

Nefarmakološki pristopi pri obravnavi kronične nespečnosti

Non-pharmacological approaches to the treatment of chronic insomnia

Vita Štukovnik,¹ Leja Dolenc Grošel²

¹ Služba za nevrorehabilitacijo, Nevrološka klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

² Klinični inštitut za klinično nevrofiziologijo, Nevrološka klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana

Korespondenca/

Correspondence:

dr. Vita Štukovnik, univ. dipl. psih.;
vita.stukovnik@kclj.si,
tel: 01 522 3209

Ključne besede:

nespečnost, kognitivno-vedenjska terapija, nefarmakološke metode, modeli nespečnosti

Key words:

insomnia, cognitive-behavioral therapy, non-pharmacological approaches, models of insomnia

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2013;
82: 316–25

Prispelo: 10. avg. 2012,
Sprejeto: 27. nov. 2012

Izvleček

Nespečnost je vztrajna motnja z različnimi vzroki, pojavnostjo in posledicami za zdravje posameznika. Ne glede na prvotne vzroke nespečnosti pa kronično nespečnost običajno oblikujejo in vzdržujejo naučena vedenja in kognicije posameznika, ki utrujejo motnje spanja. V članku podajamo pregled osnovnih modelov in mehanizmov nastanka in vzdrževanja kronične nespečnosti ter predstavljamo temelje in cilje kognitivno-vedenjskih pristopov (KVT) pri njeni obravnavi. Gre za varne in učinkovite pristope, ki se uporabljajo kot monoterapija ali podpora pri zdravljenju z zdravili. Podatki kažejo, da je KVT uspešna pri 70–80 % bolnikov z dolgotrajno nespečnostjo in pomembno vpliva na več kazalcev nespečnosti, vključno s časom do uspavanja in količino budnosti preko noči. Poleg klinično merljivih sprememb metoda prispeva tudi k ponovnemu občutku nadzora nad lastnim spanjem, s čimer znižuje čustveni stres, ki ga povzročajo motnje spanja. Kljub številnim dokazom, ki podpirajo učinkovitost in njihovo uspešnost, kakor tudi prednost pred zdravili, pa nefarmakološke pristope v zdravstvenem sistemu premalo poznajo in uporabljajo. Pomemben izziv za prihodnost je razširiti te z dokazi podprte postopke zdravljenja ter povečati njihovo rutinsko uporabo v klinični praksi.

Abstract:

Sleep disorders have a negative impact on the quality of life and contribute to physical and mental health problems. Insomnia is a pervasive condition with various causes, manifestations, and health consequences. Even though it can be triggered by a variety of precipitating events, psychological and behavioral factors are almost always involved in perpetuating or exacerbating it over time, and lead to chronic condition. This article reviews some basic models and mechanisms of chronic insomnia as well as the rationale and objectives of cognitive-behavioral therapy (CBT) in its management. CBT is a safe and effective treatment that may be used either as a monotherapy or to augment therapy with drugs. Evidence from controlled clinical trials indicates that the majority of patients (70 % to 80 %) with persistent insomnia respond to this treatment, which is comparable to medication treatment. Aside from the clinically measurable changes, this therapy system enables patients to regain a feeling of control over their sleep, thereby reducing the emotional distress that sleep disorders cause. But despite the evidence for effectiveness and efficacy of these therapies and also the preference for non-pharmacological treatments expressed by many patients, psychological and behavioral approaches still remain underutilized by health care practitioners. Thus, an important challenge for the future is to disseminate these evidence-based therapies more effectively and increase their routine use in clinical practice.

Uvod

Nespečnost je ena najpogostejših motenj spanja pri odrasli populaciji. Gre za resno motnjo, ki je povezana z znižano kakovostjo življenja posameznika, povečanim tveganjem za duševne motnje in druge težave v telesnem zdravju ter pomembnim negativnim tveganjem za imunski sistem.¹⁻⁶ Približno tretjina ljudi v splošni populaciji poroča o enem ali več simptomih nespečnosti, 10–12 % jih izpolnjuje merila za klinično diagnozo nespečnosti,⁷ v pozni odraslosti pa se diagnoza nespečnosti prepozna pri več kot 20 % posameznikov.⁸ Skoraj polovica posameznikov poroča o vztrajanju simptomov eno leto ali več.⁹⁻¹¹ Vse to opozarja na dejstvo, da je kronična nespečnost široko razširjen zdravstveni problem.

Različna zdravila, vključno s tradicionalnimi benzodiazepini in hipnotiki nove generacije, so lahko kratkotrajno olajšanje za bolnike z nespečnostjo.¹²⁻¹⁸ Vendar imajo zdravila številne neželene učinke, ob dolgoročni uporabi se tolerančni prag in s tem tudi učinkovitost zniža,^{19,20} možen je razvoj telesne odvisnosti, vsa zdravila pa lahko ob dolgoročni uporabi privedejo tudi do psihične odvisnosti. Poleg tega uporaba zdravil v primeru primarne nespečnosti omogoča le simptomatsko zdravljenje, saj ne odpravlja ključnih mehanizmov, ki jo vzdržujejo. Več študij kaže, da bolniki po koncu medikamentnega zdravljenja postopno ponovno poročajo o simptomih nespečnosti.²¹⁻²³ Študije poleg tega poročajo, da bolniki z nespečnostjo raje kot medikamentno zdra-

vljenje izbirajo zdravljenje brez zdravil, če je le-to na voljo.^{24,25}

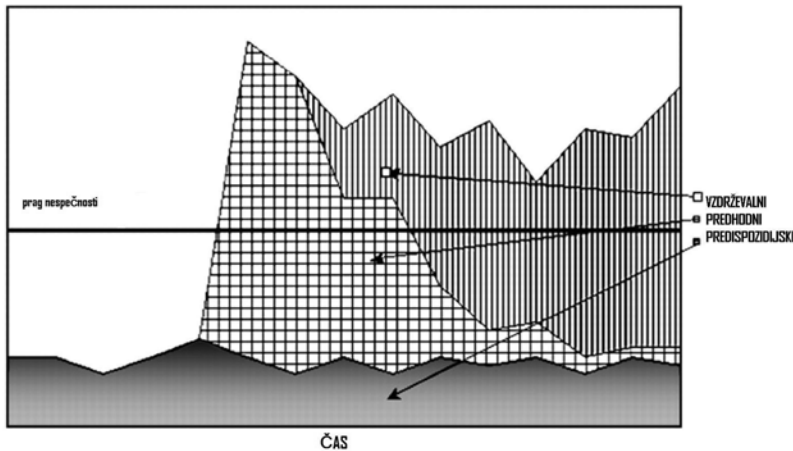
V svetu danes najbolj prepoznavno in splošno uveljavljeno nefarmakološko zdravljenje nespečnosti je kognitivno-vedenjska terapija (KVT) za nespečnost. V prispevku predstavljamo mehanizme nastanka in vzdrževanja kronične nespečnosti. Njihovo razumevanje je temelj za uspešno in učinkovito zdravljenje nespečnosti s pomočjo vedenjskih in kognitivnih tehnik. V središče učinkovite obravnave nespečnosti je postavljena vloga kliničnega psihologa.

Definicija, epidemiologija, dejavniki tveganja in posledice nespečnosti

Definicija nespečnosti je kompleksna iz več razlogov. Nespečnost se lahko namreč pojavi kot simptom, kot motnja ali oboje. Nespečnost, ki se prične kot simptom neke druge motnje ali bolezni, se lahko sčasoma razvije v motnjo samo po sebi. Nespečnost je tudi kot motnja heterogena, saj je lahko različnega trajanja, vrste in etiologije. Glede na trajanje lahko opredelimo akutno (en mesec ali manj), prehodno ter kronično (šest ali več mesecev) nespečnost.²⁶ Glede na tip ločimo nespečnost uspavanja, nespečnost zaradi težav z vzdrževanjem spanca, zgodnja jutranja prebujanja ter nespečnost zaradi kombinacije naštetih težav.²⁶ Vzročni kategoriji vključujeta primarno nespečnost in nespečnost, ki je povezana z drugimi duševnimi motnjami ali telesnimi boleznimi.²⁶ Zadnje čase se v literaturi strinjajo, da

Tabela 1: Diagnostična merila za nespečnost po ICSD-2.

A.	Pritožba glede težave z uspavanjem, vzdrževanjem spanja, ali s prezgodnjim prebujanjem, ali glede kronično nekrepčilnega spanca ali spanca slabe kakovosti.
B.	Zgornje težave s spanjem se pojavljajo kljub priložnosti in ustreznim okoliščinam za spanje.
C.	Bolnik poroča o vsaj eni obliki dnevne oškodovanosti, ki je povezana s težavami s spanjem: <ol style="list-style-type: none"> 1. Utrujenost ali občutek slabosti. 2. Motnje pozornosti, koncentracije ali spomina. 3. Težave na področju socialnega, poklicnega ali akademskega življenja. 4. Motnje razpoloženja ali razdražljivost. 5. Dnevna zaspanost. 6. Zmanjšanje motivacije, energije ali iniciative. 7. Nagnjenost k napakam/nesrečam pri delu ali med vožnjo. 8. Napetost, glavobol, prebavne težave kot odziv na izgubo spanja. 9. Zaskrbljenost glede spanja.



Slika 1: Dejavniki v genezi in razvoj nespečnosti skozi čas⁶⁵ (ponatisnjeno z dovoljenjem avtorja).

ključni simptomi nespečnosti vključujejo vsaj en simptom spanja in en dnevni simptom.²⁶ Med simptome spanja lahko štejemo težave z usnavanjem, vzdrževanjem spanca, jutranjim prezgodnjim prebujanjem ter nesvežilnim spancem, dnevni simptomi pa se nanašajo na s spanjem povezano oškodovanost dnevnega funkcioniranja, npr. zaspanost, utrujenost, motnje razpoloženja, kognitivne motnje ter težave na družabnem ali poklicnem področju.²⁷ Raziskave podpirajo klinično uporabnost upoštevanja dnevnih simptomov, saj posamezniki z nočnimi in dnevnimi simptomi nespečnosti bolj verjetno poiščejo strokovno pomoč kot tisti posamezniki, ki poročajo zgolj o nočnih težavah.²⁸ Tudi mednarodna klasifikacija motenj spanja (ICSD-2) opredeljuje nespečnost na podlagi prisotnosti dnevnih in nočnih simptomov (Tabela 1,²⁹).

Nespečnost se pojavlja pri posameznikih vseh starosti in ras, prepoznana je bila v vseh kulturah in številnih državah.^{30,31} Dejanska prevalenca se razlikuje glede na strogost meril definicije. Simptomi nespečnosti se pojavljajo pri približno 33–50 % odrasle populacije, nespečnost kot specifična motnja pa pri 5–10 %.³² Med dejavnike tveganja za nespečnost spada naraščajoča starost posameznika, ženski spol, pridružene motnje (zdravstvene, duševne motnje in zloraba substanc), izmensko delo, verjetno pa tudi nezaposlenost in nižji socialno-ekonomski status. Še posebej so visokemu tveganju izpostavljeni bolniki s komorbidnimi telesnimi in duševnimi motnjami, saj je znano, da je nespečnost med psihiatričnimi bolniki ali

tistimi s kronično bolečino prisotna v kar 50 %–75 %.^{33,34}

Zveza med nespečnostjo in soobstoječimi zdravstvenimi težavami pa ni le enosmerna. Več študij kaže na povečano tveganje za duševne motnje in druge bolezni pri posameznikih s primarno nespečnostjo.⁷ Nespečnost naj bi predstavljala pomembno tveganje za razvoj depresije, anksioznosti, alkoholizma in odvisnosti od drog, celo za samomor.³⁵ Ob tem velja omeniti, da je pojav depresije običajno povezan dejansko z dlje časa trajajočimi motnjami spanja, medtem ko se kratkotrajna nespečnost ne zrcali nujno v simptomih depresivnosti³⁶ oz. lahko pri depresivnih bolnikih privede celo do izboljšanja razpoloženja.³⁷ Novejše študije so ugotovitve o nespečnosti kot dejavniku tveganja za duševne motnje razširile na področje adolescentov, pri čemer kažejo, da je poročanje o simptomih nespečnosti pri mladostnikih dejavnik tveganja za depresijo in zlorabo drog.³⁸ Poleg tega je bila nespečnost povezana z manj učinkovitim delovanjem imunskega sistema.² Študije opozarjajo tudi na možno tveganje za srčno-žilne in presnovne bolezni, vključno s pomembno povišanim tveganjem za diabetes.^{6,35} Nespečnost, povezana z nočnim ali izmenskim delom, pa dokazano povečuje tveganje za razvoj nekaterih vrst raka.³⁹ Potek nespečnosti je pogosto kroničen, saj nespečnost vztraja od enega do več let pri kar 50–85 % posameznikov,⁴⁰ kar je še posebej zaskrbljujoče.

Teoretični modeli za kognitivno-vedenjsko terapijo nespečnosti

Vedenjski model nespečnosti, ki ga je v letu 1987 razvil Spielman s sodelavci,⁴¹ je prva in najboljširneje citirana teorija etiologije kronične nespečnosti. Gre za trifaktorski model, v katerem ima osrednje mesto predpostavka predispozicija-stres. Model predvideva, da do akutne nespečnosti pride zaradi posameznikovih predispozicij in ključnih sprožilnih dejavnikov, kronična oblika bolezni pa se vzdržuje zaradi posameznikovih neučinkovitih vedenjskih strategij v spopri-

jemanju z nespečnostjo (dejavniki vzdrževanja). Na primer: nekdo je lahko nagnjen k nespečnosti zaradi svojih osebnostnih karakteristik, doživi akutno epizodo nespečnosti zaradi stresnega življenjskega dogodka in razvije ter trpi za kronično obliko motnje zaradi neprilagojenih vedenjskih strategij v spoprijemanju (Slika 1).

V vedenjskem modelu nespečnosti *pre-dispozicijski dejavniki* obsegajo celoten bio-psiho-socialni spekter. Biološki dejavniki vključujejo npr. povišano stopnjo bazalnega metabolizma, hiperreaktivnosti in/ali spremembe v sistemu živčnih prenašalcev, ki je povezan s spanjem in budnostjo. Psihološki dejavniki vključujejo tendenco k zaskrbljenosti ali ruminaciji oz. osredotočanju na stresne simptome ter njihove možne vzroke in posledice. Socialni dejavniki vključujejo npr. neskladen urnik spanja z njegovim spalnim partnerjem ali pa socialni pritisk za spanje po urniku, ki posamezniku ne ustreza (npr. zgodnje vstajanje zaradi pričetka službe). *Sprožilni dejavniki* se nanašajo na akutne dogodke, ki motnjo spanja oz. nespečnost sprožijo. Ti so v interakciji s posameznikovo predispozicijo za nespečnost ter povzročajo prehodne težave z iniciacijo in/ali vzdrževanjem spanja. Tudi ti dejavniki se raztezajo preko celotnega bio-psiho-socialnega spektra. Biološki dejavniki vključujejo npr. bolezni in poškodbe, ki bodisi posredno ali neposredno povzročajo nespečnost. K psihološkim dejavnikom sodi akutni stres in/ali nastop duševne motnje. Socialni dejavniki pa vključujejo spremembo v bolnikovem socialnem okolju, ki zahteva premik iz oz. zmoti njegovo izbrano fazo spanca (npr. nega novorojenčka ponoči). *Vzdrževalni dejavniki* se, kot rečeno, nanašajo na neprilagojene strategije, ki se jih posamezniki poslužujejo za spoprijemanje s prehodno nespečnostjo. Raziskave in postopki zdravljenja se osredotočajo na tri vrste takšnih vzdrževalnih vedenj: izvajanje s spanjem nepovezanih dejavnosti v postelji, težnjo k ostajanju v postelji kljub budnosti in tendenco k čezmernemu preživljanju časa v postelji. Spielmanov klasični model se osredotoča predvsem na slednji strategiji, ki sta povezani s čezmernim časom v postelji. Pri tem gre za težnjo, da odhajajo

v posteljo bolj zgodaj kot običajno, vstajajo kasneje in/ali dremajo čez dan. To vedenje kljub povečevanju možnosti za spanje vodi v neskladnost med priložnostjo za spanje in posameznikovo dejansko zmožnostjo za spanje. Toda čim večja je neskladnost, tem bolj je verjetno, da bo posameznik preživel več časa buden med časom ležanja v postelji. Tretja neprilagojena strategija – s spanjem nepovezano vedenje v postelji prav tako deluje kot vzdrževalni dejavnik za nespečnost. Glede na Bootzinovo Teorijo nadzora dražljajev naj bi pri nespečnosti namreč takšno vedenje zmanjševalo verjetnost, da bodo s posteljo/spalnico povezani dražljaji izzvali le en (želen) odziv – spanje.⁴² Bootzin pravi, da preprosta zgodovina pogojevanja, pri kateri se dražljaj vedno vzporeja le z enim vedenjem, vodi v visoko verjetnost, da bo dražljaj vzbudil tudi en sam odziv. Kompleksna zgodovina pogojevanja, pri kateri se dražljaj vzporeja z vrsto različnih vedenj, pa nasprotno vodi do nizke verjetnosti, da bo dražljaj izzval le en odziv. Pri osebah z nespečnostjo se tako običajni »namigi za spanje« (npr. postelja, spalnica, čas za spanje) pogosto povežejo s spanjem nepovezanimi dejavnostmi. Na primer: v poskusih spoprijemanja z nespečnostjo lahko bolnik preživi veliko časa v postelji in spalnici buden, gleda televizijo, bere knjigo, »poskuša zaspati«. Takšno spoprijemanje z nespečnostjo se bolniku zdi tako logično (npr. ostati v postelji pomeni vsaj nekaj počitka) in zadovoljivo učinkovito (vključevanje v druge dejavnosti v spalnici omogoča navidezen občutek, da nespečnost izzveneva). Kljub temu pa takšno vedenje zmanjšuje verjetnost, da bodo s spanjem povezani dražljaji vzbudili želeni odziv zaspanosti in spanca.

Najnovejše teorije nespečnosti dodajajo k zgornjemu tudi koncept *pogojenega vzbujenja*.⁴³ Do slednjega naj bi na podlagi zakonov klasičnega pogojevanja prišlo ob dolgoročnem se posluževanju naštetih nefunkcionalnih strategij spoprijemanja z nespečnostjo. Nekdo z dolgotrajno nespečnostjo se torej »nauči« biti v postelji vzbujen in buden, ne pa zaspan. V skladu s tem npr. bolniki pogosto poročajo, da zaspijo že pred televizijo v dnevni sobi, ob odhodu v spalnico pa se popolnoma prebudijo. Avtorji

menijo, da je morda prav pogojeno vzburljenje skupni končni faktor oz. pot za kronično primarno nespečnost. Takšno vzburljenje vodi do občutka, da ima nespečnost »svoje življenje«, nad katerim nimamo nadzora. O sledenjem poročajo tudi številni bolniki s kronično nespečnostjo.

Sodobni raziskovalci nespečnosti dajejo enako pomembno vlogo kot vedenjskim tudi kognitivnim dejavnikom nespečnosti. Kognitivno-vedenjski model govori o povezavi kognitivnih in vedenjskih mehanizmov, ki deluje kot ključni mehanizem vzdrževanja nespečnosti.⁴⁴ Pri tem igra osrednjo vlogo način mišljenja, ki lahko vključuje pripisovanje napačnih vzrokov glede izvora nespečnosti, pozornostno pristranost na spanjem povezane dražljaje, skrbi in premlevanje posledic slabega spanca ter neučinkovita prepričanja o tehnikah za spodbujanje spanca.^{44,46} Ljudje z nespečnostjo imajo npr. nestvarna pričakovanja glede tega, koliko spanca potrebujejo, doživljajo povišano vznemirjenje ob nezadovoljevanju teh potreb, so zaskrbljeni glede dnevnih posledic nespečnosti ter pogosto pripisujejo krivdo za težave čez dan izključno nespečnosti.⁴⁷ Med ključne mehanizme za vzdrževanje nespečnosti sodi tudi »trud«, da bi zaspali (*angl.* »sleep effort«). Študije namreč kažejo, da ljudje, ki trpijo za nespečnostjo, vlagajo velik napor v to, da bi zaspali; npr. izražajo potrebo po nadzorovanju spanca in/ali poskušajo zaspali, medtem ko »dobri spalci« počenjajo prav nasprotno oz. je pri njih spanje in uspanje spontan proces.⁴⁸ Takšni miselni vzorci nato podpirajo in vzdržujejo slabe spalne navade ter vodijo v dodatno čustveno vzburljenost in povišano vzburljenje, to pa vzdržuje začaran krog nespečnosti.⁴⁹

Zdravljenje nespečnosti in vloga kliničnega psihologa

Pristope k zdravljenju nespečnosti lahko razdelimo v tri široke razrede ukrepov, ki vključujejo medikamentno zdravljenje, psihološke terapije ter vrsto dopolnilnih in alternativnih zdravljenj.⁵⁰ Smernice za zdravljenje poudarjajo dvosmerne splošne cilje: izboljšati količino in kakovost spanca ter zmanjšati dnevne posledice nespečnosti in izboljšati dnevno funkcioniranje.⁴⁹ Uspavala (benzodiazepinski ali nebenzodiazepinski hipnotiki) so primerna predvsem pri zdravljenju akutne nespečnosti v krajših časovnih presledkih,⁵² zaradi verjetnosti resnih neželenih učinkov (dnevna zaspanost, kognitivne motnje, povečano tveganje za nesreče in padce itd.) ter možnosti razvoja telesne in psihične odvisnosti pa niso namenjena dolgoročni uporabi. Poleg tega zdravljenje z zdravili omogoča le zmanjševanje simptomov, ne odpravlja pa ključnih mehanizmov, ki vodijo v kronično nespečnost in jo vzdržujejo, še posebej primarno. V skladu s tem več študij kaže, da se pri bolnikih s kronično nespečnostjo po koncu tudi dolgoročnega medikamentnega zdravljenja postopno spet pojavijo simptomi nespečnosti.²¹⁻²³ Po dogovorjenih priporočilih za zdravljenje kronične nespečnosti naj bi bilo medikamentno zdravljenje – kadarkoli se uporablja pri kronični nespečnosti – podprto s psihološko terapijo (KVT), kolikor je to možno znotraj danega območja zdravljenja posameznika.⁵¹

Psihološke terapije se nanašajo na dejavnike (vedenjske in kognitivne), ki vzdržujejo ali poslabšujejo motnje spanja. Čeprav lahko številni dejavniki (npr. življenjski dogodki, bolezni) nastopijo pred nespečnostjo oz. jo

Tabela 2: Priporočila za spanje po metodi nadzora dražljajev.

Pojdi v posteljo le, ko si zaspan – ne le utrujen.

Če ne moreš zaspali, vstani iz postelje (npr. po 20 minutah), pojdi v drugo sobo in se vrni v spalnico šele, ko postaneš zaspan.

V postelji ne počenjaj ničesar, kar ni povezano s spanjem: ne jej, ne glej televizije, ne poslušaj radia, ne načrtuj ali ne rešuj problemov.

Vsako jutro vstani ob isti uri ne glede na količino spanca preteklo noč.

Izogibaj se dremanju čez dan.

sprožijo, pa imajo pri nespečnosti v kronični obliki skoraj vedno ključno vlogo psihološki dejavniki. Psihološke terapije obravnavajo tako slabo higieno spanja, neučinkovit urnik spanja, pogojeno vzbujenje, napačna prepričanja in čezmerno zaskrbljenost posameznika v zvezi s spanjem.^{46,49}

Glavni pristopi za obravnavo dolgoročne nespečnosti so terapija z omejevanjem spanca, terapija nadzora nad dražljaji, učne sprostivne tehnike in kognitivna terapija, kar v kombinaciji imenujemo KVT za nespečnost.

Terapija z omejevanjem spanca

Pri osebah z nespečnostjo, kot smo že navedli, obstaja naravna težnja, da povečajo količino časa, ki ga preživijo v postelji. Čeprav gre lahko za kratkoročno učinkovit način za zmanjševanje dnevne zaspanosti, pa to na dolgi rok vodi v fragmentiran spanec in spanec slabe kakovosti. Metoda omeji količino časa, ki ga bolnik preživi v postelji, na čas spanca v postelji.⁵³ Z ustvarjanjem začasne, blage odtegnitve spanca vodi terapija z omejevanjem spanca običajno v hitrejši nastop spanca, večjo kontinuiteto spanca kakor tudi boljšo kakovost spanca pri posamezniku.⁵⁴

Nadzor dražljajev

Terapija vključuje preprosta navodila za ponovno vzpostavljanje povezave med časovnimi (čas za spanje) in okoljskimi (postelja, spalnica) dražljaji, ki spodbujajo hiter nastop spanca in stalni cirkadiani ritem bu-

dnosti in spanca pri bolniku.⁵⁵ Navodila so povzeta v Tabeli 2.

Sproščanje pri nespečnosti

Ker so stres, napetost in anksioznost pogosto ključni dejavniki pri nastanku/vzdrževanju motenj spanja, je sproščanje eden najpogostejših ukrepov pri nespečnosti. Cilj tega pristopa je zmanjševanje napetosti ob odhodu v posteljo in/ali ob nočnih prebujanjih. Medtem ko se specifične tehnike sproščanja osredotočajo predvsem na zmanjševanje somatskega vzbujenja (npr. tehnika postopne mišične sprostitve, avtogeni trening), se nekatere usmerjajo na kognitivno vzbujenje v obliki skrbi ali vsiljivih misli pri bolniku.^{56,57} Ustrezna tehnika sproščanja se izbere glede na bolnikovo pritožbo oz. problem, ključ k terapevtskemu uspehu pa je predvsem redna, (večkrat) dnevna vadba izbrane tehnike sproščanja.⁵⁸

Kognitivna terapija

Nepriklajeno vedenje nespečnost vzdržuje, napačna prepričanja in nestvarna pričakovanja o spanju in posledicah nespečnosti pa ta vedenja še okrepijo. Kognitivna terapija temelji na spreminjanju teh napačnih prepričanj bolnika. Osnovna predpostavka pristopa je, da lahko ocena specifične situacije (tj. nespečnosti) sproži pri posamezniku negativne misli in emocije (npr. strah, anksioznost) in s tem kognitivno vzbujenje, to pa je nezdržljivo s spancem in zato vzdržuje oz. še poslabšuje nespečnost.⁵⁰ Naloga terapevta je zato najprej prepoznati te ne-

Tabela 3: Nekaj značilnih sporočil bolniku z nespečnostjo v kognitivni terapiji.

Imej realistična pričakovanja glede svojih potreb po spancu.
Ne krivi nespečnosti za vse dnevne težave, saj lahko za to obstajajo tudi drugi vzroki (npr. skrbi v družini, težave na delovnem mestu).
Nikoli <i>ne poskušaj</i> zaspati, saj bo to zelo verjetno samo okrepilo težave s spanjem.
Spanju ne dajaj prevelike pozornosti. Čeprav bi moralo imeti spanje prednost, ne sme postati osrednja točka življenja.
Ne dramtiziraj po slabi prespani noči. Nespečnost je zelo neprijetna, vendar ne nujno nevarna zdravju, vsaj ne na kratki rok.
Razvij toleranco do nekaterih učinkov nespečnosti. Če imaš za nespečnost predispozicijo, je zelo verjetno, da boš ostal bolj ranljiv za motnje spanja tudi po zdravljenju. Potrebno je razviti strategije za spoprijemanje z občasnimi slabo prespanimi nočmi.

funkcionalne misli, s pomočjo katerih skuša nato razkriti tudi v ozadju ležeča napačna prepričanja bolnika. Terapevt nato skupaj z bolnikom poišče alternativne interpretacije, cilj pa je, da prične bolnik razmišljati o svoji nespečnosti na nov, bolj prilagojen način. Pet glavnih tarč kognitivne terapije za nespečnost vključuje bolnikova: 1. napačna prepričanja o vzrokih nespečnosti, 2. napačna prepričanja o nespečnosti in stopnjevanje njenih posledic, 3. nerealna pričakovanja glede spanja, 4. tesnoba ob uspavanju in naučeno nemoč ter 5. napačna prepričanja o vedenjih, ki spodbujajo spanje. Kognitivna terapija skuša ta prepričanja ustrezno modificirati. Temeljne tehnike, ki se pri tem uporabljajo, so vedenjski eksperimenti in metoda sokratičnega spraševanja, bolj izkušeni terapevti pa uporabljajo tudi zahtevnejše, npr. tehniko s paradokšno namero. Nekaj ključnih sporočil, s pomočjo katerih postopno spreminjamo bolnikova napačna prepričanja, je v Tabeli 3.

Spalna higiena

Spalna higiena je namenjena predvsem bolnikom, ki imajo navade, jemljejo substance in/ali spijo v spalnem okolju, ki niso ugodni za uspavanje ali vzdrževanje spanca.⁵⁹ Vključuje lahko tudi splošna priporočila za spodbujanje boljšega spanca, kot je npr. dovolj časa za sprostitev pred spanjem, izogibanje gledanju na budilko in vzdrževanje rednega urnika spanja. Nekatera od teh

priporočil se prekrivajo z vedenjskimi postopki za obravnavo nespečnosti (Tabela 4).

Kombinacija naštetih metod se torej uporablja v KVT nespečnosti.⁶⁰ Podatki kažejo, da se večina bolnikov s kronično nespečnostjo (70–80 %) na zdravljenje s KVT pozitivno odzove (kar je povsem primerljivo z medikamentnim zdravljenjem kronične nespečnosti), klinična remisija pa se doseže pri kar polovici. Zdravljenje prinaša pomembno krajši čas uspavanja in budnosti ponoči, boljšo učinkovitost ter boljšo kakovost spanca. Subjektivne mere izboljšanja spanca so bile podprte tudi z uporabo aktigrafije.⁶¹ Ob teh učinkih se ugotavlja tudi zmanjšanje dnevne utrujenosti, psiholoških simptomov ter uporabe uspaval. Spremembe v vzorcu spanja so dolgotrajne in vztrajajo tudi leta po zaključku zdravljenja.

Najnovejše smernice za obravnavo nespečnosti zato poudarjajo vlogo KVT v zdravljenju nespečnosti in jo predlagajo kot terapijo prve izbire pri zdravljenju vztrajne nespečnosti.⁶¹ Terapija je primerna tako za primarno kot tudi t. i. komorbidno nespečnost, ki obstaja v kontekstu druge telesne ali duševne motnje. Novejše študije potrjujejo njeno učinkovitost, na primer pri nespečih bolnikih, obolelih za rakom.⁶² Uspešno so jo uporabili tudi pri starejših osebah, celo dementnih osebah, ter pri nespečnosti, povezani s kronično uporabo hipnotikov.⁶³

Tabela 4: Pravila higiene spanja.

Čez dan ne dremaj in ne leži v postelji.
Izogibaj se kofeinskimi napitki 6 ur pred spanjem.
Izogibaj se nikotinu (predvsem ponoči in zvečer).
Izogibaj se pitju alkohola pred spanjem.
Izogibaj se spanju z domačimi ljubljenci.
Ne uporabljaj alkohola kot hipnotika.
Pred spanjem pojej lahek prigrizek.
Spalno okolje naj bo udobno in namenjeno spanju.
Telesna dejavnost preko dneva, vendar ne pozno zvečer.
Z jutranjo budilko vzdržuj reden urnik spanja.
Za blaženje hrupa uporabljaj čepke za ušesa ali glasbo.

Zaključek

Resnost nespečnosti se kaže tako v njeni pogostosti, kroničnosti, vplivu na kakovost življenja prizadetega posameznika in njegovih bližnjih ter povišanem tveganju za razvoj drugih bolezni. Ekonomski stroški nezdravljene nespečnosti, predvsem zaradi znižane učinkovitosti ali odsotnosti bolnika z delovnega mesta ter pridruženih bolezni, pa so kar nekajkrat višji kot stroški zdravljenja kronična nespečnosti.⁶⁴ Nепрепозна-

vanje in odsotnost ustreznega zdravljenja motnje predstavlja tako tudi pomemben družbenoekonomski problem. Kljub številnim dokazom, ki podpirajo njihovo učinkovitost in uspešnost, pa se psihološki pristopi v zdravstvenem sistemu premalo uporabljajo in so tudi premalo znani. Pomemben izziv za prihodnost bo zatorej razširiti te z dokazi podprte terapije ter povečati njihovo rutinsko uporabo v klinični praksi.

Literatura

- Chang PP, Ford DE, Mead LA, Cooper-Patrick L, Klag, MJ. Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol* 1997; 146: 105–14.
- Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep habits and susceptibility to the common cold. *Arch Intern Med* 2009; 169: 62–7.
- Gislason T, Almqvist M. Somatic disease and sleep complaints: an epidemiological study of 3201 Swedish men. *Acta Med Scand* 1987; 221: 475–81.
- Vollrath M, Wicki W, Angst J. The Zurich study-VIII. Insomnia: association with depression, anxiety, somatic syndromes and course of insomnia. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1989; 239: 113–24.
- Johnson EO, Roehrs T, Roth T, Breslau N. Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep* 1998; 21: 178–86.
- Keckeis M, Lattova Z, Maurovich-Horvat E, Beiting PA, Birkmann S, Lauer CJ, et al. Impaired glucose tolerance in sleep disorders. *PLoS One* 2010; 5: e9444.
- Ohayon M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews* 2002; 6: 97–111.
- Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Taylor DJ, Bush AJ. The epidemiology of sleep: age, gender and ethnicity. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Association; 2004.
- Roth T, Jaeger S, Jin R, Kalsekar A, Stang PE, Kessler RC. Sleep problems, comorbid mental disorders, and role functioning in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 1364–71.
- Jansson-rojmak M, Lindblom K. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *J Psychosom Res* 2008; 64: 443–9.
- Morin CM, Belanger L, LeBlanc M, Ivers H, Savard J, Espie CA, et al. The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 2009; 169: 447–53.
- Hajak G, Rodenbeck A, Voderholzer U, Riemann D, Cohrs S, Hohagen F, et al. Doxepin in the treatment of primary insomnia: a placebo-controlled, double-blind, polysomnographic study. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 453–63.
- Mendelson WB. A review of the evidence for the efficacy and safety of trazodone in insomnia. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 469–76.
- Tsutsui, S. A double-blind comparative study of zolpidem versus zopiclone in the treatment of chronic primary insomnia. *J Inter Med Res* 2001; 29: 163–77.
- Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia. London: National institute for clinical excellence. Technology appraisal guidance No. 77; 2004.
- Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tugman M, Ospina M, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1335–50.
- Dundar Y, Dodd S, Strobl J, Boland A, Dickson R, Walley T. Comparative efficacy of newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19: 305–22.
- Smith MT, Perlis ML, Park A. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 5–11.
- Kripke D. Hypnotic drugs: deadly risks, doubtful benefits. *Sleep Med Rev* 2000; 4: 5–20.
- Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet* 2012; 379: 1129–41.
- Greenblatt DJ. Pharmacology of benzodiazepine hypnotics. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 Suppl: 7–13.
- Johnson LC, Chernik DA. Sedative-hypnotics and human performance. *Psychopharmacology (Berl)* 1982; 76: 101–13.
- Walsh JK, Schweitzer PK. Ten-year trends in the pharmacological treatment of insomnia. *Sleep* 1999; 22: 371–5.
- Morin CM., Gaulier B, Barry T, Kowatch, RA. Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. *Sleep* 1992; 15: 302–5.
- Vincent N, Lionberg C. Treatment preference and patient satisfaction in chronic insomnia. *Sleep* 2001; 24: 411–7.
- Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Ruitter ME. Insomnia: Epidemiology and Risk Factors. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and practice of sleep medicine. 5th ed. St. Luis: Elsevier; 2011. p.827–37.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C: DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 382–8.
- Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008; 4: 487–504.
- Johnson, E. Epidemiology of insomnia: from adolescence to old age. *Sleep Med Clin* 2006; 1: 305–17.
- Kryger M. The burden of chronic insomnia on society: awakening insomnia management. Presented at: 20th Anniversary Meeting of APSS, 2006, Salt Lake City, UT; 2006.
- Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep* 1999; 22: S347–53.
- Benca R, Ancoli-Israel S, Moldofsky H. Special considerations in insomnia diagnosis and management: depressed, elderly, and chronic pain populations. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: S26–S35.
- Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep* 2007; 30: 213–8.
- Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med* 2003; 1: 227–47.

36. Kajtna T, Štukovnik V, Dolenc Grošelj L. Effect of acute sleep deprivation on concentration and mood states with a controlled effect of experienced stress. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 354–61.
37. Roy-Byrne PP, Uhde TW, Post RM. Effects of one night's sleep deprivation on mood and behavior in panic disorder. Patients with panic disorder compared with depressed patients and normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 895–9.
38. Roane BM, Taylor DJ. Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep* 2008; 31: 1351–6.
39. Knutsson A. Health disorders of shift workers. *Occup Med (Lond)* 2003; 53: 103–8.
40. Morin C, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Merette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 2006; 7: 123–30.
41. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10(4): 541–53.
42. Bootzin RR. Stimulus control treatment in Insomnia. *Proceedings, 80th Annual Convention, APA*, 395–6; 1972.
43. Perlis LM, Jungquist C, Smith MT, Posner D. Cognitive behavioral treatment of insomnia. A session-by-session guide. New York: Springer; 2005.
44. Edinger JD, Carney CE. Overcoming insomnia. A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide. Oxford: Oxford University Press; 2008.
45. Carney CE, Edinger JD. Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep* 2006; 29: 342–50.
46. Espie CA. Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 215–43.
47. Morin CM, Vallieres A, Iversd H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep* 2007; 30: 1547–54.
48. Broomfield NM, Espie CA. Towards a valid, reliable measure of sleep effort. *J Sleep Res* 2005; 14: 401–7.
49. Morin, CM, Espie, CA. Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2003.
50. Morin CM. Psychological and behavioral treatments for insomnia I: Approaches and efficacy. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*, 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2011. p.866–7.
51. Sateia MJ, Buysse DJ. Treatment guidelines for insomnia. In Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*, 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2011. p.931–7.
52. Sanval 5 mg filmsko obložene tablete 20. Dosegljivo na: <http://www.lek.si/si/zdravila/na-recept/pakiranje/461/>
53. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987; 10: 45–56.
54. Spielman AJ, Yang CM, Glovinsky PB. Sleep restriction therapy. In: Perlis M, Aloia M, Kuhn B. eds. *Behavioral treatments for sleep disorders. A comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions*. Amsterdam: Elsevier; 2011. p.9–19.
55. Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus control instructions. In: Hauri P, ed. *Case studies in insomnia*. New York: Plenum Press; 1991. p.19–28.
56. Backhaus J, Hohagen F, Voderholzer U, Riemann D. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 35–41.
57. Hauri PJ. Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs? *Sleep* 1997; 20: 1111–8.
58. Lichstein KL, Taylor DJ, MyCrae CS, Thomas SJ. Relaxation for insomnia. In: Perlis M, Aloia M, Kuhn B. eds. *Behavioral treatments for sleep disorders. A comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions*. Amsterdam: Elsevier; 2011. p.45–54.
59. Posner D, Gehrman PR. Sleep hygiene. In: Perlis M, Aloia M, Kuhn B. eds. *Behavioral treatments for sleep disorders. A comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions*. Amsterdam: Elsevier; 2011. p.31–43.
60. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1856–64.
61. Espie CA, MacMahon KMA, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep* 2007; 30: 574–84.
62. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA, et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavioral therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of clinical oncology* 2008; 26: 4651–8.
63. Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*, 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2011.
64. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Gregoire JP, Savard J. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep* 2009; 1: 55–64.
65. Yang CM, Spielman AJ, Glovinsky P. Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 895–919.