

LÉČBA CHRONICKÉ NESPAVOSTI – JE VĚK ROZHODUJÍCÍM FAKTOREM?

MUDr. Claudia Borzová, MUDr. Petr Kozelek, MUDr. Vladimír Kmoč

Psychiatrická klinika VFN Praha, 1. LF UK, Praha

Psychiatrická ambulance a poradna pro poruchy spánku a paměti, P-P klinika, Kladno

Nespavost je nejčastější spánkovou poruchou, se kterou se setkáváme ve specializovaných ambulancích pro poruchy spánku a bdění. Vyskytuje se v každém věku, postihuje obě pohlaví s mírnou převahou žen. Tento článek se věnuje léčbě chronické nespavosti a upozorňuje na rozdíly v souvislosti s věkem pacienta. Obě možné metody, farmakoterapie i psychoterapie (zejména kognitivně behaviorální psychoterapie – KBT), jsou uplatnitelné u nespavců každého věku, až na jisté výjimky. Dlouhodobé užívání benzodiazepinových i nebenzodiazepinových preparátů je rizikové pro nespavce, u kterých je přítomen organický psychosyndrom, narušené kognitivní funkce. Preparáty obou uvedených lékových skupin narušují kognitivní funkce a můžou narušit kvalitu vědomí – indukovat delirium. KBT je uplatnitelná samostatně, nebo v kombinaci s farmakoterapií. KBT nelze využít u pacientů s organickým psychosyndromem a osobnostní strukturou, která neumožňuje spolupráci.

Klíčová slova: chronická nespavost, kognitivně behaviorální psychoterapie, benzodiazepinové a nebenzodiazepinové medikace.

THE TREATMENT OF CHRONIC INSOMNIA – IS AN AGE THE CRUCIAL FACTOR?

Insomnia is the most common sleep disorder, which is encountered at the specialised clinics for sleep and vigil disorders. It can be encountered at any age and affects both sexes with mild female predominance. This article is dedicated to the treatment of chronic insomnia and alerts on the differences with regards to patient's age. Both methods, pharmacotherapy and psychotherapy (especially cognitive behavioural psychotherapy – CBP), can be used in insomniacs of any age only with certain exceptions. Long-term use of benzodiazepine and non-benzodiazepine medications is risky for insomniacs with organic psychosyndrome and impaired cognitive functions. Drugs of both mentioned medication groups impair cognitive functions and can influence quality of consciousness – induce a delirium. CBP can be used alone or in combination with the pharmacotherapy. CBP is not possible to use in patients with organic psychosyndrome a structured personality, that does not enable a co-operation.

Key words: chronic insomnia, cognitive behavioral psychotherapy, benzodiazepine and non-benzodiazepine medications.

Psychiat. pro Praxi, 2006; 1: 20–22

Úvod

Nespavost patří mezi nejčastější poruchy spánku vůbec. Moje sedmiletá zkušenost v poradně pro poruchy spánku a bdění mě přivedla k poznání, že 60–70% pacientů navštěvuje specializované poradny s problémem chronické nespavosti. Praxe ukazuje, že nespavost je v ambulancích lékařů první linie, ale i některých specialistů, nesprávně diagnostikovaná i léčená. Bohužel tuto skutečnost konstatují i přesto, že se spánková medicína v naší zemi již několik let rozvíjí (což je potěšující) a má své místo i ve výuce lékařských fakult (což je žádoucí).

Poslední uvedená skutečnost přestavuje naději, že se nejčastější problémy z oblasti spánkové medicíny dostanou do povědomí lékařů všech specializací, zejména lékařů první linie – a i tento častý problém bude správně usměrněn, což povede k celkovému zkvalitnění zdraví i života „nespavce“.

Tento článek přináší stručnější pojednání:

- o samotné nespavosti
- jednotlivých způsobech její léčby s upozorněním na věkové limity jednotlivých terapeutických přístupů.

Nespavost

Nespavost je definovaná jako stav, kdy spánek je neosvěžující, nedostačující a snižuje kvalitu denního fungování, zhoršuje psychický stav (jednoznačná a ucelená definice nespavosti neexistuje, neustále se mění).

Diagnóza nespavosti je založená na informacích o (6):

- spánku
- psychickém stavu v průběhu dne – kvalita denního fungování
- okolnostech vzniku nespavosti, modifikujících faktorech ovlivňujících kvalitu spánku, délce trvání problému
- o dosavadní léčbě

Je nutné mít na zřeteli, že nespavost je subjektivní hodnocení, a proto informace získané (3) pacientem je třeba objektivizovat další osobou, která je této objektivizace schopná.

O nutnosti objektivizace nás přesvědčuje i skutečnost, že v ambulancích praktických lékařů i specialistů se poměrně často setkáváme s diagnózou nespavosti, vzniklou na základě sdělení – **subjektivního pocitu krátkého či přerušovaného spánku v trvání několika týdnů i měsíců; bez narušení kvality denního života (3, 6).**

Objektivizace subjektivní sdělení pacienta nepotvrdí.

V těchto případech mluvíme o **pseudoinsomnii**, kterou neléčíme farmaký! Léčbou této poruchy, která tvoří až 5% nespavosti, je pomoci pacientovi získat náhled vysvětlení podstaty pseudoinsomnie.

Podstata pseudoinsomnie:

- psychická přecitlivělost související s:
1. chybným povědomím pacienta o kvalitním spánku.

pacient si ve většině případů myslí, že zdravý spánek je „jen“ ten, který trvá např. 8 hodin; spánek kratší je nezdravý – subjektivně je vnímán jako nespavost

2. vyšší hladinou anxiety v osobnostní struktuře, přecitlivělosti na minimální podněty, které dělají spánek povrchnějším, přerušovaným.

Léčba nespavosti je zdlouhavá a komplexní. Před volbou správné léčby je důležité podrobit nespavost důkladné analýze – uvědomit si některé klinické parametry, jako je délka nespavosti, příčina vzniku a důsledky nespavosti.

Tabulka 1. Nespavost dle délky trvání a nejčastější příčiny jednotlivých typů nespavosti:

délka trvání nespavosti	typ nespavosti: příčiny
do jednoho měsíce	akutní: situace neslučitelná se spánkem – bolest, tréma, problém; jet lag syndrom, směnný provoz
měsíc – až 6 měsíců	subchronická: somatické onemocnění, psychické onemocnění, nepříznivá životní situace
6 měsíců a déle	chronická: psychofyzilogická nespavost; nesprávná spánková hygiena; depresivní nebo úzkostná porucha; psychóza; abúzus či závislost na psychoaktivních látkách (alkohol, hypnotika, drogy); sy spánkové apnoe; periodické pohyby ve spánku; sy neklidných nohou

Tabulka 2. Důležitým klinickým parametrem vzhledem k určení správné léčby je typ nespavosti

typ	charakteristika
časná	neschopnost usnout
střední	časté noční buzení
pozdní	časné ranní probuzení
smíšená	kombinace předešlých typů

Nejčastější formou chronické nespavosti je psychofyziologická, naučená nespavost. Rysy této nespavosti nacházíme u značného počtu nespavců, i když je insomnie původně vyvolána jiným mechanismem. U naučené nespavosti je dominující porucha usínání, která vzniká v důsledku spojení somatizované tenze s pocity a představami, které zabraňují usínání. Když je usínání několikrát po sobě nelehké a zdlouhavé, zakoreňuje se v myšlení člověka negativní automatická myšlenka „znovu dnes neusnu“, později „bez léků určitě neusnu“. Toto myšlení zvyšuje somatizovanou tenzi a znesnadňuje usínání, zhoršuje subjektivní pocit nespavosti. Chronická psychofyziologická insomnie má bez správné léčby špatnou prognózu, vede ke komplikované nespavosti se sekundárním anxiózním či anxiózně – depresivním syndromem.

Chronickou nespavost dělíme na:

- nekomplikovanou – bez užívání hypnotik
- komplikovanou – se vznikem tolerance a syndromu závislosti na hypnoticích.

Kvalita spánku, psychický stav a kvalita denního prožívání spolu velice úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Úzkostný syndrom je často spojený s časnou a střední insomnií, pozdní insomnií nacházíme u depresivního syndromu.

Druhá část textu přináší informace o léčbě chronické nespavosti.

Prostředky léčby nespavosti:

1. farmakologické
2. nefarmakologické

1. Farmakoterapie

Farmakologický zásah je při poruchách spánku indikován pouze v případě, že je neúspěšná kauzální terapie nebo pokud nepřinesla dostatečný efekt opatření nefarmakologická.

Jestliže se rozhodneme pro léčbu hypnotiky, slouží nám jako hlavní vodítko typ nespavosti dle klinických příznaků a farmakokinetické rozdíly mezi jednotlivými preparáty. Vždy bereme v úvahu rychlost nástupu hypnotického účinku po jednorázovém a opakovaném podání a lékovou anamnézu nemocného.

Tabulka 3. Přehled psychofarmak s hypno-sedativním účinkem

skupina	podskupina	generický název – zástupci
hypnotika	I. generace (obsoletní)	např. glutethimid, metachalon
	II. generace	nitrazepam, flunitrazepam, flurazepam, midazolam
	III. generace	zolpidem, zopiclon
anxiolytika	benzodiazepinová	oxazepam, bromazepam, alprazolam a další
	nebenzodiazepinová	hydroxyzin
antidepresiva	TCA	amitriptylin
	SARI	trazodon, nefazodon
	alfa2-adrenoblokátory	mirtazapin
antipsychotika	klasická – sedativní	chlorpromazin, metotrimeprazin, chlorprothixen
	atypická II. generace	olanzapin, amisulprid, quetiapin, zotepin
antihistaminika		prometazin, bisulepin, difenhydramin
melatoninové preparáty		melatonin

Tabulka 4. Rozdíly léčby nespavosti v souvislosti s věkem

	farmakoterapie	nefarmakologická léčba
nespavci do 65 let	- BZD max měsíc – pak intermitentně - střední, pozdní a smíšená insomnie – AD, včetně TCA	- závislé, úzkostné, pithiatické, hraniční osobnosti jsou méně schopné terapeutického vztahu, aktivního přístupu
nespavci nad 65 let (bez klinických známek demence)	- nepodáváme: BZD, tricyklická AD, klasické NL - léky s anticholinergním účinkem (poškozuji paměť a kognitivní funkce, iniciují delirium)	- snížená schopnost naučit se relaxovat - odmítavý přístup ke KBT

Tabulka 5. Hypnotika můžeme rozdělit na benzodiazepinová a nebenzodiazepinová

benzodiazepinové preparáty	nebenzodiazepinové preparáty
cinolazepam, flunitrazepam, midazolam, triazolam, alprazolam, diazepam, todizopam, oxazepam	zolpidem, zopiclon, zaleplon

Hypnotika 3. generace navozují spánek blízký fyziologickému, nenarušují spánkovou architekturu. Jsou to léčiva určená k navození spánku, ke krátkodobému zvládnutí nespavosti.

Využíváme především látky spadající do II. benzodiazepinové a hlavně III. tzv. „Z“ generace hypnotik (1).

Benzodiazepinová hypnotika nejsou, pro rizika spojená se vznikem tolerance a závislosti, určena k dlouhodobému podávání a nahrazujeme je také u gerontopacientů, kde mohou nepříznivě ovlivňovat paměť a ostatní kognitivní funkce. U predisponovaných pacientů mohou způsobit delirium. Přednostně u gerontopacientů volíme preparáty ze III. generace (zopiclon a zolpidem), které selektivně obsazují vazebné místo omega-1 v komplexu GABA receptoru, jež reguluje spánek. Jako po druhé volbě sáhne u starších nemocných po krátkodobě působících benzodiazepinech s inaktivními metabolity midazolamu a oxazepamu, které doporučujeme užívat kontinuálně maximálně tři týdny (1).

S výjimkou III. generace jsou hypnotika kontraindikována u nemocných se syndromem spánkové apnoe, který často vede k mozkové ischemii a fragmentaci spánku a následkem pak může být i klinický obraz pseudodemence. „Z“ generace hypnotik patří k nejbezpečnějším léčivům v indikaci poruch spánku s minimálními vedlejšími nežádoucími účinky. Pouze výjimečně jsou popisovány interakce zolpidemu s některými antidepresivy (buspiron, sertralin, fluoxetin a desipramin) se vznikem krátkodobých halucinačních epizod, jež odezní bez dalších následků. Na základě zkušenosti s léčbou nespavců musíme podotknout, že jedinci se syndromem závislosti na benzodiazepinových preparátech mají sklon nadužívat i preparáty III. generace (1).

V léčbě poruch spánku využíváme nejen primární hypnotika, ale také řadu dalších preparátů s hypno-sedativním účinkem, a to především tam, kde se setkáváme s rezistencí na II. a III. generaci hypnotik nebo shledáváme-li užitečnějším podání jiných léčiv vzhledem k základní diagnóze pacienta. Přehled hypnoticky

působících antidepresiv, antipsychotik a antihistaminik ukazuje tabulka 3.

Ve fázi klinických testů se nachází epifyzární hormon melatonin, který reguluje cyklus spánku-bdění a jeví se užitečným v léčbě insomnie při jet-lag syndromu, při poruchách spánku u slepců a jako pomocný lék při odvykání benzodiazepinovým hypnotikům.

Léčba závislosti na benzodiazepinových hypnoticích (jen schematicky):

- postupné vysazování benzodiazepinových hypnotik
- korekce abstinenčního syndromu za pomoci atypických neuroleptik a antidepresiv s hypnosedativním účinkem
- KBT – ve fázi vysazování hypnotik nastupuje relaxace, postupně (individuálně) jednotlivé prvky KBT

2. Nefarmakologická intervence

Dalším způsobem léčby je léčba nefarmakologická, jejíž hlavním zástupcem v indikaci nespavosti je kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT). KBT je léčba zaměřená na způsoby myšlení a formy chování klienta, které narušují jeho spánek a sekundárně snižují i kvalitu života.

U části nespavců se iniciálně či v průběhu rozvoje nespavosti narodí a postupně zakoření negativní myšlenka „určitě neusnu“, případně „bez toho léku určitě neusnu“, „zítra budu nemožný“, „zítřek nezvládnou“.

Vznik negativní myšlenky je často spojený s nepříznivou situací. U většiny počtu nespavců přetrvává i po vymizení vyvolávající příčiny.

Důsledkem tohoto negativního přemýšlení je:

- psychomotorická excitace: neschopnost usnout, převalování na lůžku, motorický neklid, obava z nevyspání a neschopnosti fungování v průběhu dne, somatizovaná tenze.

Opakování stresujících okamžiků a situací snižuje adaptační schopnosti jedince, objevují se příznaky sekundárního anxiózní depresivního syndromu s dominancí únavy, narušené koncentrace, somatické i psychické anxiety, depresivní forie.

Negativní myšlenky se v repertoáru myšlenek objevují automaticky v obávané situaci tj. před spaním a při usínání.

CHOVÁNÍ – formy chování vázané na spánek; návyky a způsoby znesnadňující event. potencující poruchu spánku; narušená spánková hygiena (1)

- užívání psychoaktivních látek v pozdních odpoledních nebo večerních hodinách
- vytváření pracovního prostředí v posteli – pracování v posteli, sledování TV (člověk, který v noci nespí, se velice často setkává s jevem, že pospává a poměrně lehce usíná u televize, na poradách, při pracovních aktivitách. Věřící, že když si podobné podmínky vytvoří v posteli, usne. Dochází však k tomu, že se „snahou usnout“ v kombinaci s fyzickou či psychickou činností víc zaktivizuje a spánek tím oddálí).

- „pasivní“ čekání na spánek, převalování se z boku na bok

Prostředky terapie

Behaviorální terapie – změna chování

Člověk trpící nespavostí by se měl snažit změnit své chování související se spánkem. Změnit chování není jednoduché, nejde ze dne na den. Pacient i terapeut se musí obrnit trpělivostí (2).

Nespavec by měl: (5)

- užívat psychostimulancia (káva, čaj) nejpozději v 16 hodin
- omezit kouření – nekouřit v pauzách při probuzení
- nepít na noc alkohol „abych usnul“ – hrozí vznik návyku
- v pozdních odpoledních a večerních hodinách jíst lehce stravitelná jídla
- nevytvářet v posteli pracovní prostředí – nedívat se z postele na TV, nepracovat, nečíst...POSTEL SLOUŽÍ SPÁNÍ A MILOVÁNÍ.

Behaviorální terapie je akceptovaná a terapeuticky užívaná bez ohledu na věk.

Restrikce doby spánku – poměrná nová metoda.

Princípem této metody je neležet v lůžku déle, než je nutné. Postup při této metodě je následovný:

- dva týdny vedeme spánkový kalendář
- z délek trvání spánku ve sledovaných dnech vypočteme aritmetický průměr, který se stává povolenou dobou v lůžku
- dobu ulehnutí určíme odečtením povolené doby v lůžku od času vstávání
- po dobu 2 týdnů uleháme dle nového režimu ulehání – vstávání
- po 14 dnech vypočteme efektivitu spánku

Z této techniky profitují hlavně pacienti s narušenou kontinuitou spánku, pacienti, kteří tráví v lůžku beze spán-

$$\text{efektivita spánku (ES)} = \frac{\text{doba spánku}}{\text{celková doba trávená v lůžku}} \times 100$$

ES větší než 90% – uleháme o 15 min dříve

ES 85 – 90% – léčba přetrvává další týden

ES menší než 85% – uleháme o 15 min později

ku hodně času. Této technice se odmítají podrobovat pacienti s organickým psychosyndromem.

- kontrola podnětů – „vím co dělám“ (2)
 - ulehát i vstávat v pravidelnou dobu
 - po 30 min převalování se opustit lůžko

Kontrola podnětů je technikou, kterou lze užít bez věkového omezení.

„Worry time“ – v případě, že příčinou neusnutí je přemýšlení o problémech, je vhodné si své myšlenky a problémy identifikovat psaním, problém se konkrétně odlehčit (2).

Starší pacienti, bez/s organickým psychosyndromem, nejsou ochotni pracovat s negativními myšlenkami ani formou worry time (5).

Spánková hygiena:

- pokojová teplota – 21 °C
- vyvětraná místnost
- nehlukné prostředí: v případě hluku jej nahradit generátorem pravidelného (stereotypního, rytmického) zvuku
- před spaním se nepřejídat, nepít alkohol, nekouřit
- pravidelné ranní cvičení; u úzkostných nespavců cvičení i před spaním (ventil tenze a úzkosti)
- teplé mléko s medem, kakao nebo horká čokoláda před spaním – relaxační efekt
- teplá koupel – relaxační efekt
- relaxace – relaxační techniky: autogenní trénink, progresivní relaxace, řízené dýchání, jóga..

Jaké jsou přednosti KBT před farmakoterapií?

- na prostředky psychoterapie nevzniká závislost
- odstraňují se nepříznivé vzorce chování a myšlení, což působí i preventivně a může ovlivnit i další projevy psychické nepohody
- řeší příčiny i důsledky
- léčba je zejména u psychofyziologické nespavosti kauzální

Jaké jsou nevýhody KBT před farmakoterapií

- úspěšnost není 100% a doživotní; je nutné prostředky KBT použít opakovaně
- časová náročnost pro nespavce i terapeuta
- kontraindikací jsou snížené mentální schopnosti (včetně organického psychosyndromu) a určitá osobnostní struktura (osobnost úzkostná, narcistická, histrionská, asociální, schizoidní) (2).

Starší pacienti (nad 65 let) jsou citlivější k narušení psychických funkcí exogenními vlivy (4). Jejich nespavost léčená BZD, ale i hypnotiky III. generace, TCA, klasickými neuroleptiky (anticholinergní účinek) indukuje poruchy paměti a dalších kognitivních funkcí, navozuje delirantní stavy. Silným modifikujícím faktorem je dehydratace (4).

Přítomnost organicity CNS zvyšuje rigiditu osobnosti – snižuje schopnost aktivního přístupu, zapojení do KBT, zvyšuje fixaci na užívané preparáty, bez tendence zvyšovat užívané dávky.

Věk je zdá se (vedle délky trvání nespavosti a příčiny) jedním z prognostických faktorů léčby nespavosti. Čím je pacient a jeho nespavost starší, tím je stav rigidnější k nefarmakologickým prostředkům, vyžaduje farmakoterapii.

MUDr. Claudia Borzová

Psychiatrická klinika VFN 1. LF UK,
Ke Karlovu 11, 128 50 Praha 2
e-mail: cborzova@volny.cz

Literatura u autora