

KOGNITIVNO-BIHEJVORALNI PRISTUP INSOMNIJI

Milan Latas

UDK: 615.851:616.89-008:612.821.7

Medicinski fakultet, Univerzitet
u Beogradu, Beograd, Srbija

Klinika za psihijatriju, Klinički centar
Srbije, Beograd, Srbija

UVOD

Tretman insomnije se zasniva na primeni dva pristupa: farmakološkom i nefarmakološkom pristupu, najčešće uz primenu kognitivno-bihejvioralne terapije [1]. Lekovi se obično smatraju primenljivim za kratkotrajno lečenje akutne insomnije, dok je kognitivno-bihejvioralni tretman primenljiviji kod hroničnih insomnija jer daje dugoročnije rezultate [2]. Pored toga, iako su medikamenti efikasni u rešavanju problema insomnije, veliki broj ljudi se nerado odlučuje za ovakvu vrstu lečenja, pre svega zbog straha od "oslanjanja samo na lek", straha od mogućeg javljanja tolerancije ili zavisnosti, straha od pospanosti tokom dana nakon

Kratak sadržaj

Pored farmakoterapije, primena kognitivno-bihejvioralne terapije predstavlja značajan pristup u pomoći osobama koje imaju problem insomnije. Kognitivno-bihejvioralna terapija insomnije se sastoji od više komponenti od kojih su neke nespecifične (odnose se na higijenu spavanja), a neke su direktno usmerene na disfunkcionalna ponašanja, razmišljanja i stavove, a uključuju: edukaciju u vezi sa spavanjem, kontrolu stimulusa, higijenu spavanja, restrikciju spavanja, relaksaciju i kognitivnu restrukturaciju. Prednost ove terapije je što ne postoje rizici kao kod primene farmakoterapije (problem zavisnosti, tolerancije, sporednih efekata...). Klinička istraživanja su pokazala da primena kognitivno-bihejvioralne terapije dovodi do poboljšanja kvaliteta spavanja kod većine osoba koje imaju problem insomnije, ali nedovoljan broj edukovanih terapeuta predstavlja ograničenje u široj primeni kognitivno-bihejvioralne terapije ovog problema insomnije.

Ključne reči: insomnija, kognitivno-bihejvioralna terapija, psihoterapija, farmakoterapija

uzetog leka itd. Nadalje, osobe sa insomnijom često imaju i neko somatsko oboljenje koje zahteva lečenje medikamentima, pa zbog toga smatraju da bi im "bilo bolje da ne uzimaju još lekova (npr. za lečenje insomnije)". Sve ovo predstavlja značajno polje za primenu kognitivno-bihejvioralne terapije kod osoba koje imaju problem insomnije.

Kognitivno-bihejvioralna terapija predstavlja sintezu dve terapije koje su se nezavisno razvijale - bihejvioralne terapije i kognitivne terapije [3]. Bihejvioralna terapija predstavlja specifičan terapijski metod koji se bazira na teoriji učenja i koji se koristi sa ciljem da se uklone simptomi psihijatrijskih poremećaja prome-

nom načina ponašanja koje je uzročno povezano sa pojavom ili održavanjem poremećaja. Kognitivna terapija je psihoterapijski metod koji se koristi sa ciljem da se uklone simptomi psihijatrijskih poremećaja promenom načina razmišljanja koje je uzročno povezano sa pojavom ili održavanjem poremećaja. Sveobuhvatni cilj ove terapije je: 1) otkrivanje pogrešnog načina razmišljanja (procene, tumačenja, razumevanja) i njegova promena u zdraviji (realniji, korisniji, logičniji) način razmišljanja i 2) promena pogrešnog načina ponašanja i prihvatanje korisnijeg načina ponašanja. Na taj način dolazi do promene emocionalnog reagovanja i načina ponašanja što uslovljava umanjene simptome poremećaja ili njegovu potpuno iščezavanje uz omogućavanje zdravijeg načina života.

Kognitivno-bihejvioralni tretman pacijenata koji imaju problem insomije se sastoji od primene različitih terapijskih metoda kognitivne i bihejvioralne terapije koji imaju za cilj uklanjanje širokog spektra simptoma i etioloških faktora koji su povezani sa pojavom ili održavanjem problema insomije. Ti metodi uključuju, između ostalog, edukaciju u vezi sa spavanjem, kontrolu stimulusa, higijenu spavanja, restrikciju spavanja, relaksaciju i kognitivnu restrukturaciju. Navedene terapijske metode su pokazale značajnu efikasnost u tretmanu problema insomije i predstavljaju dobru terapijsku opciju koja je relativno laka za primenu kod pacijenata sa problemom insomije [4]. S druge strane, prednost primene kognitivno-bihejvioralnih metoda kod pacijenata koji imaju problem insomije je i u tome što ne postoji problem polifarmacije, neželjenih efekata, apstinencijalnih simptoma i slično, kao kod primene psihofarmaka.

METODI KOGNITIVNO -BIHEJVIOALNE TERAPIJE

U tekstu koji sledi biće opisani osnovni metodi kognitivno-bihejvioralne terapije koji se koriste kod pacijenata koji imaju problem insomije.

Edukacija u vezi sa spavanjem

Pacijenti (ali i šira populacija) koji imaju problem insomije često imaju pogrešne informacije i/ili zablude vezane za proces spavanja, usnivanja, dužine spavanja i slično, naročito ukoliko postoji i komorbidno somatsko oboljenje [5]. Informisanje i edukacija pacijenata vezano za spavanje su veoma korisne za razumevanje procesa spavanja, otklanjanje zabluda i uspostavljanje kvalitetnijeg spavanja. Ta edukacija, između ostalog, podrazumeva da pacijenti treba da budu informisani da optimalna dužina spavanja nije ista za sve osobe (neko ima potrebu za dužim, a neko za kraćim spavanjem), da se optimalna dužina spavanja menja kod iste osobe u zavisnosti od različitih faktora (iscrpljenost, starost, stresovi...), da proces uspa vljivanja normalno može da traje i do 30 minuta, da su faze buđenja tokom noći normalne i slično [6]. Iako ova uputstva mogu da izgledaju trivijalno, postoji značajan broj ljudi koji ih zanemaruje i time uslošnjava svoj problem sa spavanjem. Zbog toga ih je potrebno prodiskutovati sa pacijentima koji imaju insomiju.

Higijena spavanja

Primena higijene spavanja ima za cilj da obezbedi optimalne uslove za spavanje promenom disfunkcionalnog ponašanja i promenom sredinskih uticaja koji mogu da ometaju spavanje. Time se obezbeđuje

kvantitativno i kvalitativno poboljšanje spavanja, pre svega, umanjnjem ili eliminacijom faktora koji smetaju spavanju. Tu se, pre svega, misli na:

- učestalo dremanje,
- različito (neujednačeno) vreme kada osoba ide na spavanje i kada se budi,
- preterano provođenje vremena u krevetu,
- korišćenje stimulativnih sredstava pre spavanja (alkohol, cigarete, kafa...),
- stimulativne aktivnosti pred spavanje (kao što je profesionalna aktivnost, intezivna fizička aktivnost, rešavanje stresogenih situacija, plaćanje računa...),
- korišćenje kreveta za aktivnosti koje nisu direkto povezane sa spavanjem (kao što je gledanje televizije, čitanje, grickanje...),
- loše uslove spavanja (kao što je neudoban krevet, previše svetla, buka, preterana toplota ili hladnoća...).

Sve ove aktivnosti bi trebalo da se izbegavaju u periodu neposredno pre spavanja, a pacijenti bi trebalo da budu potpuno informisani o higijeni spavanja. Ipak, dozvoljavaju se individualne varijacije, u skladu sa potrebama, afinitetom i senzibilnošću svake osobe. Tako, na primer, postoje osobe koje bolje tolerišu kofeinske napitke i kojima unošenje kofeina pred uspavljanje ne smeta, ali postoje i one koje su izrazito senzibilne na kofein pa ne bi smele da ga upotrebljavaju satima pred spavanje.

Kontrola stimulusa

Primena tehnika kontrole stimulusa se bazira na teoriji učenja. Ta teorija pretpostavlja da se teškoće u spavanju javlja-

ju kao posledica uslovljavanja/asociiranja/povezivanja stimulusa, pre svega anksioznost i uzbuđenje, sa teškoćama u uspavljanju. Ove tehnike imaju za cilj uspostavljanje i/ili pojačavanje veza između kreveta/spavaće sobe i uspavljanja/spavanja a slabljenje i/ili eliminaciju veza između kreveta/spavaće sobe i aktivnosti koje ometaju spavanje. Navedene tehnike mogu da se svedu na sledeća uputstva koja se daju pacijentima:

1. Idite na spavanje tek kada ste pospani.
2. Ne koristite krevet za bilo koje druge ativnosti osim sna i seksa. Nemojte jesti, čitati, gledati televiziju... u krevetu.
3. Ako ne možete zaspati u roku od 20 minuta, ustanite i pređite u drugu sobu. Vratite se u krevet kada osetite pospanost.
4. Ako se vratite u krevet i još ne možete da zaspete, ponovite korak 3.
5. Podesite alarm i ustanite u isto vreme svakog jutra bez obzira na to koliko ste spavali tokom noći. To će Vam pomoći da steknete konstantan ritam spavanja.
6. Ne spavajte tokom dana.

Primena navedenih tehnika u značajnoj meri može da poveća kvalitet spavanja, pre svega u smanjenju latence uspavljanja, uvećanju efikasnosti spavanja - odnos vremena spavanja i vremena koje se provodi u krevetu [7,8].

Restrikcija spavanja

Restrikcija spavanja se fokusira na smanjenje vremena koje osoba provodi u krevetu tokom noći a da ne spava i, s druge strane, uvećanje vremena spava-

nja tokom noći. Instrukcije za primenu restrikcije spavanja se svode na [9]:

1. Svakodnevno vođenje dnevnika spavanja. Dnevnik počinje da se vodi nedelju-dve pre započinjanja specifičnog tretmana i tokom samog tretmana. Dnevnik spavanja, obavezno, treba da sadrži podatke o ukupnom vremenu spanja (VS), provedenom vremenu u krevetu (VuK), efikasnosti spavanja - odnos vremena spavanja i vremena koje se provodi u krevetu (ES) i ukupnom vremenu budnosti (VB).
2. Određivanje prosečnih vrednosti za VS i VuK u prethodne dve nedelje.
3. Zadavanje novog VuK: prosečno VuK + 30 minuta (a ne manje od 5,5 sati).
4. Zadavanje i održavanje stalno istog vremena odlaska u krevet i ustajanja, u skladu sa novim VuK.
5. Praćenje VuK i zadavanje novog VuK u skladu sa preporukama:
 - a. Ako je prosečna $ES > 90\%$, dajte 30 minuta VuK.
 - b. Ako je prosečna $ES < 85\%$, oduzmite 30 minuta od VuK.
 - c. Ako je ES između 85% i 90% , ne menjati VuK.
6. Informisanje da se ne ide u krevet pre dogovorenog režima za spavanje, a da se ustaje iz kreveta u dogovoreno vreme svakog jutra.
7. Izbegavanje dremanja tokom dana.

Navedene tehnike restrikcije spavanja mogu vrlo brzo da dovedu umanjenu neefikasnog vremena provodenog u krevetu. Time se podiže ukupni kvalitet

spavanja, pre svega slabljenjem uslovljene veze između budnosti i ležanja u krevetu indukovanjem delimičnog lišavanja sna. Time se aktivira nagon za spavanjem, olakšava brži početak spavanja i manje buđenje tokom noći [10]. Nakon uspešne konsolidacije vremena spavanja (mereno efikasnošću spavanja), vreme u krevetu može postepeno da se uvećava kako bi se omogućilo duže spavanje.

Ipak, restrikcija spavanja ima i svoje kontraindikacije. Naime, ovu tehniku ne bi trebalo primenjivati kod maničnih pacijenata ili kod pacijenata sa epilepsijom jer može da uslovi pojavu reaktivacije ovih bolesti.

Relaksacija

Brojne tehnike relaksacije se koriste kod pacijenata koji imaju problem insomnije. Najčešće se koriste tehnike abdominalnog disanja, biofeedback, meditacija i slično. Cilj relaksacije je da se umanjni nivo psihološkog i fiziološkog uzbuđenja, a time da se obezbede optimalni uslovi za spavanje.

Jedan od preporučenih metoda (prema *American Academy of Sleep Medicine*) je progresivna mišićna relaksacija [11]. Ovaj metod uključuje vežbe dubokog abdominalnog disanja zajedno sa naizmeničnom primenom stezanja i opuštanja različitih mišićnih grupa (na primer, vrat, ruke, leđa, noge...). Pacijentima se daju instrukcije da obrate pažnju na osećaj opuštanja nakon završenog svakog koraka. Preporuka je da vežbaju ove procese i tokom dana, kao i pre odlaska na spavanje. Relaksacija bi trebalo da se primenjuje pre procesa uspavlivanja ali i nakon noćnog buđenja (sve radi olakšanja uspavlivanja).

Relaksacija može da bude kombinovana sa kontrolom stimulusa i sa drugim tehnikama u okviru terapije.

Kognitivna terapija

Pacijenti koji imaju problem insomije često imaju disfunkcionalna uverenja i stavove vezane za spavanje (na primer: “moram odmah da zaspim”, “moram da se odmorim”, “biće grozno ako ne spavam dovoljno”, itd.) koji mogu da uslove pojavu zabrinutosti za mogućnost njihovog uspavljanja i spavanja [12]. Ova zabrinutost može da uslovi pojavu uzbuđenja koje remeti uspavljanje, što dovodi do novog rasta uzbuđenja i sve manje mogućnosti za spavanje [13]. Ovako nastao začarani krug brige, uzbuđenja i nespavanja ima tendenciju da perzistira ili se čak i pojačava i učvršćuje i teško ga je prekinuti bez prave kognitivne intervencije. Kognitivna terapija se fokusira na otkrivanje ovakvih uverenja i stavova i njihovo menjanje u logičnije, korisnije i realnije stavove i uverenja. Prvi korak u kognitivnom delu terapije je edukacija pacijenta (prikazana u predhodnom tekstu). Time se rešavaju nedoumice i pogrešna znanja koja otežavaju spavanje. Kasnije se primenjuju i ostale tehnike kognitivne terapije, među kojima su aktivno osporavanje iracionalnih uverenja, traženje racionalne alternative, traženje dvostruke prednosti, preformulisanje itd. sa ciljem nalaženja i usvajanja racionalnih alternativa disfunkcionalnom načinu razmišljanja. Neke od racionalnih alternativa, koje bi pacijenti trebalo da usvoje, su: “Naučiću šta da radim, a šta da ne radim da bih bolje spavao.”, “Čak i ljudi koji dobro spavaju ponekad se bude noću i imaju problem da

zaspje, pa im to ne smeta.”, “Čak i ako ne spavam dobro, mogu da funkcionišem narednog dana.”Ovako primenjena uverenja pomoću kognitivne terapije dovode do značajnih poboljšanja u procesu uspavljanja i spavanja [14].

EFIKASNOST KOGNITIVNO-BIHEJVORALNE TERAPIJE

Kognitivno-bihejvioralna terapija pokazala je efikasnost u tretmanu insomnije merenu kako subjektivnim tako i objektivnim parametrima procene spavanja [15]. Meta-analitičke studije su pokazale da kognitivno-bihejvioralna terapija insomnije umanjuje: latencu uspavljanja, broj buđenja tokom noći, dužinu budnog stanja tokom noći; dalje, produžava vreme spavanja i poboljšava subjektivan kvalitet sna [16]. Tako je pokazano [17] da kognitivno-bihejvioralna terapija dovodi do umanjenja latence uspavljanja za 27.7 minuta, a da se, nakon usnivanja, produžava vreme buđenja za 32.7 minuta, mereno u odnosu na kontrolne grupe koje su dobijale placebo ili su bile na listi čekanja. Pored toga, efekat tretmana se održavao najmanje 8 meseci po njegovom završetku.

U poređnju sa samostalnom prienom hipnotika, kognitivno-bihejvioralna terapija je pokazala veću efikasnost i dugoročniji efekat [18]. Međutim, kombinovana primena farmako- i kognitivno-bihejvioralne terapije u odnosu na samostalnu primenu i farmako i kognitivno-bihejvioralne terapije, je pokazala najveću efikasnost u terapiji insomnije, specifično, u produženju vremena ukupnog spavanja [19].

BUDUĆNOST PRIMENE KOGNITIVNO-BIHEJVORALNE TERAPIJE U TRETMANU INSOMNIJE

Postoji nekoliko ključnih tačaka koje mogu da odrede budućnost primene kognitivno-bihejvioralne terapije u tretmanu pacijenata koji imaju problem insomnije. Biće navedene nake od njih. Prvo, u našoj sredini postoji nedovoljan broj i neravnomerna rasporedjenost edukovanih terapeuta koji primenjuju ovu vrstu terapije. Zbog toga je potrebno, pored edukacije većeg broja terapeuta, odrediti jednostvne i fokusirane terapijske intervencije koje bi mogla da primeni većina lekara (opšte medicine, psihijata, neurologa...) ili psihologa i drugih koji dolaze u kontakt sa problemom insomnije. Drugo, insomija je često prisutna u komorbiditetu psihičkih i somatskih bolesti ili kao posledica somatskih bolesti *per se* [20]. Zbog toga je potrebno odrediti (nakon fokusiranih istraživanja) koje su terapijske intervencije najdelotvornije u slučaju postojanja somatskih bolesti, a da mogu da ih primenjuju i lekari koji nisu fokusirano edukovani za primenu kognitivno-bihejvioralne terapije. Treće, bilo bi kori-

sno da se definišu, formulišu i publikuju smernice za samostalnu (*self-help*) primenu bihejvioralnih intrvencija, a sa ciljem veće dostupnosti i primene adekvatnog tretmana problema insomnije.

REZIME

Pored farmakoterapije, primena kognitivno-bihejvioralne terapije daje osoba ma koje pate od problema insomnije mogućnost poboljšanja kvaliteta spavanja, a time i mogućnost poboljšanja dnevne funkcionalnosti i ukupnog kvaliteta života. Kognitivno-bihejvioralna terapija insomnije se sastoji od više komponenti od koji su neke nespecifične (odnose se na higijenu spavanja), a neke su direktno usmerene na disfunkcionalna ponašanja, razmišljanja i stavove. Klinička istraživanja su pokazala da primena kognitivno-bihejvioralne terapije dovodi do poboljšanja kvaliteta spavanja kod većine osoba koje imaju problem insomnije. Njena glavna prednost je što ne postoji rizici kao kod primene farmakoterapije (problem zavisnosti, tolerancije, sporednih efekata, itd.), ali nedovoljan broj edukovanih terapeuta predstavlja ograničenje u široj primeni kognitivno-bihejvioralne terapije problema insomnije.

COGNITIVE-BEHAVIOR TREATMENT OF INSOMNIA

Milan Latas

School of Medicine, University
of Belgrade, Belgrade, Serbia
Clinic for Psychiatry, Clinical Center
of Serbia, Belgrade, Serbia

Literatura

1. National Institutes of Health. National institutes of health state of science conference statement: manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep* 2005; 28:1049–57.
2. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281(11):991-9.
3. Latas M , Lečić Toševski D. Psihoterapija – Kognitivno-bihevioralne terapija. U: Udžbenik psihijatrije za studente medicine (ured. M. Jašović Gašić, D. Lečić Toševski), Medicinski fakultet u Beogradu, Beograd 2007; 271-9; drugo dopunjeno i izmenjeno izdanje 2010.

Summary

Beside pharmacotherapy, cognitive-behavior therapy is an important approach to treating people with problem of insomnia. Cognitive-behavior therapy of insomnia is multicomponent treatment with some non-specific components (like hygiene of sleeping) and some specific components directed to dysfunctional behavior and way of thinking, like sleep education, stimulus control, sleep restriction, relaxation training, and cognitive therapy. The advantage of this therapy vs. pharmacotherapy of insomnia is that there are no problems of addiction, tolerance, side effects etc. The results of clinical trials suggest that the cognitive-behavior therapy leads to better quality of sleeping of most people with problem of insomnia, but insufficient number of educated cognitive-behavior therapists limits the much wider use of cognitive-behavior therapy in the treatment of insomnia.

Key words: insomnia, cognitive-behavior therapy, psychotherapy, pharmacotherapy

7. Chesson AL Jr, Anderson WM, Littner M, et al; Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep* 1999; 22(8):1128–33.
8. Harvey L, Inglis SJ, Espie CA. Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. *Behav Res Ther* 2002; 40(1):75–83.
9. Williams J, Roth A, Vattthauer K, McCrae CS. Cognitive behavioral treatment of insomnia. *Chest*. 2013; 143(2):554–65.
10. Friedman L, Benson K, Noda A, et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13(1):17–27.
11. Morganthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep* 2006; 29:1415–9.
12. Harvey AG. A cognitive theory and therapy for chronic insomnia. *J Cogn Psychother* 2005; 19(1):41–59.
13. Harvey AG. Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev*. 2001;21(7):1037–59.
14. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep* 2001; 24(5):591–9.
15. Malaffo M, Espie CA. Cognitive and behavioural treatments of primary insomnia. *Mi-nerva Psichiatr* 2007; 48:313–27.
16. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:79–89.
17. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1172–80.
18. Siversten B, Omvik S, Pallesen S, et al. Cognitive behavioral therapy vs Zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295:2851–8.
19. Morin CM, Vallieres A, Guay B, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia a randomized clinical trial. *JAMA* 2009; 301:2005–15.
20. Drake CD, Roehrs T, Roth R. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depress Anxiety* 2003; 18:163–76.

Milan Latas
Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11 000 Beograd, Srbija
Tel: +381 11 366 2115
latasm@eunet.rs