

LÉČBA CHRONICKÉ NESPAVOSTI

MUDr. Claudia Borzová

Psychiatrická ambulance a poradna pro poruchy spánku a bdění, P-P klinika Kladno, s. r. o.

Asi 72–80 % pacientů-nespavců přichází do specializovaných ambulancí pro poruchy spánku s problémem chronická nespavost. Ve sdělení se věnují tzv. psychofyziologické insomnii; nikoliv v rámci jiné duševní či tělesné nemoci. Chronická nespavost je definovaná jako nespavost trvající déle než 6 měsíců. Vážnou komplikací této formy nespavosti a současně nejčastějším průvodním jevem je závislost na benzodiazepinových hypnoticích. Léčba chronické nespavosti není jednoduchá ani stoprocentně úspěšná. Vyžaduje výraznou spolupráci lékaře s pacientem a kombinaci farmakoterapie s psychoterapií a režimovou léčbou.

Klíčová slova: chronická nespavost, závislost na benzodiazepinech, spánková hygiena, kognitivně behaviorální psychoterapie.

TREATMENT OF CHRONIC INSOMNIA

72–80 % of insomniac patients attend a specialized outpatient's office for sleep disorders with the complaint of chronic insomnia. This article deals with insomnia which is psychophysiological and which is not part of any psychic or somatic disease. Chronic insomnia is defined as insomnia lasting for more than 6 months. The dependence on the hypnotic benzodiazepines is, very frequently, an accompanying characteristic feature and represents a serious complication of this form of insomnia. The treatment of chronic insomnia is neither easy, nor 100 % successful. It requires significant cooperation between the physician and the patient, a combination of drug therapy and psychotherapy and a regime adjustment.

Key words: chronic insomnia, dependence on benzodiazepines, temporal hygiene, cognitive behavioural psychotherapy.

Chronická nespavost

Nespavost trvající déle než půl roku je označována za chronickou. Příčiny chronické nespavosti jsou multifaktoriální: chronický stres různého charakteru, neschopnost jedince pojmenovat nebo řešit problém, nesprávná léčba atd. Chronická farmakoterapie nespavosti a chronická nespavost jsou v přímé souvislosti, vzájemně se podmiňují a potencují.

Chronickou nespavost můžeme rozdělit na nespavost:

- bez komplikací
- komplikovanou – s rozvojem tolerance nebo se syndromem závislosti na hypnoticích (časté je současně užívání několika benzodiazepinových hypnotik, benzodiazepinových a nebenzodiazepinových hypnotik a kombinace hypnotik a večerního popíjení alkoholu).

Klinický obraz

Nespavost je nejčastěji smíšeného typu. Vyskytuje se problém s usínáním, přerušovaný spánek i časně buzení.

U komplikované chronické nespavosti vede dlouhodobé užívání benzodiazepinových hypnotik k významnému porušení spánkové architektury:

- je prodloužená spánková latence, spánek je fragmentovaný, spánková stadia se střídají bez zákonitosti a jsou krátkého trvání
- vznik tolerance nebo rozvoj abstinenčního syndromu se u těchto pacientů může v oblasti spánku projevit děsivými sny a úzkostnými příznaky v druhé polovině noci (pocení, bušení srdce, pocit nedostatku vzduchu, vnitřní neklid).

Ráno pacienti popisují neosvěžující spánek, únavu, potřebu delšího spánku; úzkostné tělesné příznaky – bolest hlavy, „přetlak“ v oblasti spánků, tíha na hrudníku, pocit nedostatku vzduchu, pocity brnění a mravenčení, pálení kůže. V průběhu dne mění příznaky intenzitu

i charakter. Typická je jejich polymorfnost a stěhování po celém těle.

U většiny chronických nespavců se setkáváme s depresivním či anxiózně depresivním syndromem. Nespavci skórují v položkách neschopnost soustředit se, depresivní nálada, psychická a tělesná anxieta a poruchy paměti. Na poruše kognitivních funkcí se významně spolupodílí i abúzus hypnotik.

Z poruch kognitivních funkcí nacházíme: poruchu paměti – retence i výbavnost novopaměti, schopnost rozhodnout se, schopnost konstruktivního myšlení.

V oblasti myšlení často vystopujeme tzv. automatické negativní myšlenky typu „bez léků určitě neusnu“ a „musím si vzít víc léků“, „musím ten prášek mít za každou cenu“. Negativní kognice ovlivňují emoce a afektivitu nespavců a udržují problém se spánkem.

U pacientů s chronickou nespavostí bez komplikací vzniká jistá adaptace na nedostatečný spánek. U této skupiny nespavců se nevyskytuje únava ale spíše příznaky anxiózně depresivního nebo depresivního syndromu.

Výše popsané příznaky maskují základní příčinu a bohužel velice často vedou k nasazení dalšího léku benzodiazepinového typu nebo ke zvýšení dávky původního léku.

Diagnostika

Chronickou nespavost je nutné správně diagnostikovat. Předpokladem diagnostiky je

1. podrobný rozbor problému, který obsahuje jeho podrobné zmapování:
 - vznik – okolnosti vzniku
 - délka trvání
 - modifikující faktory – faktory, které přispěly ke zhoršení i zlepšení spánku
 - přesný popis problému, intenzita poruchy – způsob přemýšlení, chování, popis emocí

- důsledky – změny v oblasti zdravotní, pracovní a sociální; změny životního stylu a spánkové hygieny
2. objektivizace:
- výpověď další osoby, která je svědkem problému, spánkový kalendář a spánkový denník
 - laboratorní vyšetření – toxikologie – přítomnost benzodiazepinu, eventuálně alkoholu
 - elektroencefalografie (EEG) – verifikujeme medikamentozní ovlivnění mozkové aktivity
 - polysomnografie – verifikace kvality spánku.

Terapie

Léčba chronické insomnie je náročná a:

- dlouhodobá – i několik let
- často neúspěšná
- vyžaduje aktivní spolupráci pacienta s lékařem
- je individuální
- je kauzální
- je kombinací farmakoterapie a psychoterapie.

Farmakologická terapie

Chronická nespavost bez komplikací:

- krátkodobě hypnotik nebendiazepinového typu
- kontinuální užívání po dobu 14 dní, potom intermitentní podávání
- v případě potřeby můžeme jako hypnotikum zvolit jiné prostředky farmakoterapie – vhodné antidepresivum, antihistaminikum
- nefarmakologická léčba – spánková hygiena, relaxace, KBT.

Chronická nespavost komplikovaná:

- postupné vysazování hypnotik
- korekce abstinčního syndromu
- nutná abstinence
- při vysazování benzodiazepinových hypnotik či REM supresivních antidepresiv dochází ke zhoršení spánku
- při relapsu insomnie vzniká při opětovném nasazení benzodiazepinových hypnotik závislost rychleji
- farmakologická léčba je kombinovaná s léčbou nefarmakologickou.

Nefarmakologická terapie

Režimová terapie

Spánková hygiena – předpoklady dobrého spánku:

- místnost, ve které spíme, by měla být klidná a bezpečná
- pohodlné lůžko
- prostředí:
 - vyvětraná místnost o pokojové teplotě do 21°C
 - nehlukné prostředí – v případě přítomnosti chaotického hluku je vhodný generátor hluku
 - dostatečné zatemnění
- cvičení ráno i přes den
- u tenzích nespavců je cvičení před spánkem ventilem k odstranění tenze.

Psychostimulancia:

- alkohol neužívat za účelem navození spánku – riziko vzniku návyku!

- kofein, silný černý čaj – poslední šálek po obědě – max. ve 14–15 hod., vhodný je dostatečný přívod tekutin (alespoň 3 litry denně – minerální vody bez bublinek – ne přeslazené ovocné nápoje nebo přípravky s kofeinem; vhodné je pít mléko, které obsahuje tryptofan jako prekursor serotoninu, který je důležitým faktorem ve střídání spánku a bdění)
- nikotin – v průběhu noci nekouřit (v případě, že nikotin kuřáka zklidňuje, je vhodnější naučit se „aktivně relaxovat“)
- ve večerních nebo i pozdních odpoledních hodinách se snažíme jíst lehce stravitelná jídla.

Pravidla spánkové hygieny by měli dodržovat i lidé, kteří trpí akutní formou insomnie a měli by se s ní konfrontovat všichni, kteří jsou vystaveni rizikovým podmínkám vzniku poruchy spánku.

Kognitivně behaviorální psychoterapie

První část této léčby je zaměřena na způsob přemýšlení, které hraje v etiopatogeneze psychofyziologické insomnie významnou roli.

Cílem kognitivní léčby je „kognitivní“ vnímání spánku samotného – jeho kvality i významu. Při identifikaci automatických negativních myšlenek využíváme poznatky o tom, že:

- automatická negativní myšlenka vzniká náhle
- je velice intenzivní – ovládá naše emoce i chování – pacient jí věří
- je iracionální.

Vznik automatických myšlenek je vázán na určité situace, nebo je jejich spouštěčem negativní emoce, která je s danou situací spojená (např. při ulehnutí nebo již v průběhu odpoledne obava s myšlenkou „určitě (bez léku) neusnu“, „zítra budu nemožná“...).

Po identifikaci myšlenek ověřujeme jejich pravdivost a za asistence jejich zpochybnování formulujeme novou myšlenku, která má oproti původní racionálnější základ.

Kognitivní dominantou psychofyziologické nespavosti je „určitě neusnu“ a důsledkem snaha usnout za každou cenu, bez efektu. Tzv. *paradoxní záměr*, jak sám název napovídá, je ulehnutí s aktivní snahou neusnout. Tato technika může u některých jedinců snížit tenzi a spánek iniciovat.

Behaviorální terapie je zaměřena na identifikaci maladaptivního chování, které je neslučitelné s kvalitním spánkem.

Jednou z technik behaviorální terapie je *spánková restrikce*. Z této techniky profitují hlavně pacienti:

- s narušenou kontinuitou spánku
- kteří tráví v lůžku beze spánku hodně času.

Postup

- pacient si týden až dva vede spánkový kalendář
- z délky spánku jednotlivých nocí vypočítáme průměrnou dobu spánku

- průměrná doba spánku = maximální povolená doba trávená v lůžku (MPD)
- následujících 7 dnů se pacient snaží setrvávat v lůžku nejdéle MPD.

Prakticky: pro naplánování doby ulehnutí s MPD v lůžku je důležitá doba vstávání.

Doba vstávání - MPD = doba ulehnutí. Po týdnu léčby zprůměrníme dobu spánku a vypočítáme jak efektivně spíme:

$$\text{Efektivita spánku (ES)} = \frac{\text{doba spánku}}{\text{doba strávená v lůžku}} \times 100$$

- ES větší než 90 % - uléháme o 15 minut dřív
- ES 85-90 % - léčba trvá další týden
- ES nižší než 85 % - uléháme o 15 min. později

Kontrola podnětů – „vím co dělám“:

- uléhat i vstávat v pravidelnou dobu
- po 30 minutách převalování se v lůžku je opustit a věnovat se nejlépe stereotypní, mozek nezatěžující činnosti.

Worry time - půl hodiny před ulehnutím do lůžka zaznamenat zapsáním na papír problémy, které jsou předmětem přemýšlení v lůžku a brání usnutí; je vhodné zaznamenat i možné eventuality řešení definovaných problémů.

Literatura

1. Lack P, Morin CM. Recent advances in assesment and treatment of insomnia. J Consult Clin Psychol 1992; 60.
2. Murrgh DR, Greenwood KM: Identifying effective psychological treatments for insomnia; meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 1995; 63; 79-89.

Relaxační techniky

- Progresivní relaxace - za řízeného dýchání při nádechu probíhá kontrakce a při výdechu uvolnění svalů celého těla. Jde o techniku, kterou je potřeba se velice zodpovědně naučit. Špatně naučená technika může napětí zvýšit a ulehnutí znesnadnit.
- Autogenní trénink.

Jaké jsou přednosti KBT před farmakoterapií?

- na prostředky terapie nevzniká závislost
- nevzniká léková závislost
- působení je kauzální - odstraňují se nepříznivé vzorce chování, dysfunkční myšlení, osobnostní problematika (existuje speciální KBT postup)
- výsledky jsou dlouhodobé.

Nejvhodnějším způsobem léčby se jeví léčba nefarmakologická, která je zdlouhavá, ale efektivní. KBT pracuje se samotnou nespavostí, s přídatnými příznaky i typem osobnosti, jejichž struktura se podílí na udržování insomnie. Bez motivace pacienta a jeho spolupráce se tento typ léčby neuplatní.

Nejméně účinnou z dlouhodobého hlediska je farmakoterapie, která sama o sobě, nesprávně zvolená, může kvalitu spánku zhoršovat.

3. The ICD 10. Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.