

KIEDY PROBLEM ZE SNEM STAJE SIĘ ZABURZENIEM – JAK SKUTECZNIE LECZYĆ METODĄ CBT-I?

CELEM ARTYKUŁU JEST POKAZANIE BEZSENNOŚCI NIE JAKO PRZEJŚCIOWEJ NIEDOGODNOŚCI CZY „NATURALNEJ KONSEKWENCJI STRESUJĄCEJ PRACY”, LECZ JAKO ZABURZENIA, KTÓRE MOŻNA I NALEŻY SKUTECZNIE LECZYĆ. SZCZEGÓLNE MIEJSCE ZAJMUJE TU TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA BEZSENNOŚCI, CZYLI CBT-I, METODA PIERWSZEGO WYBORU, DOBRZE UDOKUMENTOWANA NAUKOWO I MOŻLIWA DO ZASTOSOWANIA U OSÓB PRACUJĄCYCH W WARUNKACH WYSOKIEGO OBCIĄŻENIA PSYCHICZNEGO ORAZ NIEREGULARNEGO RYTMU DNIA.

84

Monika Bulanowska

Psycholog, psychoterapeuta CBT

W środowisku weterynaryjnym chroniczne zmęczenie bywa często traktowane jako cena zaangażowania, dyspozycyjności i profesjonalizmu. Lekarze weterynarii troszczą się o zdrowie zwierząt, wspierają właścicieli w trudnych decyzjach, pracują pod presją czasu, emocji i odpowiedzialności. Jednocześnie odkładają własną regenerację na dalszy plan. Tymczasem współczesna medycyna snu jasno wskazuje, że przewlekła bezsenność nie jest „cechą zawodu”, ani dowodem odporności psychicznej. Jest zaburzeniem, które wpływa na funkcjonowanie całego organizmu i wymaga profesjonalnej interwencji.

Znaczenie snu wykracza daleko poza subiektywne poczucie wypoczęcia. Niedobór snu osłabia uwagę, zdolność podejmowania decyzji i elastyczność poznawczą. Utrudnia regulację emocji, zwiększa drażliwość i obniża odporność na stres. Dlatego rozmowa o bezsenności wśród lekarzy weterynarii nie jest roz-

mową o komforcie, lecz o zdrowiu oraz jakości i bezpieczeństwie pracy. CBT-I daje w tym obszarze konkretne narzędzia: pomaga nie tylko poprawić sen, ale również przerwać mechanizmy, które utrzymują przewlekłe pobudzenie organizmu i lęk przed kolejną nieprzespaną nocą.

Bezsennaść jako zaburzenie

Bezsennaść nie jest definiowana przez liczbę godzin snu. Jest zaburzeniem charakteryzującym się subiektywnie odczuwaną trudnością w zasypianiu, utrzymaniu ciągłości snu lub przedwczesnym budzeniem się. Wśród towarzyszących konsekwencji w ciągu dnia są najczęściej pojawiają się: zmęczenie, pogorszenie koncentracji, drażliwość lub obniżenie efektywności zawodowej. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-5 oraz ICD-11, o zaburzeniu bezsenności mówimy, gdy powyższe **objawy występują co najmniej trzy noce w tygodniu, przez minimum trzy miesiące** (1).

W pracy terapeutycznej szczególnie ważne jest rozróżnienie między bezsennością krótkotrwałą a przewlekłą. Przejściowe trudności ze snem są naturalną reakcją organizmu na zwiększone obciążenie psychiczne lub sytuacje stresowe. Mogą pojawić się w okresie choroby, po trudnym dyżurze, w czasie przeciążenia zawodowego albo w związku z ważnymi wydarzeniami osobistymi. U większości osób sen stopniowo wraca wówczas do normy wraz z ustąpieniem stresora. Problem zaczyna się wtedy, gdy mechanizmy adaptacyjne przestają działać prawidłowo, a wokół snu pojawia się narastające napięcie, lęk i zachowania podtrzymujące bezsenność. Pacjent zaczyna „pilnować” snu, wydłuża czas spędzany w łóżku, próbuje kompensować zmęczenie drzemkami lub coraz bardziej obawia się kolejnej nieprzespanej nocy. To właśnie w tym momencie przejściowy problem może przekształcić się w utrwalone zaburzenie.

Dane epidemiologiczne pokazują, że skala problemu jest znacząca. Szacuje się,

że przewlekła bezsenność dotyczy około 10-15 % dorosłej populacji. W zawodach medycznych częstość występowania zaburzeń snu jest jednak wyraźnie wyższa. Dotyczy to szczególnie osób pracujących zmianowo, dyżurowo oraz funkcjonujących pod stałą presją odpowiedzialności (3).

Raport MEDWET 2023-2024 wskazuje, że wielu lekarzy weterynarii doświadcza przewlekłego stresu, przeciążenia emocjonalnego oraz objawów wypalenia zawodowego – czynników silnie związanych z zaburzeniami snu. W praktyce klinicznej często obserwuje się także utrzymujące się pobudzenie układu nerwowego po pracy, trudność w „wyłączeniu myślenia” oraz nasilone napięcie przed snem (2).

Bezsennosć nie pozostaje obojętna dla organizmu. Chroniczna deprywacja snu zwiększa ryzyko zaburzeń nastroju, nadciśnienia tętniczego, chorób metabolicznych oraz osłabienia odporności immunologicznej. Coraz więcej badań pokazuje również jej wpływ na funkcjonowanie poznawcze: pogorszenie pamięci, spadek zdolności koncentracji i większą podatność na błędy decyzyjne.

Kiedy szukać profesjonalnej pomocy?

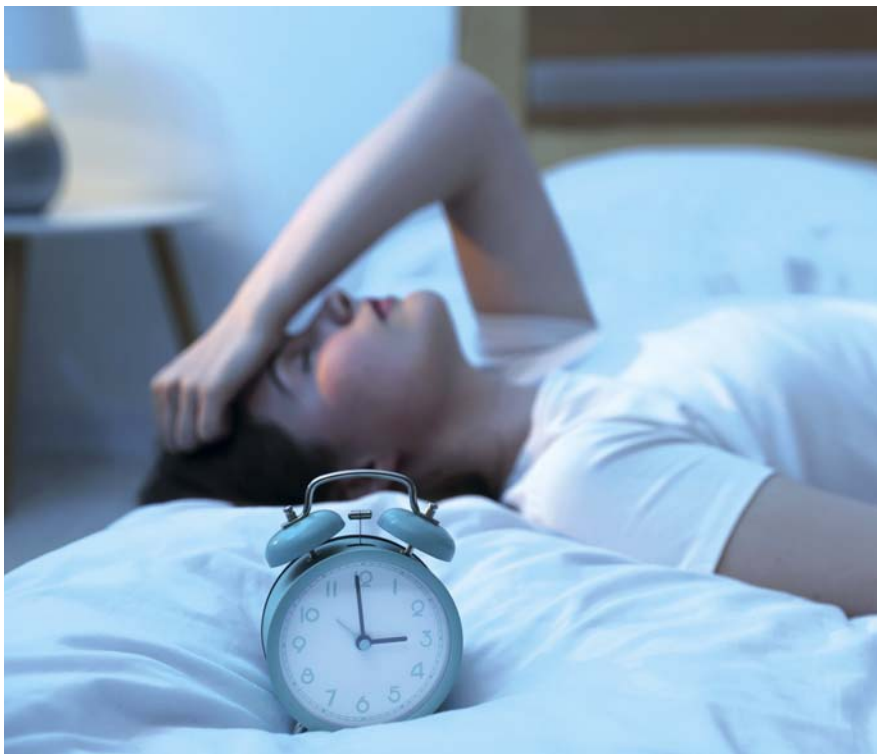
- Bezsennosć trwa ponad 3 miesiące i występuje co najmniej 3 noce w tygodniu
- Problemy ze snem wpływają na funkcjonowanie zawodowe lub relacje
- Samodzielne próby poprawy snu nie przyniosły efektów
- Stosujesz alkohol lub leki OTC, by zasnąć
- Lęk przed snem pojawia się już w ciągu dnia
- Twój partner lub rodzina zwraca uwagę na zmiany w Twoim zachowaniu

Zaznaczone ≥ 3 kryteria – wskazanie do konsultacji z terapeutą CBT-I

Mechanizmy podtrzymujące bezsennosć

Jednym z najważniejszych modeli wyjaśniających rozwój bezsennosć pozostaje koncepcja 3P Spielmana (1), opisująca trzy grupy czynników wpływających na powstawanie i utrzymywanie się zaburzenia:

- czynniki predysponujące np. wysoka reaktywność emocjonalna, perfekcjonizm,



skłonność do zamartwiania się, płęć (kobiety mają większą skłonność);

- czynniki wyzwalające np. dyżury nocne, kryzys zawodowy, przewlekły stres, konflikt lub doświadczenie straty;
- czynniki podtrzymujące np. nieregularny rytm snu, drzemki, wydłużanie czasu spędzanego w łóżku, lęk przed kolejną nieprzespaną nocą.

Z perspektywy terapeutycznej szczególnie istotne są właśnie mechanizmy podtrzymujące. To one sprawiają, że przejściowe trudności ze snem przekształcają się w utrwalone zaburzenie. Pacjent zaczyna koncentrować uwagę na śnie, kontrolować organizm, analizować każdą noc i podejmować działania, które chwilowo przynoszą ulgę, ale długofalowo mogą nasilać problem.

W praktyce lekarzy weterynarii często obserwuje się charakterystyczny rodzaj pobudzenia poznawczego przed snem. Po wielogodzinnym dyżurze organizm jest fizycznie wyczerpany, jednak umysł nadal pozostaje w stanie wysokiej aktywności. Pojawiają się analizy przypadków klinicznych, powracające rozmowy z właścicielami zwierząt, myśli dotyczące możliwych błędów, odpowiedzialności czy decyzji terapeutycznych. Dla wielu osób moment położenia się do łóżka staje się pierwszą chwilą względnej ciszy po całym dniu intensywnej pracy. Właśnie wtedy napięcie psychiczne staje się najbardziej odczuwalne. Organizm próbuje wejść w stan snu, ale mózg nadal funkcjonuje w try-

bie pracy: monitoruje, analizuje i pozostaje w gotowości.

CBT-I: złoty standard leczenia bezsennosć

Terapia poznawczo-behawioralna bezsennosć (CBT-I, Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia) jest obecnie uznawana za metodę pierwszego wyboru w leczeniu przewlekłej bezsennosć. To ustrukturyzowana interwencja terapeutyczna opracowana w celu modyfikacji mechanizmów poznawczych i behawioralnych, które podtrzymują zaburzenie snu (1).

Warto podkreślić, że terapia opiera się na precyzyjnym protokole opartym na evidence-based medicine, którego skuteczność została potwierdzona w licznych badaniach i metaanalizach. Rekomendacje jej stosowania jako terapii pierwszego wyboru w leczeniu przewlekłej bezsennosć wydały m.in. American Academy of Sleep Medicine (AASM), NICE Guidelines oraz Society of Behavioral Sleep Medicine. Skuteczność CBT-I jest dobrze udokumentowana. Metaanalizy pokazują, że terapia:

- skraca czas zasypiania,
- zmniejsza liczbę nocnych wybudzeń,
- poprawia efektywność snu,
- redukuje napięcie i lęk związany ze snem,
- poprawia funkcjonowanie dzienne,
- daje bardziej trwałe efekty, niż leczenie farmakologiczne.

Tabela 1. Porównanie CBT-I a farmakoterapii.

Kryterium	CBT-I	Farmakoterapia
Skuteczność krótkoterminowa	Wysoka: efekty po 4-8 tygodniach	Wysoka: efekty szybkie, niekiedy już w pierwszą noc
Skuteczność długoterminowa	Bardzo wysoka: efekty utrzymują się po zakończeniu terapii	Umiarkowana: po odstawieniu leku często nawrót
Mechanizm działania	Modyfikacja behawioralna i poznawcza	Farmakologiczne obniżenie pobudzenia OUN
Ryzyko uzależnienia / tolerancji	Brak	Obecne w zależności od grupy leków i czasu stosowania
Efekty uboczne	Przejściowe nasilenie senności w fazie restrykcji snu	Działania niepożądane zawarte w ulotce
Dostępność	Wymaga pracy z terapeutą CBT-I	Wymaga kontaktu z lekarzem: recepta
Czas trwania	6-8 sesji terapeutycznych	Zazwyczaj długoterminowe stosowanie

Kluczowa różnica między CBT-I a farmakoterapią dotyczy właśnie trwałości rezultatów. Leki nasenne mogą być pomocne krótkoterminowo, szczególnie w okresach ostrego kryzysu lub nasilonego stresu, jednak ich działanie ma przede wszystkim charakter objawowy. Nie wpływają one na mechanizmy poznawcze i behawioralne odpowiedzialne za utrzymywanie bezsenności.

CBT-I działa inaczej. Celem terapii jest przerwanie błędnego koła bezsenności: zmniejszenie nadmiernego pobudzenia organizmu, odbudowanie prawidłowej regulacji snu oraz zmiana sposobu reagowania na trudności nocne. W praktyce oznacza to nie tylko poprawę jakości snu, ale również odzyskanie poczucia bezpieczeństwa i przewidywalności związanego z nocnym odpoczynkiem.

Komponenty CBT-I: co się dzieje w terapii

CBT-I nie jest pojedynczą techniką ani zestawem uniwersalnych porad dotyczących snu. To ustrukturyzowany protokół terapeutyczny obejmujący kilka wzajemnie uzupełniających się modułów, wdrażanych zazwyczaj podczas 6-8 sesji indywidualnych lub grupowych. Poszczególne elementy terapii oddziałują na mechanizmy odpowiedzialne za utrzymywanie bezsenności, obejmujące zarówno dysfunkcjonalne wzorce behawioralne, jak i procesy poznawcze nasilające pobudzenie. Wśród nich należy wyróżnić opisane tu w dalszej kolejności (1).

Psychoedukacja

Pierwszym etapem terapii jest zrozumienie biologii snu oraz mechanizmów rozwoju bezsenności. Wielu pacjentów in-

terpretuje pojedynczą gorszą noc jako sygnał zagrożenia i zaczyna traktować sen zadaniowo: jako coś, co trzeba kontrolować. Tymczasem organizm posiada naturalną zdolność regulacji snu. Problem pojawia się wtedy, gdy wokół snu narasta napięcie, nadmierna kontrola i lęk przed kolejną nieprzespaną nocą. Psychoedukacja pomaga pacjentowi zrozumieć, dlaczego zmęczenie nie zawsze prowadzi do snu oraz w jaki sposób stres wpływa na nasze funkcjonowanie.

Kontrola bodźców

Jest to jedna z najskuteczniejszych pojedynczych interwencji w pracy z zaburzeniem snu. Jej celem jest przywrócenie łóżku podstawowej funkcji: miejsca przeznaczonego do snu, a nie do czuwania, analizowania problemów czy regulowania napięcia poprzez korzystanie z telefonu.

Pacjent uczy się:

- kłaść do łóżka wyłącznie wtedy, gdy odczuwa senność, a nie jedynie zmęczenie,
- opuszczać łóżko, jeśli nie zaśnie w ciągu około 15-20 minut,
- unikać pracy, jedzenia czy spędzania czasu w łóżku.

Technika ta opiera się na mechanizmach warunkowania klasycznego. W przewlekłej bezsenności łóżko często przestaje kojarzyć się ze snem, a zaczyna z napięciem, frustracją i nadmierną aktywnością poznawczą. Kontrola bodźców pomaga stopniowo odbudować prawidłowe skojarzenie między łóżkiem a snem.

Restrykcja snu

Z praktyki terapeutycznej wiadomo, że budzi największy opór u pacjentów. Intuicyjnie osoby cierpiące na bezsenność

próbują „dać sobie więcej czasu na sen”, wcześniej kładąc się do łóżka lub pozostając w nim dłużej rano. Paradoksalnie często prowadzi to do dalszego pogorszenia jakości snu. Restrykcja snu polega na czasowym ograniczeniu czasu spędzanego w łóżku do rzeczywistej liczby godzin snu. Celem tej metody jest zwiększenie homeostatycznego „głodu snu” i poprawa jego efektywności. W praktyce oznacza to bardziej skondensowany, głębszy i mniej fragmentaryczny sen.

Restrukturyzacja poznawcza

Ten obszar koncentruje się na identyfikacji i modyfikacji dysfunkcjonalnych przekonań dotyczących snu. U osób z przewlekłą bezsennością bardzo często pojawiają się automatyczne myśli, takie jak:

- „Jeśli nie prześpię siedmiu godzin, jutro nie będę w stanie pracować”.
- „Bezsennność całkowicie niszczy moje zdrowie”.
- „Muszę kontrolować swój sen”.
- „Nigdy już nie będę spać normalnie”.

Takie przekonania nasilają napięcie emocjonalne i wzmacniają napięcie organizmu. W efekcie sam moment położenia się do łóżka zaczyna wywoływać reakcję alarmową. Restrukturyzacja poznawcza nie polega na „pozytywnym myśleniu”, ani bagatelizowaniu trudności pacjenta. Celem terapii jest wypracowanie bardziej realistycznego, elastycznego sposobu interpretowania problemów ze snem.

Techniki relaksacyjne

W terapii CBT-I stosuje się również techniki pomagające obniżyć poziom pobudzenia. Szczególnie skuteczne okazują się:

- trening relaksacji mięśniowej,
- techniki oddechowe,
- mindfulness,
- techniki wyciszania poznawczego.

W praktyce klinicznej bardzo ważne jest jednak odróżnienie relaksacji od „próby wymuszenia snu”. Pacjenci często traktują techniki relaksacyjne zadaniowo, jako kolejny sposób kontrolowania zasypiania. Tymczasem im silniejsza staje się presja zaśnięcia, tym bardziej aktywizuje się układ alarmowy organizmu. Celem relaksacji nie jest więc „natychmiastowe zaśnięcie”, lecz stopniowe obniżenie poziomu napięcia fizjologicznego i poznawczego.

Higiena snu

Higiena snu obejmuje zalecenia dotyczące warunków i zachowań związanych ze



SHUTTERSTOCK

snem, m.in. temperatury sypialni, ekspozycji na światło, spożycia kofeiny i alkoholu czy aktywności fizycznej. Warto jednak podkreślić, że sama higiena snu rzadko okazuje się wystarczająca w leczeniu przewlekłej bezsenności. Wbrew popularnym przekazom nie stanowi ona rdzenia terapii CBT-I, lecz element wspierający pozostałe interwencje.

Szczególnie istotna jest edukacja dotycząca wpływu alkoholu na sen. Choć subiektywnie może on ułatwiać zasypianie, w rzeczywistości zaburza architekturę snu, dezorganizuje fazę REM oraz prowadzi do fragmentacji snu w drugiej połowie nocy. Efekt „lepszego snu po alkoholu” jest więc najczęściej krótkotrwałym i mylącym doświadczeniem (szerzej opisane w „Życiu Weterynaryjnym” kwiecień 2026).

Praca z lękiem przed bezsennością

Jednym z najsilniejszych mechanizmów podtrzymujących bezsenność jest lęk antycypacyjny związany ze snem. Pacjenci często mówią:

- „Dziś muszę się wyspać, bo jutro mam trudny dyżur”.
- „Jutro muszę być w dobrej formie”.
- „Jeśli dziś nie zasnę, nie poradzę sobie w pracy”.

Choć myśli te wydają się logiczne, paradoksalnie zwiększają napięcie i utrudniają zasypianie. Sen przestaje być naturalnym procesem biologicznym, a staje się zadaniem wymagającym kontroli i ciągłego monitorowania. Praca terapeutyczna koncentruje się tutaj na redukcji nadmiernej czujności wobec procesu zasypiania i pracy poznawczej. Wykorzystuje się zarówno klasyczne techniki po-

znanawcze, jak i elementy terapii ACT, szczególnie strategię akceptacji oraz defuzji poznawczej. Celem nie jest „pozbycie się” trudnych myśli, lecz zmiana relacji z nimi i ograniczenie ich wpływu na poziom pobudzenia organizmu. W praktyce wielu pacjentów dopiero wtedy zaczyna odzyskiwać poczucie, że sen może ponownie stać się procesem spontanicznym, a nie kolejnym obszarem walki i kontroli.

Cechy osobowości zwiększające ryzyko bezsenności

W badaniach dotyczących zawodów medycznych podkreśla się, że określone cechy osobowości i style funkcjonowania mogą zwiększać podatność na rozwój przewlekłej bezsenności. Wśród lekarzy weterynarii szczególnie często obserwuje się wysoki poziom sumienności, perfekcjonizmu klinicznego oraz nasilone poczucie odpowiedzialności. Są to cechy adaptacyjne, sprzyjające uczeniu się, uważności diagnostycznej, zaangażowaniu i wysokim standardom pracy, jednak w warunkach chronicznego obciążenia mogą prowadzić do utrzymywania nadmiernej aktywacji układu nerwowego. Istotne znaczenie ma również tendencja do ruminalacji, czyli wielokrotnego analizowania podjętych decyzji, możliwych błędów oraz ich potencjalnych konsekwencji. Po zakończeniu pracy procesy poznawcze często nie ulegają wygaszeniu, umysł pozostaje skoncentrowany na przypadkach klinicznych, rozmowach z właścicielami zwierząt czy alternatywnych scenariuszach leczenia. Z perspektywy psychofizjologii snu oznacza to

utrzymywanie wysokiego poziomu pobudzenia poznawczego, mimo fizycznego zmęczenia organizmu (4).

U części lekarzy widoczna jest także nasilona potrzeba kontroli, wysokie standardy pracy oraz podwyższona wrażliwość na możliwość popełnienia błędu. Mechanizmy te zwiększają napięcie i stan przewlekłej czujności. W praktyce przekłada się to na trudność w wyciszeniu przed snem, nasilone monitorowanie własnego stanu oraz większe ryzyko utrwalania się bezsenności przewlekłej.

Podsumowanie

Bezsennność przewlekła nie jest przejściową niedogodnością, ani naturalnym kosztem pracy w zawodzie medycznym. To zaburzenie o dobrze poznanych mechanizmach neurobiologicznych i psychologicznych, które wpływa nie tylko na samopoczucie, ale również na funkcjonowanie poznawcze, regulację emocji oraz jakość decyzji klinicznych. W środowisku weterynaryjnym ryzyko jej rozwoju zwiększają zarówno warunki pracy tj.: dyżury nocne, przeciążenie emocjonalne i chroniczny stres, jak i cechy osobowości charakterystyczne dla tej grupy zawodowej, takie jak perfekcjonizm, wysoka odpowiedzialność czy sumienność.

Współczesne rekomendacje kliniczne jednoznacznie wskazują terapię poznawczo-behawioralną bezsenności (CBT-I) jako metodę pierwszego wyboru w leczeniu przewlekłych zaburzeń snu. CBT-I nie ogranicza się do redukcji objawów, lecz wpływa na mechanizmy podtrzymujące bezsenność: przewlekłe napięcie organizmu, lęk związany ze snem oraz dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie. Dzięki temu terapia pozwala osiągać trwałe efekty i poprawia nie tylko jakość snu, ale również codzienne funkcjonowanie psychiczne i zawodowe.

Zadbanie o sen to wyraz troski o swoje zdrowie i sprawność zawodową. ●

Piśmiennictwo

1. Fornal-Pawłowska M., Walacik-Ufnal E.: Pokonaj bezsenność w 6 krokach z terapią poznawczo-behawioralną. Wydawnictwo Samo Sedno (Edgard), Warszawa 2020.
2. Majchrzak M.: Sen w pracy zmianowej. Jak się wyspać i żyć lepiej. MM Solution Mateusz Majchrzak, Poznań 2025.
3. Manber R., Carney C. E.: Plany terapii i interwencje CBT w przypadku bezsenności. Podejście oparte na konceptualizacji przypadku. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2026.
4. MEDWET: Raport z badania dobrostanu lekarzy weterynarii w Polsce 2023–2024. Krajowa Izba Lekarsko-Weterynaryjna (Vetpol), Warszawa 2024.

Monika Bulanowska,

e-mail: monika.bulanowska@gmail.com