

EFEKTIVNÍ LÉČBA NESPAVOSTI

MUDr. Martin Pretl, CSc.¹, MUDr. Jan Vevera²

¹Centrum pro poruchy spánku a bdění, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nespavost patří mezi nejčastější onemocnění v populaci a zaujímá čelní místo v nákladech na zdravotní péči. Nejoblíbenější terapií na všech úrovních jsou hypnotika, nejuznávanější léčbou je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Cílem studie bylo v ambulantních podmínkách ověřit možnosti a efekt psychoterapie insomnie. Soubor tvořilo 39 pacientů (průměrný věk skupiny 43,87 + 16,00; 17 mužů), u kterých byla po vstupním vyšetření vyslovena suspekce na psychofyziologickou insomnii. U části pacientů bylo provedeno aktigrafické vyšetření k vyloučení dg. periodické pohyby končetinami (PLM). V následujících sezeních byla zahájena KBT, v případě potřeby byla zahájena terapie PLM. Osm pacientů se zúčastnilo pouze úvodního edukačního pohovoru, 22 pacientů pokračovalo v psychoterapii – 18 pacientů podstoupilo behaviorální terapii (BT), 4 pacienti absolvovali i kognitivní terapii (KT). Šesti pacientům byla doporučena vzhledem ke složitosti jejich problému psychiatrická péče včetně KBT. U 3 pacientů byla diagnostikována sekundární insomnie (těžké PLM, těžká obstrukční spánková apnoe – po léčbě došlo k výrazné úpravě stavu). Dg. PLM byla stanovena celkem u 18 pacientů. Základem terapie insomnie je anamnestický pohovor a dobrá diferenciální diagnostika. BT je nutná a ve většině případů i postačující součást léčby, zatímco KT se ukazuje jako nezbytná pouze u vybrané části pacientů. Výskyt PLM se ukázal jako překvapivě frekventní a je k diskuzi, do jaké míry ovlivňuje fragmentaci spánku. Otázka chronické medikace není jednoznačná, snaha o vysazení za každou cenu se neukazuje jako produktivní. Antidepresivní terapie u vybraných pacientů léčbu vhodně podporuje.

Med. Pro Praxi 2007; 3: 132–134

Úvod

Nespavost patří mezi nejčastější poruchy v populaci, současné výzkumy odhadují její výskyt na 5–35 % (4, 11), s přibývajícím věkem je častější (3, 8). Dá se předpokládat, že se stárnutím populace bude nespavců přibývat. Nespavost je definována jako porucha iniciace a/nebo kontinuity spánku včetně časného probouzení. V důsledku nižší kvality a efektivity spánku patří do symptomového komplexu nevyspalost, neodpočatost a různé stesky ovlivňující kvalitu denních činností (únava, různé somatické stesky, poruchy nálady...)(1).

Dělení nespavosti existuje několik, podle nejnovější klasifikace ICD-2 je definováno 11 základních druhů insomnie a dále nespavost v rámci jiných onemocnění. Jednou z nejčastěji diagnostikovaných jednotek je psychofyziologická insomnie, kdy u predisponovaných jedinců dochází v důsledku vyvolávajícího inzultu (stres, úzkost) ke vzniku nespavosti, která je poté udržována díky rozvoji nesprávných kognitivně-behaviorálních schémat i po odeznění vyvolávajících faktorů (6, 7, 9). Sekundárně podmíněné insomnie jsou působeny nejčastěji obstrukční spánkovou apnoí (OSA) a syndromem neklidných končetin (RLS) a periodickými pohyby končetinami (PLM), poruchami cirkadiánní rytmicity. Z psychiatrických příčin jsou to hlavně úzkostné poruchy a deprese. Dále existuje celá řada interních onemocnění zapříčiňujících nespavost.

Nejoblíbenější terapií na všech úrovních jsou hypnotika. Mezi odbornou veřejností je nejuznávanější léčbou kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

Její smysl spočívá v odhalení a následném odstraňování příčinných faktorů nespavosti (2, 4, 5, 6). Cílem práce bylo ověřit v ambulantních podmínkách možnosti a efekt psychoterapie insomnie.

Metodika, pacienti

Soubor tvořilo 39 pacientů: průměrný věk skupiny 43,87 + 16,00; 17 mužů, průměrný věk 45,65 + 15,36 (rozptyl 25–75), 22 žen 42,50 + 16,70 (rozptyl 18–73) vyšetřených během 12 po sobě jdoucích měsíců v Centru pro poruchy spánku a bdění na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, u kterých byla po vstupním vyšetření vyslovena suspekce na psychofyziologickou insomnii.

U části pacientů (20 pacientů, 14 žen, 6 mužů) bylo provedeno aktigrafické vyšetření k vyloučení dg. periodické pohyby končetinami (PLM). Vyšetření proběhlo podle standardního protokolu pomocí aktigrafů (Cambridge Neurotechnology,

Velká Británie), které byly upevněny na kotníky obou končetin po dobu 3 nocí. Frekvence ukládání pohybů byla standardně zvolena 2 s. Následně byly výsledky zpracovány pomocí software a vizuálně hodnoceny. V případě potřeby – při diagnóze PLM byla zahájena terapie pomocí agonistů dopaminu (ropinirol, pramipexol).

V následujících sezeních byla zahájena KBT podle standardního protokolu centra (behaviorální terapie – spánková hygiena, kontrola stimulů, spánková restrikce, relaxační terapie; kognitivní terapie). Pokud se během sezení ukázalo, že nespavost je podmíněna psychiatrickým onemocněním, bylo indikováno psychiatrické vyšetření včetně následné psychoterapie se zaměřením na odstranění podmiňujícího problému. V případě podezření na ventilační poruchu ve spánku bylo indikováno polysomnografické vyšetření podle standardního schématu spánkové laboratoře.

Tabulka č. 1 – Rozdělení pacientů podle podstoupené terapie a podle pohlaví

	Počet pacientů	Rozdělení dle pohlaví
Celkem	39	17 mužů, 22 žen
KBT	30	13 mužů, 17 žen
BT – jen vstupní pohovor	8	3 muži, 5 žen
BT – celá	18	10 mužů, 8 žen
KT	4	4 ženy
psychiatrická léčba	6	3 muži, 3 ženy
sekundární insomnie	3	1 muž, 2 ženy
PLM	2	2 ženy
OSA	1	1 muž
K-BT – kognitivně-behaviorální terapie, PLM – periodické pohyby končetinami, OSA – obstrukční spánková apnoe		

Stran chronické terapie hypnotiky (v souboru nebyli zařazeni pacienti s jinou medikací ovlivňující spánek) byla po vysvětlení jejich účinku vyvíjena snaha ji redukovat.

Výsledky

Osm pacientů se zúčastnilo pouze úvodního edukačního pohovoru, 22 pacientů pokračovalo v psychoterapii – 18 pacientů podstoupilo behaviorální terapii (BT). Pouze 4 pacienti absolvovali i kognitivní terapii (KT). Šesti pacientům byla doporučena vzhledem ke složitosti jejich problému psychiatrická péče včetně KBT (tabulka č. 1).

U 2 pacientů byly diagnostikovány těžké PLM a po jejich léčbě došlo k výrazné úpravě stavu (dg. lehkého PLM, nevyžadujícího léčbu, byla stanovená celkem u 15 pacientů). U jednoho pacienta bylo během dalších sezení vysloveno podezření na spánkovou apnoe. Polygrafické vyšetření potvrdilo obstrukční spánkovou apnoe (OSA). Vzhledem k tíži OSA byla doporučena léčba přetlakem v dýchacích cestách (CPAP). Po pravidelném užívání terapie CPAP nespavost ustoupila.

Průměrný počet návštěv v poradně byl 4. Chronická medikace byla zaznamenána u 33 pacientů.

Diskuze

Základem terapie insomnie je kvalitní anamnestický pohovor a dobrá diferenciální diagnostika. Z poměrně vysokého počtu pacientů (20,5 %), kteří podstoupili jen vstupní pohovor, vyplývá, že základní informace o spánku (spánková edukace) může napomoci pacientům s méně závažnou poruchou k objasnění příčiny jejich problému dostatečným způsobem a další terapie není nutná.

Naprostá většina pacientů však v terapeutickém schématu pokračovala přes BT, která je základní a ve většině případů i postačující součástí léčby. BT je náročná na čas i trpělivost jak terapeuta, tak pacienta. Nejsvícelnější částí BT se ukazuje spánková restrikce. Pro určitou část pacientů znamená omezení pobytu v posteli naprosto nepřekonatelný problém a raději se smiřují s ukončením terapie v této fázi, zvláště když dojde k patrnému zlepšení stavu. KT se ukazuje jako nezbytná pouze u vybrané části pacientů – motivovaní pacienti, chronici neodpovídající na BT. Ke KT terapii byly více v našem souboru motivovány ženy ve srovnání s BT, kde byl poměr pohlaví přibližně stejný.

Výskyt PLM se ukázal jako překvapivě frekventní a je k diskuzi, do jaké míry ovlivňují frag-

mentaci spánku. U 38,5 % pacientů našeho souboru byly PLM diagnostikovány, avšak pouze u 2 pacientů (5 %) byla tíže taková, že vyžadovala léčbu. Literárně udávaná data o výskytu PLM naznačují, že se nemusí jednat o komorbiditu, ale o jednotku, která se podílí (alespoň) částečně na vzniku nespavosti (10). Z anamnestických dat většiny pacientů však nebylo pochyb, že psychická složka se na vzniku insomnie podílí nejpodstatnější měrou (vyjma tří uvedených případů, kdy došlo k jasněmu zlepšení stavu po nasazení terapie). Udávaný počet pacientů s diagnózou PLM napovídá, že aktigrafická diagnostika by se měla stát rutinním vyšetřením u všech pacientů s dif. dg. insomnie. Vyšetření není časově nikterak náročné ani pro pacienta, ani pro terapeuta.

Otázka chronické medikace není jednoznačná. V první řadě záleží na typu medikace. V neurologické praxi se setkáváme s jiným typem pacientů/spektrům medikace než v praxi somnologa-psychiatra. Pacienti, kteří se obrátili na naše centrum, neužívali kombinaci hypnotik. Po vysvětlení (ne)účinku chronické medikace hypnotiky bylo doporučováno pomalé vysazování medikace s upozorněním na rebound fenomén. Pokud se tento postup nedařilo

pacientovi dodržet, po vzájemné dohodě byla medikace ponechána s edukací, že násilné vysazení by přineslo více nepohody pacientovi a přispělo by do kaskády udržujících faktorů insomnie. Tím by se stalo kontraproduktivním oproti relativně bezpečné dávce hypnotika. Antidepresivní terapie (mirtazapin, trazodon) u vybraných pacientů léčbu vhodně podpořila a urychlila. Při využití zklidňujícího účinku na psychiku se tato terapie jeví v kombinaci s psychoterapií jako velmi účinná.

V České republice nebyla problematice insomnie dosud věnována cílená a dlouhodobá pozornost v žádném zdravotnickém zařízení. KBT je časově velmi náročná, vyžaduje erudované terapeuty i nadprůměrnou spolupráci klienta-pacienta. Obecné zásady KBT, hlavně její behaviorální část (BT) však patří k základnímu vzdělání lékaře a některé její části (spánková hygiena) by měl umět aplikovat každý lékař bez rozdílu specializace. Jejich vhodným použitím často může zabránit rozvoji

chronicity a relativně jednoduše pomůže pacientovi zvládnout závažný problém.

Převzato z časopisu

Psychiat. pro Praxi; 2006; 3: 140–142.

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2
e-mail: mpretl@lf1.cuni.cz

Literatura

1. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding manual, 2nd ed., Westchester, American Academy of Sleep Medicine 2005.
2. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke R, Marsh GR, Quillian RF. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. A randomized control trial. JAMA 2001; 285: 1856–1864.
3. Jensen E, Dehlin O, Hagberg B, Samuelsson G, Svensson T. Insomnia in an 80-year-old population: relationship to medical, psychological and social factors. J Sleep Res. 1998; 7: 183–9.
4. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and Practice of Sleep Medicine, 4th Ed. Philadelphia, Elsevier 2005.
5. Management of insomnia – NCSDR Working Group. Sleep, 1999, 22, Suppl 2: S402-S408.
6. Morin CM, Espie CA. Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
7. Nevšímalová S, Šonka K a kol. Poruchy spánku a bdění. Praha, Maxdorf; 1997.
8. National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference Statement. Manifestation and Management of Chronic Insomnia in Adults. Bethesda 2005.
9. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D (eds). Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia. New York, Springer, 2005.
10. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. Arch Intern Med 2000; 160: 2137–2141.
11. Sateira MJ, Nowell PD. Insomnia. Lancet 2004; 364: 1959–1973.