykle oglądam coś na telefonie albo czytam wiadomości. Czasami pracuję wieczorem na laptopie. Piję kawę dość późno, czasem nawet około 17. Zdarza się też kieliszek wina wieczorem, bo mam wrażenie, że wtedy łatwiej mi się wyciszyć.”



Wieczorne czynności badanej sprzyjają pobudzeniu poznawczemu i paradoksalnie nasilają trudności z zasypianiem. Spożywanie kofeiny i alkoholu wskazuje na próby samoregulacji, które jednak w dłuższej perspektywie mogą utrzymywać zaburzenia snu.

Jakie myśli lub obawy najczęściej pojawiają się u Pani w sytuacji trudności z zasypianiem?

„Najczęściej myślę o tym, że znowu się nie wyśpię i następny dzień będzie koszmarem. Liczę godziny do budzika i stresuję się, że im później zasnę, tym gorzej będę funkcjonować. To takie błędne koło – im bardziej chcę zasnąć, tym bardziej się denerwuję.”

Myśli są katastroficzne, zarówno retrospektywne, jak i antycypacyjne. Sen staje się obszarem stałego monitorowania, oceny i napięcia poznawczego.

Na ile odczuwa Pani poczucie kontroli nad swoim snem?

„Szczерze mówiąc, bardzo mało. Mam wrażenie, że sen jest czymś, co całkowicie wymknęło mi się spod kontroli. Czasami boję się samego momentu pójścia do łóżka, bo kojarzy mi się z frustracją i bezsilnością.”

Doświadczenie paradoksu kontroli i poczucia bezsilności jest centralnym elementem: sen przestaje być procesem naturalnym, a staje się zadaniem, którego nie można opanować.

Badana doświadcza bezsenności jako złożonego zjawiska osadzonego w kontekście zawodowym, rodzinnym i psychologicznym. Napięcie psychiczne, przewlekły stres, ruminacje, poczucie braku kontroli i epizody obniżonego nastroju tworzą wielopoziomowy wzorec doświadczenia snu. Wieczór i noc stają się czasem intensyfikacji lęku i autorefleksji, a sen traci funkcję regeneracyjną, stając się przestrzenią walki o kontrolę i przewidywalność. Narracja badanej ujawnia zarówno świadomość własnych procesów psychicznych, jak i brak sprawstwa, co podkreśla potrzebę interwencji terapeutycznej w modelu CBT-I, nastawionej na przywrócenie rytmu, redukcję napięcia i odbudowę poczucia kontroli nad snem.

Po terapii:

Minęło około dziesięciu tygodni od rozpoczęcia terapii. Jak ogólnie oceniłaby Pani swój sen w porównaniu do okresu sprzed terapii?

„Zdecydowanie lepiej. Nie powiedziałabym, że śpię idealnie każdej nocy, ale różnica jest ogromna. Przede wszystkim sen przestał być dla mnie źródłem ciągłego stresu. Nawet jeśli zdarzy się gorsza noc, nie traktuję tego już jak katastrofy.”

Badana wyraźnie zauważa zmianę jakości doświadczenia snu – z napiętego, stresogenego i nielogicznego procesu, do zjawiska przewidywalnego i akceptowalnego. Noc przestaje być „strefą walki”, a staje się naturalną częścią cyklu dobowego. Zmiana ta wskazuje na redukcję napięcia poznawczego, przewagi refleksji adaptacyjnej nad ruminacją oraz wzrost poczucia bezpieczeństwa w kontekście snu.

Czy zauważyła Pani zmiany w czasie zasypiania?

„Tak, to jedna z największych zmian. Teraz zazwyczaj zasypiam w ciągu 20–30 minut. Oczywiście zdarzają się wieczory, kiedy trwa to dłużej, ale to raczej wyjątki. Najważniejsze jest to, że nie leżę już w łóżku godzinami, nakręcając się myślami.”

Znaczne skrócenie czasu zasypiania świadczy o redukcji nadmiernej aktywności poznawczej i lęku nocnego. Wieczór staje się momentem wyciszenia, w którym ciało i umysł są zsynchronizowane. Utrata poczucia bezsilności nad procesem snu pozwala odzyskać kontrolę nad swoimi rytuałami i odczuwać spokój w momencie kładzenia się do łóżka.

A jak wygląda kwestia wybudzeń nocnych?

„Nadal czasami się wybudzam, ale są to krótkie przebudzenia. Często nawet nie sprawdzam godziny i po prostu zasypiam ponownie. Wcześniej każde przebudzenie oznaczało koniec snu i



lawinę myśli, teraz jest zupełnie inaczej.”

Zmiana ta wskazuje na przekształcenie nocnych wybudzeń z doświadczeń katastroficznych w neutralne epizody. Sen przestaje być narażony na katastroficzną interpretację, a chwilowe pobudzenia nie wywołują panicznej reakcji ani intensywnej ruminacji.

Ile godzin snu uzyskuje Pani obecnie w ciągu nocy?

„Średnio około sześciu i pół do siedmiu godzin. W sumie, nawet jeśli jest to sześć godzin, czuję się dużo bardziej wypoczęta niż wcześniej po pięciu.”

Nie tylko wydłużenie snu, ale przede wszystkim poprawa jego jakości fizjologicznej i psychicznej daje poczucie regeneracji. Sen przestaje być jedynie „czasem spania”, a staje się efektywnym doświadczeniem odnowy ciała i umysłu.

Jak oceniłaby Pani aktualną jakość snu w skali od 1 do 10?

„Myślę, że 7, może nawet 8 w dobre dni. To dla mnie ogromny skok w porównaniu do wcześniejszej czwórki.”

Ocena odzwierciedla subiektywną satysfakcję i poczucie kontroli nad snem. Wymiar psychologiczny jakości snu przesuwają się od poczucia bezsilności i frustracji do poczucia kompetencji i sprawstwa, co jest zgodne z celami terapii CBT-I.

Czy poprawa snu wpłynęła na Pani funkcjonowanie w ciągu dnia?

„Bardzo. Mam lepszą koncentrację w pracy, mniej się denerwuję. Zauważyłam, że jestem bardziej cierpliwa, zarówno wobec współpracowników, jak i w domu. Mam więcej energii po pracy, częściej wychodzę na spacer albo spotykam się ze znajomymi.”

Zmiana nocnego funkcjonowania przekłada się na poprawę codziennej aktywności, zdolności koncentracji i regulacji emocji. Sen staje się katalizatorem pozytywnych zmian w interakcjach społecznych i w zarządzaniu energią psychiczną.

Czy nadal odczuwa Pani senność lub nadmierne zmęczenie w ciągu dnia?

„Zdarza się, ale zdecydowanie rzadziej. Jeśli jestem zmęczona, to raczej po intensywnym dniu, a nie „bez powodu”. Przestałam też obsesyjnie obserwować swojego poziomu zmęczenia.”

Rzadsze odczuwanie zmęczenia i brak obsesyjnego monitorowania jego poziomu pokazują wyjście z błędnego koła nadmiernej uwagi na ciało i sen. Ciało przestaje być „miernikiem zagrożenia”, a sen – źródłem lęku.

Czy zmieniły się Pani wieczorne nawyki związane ze snem?

„Tak, i to bardzo. Ograniczyłam korzystanie z telefonu przed snem, staram się odkładać go przynajmniej pół godziny wcześniej. Przestałam też pracować wieczorami. Kawę piję tylko do wczesnego popołudnia, a alkohol raczej okazjonalnie, nie jako sposób na zasypianie.”

Zmiana nawyków wieczornych odzwierciedla adaptację behawioralną, która wspiera synchronizację rytmu dobowego. Wieczór odzyskuje funkcję wyciszenia i przygotowania do snu, co redukuje napięcie poznawcze i fizjologiczne.

Jak obecnie reaguje Pani na trudniejsze noce?

„To chyba największa zmiana. Kiedyś jedna gorsza noc potrafiła mnie rozbić na kilka dni. Teraz traktuję to jako coś normalnego. Mówię sobie, że nawet jeśli dziś nie spałam idealnie,



to dam sobie radę następnego dnia. I faktycznie – radzę sobie.”

Badana przyjmuje postawę akceptacyjną wobec nieidealnych doświadczeń snu. Nastąpiło przesunięcie z lęku katastroficznego w stronę elastyczności i autoregulacji.

Jakie myśli pojawiają się u Pani obecnie, gdy nie może Pani zasnąć?

„Jest ich zdecydowanie mniej. Jeśli już się pojawiają, to są dużo spokojniejsze. Raczej myślę: „ok, trudno, ciało w końcu zaśnie”, zamiast liczyć godziny do budzika i przewidywać najgorsze scenariusze.”

Zmniejszenie liczby i intensywności myśli katastroficznych pokazuje redukcję napięcia poznawczego i poprawę kontroli emocjonalnej. Sen staje się doświadczeniem przewidywalnym i mniej obciążającym psychicznie.

Na ile odczuwa Pani teraz poczucie kontroli nad snem?

„Dużo większe. Mam poczucie, że wiem, co mi służy, a co nie. Nawet jeśli nie mam pełnej kontroli nad snem jako takim, to mam kontrolę nad swoim zachowaniem i reakcją. To daje mi ogromne poczucie bezpieczeństwa. Wreszcie zaczęłam traktować sen jako coś naturalnego.”

Poczucie kontroli przesuwa się z iluzorycznego „panowania nad snem” do realnej kontroli nad czynnikami wspierającymi sen – rytuałami, zachowaniami i reakcjami emocjonalnymi. Sen odzyskuje status naturalnego procesu, a nie stresogennego wyzwania.

Czy terapia wpłynęła również na inne obszary Pani życia?

„Zdecydowanie tak. Myślę, że nauczyłam się lepiej radzić sobie ze stresem w ogóle, nie tylko w kontekście snu. Jestem spokojniejsza, mniej się zamartwiam, a relacje z bliskimi też się



poprawiły, bo nie jestem już ciągle zmęczona i rozdrażniona. Mam też większość chęć spotykać się ze znajomymi.”

Poprawa snu przyniosła efekt kaskadowy – lepsza regulacja emocji, więcej energii w codziennym funkcjonowaniu i poprawa relacji interpersonalnych. Noc i sen przestają być jedynie obszarem trudności, a stają się fundamentem poprawy jakości życia.

Jak oceniłaby Pani terapię CBT-I z perspektywy czasu?

„Jako bardzo skuteczną. Na początku byłam sceptyczna, bo wydawało mi się, że problemy ze snem są „silniejsze ode mnie”. Teraz widzę, że zmiana sposobu myślenia i konkretnych nawyków naprawdę robi ogromną różnicę.”

Oceniając terapię, badana podkreśla znaczenie zarówno elementu poznawczego (zmiana myślenia), jak i behawioralnego (rutyny, rytuały, higiena snu). Terapia pozwoliła jej odzyskać poczucie sprawstwa, przewidywalności i bezpieczeństwa, a noc stała się przestrzenią regeneracji, a nie walki.

Porównanie wywiadu przed i po terapii:

Przed terapią Magda doświadczała przewlekłych trudności ze snem, trwających około dwóch lat, z nasileniem w ostatnim roku. Największe problemy stanowiło zasypianie, przerywany sen nocny i wczesne budzenie się, przy średniej długości snu 5–5,5 godziny i subiektywnej ocenie jakości snu 4/10. Wieczory były czasem nasilonej aktywności poznawczej i ruminacji, a sen traktowany był jako źródło stresu i frustracji. Trudności ze snem wpływały negatywnie na koncentrację, nastrój i codzienne funkcjonowanie.

Po dziesięcioletniej terapii CBT-I nastąpiła wyraźna poprawa. Czas zasypiania skrócił się do 20–30 minut, przebudzenia nocne stały się krótkie, a średni czas snu wzrósł do 6,5–7 godzin. Jakość snu oceniana była na 7–8/10. Wieczne rytuały zostały zmienione – ograniczenie korzystania z telefonu, wcześniejsza kawa i rzadsze użycie alkoholu – co sprzyjało wyciszeniu.



Poprawa snu przełożyła się na większą energię, lepszą koncentrację, cierpliwość i zmniejszenie drażliwości. Pojawiające się myśli katastroficzne były rzadsze i łagodniejsze, a poczucie kontroli nad snem wzrosło dzięki świadomości własnych strategii radzenia sobie. Terapia wpłynęła też na inne obszary życia – lepsze radzenie sobie ze stresem i poprawa relacji z bliskimi.

Porównawczo, doświadczenie snu zmieniło się z procesu pełnego napięcia i poczucia bezsilności w przewidywalny, kontrolowany i regenerujący element życia codziennego, co wpłynęło na funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne Magdy.

4.2.2 Dziennik snu

Dziennik snu przed terapią

Magda kładła się spać nieregularnie, najczęściej między 23:30 a 00:30, jednak sam moment położenia się do łóżka nie oznaczał rozpoczęcia snu. Czas zasypiania wynosił zazwyczaj od 60 do 90 minut, a w gorsze dni wydłużał się nawet do 120 minut. Sen był przerywany – wybudzenia pojawiały się najczęściej około 3:00–4:00 nad ranem i często trwały kilkadziesiąt minut, niekiedy uniemożliwiając ponowne zaśnięcie.

Łączny czas snu wynosił średnio około 5–5,5 godziny na dobę. Sen był płytki i nieregenerujący, a poranne wstawanie wiązało się z uczuciem zmęczenia i niewyspania. W ciągu dnia Magda doświadczała wyraźnego spadku energii, szczególnie w godzinach popołudniowych (14:00–16:00), czemu towarzyszyła senność, drażliwość i problemy z koncentracją.

Wieczory często obejmowały korzystanie z telefonu, pracę na laptopie oraz spożycie kofeiny w późnych godzinach lub alkoholu jako formy „wyciszenia”. Przed snem dominowały myśli o charakterze ruminacyjnym i katastroficznym, a sen był źródłem napięcia i poczucia braku kontroli. Subiektywna jakość snu była oceniana na 4/10.



Dziennik snu – po terapii

Po terapii Magda wprowadziła bardziej regularne godziny snu, kładąc się spać zazwyczaj około 23:00–23:30. Czas zasypiania skrócił się do 20–30 minut, a tylko sporadycznie ulega wydłużeniu.

Wybudzenia nocne nadal występują, jednak są krótkie i nie powodują trudności z ponownym zaśnięciem. Magda nie koncentruje się na nich nadmiernie i często zasypia ponownie bez sprawdzania godziny.

Średnia długość snu wzrosła do około 6,5–7 godzin. Sen jest odczuwany jako głębszy i bardziej regenerujący, a poranne wstawanie nie wiąże się już z tak silnym zmęczeniem. W ciągu dnia poziom energii jest stabilniejszy, a epizody senności występują rzadziej i są związane raczej z realnym obciążeniem niż chronicznym niewyspaniem.

Wieczne nawyki uległy zmianie – ograniczenie ekranów, brak pracy przed snem, wcześniejsze spożycie kofeiny i rezygnacja z alkoholu jako środka nasennego. Myśli przed snem są mniej nasilone i bardziej neutralne. Subiektywna jakość snu wzrosła do poziomu 7–8/10.

Porównanie dzienników snu

Przed terapią sen Magdy był nieregularny, wydłużony pod względem latencji (60–90 minut), skrócony ilościowo (5–5,5 godziny) i niskiej jakości (4/10). Częste wybudzenia nocne oraz nasilone ruminacje prowadziły do braku regeneracji i wyraźnych konsekwencji w funkcjonowaniu dziennym. Sen był doświadczeniem stresującym, obciążonym poczuciem braku kontroli.

Po terapii nastąpiła wyraźna poprawa parametrów snu: czas zasypiania skrócił się do 20–30 minut, długość snu wzrosła do 6,5–7 godzin, a jakość snu do 7–8/10. Wybudzenia nocne przestały mieć charakter zakłócający, a sen odzyskał funkcję regeneracyjną.

Najważniejsza zmiana dotyczy nie tylko parametrów ilościowych, ale również jakości doświadczenia snu – z procesu pełnego napięcia i kontroli w kierunku naturalnego,



przewidywalnego i akceptowanego elementu codzienności. Poprawa ta przełożyła się bezpośrednio na lepsze funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne Magdy.

4.2.3 Ateńska Skala Bezsenności

Wynik Ateńskiej Skali Bezsenności przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Magdalena wypełniła Ateńską Skalę Bezsenności, uzyskując 14 punktów, co wskazuje na obecność istotnych objawów bezsenności. Największe trudności dotyczyły:

- wydłużonego czasu zasypiania,
- licznych wybudzeń nocnych,
- poczucia nieefektywnego, nieprzynoszącego odpoczynku snu,
- zaburzeń funkcjonowania w ciągu dnia, takich jak zmęczenie, senność i problemy z koncentracją.

W dzienniku snu i zapiskach jakościowych Magdalena często odnotowywała: „budzę się kilka razy w nocy i długo nie mogę zasnąć” oraz „nawet po 5 godzinach snu czuję się niewypoczęta”. Objawy te wpływały negatywnie na codzienne funkcjonowanie, a także nasilające się napięcie i lęk przed snem pogłębiały trudności z zasypianiem.

Wynik Ateńskiej Skali Bezsenności po terapii

Po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I Magdalena ponownie wypełniła AIS. Uzyskany wynik wyniósł 7 punktów, co wskazuje na istotną redukcję objawów bezsenności.

Największą poprawę zaobserwowano w pozycjach dotyczących:

- czasu zasypiania,
- ciągłości snu,
- subiektywnej jakości snu,
- funkcjonowania w ciągu dnia.

Badana rzadziej zgłaszała zmęczenie w ciągu dnia, a sporadyczne trudności z koncentracją lub obniżony nastrój nie wpływały istotnie na codzienne funkcjonowanie. W zapiskach po



terapii pojawiały się komentarze typu: „*nawet jeśli wybudzę się w nocy, zasypiam szybko i czuję się wypoczęta rano*” czy „*przestałam się stresować, że nie mogę zasnąć*”.

Wynik 7 punktów wskazuje, że obecne trudności ze snem mają charakter łagodny i przejściowy, nie spełniając kryteriów bezsenności klinicznej.

Porównanie wyników Ateńskiej Skali Bezsenności przed i po terapii

Porównanie wyników Ateńskiej Skali Bezsenności przed i po terapii CBT-I pokazuje redukcję łącznej punktacji z 14 do 7 punktów, co oznacza zmniejszenie nasilenia objawów bezsenności o 7 punktów.

Poprawa obejmuje zarówno nocne objawy bezsenności, jak i funkcjonowanie dzienne. Uzyskane wyniki są spójne z danymi z dziennika snu oraz wywiadu końcowego, w którym Magdalena opisywała:

- skrócenie czasu zasypiania,
- zmniejszenie liczby i czasu trwania wybudzeń nocnych,
- wydłużenie całkowitego czasu snu,
- wzrost poczucia kontroli nad snem.

Wyniki te potwierdzają przydatność AIS jako narzędzia monitorowania skuteczności terapii CBT-I i wskazują na istotną poprawę jakości snu oraz funkcjonowania dziennego badanej po zakończeniu interwencji.

4.2.4 Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)

Wynik FIRST przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Magdalena wypełniła FIRST, uzyskując łączny wynik 26 punktów, co wskazuje na wysoki poziom wrażliwości na stres w kontekście snu.

Analiza poszczególnych pozycji ujawniła, że badana szczególnie reagowała problemami ze snem w sytuacjach bezpośrednio wymienionych w kwestionariuszu FIRST, tj.: po ciężkim dniu w pracy oraz po stresujących przeżyciach w ciągu dnia i wieczorem. Wysokie nasilenie

trudności dotyczyło również sytuacji związanych z antycypacją – zwłaszcza przed ważnym spotkaniem następnego dnia oraz przed wystąpieniem publicznym.

Istotne problemy pojawiały się także w odpowiedzi na zdarzenia o charakterze emocjonalnym, takie jak kłótnie oraz otrzymanie złej wiadomości w ciągu dnia. Dodatkowo badana wykazywała zwiększoną podatność na zaburzenia snu w sytuacjach zmian w rytmie funkcjonowania, co odpowiada pozycji dotyczącej wyjazdu na urlop następnego dnia. W mniejszym, lecz zauważalnym stopniu trudności dotyczyły również reakcji na bodźce wywołujące napięcie, takie jak oglądanie przerażających treści.

W zapiskach dziennika snu Magdalena często odnotowywała komentarze typu: „*kiedy mam stresujący dzień w pracy, praktycznie nie mogę zasnąć*” (pozycja: po ciężkim dniu w pracy) oraz „*budzę się w nocy myśląc o obowiązkach*” (pozycja: przed ważnym spotkaniem następnego dnia).

Objawy te wpływały na codzienne funkcjonowanie – pojawiało się zmęczenie, spadek koncentracji oraz drażliwość. Wysoki wynik w FIRST potwierdzał, że reakcja stresowa – szczególnie w sytuacjach jasno zdefiniowanych w skali – była jednym z głównych czynników podtrzymujących bezsenność, zgodnie z hipotezą poznawczo-behawioralną.

Wynik FIRST po terapii

Po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I Magdalena ponownie wypełniła FIRST. Uzyskany wynik wyniósł 15 punktów, co oznacza wyraźną redukcję wrażliwości na stres w kontekście snu.

Największą poprawę zaobserwowano w odpowiedziach dotyczących konkretnych pozycji skali, w szczególności:

- po ciężkim dniu w pracy,
- po stresujących przeżyciach w ciągu dnia i wieczorem,
- przed ważnym spotkaniem następnego dnia,
- po kłótni oraz po otrzymaniu złej wiadomości.



Zmniejszenie trudności odnotowano także w sytuacjach związanych z wystąpieniem publicznym oraz zmianą planu (wyjazd następnego dnia), które wcześniej wiązały się z nasilonymi problemami ze snem.

W zapiskach po terapii badana często odnotowywała: „*nawet po trudnym dniu w pracy zasypiam szybciej niż wcześniej*” (pozycja: po ciężkim dniu w pracy) oraz „*stres nie przeszkadza mi już tak bardzo w śnie, mogę spokojnie zasnąć*” (odniesienie do wielu pozycji skali, zwłaszcza stresu dziennego i antycypacji).

Zmniejszenie punktacji w FIRST wskazuje na lepsze radzenie sobie ze stresem przed snem w sytuacjach bezpośrednio ujętych w kwestionariuszu, co jest zgodne z efektem zastosowania strategii CBT-I.

Porównanie wyników FIRST przed i po terapii

Porównanie wyników FIRST przed i po terapii wskazuje na redukcję łącznej punktacji z 26 do 15 punktów, co oznacza zmniejszenie wrażliwości na stres w kontekście snu o 11 punktów.

Poprawa dotyczy reakcji snu na wszystkie główne kategorie sytuacji uwzględnione w FIRST, tj.:

- stresory dnia codziennego (np. ciężki dzień w pracy, stresujące wydarzenia),
- stresory emocjonalne (kłótnie, złe wiadomości),
- sytuacje antycypacyjne (ważne spotkanie, wystąpienie publiczne, wyjazd),
- bodźce wywołujące napięcie (np. przerażające treści).

Uzyskane wyniki są spójne z danymi z dziennika snu oraz wywiadu końcowego Magdaleny, w którym badana opisywała:

- mniejsze trudności z zasypianiem po stresujących wydarzeniach,
- rzadsze i krótsze wybudzenia nocne, szczególnie w kontekście myślenia o wydarzeniach następnego dnia (pozycja: przed ważnym spotkaniem),
- większą kontrolę nad snem i poczucie spokoju przed położeniem się do łóżka, nawet w sytuacjach wcześniej problematycznych.



Wyniki FIRST po terapii potwierdzają efektywność CBT-I w redukcji reaktywności stresowej snu rozumianej jako podatność na trudności ze snem w konkretnych sytuacjach opisanych w skali, co przełożyło się na poprawę jakości snu i funkcjonowania dziennego Magdaleny.

4.2.5 Skala Depresji Becka II (BDI-II)

Wynik BDI-II przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Magdalena wypełniła Skalię Depresji Becka II (BDI-II), uzyskując łączny wynik 21 punktów, co odpowiada umiarkowanemu nasileniu objawów depresyjnych.

Analiza poszczególnych pozycji wskazała, że największe trudności dotyczyły:

- obniżonego nastroju,
- uczucia zmęczenia i spadku energii,
- trudności z koncentracją,
- poczucia bezradności wobec codziennych obowiązków.

W dzienniku snu Magdalena notowała: „czuję się przygnębiona, zmęczona i rozdrażniona” oraz „nie mogę skupić się na pracy, gdy ledwo się wysypiam”. Objawy depresyjne wydawały się powiązane z przewlekłą bezsennością, co zgodne jest z literaturą wskazującą, że zaburzenia snu mogą nasilać nastrój depresyjny.

Wynik BDI-II po terapii

Po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I Magdalena ponownie wypełniła BDI-II. Uzyskany wynik wyniósł 12 punktów, co oznacza łagodne nasilenie objawów depresyjnych.

Największą poprawę zaobserwowano w obszarach:

- energii i zmęczenia – badana częściej odczuwała wypoczynek po nocy,
- koncentracji – łatwiej było jej skupić się w pracy i podczas codziennych obowiązków,
- poczucia bezradności – zwiększyło się poczucie kontroli nad snem i codziennymi zadaniami.

W zapiskach po terapii Magdalena często pisała: „czuję się *bardziej wypoczęta i spokojniejsza*” oraz „*mam więcej energii i mogę lepiej planować dzień*”. Zmniejszenie punktacji w BDI-II wskazuje na pozytywny wpływ poprawy jakości snu na funkcjonowanie emocjonalne i zmniejszenie objawów depresyjnych.

Porównanie wyników BDI-II przed i po terapii

Porównanie wyników BDI-II przed i po terapii CBT-I pokazuje redukcję łącznej punktacji z 21 do 12 punktów, co oznacza zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych o 9 punktów.

Poprawa dotyczyła głównie:

- nastroju,
- poziomu energii,
- koncentracji,
- poczucia kontroli nad codziennymi obowiązkami.

Uzyskane wyniki są spójne z danymi z dziennika snu i wywiadu, w których Magdalena opisywała lepszą regenerację nocną, mniejszą senność w ciągu dnia i większą motywację do działania.

Wnioski z BDI-II potwierdzają, że poprawa jakości snu po terapii CBT-I przyczyniła się również do zmniejszenia objawów depresyjnych, co wskazuje na szeroki wpływ interwencji terapeutycznej na zdrowie psychiczne i codzienne funkcjonowanie badanej.

4.2.6 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Wyniki STAI przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Magdalena uzyskała 50 punktów w skali STAI-S (lęk jako stan) oraz 45 punktów w skali STAI-T (lęk jako cecha). Po przeliczeniu wyników na steny odpowiadało to 8 stenowi w przypadku lęku-stanu oraz 6 stenowi dla lęku-cechy.

Wynik w skali STAI-S (8 sten) wskazywał na podwyższony poziom aktualnie odczuwanego lęku, przekraczający przeciętne wartości w populacji ogólnej. Podwyższony poziom lęku-stanu odzwierciedlał nasilone napięcie emocjonalne, które badana wiązała przede wszystkim

z trudnościami ze snem, obawami dotyczącymi jakości regeneracji nocnej oraz presją wynikającą z obowiązków zawodowych i życia codziennego. Magdalena opisywała nasilony niepokój wieczorny, trudności w wyciszeniu myśli oraz tendencję do kontrolowania własnego snu, co dodatkowo utrudniało zasypianie.

Wynik w skali STAI-T (6 sten) wskazywał na umiarkowanie podwyższony poziom lęku jako cechy. Sugeruje to zwiększoną podatność na reagowanie napięciem w sytuacjach stresowych. Taki profil funkcjonowania mógł sprzyjać utrzymywaniu się objawów lękowych oraz podtrzymywaniu problemów ze snem w warunkach przewlekłej bezsenności.

Wyniki STAI po zakończeniu terapii

Po zakończeniu 10-tygodniowej terapii CBT-I Magdalena ponownie wypełniła inwentarz STAI. Uzyskane wyniki wyniosły 37 punktów w skali STAI-S oraz 35 punktów w skali STAI-T. Po przeliczeniu na steny odpowiadały one 6 stenowi w skali lęku-stanu oraz 3 stenowi w skali lęku-cechy.

Wynik w skali STAI-S (6 sten) wskazuje na przeciętny poziom aktualnie przeżywanego lęku, mieszczący się w normie populacyjnej. Badana deklarowała istotne zmniejszenie napięcia emocjonalnego, rzadsze występowanie lęku wieczornego oraz większą zdolność do regulowania pobudzenia przed snem. W zapiskach po terapii Magdalena notowała, że czuje się spokojniejsza wieczorem i łatwiej zasypia, a także że nawet po stresującym dniu nie martwi się nadmiernie o sen.

Obniżenie wyniku w skali STAI-T do poziomu 3 stenu sugeruje wyraźne zmniejszenie nasilenia lęku jako cechy, wskazujące na niski poziom tendencji do reagowania lękiem. Może to świadczyć o istotnej poprawie w zakresie ogólnego funkcjonowania emocjonalnego oraz większej odporności na stres.

Porównanie wyników STAI przed i po terapii

Porównawcza analiza wyników Inwentarza Stanu i Cechy Lęku przed i po terapii CBT-I wykazała wyraźne obniżenie poziomu lęku, szczególnie w zakresie lęku-stanu. Spadek punktacji z 50 do 37 punktów (z 8 do 6 stenu) w skali STAI-S świadczy o istotnej poprawie w obszarze aktualnego napięcia emocjonalnego.



W skali STAI-T odnotowano spadek z 45 do 35 punktów (z 6 do 3 stenu), co wskazuje na znaczącą redukcję lęku jako cechy.

Największe zmiany dotyczyły obszarów bezpośrednio związanych ze snem i procesem zasypiania, co potwierdza skuteczność terapii CBT-I w redukcji lęku sytuacyjnego. Uzyskane wyniki są spójne z poprawą obserwowaną w pozostałych narzędziach badawczych (AIS, FIRST, BDI-II) oraz z danymi jakościowymi uzyskanymi w wywiadzie końcowym.

4.2.7 Kwestionariusz jakości życia SF-36

Wyniki SF-36 przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Magda wypełniła polską wersję Kwestionariusza Jakości Życia SF-36, który umożliwia ocenę funkcjonowania w ośmiu obszarach oraz w dwóch wymiarach: fizycznym i psychicznym. W zastosowanym sposobie przeliczania wyższe wyniki oznaczają większe nasilenie trudności, a tym samym niższą jakość życia.

Uzyskane wyniki wskazują na obecność umiarkowanych ograniczeń w funkcjonowaniu. W zakresie funkcjonowania fizycznego (30/50) widoczne były pewne trudności w wykonywaniu bardziej wymagających czynności, choć podstawowa aktywność była zachowana. Ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia fizycznego (13/20) sugerują, że zmęczenie i przeciążenie okresowo wpływały na realizację obowiązków. Poziom odczuwanego bólu (7/9) wskazuje na jego zauważalny wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Ogólne poczucie zdrowia (15/20) było raczej niekorzystne i wiązało się z odczuwanym zmęczeniem oraz napięciem. Szczególnie istotne trudności dotyczyły witalności (15/20), co odzwierciedlało niski poziom energii i częste wyczerpanie. W funkcjonowaniu społecznym (6/8) obserwowano ograniczenia, głównie związane ze zmęczeniem. Funkcjonowanie emocjonalne (10/15) wskazywało na trudności w radzeniu sobie z wymaganiami dnia codziennego wynikającymi ze stanu emocjonalnego, natomiast zdrowie psychiczne (13/20) odzwierciedlało obecność napięcia, niepokoju oraz obniżonego nastroju.

Łączny wynik w wymiarze fizycznym (65/103) wskazuje na umiarkowane obciążenie w zakresie funkcjonowania somatycznego, natomiast wynik w wymiarze psychicznym (44/68) sugeruje wyraźniejsze trudności w obszarze dobrostanu psychicznego. Całkowity



indeks jakości życia (109/171) potwierdza ogólnie obniżoną jakość życia, szczególnie w sferze mentalnej.

Wyniki SF-36 po zakończeniu terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Magda ponownie wypełniła kwestionariusz SF-36. Uzyskane wyniki wskazują na zmniejszenie nasilenia trudności w większości analizowanych obszarów, co przekłada się na poprawę jakości życia.

W zakresie funkcjonowania fizycznego (20/50) odnotowano mniejsze ograniczenia i większą swobodę w wykonywaniu codziennych czynności. Ograniczenia związane ze zdrowiem fizycznym (6/20) występowały rzadziej i w mniejszym nasileniu. Poziom odczuwanego bólu (4/9) uległ obniżeniu, co wskazuje na jego mniejszy wpływ na funkcjonowanie. Poprawie uległo również ogólne poczucie zdrowia (10/20), które stało się bardziej pozytywne.

W obszarze funkcjonowania psychicznego szczególnie widoczna była poprawa w zakresie witalności (9/20), co wskazuje na wzrost energii i zmniejszenie poczucia zmęczenia. Funkcjonowanie społeczne (4/8) uległo poprawie, co przejawiało się większym zaangażowaniem w relacje. W zakresie funkcjonowania emocjonalnego (5/15) zauważalna była większa łatwość radzenia sobie z wymaganiami dnia codziennego, natomiast zdrowie psychiczne (7/20) wskazuje na redukcję napięcia i objawów obniżonego nastroju.

Wymiar fizyczny jakości życia obniżył się do 30/103 punktów, co oznacza zmniejszenie ograniczeń somatycznych. Wymiar mentalny wyniósł 25/68 punktów, wskazując na wyraźną poprawę dobrostanu psychicznego. Całkowity indeks jakości życia (55/171) potwierdza znaczącą poprawę funkcjonowania.

Porównanie wyników SF-36 przed i po terapii

Porównanie wyników uzyskanych przed i po terapii CBT-I wskazuje na systematyczną poprawę jakości życia, wyrażoną spadkiem wartości punktowych we wszystkich skalach.

W obszarze funkcjonowania fizycznego zmniejszyło się nasilenie trudności – wynik w tej skali obniżył się z 30/50 do 20/50 punktów, a ograniczenia związane ze zdrowiem fizycznym z 13/20 do 6/20 punktów. Zmniejszył się również poziom odczuwanego bólu (z 7/9 do 4/9 punktów), a ogólne poczucie zdrowia uległo poprawie (z 15/20 do 10/20 punktów).



Jeszcze bardziej wyraźne zmiany dotyczyły sfery psychicznej. Witalność uległa poprawie (spadek z 15/20 do 9/20 punktów), podobnie jak funkcjonowanie społeczne (z 6/8 do 4/8 punktów), emocjonalne (z 10/15 do 5/15 punktów) oraz zdrowie psychiczne (z 13/20 do 7/20 punktów).

Wymiar fizyczny jakości życia zmniejszył się z 65/103 do 30/103 punktów, natomiast wymiar mentalny z 44/68 do 25/68 punktów. Całkowity indeks jakości życia obniżył się z 109/171 do 55/171 punktów, co wskazuje na istotną klinicznie poprawę.

Największe zmiany dotyczyły obszarów związanych z energią, regulacją emocji oraz zdrowiem psychicznym. Sugeruje to, że terapia CBT-I skutecznie ograniczyła negatywny wpływ problemów ze snem na codzienne funkcjonowanie, a poprawa w sferze fizycznej miała prawdopodobnie charakter wtórny wobec redukcji zmęczenia i napięcia psychicznego.

4.2.8 Wnioski i zalecenia

Przeprowadzona analiza przypadku Magdaleny wskazuje, że bezsenność miała charakter przewlekły, o podłożu poznawczo-behawioralnym, z istotnym udziałem czynników stresowych, wysokiej reaktywności emocjonalnej oraz nieadaptacyjnych nawyków związanych ze snem. Problemy rozpoczęły się około dwóch lat wcześniej i stopniowo ulegały nasileniu, przyjmując postać utrwalonego wzorca trudności z zasypianiem, wybudzeń nocnych oraz skróconego czasu snu. Przed terapią sen był doświadczeniem obciążającym, nacechowanym napięciem, ruminacjami i lękiem antycypacyjnym. Badana prezentowała podwyższony poziom lęku-stanu i lęku-cechy, umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych oraz istotną wrażliwość na stres w kontekście snu. Wyniki te korespondowały z wysoką punktacją w skalach diagnostycznych oraz z obniżoną jakością życia w kwestionariuszu SF-36.

Kluczowym elementem podtrzymującym zaburzenie był mechanizm błędnego koła: stres i napięcie emocjonalne nasilały trudności z zasypianiem, te z kolei zwiększały lęk przed kolejną nocą, co prowadziło do nadmiernego monitorowania snu, katastrofizacji i wzrostu pobudzenia fizjologicznego. Dodatkowo niekorzystne zachowania wieczorne (korzystanie z urządzeń elektronicznych, praca w godzinach nocnych, spożywanie kofeiny i okazjonalnie

alkoholu) zaburzały rytm dobowy i utrwały problem. Sen stopniowo tracił funkcję regeneracyjną, stając się obszarem kontroli i napięcia.

Po dziesięcioletniej terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I) odnotowano istotną poprawę we wszystkich kluczowych obszarach funkcjonowania. Czas zasypiania uległ skróceniu z około 60–90 minut do 15–30 minut, liczba i intensywność wybudzeń nocnych zmniejszyły się, a całkowity czas snu wydłużył się do 6,5–7 godzin. Subiektywna jakość snu wzrosła z poziomu 4/10 do 7–8/10. Jednocześnie obniżył się poziom lęku (szczególnie lęku stanu), zmniejszyło się nasilenie objawów depresyjnych oraz poprawiło ogólne funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia. Dane z wywiadu, dziennika snu oraz skal standaryzowanych były spójne i wzajemnie się potwierdzały, co wzmacnia wiarygodność uzyskanych wyników.

Szczególnie istotną zmianą było przekształcenie sposobu myślenia o śnie. Przed terapią dominowały przekonania katastroficzne oraz poczucie utraty kontroli. Po interwencji nastąpiło przesunięcie w kierunku realistycznej oceny sytuacji, akceptacji sporadycznych trudności oraz koncentracji na własnych zachowaniach sprzyjających zdrowemu rytmowi snu. Wzrosło poczucie sprawstwa i bezpieczeństwa, a wieczór przestał być źródłem napięcia. Terapia przyczyniła się także do ograniczenia reaktywności stresowej oraz poprawy regulacji emocjonalnej w codziennym funkcjonowaniu.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że zastosowanie CBT-I było skuteczną i adekwatną formą interwencji w przypadku Magdaleny. Terapia nie tylko zmniejszyła objawy bezsenności, ale również wpłynęła korzystnie na poziom lęku, nastrój oraz jakość życia. Efekty te wskazują na współzależność między snem a funkcjonowaniem psychicznym oraz potwierdzają znaczenie podejścia poznawczo-behawioralnego w leczeniu bezsenności przewlekłej.

Zalecenia

1. Kontynuacja zasad higieny snu – utrzymanie stałych godzin kładzenia się spać i wstawania, również w dni wolne, w celu stabilizacji rytmu okołodobowego.
2. Ograniczenie ekspozycji na niebieskie światło wieczorem – dalsze redukcje korzystania z telefonu i komputera co najmniej 30–60 minut przed snem.



3. Unikanie kofeiny po godzinach popołudniowych – rekomendowane jest nieprzyjmowanie kofeiny po godzinie 13–14.
4. Ograniczenie alkoholu jako strategii zasypiania – alkohol nie powinien być traktowany jako metoda regulacji snu ze względu na jego wpływ na strukturę snu.
5. Stosowanie technik relaksacyjnych – w przypadku okresowego wzrostu napięcia zaleca się wykorzystanie poznanych podczas terapii metod wyciszających (np. techniki oddechowe, relaksacja mięśniowa, elementy restrukturyzacji poznawczej).
6. Utrzymywanie zasady kontroli bodźców – łóżko powinno być kojarzone wyłącznie ze snem; w przypadku dłuższego czuwania zaleca się krótkie opuszczenie sypialni i powrót dopiero po pojawieniu się senności.
7. Monitorowanie w sytuacjach zwiększonego stresu – w okresach nasilonych obciążeń zawodowych warto zwrócić szczególną uwagę na profilaktyczne stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem, aby zapobiegać nawrotom objawów.
8. Okresowa ewaluacja stanu psychicznego – ze względu na wcześniejsze umiarkowane nasilenie objawów lękowych i depresyjnych wskazana jest kontrola samopoczucia oraz ewentualna konsultacja specjalistyczna w przypadku nawrotu objawów.

Podsumowując, przypadek Magdaleny potwierdza wysoką skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności w redukcji objawów snu oraz poprawie funkcjonowania emocjonalnego i jakości życia. Uzyskane rezultaty wskazują, że interwencja ukierunkowana na zmianę przekonań, modyfikację zachowań oraz regulację rytmu dobowego może prowadzić do trwałej poprawy i odbudowy poczucia kontroli nad snem. W celu utrzymania efektów terapeutycznych kluczowe jest dalsze stosowanie wypracowanych strategii oraz podtrzymywanie zdrowych nawyków wspierających naturalny proces snu.

4.3 Studium przypadku – Weronika- wyniki badań i interpretacja przed i po terapii

Imię	Weronika
Wiek	32
Zawód	Specjalistka ds. logistyki
Czas trwania terapii	11 tygodni



4.3.1 Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu

Przed terapią:

Proszę powiedzieć, ile ma Pani lat?

„Mam 32 lata.”

Jaka jest Pani aktualna sytuacja zawodowa lub edukacyjna?

„Pracuję na pełen etat jako specjalistka ds. logistyki w międzynarodowej firmie. Koordynuję transporty, kontaktuję się z przewoźnikami i magazynami. Często coś się zmienia w ostatniej chwili – opóźnienia, reklamacje, presja terminów. Telefon praktycznie cały czas mam przy sobie.”

Narracja ujawnia środowisko pracy o wysokiej dynamice i nieprzewidywalności. Stała gotowość do reagowania oraz odpowiedzialność za ciągłość procesów logistycznych sprzyjają utrwaleniu podwyższonego poziomu pobudzenia psychofizjologicznego. Granica między czasem pracy a odpoczynkiem zaciera się – telefon jako narzędzie zawodowe staje się symbolem ciągłej czujności. Wieczór nie jest doświadczeniem wyciszenia, lecz kontynuacją gotowości operacyjnej.

Jaka jest Pani sytuacja rodzinna?

„Mieszkam z partnerem, jesteśmy razem od czterech lat. Nie mamy dzieci. Relacja jest dobra, ale często słyszę, że jestem nieobecna myślami albo rozdrażniona, zwłaszcza gdy się nie wyśpię.”

Relacja partnerska stanowi stabilne zaplecze emocjonalne, jednak przewlekłe niewyspanie wpływa na jakość kontaktu interpersonalnego. Badana doświadcza napięcia wynikającego z rozdzwienku między chęcią bycia zaangażowaną partnerką a ograniczonymi zasobami psychicznymi. Bezsenność zaczyna funkcjonować jako czynnik zakłócający nie tylko dobrostan jednostki, lecz także relacyjny wymiar codzienności.

Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy doświadczyła Pani istotnych zmian życiowych lub stresujących wydarzeń, które mogły wpłynąć na sen?

„Tak. W firmie wdrażaliśmy nowy system informatyczny i przez kilka miesięcy był chaos. Często zostawałam po godzinach. Poza tym awansowałam, co niby jest czymś dobrym, ale czuję większą odpowiedzialność i presję.”

Doświadczenie awansu ma ambiwalentny charakter – jest źródłem satysfakcji, ale także zwiększonego napięcia i lęku przed popełnieniem błędu. Wdrożenie nowego systemu organizacyjnego wprowadziło element destabilizacji, który mógł zapoczątkować utrwalenie trudności ze snem. Badana funkcjonuje w stanie permanentnej mobilizacji, a organizm nie otrzymuje jasnego sygnału zakończenia dnia.

Czy w ostatnich sześciu miesiącach występowały u Pani problemy zdrowotne, somatyczne lub psychiczne, które mogły wpływać na sen?

„Nie mam chorób przewlekłych, ale często boli mnie brzuch ze stresu, mam napięte barki i kark. Czasami czuję kołatanie serca wieczorem. Bywają dni, kiedy jestem bardzo przytłoczona.”

Somatyczne objawy napięcia wskazują na utrwaloną aktywację układu współczulnego. Ciało nie przechodzi płynnie w stan relaksacji, co utrudnia inicjację snu. Doświadczenie kołatania serca może dodatkowo wzmacniać lęk antycypacyjny związany z nocą. Ciało staje się nośnikiem napięcia, a łóżko przestrzenią konfrontacji z własnym pobudzeniem.

Jak długo utrzymują się u Pani trudności ze snem?

„Okolo półtora roku. Na początku to były pojedyncze noce przed ważnymi projektami. Teraz właściwie co tydzień mam kilka słabszych nocy.”



Opis wskazuje na przejście od bezsenności sytuacyjnej do utrwalonego wzorca. Trudności, początkowo związane z konkretnymi wydarzeniami, zostały uogólnione i zaczęły funkcjonować niezależnie od realnego poziomu obciążenia.

Jakie objawy bezsenności występują u Pani najczęściej?

„Najgorzej jest z zasypianiem. Leżę i analizuję, czy wszystko zrobiłam, co będzie jutro, czy o czymś nie zapomniałam. Zdarza się też, że budzę się około czwartej rano i od razu myślę o pracy.”

Dominują trudności z inicjacją snu oraz wczesne wybudzenia z towarzyszącą ruminacją. Myślenie ma charakter zadaniowy i kontrolujący. Noc przestaje być czasem przerwy, a staje się mentalnym „dyżurem”.

Ile średnio czasu zajmuje Pani zaśnięcie?

„Od 45 minut do godziny, czasem dłużej.”

Wydłużona latencja snu sprzyja narastaniu frustracji i napięcia poznawczego. Każda kolejna minuta czuwania w łóżku wzmacnia przekonanie o nieskuteczności prób zaśnięcia.

Ile godzin snu średnio uzyskuje Pani w ciągu nocy?

„Okolo pięciu, czasem sześciu, ale rzadko czuję się naprawdę wypoczęta.”

Ilość snu jest niewystarczająca w stosunku do deklarowanych potrzeb organizmu. Brak poczucia regeneracji wskazuje, że subiektywna jakość snu jest obniżona, nawet gdy jego długość niekiedy zbliża się do normy.

Jak ocenia Pani ogólną jakość swojego snu w skali od 1 do 10?

„Myślę, że 5. To nie jest całkowita katastrofa, ale daleko do tego, jak kiedyś spałam.”

Ocena umiarkowanie niska wskazuje na częściową adaptację do problemu, ale także na wyraźne poczucie utraty dawnej jakości funkcjonowania.

W jakim stopniu trudności ze snem wpływają na Pani codzienne funkcjonowanie w ciągu dnia?



„Jestem mniej cierpliwa w pracy, trudniej mi się skupić na analizach. Czasem unikam trudniejszych rozmów, bo czuję, że nie mam zasobów.”

Bezsenna noc przekłada się na ograniczenie efektywności zawodowej i obniżenie poczucia kompetencji. Dzień staje się doświadczeniem funkcjonowania przy ograniczonych zasobach energetycznych i emocjonalnych.

Czy odczuwa Pani senność lub nadmierne zmęczenie w ciągu dnia?

„Tak, szczególnie około 15. Piję wtedy kolejną kawę, żeby dotrwać do końca pracy.”

Strategie kompensacyjne, takie jak popołudniowa kofeina, mogą podtrzymywać błędne koło bezsenności poprzez opóźnianie naturalnego spadku pobudzenia wieczornego.

Jakie zachowania przed snem są u Pani najczęstsze?

„Sprawdzam jeszcze maile i komunikatory, przeglądam media społecznościowe. Często kładę się do łóżka z telefonem.”

Łóżko traci funkcję jednoznacznie kojarzoną ze snem. Obecność bodźców świetlnych i poznawczych wzmacnia czujność, utrudniając warunkowanie reakcji sennej na samo położenie się do łóżka.

Jakie myśli lub obawy najczęściej pojawiają się w sytuacji trudności z zasypianiem?

„Myślę, że jeśli się nie wyśpię, zawalę coś w pracy. Boję się, że popełnię błąd i ktoś to zauważy.”

Treści poznawcze mają charakter katastroficzny i koncentrują się na konsekwencjach zawodowych. Sen staje się warunkiem efektywności, a jego brak – zagrożeniem dla tożsamości kompetentnej pracowniczki.

Na ile odczuwa Pani poczucie kontroli nad swoim snem?

„Raczej niewielkie. Mam wrażenie, że im bardziej się staram zasnąć, tym gorzej mi to wychodzi.”

Doświadczenie paradoksu kontroli stanowi centralny element jej narracji. Sen jawi się jako proces wymykający się woli, co generuje frustrację i wzmacnia napięcie przed snem.



Po terapii:

Minęło jedenaście tygodni od rozpoczęcia terapii. Jak ogólnie oceniłaby Pani swój sen w porównaniu do okresu sprzed terapii?

„Jest zdecydowanie lepiej. Nie powiedziałabym, że każda noc jest idealna, ale sen nie jest już moim największym problemem. Przestałam się go bać.”

Wypowiedź badanej wskazuje na fundamentalną zmianę w sposobie przeżywania snu – z doświadczenia nacechowanego lękiem i napięciem do zjawiska bardziej neutralnego i przewidywalnego. Redukcji uległ komponent emocjonalny bezsenności, szczególnie lęk antycypacyjny przed nocą. Sen przestaje być „zadaniem do wykonania”, a staje się procesem, któremu można pozwolić się wydarzyć.

Czy zauważyła Pani zmiany w czasie zasypiania?

„Tak, to dla mnie duża różnica. Teraz zazwyczaj zasypiam w ciągu 20–30 minut. Nawet jeśli natrętne myśli się pojawiają, to nie nakręcam się nimi tak jak wcześniej.”

Skrócenie latencji snu wskazuje na obniżenie pobudzenia poznawczego i fizjologicznego. Wieczne ruminacje utraciły charakter spiralny – pojawiają się, lecz nie dominują świadomości. Weronika nie podejmuje już intensywnych prób kontrolowania procesu zasypiania, co paradoksalnie zwiększa jego skuteczność.

A jak wygląda kwestia wybudzeń nocnych?

„Zdarzają się, ale są krótsze. Najczęściej przewracam się na drugi bok i zasypiam dalej. Nie sprawdzam już nerwowo godziny.”

Zmiana sposobu reagowania na wybudzenia świadczy o modyfikacji interpretacji tych epizodów. Nocne przebudzenia przestały być traktowane jako zapowiedź „złej nocy”. Ograniczenie monitorowania czasu redukuje napięcie i zapobiega aktywacji myślenia katastroficznego.

Ile godzin snu uzyskuje Pani obecnie w ciągu nocy?

„Średnio około sześciu i pół godziny, czasem siedem. Co ciekawe, nawet przy sześciu czuję się lepiej niż kiedyś po pięciu.”



Nie tylko wydłużenie czasu snu, lecz także jego większa ciągłość i subiektywna jakość przekładają się na poczucie regeneracji. Sen odzyskuje funkcję odnowy biologicznej i psychicznej.

Jak oceniłaby Pani aktualną jakość snu w skali od 1 do 10?

„Myślę, że 7. W naprawdę dobrych tygodniach nawet 8.”

Wzrost subiektywnej oceny jakości snu odzwierciedla poprawę zarówno w wymiarze fizjologicznym, jak i poznawczo-emocjonalnym. Sen przestaje być obszarem porażki, a staje się źródłem satysfakcji i stabilności.

Czy poprawa snu wpłynęła na Pani funkcjonowanie w ciągu dnia?

„Zdecydowanie tak. Mam więcej energii w pracy, lepiej się koncentruję i nie reaguję tak nerwowo w stresujących sytuacjach. Nawet gdy pojawia się kryzys logistyczny, podchodzę do niego spokojniej.”

Poprawa nocnego odpoczynku przynosi efekt kaskadowy w funkcjonowaniu dziennym. Weronika doświadcza wzrostu poczucia kompetencji zawodowej i większej regulacji emocjonalnej. Dzień nie jest już przeżywany jako walka z wyczerpaniem, lecz jako przestrzeń względnej równowagi energetycznej.

Czy nadal odczuwa Pani senność lub nadmierne zmęczenie w ciągu dnia?

„Rzadziej. Zdarza się po trudniejszej nocy, ale nie jest to już codzienność. I co ważne – nie panikuję, kiedy czuję zmęczenie.”

Zmniejszenie katastroficznej interpretacji zmęczenia stanowi istotny element zmiany poznawczej. Zmęczenie przestaje być sygnałem zagrożenia dla funkcjonowania zawodowego, a staje się naturalną reakcją organizmu na obciążenie.

Czy zmieniły się Pani wieczorne nawyki związane ze snem?

„Tak. Nie pracuję już w łóżku i staram się odkładać telefon przynajmniej pół godziny przed snem. Kawę piję tylko do 14. Wprowadziłam też stałe godziny wstawania, nawet w weekendy.”



Modyfikacje behawioralne wskazują na skuteczne wdrożenie elementów kontroli bodźców oraz regulacji rytmu dobowego. Łóżko odzyskuje funkcję miejsca przeznaczonego wyłącznie do snu i odpoczynku. Stała pora wstawania stabilizuje rytm okołodobowy i wzmacnia homeostatyczną presję snu.

Jak obecnie reaguje Pani na trudniejsze noce?

„Staram się nie dramatyzować. Jeśli nie mogę zasnąć, wstaję na chwilę, czytam coś spokojnego i wracam do łóżka. Mówię sobie, że jedna noc nie przekreśli całego tygodnia.”

Reakcja ta świadczy o internalizacji zasad terapii oraz o wzroście elastyczności poznawczej. Pojawia się zdolność do akceptacji nieidealnych doświadczeń bez uruchamiania spirali lęku.

Jakie myśli pojawiają się obecnie, gdy nie może Pani zasnąć?

„Są spokojniejsze. Raczej myślę, że organizm w końcu sam się wyreguluje. Nie liczę już godzin do budzika i nie wyobrażam sobie najgorszych scenariuszy w pracy.”

Zmiana treści poznawczych wskazuje na redukcję myślenia katastroficznego i zwiększenie zaufania do naturalnych mechanizmów regulacyjnych organizmu. Sen nie jest już postrzegany jako warunek przetrwania zawodowego, lecz jako proces wspierający funkcjonowanie.

Na ile odczuwa Pani teraz poczucie kontroli nad snem?

„Dużo większe. Wiem, że nie kontroluję samego zasypiania, ale mam wpływ na to, co robię przed snem i jak reaguję. To daje mi spokój.”

Poczucie kontroli zostało przededefiniowane – z prób bezpośredniego wymuszania snu na kontrolę zachowań i reakcji. To przesunięcie z iluzorycznej kontroli procesu biologicznego na realną kontrolę czynników behawioralnych stanowi kluczowy element skuteczności CBT-I.

Czy terapia wpłynęła również na inne obszary Pani życia?

„Tak. Jestem spokojniejsza ogólnie, mniej się zamartwiam. Jest mniej napięcia we mnie i w moim życiu. W relacji z partnerem też jest lepiej, bo mam więcej cierpliwości i energii.”

Poprawa jakości snu generuje efekt rozszerzony – lepszą regulację emocji, większą odporność na stres i poprawę relacji interpersonalnych. Sen przestaje być izolowanym problemem, a staje się fundamentem stabilizacji psychicznej.



Jak oceniłaby Pani terapię CBT-I z perspektywy czasu?

„Bardzo pozytywnie. Na początku wydawało mi się, że moje problemy wynikają wyłącznie z pracy i że nie da się tego zmienić. Teraz widzę, że sposób, w jaki myślałam o śnie i jak reagowałam, miał ogromne znaczenie.”

Ocena terapii podkreśla integrację komponentu poznawczego i behawioralnego. Weronika dostrzega, że zmiana interpretacji snu oraz konsekwentne wdrażanie nowych nawyków doprowadziły do odbudowania poczucia sprawstwa. Noc noc przestała być przestrzenią mobilizacji i kontroli, a stała się obszarem regeneracji i względnego bezpieczeństwa psychicznego.

Porównanie wywiadu przed i po terapii

Przed terapią Weronika doświadczała utrwalonych trudności ze snem trwających około półtora roku, z wyraźnym nasileniem w ostatnich miesiącach w związku z awansem i zwiększoną odpowiedzialnością zawodową. Dominującym problemem były wydłużony czas zasypiania (45–60 minut, niekiedy dłużej) oraz wczesne wybudzenia około 4:00 nad ranem, którym towarzyszyły nasilone ruminacje dotyczące pracy i obawa przed popełnieniem błędu. Średnia długość snu wynosiła około 5–6 godzin, przy subiektywnej ocenie jakości snu na poziomie 5/10.

Wieczór był czasem utrzymującej się aktywności poznawczej i zawodowej – sprawdzania maili, korzystania z telefonu w łóżku, analizowania zadań na kolejny dzień. Sen był traktowany jako warunek efektywności zawodowej, a jego brak jako realne zagrożenie dla poczucia kompetencji. Obecne były myśli katastroficzne („zawałę coś w pracy”), nasilone monitorowanie czasu oraz poczucie niskiej kontroli nad snem. W ciągu dnia Weronika doświadczała zmęczenia, spadku koncentracji, większej drażliwości i napięcia w relacjach interpersonalnych.

Po jedenastu tygodniach terapii CBT-I nastąpiła wyraźna poprawa zarówno w wymiarze ilościowym, jak i jakościowym snu. Czas zasypiania skrócił się do około 20–30 minut, a nocne wybudzenia stały się krótkie i nie wiązały się już z intensywną ruminacją ani sprawdzaniem godziny. Średnia długość snu wzrosła do 6,5–7 godzin, a subiektywna ocena jakości snu do 7/10, okresowo nawet 8/10.



Istotnej zmianie uległy również zachowania przed snem – ograniczenie korzystania z telefonu, zaprzestanie pracy w łóżku, stałe godziny wstawania oraz redukcja spożycia kofeiny w godzinach popołudniowych. Łóżko odzyskało funkcję miejsca przeznaczonego wyłącznie do snu, a wieczór stał się przestrzenią wyciszenia, a nie przedłużeniem dnia pracy.

Zmiana dotyczyła także sfery poznawczej. Myśli katastroficzne uległy osłabieniu, a pojedyncze gorsze noce nie były już interpretowane jako zapowiedź porażki zawodowej. Poczucie kontroli przesunęło się z prób wymuszania snu na realną kontrolę zachowań i reakcji emocjonalnych. Weronika deklarowała większe zaufanie do naturalnych mechanizmów regulacji snu oraz większą elastyczność w obliczu trudniejszych nocy.

Poprawa jakości snu przełożyła się na funkcjonowanie dzienne – wzrost koncentracji, stabilniejszą regulację emocji, mniejszą impulsywność w sytuacjach stresowych oraz większą cierpliwość w relacji z partnerem. Zmniejszyło się również nadmierne monitorowanie poziomu zmęczenia w ciągu dnia.

Porównawczo, doświadczenie snu u Weroniki zmieniło się z procesu nacechowanego napięciem, kontrolą i lękiem przed konsekwencjami zawodowymi w bardziej przewidywalny, naturalny i regenerujący element codzienności. Transformacja objęła nie tylko parametry snu, lecz także jego znaczenie psychologiczne – z obszaru zagrożenia dla tożsamości zawodowej w fundament równowagi emocjonalnej i efektywnego funkcjonowania.

4.3.2 Dziennik snu

Dziennik snu przed rozpoczęciem terapii

Analiza dziennika snu prowadzonego przez Weronikę przed rozpoczęciem terapii CBT-I wskazuje na nieregularny rytm snu i czuwania oraz utrwalone trudności z inicjacją snu. Godziny kładzenia się spać wahały się najczęściej między 23:30 a 00:30, sporadycznie później, szczególnie w dniach o większym obciążeniu zawodowym. W zapiskach regularnie pojawiała się informacja o korzystaniu z telefonu w łóżku – sprawdzaniu maili, komunikatorów służbowych i mediów społecznościowych bezpośrednio przed snem.

Czas zasypiania był wydłużony i zazwyczaj wynosił od 45 do 60 minut, w niektóre dni przekraczając godzinę. W dzienniku powtarzały się opisy napięcia psychicznego,

analizowania zadań zawodowych oraz obaw przed popełnieniem błędu następnego dnia. Charakterystyczne było monitorowanie czasu („spojrzałam na zegarek – już 00:40”) oraz koncentracja na potencjalnych konsekwencjach niewyspania, co nasilało pobudzenie poznawcze.

Sen był fragmentaryczny. Weronika odnotowywała wybudzenia nocne, najczęściej około 4:00 nad ranem, po których ponowne zaśnięcie zajmowało od 20 do 40 minut. Całkowity czas snu oscylował wokół 5–6 godzin. W zapiskach porannych pojawiały się określenia takie jak „niewystarczający”, „lekki”, „przerywany”. Subiektywna jakość snu była oceniana przeciętnie lub nisko.

W ciągu dnia dziennik ujawniał kompensacyjne strategie radzenia sobie ze zmęczeniem – zwiększone spożycie kawy (często również po godzinie 15:00) oraz sporadyczne próby krótkiego odpoczynku po pracy. Wpisy wskazywały także na nasilone monitorowanie poziomu energii i obawę, że zmęczenie wpłynie negatywnie na efektywność zawodową. Całościowy obraz dziennika przed terapią był spójny z wywiadem – dominowało utrzymujące się pobudzenie, nieregularność oraz lękowa interpretacja objawów bezsenności.

Dziennik snu po zakończeniu terapii CBT-I

Analiza dziennika snu po zakończeniu jedenastotygodniowego procesu CBT-I wskazuje na wyraźną stabilizację rytmu dobowego. Godziny kładzenia się spać stały się bardziej regularne (najczęściej między 23:00 a 23:30), a godzina wstawania była utrzymywana na stałym poziomie, również w weekendy. W zapiskach pojawia się informacja o odkładaniu telefonu co najmniej 30 minut przed snem oraz braku aktywności zawodowej w łóżku.

Czas zasypiania skrócił się do około 20–30 minut w większości dni. Wpisy wieczorne wskazują na mniejsze nasilenie ruminacji oraz większą akceptację pojawiających się myśli („pojawiają się myśli o pracy, ale pozwalam im odpłynąć”). Zniknęły częste notatki dotyczące sprawdzania godziny.

Wybudzenia nocne nadal występowały sporadycznie, jednak były krótsze i nie wiązały się z długotrwałą aktywnością poznawczą. Ponowne zaśnięcie zajmowało zazwyczaj kilkanaście minut. Całkowity czas snu wzrósł do średnio 6,5–7 godzin. Poranne zapiski zawierały określenia takie jak „w miarę wypoczęta”, „dobry sen”, „stabilnie”.



Zmianie uległy również zachowania dzienne – ograniczenie spożycia kofeiny do godzin wczesnopopołudniowych, brak drzemek oraz mniejsze koncentrowanie się na poziomie zmęczenia. Wpisy wskazują na większą elastyczność w interpretacji pojedynczych gorszych nocy („krótszy sen, ale funkcjonuję normalnie”).

Porównanie dziennika snu przed i po terapii

Porównanie zapisów dziennika snu Weroniki wskazuje na wyraźną poprawę zarówno w zakresie parametrów ilościowych, jak i jakościowych snu.

Przed terapią rytm snu był nieregularny, z późnymi i zmiennymi godzinami zasypiania oraz częstym korzystaniem z telefonu w łóżku. Czas zasypiania wynosił najczęściej 45–60 minut, a sen był przerywany – szczególnie w godzinach wczesnoporannych. Całkowity czas snu oscylował wokół 5–6 godzin. W zapiskach dominowały wzmianki o napięciu, analizowaniu spraw zawodowych, monitorowaniu godziny oraz obawach dotyczących funkcjonowania następnego dnia. Obecne były również zachowania kompensacyjne, takie jak popołudniowa kawa.

Po 11 tygodniach terapii nastąpiła stabilizacja godzin snu i czuwania oraz eliminacja aktywności zawodowej w łóżku. Czas zasypiania skrócił się do około 20–30 minut, wybudzenia stały się rzadsze i krótsze, a całkowity czas snu wydłużył się do 6,5–7 godzin. Zapiski wskazują na mniejsze nasilenie ruminacji, brak kompulsywnego sprawdzania godziny oraz większą akceptację sporadycznych gorszych nocy. Ograniczono również spożycie kofeiny w godzinach popołudniowych.

Całościowo dziennik snu odzwierciedla przejście od nieregularnego, napięciowego wzorca z dominacją pobudzenia poznawczego do bardziej stabilnego i fizjologicznie efektywnego rytmu snu, wspieranego adaptacyjnymi strategiami behawioralnymi i poznawczymi.

4.3.3 Ateńska Skala Bezsenności

Wynik przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Weronika wypełniła Ateńską Skalę Bezsenności, uzyskując 13 punktów, co wskazuje na obecność klinicznie istotnych objawów bezsenności.



Największe trudności dotyczyły:

- wydłużonego czasu zasypiania,
- wczesnych wybudzeń nocnych,
- obniżonej subiektywnej jakości snu,
- zmęczenia i pogorszonej koncentracji w ciągu dnia.

Wysoka punktacja w obszarze funkcjonowania dziennego była spójna z wywiadem, w którym Weronika opisywała spadek efektywności zawodowej, drażliwość oraz obawy przed popełnieniem błędu w pracy po nieprzespanej nocy. W zapiskach jakościowych pojawiały się sformułowania wskazujące na napięcie przed snem oraz przekonanie, że brak snu bezpośrednio zagrozi jej kompetencjom zawodowym.

Wynik 13 punktów potwierdzał utrwalony charakter trudności oraz ich wpływ zarówno na nocne parametry snu, jak i funkcjonowanie w ciągu dnia.

Wynik po terapii

Po zakończeniu 11-tygodniowej terapii CBT-I Weronika ponownie wypełniła AIS. Uzyskany wynik wyniósł 6 punktów, co wskazuje na znaczącą redukcję objawów bezsenności i brak podstaw do rozpoznania bezsenności klinicznej.

Największą poprawę odnotowano w zakresie:

- skrócenia czasu zasypiania,
- zmniejszenia nasilenia wybudzeń nocnych,
- poprawy subiektywnej jakości snu,
- ograniczenia zmęczenia i trudności z koncentracją w ciągu dnia.

Weronika rzadziej zgłaszała napięcie związane z nocą oraz nie interpretowała pojedynczych trudniejszych nocy w sposób katastroficzny. W jej wypowiedziach po terapii pojawiało się większe poczucie stabilności i zaufania do naturalnych mechanizmów regulacji snu.

Wynik 6 punktów wskazuje, że ewentualne trudności mają obecnie charakter łagodny i przejściowy.



Porównanie wyników AIS przed i po terapii

Porównanie wyników Ateńskiej Skali Bezsenności wskazuje na redukcję łącznej punktacji z 13 do 6 punktów, co oznacza spadek nasilenia objawów o 7 punktów.

Poprawa objęła zarówno objawy nocne (czas zasypiania, ciągłość snu), jak i funkcjonowanie dzienne (poziom energii, koncentracja, regulacja emocji). Wyniki AIS są spójne z danymi z wywiadu końcowego oraz analizą dziennika snu, w których odnotowano:

- skrócenie latencji snu do 20–30 minut,
- wydłużenie całkowitego czasu snu do 6,5–7 godzin,
- ograniczenie ruminalacji i lęku przed snem,
- wzrost poczucia kontroli nad zachowaniami wspierającymi sen.

Uzyskane rezultaty potwierdzają skuteczność interwencji CBT-I w redukcji objawów bezsenności oraz poprawie funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego Weroniki.

4.3.4 Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)

Wynik FIRST przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Weronika wypełniła Skalę Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST), uzyskując 24 punkty, co wskazuje na podwyższoną wrażliwość na stres w kontekście snu.

Analiza odpowiedzi wykazała, że trudności ze snem szczególnie nasilały się w sytuacjach bezpośrednio ujętych w skali FIRST, takich jak:

- po ciężkim dniu w pracy,
- po stresujących przeżyciach w ciągu dnia i wieczorem,
- w sytuacjach presji i napięcia odpowiadających pozycjom dotyczącym kłótni oraz otrzymania złej wiadomości,
- w kontekście antycypacji – przed ważnym spotkaniem następnego dnia oraz przed wystąpieniem publicznym.



Dodatkowo trudności pojawiały się w sytuacjach nagłych zmian w planie dnia, co odpowiada pozycji dotyczącej wyjazdu następnego dnia, wskazującej na wrażliwość snu na zmiany rytmu i organizacji dnia.

W wywiadzie i dzienniku snu Weronika wielokrotnie wskazywała, że po intensywnym dniu w pracy „*nie potrafi wyłączyć głowy*” (pozycja: po ciężkim dniu w pracy oraz po stresujących przeżyciach w ciągu dnia) oraz że budzi się nad ranem z myślami o obowiązkach (pozycja: przed ważnym spotkaniem następnego dnia). Reaktywność stresowa miała charakter zarówno poznawczy (ruminacje, katastroficzne przewidywania – zgodne z pozycjami antycypacyjnymi FIRST), jak i somatyczny (napięcie mięśniowe, kołatanie serca).

Wysoki wynik FIRST potwierdzał, że stres zawodowy oraz sytuacje stresowe opisane w poszczególnych pozycjach skali stanowiły istotny czynnik wyzwalający i podtrzymujący bezsenność. Nadmierna czujność i utrzymujące się pobudzenie utrudniały przejście w stan fizjologicznego wyciszenia niezbędnego do inicjacji snu.

Wynik po terapii

Po zakończeniu 11-tygodniowej terapii CBT-I Weronika ponownie wypełniła skalę FIRST. Uzyskany wynik wyniósł 14 punktów, co wskazuje na istotne obniżenie wrażliwości na stres w obszarze snu.

Największą poprawę odnotowano w odpowiedziach odnoszących się do konkretnych pozycji skali, w szczególności:

- trudności z zasypianiem po ciężkim dniu w pracy,
- reakcji snu po stresujących przeżyciach w ciągu dnia i wieczorem,
- wybudzeń nocnych związanych z myślami o obowiązkach następnego dnia (pozycja: przed ważnym spotkaniem),
- reakcji na nagłe zmiany w planie dnia (pozycja: wyjazd następnego dnia).

Zmniejszenie trudności obserwowano także w sytuacjach napięcia emocjonalnego, takich jak kłótnie czy otrzymanie negatywnych informacji oraz w sytuacjach antycypacyjnych (np. wystąpienia publiczne), które wcześniej wyraźnie pogarszały sen badanej.



W wywiadzie końcowym Weronika podkreślała, że nawet w okresach zwiększonego obciążenia zawodowego potrafi szybciej się wyciszyć, a pojedyncze trudniejsze noce nie uruchamiają już spirali napięcia. Zmniejszeniu uległa także somatyczna reakcja stresowa wieczorem.

Redukcja punktacji wskazuje na skuteczniejsze strategie regulacji emocji i pobudzenia, szczególnie w sytuacjach bezpośrednio opisanych w FIRST, co jest zgodne z zastosowanymi w terapii technikami kontroli bodźców, restrykcji snu oraz modyfikacji myśli katastroficznych.

Porównanie wyników FIRST przed i po terapii

Porównanie wyników FIRST wskazuje na spadek łącznej punktacji z 24 do 14 punktów, co oznacza redukcję reaktywności stresowej w kontekście snu o 10 punktów. Poprawa dotyczy zarówno reakcji na stres zawodowy (pozycja: po ciężkim dniu w pracy), który wcześniej był głównym czynnikiem wyzwalającym bezsenność, jak i reakcji na inne sytuacje stresowe ujęte w skali, takie jak stresujące wydarzenia w ciągu dnia, napięcia interpersonalne (kłótnie), negatywne informacje oraz antycypacja przyszłych wydarzeń (ważne spotkania, wystąpienia).

Wyniki są spójne z analizą dziennika snu oraz wywiadem po terapii, w których odnotowano:

- skrócenie czasu zasypiania mimo sytuacji odpowiadających pozycjom FIRST (np. stresujący dzień, ważne wydarzenia następnego dnia),
- rzadsze i krótsze wybudzenia nocne, szczególnie w kontekście myślenia o obowiązkach,
- mniejsze nasilenie ruminacji związanych z pracą (pozycje antycypacyjne),
- większe poczucie spokoju i kontroli przed snem, także w sytuacjach wcześniej wywołujących napięcie.

Zmniejszenie wrażliwości na stres potwierdza, że interwencja CBT-I wpłynęła nie tylko na parametry snu, lecz także na mechanizmy poznawczo-emocjonalne podtrzymujące bezsenność, w tym na podatność snu na zakłócenia w sytuacjach stresowych opisanych w skali FIRST.

4.3.5 Skala Depresji Becka II (BDI-II)



Wynik BDI-II przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii Weronika uzyskała 18 punktów w Skali Depresji Becka (BDI-II), co odpowiada łagodnemu nasileniu objawów depresyjnych.

Analiza profilu odpowiedzi wskazuje na przewagę objawów somatycznych i poznawczych, przy jednocześnie niewielkim nasileniu objawów afektywnych o charakterze osiowym. Podwyższone wyniki dotyczyły głównie pozycji związanych ze snem, zmęczeniem, trudnościami z koncentracją oraz drażliwością. W mniejszym nasileniu obecne były także negatywne przewidywania dotyczące przyszłości.

Brak istotnych wskazań na nasilone objawy takie jak głęboko obniżony nastrój, anhedonia, poczucie winy czy myśli rezygnacyjne sugeruje, że uzyskany wynik odzwierciedla raczej stan przeciążenia psychofizycznego niż pełnoobjawowy obraz depresji. Objawy miały najprawdopodobniej charakter wtórny wobec przewlekłych trudności ze snem i wysokiego poziomu stresu.

Wynik po terapii

Po zakończeniu 11-tygodniowej terapii CBT-I Weronika uzyskała 7 punktów w BDI-II, co mieści się w zakresie normy i wskazuje na brak istotnych objawów depresyjnych.

Poprawa dotyczyła przede wszystkim obszarów wcześniej zaburzonych, tj. snu, poziomu energii, koncentracji oraz regulacji emocjonalnej. Zmniejszeniu uległo również nasilenie negatywnych przewidywań i zamartwiania się. Aktualny profil funkcjonowania nie wskazuje na obecność klinicznie istotnych objawów depresyjnych.

Porównanie wyników BDI-II przed i po terapii

Porównanie wyników wskazuje na spadek punktacji z 18 do 7 punktów, co oznacza wyraźną



redukcję nasilenia objawów depresyjnych oraz przejście z poziomu łagodnych objawów do zakresu normy.

Zmiana dotyczyła głównie obszarów somatycznych i poznawczych, przy niewielkich zmianach w zakresie objawów afektywnych, które nie były istotnie nasilone przed terapią.

Uzyskany wzorzec wyników sugeruje, że objawy depresyjne miały charakter wtórny wobec bezsenności i uległy redukcji wraz z poprawą jakości snu oraz zmianą strategii radzenia sobie. Wyniki pozostają spójne z danymi z wywiadu, dziennika snu oraz pozostałych narzędzi, wskazując na ogólną poprawę funkcjonowania psychicznego badanej.

4.3.6 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Wyniki STAI przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Weronika uzyskała 51 punktów w skali STAI-S (lęk-stan) oraz 46 punktów w skali STAI-T (lęk-cecha). Po przeliczeniu na normy stenowe wyniki te odpowiadały 8 stenowi w zakresie lęku-stanu oraz 6 stenowi w zakresie lęku-cechy.

Podwyższony wynik w skali lęku-stanu wskazywał na wysoki poziom aktualnie przeżywanego napięcia emocjonalnego. W wywiadzie Weronika opisywała nasilony niepokój wieczorny, trudność w „odłączeniu się” od spraw zawodowych oraz obawy przed konsekwencjami niewyspania. Lęk miał charakter sytuacyjny i był silnie powiązany z kontekstem pracy oraz presją odpowiedzialności.

Wynik w skali lęku-cechy sugerował umiarkowanie podwyższoną tendencję do reagowania napięciem w sytuacjach stresowych. Weronika prezentowała wzorzec zwiększonej czujności poznawczej, skłonność do analizowania potencjalnych zagrożeń oraz trudność w tolerowaniu niepewności, co sprzyjało utrwalaniu bezsenności.

Wyniki STAI po zakończeniu terapii

Po 11 tygodniach terapii CBT-I Weronika ponownie wypełniła kwestionariusz STAI. Uzyskała 34 punkty w skali STAI-S oraz 36 punktów w skali STAI-T, co odpowiadało 4 stenowi w zakresie lęku-stanu oraz 5 stenowi w zakresie lęku-cechy.

Obniżenie wyniku w skali lęku-stanu do poziomu mieszczącego się w normie populacyjnej wskazuje na znaczną redukcję bieżącego napięcia emocjonalnego. Weronika deklarowała większy spokój wieczorny, rzadsze epizody somatycznego pobudzenia oraz mniejszą tendencję do katastroficznych interpretacji trudniejszej nocy.

Spadek wyniku w skali lęku-cechy, choć mniej wyraźny niż w przypadku lęku-stanu, sugeruje częściową modyfikację utrwalonych wzorców reagowania emocjonalnego. Badana opisywała większą elastyczność poznawczą, lepszą tolerancję niepewności oraz mniejszą potrzebę kontrolowania wszystkich aspektów funkcjonowania zawodowego.

Porównanie wyników STAI przed i po terapii

Analiza porównawcza wskazuje na wyraźne obniżenie poziomu lęku, szczególnie w wymiarze sytuacyjnym. W skali STAI-S odnotowano spadek z 51 do 34 punktów (z 8 do 4 stenu), co świadczy o istotnej klinicznie redukcji napięcia emocjonalnego. W skali STAI-T wynik zmniejszył się z 46 do 36 punktów (z 6–7 do 5 stenu), co wskazuje na umiarkowaną poprawę w zakresie lęku jako względnie trwałej cechy.

Najbardziej znaczące zmiany dotyczyły obszaru związanego z wieczornym pobudzeniem i lękiem antycypacyjnym przed snem, co pozostaje spójne z poprawą parametrów snu (AIS), redukcją reaktywności stresowej (FIRST) oraz danymi z dziennika snu i wywiadu końcowego.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że terapia CBT-I przyczyniła się nie tylko do poprawy jakości snu, lecz także do obniżenia napięcia emocjonalnego i zwiększenia zdolności regulacji lęku u Weroniki.



4.3.7 Kwestionariusz jakości życia SF-36

Wynik SF-36 przed rozpoczęciem terapii

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Weronika wypełniła polską wersję Kwestionariusza Jakości Życia SF-36, która pozwala ocenić funkcjonowanie w ośmiu skalach oraz w wymiarze fizycznym i mentalnym. W przypadku tego kwestionariusza wyższe wartości punktowe oznaczają większe ograniczenia i niższą jakość życia.

Wyniki Weroniki przed terapią:

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 35/50 – codzienne aktywności, takie jak wchodzenie po schodach czy noszenie zakupów, wymagały od Weroniki większego wysiłku i powodowały zmęczenie.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 16/20 – przeciążenie fizyczne znacząco ograniczało wykonywanie obowiązków w pracy i w domu.
- Odczuwanie bólu (BP): 8/9 – dolegliwości bólowe pojawiały się często i były uciążliwe, ograniczając komfort codziennego funkcjonowania.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 17/20 – subiektywne poczucie zdrowia było niskie, odczuwała zmęczenie, napięcie i brak energii.
- Witalność (VT): 18/20 – poczucie wyczerpania, brak energii w ciągu dnia i trudności w utrzymaniu aktywności.
- Funkcjonowanie społeczne (SF): 7/8 – kontakty społeczne utrzymywane, jednak zmęczenie i napięcie ograniczały pełne uczestnictwo.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 12/15 – trudności w regulacji emocji i wykonywaniu obowiązków w sytuacjach stresowych.
- Zdrowie psychiczne (MH): 16/20 – wysoki poziom napięcia psychicznego, lęku i obniżonego nastroju.

Wymiar fizyczny jakości życia (PF, RP, BP, GH): 76/103 – znaczące ograniczenia w sferze fizycznej, które utrudniały codzienne funkcjonowanie.

Wymiar mentalny jakości życia (VT, SF, RE, MH): 53/68 – znaczne trudności w zakresie energii, samopoczucia i zdrowia psychicznego.



Indeks jakości życia (suma wszystkich skal): 129/171 – ogólnie obniżona jakość życia, z wyraźnym obciążeniem w sferze psychicznej i witalności.

Weronika doświadczała największych problemów w zakresie witalności, zdrowia psychicznego i ograniczeń emocjonalnych. Jej codzienna aktywność fizyczna była mocno obciążona przez zmęczenie i dolegliwości bólowe, a stres i napięcie dodatkowo ograniczały funkcjonowanie społeczne i emocjonalne.

Wynik SF-36 po zakończeniu terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Weronika ponownie wypełniła kwestionariusz SF-36. Wyniki wskazują na wyraźną poprawę jakości życia, zwłaszcza w zakresie energii, nastroju i zdrowia psychicznego.

Skale SF-36:

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 25/50 – codzienne czynności stały się mniej obciążające, większa sprawność w wykonywaniu obowiązków.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 9/20 – zmęczenie i przeciążenie fizyczne rzadziej ograniczały aktywności w pracy i w domu.
- Odczuwanie bólu (BP): 5/9 – dolegliwości bólowe występowały sporadycznie i miały mniejszy wpływ na funkcjonowanie.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 11/20 – poprawa subiektywnego poczucia zdrowia i wzrost energii.
- Witalność (VT): 10/20 – wyraźna poprawa energii w ciągu dnia, lepsze radzenie sobie z codziennymi obowiązkami.
- Funkcjonowanie społeczne (SF): 5/8 – większa aktywność społeczna, zmniejszenie ograniczeń wynikających ze zmęczenia.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 6/15 – lepsza kontrola emocji, łatwiejsze wykonywanie obowiązków w sytuacjach stresowych.
- Zdrowie psychiczne (MH): 9/20 – zmniejszenie napięcia, lęku i objawów obniżonego nastroju.

Wymiar fizyczny jakości życia: 50/103 – poprawa w codziennym funkcjonowaniu fizycznym.
Wymiar mentalny jakości życia: 30/68 – wyraźna poprawa w sferze psychicznej, większa energia i lepsze samopoczucie.

Indeks jakości życia: 80/171 – ogólna poprawa jakości życia, szczególnie w obszarze mentalnym i witalności.

Terapia CBT-I umożliwiła Weronice lepsze radzenie sobie ze stresem i ograniczeniami związanymi ze snem. Poprawa witalności i zdrowia psychicznego przełożyła się na większą aktywność społeczną oraz większą zdolność do wykonywania obowiązków dnia codziennego.

Porównanie wyników SF-36 przed i po terapii

Analiza wyników SF-36 wykazała wyraźną poprawę jakości życia Weroniki po zakończeniu terapii CBT-I.

W sferze fizycznej zmniejszyły się ograniczenia w codziennych czynnościach – funkcjonowanie fizyczne spadło z 35/50 do 25/50 punktów, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego z 16/20 do 9/20 punktów, a odczuwanie bólu z 8/9 do 5/9 punktów. Subiektywne poczucie zdrowia poprawiło się z 17/20 do 11/20 punktów.

W sferze mentalnej zmiany były jeszcze bardziej zauważalne – witalność spadła z 18/20 do 10/20 punktów, funkcjonowanie społeczne z 7/8 do 5/8 punktów, funkcjonowanie emocjonalne z 12/15 do 6/15 punktów, a zdrowie psychiczne z 16/20 do 9/20 punktów. Zmniejszenie zmęczenia i napięcia psychicznego pozwoliło Weronice lepiej radzić sobie w życiu codziennym.

Wymiar fizyczny jakości życia: spadek z 76/103 do 50/103 punktów – mniej ograniczeń w codziennej aktywności.

Wymiar mentalny jakości życia: spadek z 53/68 do 30/68 punktów – wyraźna poprawa w sferze psychicznej i witalności.

Indeks jakości życia: spadek z 129/171 do 80/171 punktów – ogólna poprawa jakości życia, szczególnie w wymiarze mentalnym.



Największe korzyści terapii CBT-I u Weroniki dotyczyły energii, nastroju i funkcjonowania emocjonalnego. Poprawa w sferze fizycznej była również zauważalna, głównie w zakresie zmniejszenia zmęczenia i bólu podczas codziennych czynności. Terapia skutecznie podniosła jakość życia Weroniki zarówno w aspekcie psychicznym, jak i fizycznym.

4.3.8 Wnioski i zalecenia

Analiza przypadku wskazuje, że Weronika doświadczała przewlekłej bezsenności o podłożu poznawczo-behawioralnym, w której kluczową rolę odgrywały stres, napięcie emocjonalne i nieadaptacyjne nawyki wieczorne. Przed terapią sen był źródłem frustracji, a trudności z zasypianiem, częste wybudzenia i skrócony czas snu wpływały negatywnie na funkcjonowanie w ciągu dnia, koncentrację, nastrój oraz poziom energii. Nadmierne zamartwianie się snem oraz myśli katastroficzne potęgowały problem i utrudniały odpoczynek.

Po 11 tygodniach terapii CBT-I zaobserwowano znaczną poprawę. Czas zasypiania uległ skróceniu, wybudzenia nocne stały się rzadsze i krótsze, a całkowity czas snu zwiększył się do 6,5–7 godzin. Subiektywna jakość snu wzrosła, a poziom lęku, wrażliwość na stres i nasilenie myśli katastroficznych zmalały. Wieczory stały się czasem wyciszenia, a poczucie kontroli nad snem i kompetencji w radzeniu sobie z trudnościami nocnymi uległo wyraźnemu wzmocnieniu. Poprawa snu przełożyła się na lepsze funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne w ciągu dnia.

Zalecenia:

- utrzymanie regularnych godzin snu i pobudki w celu stabilizacji rytmu dobowego
- ograniczenie korzystania z telefonów, komputerów i innych ekranów przed snem
- unikanie spożywania kofeiny po południu i alkoholu jako metody zasypiania
- stosowanie technik relaksacyjnych, oddechowych lub wyciszających w sytuacjach podwyższonego napięcia
- zachowanie zasady kontroli bodźców – łóżko wyłącznie do snu, krótkie opuszczenie sypialni w przypadku trudności z zasypianiem
- regularne stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem, zwłaszcza w okresach



wzmożonego obciążenia

- monitorowanie samopoczucia i w razie potrzeby konsultacja specjalistyczna przy nawrocie objawów lęku lub pogorszeniu nastroju

Podtrzymywanie wypracowanych nawyków i strategii wspierających zdrowy sen jest kluczowe do utrzymania efektów terapeutycznych oraz dalszej poprawy jakości życia i funkcjonowania dziennego.

4.4 Studium przypadku – Artur wyniki badań i interpretacja przed i po terapii

Imię	Artur
Wiek	48
Zawód	Generał
Czas trwania terapii	12 tygodni

4.4.1 Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu

Proszę powiedzieć, ile ma Pan lat.

„Mam 48 lat.”

Jaka jest Pana aktualna sytuacja zawodowa lub edukacyjna?

„Jestem generałem w Wojsku. Odpowiadam za planowanie działań, nadzór nad jednostkami i podejmowanie decyzji strategicznych. W tej pracy trzeba być przygotowanym na różne scenariusze.”

Opis pracy wskazuje na środowisko o wysokiej odpowiedzialności oraz konieczności ciągłej gotowości operacyjnej. Doświadczenie zawodowe badanego koncentruje się wokół planowania, kontroli i przewidywania potencjalnych zagrożeń. W ujęciu fenomenologicznym może to sprzyjać utrzymywaniu podwyższonego poziomu czujności poznawczej także poza godzinami pracy. Wieczór nie zawsze staje się momentem wyciszenia – umysł pozostaje w trybie analizy i monitorowania.



Jaka jest Pana sytuacja rodzinna?

„Jestem żonaty, mamy dwoje dorosłych dzieci. Jedno studiuje, drugie kończy liceum. Żona mówi, że ostatnio częściej jestem zmęczony i mniej rozmowny.”

Rodzina stanowi stabilny kontekst życiowy badanego, jednak jego narracja wskazuje na pewne ograniczenie zaangażowania emocjonalnego wynikające z przewlekłego zmęczenia. Bezsenność wpływa na jakość codziennego funkcjonowania w relacjach, zmniejszając dostępne zasoby psychiczne. Pojawia się subtelne napięcie między rolą dowódcy a rolą partnera i ojca, gdzie pierwsza z nich zdaje się dominować także w przestrzeni domowej.

Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy doświadczył Pan istotnych zmian życiowych lub stresujących wydarzeń, które mogły wpłynąć na sen?

„Tak. W jednostce mieliśmy reorganizację i więcej obowiązków trafiło do mojego zakresu odpowiedzialności. Do tego przygotowania do kilku dużych ćwiczeń.”

Badany opisuje okres wzmożonego obciążenia zawodowego oraz zwiększonej odpowiedzialności decyzyjnej. Zmiany organizacyjne w środowisku pracy mogą wprowadzać poczucie destabilizacji i konieczność intensywniejszego monitorowania sytuacji. Doświadczenie to może prowadzić do utrzymywania się stanu mobilizacji psychicznej także po zakończeniu dnia.

Czy w ostatnich sześciu miesiącach występowały u Pana problemy zdrowotne, somatyczne lub psychiczne, które mogły wpływać na sen?

„Nie mam poważnych chorób. Czasem dokucza mi ból karku i pleców. Wieczorem czuję napięcie w ciele i trudno mi się rozluźnić.”

Opis wskazuje na obecność somatycznych przejawów napięcia. Ciało badanego pozostaje w stanie podwyższonej aktywacji fizjologicznej, co może utrudniać przejście w stan relaksacji niezbędny do inicjacji snu. Ciało przestaje być neutralne – pojawia się jako przestrzeń napięcia i sztywności.

Jak długo utrzymują się u Pana trudności ze snem?

„Okolo dwóch lat. Na początku tylko w bardziej stresujących okresach, ale z czasem zaczęło się to powtarzać częściej.”



Opis sugeruje przejście od bezsenności epizodycznej do bardziej utrwalonego wzorca trudności ze snem. Początkowo problem był związany z konkretnymi sytuacjami zawodowymi, jednak stopniowo zaczął pojawiać się również poza nimi. Może to wskazywać na rozwój mechanizmów podtrzymujących bezsenność, w których sama sytuacja nocna zaczyna być kojarzona z napięciem.

Jakie objawy bezsenności występują u Pana najczęściej?

„Najczęściej długo nie mogę zasnąć. Leżę i analizuję różne sprawy z pracy. Zdarza się też, że budzę się w nocy i od razu zaczynam o tym myśleć.”

Dominującym elementem doświadczenia są procesy poznawcze o charakterze analitycznym. Myślenie dotyczy głównie obowiązków zawodowych oraz potencjalnych konsekwencji decyzji. W sensie fenomenologicznym noc przestaje być czasem przerwy, a staje się przestrzenią kontynuowania aktywności poznawczej.

Ile średnio czasu zajmuje Panu zaśnięcie?

„Okolo godziny, czasem dłużej.”

Wydłużona latencja snu wskazuje na trudność w redukcji pobudzenia poznawczego i fizjologicznego. Każda kolejna minuta czuwania w łóżku może zwiększać napięcie i frustrację, wzmacniając negatywne skojarzenia z próbą zaśnięcia.

Ile godzin snu średnio uzyskuje Pan w ciągu nocy?

„Zwykle okolo pięciu godzin.”

Deklarowana ilość snu wskazuje na ograniczoną regenerację organizmu. Istotne jest również to, że mimo pewnej liczby godzin snu badany nie doświadcza pełnego poczucia wypoczęcia, co sugeruje obniżoną subiektywną jakość snu.

Jak ocenia Pan ogólną jakość swojego snu w skali od 1 do 10?

„Myślę, że 4.”

Ocena ta wskazuje na wyraźne negatywną percepcję jakości snu. Jednocześnie może odzwierciedlać wysokie wymagania wobec własnej sprawności i funkcjonowania – nawet umiarkowane trudności są interpretowane jako istotne ograniczenie.



W jakim stopniu trudności ze snem wpływają na Pana codzienne funkcjonowanie w ciągu dnia?

„Jestem bardziej drażliwy i trudniej mi się skoncentrować na tym co robię.”

Bezsenność wpływa na funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne badanego. Szczególnie widoczne są trudności z koncentracją oraz większa reaktywność emocjonalna. W kontekście roli dowódczej może to być postrzegane jako istotne ograniczenie, ponieważ wymaga ona stabilności i jasności myślenia.

Czy odczuwa Pan senność lub nadmierne zmęczenie w ciągu dnia?

„Tak, szczególnie po południu, wtedy myślę, że jedynym ratunkiem jest tylko kawa...”

Strategie kompensacyjne, takie jak zwiększone spożycie kofeiny, mogą chwilowo zmniejszać odczuwane zmęczenie, lecz jednocześnie utrzymywać wysoki poziom pobudzenia w późniejszych godzinach dnia, co może utrudniać zasypianie.

Jakie zachowania przed snem są u Pana najczęstsze?

„Często jeszcze sprawdzam wiadomości służbowe albo przeglądam dokumenty na telefonie.”

Opis wskazuje na brak wyraźnej granicy między aktywnością zawodową a czasem przeznaczonym na odpoczynek. Łóżko staje się miejscem dalszej aktywności poznawczej związanej z pracą, co może osłabiać jego funkcję jako bodźca kojarzonego ze snem.

Jakie myśli lub obawy najczęściej pojawiają się w sytuacji trudności z zasypianiem?

„Myślę, że jeśli się nie wyśpię, następnego dnia mogę gorzej funkcjonować i podjąć złą decyzję.”

Treści poznawcze koncentrują się wokół odpowiedzialności zawodowej oraz konsekwencji potencjalnych błędów. Sen zostaje powiązany z koniecznością utrzymania pełnej sprawności decyzyjnej, co zwiększa presję związaną z jego osiągnięciem.

Na ile odczuwa Pan poczucie kontroli nad swoim snem?

„Niewielkie. Mam wrażenie, że im bardziej próbuję zasnąć, tym trudniej mi to wychodzi.”

Badany doświadcza charakterystycznego paradoksu kontroli. Próba świadomego wymuszenia snu prowadzi do wzrostu pobudzenia poznawczego i napięcia. W konsekwencji sen jawi się



jako proces wymykający się strategiom kontroli, które w innych obszarach życia badanego są zwykle skuteczne.

Po terapii:

Minęło dwanaście tygodni od rozpoczęcia terapii. Jak ogólnie oceniłby Pan swój sen w porównaniu do okresu sprzed terapii?

„Widzę wyraźną poprawę. Sen nie jest już czymś, o czym myślę przez cały dzień. Zdarzają się gorsze noce, ale nie mają już takiego znaczenia jak wcześniej.”

Wypowiedź badanego wskazuje na zmianę w hierarchii znaczeń przypisywanych snu. Przed terapią doświadczenie bezsenności było centralnym elementem jego codziennej narracji i wpływało na sposób przeżywania nadchodzącej nocy. Po terapii sen przestaje dominować w polu uwagi – staje się jednym z wielu elementów codziennego funkcjonowania. Zmniejszeniu ulega również napięcie antycypacyjne związane z oczekiwaniem problemów ze snem.

Czy zauważył Pan zmiany w czasie zasypiania?

„Tak, zdecydowanie szybciej zasypiam. Najczęściej zajmuje mi to około 15–25 minut. Nie mam już potrzeby ciągłego sprawdzania, czy już powinienem spać.”

Skrócenie czasu zasypiania sugeruje obniżenie poziomu wieczornego pobudzenia poznawczego. Istotna jest również zmiana w sposobie monitorowania procesu snu – badany przestaje obsesyjnie oceniać, czy zasypianie przebiega „wystarczająco szybko”. Redukcja tej formy samokontroli sprzyja bardziej spontanicznemu pojawianiu się snu.

A jak wygląda kwestia wybudzeń nocnych?

„Zdarzają się rzadziej. Kiedy się obudzę, zazwyczaj nie zaczynam od razu analizować różnych spraw. Po prostu zasypiam dalej.”

Zmiana dotyczy nie tylko częstotliwości przebudzeń, lecz przede wszystkim sposobu ich interpretowania. Wcześniej nocne wybudzenia inicjowały ciąg analiz i planowania, co prowadziło do przedłużonego czuwania. Po terapii epizody te są traktowane jako naturalny element snu, co ogranicza aktywację procesów poznawczych.



Ile godzin snu uzyskuje Pan obecnie w ciągu nocy?

„Najczęściej między sześć a siedem godzin.”

Wydłużenie czasu snu wskazuje na poprawę jego ciągłości oraz większą stabilność rytmu dobowego. Jednocześnie badany nie koncentruje się już na osiągnięciu konkretnej liczby godzin, lecz bardziej na ogólnym poczuciu wypoczęcia, co świadczy o zmianie w sposobie postrzegania snu.

Jak oceniłby Pan aktualną jakość snu w skali od 1 do 10?

„Powiedziałbym, że około 7, czasami nawet więcej.”

Wzrost oceny jakości snu wskazuje na poprawę subiektywnego doświadczenia regeneracji. Sen zaczyna być postrzegany jako bardziej stabilny i przewidywalny element codzienności, co zmniejsza poczucie niepewności związanej z nocą.

Czy poprawa snu wpłynęła na Pana funkcjonowanie w ciągu dnia?

„Tak. Łatwiej mi utrzymać koncentrację przez cały dzień i mam wrażenie, że podejmuję decyzje spokojniej.”

Poprawa jakości snu przekłada się na funkcjonowanie poznawcze oraz regulację emocji. Badany opisuje większą stabilność uwagi oraz większy spokój w sytuacjach wymagających podejmowania decyzji. W kontekście jego roli zawodowej może to wzmacniać poczucie kompetencji i kontroli nad sytuacją.

Czy nadal odczuwa Pan senność lub nadmierne zmęczenie w ciągu dnia?

„Czasem po trudniejszym tygodniu, ale nie jest to już codzienne uczucie.”

Zmniejszenie częstotliwości zmęczenia wskazuje na skuteczniejszą regenerację nocną. Jednocześnie badany akceptuje sporadyczne uczucie zmęczenia jako naturalny element funkcjonowania organizmu, a nie jako sygnał poważnego problemu.

Czy zmieniły się Pana wieczorne nawyki związane ze snem?

„Tak. Staram się kończyć sprawy służbowe wcześniej i nie zabierać ich do łóżka. Wieczorem robię coś spokojniejszego, na przykład czytam książkę.”



Zmiana ta wskazuje na wprowadzenie wyraźniejszej granicy między aktywnością zawodową a czasem odpoczynku. Łóżko przestaje być miejscem analizy dokumentów czy spraw służbowych, a zaczyna pełnić funkcję przestrzeni przeznaczonej przede wszystkim do snu i regeneracji.

Jak obecnie reaguje Pan na trudniejsze noce?

„Jeśli zdarzy się gorsza noc, staram się po prostu przyjąć to jako coś normalnego i następnego dnia funkcjonować jak zwykle.”

Wypowiedź wskazuje na większą elastyczność poznawczą. Zamiast podejmować próby intensywnego kompensowania braku snu lub analizowania przyczyn problemu, badany przyjmuje bardziej akceptującą postawę wobec sporadycznych trudności.

Jakie myśli pojawiają się obecnie, gdy nie może Pan zasnąć?

„Myślę raczej, że organizm potrzebuje trochę czasu i że w końcu sam się uspokoi.”

Treści poznawcze uległy wyraźnej zmianie – zamiast myśli katastroficznych pojawiają się bardziej realistyczne i uspokajające interpretacje sytuacji. Badany wykazuje większe zaufanie do naturalnych procesów regulacyjnych organizmu.

Na ile odczuwa Pan teraz poczucie kontroli nad snem?

„Czuję większy wpływ na to, jak wygląda mój wieczór i przygotowanie do snu.”

Poczucie kontroli zostaje przeniesione z samego aktu zasypiania na działania poprzedzające sen. Badany rozumie, że bezpośrednia kontrola nad snem jest ograniczona, natomiast może wpływać na warunki sprzyjające jego pojawieniu się.

Czy terapia wpłynęła również na inne obszary Pana życia?

„Tak, mam poczucie, że jestem bardziej spokojny i mniej napięty i sfrustrowany, także poza pracą.”

Poprawa snu wpływa na ogólny poziom napięcia psychicznego. Badany doświadcza większej równowagi emocjonalnej, co może sprzyjać lepszemu funkcjonowaniu zarówno w pracy, jak i w relacjach rodzinnych.



Jak oceniłby Pan terapię CBT-I z perspektywy czasu?

„Dała mi inne spojrzenie na sen. Zrozumiałem, że im bardziej próbowałem nad nim panować, tym bardziej utrudniałem sobie zasypianie.”

Ocena terapii wskazuje na zmianę w rozumieniu natury snu. Badany dostrzega, że wcześniejsze próby intensywnej kontroli paradoksalnie nasilały problem bezsenności. Fenomenologicznie noc przestaje być przestrzenią wymagającą czujności i kontroli, a zaczyna być postrzegana jako naturalny proces regeneracyjny organizmu.

Porównanie wywiadu przed i po terapii

Przed rozpoczęciem terapii Artur doświadczał przewlekłych trudności ze snem utrzymujących się od około dwóch lat. Problemy te pojawiły się początkowo w okresach zwiększonego obciążenia zawodowego, jednak z czasem utrwaliły się i zaczęły występować regularnie. Najbardziej charakterystycznym objawem była wydłużona latencja snu, wynosząca zazwyczaj około godziny, a czasami dłużej. Trudnościom z zasypianiem towarzyszyła nasilona aktywność poznawcza – analizowanie decyzji zawodowych, planowanie kolejnych działań oraz rozważanie potencjalnych konsekwencji błędów. Zdarzały się również nocne wybudzenia, które często prowadziły do ponownego uruchamiania procesu myślenia o sprawach służbowych. Średnia długość snu wynosiła około 5 godzin, a jego jakość była oceniana przez badanego na poziomie 4/10.

Wieczorne funkcjonowanie Artura charakteryzowało się utrzymywaniem aktywności zawodowej także po zakończeniu dnia pracy. Często przeglądał dokumenty lub wiadomości służbowe w telefonie jeszcze przed snem, niekiedy również w łóżku. Tego rodzaju zachowania sprzyjały utrzymywaniu wysokiego poziomu pobudzenia poznawczego oraz utrudniały przejście w stan wyciszenia. Sen był postrzegany przede wszystkim jako warunek utrzymania pełnej sprawności decyzyjnej w pracy. Pojawiały się myśli związane z obawą, że niewyspanie może prowadzić do gorszej koncentracji lub podejmowania nieoptymalnych decyzji. Towarzyszyło temu poczucie ograniczonej kontroli nad procesem zasypiania oraz narastająca frustracja wynikająca z prób wymuszenia snu. W ciągu dnia badany doświadczał zmęczenia, trudności z utrzymaniem koncentracji podczas długich analiz oraz większej drażliwości.



Po dwunastu tygodniach terapii CBT-I obserwowano wyraźne zmiany w sposobie funkcjonowania snu. Czas zasypiania skrócił się do około 15–25 minut, a epizody nocnych wybudzeń pojawiały się rzadziej i nie prowadziły już do długotrwałego czuwania. Badany wskazywał, że nawet jeśli budzi się w nocy, zazwyczaj ponownie zasypia bez angażowania się w intensywne rozważania dotyczące pracy. Średnia długość snu wzrosła do około 6–7 godzin, a jego subiektywna jakość została oceniona na poziomie około 7/10.

Istotne zmiany dotyczyły również zachowań wieczornych. Artur zaczął wyraźniej oddzielać czas pracy od czasu przeznaczonego na odpoczynek. Ograniczył sprawdzanie wiadomości służbowych w godzinach wieczornych oraz zrezygnował z analizowania dokumentów w łóżku. Wieczór zaczął pełnić funkcję stopniowego wyciszenia przed snem, a nie przedłużenia aktywności zawodowej. Łóżko ponownie zaczęło być kojarzone przede wszystkim ze snem i odpoczynkiem.

Zmiana była widoczna także w obszarze poznawczym. Myśli dotyczące konsekwencji niewyspania stały się mniej katastroficzne, a pojedyncze gorsze noce nie były już interpretowane jako zagrożenie dla funkcjonowania zawodowego. Artur deklarował większe zaufanie do naturalnych mechanizmów regulujących sen oraz większą akceptację faktu, że nie każda noc musi przebiegać idealnie. Poczucie kontroli zostało przesunięte z bezpośredniej próby wymuszania snu na kontrolę własnych zachowań i nawyków sprzyjających regeneracji.

Poprawa jakości snu przełożyła się również na funkcjonowanie dzienne. Badany opisywał większą stabilność koncentracji, większy spokój w sytuacjach wymagających podejmowania decyzji oraz ogólne zmniejszenie poziomu napięcia psychicznego. Zmniejszyło się także codzienne odczuwanie zmęczenia w godzinach popołudniowych.

W ujęciu porównawczym doświadczenie snu u Artura przeszło istotną transformację. Przed terapią noc była postrzegana jako okres niepewności i wzmożonej aktywności myślowej, w którym pojawiała się presja osiągnięcia odpowiedniej jakości snu. Po zakończeniu terapii sen zaczął być przeżywany jako bardziej naturalny i stabilny element rytmu dobowego. Zmiana objęła zarówno parametry snu, jak i sposób jego psychologicznego rozumienia – z obszaru wymagającego kontroli i mobilizacji w przestrzeń regeneracji i stopniowego wyciszenia organizmu.



4.4.2 Dziennik snu

Dziennik snu przed rozpoczęciem terapii

Analiza dziennika snu prowadzonego przez Artura w okresie poprzedzającym rozpoczęcie terapii CBT-I wskazuje na zaburzoną regularność rytmu snu oraz utrzymujące się trudności z inicjacją snu. Godziny kładzenia się spać były zmienne i najczęściej mieściły się w przedziale między 23:00 a 00:30, choć w niektórych dniach przesuwwały się jeszcze później. W zapiskach pojawiały się informacje o korzystaniu z laptopa lub telefonu bezpośrednio przed snem, często w celu sprawdzenia wiadomości lub dokończenia spraw zawodowych.

Czas zasypiania był wyraźnie wydłużony i w większości dni wynosił około 50–70 minut. W dzienniku wielokrotnie pojawiały się wzmianki o trudnościach z „wyłączeniem myślenia” po zakończeniu dnia pracy. Artur opisywał analizowanie decyzji podjętych w pracy, planowanie kolejnych działań lub rozważanie potencjalnych problemów zawodowych. W niektórych wpisach zaznaczał również narastającą frustrację związaną z niemożnością szybkiego zaśnięcia.

Sen był często przerywany krótkimi wybudzeniami, szczególnie w drugiej połowie nocy. Po przebudzeniu Artur pozostawał w łóżku, próbując ponownie zasnąć, jednak w tym czasie pojawiały się myśli dotyczące obowiązków zawodowych lub planów na kolejny dzień. Ponowne zaśnięcie zajmowało zazwyczaj od kilkunastu do około trzydziestu minut. Całkowity czas snu w większości dni wynosił około 5 godzin, sporadycznie nieco więcej.

Poranne zapisy w dzienniku wskazywały na poczucie niewystarczającej regeneracji. Artur określał swój sen jako „płytki”, „krótki” lub „niewystarczający”. W części wpisów pojawiała się również obawa, że niewyspanie wpłynie negatywnie na koncentrację i efektywność pracy w ciągu dnia.

Dziennik ujawniał także strategie radzenia sobie z narastającym zmęczeniem. W ciągu dnia Artur często sięgał po kilka filiżanek kawy, również w godzinach późnopopołudniowych. W zapiskach pojawiały się także informacje o spadku energii w drugiej części dnia oraz zwiększonym napięciu psychicznym podczas wykonywania bardziej wymagających zadań.



Dziennik snu po zakończeniu terapii CBT-I

Analiza dziennika snu prowadzonego po zakończeniu dwunastotygodniowej terapii CBT-I wskazuje na wyraźną stabilizację rytmu snu i czuwania oraz poprawę jakości nocnego odpoczynku. Godziny kładzenia się spać stały się bardziej regularne i najczęściej przypadały między 22:45 a 23:15. Również godzina wstawania była utrzymywana w podobnym przedziale każdego dnia.

Zapiski wskazują, że Artur wprowadził bardziej uporządkowany schemat wieczorny. W wielu dniach pojawia się informacja o zakończeniu aktywności zawodowej wcześniej wieczorem oraz odłożeniu telefonu przed snem. Wieczór był częściej przeznaczany na spokojne aktywności niezwiązane z pracą, co sprzyjało stopniowemu wyciszeniu przed snem.

Czas zasypiania uległ skróceniu i w większości dni wynosił około 15–25 minut. W zapiskach rzadziej pojawiały się informacje o nasilonych ruminacjach. Jeśli pojawiały się myśli dotyczące pracy, były opisywane jako krótkotrwałe i nie utrudniały znacząco zasypiania. Zniknęły także częste wzmianki o sprawdzaniu godziny w trakcie prób zaśnięcia.

Wybudzenia nocne występowały sporadycznie i zazwyczaj były krótkotrwałe. Ponowne zaśnięcie następowało stosunkowo szybko, najczęściej w ciągu kilku minut. Całkowity czas snu zwiększył się do około 6–7 godzin.

Poranne zapiski wskazują na większe poczucie regeneracji. Artur częściej opisywał sen jako „wystarczający”, „spokojniejszy” lub „bardziej ciągły”. W niektórych dniach zaznaczał również, że mimo krótszej nocy funkcjonuje w ciągu dnia bez wyraźnego pogorszenia koncentracji.

Zmianie uległy także zachowania dzienne. W dzienniku pojawiają się informacje o ograniczeniu spożycia kofeiny w godzinach popołudniowych oraz o braku drzemek w ciągu dnia. Zapiski wskazują również na mniejsze koncentrowanie się na poziomie zmęczenia w ciągu dnia.



Porównanie dziennika snu przed i po terapii

Porównanie zapisów dziennika snu Artura przed i po zakończeniu terapii CBT-I wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie zarówno parametrów ilościowych snu, jak i organizacji zachowań związanych ze snem.

Przed terapią rytm snu był nieregularny, a godziny zasypiania zmienne. Wieczory często wiązały się z kontynuowaniem aktywności zawodowej oraz korzystaniem z urządzeń elektronicznych w łóżku. Czas zasypiania wynosił zazwyczaj 50–70 minut, a sen był przerywany wybudzeniami nocnymi. Całkowity czas snu oscylował wokół 5 godzin. W zapiskach dominowały informacje o napięciu psychicznym, analizowaniu spraw zawodowych oraz obawach dotyczących funkcjonowania następnego dnia.

Po zakończeniu dwunastotygodniowej terapii nastąpiła stabilizacja godzin snu i czuwania oraz ograniczenie aktywności zawodowej w godzinach wieczornych. Czas zasypiania skrócił się do około 15–25 minut, wybudzenia nocne stały się rzadsze i krótsze, a całkowity czas snu wzrósł do około 6–7 godzin. W zapiskach pojawia się mniej odniesień do napięcia poznawczego oraz mniejsze skupienie na monitorowaniu czasu podczas zasypiania.

Całościowo dziennik snu odzwierciedla zmianę z nieregularnego i napięciowego wzorca snu na bardziej uporządkowany rytm snu i czuwania. Zmiana ta była związana zarówno z modyfikacją zachowań wieczornych, jak i z ograniczeniem czynników podtrzymujących pobudzenie przed snem.

4.4.3 Ateńska Skala Bezsenności

Wynik przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Artur wypełnił Ateńską Skalę Bezsenności, uzyskując wynik 15 punktów, co wskazuje na wyraźnie nasilone objawy bezsenności o charakterze klinicznym.

Najwyższe wartości punktowe dotyczyły przede wszystkim:

- trudności z zasypianiem,
- częstych wybudzeń w nocy,



- poczucia niewystarczającej długości i jakości snu,
- zmniejszonej energii w ciągu dnia.

Wynik ten był spójny z informacjami uzyskanymi w wywiadzie klinicznym oraz z zapisami w dzienniku snu. Artur opisywał trudności z wyciszeniem myśli po zakończeniu dnia pracy oraz tendencję do analizowania spraw zawodowych w łóżku. W odpowiedziach pojawiały się także odniesienia do poczucia przeciążenia psychicznego po nieprzespanej nocy oraz obaw o spadek efektywności podczas wykonywania bardziej wymagających zadań.

W części dotyczącej funkcjonowania dziennego badany wskazywał na obniżony poziom energii, sporadyczne trudności z koncentracją oraz większą podatność na napięcie w sytuacjach stresowych. Wynik 15 punktów potwierdzał, że trudności ze snem wpływały zarówno na parametry nocnego wypoczynku, jak i na codzienne funkcjonowanie.

Wynik po terapii

Po zakończeniu dwunastotygodniowej terapii CBT-I Artur ponownie wypełnił Ateńską Skalę Bezsenności. Uzyskany wynik wyniósł 7 punktów, co wskazuje na wyraźne zmniejszenie nasilenia objawów bezsenności.

Najbardziej widoczna poprawa dotyczyła:

- skrócenia czasu potrzebnego do zaśnięcia,
- większej ciągłości snu w nocy,
- poprawy subiektywnej oceny jakości snu,
- zmniejszenia odczuwanego zmęczenia w ciągu dnia.

Po terapii Artur rzadziej zgłaszał trudności związane z utrzymującym się napięciem przed snem. W jego odpowiedziach pojawiała się większa akceptacja sporadycznych problemów ze snem oraz przekonanie, że pojedyncza gorsza noc nie musi prowadzić do znaczącego pogorszenia funkcjonowania następnego dnia.

Wynik 7 punktów sugeruje, że obecne trudności mają charakter łagodny i pojawiają się sporadycznie, nie powodując już tak wyraźnego pogorszenia codziennego funkcjonowania.

Porównanie wyników AIS przed i po terapii

Porównanie wyników Ateńskiej Skali Bezsenności wskazuje na spadek łącznej punktacji z 15 do 7 punktów, co oznacza redukcję nasilenia objawów o 8 punktów.

Poprawa dotyczyła zarówno nocnych aspektów snu, takich jak czas zasypiania i ciągłość snu, jak i funkcjonowania w ciągu dnia. Wyniki te pozostają spójne z informacjami uzyskanymi w wywiadzie końcowym oraz z analizą dziennika snu, które wskazywały na:

- skrócenie czasu zasypiania do około 15–25 minut,
- wydłużenie całkowitego czasu snu do około 6–7 godzin,
- ograniczenie wieczornej aktywności poznawczej związanej z pracą,
- zmniejszenie napięcia i frustracji związanej z trudnościami ze snem.

Uzyskane wyniki wskazują na istotną poprawę funkcjonowania snu po zastosowaniu interwencji CBT-I oraz na zmniejszenie wpływu problemów ze snem na codzienne funkcjonowanie Artura.

4.4.4 Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)

Wynik FIRST przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Artur wypełnił Skalę Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST), uzyskując wynik 26 punktów. Wynik ten wskazuje na wysoką podatność na pogorszenie snu w sytuacjach stresowych.

Analiza odpowiedzi sugerowała, że trudności ze snem szczególnie nasilały się w kontekstach odpowiadających sytuacjom opisanym w skali FIRST, zwłaszcza po dniach o dużym obciążeniu oraz po doświadczeniach o podwyższonym poziomie stresu w ciągu dnia i wieczorem. Wyrażna była także wrażliwość na sytuacje wymagające wcześniejszego przygotowania i przewidywania – szczególnie te związane z istotnymi wydarzeniami następnego dnia, co wskazuje na nasiloną reaktywność w obszarze antycypacji.

Zwiększona podatność na zakłócenia snu ujawniała się również w kontekście zdarzeń o negatywnym ładunku emocjonalnym, takich jak konflikty interpersonalne czy niepomyślne



informacje, a także w sytuacjach wymagających zmiany ustalonego planu dnia. W mniejszym stopniu trudności dotyczyły także reakcji na bodźce nasilające pobudzenie emocjonalne, co wpisuje się w zakres pozycji dotyczących ekspozycji na treści wywołujące napięcie.

W wywiadzie klinicznym Artur opisywał, że po dniach o wysokim poziomie stresu trudniej było mu się wyciszyć przed snem. W takich sytuacjach pojawiała się nasilone analizowanie wydarzeń z dnia oraz planowanie kolejnych działań zawodowych, co odpowiada nasilonej reaktywności w obszarze przetwarzania doświadczeń oraz przewidywania przyszłych obciążeń. Często towarzyszyło temu poczucie napięcia oraz trudność w przerywaniu ciągu myśli związanych z pracą.

Reakcja na stres miała przede wszystkim charakter poznawczy – dominowały ruminalne oraz ukierunkowane na przyszłość myślenie o obowiązkach i możliwych konsekwencjach decyzji. W części sytuacji pojawiały się również objawy somatyczne, takie jak napięcie mięśniowe lub uczucie pobudzenia utrudniające osiągnięcie stanu relaksacji przed snem.

Wynik 26 punktów wskazywał, że stres – zarówno bieżący, jak i antycypowany – stanowił istotny czynnik wyzwalający epizody bezsenności u Artura oraz utrudniał naturalne wyciszenie organizmu w godzinach wieczornych.

Wynik po terapii

Po zakończeniu dwunastotygodniowej terapii CBT-I Artur ponownie wypełnił skalę FIRST. Uzyskany wynik wyniósł 16 punktów, co wskazuje na zauważalne obniżenie wrażliwości na stres w kontekście snu.

Największa poprawa dotyczyła obszarów związanych z reakcją snu na codzienne obciążenia oraz ich poznawcze przetwarzanie. Wyraźnie zmniejszyła się podatność na trudności z zasypianiem po dniach wymagających intensywnego zaangażowania, a także w sytuacjach, w których wcześniej dominowało utrzymujące się myślenie o przebiegu dnia lub planowaniu kolejnych działań.

Widoczna była również redukcja reaktywności w sytuacjach antycypacyjnych – związanych z oczekiwaniem na wydarzenia następnego dnia – co wskazuje na ograniczenie wpływu



przyszłościowego ukierunkowania uwagi na jakość snu. Zmniejszeniu uległa także wrażliwość na zakłócenia wynikające ze zmian w organizacji dnia oraz na zdarzenia o negatywnym ładunku emocjonalnym.

W wywiadzie końcowym Artur wskazywał, że nawet po bardziej stresujących dniach jest w stanie szybciej przejść do stanu wyciszenia przed snem. Podkreślał również, że pojawiające się wieczorem myśli dotyczące pracy są mniej uporczywe i krócej się utrzymują, co sugeruje zmniejszenie nasilenia poznawczego pobudzenia przed snem.

Zauważalne było także ograniczenie fizjologicznego napięcia – Artur rzadziej doświadczał pobudzenia utrudniającego relaksację w godzinach wieczornych.

Porównanie wyników FIRST przed i po terapii

Porównanie wyników FIRST wskazuje na spadek punktacji z 26 do 16 punktów, co oznacza redukcję reaktywności stresowej w kontekście snu o 10 punktów.

Zmiana ta obejmuje szerokie spektrum sytuacji opisanych w skali FIRST – zarówno tych związanych z bieżącym stresem dnia codziennego, jak i zdarzeń o charakterze emocjonalnym oraz sytuacji wymagających przewidywania przyszłych wyzwań. Najbardziej wyraźna poprawa dotyczyła obszarów związanych z poznawczym przetwarzaniem stresu i jego utrzymywaniem się w godzinach wieczornych.

Wyniki te są spójne z danymi uzyskanymi w wywiadzie końcowym oraz analizą dziennika snu, które wskazują na:

- krótszy czas zasypiania mimo wcześniejszego obciążenia psychicznego,
- ograniczenie ruminalacji i myślenia zadaniowego przed snem,
- rzadsze wybudzenia nocne w okresach zwiększonego stresu,
- większą zdolność do osiągnięcia stanu relaksacji.

Zmniejszenie reaktywności stresowej sugeruje, że zastosowane w terapii strategie wpłynęły przede wszystkim na ograniczenie poznawczego i emocjonalnego pobudzenia przed snem oraz zwiększenie odporności snu na sytuacje stresowe, w tym szczególnie te związane z antycypacją i obciążeniem poznawczym.



4.4.5 Skala Depresji Becka II (BDI-II)

Wynik BDI-II przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Artur wypełnił Inwentarz Depresji Becka (BDI-II), uzyskując wynik 17 punktów, co wskazuje na obecność łagodnych objawów depresyjnych.

Analiza odpowiedzi wskazywała, że najwyższe nasilenie dotyczyło pozycji związanych z:

- zmęczeniem i obniżonym poziomem energii,
- trudnościami z koncentracją,
- drażliwością i napięciem psychicznym,
- zaburzeniami snu.

W odpowiedziach Artur wskazywał na częste poczucie zmęczenia w ciągu dnia oraz trudność w utrzymaniu pełnej koncentracji podczas wykonywania bardziej wymagających zadań zawodowych. W pozycjach dotyczących energii i męczliwości zaznaczał odpowiedzi sugerujące wyraźny spadek w porównaniu z wcześniejszym okresem funkcjonowania.

W obszarze emocjonalnym pojawiały się umiarkowane trudności związane z napięciem psychicznym oraz większą drażliwością w sytuacjach stresowych. Artur wskazywał również, że w niektóre dni odczuwa mniejszą motywację do podejmowania aktywności wymagających większego wysiłku.

Istotną rolę w uzyskanym wyniku odgrywały także odpowiedzi dotyczące snu. Badany wskazywał na częste problemy z zasypianiem oraz poczucie niewystarczającej regeneracji po nocy, co wpływało na jego samopoczucie w ciągu dnia.

Wynik 17 punktów sugerował, że zgłaszane objawy miały raczej charakter wtórny wobec przewlekłych trudności ze snem oraz długotrwałego napięcia związanego z funkcjonowaniem zawodowym.

Wynik BDI-II po terapii

Po zakończeniu dwunastotygodniowej terapii CBT-I Artur ponownie wypełnił Inwentarz Depresji Becka. Uzyskany wynik wyniósł 8 punktów, co wskazuje na brak klinicznie istotnych objawów depresyjnych.

Największa poprawa była widoczna w pozycjach dotyczących:

- poziomu energii i męczliwości,
- trudności z koncentracją,
- jakości snu,
- ogólnego poczucia napięcia i drażliwości.

Artur rzadziej zaznaczał odpowiedzi wskazujące na wyraźne zmęczenie w ciągu dnia. W obszarze koncentracji deklarował mniejsze trudności z utrzymaniem uwagi podczas pracy oraz większą stabilność funkcjonowania poznawczego.

Poprawa była również widoczna w pytaniach odnoszących się do zaburzeń snu. Badany wskazywał, że problemy z zasypianiem pojawiają się rzadziej, a sen jest bardziej regenerujący.

W pozycjach dotyczących nastroju i ogólnego samopoczucia Artur zaznaczał odpowiedzi wskazujące na bardziej stabilny nastrój oraz mniejsze nasilenie napięcia psychicznego.

Porównanie wyników BDI-II przed i po terapii

Porównanie wyników BDI-II wskazuje na spadek punktacji z 17 do 8 punktów, co oznacza redukcję objawów depresyjnych o 9 punktów.

Poprawa dotyczyła przede wszystkim obszarów związanych z funkcjonowaniem somatycznym i poznawczym, które są bezpośrednio oceniane w BDI-II, takich jak poziom energii, męczliwość, zdolność koncentracji oraz jakość snu. Zmniejszyło się także nasilenie drażliwości i napięcia psychicznego.



Uzyskane wyniki są spójne z danymi z wywiadu końcowego oraz analizą dziennika snu, które wskazywały na poprawę jakości nocnego odpoczynku, wydłużenie całkowitego czasu snu oraz zmniejszenie codziennego zmęczenia.

Zmiana w zakresie wyników BDI-II sugeruje, że poprawa parametrów snu po terapii CBT-I przełożyła się również na poprawę ogólnego samopoczucia psychicznego i funkcjonowania w ciągu dnia. Objawy wcześniej interpretowane jako element obniżonego nastroju były w dużej mierze powiązane z przewlekłym niedoborem snu i uległy wyraźnej redukcji wraz z poprawą jakości odpoczynku nocnego

4.4.6 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Wyniki STAI przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Artur wypełnił kwestionariusz STAI, uzyskując 48 punktów w skali STAI-S (lęk-stan) oraz 50 punktów w skali STAI-T (lęk-cecha). Po przeliczeniu na normy stenowe wyniki odpowiadały 8 stenowi dla lęku-stanu oraz 7 stenowi dla lęku-cechy.

Wysoki wynik w skali lęku-stanu wskazywał, że Artur doświadczał wyraźnego bieżącego napięcia emocjonalnego, zwłaszcza w godzinach wieczornych. W wywiadzie Artur opisywał trudności w „wyłączeniu głowy” po dniu pracy, poczucie przytłoczenia obowiązkami oraz obawy, że niewyspanie negatywnie wpłynie na jego funkcjonowanie zawodowe następnego dnia. Lęk miał charakter sytuacyjny, nasilał się w odpowiedzi na stresujące zdarzenia i presję terminów.

Wysoki wynik w skali lęku-cechy wskazywał na utrwaloną podatność na reagowanie napięciem w stresujących sytuacjach. Artur prezentował tendencję do nadmiernej czujności, przewidywania możliwych problemów i analizowania potencjalnych konsekwencji niedoboru snu, co mogło utrzymywać bezsenność.



Wyniki STAI po terapii

Po zakończeniu dwunastotygodniowej terapii CBT-I Artur ponownie wypełnił kwestionariusz STAI. Uzyskał 32 punkty w skali STAI-S oraz 42 punkty w skali STAI-T, co odpowiadało 4 stenowi dla lęku-stanu oraz 5 stenowi dla lęku-cechy.

Obniżenie wyniku w skali lęku-stanu do poziomu normy populacyjnej wskazuje na istotną redukcję bieżącego napięcia emocjonalnego. Artur deklarował, że wieczorem potrafi szybciej się wyciszyć, rzadziej odczuwa fizjologiczne objawy lęku, takie jak napięcie mięśniowe czy przyspieszone tętno, oraz nie uruchamia już spirali katastroficznych myśli przed snem.

Zmniejszenie wyniku w skali lęku-cechy, choć bardziej umiarkowane, sugeruje częściową modyfikację utrwalonego wzorca reagowania na stres. Artur wskazywał większą elastyczność poznawczą, lepszą tolerancję niepewności oraz mniejszą potrzebę kontrolowania wszystkich aspektów pracy i życia codziennego.

Porównanie wyników STAI przed i po terapii

Analiza porównawcza wskazuje na wyraźną redukcję poziomu lęku, szczególnie w wymiarze sytuacyjnym. W skali STAI-S odnotowano spadek z 48 do 32 punktów (z 7–8 do 4 stenu), co świadczy o istotnym zmniejszeniu napięcia emocjonalnego w sytuacjach wieczornych i w kontekście snu. W skali STAI-T wynik zmniejszył się z 50 do 42 punktów (z 7 do 5 stenu), wskazując na umiarkowaną poprawę w zakresie utrwalonej podatności na reagowanie lękiem.

Najbardziej znaczące zmiany dotyczą obniżenia lęku przed nocą i zwiększenia zdolności do wyciszenia się, co jest spójne z poprawą jakości snu (AIS), obniżeniem reaktywności na stres (FIRST) oraz danymi z dziennika snu i wywiadu końcowego.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że terapia CBT-I przyczyniła się nie tylko do poprawy parametrów snu, lecz także do zwiększenia zdolności regulacji lęku i obniżenia napięcia emocjonalnego u Artura.



4.4.7 Kwestionariusz jakości życia SF-36

Wynik SF-36 przed rozpoczęciem terapii

Przed przystąpieniem do terapii CBT-I Artur wypełnił polską wersję Kwestionariusza Jakości Życia SF-36. Kwestionariusz pozwala ocenić funkcjonowanie w ośmiu skalach oraz w wymiarze fizycznym i mentalnym. Wyższe wartości punktowe oznaczają większe ograniczenia i obniżoną jakość życia.

Wyniki Artura przed terapią:

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 40/50 – codzienne czynności, takie jak wchodzenie po schodach czy przenoszenie cięższych przedmiotów, były dla niego znacząco obciążające.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 15/20 – zmęczenie i przeciążenie fizyczne wyraźnie ograniczały jego aktywność w pracy i w domu.
- Odczuwanie bólu (BP): 9/9 – ból był częsty i uciążliwy, istotnie wpływając na komfort dnia codziennego.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 18/20 – subiektywna ocena stanu zdrowia niska, odczuwał zmęczenie i napięcie.
- Witalność (VT): 19/20 – wysoki poziom zmęczenia, brak energii i trudności w podtrzymaniu aktywności w ciągu dnia.
- Funkcjonowanie społeczne (SF): 6/8 – kontakty społeczne utrzymywane, lecz zmęczenie i dolegliwości fizyczne ograniczały pełną uczestniczącą obecność.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 13/15 – problemy z kontrolą emocji w sytuacjach stresowych, trudności w wypełnianiu obowiązków emocjonalnych.
- Zdrowie psychiczne (MH): 17/20 – wysoki poziom lęku, napięcia i obniżonego nastroju, szczególnie pod koniec dnia.

Wymiar fizyczny jakości życia (PF, RP, BP, GH): 82/103 – znaczące ograniczenia w codziennej aktywności fizycznej.

Wymiar mentalny jakości życia (VT, SF, RE, MH): 55/68 – zauważalne trudności w zakresie energii, nastroju i zdrowia psychicznego.



Indeks jakości życia (suma wszystkich skal): 137/171 – ogólnie obniżona jakość życia, z wyraźnym obciążeniem w sferze psychicznej i witalności.

Artur doświadczał największych problemów w sferze fizycznej i witalności, a także w zakresie zdrowia psychicznego i funkcjonowania emocjonalnego. Codzienne czynności wymagały od niego dużego wysiłku, a zmęczenie i ból dodatkowo ograniczały jego aktywność społeczną i zawodową.

Wynik SF-36 po zakończeniu terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Artur ponownie wypełnił kwestionariusz SF-36. Wyniki wskazują na wyraźną poprawę jakości życia, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i mentalnym.

Skale SF-36:

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 28/50 – codzienne czynności wykonywane znacznie łatwiej, mniejsze zmęczenie przy aktywności fizycznej.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 10/20 – przeciążenie fizyczne rzadziej ograniczało jego obowiązki w pracy i w domu.
- Odczuwanie bólu (BP): 6/9 – dolegliwości bólowe sporadyczne i mniej uciążliwe.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 13/20 – poprawa samopoczucia i subiektywnego poczucia energii.
- Witalność (VT): 12/20 – wzrost energii w ciągu dnia i lepsze radzenie sobie ze zmęczeniem.
- Funkcjonowanie społeczne (SF): 5/8 – większa swoboda w kontaktach społecznych i uczestnictwie w aktywnościach.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 7/15 – lepsza kontrola emocji i łatwiejsze wykonywanie obowiązków emocjonalnych.
- Zdrowie psychiczne (MH): 10/20 – zmniejszenie napięcia, lęku i obniżonego nastroju.

Wymiar fizyczny jakości życia: 57/103 – zauważalna poprawa codziennej sprawności fizycznej.



Wymiar mentalny jakości życia: 34/68 – wyraźna poprawa w sferze psychicznej, większa energia i lepsze samopoczucie.

Indeks jakości życia: 91/171 – ogólna poprawa jakości życia, szczególnie w sferze mentalnej i witalności. Terapia CBT-I pozwoliła Arturowi lepiej radzić sobie z codziennym zmęczeniem, bólem i stresem. Poprawa energii, funkcjonowania emocjonalnego i zdrowia psychicznego ułatwiła wykonywanie obowiązków dnia codziennego oraz zwiększyła komfort życia.

Porównanie wyników SF-36 przed i po terapii

Analiza porównawcza wyników SF-36 wykazała znaczną poprawę jakości życia Artura po zakończeniu terapii CBT-I.

W sferze fizycznej zmniejszyły się ograniczenia w codziennych czynnościach – funkcjonowanie fizyczne poprawiło się z 40/50 do 28/50 punktów, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego spadły z 15/20 do 10/20 punktów, a odczuwanie bólu zmniejszyło się z 9/9 do 6/9 punktów. Subiektywne poczucie zdrowia poprawiło się z 18/20 do 13/20 punktów.

W sferze mentalnej zmiany były wyraźne – witalność spadła z 19/20 do 12/20 punktów, funkcjonowanie społeczne z 6/8 do 5/8 punktów, funkcjonowanie emocjonalne z 13/15 do 7/15 punktów, a zdrowie psychiczne z 17/20 do 10/20 punktów. Zmniejszenie zmęczenia i napięcia psychicznego pozwoliło Arturowi lepiej funkcjonować w codziennym życiu.

Wymiar fizyczny jakości życia: spadek z 82/103 do 57/103 punktów – mniejsze ograniczenia w sferze fizycznej.

Wymiar mentalny jakości życia: spadek z 55/68 do 34/68 punktów – wyraźna poprawa w sferze psychicznej i witalności.

Indeks jakości życia: spadek z 137/171 do 91/171 punktów – ogólna poprawa jakości życia, ze szczególnym wpływem na sferę mentalną.

Największe korzyści terapii CBT-I u Artura dotyczyły energii, zdrowia psychicznego i funkcjonowania emocjonalnego. Poprawa w sferze fizycznej była również zauważalna,

głównie dzięki zmniejszeniu zmęczenia i bólu podczas codziennych aktywności. Terapia skutecznie podniosła jakość życia Artura zarówno w aspekcie psychicznym, jak i fizycznym.

4.4.8 Wnioski i zalecenia

Analiza przypadku Artura wskazuje, że przed terapią doświadczał przewlekłych trudności ze snem o charakterze poznawczo-behawioralnym, w których dominowały długie okresy bezsenności nocnej, częste wybudzenia oraz ruminacje wieczorne. Jego sen był przerywany i krótkotrwały, co przekładało się na poranne zmęczenie, spadek koncentracji, impulsywność w relacjach interpersonalnych oraz poczucie braku kontroli nad własnym funkcjonowaniem. Wieczorem Artur często podejmował aktywności stymulujące poznawczo – przeglądał wiadomości zawodowe, analizował zadania dnia następnego, co utrzymywało pobudzenie i wydłużało czas zasypiania.

Po 12 tygodniach terapii CBT-I zaobserwowano wyraźną poprawę w zakresie ilości i jakości snu. Latencja snu skróciła się do około 20–25 minut, nocne wybudzenia stały się sporadyczne i krótkotrwałe, a całkowity czas snu wydłużył się do około 6,5–7 godzin. Wieczory przestały być okresem intensywnej aktywności poznawczej, a Artur zgłaszał większe poczucie spokoju i zdolność do wyciszenia przed snem. Redukcji uległy ruminacje oraz poczucie lęku związanego z niewyspaniem, a poprawa snu przełożyła się na lepszą koncentrację, stabilniejszy nastrój, większą energię w ciągu dnia i bardziej efektywne zarządzanie zadaniami zawodowymi.

Zalecenia dla Artura:

- Utrzymywanie stałego rytmu snu – regularne godziny zasypiania i pobudki, także w dni wolne, aby wzmocnić biologiczne zegary snu.
- Ograniczenie bodźców wieczornych, takich jak przeglądanie maili i mediów społecznościowych, na co najmniej 45 minut przed snem.
- Zastosowanie krótkich technik relaksacyjnych przed snem – np. świadomego oddychania, progresywnego rozluźniania mięśni, lekkiego rozciągania lub cichej muzyki relaksacyjnej.
- Wprowadzenie zasad kontroli bodźców: łóżko wyłącznie do snu, opuszczenie sypialni przy trudności z zasypianiem i powrót dopiero po poczuciu senności.



- Ograniczenie kofeiny po południu oraz unikanie alkoholu w celu niezakłócania rytmu snu.
- Planowanie krótkich przerw regeneracyjnych w ciągu dnia, w tym ćwiczeń fizycznych lub krótkich spacerów, aby zmniejszyć napięcie wieczorne.
- Monitorowanie własnego nastroju i poziomu energii, a w razie nawrotu problemów ze snem lub nasilonych objawów lęku – konsultacja z psychologiem lub lekarzem.

Wdrożenie i konsekwentne utrzymanie tych strategii pomoże Arturowi utrwalić pozytywne efekty terapii, zwiększyć odporność na stres i poprawić codzienne funkcjonowanie w sferze poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Dzięki tym zmianom sen przestaje być źródłem napięcia, a staje się regenerującym i stabilizującym elementem życia.

4.5 Studium przypadku – Piotr wyniki badań i interpretacja przed i po terapii

Imię	Piotr
Wiek	28
Zawód	Doradca Klienta w banku
Czas trwania terapii	11 tygodni

4.5.1 Interpretacyjna analiza fenomenologiczna na podstawie wywiadu

Przed terapią:

Proszę powiedzieć, ile ma Pan lat?

„Mam 28 lat. Wydaje mi się, że to taki moment w życiu, kiedy człowiek jest już po studiach i zaczyna poważniej myśleć o swojej przyszłości zawodowej. Mam poczucie, że teraz jest czas, żeby się rozwijać i zdobywać doświadczenie, dlatego dużo energii wkładam w pracę. Czasami jednak mam wrażenie, że tempo życia jest dość szybkie i nie zawsze łatwo jest znaleźć równowagę między pracą a odpoczynkiem.”

Badany znajduje się w okresie wczesnej dorosłości, który w jego narracji wiąże się z potrzebą rozwoju zawodowego oraz budowania stabilnej pozycji na rynku pracy. W wypowiedzi pojawia się poczucie odpowiedzialności za własną przyszłość oraz przekonanie



o konieczności intensywnego zaangażowania w obowiązki zawodowe. Jednocześnie badany zauważa trudność w utrzymaniu równowagi między aktywnością zawodową a odpoczynkiem. W kontekście trudności ze snem może to oznaczać, że proces regeneracji nie jest postrzegany jako priorytet, lecz raczej jako element podporządkowany obowiązkom zawodowym.

Jaka jest Pana aktualna sytuacja zawodowa lub edukacyjna?

„Pracuję jako doradca klienta w banku. W praktyce oznacza to, że mam codzienny kontakt z klientami – przychodzą do oddziału z różnymi sprawami, czasem chcą otworzyć konto, czasem pytają o kredyt albo inne produkty finansowe. Moim zadaniem jest nie tylko pomóc im w formalnościach, ale też zaproponować rozwiązania, które będą dla nich korzystne. W pracy mamy też konkretne plany sprzedażowe, które trzeba realizować, więc oprócz samej obsługi klienta ważne są też wyniki.”

Opis pracy badanego wskazuje na środowisko zawodowe wymagające zarówno kompetencji interpersonalnych, jak i orientacji na realizację określonych celów sprzedażowych. W jego narracji widoczna jest świadomość, że kontakt z klientem nie ogranicza się wyłącznie do rozwiązywania problemów, lecz wiąże się również z koniecznością osiągania wyników. Taki kontekst może sprzyjać utrzymywaniu podwyższonego poziomu zaangażowania poznawczego również po zakończeniu dnia pracy. Analizowanie przebiegu rozmów z klientami, ocena własnych decyzji czy planowanie kolejnych działań mogą pojawiać się w godzinach wieczornych i utrudniać proces wyciszenia przed snem.

Jaka jest Pana sytuacja rodzinna?

„Mieszkam z partnerką. Oboje pracujemy na pełen etat, więc w tygodniu nasze dni są dość uporządkowane – praca, powrót do domu, jakieś codzienne obowiązki. Staramy się w wolnym czasie robić coś razem, na przykład wyjść gdzieś w weekend albo spotkać się ze znajomymi.”

Relacja partnerska stanowi ważny element codziennego funkcjonowania badanego i jest przez niego opisywana jako stabilna oraz wspierająca. Jednocześnie charakter pracy i związane z nią zmęczenie mogą ograniczać zasoby energii potrzebne do pełnego zaangażowania w życie prywatne. W doświadczeniu badanego pojawia się więc konieczność godzenia wymagań zawodowych z potrzebą utrzymania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych.



Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy doświadczył Pan istotnych zmian życiowych lub stresujących wydarzeń, które mogły wpłynąć na sen?

„W pracy zmienił się trochę sposób rozliczania wyników i od pewnego czasu większy nacisk kładzie się na sprzedaż. Mam wrażenie, że wszyscy w oddziale zaczęli bardziej zwracać uwagę na liczby i wyniki. To sprawia, że czasem po pracy jeszcze myślę o tym, czy udało mi się zrealizować plan.”

Wypowiedź badanego wskazuje na doświadczenie zwiększonej presji zawodowej związanej z systemem oceniania wyników. W jego narracji pojawia się koncentracja na liczbach oraz osiągniętych rezultatach. Może to prowadzić do utrzymywania aktywności poznawczej związanej z analizowaniem własnych wyników także poza godzinami pracy. W konsekwencji myśli dotyczące pracy mogą pojawiać się w czasie przeznaczonym na odpoczynek, utrudniając proces zasypiania.

Czy w ostatnich sześciu miesiącach występowały u Pana problemy zdrowotne, somatyczne lub psychiczne, które mogły wpływać na sen?

„Nie miałem żadnych poważnych problemów zdrowotnych. Czasami jednak czuję zmęczenie oczu, kręgosłupa i głowy po całym dniu pracy przy komputerze, bo część pracy polega też na wprowadzaniu danych i sprawdzaniu dokumentów.”

Opis wskazuje na obecność objawów zmęczenia wynikających z charakteru pracy biurowej. Wielogodzinna praca przy komputerze oraz koncentracja na zadaniach wymagających dokładności mogą prowadzić do przeciążenia poznawczego. W doświadczeniu badanego zmęczenie nie zawsze prowadzi jednak do łatwiejszego zasypiania, ponieważ aktywność umysłowa utrzymuje się także po zakończeniu dnia pracy.

Jak długo utrzymują się u Pana trudności ze snem?

„Pierwsze problemy zauważyłem mniej więcej rok temu. Na początku zdarzało się to sporadycznie, ale z czasem zacząłem zauważać, że coraz częściej potrzebuję dużo czasu, żeby zasnąć.”

Narracja badanego wskazuje na stopniowe utrwalanie się trudności ze snem. Początkowo problemy miały charakter sytuacyjny i pojawiały się w okresach większego obciążenia zawodowego, jednak z czasem zaczęły występować częściej. Taki przebieg może sugerować



rozwój mechanizmów podtrzymujących bezsenność, w których sama sytuacja kładzenia się do łóżka zaczyna być kojarzona z napięciem.

Jakie objawy bezsenności występują u Pana najczęściej?

„Najczęściej mam problem z tym, że kiedy już leżę w łóżku, zaczynam przypominać sobie różne sytuacje z pracy. Myślę o rozmowach z klientami, o tym czy coś mogłem zrobić inaczej albo zastanawiam się, jak będzie wyglądał następny dzień.”

Dominującym elementem doświadczenia badanego są procesy poznawcze związane z analizą wydarzeń zawodowych. Myśli często przyjmują formę retrospektywnego oceniania własnych działań lub planowania kolejnych rozmów z klientami. W rezultacie noc staje się przestrzenią refleksji nad wydarzeniami dnia, a nie czasem psychicznego wyciszenia.

Ile średnio czasu zajmuje Panu zaśnięcie?

„Zwykle około godziny, czasem trochę więcej. Najczęściej wygląda to tak, że przez dłuższy czas po prostu leżę i próbuję się wyciszyć. Gdy sen nie przychodzi, często zaczynam się martwić, jak to wpłynie na moje funkcjonowanie w pracy”

Wydłużona latencja snu wskazuje na trudność w redukcji pobudzenia poznawczego przed snem. Obecność intensywnych procesów myślowych utrudnia przejście w stan relaksacji, który jest niezbędny do inicjacji snu.

Ile godzin snu średnio uzyskuje Pan w ciągu nocy?

„Myślę, że średnio około sześciu godzin, czasami trochę mniej. Rzadko zdarza się, żebym przespał całą noc bez wybudzeń.”

Deklarowana liczba godzin snu wskazuje na umiarkowany deficyt snu oraz możliwość występowania fragmentacji snu. Mimo stosunkowo niewielkiego ograniczenia czasu snu badany doświadcza poczucia niewystarczającej regeneracji.

Jak ocenia Pan ogólną jakość swojego snu w skali od 1 do 10?

„Ocenilbym ją mniej więcej na 5. Nie jest to zupełnie zły sen, ale zdecydowanie nie taki, po którym rano czuję się w pełni wypoczęty.”



Ocena ta wskazuje na umiarkowane niezadowolenie z jakości snu oraz poczucie, że sen nie spełnia w pełni funkcji regeneracyjnej.

W jakim stopniu trudności ze snem wpływają na Pana codzienne funkcjonowanie w ciągu dnia?

„Czasami mam wrażenie, że jestem mniej cierpliwy w pracy, szczególnie kiedy mam dużo klientów w krótkim czasie.”

Bezsennność wpływa na funkcjonowanie emocjonalne badanego, zwłaszcza w sytuacjach wymagających utrzymywania wysokiego poziomu koncentracji oraz kontroli emocji w kontaktach interpersonalnych.

Czy odczuwa Pan senność lub nadmierne zmęczenie w ciągu dnia?

„Tak, szczególnie w drugiej połowie dnia. Wtedy staram się zrobić krótką przerwę albo napić się kawy.”

Strategie kompensacyjne obejmują krótkie przerwy oraz spożywanie kofeiny, które chwilowo zmniejszają odczuwane zmęczenie.

Jakie zachowania przed snem są u Pana najczęstsze?

„Wieczorem często jeszcze sprawdzam telefon albo przeglądam różne wiadomości w internecie. Czasami też odpisuję na wiadomości od znajomych.”

Aktywności te mogą utrudniać proces wyciszenia przed snem poprzez utrzymywanie aktywności poznawczej oraz ekspozycję na światło emitowane przez ekran.

Jakie myśli lub obawy najczęściej pojawiają się w sytuacji trudności z zasypianiem?

„Najczęściej zastanawiam się, czy następnego dnia będę miał wystarczająco dużo energii do pracy.”

Treści poznawcze badanego koncentrują się wokół funkcjonowania zawodowego oraz obaw związanych z możliwością obniżenia efektywności w pracy.

Na ile odczuwa Pan poczucie kontroli nad swoim snem?

„Mam raczej wrażenie, że niewielkie. Im bardziej staram się zasnąć, tym bardziej skupiam się na tym, że jeszcze nie śpię.”



Doświadczenie to odzwierciedla paradoks kontroli snu, w którym próba świadomego wymuszenia zasypiania prowadzi do wzrostu napięcia poznawczego i utrudnia naturalny proces zasypiania.

Po terapii:

Proszę powiedzieć, jak obecnie ocenia Pan swój sen po zakończeniu terapii?

„Myślę, że w porównaniu z tym, jak było wcześniej, jest zdecydowanie lepiej. Na początku terapii nie byłem pewien, czy rzeczywiście coś się zmieni, ale z czasem zacząłem zauważać, że łatwiej jest mi zasnąć i nie myślę już tak intensywnie o pracy, kiedy kładę się do łóżka. Nadal zdarzają się dni, kiedy mam więcej stresu, ale mam wrażenie, że potrafię sobie z tym lepiej radzić i nie wpływa to aż tak bardzo na mój sen.”

W wypowiedzi badanego można zauważyć wyraźną zmianę w sposobie postrzegania własnego snu. Sen przestaje być doświadczany jako problem trudny do kontrolowania, a zaczyna być postrzegany jako proces bardziej stabilny i przewidywalny. Badany podkreśla, że mimo pojawiających się okresowo trudności potrafi obecnie lepiej regulować poziom napięcia psychicznego przed snem.

Jak długo zajmuje Panu obecnie zasypianie?

„Zdecydowanie krócej niż wcześniej. Kiedyś zdarzało się, że leżałem w łóżku ponad godzinę i ciągle o czymś myślałem. Teraz zazwyczaj zasypiam w ciągu dwudziestu, trzydziestu minut. Czasami szybciej, szczególnie kiedy dzień był bardziej aktywny.”

Deklarowana latencja snu wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie inicjacji snu. Skrócenie czasu potrzebnego do zaśnięcia może świadczyć o zmniejszeniu poziomu pobudzenia poznawczego w godzinach wieczornych oraz o większej skuteczności strategii regulowania napięcia przed snem.

Ile godzin snu uzyskuje Pan obecnie w ciągu nocy?

„Najczęściej około siedmiu godzin, czasami trochę więcej. Mam wrażenie, że mój sen jest bardziej regularny niż wcześniej.”



Zwiększenie całkowitego czasu snu oraz większa regularność rytmu snu i czuwania wskazują na poprawę w zakresie organizacji snu. W kontekście terapii CBT-I może to być związane z wprowadzeniem bardziej stabilnych godzin zasypiania i wstawania.

Jak ocenia Pan ogólną jakość swojego snu w skali od 1 do 10?

„Myślę, że teraz ocenilbym ją na około 7. Nadal nie jest to idealny sen każdej nocy, ale zdecydowanie częściej budzę się rano z poczuciem, że odpocząłem.”

Subiektywna ocena jakości snu uległa poprawie w porównaniu z wcześniejszym pomiarem. Badany nie opisuje jednak swojego snu jako całkowicie wolnego od trudności, co wskazuje na realistyczną ocenę własnego funkcjonowania.

Czy nadal zdarzają się trudności z zasypianiem?

„Czasami tak, szczególnie kiedy mam bardzo intensywny dzień w pracy. Różnica polega jednak na tym, że teraz nie traktuję tego od razu jako dużego problemu. Wiem, że nawet jeśli jednej nocy śpię trochę gorzej, następnej zwykle wszystko wraca do normy.”

Wypowiedź badanego wskazuje na zmianę w interpretacji sporadycznych trudności ze snem. Pojawiające się epizody bezsenności nie są już postrzegane jako zagrożenie dla funkcjonowania w kolejnych dniach, co może zmniejszać poziom napięcia związanego z procesem zasypiania.

Czy zmieniły się Pana wieczorne nawyki związane ze snem?

„Tak, staram się bardziej pilnować tego, żeby przed snem trochę się wyciszyć. Rzadziej korzystam z telefonu w łóżku, a jeśli już coś sprawdzam, to raczej wcześniej wieczorem. Staram się też kłaść spać o podobnej godzinie.”

Opis wskazuje na wprowadzenie zmian behawioralnych sprzyjających poprawie higieny snu. Ograniczenie korzystania z urządzeń elektronicznych przed snem oraz większa regularność godzin zasypiania mogą sprzyjać stabilizacji rytmu snu i czuwania.

Czy nadal pojawiają się myśli dotyczące pracy w czasie zasypiania?

„Czasami jeszcze się pojawiają, ale mam wrażenie, że nie są już tak uporczywe jak wcześniej. Jeśli zaczynam myśleć o pracy, staram się po prostu przenieść uwagę na coś innego albo przypomnieć sobie, że teraz jest czas na odpoczynek.”



W wypowiedzi badanego widoczna jest zmiana w sposobie radzenia sobie z treściami poznawczymi pojawiającymi się przed snem. Zamiast angażować się w analizowanie problemów zawodowych, badany stosuje strategie przekierowania uwagi, co sprzyja redukcji pobudzenia poznawczego.

Jak obecnie ocenia Pan wpływ snu na swoje funkcjonowanie w pracy?

„Mam wrażenie, że jestem bardziej skoncentrowany w ciągu dnia. Łatwiej jest mi rozmawiać z klientami i nie czuję takiego zmęczenia jak wcześniej. Mam więcej siły i motywacji do działania”

Poprawa jakości snu przekłada się na subiektywne poczucie większej efektywności w pracy oraz lepszą koncentrację uwagi w sytuacjach wymagających kontaktu interpersonalnego.

Czy odczuwa Pan senność lub zmęczenie w ciągu dnia?

„Zdarza się, ale zdecydowanie rzadziej niż wcześniej. Kiedyś po południu byłem bardzo zmęczony, teraz raczej mam stabilny poziom energii przez większość dnia.”

Zmniejszenie nasilenia senności w ciągu dnia może wskazywać na poprawę jakości nocnego wypoczynku oraz lepszą regenerację organizmu.

Jak obecnie wygląda Pana poczucie kontroli nad snem?

„Mam wrażenie, że jest większe niż wcześniej. Nie oznacza to, że zawsze zasypiam od razu, ale mam poczucie, że wiem, co zrobić, żeby sobie pomóc i że mój sen nie jest już tak nieprzewidywalny jak kiedyś.”

Badany opisuje wzrost poczucia sprawczości w odniesieniu do własnego snu. Zmiana ta może wynikać z nabycia nowych strategii radzenia sobie z napięciem przed snem oraz z większego zrozumienia mechanizmów regulujących proces zasypiania.

Porównanie wywiadu przed i po terapii

Analiza narracji badanego wskazuje na wyraźną zmianę w sposobie doświadczania snu oraz jego znaczenia w codziennym funkcjonowaniu po zakończeniu terapii. Przed rozpoczęciem terapii sen był przez badanego postrzegany jako proces trudny do kontrolowania, silnie powiązany z napięciem poznawczym wynikającym z obowiązków zawodowych. W jego



wypowiedziach dominowały myśli dotyczące pracy, szczególnie analiza rozmów z klientami, ocena własnych działań oraz planowanie kolejnych zadań. Aktywność poznawcza utrzymywała się również w godzinach wieczornych, co utrudniało wyciszenie i prowadziło do wydłużonego czasu zasypiania, wynoszącego około godziny. Sen był oceniany jako umiarkowanie satysfakcjonujący (5/10), a badany doświadczał zmęczenia oraz obniżonej cierpliwości w pracy.

Po zakończeniu terapii narracja badanego wskazuje na poprawę zarówno w obiektywnych parametrach snu, jak i w jego subiektywnym postrzeganiu. Czas zasypiania skrócił się do około 20–30 minut, a całkowita długość snu wzrosła do około siedmiu godzin. Poprawie uległa także ocena jakości snu, która wzrosła do poziomu 7/10. Badany podkreśla, że myśli związane z pracą pojawiają się rzadziej i nie są już tak uporczywe, a w przypadku ich wystąpienia potrafi świadomie przekierować uwagę na inne treści.

Istotną zmianą jest również modyfikacja wieczornych nawyków oraz większa regularność godzin snu, co sprzyja stabilizacji rytmu snu i czuwania. Badany wskazuje ponadto na poprawę funkcjonowania w ciągu dnia, przejawiającą się większą koncentracją, mniejszym zmęczeniem oraz większą cierpliwością w kontaktach z klientami.

Z perspektywy fenomenologicznej szczególnie istotna jest zmiana w poczuciu kontroli nad snem. Przed terapią badany doświadczał bezsenności jako zjawiska trudnego do regulowania, natomiast po terapii opisuje większe poczucie sprawczości oraz przekonanie, że posiada strategie pozwalające radzić sobie z pojawiającymi się trudnościami. Sporadyczne problemy ze snem nie są już interpretowane jako poważne zagrożenie dla funkcjonowania, co zmniejsza napięcie towarzyszące procesowi zasypiania.

4.4.2 Dziennik snu

Dziennik snu przed rozpoczęciem terapii

Analiza dziennika snu prowadzonego przez badanego przed rozpoczęciem terapii wskazuje na występowanie nieregularności w przebiegu snu oraz trudności w inicjacji zasypiania. Najczęściej badany kładł się spać w godzinach około 23:30–00:00, jednak czas potrzebny do zaśnięcia był wydłużony i wynosił średnio około 60 minut. W niektórych dniach czas ten był jeszcze dłuższy, szczególnie po bardziej obciążających dniach pracy.



Z zapisków wynika również, że sen badanego był częściowo fragmentowany. W ciągu nocy pojawiały się sporadyczne wybudzenia, które niekiedy utrudniały ponowne zaśnięcie. W konsekwencji całkowity czas snu wynosił przeciętnie około 5,5–6 godzin. Pomimo stosunkowo niewielkiego ograniczenia długości snu badany często odnotowywał poczucie niewystarczającej regeneracji po przebudzeniu.

W dzienniku snu pojawiają się również informacje dotyczące funkcjonowania w ciągu dnia. Badany dość często zaznaczał odczuwanie zmęczenia w drugiej połowie dnia oraz potrzebę wspomagania się kofeiną. W niektórych dniach odnotowywał także trudności z koncentracją oraz obniżoną cierpliwość w pracy, szczególnie w sytuacjach wymagających intensywnego kontaktu z klientami.

Zapisy wskazują również na obecność zachowań mogących podtrzymywać trudności ze snem. Badany często korzystał z telefonu komórkowego w łóżku przed zaśnięciem, przeglądając wiadomości lub media społecznościowe. Aktywność ta mogła sprzyjać utrzymywaniu pobudzenia poznawczego w godzinach wieczornych oraz opóźniać proces zasypiania.

Podsumowując, dziennik snu prowadzony przed rozpoczęciem terapii wskazuje na umiarkowane, lecz utrwalające się trudności ze snem, obejmujące przede wszystkim wydłużoną latencję snu, sporadyczne wybudzenia nocne oraz subiektywne poczucie niewystarczającej regeneracji. W połączeniu z opisanymi w wywiadzie procesami poznawczymi związanymi z pracą zawodową może to wskazywać na utrzymywanie się podwyższonego poziomu pobudzenia psychicznego w godzinach poprzedzających sen.

Dziennik snu po zakończeniu terapii CBT-I

Analiza dziennika snu prowadzonego po zakończeniu terapii wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie organizacji snu oraz jego subiektywnej jakości. Godziny kładzenia się spać oraz wstawania stały się bardziej regularne, najczęściej mieszcząc się w przedziale około 23:00–23:30 w przypadku zasypiania oraz około 6:30–7:00 w przypadku porannego wstawania. Stabilizacja rytmu snu i czuwania sprzyjała utrzymaniu bardziej przewidywalnego przebiegu snu.



Istotnej zmianie uległ również czas potrzebny do zaśnięcia. W większości dni latencja snu wynosiła około 20–30 minut, co stanowi wyraźne skrócenie w porównaniu z okresem przed rozpoczęciem terapii. Badany rzadziej odnotowywał także trudności z ponownym zaśnięciem po ewentualnych wybudzeniach nocnych.

Całkowity czas snu zwiększył się do około 7 godzin w ciągu nocy. W zapiskach badanego częściej pojawiało się również poczucie wypoczęcia po przebudzeniu, co wskazuje na poprawę subiektywnej jakości snu oraz lepszą regenerację organizmu.

W dzienniku snu widoczne są również zmiany w zachowaniach poprzedzających sen. Badany rzadziej korzystał z telefonu komórkowego w łóżku oraz częściej starał się wprowadzać spokojniejsze aktywności w godzinach wieczornych. Zmiany te sprzyjały stopniowemu obniżeniu poziomu pobudzenia przed snem.

Zapisy dotyczące funkcjonowania w ciągu dnia wskazują ponadto na zmniejszenie nasilenia zmęczenia oraz rzadsze odczuwanie senności w godzinach popołudniowych. Badany rzadziej wspominał o potrzebie sięgania po kofeinę w celu utrzymania koncentracji.

Podsumowując, dziennik snu prowadzony po zakończeniu terapii wskazuje na poprawę w zakresie inicjacji snu, wydłużenie całkowitego czasu snu oraz większą regularność rytmu snu i czuwania. Zmiany te współwystępują z poprawą subiektywnego poczucia wypoczynku oraz lepszym funkcjonowaniem w ciągu dnia.

Porównanie dziennika snu przed i po terapii

Porównanie zapisów dziennika snu prowadzonego przed rozpoczęciem terapii oraz po jej zakończeniu wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie podstawowych parametrów snu oraz jego subiektywnej jakości. Przed terapią sen badanego charakteryzował się przede wszystkim wydłużonym czasem zasypiania, który wynosił średnio około 60 minut. Po zakończeniu terapii czas ten skrócił się do około 20–30 minut, co wskazuje na zmniejszenie trudności związanych z inicjacją snu.

Zmianie uległ również całkowity czas snu. Przed terapią badany spał średnio około 5,5–6 godzin w ciągu nocy, natomiast po terapii czas ten wydłużył się do około 7 godzin.



W zapiskach po zakończeniu terapii częściej pojawiało się także poczucie wypoczęcia po przebudzeniu, co wskazuje na poprawę subiektywnej jakości snu.

Istotną różnicą jest także większa regularność godzin zasypiania i wstawania po zakończeniu terapii. Przed terapią godziny te były bardziej zmienne, natomiast po jej zakończeniu stały się bardziej stabilne, co sprzyjało lepszej regulacji rytmu snu i czuwania.

W dzienniku snu widoczna jest również zmiana w zakresie zachowań poprzedzających sen. Przed terapią badany często korzystał z telefonu komórkowego w łóżku, natomiast po terapii ograniczył tę aktywność i częściej podejmował działania sprzyjające wyciszeniu przed snem.

Poprawa parametrów snu znalazła także odzwierciedlenie w funkcjonowaniu w ciągu dnia. Po terapii badany rzadziej odnotowywał zmęczenie oraz senność w godzinach popołudniowych, a potrzeba korzystania z kofeiny była mniejsza niż wcześniej.

Podsumowując, porównanie dzienników snu wskazuje na poprawę w zakresie czasu zasypiania, długości i regularności snu oraz subiektywnego poczucia regeneracji. Zmiany te sugerują, że zastosowane oddziaływania terapeutyczne przyczyniły się do stabilizacji wzorców snu oraz poprawy codziennego funkcjonowania badanego.

4.4.3 Ateńska Skala Bezsenności

Wynik przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii u Piotra przeprowadzono ocenę nasilenia objawów bezsenności przy użyciu Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS). Wyniki uzyskane przez Piotra wskazują na umiarkowane nasilenie objawów bezsenności. Największe trudności dotyczyły czasu potrzebnego do zaśnięcia oraz subiektywnej jakości snu. Piotr często potrzebował około godziny, aby zasnąć, a jego sen był przez niego oceniany jako niewystarczająco regenerujący. Występowały również sporadyczne wybudzenia w nocy oraz poczucie zmęczenia po przebudzeniu.

W zakresie funkcjonowania w ciągu dnia Piotr wskazywał na okresowe obniżenie koncentracji oraz uczucie zmęczenia, szczególnie w drugiej połowie dnia pracy. Zdarzały się



również momenty mniejszej cierpliwości w kontaktach z klientami, co było związane z odczuwanym niedoborem snu.

Łączny wynik uzyskany przez Piotra w Ateńskiej Skali Bezsenności wyniósł 10 punktów, co wskazuje na obecność klinicznie istotnych objawów bezsenności. Wynik ten jest zgodny z informacjami uzyskanymi podczas wywiadu oraz z zapisami w dzienniku snu, które wskazywały na wydłużony czas zasypiania, skrócony całkowity czas snu oraz obniżoną subiektywną jakość nocnego wypoczynku

Wynik po terapii

Po zakończeniu terapii ponownie przeprowadzono ocenę nasilenia objawów bezsenności u Piotra z wykorzystaniem Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS). Uzyskane wyniki wskazują na wyraźne zmniejszenie nasilenia trudności ze snem w porównaniu z pomiarem przeprowadzonym przed rozpoczęciem terapii.

Piotr rzadziej doświadczał trudności z zasypianiem, a czas potrzebny do zaśnięcia uległ skróceniu. Poprawie uległa także subiektywna ocena jakości snu, który częściej był przez niego postrzegany jako bardziej regenerujący. Wybudzenia nocne występowały sporadycznie i w mniejszym stopniu wpływały na ogólne poczucie wypoczynku po przebudzeniu.

Zmiany były widoczne również w zakresie funkcjonowania w ciągu dnia. Piotr rzadziej odczuwał zmęczenie oraz senność, a jego koncentracja w pracy uległa poprawie. Zmniejszyło się także poczucie obciążenia wynikającego z niedoboru snu.

Łączny wynik uzyskany przez Piotra po zakończeniu terapii wyniósł 5 punktów, co wskazuje na brak klinicznie istotnych objawów bezsenności. W porównaniu z wynikiem sprzed terapii (10 punktów) obserwuje się wyraźną poprawę w zakresie jakości snu oraz jego wpływu na codzienne funkcjonowanie. Wynik ten jest spójny z informacjami uzyskanymi w wywiadzie końcowym oraz z zapisami w dzienniku snu prowadzonym po zakończeniu terapii.

Porównanie wyników AIS przed i po terapii

Porównanie wyników Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS) uzyskanych przez Piotra przed rozpoczęciem terapii oraz po jej zakończeniu wskazuje na wyraźne zmniejszenie nasilenia



objawów bezsenności. Przed terapią Piotr uzyskał wynik 10 punktów, co wskazywało na obecność klinicznie istotnych trudności ze snem. Największe problemy dotyczyły wydłużonego czasu zasypiania, obniżonej jakości snu oraz poczucia zmęczenia w ciągu dnia.

Po zakończeniu terapii wynik Piotra w skali AIS wyniósł 5 punktów, co oznacza spadek nasilenia objawów bezsenności i brak podstaw do rozpoznania klinicznej bezsenności. Poprawa dotyczyła przede wszystkim skrócenia czasu potrzebnego do zaśnięcia, lepszej subiektywnej jakości snu oraz zmniejszenia zmęczenia odczuwanego w ciągu dnia.

Różnica wynosząca 5 punktów pomiędzy pomiarem przed i po terapii wskazuje na istotną poprawę w zakresie funkcjonowania snu. Wyniki te są spójne z informacjami uzyskanymi w wywiadzie końcowym oraz z zapisami dziennika snu, które wskazują na większą regularność snu, jego dłuższy czas trwania oraz lepsze samopoczucie Piotra w ciągu dnia.

4.4.4 Skala Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST)

Wynik FIRST przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Piotr wypełnił Skalę Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST), uzyskując wynik 22 punkty, co wskazuje na wysoką podatność na rozwój problemów ze snem w odpowiedzi na stres. Analiza odpowiedzi wykazała, że jego trudności ze snem nasilały się w wielu typowych sytuacjach stresowych, takich jak po złym dniu w pracy, po stresujących przeżyciach wieczorem czy przed ważnym spotkaniem następnego dnia. Szczególnie uciążliwe były również momenty, gdy musiał zmierzyć się z myślami o ważnych zadaniach i rozmowach następnego dnia, co potęgowało trudności z zasypianiem.

W wywiadzie Piotr opisywał, że wieczorem często nie potrafił odłączyć myśli od zawodowych obowiązków. Intensywnie analizował przebieg rozmów z klientami oraz planował kolejne działania, co było zbieżne z pytaniami dotyczącymi trudności ze snem po stresujących wydarzeniach dnia. Takie reakcje utrudniały mu wyciszenie się i powodowały wydłużenie czasu zasypiania.

Dominowały u niego ruminalacje o charakterze poznawczym, które pojawiały się zarówno po kłótniach, jak i po otrzymaniu złej wiadomości, co również jest uwzględnione w skali FIRST. Piotr odczuwał wtedy psychiczne napięcie, które przekładało się na problem z relaksem przed



snem, szczególnie widoczny przed wystąpieniami publicznymi czy w sytuacjach nieprzewidzianych zmian w planie dnia.

Wynik po terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Piotr ponownie wypełnił skalę FIRST, uzyskując wynik 14 punktów, co świadczy o znaczącym zmniejszeniu podatności na bezsenność w odpowiedzi na stres. Poprawa była widoczna w odpowiedzi na różne sytuacje stresowe objęte skalą – trudności ze snem po złym dniu w pracy czy po stresujących przeżyciach wieczorem występowały znacznie rzadziej i miały łagodniejszy przebieg.

Piotr podkreślał, że teraz potrafi szybciej się wyciszyć nawet przed ważnym spotkaniem czy po otrzymaniu złej wiadomości, a myśli o zadaniach następnego dnia nie blokują już zasypiania. Zmniejszyła się też jego reakcja na stres wywołany kłótniami czy przed wystąpieniami publicznymi, co świadczy o lepszej kontroli nad reakcjami stresowymi w sytuacjach codziennych i zawodowych.

Zmiany te przełożyły się na bardziej regularny sen, krótszy czas zasypiania i poprawę jakości snu, potwierdzone zapiskami w dzienniku snu i wywiadem końcowym.

Porównanie wyników FIRST przed i po terapii

Porównanie wyników uzyskanych przez Piotra przed i po terapii wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie podatności na bezsenność wywoływaną stresem. Przed terapią, w sytuacjach takich jak stresujące dni w pracy, napięcia po kłótniach, otrzymanie złych wiadomości czy przed ważnymi spotkaniami, Piotr regularnie doświadczał trudności ze snem, które utrudniały mu odpoczynek i regenerację. Wysoki wynik 22 punktów odzwierciedlał jego silną reaktywność na te stresory.

Po zakończeniu terapii wynik spadł do 14 punktów, co wskazuje na istotne zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia trudności ze snem w odpowiedzi na te same sytuacje. Poprawa była szczególnie widoczna w łagodniejszym przebiegu trudności po stresujących przeżyciach wieczorem oraz po złych dniach w pracy. Piotr rzadziej doświadczał uciążliwych ruminacji i potrafił skuteczniej się wyciszyć, co przełożyło się na lepszą jakość snu i większą energię w ciągu dnia



W ten sposób terapia CBT-I przyczyniła się nie tylko do poprawy parametrów snu, ale także do zmniejszenia reaktywności na stres w codziennych, trudnych sytuacjach opisanych w skali FIRST.

4.4.5 Skala Depresji Becka II (BDI-II)

Wynik BDI-II przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Piotr wypełnił Skalę Depresji Becka II (BDI-II), uzyskując wynik 16 punktów, co wskazuje na obecność łagodnych objawów depresyjnych.

Analiza odpowiedzi Piotra ujawniła, że trudności emocjonalne koncentrowały się głównie wokół poczucia zmęczenia, obniżonego nastroju wieczorem oraz obniżonej motywacji do podejmowania dodatkowych aktywności po pracy. W wywiadzie klinicznym Piotr opisywał, że mimo stabilnej relacji partnerskiej i satysfakcjonującej sytuacji zawodowej, często odczuwał przytłoczenie obowiązkami oraz poczucie braku energii do relaksu po intensywnych dniach.

Wynik wskazuje, że objawy depresyjne miały charakter łagodny, ale mogły wzmacniać trudności ze snem poprzez zwiększone napięcie psychiczne i negatywne myśli przed zaśnięciem. Obserwacje te były spójne z zapisami w dzienniku snu, które wskazywały na wydłużony czas zasypiania, fragmentację snu i obniżone poczucie regeneracji po nocy.

Wysoki poziom zmęczenia, obniżony nastrój i ograniczona motywacja w ciągu dnia sugerowały, że aspekty emocjonalne mogły współtworzyć utrzymujące się problemy ze snem u Piotra.

Wynik BDI-II po terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Piotr ponownie wypełnił Skalę Depresji Becka II (BDI-II). Uzyskany wynik wyniósł 7 punktów, co wskazuje na brak lub bardzo łagodne objawy depresyjne.

Analiza odpowiedzi Piotra po terapii pokazuje, że obniżony nastrój i poczucie zmęczenia występowały sporadycznie i w znacznie łagodniejszej formie. Piotr deklarował, że wieczorami potrafi skuteczniej odłączyć myśli od pracy, co pozwala mu na relaks i lepsze

wyciszenie przed snem. Poprawie uległa również motywacja do podejmowania aktywności po pracy, a codzienne funkcjonowanie nie było już obciążone poczuciem przytłoczenia obowiązkami.

Wynik 7 punktów wskazuje, że objawy depresyjne przestały istotnie wpływać na samopoczucie Piotra i jego sen. Poprawa ta jest spójna z dziennikiem snu i wywiadem końcowym – sen stał się bardziej regularny, czas zasypiania krótszy, a energia i koncentracja w ciągu dnia uległy zwiększeniu.

Porównanie wyników BDI-II przed i po terapii

Porównanie wyników BDI-II uzyskanych przez Piotra przed i po zakończeniu terapii CBT-I wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie objawów depresyjnych. Przed terapią Piotr osiągnął wynik 16 punktów, co wskazywało na łagodne objawy depresyjne, obejmujące głównie poczucie zmęczenia, obniżony nastrój wieczorem oraz ograniczoną motywację do podejmowania dodatkowych aktywności po pracy. Objawy te współwystępowały z trudnościami ze snem, wydłużonym czasem zasypiania oraz obniżoną regeneracją nocną.

Po zakończeniu terapii wynik Piotra spadł do 7 punktów, co wskazuje na brak lub bardzo łagodne objawy depresyjne. Poprawa obejmowała lepsze wyciszenie przed snem, większą motywację do podejmowania aktywności po pracy oraz zmniejszone poczucie przytłoczenia obowiązkami. Objawy depresyjne przestały w istotny sposób wpływać na jego codzienne funkcjonowanie i jakość snu.

Różnica 9 punktów między pomiarem przed i po terapii wskazuje na znaczną poprawę stanu emocjonalnego Piotra, co współgra z obserwowanymi w dzienniku snu zmianami – krótszym czasem zasypiania, większą regularnością snu oraz wyższym poziomem energii i koncentracji w ciągu dnia.

4.4.6 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Wyniki STAI przed terapią

Przed rozpoczęciem terapii CBT-I Piotr wypełnił Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI). Wyniki wskazały na lęk stanowy na poziomie 42 punktów (sten 7), co odpowiada



umiarkowanemu nasileniu lęku w reakcji na bieżące sytuacje, oraz lęk cechowy na poziomie 50 punktów (sten 9), co wskazuje na wysoki poziom trwałej podatności na odczuwanie napięcia i niepokoju.

Analiza odpowiedzi Piotra sugerowała, że lęk występował głównie w sytuacjach związanych z pracą, kontaktem z klientami oraz realizacją wyników sprzedażowych. W wywiadzie klinicznym Piotr opisywał przyspieszone bicie serca, napięcie mięśni oraz trudności w relaksacji, szczególnie wieczorem, przed snem. Lęk stanowy pojawiał się w odpowiedzi na konkretne wydarzenia dnia, natomiast wysoki lęk cechowy wskazywał na jego stałą podatność na napięcie psychiczne, utrudniającą inicjację snu i regenerację nocną.

Wysoki wynik lęku cechowego (sten 9) w połączeniu z umiarkowanym lękiem stanowym (sten 7) sugerował, że zarówno codzienne sytuacje stresowe, jak i ogólna podatność na lęk przyczyniały się do problemów ze snem Piotra. Dane z dziennika snu oraz informacje z wywiadu potwierdzały, że lęk miał realny wpływ na wydłużony czas zasypiania, fragmentację snu oraz obniżony poziom energii w ciągu dnia.

Wyniki STAI po terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Piotr ponownie wypełnił Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI). Wyniki wskazały na lęk stanowy na poziomie 32 punktów (sten 5), co odpowiada niskiemu do umiarkowanego poziomowi lęku w reakcji na bieżące sytuacje, oraz lęk cechowy na poziomie 38 punktów (sten 5), wskazujący na umiarkowaną trwałą podatność na odczuwanie napięcia i niepokoju.

Analiza odpowiedzi Piotra po terapii pokazuje, że wieczorne napięcie i obawy zawodowe występowały sporadycznie i w znacznie łagodniejszej formie. Piotr deklarował, że potrafi skutecznie odłączyć myśli od pracy i zastosować techniki wyciszające przed snem, co zmniejszało zarówno odczuwany niepokój, jak i objawy somatyczne, takie jak napięcie mięśni czy przyspieszone bicie serca.

Zmniejszenie lęku stanowego do stenu 5 wskazuje, że codzienne sytuacje stresowe przestały w znaczący sposób wpływać na poziom napięcia psychicznego Piotra. Obniżenie lęku cechowego do stenu 5 pokazuje natomiast, że jego ogólna podatność na odczuwanie napięcia uległa istotnej poprawie, choć Piotr nadal wykazuje umiarkowaną wrażliwość na stres.



Poprawa wyników STAI jest spójna z danymi z dziennika snu i wywiadu końcowego – sen stał się bardziej regularny, czas zasypiania skrócił się, a poziom energii i koncentracja w ciągu dnia uległy wyraźnej poprawie.

Porównanie wyników STAI przed i po terapii

Porównanie wyników STAI uzyskanych przez Piotra przed i po zakończeniu terapii CBT-I wskazuje na wyraźną poprawę w zakresie poziomu lęku zarówno w reakcji na bieżące sytuacje, jak i w odniesieniu do jego cechy osobowości. Przed terapią Piotr osiągnął wynik 42 punkty w lęku stanowym (sten 7), co wskazywało na umiarkowane napięcie w odpowiedzi na codzienne wydarzenia, oraz 50 punktów w lęku cechowym (sten 9), co odzwierciedlało wysoką trwałą podatność na odczuwanie niepokoju i napięcia.

Po zakończeniu terapii wynik lęku stanowego spadł do 32 punktów (sten 5), a lęku cechowego do 38 punktów (sten 5), co oznacza odpowiednio niski/umiarkowany poziom lęku sytuacyjnego i umiarkowaną podatność na napięcie. Poprawa ta oznacza, że Piotr lepiej radzi sobie ze stresem w codziennych sytuacjach, potrafi skuteczniej wyciszyć się przed snem, a sporadyczne napięcie nie wpływa już w istotny sposób na jakość jego snu ani na funkcjonowanie w ciągu dnia.

Różnica 10 punktów w lęku stanowym i 12 punktów w lęku cechowym między pomiarem przed i po terapii wskazuje na znaczną redukcję zarówno reakcji lękowych na sytuacje stresowe, jak i trwałej podatności na odczuwanie napięcia. Wyniki te są spójne z zapisami w dzienniku snu i wywiadzie końcowym, które wykazały krótszy czas zasypiania, lepszą jakość snu oraz wyższy poziom energii i koncentracji w ciągu dnia.

4.4.7 Kwestionariusz jakości życia SF-36

Wynik SF-36 przed rozpoczęciem terapii

Przed przystąpieniem do terapii CBT-I Piotr wypełnił polską wersję Kwestionariusza Jakości Życia SF-36. Kwestionariusz pozwala ocenić codzienne funkcjonowanie i samopoczucie



w ośmiu skalach, a także w wymiarach fizycznym i mentalnym. Wyższe wartości punktowe oznaczają większe ograniczenia i niższą jakość życia.

Wyniki Piotra przed terapią:

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 38/50 – codzienne czynności, takie jak wchodzenie po schodach, podnoszenie zakupów czy aktywność fizyczna, były dla Piotra obciążające i powodowały zmęczenie.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 14/20 – zmęczenie i przeciążenie fizyczne utrudniały wykonywanie obowiązków domowych i zawodowych.
- Odczuwanie bólu (BP): 8/9 – ból pojawiał się regularnie i wpływał na komfort codziennego funkcjonowania.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 16/20 – subiektywna ocena stanu zdrowia była niska, odczuwał zmęczenie i napięcie.
- Witalność (VT): 17/20 – brak energii w ciągu dnia, trudności z utrzymaniem aktywności.
- Funkcjonowanie społeczne (SF): 6/8 – kontakty społeczne utrzymywane, ale ograniczone przez zmęczenie i przeciążenie fizyczne.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 12/15 – problemy z regulacją emocji w sytuacjach wymagających koncentracji lub stresu.
- Zdrowie psychiczne (MH): 15/20 – obecny wysoki poziom napięcia psychicznego, obniżony nastrój i lęk.

Wymiar fizyczny jakości życia (PF, RP, BP, GH): 76/103 – znaczące ograniczenia w codziennej aktywności fizycznej.

Wymiar mentalny jakości życia (VT, SF, RE, MH): 50/68 – wyraźne trudności w zakresie energii, samopoczucia i zdrowia psychicznego.

Indeks jakości życia (suma wszystkich skal): 126/171 – ogólnie obniżona jakość życia, z wyraźnym obciążeniem w sferze psychicznej i witalności.

Piotr odczuwał największe ograniczenia w sferze witalności, funkcjonowania emocjonalnego i zdrowia psychicznego. Codzienne czynności były obciążające, a zmęczenie i napięcie wpływały na jego aktywność społeczną i zdolność do wykonywania obowiązków.



Wynik SF-36 po zakończeniu terapii

Po zakończeniu terapii CBT-I Piotr ponownie wypełnił kwestionariusz SF-36. Wyniki wskazują na znaczną poprawę jakości życia, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i mentalnym.

Skale SF-36:

- Funkcjonowanie fizyczne (PF): 27/50 – codzienne czynności stały się mniej wymagające, większa sprawność fizyczna i mniejsze zmęczenie.
- Ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego (RP): 9/20 – zmniejszenie wpływu zmęczenia i przeciążenia na codzienne obowiązki.
- Odczuwanie bólu (BP): 5/9 – dolegliwości bólowe rzadziej występowały i były mniej uciążliwe.
- Ogólne poczucie zdrowia (GH): 12/20 – poprawa subiektywnego poczucia zdrowia i wzrost energii.
- Witalność (VT): 11/20 – wzrost energii w ciągu dnia i lepsza zdolność do wykonywania aktywności.
- Funkcjonowanie społeczne (SF): 5/8 – większa swoboda w kontaktach społecznych i uczestnictwie w życiu codziennym.
- Funkcjonowanie emocjonalne (RE): 7/15 – poprawa w zakresie regulacji emocji i wykonywania obowiązków w sytuacjach stresowych.
- Zdrowie psychiczne (MH): 10/20 – zmniejszenie napięcia psychicznego, lęku i obniżonego nastroju.

Wymiar fizyczny jakości życia: 53/103 – wyraźna poprawa codziennej sprawności i mniejsze ograniczenia w funkcjonowaniu fizycznym.

Wymiar mentalny jakości życia: 33/68 – poprawa w sferze psychicznej, lepsza energia i samopoczucie.

Indeks jakości życia: 86/171 – ogólna poprawa jakości życia, ze szczególnym wpływem na sferę mentalną i witalność.

Terapia CBT-I pozwoliła Piotrowi lepiej radzić sobie z codziennym zmęczeniem, bólem



i stresem. Poprawa energii i zdrowia psychicznego umożliwiła lepsze funkcjonowanie w życiu zawodowym i społecznym.

Porównanie wyników SF-36 przed i po terapii

Analiza wyników SF-36 wskazuje, że terapia CBT-I przyniosła znaczną poprawę jakości życia Piotra.

W sferze fizycznej poprawiły się codzienne funkcje – funkcjonowanie fizyczne spadło z 38/50 do 27/50 punktów, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego z 14/20 do 9/20 punktów, a odczuwanie bólu z 8/9 do 5/9 punktów. Subiektywne poczucie zdrowia poprawiło się z 16/20 do 12/20 punktów.

W sferze mentalnej zmiany były wyraźne – witalność zmniejszyła się z 17/20 do 11/20 punktów, funkcjonowanie społeczne z 6/8 do 5/8 punktów, funkcjonowanie emocjonalne z 12/15 do 7/15 punktów, a zdrowie psychiczne z 15/20 do 10/20 punktów.

Wymiar fizyczny jakości życia: spadek z 76/103 do 53/103 punktów – mniejsze ograniczenia w sferze fizycznej.

Wymiar mentalny jakości życia: spadek z 50/68 do 33/68 punktów – wyraźna poprawa w sferze psychicznej i witalności.

Indeks jakości życia: spadek z 126/171 do 86/171 punktów – ogólna poprawa jakości życia, z największym wpływem w sferze mentalnej.

Największe korzyści terapii CBT-I u Piotra dotyczyły witalności, funkcjonowania emocjonalnego i zdrowia psychicznego. Poprawa w sferze fizycznej również była zauważalna, głównie poprzez zmniejszenie zmęczenia i bólu w codziennych aktywnościach. Terapia skutecznie podniosła komfort życia Piotra zarówno w aspekcie psychicznym, jak i fizycznym.

4.4.8 Wnioski i zalecenia

Po zakończeniu terapii CBT-I u Piotra nastąpiła wyraźna poprawa w zakresie snu. Skrócił się czas potrzebny do zaśnięcia, nocny czas snu uległ wydłużeniu, a jego rytm stał się bardziej



regularny. Poprawiła się subiektywna jakość snu – Piotr częściej budzi się wypoczęty, a wieczorne myśli o pracy przestały utrudniać zasypianie. Zmniejszyło się też odczuwane zmęczenie w ciągu dnia, co przełożyło się na większą energię i lepszą koncentrację w pracy.

Wyniki w narzędziach psychometrycznych potwierdzają te zmiany: AIS wykazała spadek objawów bezsenności, FIRST i STAI wskazują na lepsze radzenie sobie ze stresem i lękiem, a BDI-II pokazuje zmniejszenie objawów depresyjnych. Poprawa jakości snu miała także wpływ na codzienne funkcjonowanie – Piotr odczuwał mniejsze ograniczenia w aktywnościach fizycznych, lepiej funkcjonował emocjonalnie i społecznie, co potwierdzają wyniki SF-36.

Zalecenia dla Piotra:

1. Kontynuowanie strategii wypracowanych w terapii CBT-I: stałe godziny zasypiania i budzenia się, rytuały wyciszające przed snem, ograniczenie korzystania z urządzeń elektronicznych oraz przekierowywanie uwagi od myśli zawodowych.
2. Monitorowanie poziomu stresu w pracy i wprowadzanie krótkich przerw regeneracyjnych w ciągu dnia.
3. Utrzymywanie aktywności fizycznej i społecznej, które wspierają regenerację i stabilizację snu.
4. Stosowanie technik poznawczo-behawioralnych w przypadku nawrotu trudności ze snem lub nasilonego napięcia psychicznego.
5. Regularna obserwacja samopoczucia i jakości snu, z możliwością konsultacji, jeśli pojawiają się utrzymujące się trudności lub nasilenie objawów lękowych lub depresyjnych.

Poprawa snu u Piotra przekłada się na stabilizację rytmu dobowego, większą energię w ciągu dnia oraz lepsze samopoczucie psychiczne, co wskazuje na skuteczność terapii CBT-I i pozwala na dalsze utrzymywanie efektów w codziennym funkcjonowaniu.



Rozdział 5. Dyskusja wyników i wnioski

5.1 Weryfikacja założeń badawczych

Celem niniejszego badania była ocena skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (CBT-I) w odniesieniu do zmian w zakresie parametrów snu, funkcjonowania emocjonalnego oraz jakości życia osób doświadczających przewlekłych trudności ze snem. Analiza wyników uzyskanych w badaniu wskazuje, że zastosowanie tej formy oddziaływań terapeutycznych wiązało się z wyraźną poprawą funkcjonowania badanych osób w wielu analizowanych obszarach. Zmiany te obejmowały zarówno podstawowe parametry snu, takie jak czas zasypiania czy liczba nocnych przebudzeń, jak również bardziej złożone aspekty funkcjonowania psychicznego, w tym poziom napięcia emocjonalnego, nasilenie objawów depresyjnych i lękowych oraz subiektywnie ocenianą jakość życia.

Interpretacja uzyskanych wyników wskazuje, że obserwowane zmiany pozostają spójne z założeniami teoretycznymi modelu poznawczo-behawioralnego bezsenności oraz z wynikami licznych badań empirycznych dotyczących skuteczności CBT-I. W literaturze podkreśla się, że przewlekła bezsenność jest zaburzeniem o złożonej etiologii, w której istotną rolę odgrywają zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne oraz behawioralne. W szczególności zwraca się uwagę na znaczenie tzw. czynników podtrzymujących bezsenność, takich jak nieadaptacyjne przekonania dotyczące snu, nadmierne monitorowanie własnego funkcjonowania nocnego czy utrwalone niekorzystne nawyki związane z rytmem snu i czuwania (Fornal-Pawłowska i Szelenberger, 2013). Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności koncentruje się właśnie na modyfikacji tych czynników poprzez zastosowanie szeregu technik terapeutycznych, w tym kontroli bodźców, restrykcji snu, psychoedukacji dotyczącej fizjologii snu oraz restrukturyzacji poznawczej.

W niniejszym badaniu analizie poddano pięć studiów przypadku obejmujących osoby doświadczające przewlekłych trudności ze snem. Były to Anna, Magdalena, Weronika, Artur oraz Piotr. Każda z tych osób zgłaszała przed rozpoczęciem terapii utrzymujące się problemy z zasypianiem, częste przebudzenia w ciągu nocy lub poczucie niewystarczającej regeneracji po przebudzeniu. Pomimo różnic indywidualnych dotyczących czasu trwania problemów ze snem, stylu życia czy czynników stresowych obecnych w życiu badanych, u wszystkich



uczestników zaobserwowano poprawę po zakończeniu procesu terapeutycznego. Fakt ten wskazuje, że zastosowane oddziaływania terapeutyczne były skuteczne niezależnie od indywidualnych różnic między uczestnikami badania.

Pierwsza z postawionych hipotez zakładała, że zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności prowadzi do poprawy podstawowych parametrów snu, w szczególności skrócenia czasu zasypiania, zmniejszenia liczby i długości nocnych przebudzeń oraz zwiększenia efektywności snu. Analiza danych pochodzących z dzienników snu prowadzonych przez uczestników badania wskazuje, że hipoteza ta została potwierdzona. U wszystkich badanych osób obserwowano stopniową poprawę w zakresie analizowanych parametrów snu. Czas potrzebny do zaśnięcia ulegał skróceniu, nocne przebudzenia stawały się rzadsze lub krótsze, a ogólna efektywność snu wzrastała w trakcie trwania procesu terapeutycznego.

W przypadku Anny przed rozpoczęciem terapii dominującym problemem był bardzo długi czas zasypiania oraz częste pozostawanie w łóżku w stanie czuwania przez dłuższy czas. W trakcie terapii wprowadzono między innymi zasady kontroli bodźców oraz ograniczenie czasu spędzanego w łóżku wyłącznie do momentów rzeczywistej potrzeby snu. Stopniowe wdrażanie tych zasad przyczyniło się do skrócenia czasu zasypiania oraz poprawy subiektywnie ocenianej jakości snu. Podobny mechanizm zmian obserwowano w przypadku Magdaleny, która przed rozpoczęciem terapii doświadczała licznych przebudzeń w ciągu nocy oraz trudności z ponownym zaśnięciem. Zastosowanie restrykcji snu oraz regularnego rytmu dobowego przyczyniło się w jej przypadku do zmniejszenia liczby przebudzeń oraz zwiększenia efektywności snu.

Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu pozostają zgodne z wynikami badań empirycznych dotyczących skuteczności CBT-I. W metaanalizie badań obejmującej dużą liczbę pacjentów korzystających z terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności wykazano, że interwencja ta prowadzi do bardzo istotnej poprawy parametrów snu, w tym skrócenia czasu zasypiania oraz zmniejszenia liczby nocnych przebudzeń (Öst i in., 2025). Autorzy tej analizy podkreślają, że CBT-I wykazuje wysoką skuteczność zarówno w warunkach badań kontrolowanych, jak i w rutynowej praktyce klinicznej. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki stanowią zatem potwierdzenie skuteczności tej formy terapii także w kontekście indywidualnej pracy terapeutycznej prowadzonej w formie studium przypadku.



Druga z postawionych hipotez zakładała, że terapia poznawczo-behawioralna bezsenności prowadzi do obniżenia ogólnego nasilenia objawów bezsenności. Analiza wyników uzyskanych przy użyciu Ateńskiej Skali Bezsenności wskazuje, że po zakończeniu terapii u wszystkich uczestników odnotowano spadek nasilenia objawów bezsenności. Zmiana ta była widoczna zarówno w wynikach kwestionariuszowych, jak i w relacjach uczestników uzyskanych w trakcie wywiadów klinicznych.

Przed rozpoczęciem terapii wielu uczestników badania opisywało sen jako obszar szczególnie problematyczny i obciążający emocjonalnie. Moment kładzenia się do łóżka był często związany z napięciem psychicznym oraz obawą przed kolejną nieprzespaną nocą. Tego rodzaju doświadczenia są charakterystyczne dla osób cierpiących na przewlekłą bezsenność, ponieważ powtarzające się trudności ze snem prowadzą do powstania negatywnych skojarzeń między łóżkiem a stanem wzmożonego pobudzenia psychicznego. Terapia CBT-I ma na celu przerwanie tego mechanizmu poprzez stopniową zmianę zarówno zachowań związanych ze snem, jak i przekonań dotyczących jego przebiegu (Fornal-Pawłowska i Szelenberger, 2013).

Stopniowa redukcja objawów bezsenności obserwowana w trakcie terapii prowadziła do zmiany sposobu postrzegania snu przez uczestników badania. Sen przestawał być traktowany jako źródło frustracji czy napięcia, a zaczynał być postrzegany jako naturalny proces fizjologiczny. Zmiana ta była szczególnie widoczna w wypowiedziach Weroniki oraz Piotra, którzy po zakończeniu terapii podkreślali, że przestali koncentrować się na ciągłym monitorowaniu jakości własnego snu.

Trzecia hipoteza badawcza zakładała, że po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności obserwuje się poprawę subiektywnej jakości snu oraz funkcjonowania w ciągu dnia. Wyniki niniejszego badania wskazują, że hipoteza ta również znalazła potwierdzenie. Analiza zapisów z dzienników snu oraz wypowiedzi uczestników badania uzyskanych podczas wywiadów klinicznych wskazuje, że po zakończeniu terapii badani doświadczali większego poczucia regeneracji po nocnym odpoczynku, a także większej energii w ciągu dnia. Wiele osób podkreślało, że przed rozpoczęciem terapii codzienne funkcjonowanie było znacząco utrudnione przez chroniczne zmęczenie oraz poczucie niewyspania.

W przypadku Weroniki poprawa jakości snu przełożyła się przede wszystkim na zwiększenie koncentracji oraz efektywności w pracy zawodowej. Przed rozpoczęciem terapii Weronika



często zgłaszała trudności z utrzymaniem uwagi podczas wykonywania zadań wymagających dłuższego skupienia, co wiązała bezpośrednio z niewystarczającą ilością snu. Po zakończeniu terapii zauważyła wyraźną poprawę w tym zakresie, wskazując, że rzadziej doświadcza uczucia zmęczenia w ciągu dnia oraz łatwiej radzi sobie z obowiązkami zawodowymi. Podobne obserwacje pojawiły się w przypadku Anny, która przed rozpoczęciem terapii zgłaszała trudności z koncentracją podczas nauki oraz zwiększoną drażliwość wynikającą z chronicznego zmęczenia. Po zakończeniu terapii Anna wskazywała na poprawę zdolności poznawczych oraz większą stabilność emocjonalną.

U Artura oraz Piotra poprawa jakości snu wiązała się z większą efektywnością w codziennym funkcjonowaniu oraz poprawą samopoczucia psychicznego. Obaj uczestnicy badania podkreślali, że przed rozpoczęciem terapii często odczuwali zniechęcenie i frustrację wynikające z utrzymujących się trudności ze snem. W trakcie terapii stopniowa poprawa jakości snu przyczyniła się do zmniejszenia poziomu zmęczenia oraz zwiększenia motywacji do podejmowania codziennych aktywności. W przypadku Magdaleny szczególnie wyraźna była poprawa funkcjonowania społecznego. Przed rozpoczęciem terapii często rezygnowała z aktywności towarzyskich z powodu zmęczenia lub obawy, że brak snu negatywnie wpłynie na jej samopoczucie następnego dnia. Po zakończeniu terapii deklarowała większą gotowość do podejmowania aktywności społecznych oraz większą satysfakcję z codziennego życia.

Uzyskane wyniki pozostają zgodne z ustaleniami prezentowanymi w literaturze przedmiotu, zgodnie z którymi poprawa jakości snu w wyniku terapii CBT-I prowadzi do wyraźnej poprawy funkcjonowania dziennego. Przewlekła bezsenność jest bowiem zaburzeniem, które wykracza poza sam problem snu i wpływa na wiele obszarów funkcjonowania jednostki. Osoby cierpiące na bezsenność często zgłaszają trudności z koncentracją, obniżony nastrój, zwiększoną drażliwość oraz problemy z wykonywaniem codziennych obowiązków (Fornal-Pawłowska i Szelenberger, 2013). W związku z tym skuteczne leczenie bezsenności może prowadzić do poprawy funkcjonowania zarówno w sferze poznawczej, jak i emocjonalnej.

Czwarta hipoteza badawcza zakładała, że zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności prowadzi do obniżenia poziomu napięcia psychicznego oraz wzbudzenia emocjonalnego związanego ze snem. Analiza materiału jakościowego zgromadzonego w trakcie badania wskazuje, że u wszystkich uczestników terapii nastąpiła redukcja lęku związanego z zasypianiem oraz nocnym przebiegiem snu. Przed rozpoczęciem terapii badani

często opisywali moment kładzenia się do łóżka jako sytuację stresującą, w której pojawiały się myśli dotyczące potencjalnych konsekwencji braku snu, takich jak obniżona wydajność w pracy, pogorszenie samopoczucia czy problemy zdrowotne.

W trakcie terapii uczestnicy uczyli się rozpoznawania tych myśli oraz ich modyfikowania. Szczególną rolę w tym procesie odgrywała restrukturyzacja poznawcza, która polega na identyfikowaniu nieadaptacyjnych przekonań dotyczących snu oraz zastępowaniu ich bardziej realistycznymi interpretacjami. W przypadku Piotra przed rozpoczęciem terapii dominowało przekonanie, że każda nieprzespana noc musi prowadzić do poważnych konsekwencji dla zdrowia i funkcjonowania w pracy. W trakcie terapii stopniowo zaczął on dostrzegać, że sporadyczne trudności ze snem są zjawiskiem powszechnym i nie muszą prowadzić do znaczących konsekwencji w codziennym funkcjonowaniu. Zmiana ta przyczyniła się do zmniejszenia poziomu napięcia emocjonalnego związanego z zasypianiem.

Podobny proces obserwowano w przypadku Magdaleny oraz Weroniki, które przed rozpoczęciem terapii często koncentrowały się na monitorowaniu własnego snu oraz analizowaniu każdej trudności z zasypianiem. W trakcie terapii uczestniczki zaczęły stopniowo rezygnować z nadmiernej kontroli nad snem, co przyczyniło się do zmniejszenia poziomu napięcia psychicznego. Wyniki te pozostają zgodne z założeniami modelu poznawczo-behawioralnego bezsenności, w którym podkreśla się znaczenie nadmiernego pobudzenia poznawczego i emocjonalnego jako jednego z kluczowych czynników podtrzymujących zaburzenie snu (Fornal-Pawłowska i Szelenberger, 2013).

Piąta hipoteza badawcza zakładała, że terapia poznawczo-behawioralna bezsenności przyczynia się do zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych oraz lękowych współwystępujących z bezsennością. Wyniki uzyskane przy użyciu Skali Depresji Becka (BDI) oraz Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) wskazują na spadek poziomu objawów depresyjnych i lękowych u wszystkich uczestników badania. Choć zmiany te nie były tak duże jak w przypadku parametrów snu, to jednak były zauważalne i konsekwentne w przypadku wszystkich analizowanych osób.

Związek między bezsennością a zaburzeniami nastroju jest szeroko opisywany w literaturze. Przewlekłe trudności ze snem mogą prowadzić do pogorszenia samopoczucia psychicznego, zwiększonego poziomu napięcia emocjonalnego oraz obniżenia nastroju. Jednocześnie



zaburzenia lękowe i depresyjne mogą sprzyjać utrzymywaniu się problemów ze snem. W związku z tym poprawa jakości snu może prowadzić do wtórnej poprawy funkcjonowania emocjonalnego. Wyniki niniejszego badania potwierdzają tę zależność, wskazując, że skuteczna terapia bezsenności może mieć pozytywny wpływ także na inne obszary funkcjonowania psychicznego.

Szósta hipoteza badawcza dotyczyła poprawy ogólnej jakości życia po zakończeniu terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności. Analiza wyników kwestionariusza SF-36 wskazuje, że u wszystkich uczestników badania nastąpiła poprawa w zakresie subiektywnie ocenianej jakości życia. Zmiany te dotyczyły przede wszystkim obszaru funkcjonowania psychicznego oraz społecznego. Uczestnicy badania deklarowali większą satysfakcję z codziennego funkcjonowania oraz większą zdolność do radzenia sobie z wymaganiami dnia codziennego.

W przypadku Magdaleny poprawa jakości życia była szczególnie związana ze zwiększeniem aktywności społecznej oraz większą gotowością do podejmowania nowych aktywności. Weronika podkreślała natomiast, że po zakończeniu terapii rzadziej odczuwa napięcie związane z myśleniem o śnie, co pozwala jej koncentrować się na innych obszarach życia. Artur i Piotr wskazywali na większą stabilność nastroju oraz większą motywację do podejmowania aktywności fizycznej i społecznej.

Uzyskane wyniki są zgodne z ustaleniami badań empirycznych wskazujących, że skuteczne leczenie bezsenności prowadzi do poprawy jakości życia pacjentów. W metaanalizie badań dotyczących skuteczności CBT-I wykazano, że terapia ta prowadzi nie tylko do poprawy parametrów snu, lecz także do wyraźnej poprawy dobrostanu psychicznego oraz funkcjonowania w życiu codziennym (Öst i in., 2025). Autorzy tej analizy podkreślają, że skuteczne leczenie bezsenności może prowadzić do szerokich zmian w funkcjonowaniu jednostki, obejmujących zarówno obszar zdrowia psychicznego, jak i jakości życia.

Siódma hipoteza badawcza zakładała, że osoby charakteryzujące się wyższą podatnością na reagowanie zaburzeniami snu w sytuacjach stresowych uzyskują większą poprawę w zakresie parametrów snu oraz nasilenia objawów bezsenności po zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej. Zmienna ta była w badaniu operacjonalizowana poprzez wynik uzyskany w Skali Odpowiedzi Bezsennością na Stres (FIRST), która pozwala ocenić indywidualną wrażliwość jednostki na rozwój zaburzeń snu w sytuacjach zwiększonego obciążenia



emocjonalnego. Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że uczestnicy badania wykazujący wyższy poziom reaktywności snu na stres doświadczyli szczególnie wyraźnej poprawy po zakończeniu terapii.

Zjawisko to można interpretować w kontekście mechanizmów psychologicznych leżących u podłoża przewlekłej bezsenności. W literaturze podkreśla się, że osoby o wysokiej reaktywności snu na stres częściej doświadczają epizodów bezsenności w sytuacjach napięcia psychicznego, a jednocześnie wykazują większą tendencję do utrzymywania się zaburzeń snu w dłuższej perspektywie czasu. Wynika to między innymi z silniejszej reakcji pobudzenia fizjologicznego oraz większej skłonności do ruminacji i zamartwiania się w sytuacjach stresowych. Mechanizmy te prowadzą do utrzymywania się podwyższonego poziomu pobudzenia poznawczego i emocjonalnego w godzinach nocnych, co utrudnia proces zasypiania oraz sprzyja częstszym przebudzeniom w trakcie snu.

W kontekście niniejszego badania można przypuszczać, że osoby o wyższej reaktywności snu na stres w większym stopniu korzystały z elementów terapii ukierunkowanych na regulację napięcia psychicznego oraz zmianę sposobu interpretowania trudności ze snem. W szczególności istotną rolę mogła odegrać restrukturyzacja poznawcza oraz psychoedukacja dotycząca mechanizmów snu. Dzięki temu uczestnicy badania uczyli się bardziej adaptacyjnego reagowania na sytuacje stresowe oraz ograniczania nadmiernego pobudzenia poznawczego w godzinach wieczornych.

W materiałach jakościowych uzyskanych podczas wywiadów klinicznych można odnaleźć liczne wypowiedzi potwierdzające tego rodzaju mechanizm zmian. Weronika oraz Piotr wskazywali między innymi, że przed rozpoczęciem terapii każda trudniejsza sytuacja w pracy lub w życiu osobistym prowadziła u nich do nasilenia problemów ze snem. Po zakończeniu terapii deklarowali natomiast, że nadal zdarzają się okresy zwiększonego stresu, jednak nie prowadzą one już w tak dużym stopniu do pogorszenia jakości snu. Zmiana ta była przez nich interpretowana jako efekt lepszego rozumienia własnych reakcji psychicznych oraz większej umiejętności regulowania napięcia emocjonalnego.

Uzyskane wyniki sugerują zatem, że podatność na reagowanie zaburzeniami snu w sytuacjach stresowych może stanowić istotny czynnik moderujący skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności. W przypadku osób o wysokiej reaktywności snu interwencje



ukierunkowane na redukcję napięcia poznawczego oraz zmianę przekonań dotyczących snu mogą prowadzić do szczególnie wyraźnej poprawy funkcjonowania. Wynik ten jest istotny z punktu widzenia praktyki klinicznej, ponieważ wskazuje, że ocena reaktywności snu na stres może stanowić użyteczne narzędzie w planowaniu procesu terapeutycznego.

Ostatnia z postawionych hipotez dotyczyła jakościowych zmian w sposobie doświadczania snu oraz w przekonaniach dotyczących zasypiania i nocnego funkcjonowania. Hipoteza ta zakładała, że analiza wywiadu klinicznego oraz materiału fenomenologicznego ujawni zmiany w sposobie przeżywania snu przez uczestników badania, w szczególności redukcję lęku przed bezsennością oraz pojawienie się bardziej adaptacyjnych przekonań dotyczących snu. Wyniki uzyskane w trakcie badania wskazują, że hipoteza ta została potwierdzona.

Przed rozpoczęciem terapii wielu uczestników badania opisywało sen jako obszar życia silnie obciążony emocjonalnie. Moment kładzenia się do łóżka był często związany z napięciem, obawą przed kolejną nieprzespaną nocą oraz intensywnym monitorowaniem własnego stanu fizycznego i psychicznego. Tego rodzaju doświadczenia są charakterystyczne dla przewlekłej bezsenności i stanowią jeden z mechanizmów podtrzymujących zaburzenie. Nadmierna koncentracja na procesie zasypiania prowadzi bowiem do paradoksalnego wzrostu pobudzenia poznawczego, co dodatkowo utrudnia pojawienie się snu.

Po zakończeniu terapii uczestnicy badania w wyraźny sposób zmieniali sposób opisywania swoich doświadczeń związanych ze snem. W wypowiedziach pojawiały się częściej stwierdzenia wskazujące na większą akceptację naturalnej zmienności snu oraz mniejsze znaczenie przypisywane pojedynczym trudnościom z zasypianiem. Anna oraz Artur podkreślali między innymi, że po zakończeniu terapii przestali traktować każdą gorszą noc jako sygnał poważnego problemu zdrowotnego. Magdalena natomiast wskazywała, że nauczyła się traktować sen jako proces naturalny, który nie wymaga ciągłej kontroli ani nadmiernego wysiłku.

Zmiany te można interpretować jako efekt restrukturyzacji poznawczej, która stanowi jeden z kluczowych elementów terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności. W trakcie terapii pacjenci uczą się identyfikować nieadaptacyjne przekonania dotyczące snu, takie jak przekonanie o konieczności uzyskania określonej liczby godzin snu każdej nocy czy przekonanie o katastrofalnych konsekwencjach pojedynczej nieprzespanej nocy.



Zastępowanie tych przekonań bardziej realistycznymi interpretacjami prowadzi do zmniejszenia napięcia emocjonalnego oraz ograniczenia błędnego koła bezsenności (Fornal-Pawłowska i Szelenberger, 2013).

5.2 Dyskusja wyników

Uzyskane wyniki pozostają w dużej mierze zgodne z ustaleniami prezentowanymi w literaturze empirycznej dotyczącej skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności. Szczególnie istotnym punktem odniesienia jest metaanaliza badań przeprowadzona przez Östa i współpracowników (2025), której celem była ocena skuteczności CBT-I w warunkach rutynowej praktyki klinicznej. Analiza ta obejmowała liczne badania dotyczące dorosłych pacjentów cierpiących na zaburzenia snu i wskazała, że terapia poznawczo-behawioralna bezsenności prowadzi do istotnej poprawy w zakresie podstawowych parametrów snu, w tym czasu zasypiania, liczby nocnych przebudzeń oraz efektywności snu.

Wyniki przedstawione w niniejszym badaniu są spójne z tymi ustaleniami. U wszystkich uczestników studium przypadku zaobserwowano skrócenie czasu zasypiania oraz zmniejszenie liczby nocnych przebudzeń, co przekładało się na ogólną poprawę efektywności snu. Podobnie jak w analizie Östa i współpracowników (2025), poprawa parametrów snu wiązała się także z poprawą funkcjonowania w ciągu dnia oraz redukcją negatywnych konsekwencji bezsenności. W szczególności uczestnicy badania deklarowali większy poziom energii w ciągu dnia, lepszą koncentrację oraz większą satysfakcję z codziennego funkcjonowania.

Metaanaliza Östa i współpracowników wskazuje również, że terapia CBT-I prowadzi do poprawy w zakresie ogólnego dobrostanu psychicznego oraz jakości życia pacjentów. Wyniki niniejszego badania potwierdzają tę zależność. U wszystkich uczestników zaobserwowano poprawę w zakresie subiektywnie ocenianej jakości życia, co było szczególnie widoczne w obszarze funkcjonowania psychicznego oraz społecznego. Uczestnicy badania wskazywali między innymi na większą stabilność emocjonalną, większą motywację do podejmowania aktywności oraz większą satysfakcję z codziennych doświadczeń.

Istotnym wnioskiem płynącym zarówno z metaanalizy Östa i współpracowników, jak i z wyników niniejszego badania jest fakt, że terapia poznawczo-behawioralna bezsenności



wykazuje wysoką skuteczność nie tylko w warunkach badań eksperymentalnych, ale także w rutynowej praktyce klinicznej. Oznacza to, że interwencje oparte na modelu CBT-I mogą być z powodzeniem stosowane w pracy terapeutycznej z osobami cierpiącymi na przewlekłe zaburzenia snu.

Uzupełniając powyższe odniesienia do wyników badań empirycznych, zasadne jest odwołanie się do wyników przedstawionych przez Fornal-Pawłowską i Szelenbergera (2013), którzy oceniali skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności jako oddziaływania ukierunkowanego na redukcję czynników podtrzymujących zaburzenia snu. Autorzy wykazali, że zastosowanie CBT-I prowadzi nie tylko do poprawy parametrów snu, lecz również do istotnych zmian w zakresie funkcjonowania w ciągu dnia, co pozostaje w pełnej zgodności z wynikami uzyskanymi w niniejszym badaniu.

W szczególności autorzy wskazują, że obserwowane po terapii zmiany w zakresie snu są zbliżone do wyników uzyskiwanych w metaanalizach, w których wykazano m.in. istotne skrócenie latencji snu, zmniejszenie liczby i czasu trwania nocnych przebudzeń oraz wydłużenie całkowitego czasu snu. W niniejszym badaniu zaobserwowano analogiczne kierunki zmian, co potwierdza, że uzyskane rezultaty wpisują się w dobrze udokumentowany wzorzec skuteczności CBT-I. Co więcej, Fornal-Pawłowska i Szelenberger (2013) podkreślają, że około połowa pacjentów osiąga klinicznie istotną poprawę snu, a część z nich uzyskuje parametry snu zbliżone do osób zdrowych. W kontekście niniejszego badania również można mówić o wyraźnej poprawie funkcjonowania wszystkich uczestników, co dodatkowo wzmacnia interpretację uzyskanych wyników.

Istotnym uzupełnieniem tych danych jest fakt, że – jak wskazują autorzy – poprawa snu po CBT-I wiąże się także ze zmianami w zakresie funkcjonowania emocjonalnego. W badaniu Fornal-Pawłowskiej i Szelenbergera (2013) wykazano spadek nasilenia objawów depresyjnych i lękowych oraz poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym. Wyniki niniejszego badania pozostają w tym zakresie spójne, wskazując na równoległą poprawę zarówno jakości snu, jak i dobrostanu psychicznego uczestników. Zależność ta ma szczególne znaczenie w świetle badań wskazujących na zwiększone ryzyko rozwoju depresji u osób cierpiących na bezsenność, co sugeruje, że skuteczna terapia snu może pełnić również funkcję prewencyjną w zakresie zaburzeń nastroju.



Na uwagę zasługuje również obserwacja, że po zakończeniu terapii pacjenci mogą osiągać poziom funkcjonowania zbliżony do osób zdrowych. Fornal-Pawłowska i Szelenberger (2013) wykazali, że po CBT-I badani przestawali istotnie różnić się od grupy kontrolnej m.in. pod względem jakości snu, liczby nocnych przebudzeń, samopoczucia porannego oraz nasilenia objawów depresyjnych i lękowych. W kontekście niniejszego badania, w którym również odnotowano wyraźną poprawę w tych obszarach, można przypuszczać, że obserwowane zmiany mają charakter nie tylko statystycznie istotny, ale również klinicznie znaczący.

Jednocześnie autorzy zwracają uwagę na pewne niejednoznaczności w wynikach badań dotyczących wpływu CBT-I na funkcjonowanie dzienne oraz jakość życia. W niektórych badaniach efekty te nie są jednoznacznie potwierdzane, co wskazuje na konieczność ostrożnej interpretacji wyników w tym obszarze. W niniejszym badaniu uzyskano jednak spójne wyniki wskazujące na poprawę jakości życia oraz funkcjonowania emocjonalnego, co może wynikać zarówno z poprawy snu, jak i ze zwiększonego poczucia kontroli nad problemem bezsenności. Potwierdzeniem tego mechanizmu mogą być również obserwowane zmiany w zakresie reaktywności snu na stres.

Odnosząc się do ograniczeń badań, Fornal-Pawłowska i Szelenberger (2013) wskazują m.in. na brak randomizacji, możliwość wpływu czynników niespecyficznych (np. kontaktu z terapeutą) oraz brak analizy stopnia realizacji zaleceń terapeutycznych. W kontekście niniejszego badania ograniczenia te znajdują swoje odpowiedniki, w szczególności w postaci niewielkiej liczebności próby oraz braku grupy kontrolnej. Zbieżność tych ograniczeń z danymi literaturowymi wskazuje jednak, że są one charakterystyczne dla badań o podobnym charakterze i nie podważają zasadniczej interpretacji uzyskanych wyników, lecz raczej wyznaczają kierunki dalszych badań.

Wyniki niniejszego badania pozostają w wysokim stopniu zgodne zarówno z danymi empirycznymi, jak i wnioskami przedstawionymi przez Fornal-Pawłowską i Szelenbergera (2013), potwierdzając skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności w zakresie poprawy snu, funkcjonowania emocjonalnego oraz jakości życia, a także wskazując na jej istotne znaczenie kliniczne w leczeniu bezsenności przewlekłej.

Zgodność wyników uzyskanych w niniejszym badaniu z ustaleniami prezentowanymi w literaturze naukowej wzmacnia wiarygodność przeprowadzonych analiz. Choć badanie miało charakter studium przypadku i obejmowało stosunkowo niewielką liczbę uczestników, to jednak obserwowane zmiany pozostają spójne z wynikami badań prowadzonych na znacznie większych próbach. Można zatem uznać, że uzyskane rezultaty stanowią dodatkowe potwierdzenie skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności jako jednej z najlepiej udokumentowanych metod leczenia przewlekłych zaburzeń snu.

Pomimo spójności uzyskanych wyników z ustaleniami prezentowanymi w literaturze naukowej należy zwrócić uwagę na pewne ograniczenia przeprowadzonego badania. Ich uwzględnienie jest istotne zarówno z punktu widzenia interpretacji uzyskanych rezultatów, jak i planowania przyszłych badań dotyczących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności.

Pierwszym ograniczeniem jest niewielka liczebność badanej próby. Badanie zostało przeprowadzone w formie studium przypadku obejmującego pięć osób doświadczających przewlekłych trudności ze snem. Choć taka forma analizy pozwala na bardzo szczegółowe przyjrzenie się przebiegowi procesu terapeutycznego oraz zmianom zachodzącym u poszczególnych uczestników, to jednak nie umożliwia pełnej generalizacji uzyskanych wyników na całą populację osób cierpiących na bezsenność. W badaniach o charakterze ilościowym zwykle dąży się do objęcia analizą większej liczby uczestników, co pozwala na bardziej precyzyjne oszacowanie efektów terapii oraz identyfikację czynników wpływających na jej skuteczność. Z drugiej strony studia przypadku stanowią cenne źródło wiedzy na temat indywidualnego przebiegu procesu terapeutycznego i mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań o szerszym zakresie.

Drugim ograniczeniem jest brak grupy kontrolnej, która umożliwiałaby bezpośrednie porównanie zmian zachodzących u osób uczestniczących w terapii z osobami, które nie były objęte interwencją terapeutyczną. W badaniach eksperymentalnych obecność grupy kontrolnej pozwala na bardziej jednoznaczne określenie, czy obserwowane zmiany są rzeczywiście wynikiem zastosowanej terapii, czy też mogą być związane z innymi czynnikami, takimi jak naturalne wahania nasilenia objawów czy zmiany w sytuacji życiowej badanych osób. W niniejszym badaniu interpretacja wyników opiera się przede wszystkim na

analizie zmian zachodzących przed i po zakończeniu terapii, co stanowi rozwiązanie często stosowane w badaniach klinicznych o charakterze pilotażowym.

Kolejnym ograniczeniem jest wykorzystanie w dużej mierze subiektywnych wskaźników oceny jakości snu. Choć dzienniki snu oraz kwestionariusze psychologiczne stanowią powszechnie stosowane narzędzia diagnostyczne w badaniach nad bezsennością, to jednak opierają się one na subiektywnych ocenach uczestników. W niektórych badaniach wykorzystuje się również obiektywne metody pomiaru snu, takie jak polisomnografia czy aktygrafia, które pozwalają na dokładniejszą analizę struktury snu. Zastosowanie takich metod w przyszłych badaniach mogłoby umożliwić jeszcze bardziej precyzyjne określenie zmian zachodzących w przebiegu snu w wyniku terapii CBT-I.

Pomimo wskazanych ograniczeń przeprowadzone badanie dostarcza istotnych informacji dotyczących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności oraz mechanizmów zmian zachodzących w trakcie procesu terapeutycznego. Uzyskane wyniki wskazują, że interwencje oparte na modelu CBT-I mogą prowadzić do poprawy funkcjonowania w wielu obszarach życia osób cierpiących na przewlekłe trudności ze snem. Dotyczy to nie tylko podstawowych parametrów snu, ale także funkcjonowania emocjonalnego, poziomu napięcia psychicznego oraz ogólnej jakości życia.

W kontekście dalszych badań nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności warto zwrócić uwagę na kilka potencjalnych kierunków rozwoju tej dziedziny. Jednym z nich jest prowadzenie badań obejmujących większe grupy uczestników, co umożliwi bardziej precyzyjne określenie czynników wpływających na skuteczność terapii. Szczególnie interesującym obszarem badań może być analiza różnic indywidualnych między pacjentami, takich jak poziom reaktywności snu na stres, styl radzenia sobie z emocjami czy charakterystyczne wzorce poznawcze dotyczące snu.

Kolejnym ważnym kierunkiem badań jest analiza długoterminowych efektów terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności. W wielu badaniach wykazano, że efekty CBT-I mogą utrzymywać się przez długi czas po zakończeniu terapii, jednak konieczne jest dalsze monitorowanie pacjentów w celu określenia trwałości uzyskanych zmian. Badania podłużne pozwalają na ocenę, czy poprawa jakości snu utrzymuje się w perspektywie kilku miesięcy lub lat oraz jakie czynniki sprzyjają utrzymaniu efektów terapeutycznych.



Istotnym obszarem przyszłych badań może być również analiza możliwości wykorzystania terapii CBT-I w różnych formach organizacyjnych. W ostatnich latach coraz większą popularność zyskują programy terapii poznawczo-behawioralnej prowadzone w formie internetowej lub oparte na aplikacjach mobilnych. Rozwiązania te mogą zwiększyć dostępność terapii dla osób, które z różnych powodów nie mają możliwości uczestniczenia w tradycyjnej terapii indywidualnej. Jednocześnie konieczne jest prowadzenie dalszych badań oceniających skuteczność takich form interwencji oraz ich porównanie z klasycznymi formami terapii prowadzonymi w bezpośrednim kontakcie z terapeutą.

Wyniki niniejszego badania mają również istotne implikacje kliniczne. Przede wszystkim potwierdzają one, że terapia poznawczo-behawioralna bezsenności stanowi skuteczną metodę leczenia przewlekłych zaburzeń snu. Interwencje oparte na modelu CBT-I mogą prowadzić do wyraźnej poprawy jakości snu oraz redukcji objawów bezsenności, a także do poprawy funkcjonowania emocjonalnego i jakości życia pacjentów. W praktyce klinicznej oznacza to, że CBT-I powinna być traktowana jako jedna z podstawowych metod leczenia bezsenności, szczególnie w przypadkach przewlekłych trudności ze snem.

Istotną zaletą terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności jest jej kompleksowy charakter. W przeciwieństwie do leczenia farmakologicznego, które koncentruje się przede wszystkim na krótkoterminowym zmniejszeniu objawów, CBT-I ukierunkowana jest na identyfikację i modyfikację mechanizmów podtrzymujących zaburzenie snu. Dzięki temu pacjenci uczą się nowych sposobów regulowania rytmu snu i czuwania, zmieniają nieadaptacyjne przekonania dotyczące snu oraz rozwijają bardziej adaptacyjne strategie radzenia sobie z napięciem emocjonalnym. W rezultacie terapia ta może prowadzić do bardziej trwałych zmian w funkcjonowaniu pacjentów.

Wyniki niniejszego badania wskazują również na znaczenie pracy nad przekonaniami dotyczącymi snu oraz nad redukcją lęku związanego z zasypianiem. U wielu uczestników badania to właśnie zmiana sposobu myślenia o śnie okazała się jednym z kluczowych czynników prowadzących do poprawy jakości snu. Ograniczenie nadmiernego monitorowania własnego snu oraz większa akceptacja naturalnej zmienności snu przyczyniły się do zmniejszenia poziomu napięcia emocjonalnego i ułatwiły proces zasypiania.



Istotnym wnioskiem płynącym z przeprowadzonego badania jest także znaczenie indywidualnego podejścia terapeutycznego. Choć wszystkie osoby uczestniczące w badaniu korzystały z podobnych technik terapeutycznych charakterystycznych dla CBT-I, to jednak przebieg procesu terapeutycznego oraz tempo zmian różniły się w zależności od indywidualnych cech uczestników. W przypadku niektórych osób szczególnie ważna była praca nad regulacją napięcia emocjonalnego, podczas gdy u innych większe znaczenie miała zmiana nawyków związanych z rytmem snu i czuwania. Wskazuje to na konieczność elastycznego dostosowywania strategii terapeutycznych do potrzeb konkretnego pacjenta.

Podsumowując, wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna bezsenności może stanowić skuteczną metodę leczenia przewlekłych zaburzeń snu. U wszystkich uczestników badania zaobserwowano poprawę w zakresie parametrów snu, redukcję nasilenia objawów bezsenności oraz poprawę funkcjonowania emocjonalnego i jakości życia. Uzyskane wyniki pozostają spójne z ustaleniami prezentowanymi w literaturze naukowej oraz potwierdzają wysoką skuteczność CBT-I opisywaną w licznych badaniach empirycznych i metaanalizach.

Jednocześnie przeprowadzone badanie wskazuje, że skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności wynika nie tylko z poprawy samego snu, lecz także ze zmian zachodzących w sposobie myślenia o śnie oraz w sposobie radzenia sobie z napięciem emocjonalnym. Zmiany te prowadzą do przerwania błędnego koła bezsenności i umożliwiają pacjentom bardziej adaptacyjne funkcjonowanie w codziennym życiu. W świetle uzyskanych wyników CBT-I może być uznana za jedną z najlepiej udokumentowanych i najbardziej efektywnych metod leczenia przewlekłych zaburzeń snu, której zastosowanie przynosi korzyści zarówno w obszarze jakości snu, jak i ogólnego dobrostanu psychicznego pacjentów.

Zakończenie

Problematyka bezsenności jako jednego z najczęściej występujących zaburzeń snu, stanowi istotne wyzwanie współczesnej psychologii klinicznej oraz praktyki terapeutycznej. Przeprowadzone w niniejszej pracy rozważania teoretyczne oraz analiza studiów przypadków pozwoliły na wieloaspektowe ujęcie tego zjawiska, obejmujące zarówno jego uwarunkowania, jak i możliwości skutecznej interwencji terapeutycznej. Uzyskane wyniki potwierdzają, że bezsenność jest zaburzeniem o złożonej, wieloczynnikowej etiologii, którego utrzymywanie się wiąże się z interakcją czynników biologicznych, poznawczych, emocjonalnych oraz behawioralnych.

Celem pracy była ocena skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności na podstawie analizy wybranych studiów przypadków. Zrealizowane badania własne, poprzedzone analizą literatury przedmiotu oraz aktualnych wytycznych diagnostycznych i terapeutycznych, umożliwiły pogłębione spojrzenie na przebieg procesu terapeutycznego oraz mechanizmy leżące u podłoża obserwowanych zmian. W świetle przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że zastosowanie interwencji charakterystycznych dla terapii poznawczo-behawioralnej dla bezsenności przyczyniło się do istotnej poprawy jakości snu u badanych pacjentów, zarówno w wymiarze subiektywnym, jak i – w miarę dostępnych danych – obiektywnym.

W szczególności zauważalna była redukcja trudności z zasypianiem, zmniejszenie liczby oraz długości nocnych wybudzeń, a także poprawa poczucia regeneracji po przebudzeniu. Równolegle obserwowano zmniejszenie poziomu napięcia związanego z sytuacją snu, ograniczenie katastroficznych przekonań dotyczących konsekwencji niewyspania oraz wzrost poczucia sprawstwa w obszarze regulacji własnych zachowań związanych ze snem. Wskazuje to, że modyfikacja nieadaptacyjnych schematów poznawczych oraz utrwalonych nawyków behawioralnych stanowi kluczowy element skutecznej terapii przewlekłej bezsenności.

Analiza studiów przypadków potwierdziła również znaczenie indywidualizacji oddziaływań terapeutycznych. Choć struktura terapii poznawczo-behawioralnej dla bezsenności opiera się na jasno określonych komponentach, takich jak kontrola bodźców, restrykcja snu, techniki relaksacyjne czy restrukturyzacja poznawcza, ich efektywne zastosowanie wymaga uwzględnienia specyfiki funkcjonowania danego pacjenta, jego stylu radzenia sobie ze



stresem, poziomu motywacji oraz współwystępujących trudności psychicznych lub somatycznych. Studium przypadku jako metoda badawcza pozwoliło uchwycić te niuanse i ukazać proces terapeutyczny w jego dynamicznym, indywidualnym wymiarze.

Istotnym wnioskiem płynącym z przeprowadzonych analiz jest także potwierdzenie trwałości uzyskiwanych efektów terapeutycznych. W badanych przypadkach poprawa jakości snu utrzymywała się po zakończeniu oddziaływań terapeutycznych, co jest zgodne z doniesieniami literaturowymi wskazującymi na długofalową skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności. Oznacza to, że CBT-I nie tylko redukuje aktualne objawy, lecz także wyposaża pacjentów w narzędzia umożliwiające samodzielne radzenie sobie z ewentualnymi nawrotami trudności w przyszłości.

Jednocześnie należy podkreślić ograniczenia niniejszej pracy. Zastosowanie metody studium przypadku, choć umożliwia pogłębioną analizę i szczegółowy opis przebiegu terapii, wiąże się z ograniczoną możliwością generalizacji uzyskanych wyników na szerszą populację osób z bezsennością. Niewielka liczebność badanej grupy oraz brak grupy kontrolnej sprawiają, że wnioski należy interpretować z ostrożnością. Ponadto część danych opierała się na samoopisie pacjentów, co może wiązać się z ryzykiem zniekształceń poznawczych lub tendencji do prezentowania siebie w określony sposób.

Pomimo wskazanych ograniczeń uzyskane rezultaty mają istotne znaczenie praktyczne. Potwierdzają one zasadność rekomendowania terapii poznawczo-behawioralnej jako metody pierwszego wyboru w leczeniu przewlekłej bezsenności oraz wskazują na potrzebę jej szerszego upowszechniania w praktyce klinicznej. W kontekście ograniczeń związanych z długotrwałą farmakoterapią, rozwijanie dostępności interwencji psychologicznych stanowi ważny kierunek działań systemowych, zarówno w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, jak i profilaktyki zaburzeń wtórnych.

Warto również zwrócić uwagę na znaczenie wczesnej diagnozy oraz psychoedukacji w zakresie higieny snu. Jak wskazują przeanalizowane przypadki, utrwalone przez lata nieadaptacyjne wzorce zachowań i przekonań dotyczących snu mogą znacząco podtrzymywać objawy bezsenności. Wprowadzenie odpowiednich oddziaływań na wczesnym etapie trudności może zapobiec ich przewlekaniu się oraz ograniczyć ryzyko rozwoju współwystępujących zaburzeń emocjonalnych.



Kierunkiem dalszych badań mogłoby być rozszerzenie analiz o większą, bardziej zróżnicowaną grupę badanych oraz zastosowanie metod ilościowych umożliwiających precyzyjniejsze określenie siły efektów terapeutycznych. Zasadne wydaje się także uwzględnienie dłuższej obserwacji kontrolnej, pozwalającej ocenić stabilność uzyskanych zmian w perspektywie kilku- lub kilkunastomiesięcznej. Interesującym obszarem eksploracji mogłoby być również badanie skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w formie zdalnej lub internetowej, co w dobie rosnącej cyfryzacji usług psychologicznych nabiera szczególnego znaczenia.

Podsumowując, niniejsza praca potwierdza, że terapia poznawczo-behawioralna stanowi skuteczną i bezpieczną metodę leczenia bezsenności, opartą na solidnych podstawach teoretycznych oraz licznych dowodach empirycznych. Analiza studiów przypadków ukazała, że odpowiednio zaplanowane i konsekwentnie realizowane oddziaływania terapeutyczne prowadzą do istotnej poprawy jakości snu oraz ogólnego funkcjonowania pacjentów. Bezsenność, choć bywa doświadczeniem długotrwałym i obciążającym, nie musi mieć charakteru nieodwracalnego. Zastosowanie ukierunkowanych, strukturalnych interwencji psychologicznych daje realną możliwość trwałej zmiany i poprawy jakości życia osób dotkniętych tym zaburzeniem.



Bibliografia

- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders* (3rd ed.). American Academy of Sleep Medicine.
- Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (2013). *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (5th ed.).
- Ancoli-Israel, S., & Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep*, 22(Suppl. 2), S347–S353.
- Avidan, A. Y., & Zee, P. C. (2007). *Poręcznik medycyny snu* (pp. 41–76). MediPage.
- Backhaus, J., Hohagen, F., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2001). Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 35–41.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 10–19.
- Baglioni, C., Lombardo, C., Bux, E., Hansen, M. L., Salveta, C., Biello, S., ... & Riemann, D. (2010). Psychophysiological reactivity to sleep-related emotional stimuli in primary insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 467–475.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 2, 50–62.
- Benca, R. M. (2006). Bezsenność. W A. Y. Avidan & P. C. Zee (Red.), *Podręcznik medycyny snu* (s. 41–76).
- Bhatt, M. H., Podder, N., & Chokroverty, S. (2005). Sleep and neurodegenerative diseases. *Seminars in Neurology*, 25(1), 39–51.



- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1995). 24-hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep*, 18, 581–588.
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1997). Physiological activation in patients with sleep state misperception. *Psychosomatic Medicine*, 59, 533–540.
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1998). The consequences of a week of insomnia. II. Patients with insomnia. *Sleep*, 21, 359–368.
- Bollu, P. C., & Kaur, H. (2019). Sleep medicine: Insomnia and sleep. *Missouri Medicine*, 116(1), 68–75.
- Borbely, A. (1990). *Tajemnice snu*. PWN.
- Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. M. (1991). Stimulus control instructions. In P. J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 19–28). Plenum Press.
- Carney, C. E., Edinger, J. D., Morin, C. M., Manber, R., Rybarczyk, B., Stepanski, E. J., ... & Lack, L. (2010). Examining maladaptive beliefs about sleep across insomnia patient groups. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 57–65.
- Costa e Silva, J. A., Chase, M., Sartorius, N., & Roth, T. (1996). Special report from a symposium organized by the World Health Organization and the World Federation of Sleep Research Societies: Insomnia and related disorders—Recognition, epidemiology, and rational management. *Sleep*, 19, 412–416.
- Drake, C., Richardson, G., Roehrs, T., Scofield, H., & Roth, T. (2004). Vulnerability to stress-related sleep disturbance and hyperarousal. *Sleep*, 27, 285–291.
- Drake, C. L., Scofield, H., & Roth, T. (2008). Vulnerability to insomnia: The role of familial aggregation. *Sleep Medicine*, 9, 297–302.
- Ebben, M. R., & Spielman, A. J. (2009). Non-pharmacological treatments for insomnia. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 244–254.



- Edinger, J. D., Carney, C. E., & Wohlgemuth, W. K. (2008). Pretherapy cognitive dispositions and treatment outcome in cognitive behavior therapy for insomnia. *Behavior Therapy, 39*, 406–416.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA, 285*, 1856–1864.
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review, 25*(5), 539–558.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep, 24*(5), 591–599.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorders in adults. *Annual Review of Psychology, 53*, 215–243.
- Espie, C. A., Broomfield, N. M., MacMahon, K. M. A., Macphee, L. M., & Taylor, L. M. (2006). The attention–intention–effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: A theoretical review. *Sleep Medicine Reviews, 10*, 215–245.
- Espie, C. A. (2007). Understanding insomnia through cognitive modelling. *Sleep Medicine, 8*(Suppl. 4), S3–S8.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: Implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 45–60.
- Espie, C. A., MacMahon, K. M., Kelly, H. L., Broomfield, N. M., Douglas, N. J., Engleman, H. M., McKinstry, B., Morin, C. M., Walker, A., & Wilson, P. (2007). Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep, 30*, 574–584.



- Finogenow, M. (2017). Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności i możliwości jej zastosowania u osób starszych. *Psychoterapia*, 3(182), 57–68.
- Fiorentino, L., & Martin, J. L. (2010). Awake at 4 a.m.: Treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11).
- Fornal-Pawłowska, M., Androsiuk, K., & Walacik, E. (2008). Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności przewlekłej. *Sen*, 8, 1–9.
- Fornal-Pawłowska, M., Skalski, M., & Szelenberger, W. (2007). Badanie predyspozycji do bezsenności za pomocą skali FIRST. *Sen*, 7, 104–109.
- Fornal-Pawłowska, M., Wołyńczyk-Gmaj, D., & Szelenberger, W. (2011). Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności. *Psychiatria Polska*, 45, 211–221.
- Fornal-Pawłowska, M., & Szelenberger, W. (2013). Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności przewlekłej. *Psychiatria Polska*, 47, 269–279.
- Gałaszko-Węgielnik, M. (2010). Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności pierwotnej (Rozprawa doktorska). Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Godet-Cayré, V., Pelletier-Fleury, N., Le Vaillant, M., Dinét, J., Massuel, M. A., & Léger, D. (2006). Insomnia and absenteeism at work: Who pays the cost? *Sleep*, 29, 179–184.
- Grabowski, K. (2011). Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności. *Psychiatria*, 8, 53–63.
- Greenblatt, D. J. (1992). Pharmacology of benzodiazepine hypnotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 7–13.
- Hajak, G., Bandelow, B., Zulley, J., et al. (2002). “As needed” pharmacotherapy combined with stimulus control treatment in chronic insomnia—Assessment of a novel intervention strategy in a primary care setting. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14, 1–7.
- Hajak, G., Rodenbeck, A., Staedt, J., et al. (1995). Nocturnal plasma melatonin levels in patients suffering from chronic primary insomnia. *Journal of Pineal Research*, 19, 116–122.



- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869–893.
- Instytut Psychiatrii i Neurologii. (2000). *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych: Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and older adults 55+ years of age. *Health Psychology*, 25, 3–14.
- Jacobs, G. D., Benson, H., & Friedman, R. (1993). Home-based central nervous system assessment of a multifactor behavioral intervention for chronic sleep-onset insomnia. *Behavior Therapy*, 24, 159–174.
- Jakitowicz, J. (2010). Aspekty kliniczne i neurofizjologiczne struktury zaburzeń snu w świetle badań własnych (Rozprawa habilitacyjna). Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Kacprzak, K. (2016). Interpretacyjna analiza fenomenologiczna: Charakterystyka podejścia i możliwości zastosowania w pedagogice/andragogice. *Rocznik Andragogiczny*, 26.
- Kales, A., & Kales, J. D. (1984). *Evaluation and treatment of insomnia*. Oxford University Press.
- Kiejna, A., Wojtyniak, B., & Rymaszewska, J. (2003). Prevalence of insomnia in Poland—Results of the National Health Interview Survey. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 68–73.
- Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2014). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 19, 6–16.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5. (2015). (P. Gałęcki & Ł. Święicki, Red.). Edra Urban & Partner.
- Landowski, J. (2007). Neurobiologia reakcji stresowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2(1), 26–36.



- LeBlanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 157–166.
- Levenson, J. C., Kay, D. B., & Buysse, D. J. (2015). The pathophysiology of insomnia. *Chest*, 147(4), 1179–1192.
- Mauri, M. (1990). Sleep and the reproductive cycle: A review. *Health Care for Women International*, 11(4), 409–421.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). (2006). Wydawnictwo Vesalius.
- Monroe, L. J. (1967). Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 255–264.
- Moline, M., Broch, L., & Zak, R. (2004). Sleep problems across the life cycle in women. *Current Treatment Options in Neurology*, 6(4), 319–330.
- Montgomery, P., & Dennis, J. A. (2002). Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003403.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.
- Morin, C. M. (2004). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl. 16), 33–40.
- Morin, C. M., & Azrin, N. H. (1987). Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 260–262.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*, 29, 1398–1414.



- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*, 281, 991–999.
- Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172–1180.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Murtagh, D. R., & Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79–89.
- Gałuszko-Węgielnik, M. (2010). Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności pierwotnej (Rozprawa doktorska). Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Godet-Cayré, V., Pelletier-Fleury, N., Le Vaillant, M., Dinet, J., Massuel, M. A., & Léger, D. (2006). Insomnia and absenteeism at work: Who pays the cost? *Sleep*, 29, 179–184.
- Grabowski, K. (2011). Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności. *Psychiatria*, 8, 53–63.
- Greenblatt, D. J. (1992). Pharmacology of benzodiazepine hypnotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 7–13.
- Hajak, G., Bandelow, B., Zulley, J., et al. (2002). “As needed” pharmacotherapy combined with stimulus control treatment in chronic insomnia—Assessment of a novel intervention strategy in a primary care setting. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14, 1–7.
- Hajak, G., Rodenbeck, A., Staedt, J., et al. (1995). Nocturnal plasma melatonin levels in patients suffering from chronic primary insomnia. *Journal of Pineal Research*, 19, 116–122.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869–893.



- Instytut Psychiatrii i Neurologii. (2000). *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych: Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and older adults 55+ years of age. *Health Psychology, 25*, 3–14.
- Jacobs, G. D., Benson, H., & Friedman, R. (1993). Home-based central nervous system assessment of a multifactor behavioral intervention for chronic sleep-onset insomnia. *Behavior Therapy, 24*, 159–174.
- Jakitowicz, J. (2010). Aspekty kliniczne i neurofizjologiczne struktury zaburzeń snu w świetle badań własnych (Rozprawa habilitacyjna). Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Kacprzak, K. (2016). Interpretacyjna analiza fenomenologiczna: Charakterystyka podejścia i możliwości zastosowania w pedagogice/andragogice. *Rocznik Andragogiczny, 26*.
- Kales, A., & Kales, J. D. (1984). *Evaluation and treatment of insomnia*. Oxford University Press.
- Kiejna, A., Wojtyniak, B., & Rymaszewska, J. (2003). Prevalence of insomnia in Poland—Results of the National Health Interview Survey. *Acta Neuropsychiatrica, 15*, 68–73.
- Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2014). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews, 19*, 6–16.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5. (2015). (P. Gałęcki & Ł. Świącicki, Red.). Edra Urban & Partner.
- Landowski, J. (2007). Neurobiologia reakcji stresowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 2*(1), 26–36.



- LeBlanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 157–166.
- LeBlanc, M., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., Baillargeon, L., & Morin, C. M. (2009). Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep*, 32(8), 1027–1037.
- Levenson, J. C., Kay, D. B., & Buysse, D. J. (2015). The pathophysiology of insomnia. *Chest*, 147(4), 1179–1192.
- Mauri, M. (1990). Sleep and the reproductive cycle: A review. *Health Care for Women International*, 11(4), 409–421.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). (2006). Wydawnictwo Vesalius.
- Monroe, L. J. (1967). Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 255–264.
- Moline, M., Broch, L., & Zak, R. (2004). Sleep problems across the life cycle in women. *Current Treatment Options in Neurology*, 6(4), 319–330.
- Montgomery, P., & Dennis, J. A. (2002). Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003403.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., ... & Swick, T. J. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. *Sleep*, 29(11), 1415–1419.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.
- Morin, C. M. (2004). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl. 16), 33–40.



- Morin, C. M., & Azrin, N. H. (1987). Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 260–262.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*, 29, 1398–1414.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*, 281, 991–999.
- Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172–1180.
- Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 741–752.
- Morin, C. M., Vallieres, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547–1554.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Murtagh, D. R., & Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79–89.
- Narębski, J. (1979). Zapis EEG w czasie snu z uwzględnieniem dojrzałości mózgu. W J. Majkowski (Red.), *Elektroencefalografia kliniczna*. PZWL.
- Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego. (1984). *Konsensus Conference: Drugs and insomnia. The use of medications to promote sleep*. *JAMA*, 251, 2410–2414.

- National Institutes of Mental Health. (1984). *Consensus conference: Drugs and insomnia. The use of medications to promote sleep*. *JAMA*, 251, 2410–2414.
- Niemcewicz, S., Szelenberger, W., Skalski, M., Androsiuk, W., Piotrowski, T., Myszk, D. M., & Moskwa, M. (2001). Psychofizjologiczne wskaźniki bezsenności przewlekłej. *Psychiatria Polska*, 35, 583–591.
- Nowell, P. D., Mazumdar, S., Buysse, D. J., Dew, M. A., Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1997). Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA*, 278, 2170–2177.
- Nowicki, Z. (2002). Uwagi ogólne dotyczące problematyki snu. *Sen*, 2(Suppl. A), A1–A6.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 97–111.
- Ohayon, M. M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 9–15.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment development study. *Behavior Therapy*, 39, 171–182.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2009). Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: A naturalistic 12-month follow-up. *Explore*, 5, 30–36.
- Omvik, S., Sivertsen, B., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., & Nordhus, I. H. (2008). Daytime functioning in older patients suffering from chronic insomnia: Treatment outcome in a randomized controlled trial comparing CBT with zopiclone. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 623–641.
- Öst, L.-G., Havik, O. E., Flückiger, C., Andersson, G., & Lindefors, N. (2025). Cognitive behavioral therapy for adult insomnia disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*.



- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia* (pp. 17–225). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Parnowski, T., & Jernajczyk, W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11, 417–425.
- Perlis, M., Shaw, P. J., Cano, G., & Espie, C. A. (2011). Models of insomnia. W M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 850–865). Elsevier/Saunders.
- Perlis, M. L., Benson-Jungquist, C., Smith, M. T., et al. (2005). *Cognitive-behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide* (pp. 31–33). Springer.
- Phillips, B., & Mannino, D. M. (2007). Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease? *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3, 489–494.
- Płażnik, A. (2007). Leczenie bezsenności. W W. Szelenberger (Ed.), *Bezsennaść* (pp. 45–58). Via Medica.
- Popiel, A., & Pragłowska, E. (2008). Psychoterapia poznawczo-behawioralna: Teoria i praktyka (pp. 139–163). Paradygmat.
- Popiel, A., & Pragłowska, E. (2009). Psychoterapia poznawczo-behawioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2(3), 146–155.
- Rakowska, J. M. (2005). Skuteczność psychoterapii: Przegląd badań. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Richardson, G. S. (2007). Human physiological models of insomnia. *Sleep Medicine*, 8(Suppl. 4), S9–S14.
- Richardson, G. S., & Roth, T. (2001). Future directions in the management of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(10), 39–45.



- Riemann, D., & Perlis, M. L. (2009). The treatment of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 205–214.
- Rosenlicht, N. (2007). Cognitive-behavioral group therapy for insomnia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 117–121.
- Schmidt, R. E., Gay, P., Ghisletta, P., & Van der Linden, M. (2010). Linking impulsivity to dysfunctional thought control and insomnia: A structural equation model. *Journal of Sleep Research*, 19, 3–11.
- Schultz, J. H., & Luthe, W. (1959). *Autogenic training*. Grune & Stratton.
- Skalski, M., Fornal, M., & Szelenberger, W. (2006). Rodzinne występowanie bezsenności nieorganicznej. *Sen*, 6(1), 1–7.
- Sobańska, A., Wichniak, A., Wierzbicka, A., et al. (2006). Mianseryna w leczeniu bezsenności pierwotnej. *Sen*, 6(2), 58–63.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 555–560.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Spielman, A. J., Caruso, L., & Glovinsky, P. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 541–553.
- Spielman, A. J., & Glovinsky, P. B. (1991). The varied nature of insomnia. W P. J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 1–15). Plenum Medical Book Co.
- Spielman, A. J., & Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10(1), 45–56.



- Szelenberger, W. (2006). Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem. *Sen*, 6, A1–A10.
- Szelenberger, W. (2007). Neurobiologia snu. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 75(1), 3–8.
- Szelenberger, W. (Red.). (2007). *Bezsennaść*. Via Medica.
- Szelenberger, W., & Androsiuk, K. (2007). Leczenie bezsenności. W W. Szelenberger (Ed.), *Bezsennaść* (pp. 59–80). Via Medica.
- Szelenberger, W., & Skalski, M. (2002). Zaburzenia snu. W A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, & J. Wciórka (Eds.), *Psychiatria* (t. 2, pp. 538–554). Urban & Partner.
- Turska, W., & Skowron, A. (2009). Metodyka oceny jakości życia. *Farmacja Polska*, 65, 572–580.
- Tylka, J., & Piotrowicz, R. (2009). Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska*, 67, 1166–1169.
- Vgontzas, A. N., Bixler, E. O., Lin, H. M., et al. (2001). Chronic insomnia is associated with nyctohemeral activation of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis: Clinical implications. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 86, 3787–3794.
- Vgontzas, A. N., Tsigos, C., Bixler, E. O., et al. (1998). Chronic insomnia and activity of the stress system: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 21–31.
- Wciórka, J. (Red.). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV*. Elsevier Urban & Partner.
- Walacik-Ufnal, E. (2015). Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności. *Psychiatria*, 12(2), 90–98.
- Wichniak, A., & Jarema, M. (2018). Podstawy rozpoznawania i leczenia wybranych zaburzeń snu. W *Biblioteka czasopisma Psychiatria*. Via Medica.



- Wichniak, A., Wierzbicka, A., & Jernajczyk, W. (2008). Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 1(1), 30–39.
- Wichniak, A., Wierzbicka, A., Sobańska, A., & Jernajczyk, W. (2005). Niefarmakologiczne metody leczenia bezsenności. *Wiadomości Psychologiczne*, 1, 57–68.
- Wojas, A., & Nowicka-Sauer, K. (2009). Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń snu w Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów Zdrowotnych. *Sen*, 9(1–2), 37–43.
- Wołyńczyk-Gmaj, D., & Szelenberger, W. (2011). Waking EEG in primary insomnia. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 71, 387–392.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>



Spis rysunków

Rys.1. Model diagnostyczny przyczyn bezsenności

Rys.2. Model patogenezy i utrwalania bezsenności

Rys.3. Mechanizm zniekształconej oceny snu i funkcjonowania dziennego

Rys.4. Poznawczo-behawioralny model błędnego koła bezsenności

