



Názov:

Insomnia

Autori:

**MUDr. Zuzana Hupková
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.**

Špecializovaný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Insomnia

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0171	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Zuzana Hupková; doc. PhDr. Miloš Šlepecký CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mányá, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

Insomnia, medicína založená na dôkazoch, kognitívno - behaviorálna terapia pre insomniu

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AASM	American Academy of Sleep Medicine (Americká akadémia spánkovej medicíny)American Psychological Association
BTIs	Brief therapies for Insomnia (krátkodobé terapie pre insomniu)
ČČS	Celkový čas spánku
CPČ	Certifikovaná pracovná činnosť
EBM	Evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
EEG	Elektroencefalografia
ICSD-3	International Classification of Sleep Disorders - Third Edition (Medzinárodná klasifikácia porúch spánku - tretie vydanie)
IKBT	Kognitívno - behaviorálna terapia prostredníctvom internetu
KBT-I	Kognitívno - behaviorálna terapia pre insomniu)
OSA	Obštrukčné spánkové apnoe
PSG	Polysomnografia
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
RLS	Restless leg syndrome (syndróm nepokojných nôh)
ŠPI	Špecifické psychoterapeutické intervencie

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo - skrining, prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - klinické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu pre liečbu insomnie bez komorbídneho ochorenia, liečba insomnie s psychiatrickou komorbidity, odoslanie pacienta k príslušnému špecialistovi pri podozrení na insomniu s komorbídnym somatickým ochorením alebo inou poruchou spánku, eventuálne pri somatickej medikácii potenciálne narúšajúcej somniu (neurológ, pneumológ, kardiológ, reumatológ, endokrinológ, gastroenterológ, alergológ, dermatovenerológ, algeziológ), rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním stavu pacienta, psychoedukácia, supervízia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár so špecializáciou v odboroch somnológia, neurológia, pneumológia, kardiológia, reumatológia, endokrinológia, gastroenterológia, alergiológia, dermatovenerológia, algeziológia - klinické vyšetrenie pacienta, eventuálne prístrojové vyšetrenie pacienta (polysomnografia, aktigrafia, test mnohopočetnej spánkovej latencie), tvorba individuálneho terapeutického plánu pre liečbu somatického ochorenia alebo inej poruchy spánku

komorbídnych s insomniou, úprava medikácie potenciálne narúšajúcej somniu, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním somnie, supervízia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre insomniu - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. insomnie - špecifická psychoterapia, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v CPČ inej ako v špecifickej psychoterapii pre dg. insomnie v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. insomnie k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii - psychoterapia.

Psychológ bez špecializácie - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Podporná psychoterapia pod supervíziou psychológa v zdravotníctve špecialistu. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Farmaceut - výdaj hypnotík na lekársky predpis, predaj voľno predajných liekov, edukácia pacienta o nefarmakologických postupoch, edukácia pacienta o riziku vzniku závislosti u hypnotík s návykovým potenciálom.

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PTSP - špecifická psychoterapia, supervízia.

Sestra - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia; psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Školský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia, liečebno-pedagogická diagnostika a terapia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre insomniu - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Logopéd špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre insomniu - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Úvod

Tento ŠDTP je určený pre diagnostiku, prevenciu a liečbu dospelých osôb (18 a viac rokov) trpiacich insomniou (nespavosťou).

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti pacientov trpiacich insomniou. Je určený predovšetkým praktickým lekárom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a ďalším zdravotníckym pracovníkom, ktorí sa zaoberajú týmto problémom. Jeho zámerom je skvalitniť prevenciu, diagnostiku a liečbu tejto poruchy podľa EBM, zlepšiť kvalitu života postihnutých osôb tým, že poskytne algoritmus manažmentu insomnie s cieľom jej pozitívneho ovplyvnenia, a následne dopadov na kvalitu života. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

Najčastejšie používanou definíciou insomnie je, že ide o stav, kedy pacient subjektívne hodnotí svoj spánok ako ťažko dosiahnuteľný, prerušovaný, krátky či celkovo nedostatočný a neosviežujúci. Tento stav sa objavuje napriek adekvátnym podmienkam na spánok a vyúsťuje do určitej formy narušenia počas dňa. Často ide o samostatné ochorenie, ktoré býva mnohokrát poddiagnostikované a nedostatočne liečené s potenciálnymi negatívnymi dopadmi na zdravie jedinca (Katz, McHorney, 1998, Krystal 2006, Schutte-Rodin, 2008).

Všetci pacienti s insomniou by mali dostať základné behaviorálne poradenstvo o spánkovej hygiene. Pre tých pacientov, ktorí napriek uvedeným intervenciám trpia insomniou, by mala byť liečbou voľby behaviorálna terapia. Taktiež by im mala byť poskytnutá terapia zameraná na liečbu akéhokoľvek komorbídneho somatického či psychiatrického ochorenia, abúzu návykových látok alebo iných porúch spánku, ktoré môžu precipitovať či udržiavať insomniu (Bonnet, Arand, 2019).

Vypracovaný ŠDTP poskytuje diagnostické postupy, ktorých cieľom je zlepšenie záchytu poruchy a diagnostiky. Odporúča postupy pre psychologickú liečbu vychádzajúce z EBM, vrátane najnovších terapeutických prístupov. Spresňuje kompetencie rôznych poskytovateľov

zdravotnej starostlivosti. Odporúča používanie dotazníkov za účelom zhodnotenia počiatočného stavu, progresu liečby, ako aj monitoringu účinku jednotlivých terapeutických intervencií.

Tento štandard bol vytvorený podľa svetových a európskych odporúčaní (European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia, American Academy of Sleep Medicine), Society of Clinical Psychology), zahŕňa výsledky metaanalýz a randomizovaných kontrolovaných štúdií zohľadňujúc hierarchiu váhy dôkazov, ako aj odborné poznatky v danej problematike uznávaných autorít.

Prevenia

Spánok je spolu s výživou a fyzickou aktivitou rozhodujúcim činiteľom zdravia (Institute of Medicine, Committee on Sleep Medicine and Research, 2006). Zdravé spánkové návyky sú výsledkom rovnováhy behaviorálnych, enviromentálnych a cirkadiálnych vplyvov. Kvalita spánku môže byť ovplyvnená správaním (napr. fyzickou aktivitou počas dňa). Pre navodenie a udržanie zdravého spánku je preto dôležité riadiť sa zásadami spánkovej hygieny (Praško a kol., 2009).

Z hľadiska enviromentálnych faktorov ovplyvňujúcich kvalitu spánku sa zistilo, že dĺžka spánku je najväčšia v termoneutrálnom prostredí (30-32°C bez oblečenia alebo 16-19°C v jednovrstvovom oblečení), skraca sa pri teplote nižšej alebo vyššej ako je termoneutrálna. Hluk mení štruktúru spánku, a jeho intenzita nad 50 dB skraca celkovú dĺžku spánku. Hoci sa ľudia na hluk adaptujú, vegetatívna kardiovaskulárna reaktivita na hluk zostáva nezmenená (Onen a kol., 1994).

Určité faktory, vrátane veku, môžu viesť k desynchronizácii biologických rytmov. Iné faktory, akými sú konflikty v rámci sociálnych kontaktov, stres z preťaženia mentálnou prácou či konštantné osvetlenie, môžu viesť k narušeniu cyklu spánku a bdenia. Kofeín skraca celkovú dĺžku spánku, predlžuje trvanie 2. fázy spánku a skraca trvanie 3. a 4. fázy. Alkohol požitý bezprostredne pred spánkom má sedatívny a relaxačný efekt, avšak môže viesť k nočným prebudeniam vďaka aktivácii sympatiku. Nikotín má na spánok dvojfázový efekt: v nízkych koncentráciách vedie k relaxácii a sedácii, vo vysokých koncentráciách má na spánok inhibičný vplyv (Onen a kol., 1994).

Načasovanie a trvanie spánku ovplyvňuje početné endokrinné, metabolické a neurologické funkcie. Pravidelný spánok v odporúčanej dĺžke je spojený s lepšími zdravotnými výstupmi, vrátane zlepšenej pozornosti, správania, učenia, pamäti, regulácie emócií, ako aj celkovej kvality života a duševného a fyzického zdravia (Paruthi a kol., 2016). American Academy of Sleep Medicine a Sleep Research Society delí vplyv nedostatočného spánku do nasledovných kategórií: všeobecné zdravie, kardiovaskulárne zdravie, metabolické zdravie, duševné zdravie, imunologické zdravie, ľudská výkonnosť, rakovina, bolesť a mortalita (Watson a kol., 2015).

Pravidelne skrátený spánok oproti odporúčanej dĺžke súvisí s problémami v oblasti pozornosti, správania a učenia (Paruthi a kol., 2016). Štúdie ukazujú, že insomnia negatívne

ovplyvňuje pracovný výkon, narúša procesy rozhodovania a zvyšuje riziko pracovných a dopravných nehôd. Nepriamo sa tiež podieľa na zhoršení interpersonálnych vzťahov (Swapna a kol., 2016). Kognitívne a zdravotné dôsledky neliečených porúch spánku u starších ľudí znižujú kvalitu ich života súvisiacu so zdravím, prispievajú k funkčným limitom a k strate nezávislosti, a sú spojené so zvýšeným rizikom všeobecnej mortality (Paudel a kol., 2010). Neliečené poruchy spánku, obzvlášť syndróm spánkového apnoe, môžu viesť ku kognitívnemu poškodeniu. O nedostatočnom spánku a jeho poruchách sa uvažuje aj ako o rizikovom faktore rozvoja demencie (Miller, 2015). Nedostatočný spánok tiež zvyšuje riziko depresie. U teenagerov je spojený so zvýšeným rizikom sebapoškodzovania, suicidálnych myšlienok a suicidálnych pokusov (Paruthi a kol., 2016).

Neliečené poruchy spánku sú spojené so zvýšeným rizikom ochorení srdca, vysokého krvného tlaku, obezity, diabetu a celkovej úmrtnosti (Van Cauter a kol., 2007, Van Cauter, Knutson, 2008). Grandner (2012) a jeho kolegovia zistili, že narušenie spánku hodnotené ako sťažené zaspávanie, problém s udrжанím spánku, či príliš dlhý spánok počas minimálne 7 z posledných 14 dní, bolo spojené s 35% zvýšeným rizikom obezity, 54% zvýšeným rizikom diabetu, 80% zvýšeným rizikom infarktu myokardu, 102% zvýšeným rizikom náhlej cievnej mozgovej príhody a 98% zvýšeným rizikom akéhokoľvek poškodenia koronárnych artérií.

Epidemiológia

Insomnia je porucha vyznačujúca sa vysokou prevalenciou. Prevalencia insomnie sa v epidemiologických štúdiách pohybuje v rozmedzí 6 až 48% v závislosti od použitej definície (napr. symptómy insomnie s alebo bez denných dôsledkov; nespokojnosť so spánkom verus diagnostikovaná porucha spánku) (Ohayon, 2002, Morin a kol., 2006, Morin a kol., 2011). Odhaduje sa, že asi 25% dospelých osôb je nespokojných so svojim spánkom, 10-15% udáva symptómy insomnie asociované s dennými následkami a 6-10% spĺňa diagnostické kritériá pre insomniu (Ohayon, 2002).

Rizikovými faktormi pre rozvoj insomnie sú vyšší vek, ženské pohlavie, komorbídne ochorenia (somatické, psychiatrické, užívanie psychoaktívnych látok), práca na zmeny, zvýšené riziko nezamestnanosti a nízky socioekonomický status. 50-75% pacientov s komorbídnou psychiatrickou poruchou a chronickými bolesťami trpí insomniou (Ohayon, 2002; Taylor a kol., 2007).

Insomnia je napriek svojej vysokej prevalencii vo veľkej miere poddiagnostikovaná a neadekvátne liečená. Len v 40% prípadov insomnie býva praktickému lekárovi známe, že pacient touto poruchou trpí (Mořovský, 2004). Metaanalýza realizovaná v USA preukázala, že pacienti navštevujúci zdravotnícke zariadenia primárnej starostlivosti v 50% prípadov udávali problémy so spánkom až po cielehom dopytovaní zo strany lekára, 30% navštívilo svojich praktických lekárov z vlastnej iniciatívy, a len 5% prišlo na konzultáciu za účelom liečby zameranej na riešenie svojho problému so spánkom (Smith a kol., 2002). Ďalší medzinárodný štatistický prieskum zameraný na poruchy spánku v populácii zistil, že 47-67% ľudí trpiacich insomniou nevyhľadalo žiadnu zdravotnú pomoc.

Len 50-90% z tých, ktorí zdravotnú pomoc vyhľadali, bola poskytnutá liečba (Léger a kol., 2008).

Patofyziológia

Patofyziológia insomnie je komplexná (alebo prinajmenšom multifaktoriálna), pretože vo všeobecnosti existuje veľa vstupov do systému spánku a bdenia, ktorý pozostáva z fyziologických substrátov, na čo jedinec navrstvuje špecifické správanie a kognície (Pigeon, 2010).

Väčšinou je možné stretnúť sa s kombináciou viacerých príčin insomnie u jedného pacienta. Význam jednotlivých príčin sa u konkrétneho pacienta v priebehu trvania insomnie mení - postupom času sa často zvyrazňuje podiel psychofyziologických faktorov (Moťovský, 2004). Do súčasnej doby sa postulovalo viacero modelov a teórií neorganickkej insomnie, ktoré zvažujú viaceré faktory: hyperarousal (Bonnet and Arand, 1995; Bonnet and Arand, 1997), narušenú homeostatickú reguláciu spánku (Besset, 1998), behaviorálne procesy učenia a maladaptívne správanie (nesprávna spánková hygiena), kognitívne faktory, osobnostné faktory, chronické užívanie hypnotík a ďalšie. Primárna insomniá je zapríčinená ich vzájomným pôsobením, pričom môžu etiologicky pôsobiť súčasne, alebo navzájom na seba nadväzovať a ovplyvňovať sa (Horne, 1988).

Hyperarousal (nadmerné alebo zvýšené vybudenie) je stav vystupňovanej fyziologickej aktivácie organizmu. Prejavuje sa zvýšeným tonusom sympatikového nervového systému (zvýšená srdcová frekvencia, znížený kožný odpor, zvýšený svalový tonus, zvýšená telesná teplota, zvýšené vylučovanie kortizolu). U pacientov s primárnou insomniou sa objavuje zvýšený pocit únavy počas dňa, ktorý je paradoxne spojený so sťažným zaspávaním pre zvýšenú sympatikotóniu a excitáciu retikulárnej formácie (Backhaus, 2003; Sadock, 2000; Vander, 1990). Chronicky zvýšená aktivácia sympatického systému sa prejavuje diskontinuitou spánku, úzkosťou, podráždenosťou, zníženou schopnosťou koncentrácie, hypervigilanciou, ľakavosťou (Campbell, 1996). Nie je však jasné, či hyperarousal je príčinou alebo následkom neorganickkej insomnie.

Kognitívno-behaviorálny model insomnie predpokladá, že insomniá vzniká procesmi podmieňovania a udržiavania automatických kognícií. Za normálnych okolností prebieha uvoľnenie a následné zaspávanie ako podmienená reakcia na podnety, akými sú večerné rituály, spáľňa, posteľ, stíšenie, tma a pod. Za určitých okolností (horúčkové ochorenie, algie, stresová udalosť v osobnom alebo pracovnom živote) sa môže tento napodmieňovaný program narušiť (Moťovský, 2004). U predisponovaného jedinca sa v období zvýšenej psychickej alebo somatickej záťaže objaví tranzientná insomniá. Pacient sa následne začne nespavosti obávať, objaví sa anticipačná úzkosť, ktorá sa špecificky viaže na zaspávanie, spánok a denné dôsledky nevyspatia. Úzkosť sama ďalej zvyšuje arousal, oddiaľuje zaspatie, porucha má tendenciu sa prehlbovať a chronifikovať (Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004). Daný bludný kruh udržiava vyhybavé alebo zabezpečujúce správanie (užívanie liekov na spanie, pozeranie na hodinky, skoršie ukladanie sa do postele a pod.) (Praško, Maršálek, Červená, 2002).

Nedodržiavanie zásad spánkovej hygieny zohráva v etiopatogenéze neorganickej insomnie významnú úlohu. Tento faktor môže byť jednak príčinou insomnie, jednak jej udržiavacím faktorom (Moťovský, 2004). Ide aj o hlavnú príčinu porušenia napodmieňovaného programu zaspávania, kedy pôsobenie nových podnetov (čítanie v posteli, pracovanie v posteli, pozeranie TV) vedie k zvýšenej úrovni aktivity a pôvodný podmienený podnet (posteľ, čas 22:00) sa stáva averzívny (zážitok prebdenej noci spojený s úzkosťou). Pacient začína nespavosť anticipovať. Táto etiopatogenéza sa v rôznej miere uplatňuje pri všetkých formách insomnie (Backhaus, 2003; Praško a kol., 2002; Praško, Kosová, 1998).

Pacienti s neorganicou insomniou majú tendenciu prežívať problémy spojené so spánkom (ale aj problémy v živote vôbec) ako nekontrolovateľné. Dôsledky insomnie hodnotia dramatickejšie ako ľudia s príležitostnou insomniou. Často sa obávajú dôsledkov nevyspatia a únavy (znížená pracovná výkonnosť, zdravotné dôsledky) (Backhaus, 2003).

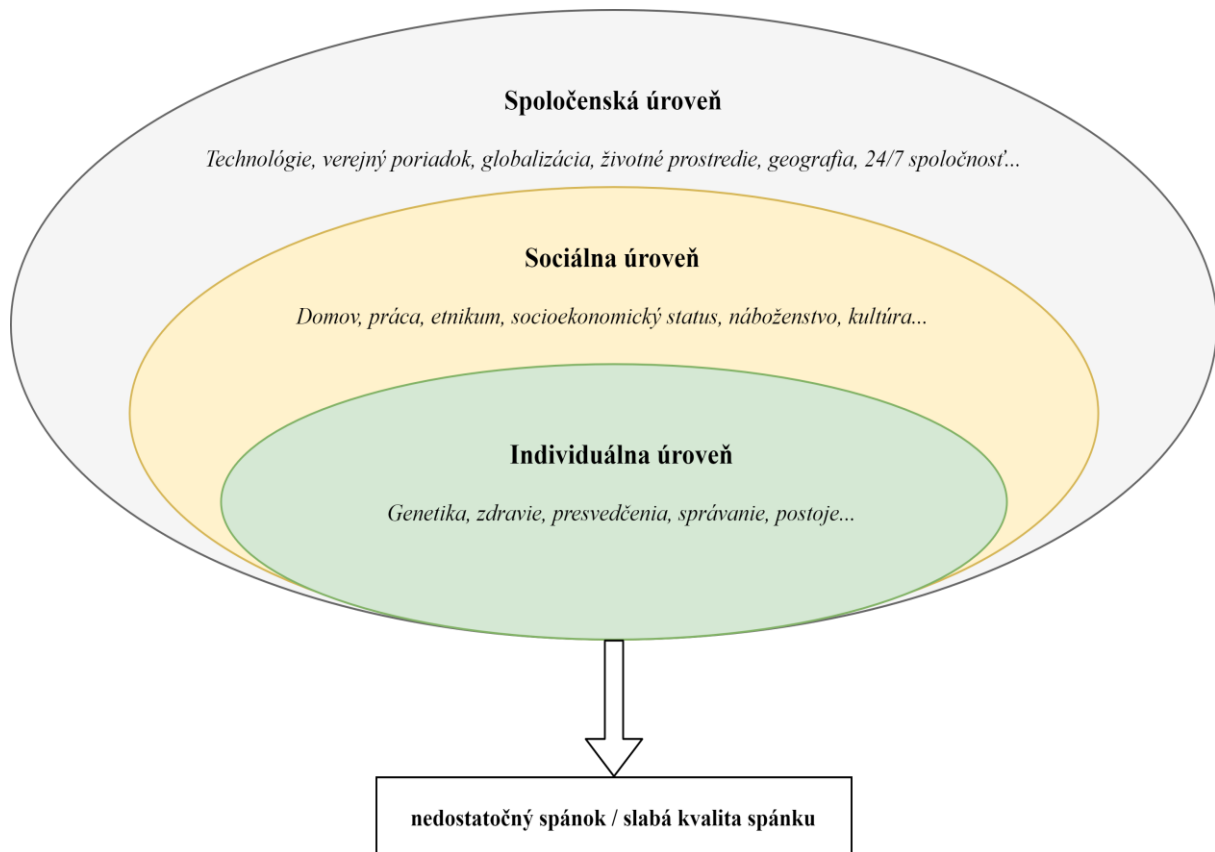
Ďalším faktorom, ktorý zohráva v etiopatogenéze úlohu, je užívanie hypnotík, ktoré zmierňujú nespavosť, znižujú anxiétu a negatívne kognície v spojitosti s nespavosťou, čím redukujú negatívne kognitívne a emocionálne asociácie spojené s insomniou. Tým znižujú riziko chronifikácie nespavosti. Hypnotiká však môžu mať pri dlhodobjšom užívaní na insomniu negatívny vplyv, a to chemický (rebound fenomén), kognitívny („bez lieku to nezvládnem“) a behaviorálny - zabezpečujúce správanie (užitie tabletky). Práve rebound fenomén býva veľmi intenzívnym spúšťačom bludného kruhu insomnie. Pacient stráca dôveru v schopnosti svojho organizmu aj seba samého. Postupom času sa zosilňuje tento patologický podmienený reflex a vyhasína pôvodný fyziologický (Moťovský, 2004).

Ako **najčastejšie príčiny insomnií** sa uvádzajú:

- pri tranzientnej insomnii nepriaznivá situácia (prostredie, bolesť), jet lag syndróm, práca na zmeny,
- pri krátkodobej insomnii somatická choroba alebo nepriaznivá psychická situácia, trvalý situačný stres,
- pri chronickej insomnii psychofyziologická insomnia, nesprávna spánková hygiena, insomnia pri depresii alebo anxiéte, spánkový apnoický syndróm, závislosti na substanciiach, syndróm predchádzajúcej a oneskorenej spánkovej fázy, periodické pohyby končatín, syndróm nepokojných nôh (Nevšímalová, Šonka, 1997).

Dĺžka a kvalita spánku sú ovplyvnené faktormi na individuálnej, sociálnej a spoločenskej úrovni. Na základe týchto poznatkov sa vytvoril sociálno-ekologický model spánku, ktorý popisuje, ako môže byť spánok ovplyvnený spoločenskými faktormi, a ako tieto vplyvy môžu cez spánok zohrávať úlohu v oblasti zdravia. Tento model môže slúžiť ako užitočný rámec pre konceptualizáciu fyziologických procesov spánku v sociálnom kontexte (Grandner, 2017).


Diagram č.1 Sociálno - ekonomický model spánku



Klasifikácia

Historicky sa poruchy spánku delia podľa trvania a predpokladanej psychopatológie. Podľa MKCH-10 sa insomnie delia na „neorganické“ (primárne) a „organické“ (sekundárne). Primárna insomniá je porucha spánku u pacienta bez akéhokoľvek somatického či psychiatrického ochorenia, ktoré by mohli viesť k rozvoju insomnie. Sekundárna insomniá vzniká ako dôsledok iného ochorenia či ako nežiaduci účinok medikácie. V rámci primárnej insomnie MKCH-10 ďalej rozlišuje jednotlivé podtypy insomnie, ktoré sú zadelené do psychiatrických a neurologických diagnostických jednotiek.

Tabuľka č. 1

 Klasifikácia porúch spánku podľa MKCH-10	
Neorganické poruchy spánku (F51)	Poruchy spánku (G47)
Neorganická nespavosť (F51.0)	Poruchy zaspávania a udržania spánku (G47.0)
Neorganická hypersomnia (F51.1)	Poruchy z nadmernej ospalivosti (G47.1)
Neorganické poruchy spánkového rytmu (F51.2)	Poruchy spánkového cyklu (G47.2)
Námesačnictvo (F51.3)	Zastavenie dýchania v spánku (spánkové apnoe) (G47.3)
Nočná hrôza (F51.4)	Narkolepsia, kapaplexia (G47.4)
Nočné mory (F51.5)	Iné poruchy spánku (G47.8)
Iné neorganické poruchy spánku (F51.8)	Nešpecifikované poruchy spánku (G47.9)
Nešpecifikované neorganické poruchy spánku (F51.9)	

Z klinického hľadiska rozoznávame tri typy insomnie:

- iniciálna insomnie (porucha zaspávania),
- porucha kontinuity spánku (prerušovaný spánok),
- terminálna insomnie (skoré ranné prebúdzanie) (Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004).

Podľa trvania rozlišujeme

- tranzientnú insomniu (niekoľko nocí),
- krátkodobú insomniu (1-4 týždne) a
- chronickú insomniu (4 a viac týždňov) (Nevšimalová, Šonka, 1997).

ICSD-3 (AASM, 2014) uvádza nasledovné delenie insomnií: chronická insomnie, krátkodobá insomnie, iná insomnie, odlišná dĺžka spánku. Chronická insomnie je definovaná ako problém so zaspávaním alebo udržaním spánku pri zachovanej adekvátnej príležitosti a podmienok pre spánok s prítomnosťou denných následkov nespavosti. Insomnie by mala trvať aspoň 3 mesiace a vyskytovať sa s frekvenciou aspoň trikrát do týždňa.


Klasifikácia insomnií podľa ICSD-3 predstavuje značnú odchýlku od predchádzajúcich klasifikačných systémov. ICSD-1, ICSD-2 a DSM IV používali delenie na primárne a sekundárne (komorbídne) insomnie. ICSD-1 a ICSD-2 ďalej delili primárne insomnie na subtypy: psychofyziologická, idiopatická a paradoxná (mispercepcia spánkového stavu). Nové klasifikačné systémy (ICSD-3 a DSM5) upustili od klasického delenia insomnií na primárne a sekundárne. Dôraz na sekundárnu povahu mnohých porúch spánku môže totiž viesť k inadequatej liečbe (pravdepodobne ako výsledok predpokladu niektorých lekárov, že liečba primárneho ochorenia automaticky vedie k liečbe pridruženej insomnie).

Väčšina chronických insomnií (ak nie všetky) vykazujú rovnaké charakteristiky bez ohľadu na to, či ide o „primárne“ alebo „komorbídne“. Chronické insomnie ako celok sú typicky späté s maladaptívnymi kogníciami, ktoré sú hlavným udržiavacím faktorom nespavosti, a mali by sa stať cieľom terapeutických intervencií za účelom dosiahnutia dlhodobého efektu. Popri manažmente primárneho ochorenia (depresia alebo bolesť) je teda zásadná súbežná alebo následná liečba insomnie bez ohľadu na prítomnosť či typ komorbidity. Ukazuje sa tiež, že vzťah medzi insomniou a komorbídnym ochorením je obojsmerný (Sateia, 2014).

Klinický obraz

Insomnia je jedným z najčastejších symptómov v klinickej praxi. Klinický obraz insomnie zahŕňa behaviorálne, kognitívne, neurologické, biochemické a iné symptómy. Ich súhrn je uvedený v nasledujúcej Tabuľke č. 2:

Tabuľka č. 2

 Dôsledky spánkovej deprivácie (podľa Lavie, Pillar, Malhotra, 2002)		
behaviorálne	ospalosť	(subjektívne aj objektívne)
	zmeny nálady	depresia / mánia
	iritabilita, nervozita	môže viesť k agresivite
kognitívne	zhoršenie funkcií	schopnosť učiť sa novému, krátkodobá pamäť, komplexné úlohy, pomalý reakčný čas
neurologické	mierne a rýchlo reverzibilné	nystagmus, tremor, ptóza, menej zreteľná reč, zvýšenie reflexov (dávivý, šľachové), zvýšená senzitivita na bolesť
biochemické	zvýšenie metabolizmu, vzostup tyreoidálnej aktivity, inzulínová rezistencia	u zvierat pokles hmotnosti napriek zvýšenému kalorickému prísunu (sekundárne k zvýšenej energetickej požiadavke?)
iné	hypotermia, možné zhoršenie imunitných funkcií	

Z hľadiska priebehu primárna insomnia často začína ako reakcia na vonkajšiu záťaž. Tranzientná insomnia sa má u predisponovaných jedincov tendenciu chronifikovať. Pravidelne sa pripájajú porucha spánkovej hygieny, ktorá insomniu udržiava. Často dochádza k abúzu hypnotic, a v mnohých prípadoch k rozvoju závislosti od nich. Insomnia môže trvať počas celého života, najčastejšie v kolísavej intenzite - zhoršuje sa pri akomkoľvek vonkajšom strese, zmene prostredia a pod. Spontánna úprava spánku k norme je výnimočná. Aj u úspešne odliečených pacientov zostáva celoživotná „náchylnosť“ k poruchám spánku

v záťažových situáciách. Závažným rizikom chronickej insomnie je rozvoj sekundárnej depresie (Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004).

Z hľadiska širšieho klinického rámca insomnie negatívne ovplyvňuje pracovný výkon, narúša rozhodovacie procesy, vo svojich dôsledkoch môže viesť k narušeniu vzťahov, zvýšiť pravdepodobnosť pracovných úrazov či dopravných nehôd (Chen a kol., 2008).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Zdravotnícky pracovník prvého kontaktu insomniu často prehliadne, ak po nej aktívne nepátra. Je užitočné v rámci prvovýšetrenia pýtať sa na prítomnosť ťažkostí súvisiacich so spánkom, nakoľko sami pacienti o nich málokedy spontánne referujú.

Insomnia ako samostatná nozologická jednotka by sa mala kódovať v týchto prípadoch:

- ak je prítomná ako jediná a samostatná nozologická jednotka, a zároveň spĺňa diagnostické kritériá pre insomniu,
- ak je prítomná s komorbídnym ochorením a presahuje bežnú úroveň poruchy spánku pri danom ochorení.

Pri diagnostikovaní porúch spánku vychádzame z MKCH-10 (1996). Nápomocné môže byť tiež použitie klasifikačného systému DSM-5 (APA, 2013) a ICSD-3 (AASM, 2014).

Diagnostické kritériá neorganického insomnie (F51.0) podľa MKCH-10:

- ťažkosti so zaspávaním alebo udrжанím spánku alebo slabá kvalita spánku,
- ťažkosti so spánkom sa objavujú najmenej 3 krát za týždeň počas obdobia viac ako jeden mesiac,
- postihnutí jedinci sa príliš zameriavajú na svoju poruchu spánku (obzvlášť počas noci) a trápia sa negatívnymi následkami nespavosti,
- nedostatočná dĺžka a kvalita spánku sú spojené s vysokým stupňom utrpenia alebo narúšajú denné aktivity.

V diagnostickom procese je **dôležité získať nasledovné anamnestické údaje:**

- genetická predispozícia, familiárne zvyky týkajúce sa spánku, individuálnu reaktivitu predisponujúcu k narušeniu spánku v strese,
- zmapovanie závažných somatických a psychických porúch, ktoré by mohli súvisieť s poruchami spánku a bdenia (podrobnejšie vid' diferenciálna diagnostika),
- užívanie liekov a látok, ktoré najčastejšie vyvolávajú insomniu (vid' Tabuľka č.3),
- pracovný režim, práca na zmeny, údaje o spánku počas pracovného týždňa a počas voľných dní,
- partnerská a rodinná situácia, spôsob bývania, počet osôb v spálni, podmienky na spánok a pod. (Adamík a kol., 2010).

V rámci terajšieho ochorenia zistujeme údaje formou **štruktúrovaného interview:**

- subjektívne údaje týkajúce sa problémov so spánkom, súvisiace symptómy,

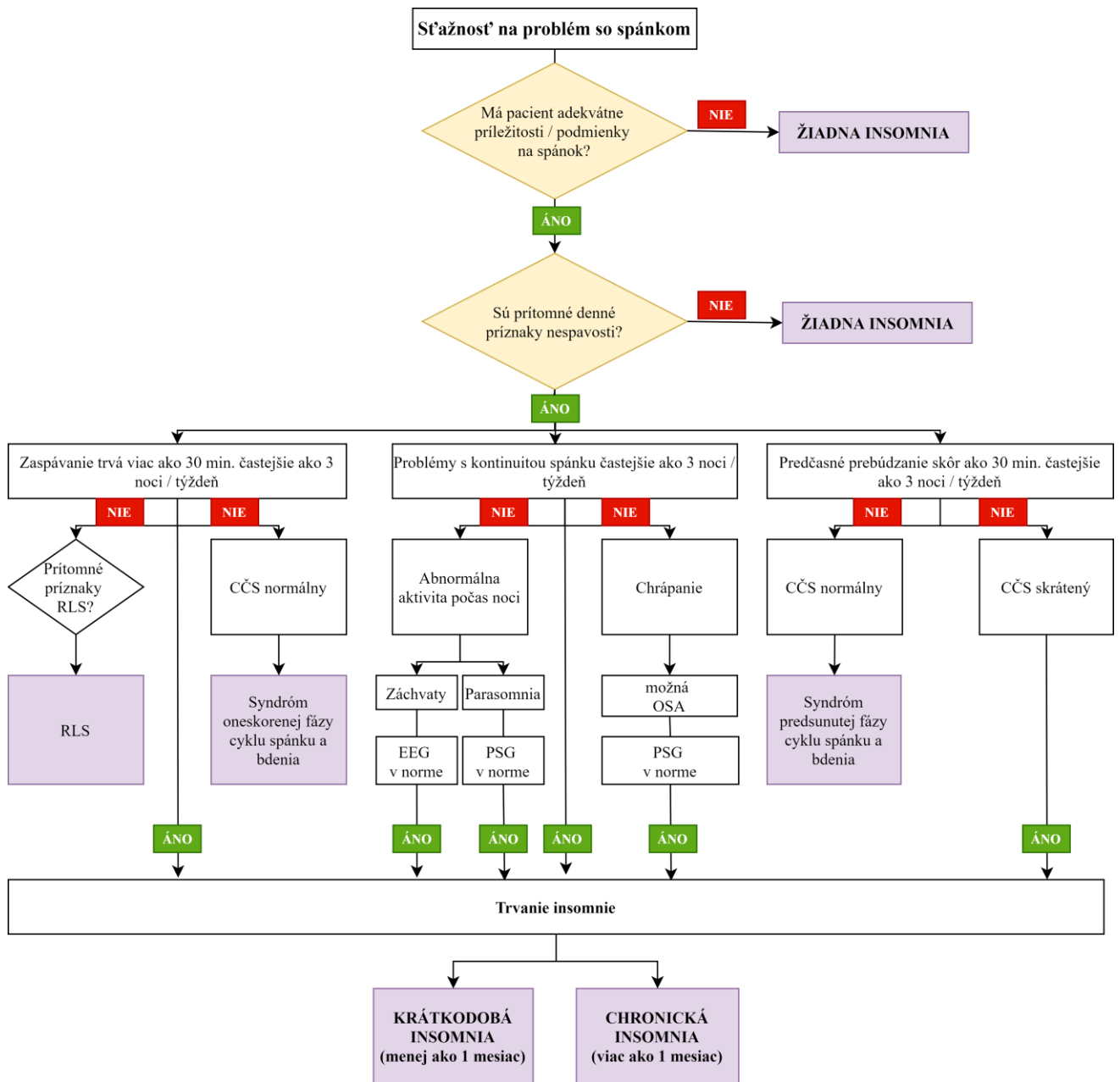
- vývin ťažkostí, informácie o kvalite spánku počas detstva, dospelosti, starnutia, sociálne, zdravotné a psychické udalosti, ktoré by mohli byť významné pre rozvoj insomnie,
- zvyčajnú dobu ukladania sa do postele, či je pacient ospalý v čase uloženia sa na spánok, koľko trvá zaspávanie, či sa pacient v noci prebúda, kedy sa ráno budí, kedy vstáva z postele, úroveň bdelosti počas dňa, resp. denné pospávanie,
- či je prítomná „fóbia z insomnie“, sledovanie hodín v posteli,
- zisťujeme očakávania týkajúce sa nástupu spánku, či počet prebudení a celkového času spánku sú realistické vzhľadom na vek,
- pravidelnosť spánkového režimu, behaviorálne návyky vo večerných hodinách (fyzická aktivita, alimentárne návyky, konzumácia kofeínu, nikotinizmus), činnosti predchádzajúce zaspávaniu a vykonávané v posteli, faktory rušiacie spánok (svetelné, zvukové, teplotné, nedostatočný komfort, deti, zvieratá, parter v posteli, elektronické zariadenia),
- či pacient chrápe, potí sa v spánku, má časté nutkanie na močenie počas noci, po prebudení sucho v ústach a bolesti hlavy (pravdepodobný syndróm spánkového apnoe),
- pri problémoch so zaspávaním sa pýtame na nutkanie pohybovať nohami (RLS),
- partnera, ktorý zdieľa s pacientom lôžko, sa pýtame na pohyby či iné prejavy pacienta počas noci. Pacienti sa môžu sťažovať na bolesti dolných končatín a dennú ospalosť (periodické pohyby končatín) (Adamík a kol., 2010, Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004, Winkelman, 2019).

V diagnostike insomnie sú užitočné **dotazníkové metódy**, z nich najpoužívanejšia je Epworthská škála spavosti (Johns, 1991), ktorá hodnotí tendenciu spať počas dňa za posledný týždeň. Kvalitu nočného spánku hodnotí Pittsburgh Quality Scale (Buysse a kol., 1989), prípadne Index závažnosti insomnie (Morin, 1996). Pri podozrení na komorbídnu depresívnu alebo úzkostnú poruchu je vhodné použitie dotazníkov PHQ-9 a GAD-7, ktoré zahŕňajú tiež otázky týkajúce sa spánku.

Vhodným nástrojom na hodnotenie insomnie a pre určenie kompenzátorých behaviorálnych a kognitívnych odpovedí na nespavosť je spánkový denník, ktorý je záznamom spánku (event. aj nálady, aktivít počas dňa, užívania liekov...) s grafickým znázornením údajov. Denník si pacient vyplňa ráno po prebudení (Mořovský, 2004; Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004; Winkelman, 2019).

Pomocnou vyšetrovacou metódou pre objektivizáciu režimu spánku a bdenia, ako aj pre diagnostiku periodických pohybov končatín je aktigrafia (Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004). Diagnostika a liečba porúch dýchania a abnormálnych pohybov spojených so spánkom spadá do kompetencie špecialistov v odboroch somnológia, pneumológia a neurológia.


Diagram č. 2 Diagnostický postup pri insomnii (upravené podľa Gupta a kol., 2017)



Diferenciálna diagnóza

V diferenciálnej diagnostike je potrebné odlíšiť insomniu bez komorbidity od insomnie s komorbídnym somatickým ochorením, psychickou poruchou alebo inou poruchou spánku. V prípade komorbidity sa popri liečbe komorbídneho ochorenia odporúča tiež včasná liečba insomnie. V Tabuľke č.3 je uvedený zoznam najčastejších komorbídnych ochorení spojených s insomniou.

Tabuľka č. 3

 Hlavné komorbidity pri insomnií (podľa Riemann a kol., 2017)			
psychiatrické	somatické	neurologické	užívanie látok / závislosti
depresívne poruchy	chronická obštrukčná pľúcna choroba	neurodegeneratívne ochorenia	alkohol
bipolárna afektívna porucha	diabetes mellitus	fatálna familiárna insomniá	nikotín
generalizovaná úzkostná porucha	chronické ochorenie obličiek	cerebrovaskulárne ochorenia	kofeín
panická porucha	HIV infekcia	roztrúsená skleróza	marihuana
posttraumatická stresová porucha	zhubný nádor	traumatické poranenie mozgu	opiáty
schizofrénia	reumatické ochorenia	RLS	dizajnérske drogy
	chronická bolesť		kokaín
	spánkové apnoe		amfetamín

Depresívna porucha býva typicky spojená s terminálnou insomniou a poruchou kontinuity spánku. Úzkostné poruchy bývajú asociované s iniciálnou insomniou a poruchou kontinuity spánku. Pri panickej poruche sa objavuje prebudenie z hlbokých fáz spánku. V priebehu psychotických ochorení (najmä v prodromálnom a akútnom štádiu) bývajú prítomné poruchy spánkovej latencie, inverzia cyklu spánok - bdenie až úplná desynchronizácia spánkovej aktivity. Pri post-traumatickej stresovej poruche (PTSP) sa vyskytuje insomniá popri nočných morách, ktoré patria k typickým symptómom PTSP. Poruchy spánku sa vyskytujú tiež pri abúze alkoholu, nikotinizme, delíriu, pri syndróme nočného príjmu jedla/pitia, poruchách príjmu potravy a poruchách osobnosti (Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004; Praško, Látalová, 2013). Postup liečby vyššie menovaných diagnostických jednotiek je uvedený v príslušných ŠDTP.

Iné poruchy spánku, ktoré sa vyskytujú aj v komorbidite s insomniou, sú:

- syndróm spánkového apnoe, ktoré sa typicky objavuje u mužov v strednom veku, prípadne u postmenopauzálnych žien, u ktorých je prítomná obezita, špecifický morfotyp (krátky hrubý krk), chrápanie, nočná polakizúria, suchosť úst a bolesť hlavy po prebudení, výrazná denná ospalosť,
- syndróm nepokojných nôh - iniciálna insomniá, možné odlíšiť priamymi otázkami na: tendenciu trieť si nohy o posteľ, pohybovať nimi, striedavo flektovať a extendovať prsty

nôh alebo celé chodidlo, pocity brnenia alebo mravenčenia, chladu alebo tepla, ktoré sa zmienenými pohybmi zmierňujú,

- periodické pohyby končatín - porucha kontinuity spánku, „kopanie“ v spánku zistené na základe heteroanamnestických údajov či aktigrafického vyšetrenia,
- poruchy cirkadiality - oddiferencujeme zameraním sa na spánok počas voľných dní (posunutý čas zaspávania, zachovaná dĺžka spánku, bez príznakov insomnie počas dňa),
- podozrenie na inú poruchu spánku ako primárnu insomniu - odlíši polysomnografia (PSG),
- insomniia rezistentná na psycho - a farmakoterapiu - odporúčaná PSG (Espa-Červená, Praško, Závěšická, 2004).

Indikácie polysomnografického vyšetrenia sú:

- klinické podozrenie na poruchu, ktorá vyžaduje toto vyšetrenie (napr. obštrukčné alebo centrálné spánkové apnoe, veľmi frekventné periodické pohyby končatín v spánku, porucha spánku spojená s behaviorálnymi abnormitami počas spánku),
- chronická insomniia refraktérna na štandardnú liečbu (Winkelman, 2019).

Liečba

Primárnymi cieľmi liečby insomnie sú zlepšenie spánku po kvalitatívnej a kvantitatívnej stránke a redukcia denného narušenia v dôsledku nespavosti. K sekundárnym cieľom patrí zlepšenie jednotlivých parametrov spánku (doba zaspávania < 30 minút, doba medzi prebudením a vstávaním < 30 minút, zníženie frekvencie prebudení alebo iných ťažkostí súvisiacich so spánkom, celkový čas spánku > 6 hodín a / alebo efektivita spánku > 80%) (Schutte-Rodin, 2008). Manažment liečby sa odvíja od toho, či ide o krátkodobú alebo chronickú insomniu.

Liečba krátkodobej insomnie:

Včasná liečba krátkodobej insomnie môže znížiť riziko rozvoja dysfunkčných kognitívnych a behaviorálnych odpovedí na nespavosť, ktoré môžu viesť k jej chronifikácii (Winkelman, 2019).

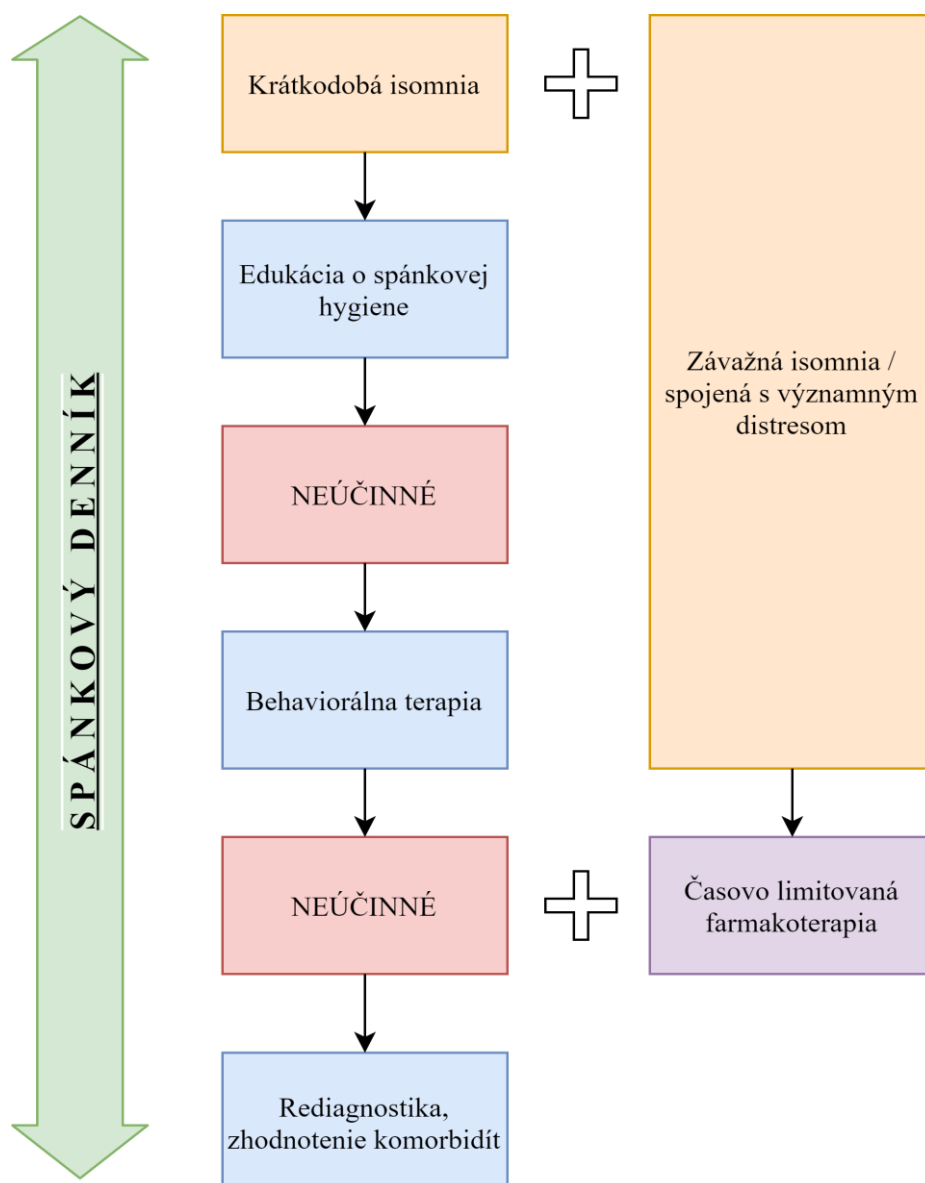
Je veľmi užitočné, aby si pacient už pred samotným začatím liečby viedol spánkový denník (ideálne v trvaní 2 týždňov) a následne počas samotnej liečby, čo môže výrazne napomôcť k presnejšej diagnostike poruchy ako aj k neskoršiemu hodnoteniu efektivity aplikovanej liečby (Schutte-Rodin, 2008).

V úvodnom kroku edukujeme pacienta na základe údajov získaných pri diagnostickom vyšetrení a zo spánkového denníka o spánkovej hygiene, a vedieme ho k zmenám životného štýlu s cieľom eliminácie faktorov potenciálne narušujúcich spánok. V prípade, že je možné identifikovať precipitujúci faktor, mala by nasledovať diskusia o úlohe stresora, ktorú zohráva v narušení spánku. To môže viesť k jeho kontrole alebo aspoň k akceptácii dočasnej nespavosti.

Pri nedostatočnom efekte vyššie uvedenej intervencie by sa u pacienta mala zahájiť behaviorálna liečba podľa EBM formou ŠPI (uvedené liečebné postupy sú bližšie popísané v časti o liečbe chronickej insomnie). V prípade, že insomnia pretrváva, je potrebné prehodnotiť iné možné príčiny insomnie, najmä z hľadiska prítomnosti komorbídnych ochorení, aktuálne symptómy súvisiace s nespavosťou, úzkosť týkajúcu sa spánku, a posilniť dobré spánkové návyky.

Ak je insomnia závažná alebo spojená s významným distresom, je vhodné zvážiť dočasnú farmakologickú liečbu, aby sa predišlo ďalšiemu nárastu úzkosti týkajúcej sa spánku. Postupy pre farmakoterapiu sú uvedené v ŠDTP v odbore psychiatria.

Diagram č. 3 Liečba krátkodobej insomnie



Liečba chronickej insomnie:

Cieľom liečby chronickej insomnie je rozpoznanie predisponujúcich, precipitujúcich a udržiavajúcich faktorov, a odstránenie alebo aspoň redukcia udržiavajúcich faktorov a komorbídnych ochorení s potenciálom narušania spánku (k ich vplyvu na somniu bližšie vid' kapitola patofyziológia), (Winkelman, 2019). Ak sú prítomné komorbídne ochorenia, je potrebné na základe klinického úsudku zhodnotiť, či sa bude liečiť ako prvá insomniá, komorbídne ochorenie alebo oba problémy súčasne (Riemann a kol., 2017).

Insomniá precipitovaná symptómami ako bolesť, noktúria alebo sťažené dýchanie sa vysoko pravdepodobne nezlepší bez liečby zameranej na somatickú poruchu. Poruchy spánku iné ako insomniá (spánkové apnoe, RLS), ktoré sa môžu vyskytnúť spolu s insomniou, sa veľmi pravdepodobne nezlepšia bez liečby zameranej na špecifickú poruchu spánku. Psychické poruchy a insomniá majú obojsmerný vzťah, často je potrebná k dosiahnutiu uzdravenia a k zvýšeniu pravdepodobnosti udržania odpovede na liečbu súčasná liečba oboch porúch. Anamnéza traumy v detstve alebo chaotického domáceho prostredia v noci (aj bez PTSP) môže vulnerabilitu jedinca na nespavosť v dospelosti zvýšiť. Znalosť tejto problematiky môže objasniť etiológiu a pomôcť identifikovať ciele kognitívnej terapie. Farmaká môžu precipitovať insomniu stimuláciou arousal centier, či ovplyvňovať iné centrá centrálného nervového systému (napr. stimulanciá, glukokortikoidy, niektoré antidepresíva), navodzovať noktúriu (napr. diuretiká) či supresiu dýchania (napr. opiáty) (Winkelman, 2019).

Udržiavajúcimi faktormi insomniá sú maladaptívne behaviorálne a kognitívne kompenzátorne odpovede na nespavosť. Zahŕňajú slabé spánkové návyky, nerealistické očakávania týkajúce sa spánku, a nevhodné prisudzovanie denných symptómov nočnému spánku (Winkelman, 2019).

V liečbe chronickej insomnie sú možné viaceré prístupy: KBT pre insomniu, iné behaviorálne terapie, farmakoterapia alebo kombinácia zmienych foriem psychoterapie a farmakoterapie (Brasure a kol., 2016). Postupy pre farmakoterapiu insomnie sú uvedené v ŠDTP v odbore psychiatria.

➤ KBT pre insomniá (KBT-I)

Pre chronickú insomniu ako liečba prvej voľby sa preferuje KBT pre insomniu, ktorú aplikuje kliník s príslušným výcvikom formou face-to-face terapie individuálnou alebo skupinovú formou počas 4-8 sedení (Riemann and Perlis, 2009). KBT-I predstavuje mnohozložkový prístup pozostávajúci z behaviorálnych a kognitívnych komponentov.

Behaviorálne zložky KBT-I zahŕňajú:

- stanovenie pevného času ukladania sa na spánok a vstávania 7 dní v týždni, - redukcia času stráveného v posteli na odhadovaný celkový čas spánku (spánková reštrikcia), - podporu používania postele len na spánok a sex, snahy zaspávať len pri pocitoch ospalosti, vstania z postele, ak sa pri neschopnosti zaspáť objaví úzkosť (kontrola stimulov), - spánkovú hygienu vrátane vyhýbania sa látkam, ktoré ovplyvňujú spánok, vyhnutia sa dennému pospávaniu za účelom maximalizácie tlaku k spánku a optimalizácie podmienok na spánok.

Kognitívne zložky KBT-I sa zameriavajú na:

- úzkostné a katastrofické myšlienky týkajúce sa nespavosti,
- neprimerané očakávania týkajúce sa hodín spánku,
- nesprávne posudzovanie dopadov nespavosti,
- relaxáciu prostredníctvom progresívnej svalovej relaxácie, mindfulness a meditácie (Winkelman, 2019).

KBT-I preukázala efektivitu v randomizovaných štúdiách strednej až vysokej kvality (National Institutes of Health, 2005; McCurry a kol., 2007; Trauer a kol., 2015). Metaanalýza zahŕňajúca 49 randomizovaných kontrolovaných štúdií v porovnaní s kontrolnou skupinou preukázala klinicky významné výsledky v dosiahnutí remisie a odpovedi na liečbu KBT-I pacientov s insomniou s aj bez komorbidít. Rovnako preukázala významné zlepšenie kvality spánku, latencie spánku a prebúdzania po nástupe spánku u pacientov bez komorbidít a s psychiatrickými komorbiditami. Kvalita dôkazu dosahovala mierny stupeň (AASM, 2021) (úroveň dôkazov I).

Efekt KBT-I pretrváva aj po období aktívnej liečby bez potreby ďalších intervencií. Odlíšne metaanalýzy štúdií vykonaných u pacientov s komorbídnou somatickou alebo psychiatrickou poruchou vykazujú podobné výsledky (Geiger-Brown a kol., 2015; Wu a kol., 2015; AASM, 2021) (úroveň dôkazov I).

KBT-I je tiež odporúčaná u pacientov, u ktorých je kontraindikovaná medikamentózna liečba, alebo sa u nich môžu s väčšou pravdepodobnosťou vyskytnúť nežiaduce účinky. Patria sem starší ľudia, gravidné ženy alebo pacienti s obličkovým, pečeneovým alebo pľúcnym ochorením (Bonnet, Arand, 2019).

Dlhodobé štúdie (12 - 24 mesiacov) demonštrujú superioritu účinnosti KBT-I samotnej alebo v kombinácii s farmakami v porovnaní s prístupmi využívajúcimi samotnú medikáciu (Beaulieu-Bonneau a kol., 2017). Preferencia KBT-I a iných behaviorálnych terapií pred medikáciou v iniciálnej fáze liečby chronickej insomnie bola odsúhlasená v rámci klinických praktických pokynov American Academy of Sleep Medicine (Schutte-Rodin a kol., 2008) a British Association for Psychopharmacology (Wilson a kol., 2010). V prípade nedostupnosti alebo limitov týkajúcich sa psychoterapie, poistenia alebo času potrebného na psychologickú liečbu je akceptovaným prístupom dlhodobá farmakoterapia (Sateia a kol., 2017).

Pri potrebe rýchleho dosiahnutia účinku (napr. pri narušení denného fungovania, masívnej úzkosti týkajúcej sa nespavosti, ktorá môže negatívne ovplyvňovať realizáciu spánkovej reštrikcie a kontrolu stimulov) je možné použiť v úvode liečby kombináciu psychoterapie a farmakoterapie s plánom následného postupného vysadenia medikácie (do 6-8 týždňov) (Winkelman, 2019). KBT-I zároveň zvyšuje pravdepodobnosť úspešného vysadenia medikácie. Pokračovanie v KBT-I samotnej po vysadení medikácie sa javí ako najlepšia voľba pre dlhodobé udržanie zlepšenia (Baillargeon a kol., 2003).

IKBT - prístup na diaľku (telefón/internet) môže byť efektívnou formou liečby insomnie. Zatiaľ chýbajú podporné dáta s väčším súborom pacientov (Winkelman, 2019). V malej štúdií porovnávajúcej face-to-face KBT-I a IKBT s kontrolou u 90 pacientov, vykázali obidve metódy signifikantne vyššiu účinnosť oproti placebo. Face-to-face KBT-I vykázalo väčší liečebný efekt s lepšími výsledkami pre depresiu a úzkosť v porovnaní s IKBT (Lancee a kol., 2016).

➤ **Krátkodobá terapia pre insomniu (BTIs)**

BTIs aplikuje klinik s výcvikom v BTIs počas 1-4 face-to-face sedení. Metaanalýza zahŕňajúca 7 dvojito zaslepených randomizovaných štúdií preukázala signifikantné zlepšenie v hodnotení remisie, odpovede na liečbu a kvality spánku pri použití tejto terapie. Úroveň dôkazu dosahovala stredný stupeň. Výhodou BTIs oproti KBT-I sú nižšie náklady na liečbu. Nežiaduce účinky sú minimálne a krátkodobé (AASM, 2021).

➤ **Jednozložkové behaviorálne intervencie**

Spánková reštrikcia a kontrola stimulov môžu byť alternatívne použité ako samostatné techniky pre liečbu insomnie. Efekt kontroly stimulov môže byť dlhotrvajúci (Pallesen a kol., 2003; Espie a kol., 1989; Engle-Friedman a kol., 1992). Táto terapia je efektívnejšia u pacientov, ktorí ešte neužívajú psychofarmaká na liečbu insomnie (Riedel a kol., 1998). Podľa metaanalýzy bol efekt samotnej spánkovej reštrikcie mierny až veľký a zároveň porovnateľný s efektom KBT (Montgomery, Dennis, 2003; Irwin a kol., 2006).

Možné nežiaduce účinky behaviorálnej terapie sa týkajú najmä spánkovej reštrikcie, a zahŕňajú zvýšenú únavu a ospalosť počas dňa, poruchy nálady (napr. iritabilita), predĺžený reakčný čas, poruchu pozornosti, ako aj možnú exacerbáciu bipolárnej afektívnej poruchy. Spánková reštrikčná terapia je preto kontraindikovaná u vysoko rizikových povolání (šofér, pracovník v ťažkom priemysle a pod.), u pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou alebo nedostatočne kompenzovanou epilepsiou. Pacienti, ktorí podstupujú túto liečbu, by mali byť starostlivo monitorovaní a inštruovaní, aby sa vyhýbali riskantným aktivitám a šoférovaniu v období, v ktorom je čas strávený v posteli významne redukovaný. Kombinácia reštrikčnej terapie a farmakoterapie hypnotikami môže významne zvýšiť dennú ospalosť a behaviorálne riziká (Winkelman, 2019; AASM, 2021).

➤ **Relaxačná terapia**

Dáta z 5 randomizovaných kontrolovaných štúdií boli spracované v metaanalýze, ktorá preukázala klinicky signifikantné zlepšenie v kvalite spánku a miere dosahovania odpovede. Kvalita dôkazu bola nízka (AASM, 2021).

Efekt progresívnej svalovej relaxácie skúmala RCT, ktorá porovnávala 57 pacientov s insomniou v porovnaní s placebom. Progresívna svalová relaxácia zlepšila ich spánkové hodnoty, ale nie denné fungovanie (Means a kol., 2000). Zlepšenie bolo mierneho stupňa a menšie ako dosiahnuté prostredníctvom KBT (AASM, 2001).

➤ **Spánková hygiena**

Spánková hygiena by sa nemala používať ako samostatná intervencia na liečbu chronickej insomnie, nakoľko sa nepreukázala jej dostatočná efektivita (Schutte-Rodin, 2008).


➤ **Ďalšie intervencie**

- **Biofeedback** - jeho použitie odporúča Society of Clinical Psychology of American Psychological Association v spojení s behaviorálnymi a relaxačnými technikami. Cieľom je zvýšiť povedomie pacientov o ich fyziologických procesoch a získanie kontroly nad nimi. Tým sa naučia minimalizovať svoju stresovú odpoveď, čo vedie k zdravšiemu spánku (Society of Clinical Psychology, Morin a kol. 2006).
- **Kognitívna terapia** zahŕňa štrukturovanú psychoedukáciu, sokratovský dialóg, používanie záznamu automatických myšlienok a behaviorálne experimenty na identifikovanie a modifikáciu neužitočných presvedčení o spánku, ktoré môžu podporovať návyky narušajúce spánok a zvyšovať úzkosť týkajúcu sa spánku.
- **Paradoxná intencia** zmiernuje jednak hyperintenciu, jednak úzkosť z nespavosti, čo vedie k zlepšenému zaspávaniu.
- **Intenzívny spánkový tréning** je novou liečbnou stratégiou, ktorej cieľom je zmierniť ťažkosti so zaspávaním a mispercepciu spánku zvýšením homeostatického tlaku spánku.
- **Mindfulness terapia** je forma meditácie, ktorá posilňuje nehodnotiaci postoj pri zvýšenej alebo úplnej pozornosti zameranej na myšlienky, emócie a zážitky v prítomnom okamihu. U pacientov s insomniou sa často kombinuje s kontrolou stimulov, so spánkovou reštrikčnou terapiou a spánkovou hygienou (AASM, 2021).
- **Pomalé dýchanie pred spánkom** ako prostriedok na zníženie aktivity nervus vagus preukázalo zlepšenie niektorých spánkových parametrov (Tsai a kol., 2015).
- Štúdie zamerané na využitie svetelnej terapie a fyzického cvičenia dosahujú nízku kvalitu dôkazov (Riemann a kol., 2017).

Vyššie uvedené liečebné stratégie je pre ich nižšiu účinnosť, v porovnaní s KBT-I či behaviorálnymi technikami alebo pre slabú úroveň dôkazov, možné použiť len ako adjuvantnú liečbu.

- Akupunktúra, aromaterapia, reflexológia, homeopatia, meditačné postupy, moxibustion a joga sa pre liečbu chronickej insomnie neodporúčajú (silné odporúčanie, veľmi nízka kvalita dôkazov) (Riemann a kol., 2017).
- Použitie rastlinných a výživových doplnkov (napr. valeriana a melatonin) sa neodporúča pre nedostatočnú účinnosť a kvalitu dôkazov (Schutte-Rodin, 2008). Metaanalýza zahŕňajúca 14 randomizovaných štúdií s 1600 pacientmi nepreukázala významný rozdiel medzi herbálnou medicínou a placebom (Leach, 2015).

Tabuľka č. 4

	
Prehľad intervencií odporúčaných American Academy of Sleep Medicine (2021)	
Intervencia	Typ liečby
silné odporúčanie pre použitie*	
kognitívno - behaviorálna terapia pre insomniu	viaczložková
podmienečné odporúčanie pre použitie**	
krátkodobá terapia pre liečbu insomnie	viaczložková
kontrola stimulov	jednozložková
spánková reštrikčná terapia	jednozložková
relaxačná terapia	jednozložková
podmienené odporúčanie proti použitiu**	
spánková hygiena	jednozložková
bez odporúčania	
kognitívna terapia	jednozložková
Biofeedback	jednozložková
paradoxná intencia	jednozložková
intenzívny spánkový tréning	jednozložková
mindfulness terapia	viac- alebo jednozložková

* Postup odporúčame aplikovať u takmer všetkých pacientov.

** Postup navrhujeme aplikovať u väčšiny pacientov, pričom jednotlivé postupy môžu byť vhodné pre rôznych pacientov.

Liečba insomnie pri komorbídnych iných duševných poruchách

Perzistujúca alebo liečbu vyžadujúca insomniá sa objavuje u mnohých pacientov aj po zlepšení základného psychiatrického ochorenia. Poruchy spánku sú jedným z najbežnejších pretrvávajúcich symptómov pri liečenej depresii, a sú rizikovým faktorom rekurencie epizódy poruchy nálady u eutýmnych pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou (McClintock a kol., 2011; Sylvia a kol., 2012). Existujú štúdie, ktoré potvrdzujú zlepšenie porúch spánku aj depresie alebo bipolárnej afektívnej poruchy pri použití KBT-I ako adjuvantného prístupu (Manber a kol., 2008; Harvey a kol., 2015). Zatiaľ neexistujú žiadne kontrolované štúdie zamerané na použitie KBT-I pri úzkostných poruchách komorbídnych s insomniou (Winkelman, 2019).

KBT-I sa považuje za liečbu prvej voľby pre insomniu pri PTSP. Jedna kontrolovaná štúdia demonštrovala benefit KBT-I na viaceré spánkové parametre v porovnaní s kontrolnou skupinou (Talbot a kol., 2014).

Malé kontrolované štúdie podporujú použitie KBT-I v liečbe insomnie pri schizofrénii (Freeman a kol., 2015).

KBT-I je preferovanou liečbou pri látkových závislostiach, kde sa predpokladá, že pacienti už „zabudli“, ako si navodiť spánok bez použitia hypnotík. Tento prístup v nich môže obnoviť dôveru v navodenie prirodzeného spánku (Currie a kol., 2004; Arnedt a kol., 2011).

Liečba insomnie pri niektorých komorbídnych somatických ochoreniach

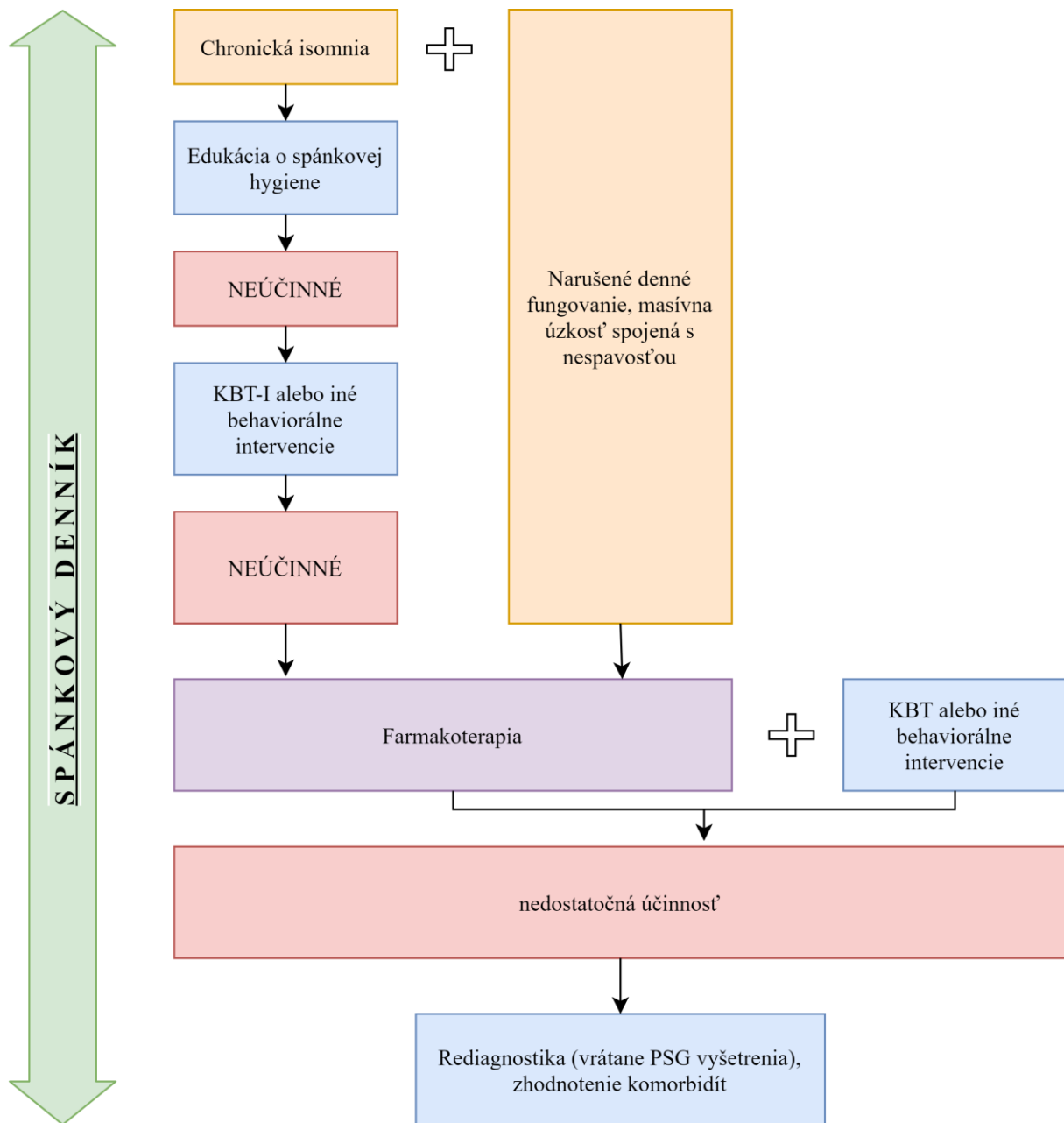
Insomnia pri somatických ochoreniach môže pretrvávať aj po vyliečení základného ochorenia. Keďže existuje obojsmerný vzťah medzi somatickým ochorením a insomniou, liečba insomnie môže viesť jednak k zlepšeniu zdravotného stavu pacienta, ako aj k zlepšeniu jeho kvality života.

Nespavosť zvyšuje intenzitu a frekvenciu bolesti, preto je manažment insomnie dôležitým cieľom v redukcii bolesti. Mnohé terapie (medzi inými aj KBT) zamerané na insomniu majú prekrývajúce indikácie pre rôzne bolestivé syndrómy, a sú rozumnou voľbou pre pacientov s bolesťou, u ktorých je žiaduci ich sekundárny účinok na spánok.

Pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc by malo byť pred začatím psychoterapie realizované polysomnografické vyšetrenie za účelom vylúčenia porúch dýchania asociovaných so spánkom, a to u pacientov, ktorí majú závažnejšiu desaturáciu kyslíka počas noci, ranné bolesti hlavy po aplikácii kyslíka, obezitu alebo gastroezofageálny reflux (Owens a kol., 2017). Pri neprítomnosti spánkového apnoe je KBT-I liečbou prvej voľby insomnie (Lu a kol., 2016).

KBT-I sa javí byť efektívnou liečbou pre ženy v menopauze. V štúdiu zameranej na efekt KBT-I u menopauzálnych žien s nočnými návalmi tepla realizovanej v 6 sedeniach na diaľku bola táto liečba efektívna z hľadiska zmiernenia ťažkostí so zaspávaním a udrжанím spánku (McCurry a kol., 2016).

Diagram č. 4 Liečba chronickej insomnie



Prognóza

Prognóza krátkodobej insomnie je vo všeobecnosti priaznivá. Po odznení alebo odstránení precipitujúcich faktorov sa spánok vracia do pôvodného stavu. V prípade, že sa u pacienta vyskytnú opakované epizódy krátkodobej insomnie alebo je prítomné komorbídne ochorenie, symptómy insomnie môžu pretrvávať a chronifikovať sa. Chronická insomnia si následne vyžaduje odlišný prístup pre vytvorené maladaptívne kognície udržiavajúce ťažkosti so spánkom. Ochorenie následne prebieha skôr vo forme relapsov a remisií, než úplného odznenia ťažkostí. Symptómy pretrvávajú aj po tom, ako odzneli precipitujúce udalosti. V manažmente chronickej insomnie je preto potrebné edukovať a vybaviť pacienta zručnosťami na čo najlepšie zvládanie symptómov nespavosti. Je tiež potrebné,

aby zdravotníci pracovníci videli insomniu ako chronické ochorenie, a posilnili skôr úlohu stratégií na prevenciu relapsov, než zameranie sa na liečbu akútnych epizód alebo kríz (Cunnington a kol., 2013).

U pacientov s prirodzene remitujúcou insomniou existuje široké spektrum reziduálnych symptómov. Najčastejšie sa vyskytujúcim nočným reziduálnym symptómom je narušená kontinuita spánku. K ďalším reziduálnym symptómom patria nízka kvalita spánku, denná únava, kognitívne narušenie a poruchy nálady. Ich prítomnosť je spojená s vyšším rizikom relapsu insomnie, preto by sa im mala takisto venovať pozornosť (Ji a kol., 2019).

Prognóza insomnie spojenej s komorbídnym ochorením často závisí od úspešnosti liečby základného ochorenia či poruchy. Napr. insomnie ako jeden zo symptómov depresie je často refraktérna voči liečbe, dokiaľ sa nenájde efektívna liečba pre samotnú depresiu. Včasná liečba insomnie môže zas prispieť k zvýšeniu efektivity liečby komorbídneho ochorenia.

Neliečená chronická insomnie je spojená so zvýšeným rizikom vzniku depresie so sprievodným rizikom suicídia, úzkostných porúch, kognitívneho narušenia a somatických ochorení. Uvedené zdravotné problémy môžu ďalej vyústiť do poklesu pracovného výkonu, vzniku industriálnych a dopravných nehôd, nárastu invalidizácie, zníženej kvality života a zvýšených nákladov na zdravotnú starostlivosť (Lubit, 2019).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Posudzovanie závisí od dopadov porúch spánku na pracovnú schopnosť pacienta. Insomnie samotná nie je diagnózou, na základe ktorej je možné invalidizovať pacienta. Pacient je spravidla invalidizovaný v prípade pridruženej poruchy, alebo ak je insomnie sekundárna pri inom ochorení, ktoré znemožňuje zaradenie pacienta do pracovného procesu.

Podľa štúdie z r. 2006 zahŕňajúcej populáciu 37 308 Nórov v produktívnom veku, ktorí nepoberali invalidný dôchodok počas rokov 1995 - 1997, bola insomnie významným prediktorom trvalej invalidity. Insomnie, ako významnému prediktoru možnej invalidizácie a jej včasnej liečbe, by sa preto mala venovať zvýšená pozornosť (Sivertsen a kol., 2006).

Narušené mentálne schopnosti môžu mať rôzny dopad na pracovný výkon, vrátane schopnosti porozumieť a plniť úlohy, vychádzať so spolupracovníkmi, vhodne reagovať na supervíziu a vysporiadať sa s pracovným stresom. Znížený reakčný čas môže ovplyvňovať schopnosť pracovať v určitých podmienkach, ako je ťažký priemysel, alebo na pozíciách vyžadujúcich si rýchle reakčné odpovede.

Dlhodobé následky insomnie, akými sú srdcové ochorenia, diabetes, organické duševné poruchy (vrátane porúch pamäti, zmien nálady a poklesu koncentrácie), depresia a úzkostné poruchy, môžu takisto limitovať typy práce, ktoré môže pacient vykonávať, prípadne viesť k jeho invalidizácii.

Poruchy dýchania spojené so spánkom môžu byť natoľko závažné, že významne limitujú schopnosť pacienta vykonávať základné pracovné aktivity potrebné pre väčšinu zamestnaní. Tieto poruchy sú spôsobené periodickým zastavením dýchania spojeným s nokturálnou

hypoxémiou a početnými prebudeniami zo spánku, čo v závislosti od závažnosti poruchy môže viesť k symptómom dennej ospalosti a k narušeniu kognitívnych funkcií. Narušenie v tejto oblasti by sa malo hodnotiť podľa kritérií pre organické duševné poruchy. Do úvahy by sa mala tiež brať schopnosť pacienta vykonávať prácu (ktorá bola jeho hlavnou zárobkovou činnosťou) za posledné obdobie (napr. počas posledného roka) napriek prítomnej poruche dýchania spojenej so spánkom. Je tiež potrebné zohľadniť vek pacienta, jeho vzdelanie, pracovné skúsenosti a fyzický/mentálny stav za účelom stanovenia, či je pacient schopný vykonávať inú, alebo vôbec nejakú prácu.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Manažmentu akútnej insomnie by malo predchádzať rozpoznanie problému zdravotníckym pracovníkom prvého kontaktu. V praxi sa často stáva, že pacienti spontánne nereferujú o ťažkostiach súvisiacich so spánkom. V rámci prvotného posúdenia stavu je preto potrebné aktívne pátrať po problémoch súvisiacich so spánkom, zistiť ich charakter, trvanie a dopad na denné fungovanie.

V prípade pretrvávania insomnie aj po eliminácii stresora, či jeho dlhodobej prítomnosti, by mal pacient obdržať kontakt na zdravotníckeho pracovníka vzdelaného v ŠPI a poskytujúceho ŠPI pre liečbu insomnie podľa EBM.

U pacientov, ktorí nie sú schopní na ŠPI, liečba ŠPI u nich nevykazuje efekt alebo preferujú inú formu liečby, je potrebné pokračovať formou KBT-I alebo inej behaviorálnej terapie podľa tohto štandardu. Táto forma liečby by mala byť poskytovaná zdravotníckym pracovníkom vzdelaným v certifikovanej činnosti v odbore psychoterapia.

Ak je insomniá závažná, spojená s významným distresom alebo psychiatrickou komorbiditou, je potrebné zvážiť odoslanie pacienta do psychiatrickej starostlivosti.

V prípade komorbídneho somatického ochorenia, ktoré participuje na poruche spánku, je potrebné odoslať pacienta k príslušnému lekárovi - špecialistovi za účelom manažmentu daného ochorenia.

V prípade prítomnosti komorbídnej poruchy spánku alebo porúch správania súvisiacich so spánkom, prípadne zlyhania vyššie uvedených postupov, by mal byť pacient odoslaný na somnologické vyšetrenie.

Ďalšie odporúčania

Svojpomocná KBT predstavuje účinnú a akceptovateľnú vstupnú úroveň liečby v rámci modelu odstupňovanej starostlivosti pre insomniu. Môže byť kompromisom v prípadoch nedostupnej alebo príliš drahej face-to-face liečby (Yan-YeeHo a kol., 2015).

Spánkový denník

Spánkový denník - nespavosť	
Deň v týždni / dátum	Po 1.1.
Čas zhasnutia	22:00
Trvanie zaspátia (min.)	90
Čas prebudenia	5:15
Čas vstávania	6:00
Počet nočných prebudení	0:00
Čas strávený v posteli	8:00
Celkový čas spánku	4:15
Pocit po prebudení	0:00
Pocit cez deň	0:00
Poznámky	liek na spanie

Kalendár sa vyplní vždy v rovnakom čase, najlepšie ráno po vstávaní, požadované časy udávajte približne:

- Trvanie zaspátia - čas, za ktorý ste zaspali v minútach.
- Celkový čas spánku - čistý čas, počas ktorého ste v noci spali (bez prebudenia).
- Čas strávený v posteli - čas medzi zhasnutím (čas zhasnutia) a vstávaním z postele (čas vstávania) .
- Pocit po prebudení a pocit cez deň - oznámkujte známkou ako v škole (1 = najlepší, 5 = najhorší)

Morinov dotazník spánku

Zhodnoťte typ a závažnosť vašich ťažkostí so spánkom v priebehu posledných niekoľko mesiacov

1. Ťažkosti so zaspávaním:

Vôbec	Lahko	Stredne	Významne	Extrémne
<hr/>				
0	1	2	3	4

2. Časté a/alebo dlouhotrvajúce nočné prebudenia:

Vôbec	Lahko	Stredne	Významne	Extrémne
<hr/>				
0	1	2	3	4

3. Príliš skoré ranné prebúdzanie:

Vôbec	Lahko	Stredne	Významne	Extrémne
<hr/>				
0	1	2	3	4

4. Do akej miery ste spokojný / nespokojný s vaším spánkom v poslednej dobe?

Veľmi spokojný	Spokojný	Skôr spokojný	Nespokojný	Veľmi nespokojný
<hr/>				
0	1	2	3	4

5. Do akej miery, podľa vás, ťažkosti so spánkom narúšajú vašu bežnú výkonnosť (napr. unaviteľnosť, sústredenie, pamäť, náladu)?

Vôbec	Lahko	Stredne	Významne	Extrémne
<hr/>				
0	1	2	3	4

6. Do akej miery, podľa vás, sú vaše ťažkosti so spánkom zaznamenané okolím – v zmysle zníženia kvality vášho života?

Vôbec	Lahko	Stredne	Významne	Extrémne
<hr/>				
0	1	2	3	4

7. Do akej miery ste znepokojený/zaobráte sa vašimi ťažkosťami so spánkom?

Vôbec	Lahko	Stredne	Významne	Extrémne
<hr/>				
0	1	2	3	4

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Revíziu odporúčame po piatich rokoch od schválenia štandardu.

Literatúra

- Adamík, P. a kol. 2010. Poruchy spánku a bdenia a ich hodnotenie. In *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*. 2010, Vol. 17, No. 2, s. 95-102.
- American Academy of Sleep Medicine. 2014. *The International Classification of Sleep Disorders*. Third edition. Darien: American Academy of Sleep Medicine, 2014. 377 p. ISBN 0-9915434-0-8.
- American Academy of Sleep Medicine. 2021. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. In *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2021. ISSN 1550-9397, 2021, Vol. 17, No. 2, p. 255-262.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association Publishing, 2013. 991 p. ISBN 0890425558.
- Arnedt, J.T. - Conroy, D.A. - Armitage, R. - Brower, K.J. 2011. Cognitive-behavioral therapy for insomnia in alcohol dependent patients: a randomized controlled pilot trial. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2011, Vol. 49, No. 4, p. 227.
- Backhaus, J. - Riemann, D. 2003. Poruchy spánku. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003. 136 s. ISBN 8088952085.
- Baillargeon, L. a kol. 2003. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. In *CMAJ*. ISSN 1488-2329. 2003, Vol. 169, No. 10, p. 1015-1020.
- Beaulieu-Bonneau, S. - Ivers, H. - Guay, B. - Morin, C.M. 2017. Long-Term Maintenance of Therapeutic Gains Associated With Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia Delivered Alone or Combined With Zolpidem. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 2017, Vol. 40, No. 3.
- Besset, A. - Villemin, E. - Tafti, M. - Billiard, M. 1998. Homeostatic process and sleep spindles in patients with sleep-maintenance insomnia: effect of partial (21 h) sleep deprivation. In *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. ISSN 0013-4694, 1998, Vol. 107, No. 2, p. 122-132.
- Bonnet, M.H. - Arand, D.L. 1995. 24-Hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 1995, Vol. 18, No. 7, p. 581-588.
- Bonnet, M.H. - Arand, D.L. 1997. Physiological activation in patients with sleep state misperception. In *Psychosomatic Medicine*. ISSN 0033-3174, 1997, Vol. 59, No. 5, p. 533-540.
- Bonnet, M.H. - Arand, D.L. 2019. Behavioral and pharmacologic therapies for chronic insomnia in adults [online]. 2019 [cit. 2019-12-23]. Dostupné na internete: https://www.uptodate.com/contents/behavioral-and-pharmacologic-therapies-for-chronic-insomnia-in-adults?search=insomnia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- Brasure, M. a kol. 2016. Psychological and Behavioral Interventions for Managing Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. In *Annals of Internal Medicine*. ISSN 0003-4819, 2016, Vol. 165, No. 2, p. 113-124.
- Buysse, D.J. a kol. 1989. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. In *Psychiatry Research*. ISSN 0165-1781, 1989, Vol. 28, No. 2, p.193-213.
- Campbell, R.J. 1996. *Psychiatric Dictionary*. Seventh edition. New York: Oxford University Press, 1996. 840 p. ISBN 978-0195102598.
- Chen, H.Y. a kol. 2008. Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbance in patients undergoing peritoneal dialysis: a pilot randomized controlled trial. In *American Journal of Kidney Diseases*. ISSN 0272-6386. 2008, Vol. 52, p. 314 - 323.
- Cunnington, D. - Junge, M.F. - Fernando, A.T. 2013. Insomnia: Prevalence, Consequences and Effective Treatment. In *The Medical Journal of Australia*. 2013, Vol. 199, p. S36-S40.
- Currie, S.R. - Clark, S. - Hodgins, D.C. - El-Guebaly, N. 2004. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for insomnia in recovering alcoholics. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2004, Vol. 99, p. 1121-1132.
- Edinger a kol. 2021. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. In *Journal of Sleep Medicine*. ISSN 1550-9397, 2021, Vol. 17, No. 2, p. 263-298.
- Engle-Friedman, M. - Bootzin, R.R. - Hazlewood, L. - Tsao, C. 1992. An evaluation of behavioral treatments for insomnia in the older adult. In *Journal of Clinical Psychology*. 1992, Vol. 48, No. 1, p. 77-90.
- Espa-Červená, K. - Praško, J. - Závěšická, L. 2004. *Nespavost: Zvládání nespavosti*. Praha: Portál, 2004. 102 s. ISBN 8071789194.
- Espie, C.A. a kol. 1989. A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 1989. 1989, Vol. 27, No. 1, p. 79-88.
- Yan-Yee Ho, F. a kol. 2015. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. In *Sleep Medicine Reviews*. ISSN 1087-0792, 2015, Vol. 19, p. 17-28.
- Freeman, D. a kol. 2015. Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. In *The Lancet Psychiatry*. 2015, Vol. 2, p. 975-983.
- Geiger-Brown, J.M. a kol. 2015. Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. In *Sleep Medicine Reviews*. ISSN 1087-0792, 2015, Vol. 23, p. 54-67.
- Grandner, M.A. - Jackson, N.J. - Pak, V.M. - Gehrman, P.R. 2012. Sleep disturbance is associated with cardiovascular and metabolic disorders. In *Journal of Sleep Research*. 2012, Vol. 21, No. 4, p. 427-433.
- Grandner, M.A. 2017. *Sleep, Health and Society*. In *Sleep Medicine Clinics*. ISSN 1556-407X, 2017, Vol. 12, No. 1, p. 1-22.

- Gupta, R. a kol. 2017. Clinical Practice Guidelines for Sleep Disorders. In *Indian Journal of Psychiatry*. 2017, S116–S138.
- Harvey, A.G. a kol. 2015. Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015, Vol. 83, No. 3, p. 564-577.
- Horne, J. 1988. *Why we sleep? The function of the sleep in humans and other mammals*. Oxford: Oxford University Press, 1988. 319 p. ISBN 019261682X.
- Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research. 2006. *Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem*. Washington: National Academies Press; 2006. ISBN-10: 0-309-10111-5.
- Irwin, M.R. - Cole, J.C. - Nicassio, P.M. 2006. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. In *Health Psychology*. 2006, Vol. 25, No. 1, p. 3-14.
- Ji, X. a kol. 2019. Residual symptoms after natural remission of insomnia: associations with relapse over 4 years. In *Sleep*. ISSN 0161-8105. 2019, Vol. 42, No. 8.
- Johns, M.W. 1991. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 1991, Vol. 14, No. 6, p. 540-545.
- Katz, D.A. - McHorney, C.A. 1998. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. In *Archives of Internal Medicine*. ISSN 0003-9926, 1998, Vol. 158, No. 10, p. 1099-1107.
- Krystal, A.D. 2006. Psychiatric comorbidity: the case for treating insomnia. In *Sleep Medicine Clinics*. ISSN 1556-407X, 2006, Vol. 1, p. 359-365.
- Lancee, J. a kol. 2016. Guided Online or Face-to-Face Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia: A Randomized Wait-List Controlled Trial. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 2016, Vol. 39, No. 1, p. 183-191.
- Lavie, P. - Pillar, G. - Malhotra, A. 2002. *Sleep Disorders: Diagnosis, Management and Treatment. A handbook for clinicians*. London: Martin Dunitz Ltd, 2002, 187p. ISBN 1841840556.
- Leach, M.J. - Page, A.T. 2015. Herbal medicine for insomnia: A systematic review and meta-analysis. In *Sleep Medicine Reviews*. ISSN 1087-0792, 2015, Vol. 24, p. 1-12.
- Léger, D. - Poursain, B. - Neubauer, D. - Uchiyama, M. 2008. An international survey of sleeping problems in the general population. In *Current Medical Research and Opinion*. 2008, Vol. 24, No. 1, p. 307-317.
- Lu, X.M. - Zhu, J.P. - Zhou, X.M. 2016. The effect of benzodiazepines on insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of treatment efficacy and safety. In *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016, Vol. 11, No. 1, p. 675-685.
- Lubit, R.H. 2019. Sleep-Wake Diseases. In *Medscape* [online]. 2019 [cit. 2020-01-28]. Dostupné na internete: <<https://emedicine.medscape.com/article/287104-overview#showall>>.
- Manber, R. a kol. 2008. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 2008, Vol. 31, No. 4, 489-495.
- McClintock, S.M. a kol. 2011. Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. In *Journal of Clinical Psychopharmacology*. ISSN 0271-0749, 2011, Vol. 31, No. 2, p. 180-186.
- McCurry, S.M. - Logsdon, R.G. - Teri, L. - Vitiello, M.V. 2007. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. In *Psychology and Aging*. 2007, Vol. 22, No. 1, p. 18-27.
- McCurry, S.M. a kol. 2016. Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Perimenopausal and Postmenopausal Women With Vasomotor Symptoms: A MsFLASH Randomized Clinical Trial. In *JAMA Internal Medicine*. ISSN 2168-6106, 2016, Vol. 176, No. 7, p. 913-920.
- Means, M.K. - Lichstein, K.L. - Epperson, M.T. - Johnson, C.T. 2000. Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2000, Vol. 38, No. 7, p. 665-678.
- *Medzinárodní klasifikace nemocí*. 1996. *Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostické kritéria pro výskum*. 10. revízia. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 179s.
- Miller, M.A. 2015. The Role of Sleep and Sleep Disorders in the Development, Diagnosis, and Management of Neurocognitive Disorders. In *Front Neurology*. ISSN 1664-2295, 2015, Vol. 6, p. 224.
- Montgomery, P. - Dennis, J. 2003. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. In *Cochrane Database Systematic Review*. ISSN 1465-1858, 2003, No. 1.
- Morin, C.M. 1996. *Insomnia Psychological Assessment and Management*. New York: The Guilford Press, 1993. 238 p. ISBN 9781572301207.
- Morin, C.M. a kol. 2006. Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. In *Sleep Medicine*. ISSN 1389-9457, 2006, Vol. 7, No. 2, p. 123-130.
- Morin, C.M. a kol. 2011. Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. In *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011, Vol. 56, No. 9, p. 540-548.
- Moťovský, B. 2004. Poruchy spánku z pohľadu psychiatra - neorganická insomnia. In *Via practica* [online]. 2004, Vol. 3 [cit. 2019-12-23]. Dostupné na internete: <<http://www.solen.sk/pdf/ca226315112beb2dbc1ee853d77f6587.pdf>>.
- National Institutes of Health. 2005. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 2005, Vol. 28, No. 9, p. 1049-1057.
- Nevšímalová, S. - Šonka, K. 1997. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, 1997, 226 s. ISBN 8085800373.
- Ohayon, M.M. 2002. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. In *Sleep Medicine Reviews*. ISSN 1087-0792, 2002, Vol. 6, No. 2, p. 97-111.
- Onen, S.H. - Onen, F. - Bailly, D. - Parquet, P. 1994. Prevention and treatment of sleep disorders through regulation of sleeping habits. In *Presse Med*. 1994, Vol. 23, No. 10, p. 485-489.
- Owens, R.L. - Macrea, M.M. - Teodorescu, M. 2017. The overlaps of asthma or COPD with OSA: A focused review. In *Respirology*. 2017, Vol. 22, No. 6, p. 1073-1083.

- Pallesen, S. a kol. 2003. Behavioral treatment of insomnia in older adults: an open clinical trial comparing two interventions. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2003, Vol. 41, No. 1, p. 31-48.
- Paruthi, S. a kol. 2016. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. In *Journal of Clinical Sleep Medicine*. ISSN 1550-9389, 2016, Vol. 12, No. 11, p. 1549-1561.
- Paudel, M.L. a kol. 2010. Rest/activity rhythms and mortality rates in older men: MrOS Sleep Study. In *Chronobiology International*. 2010, Vol. 27, No. 2, p. 363-377.
- Pigeon, W.R. 2010. Diagnosis, prevalence, pathways, consequences and treatment of insomnia. In *Indian Journal of Medical Research*. ISSN 0971-5916, 2010, Vol. 131, p. 321-132.
- Praško, J. - Kosová, J. 1998. Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton, 1998. 234 s. ISBN 8085875462.
- Praško, J. - Maršálek, M. - Červená, K. 2002. Noci plné obav a smutku. Příručka pro lidi trpící depresí a nespavostí. Praha: Organon, 2002.
- Praško, J. - Závěšická, L. - Ticháčková, A. 2009. Léčba primární insomnie z pohledu psychiatra. In *Psychiatrie pro praxi*. 2009, vol. 10, no.4, s. 238-243.
- Praško J. a kol. 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta a.s., 2013. 855 s. ISBN 978-80-204-2498-4.
- Riedel, B. a kol. 1998. A comparison of the efficacy of stimulus control for medicated and nonmedicated insomniacs. In *Behavior Modification*. 1998, vol. 22, no. 1, p. 3-28.
- Riemann, D. - Perlis, M. L. 2009. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. In *Sleep Medicine Review*. ISSN 1087-0792, 2009, Vol. 13, No. 3, p. 205-214.
- Riemann, D. a kol. 2017. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. In *Journal of Sleep Research*. 2017, Vol. 26, No. 6, p. 675-700.
- Sadock, B.J. - Sadock, V.A. 2000. *Kaplan and Sadock 's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000. ISBN 0-683-30128-4.
- Sateia, M.J. 2014. International Classification of Sleep Disorders. Third Edition. Highlights and Modifications. In *Chest*. ISSN 0012-3692, 2014, Vol.146, No. 5, p. 1387 – 1394.
- Sateia, M.J. a kol. 2017. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. In *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2017, Vol. 13, No. 2, p. 307-349.
- Schutte-Rodin, S. a kol. 2008. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. In *Journal of Clinical Sleep Medicine*. ISSN 1550-9397, 2008, Vol. 4, No. 5, p. 487-504.
- Sivertsen, B. a kol. 2006. The Long-Term Effect of Insomnia on Work Disability: The HUNT -2 Historical Cohort Study. In *American Journal of Epidemiology*. ISSN 0002-9262. 2006, Vol. 163, No. 11, p. 1018-1024.
- Smith, M.T. a kol. 2002. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. In *American Journal of Psychiatry*. 2002, Vol. 159, No. 1, p. 5-11.
- Society of clinical psychology - Division 12, American Psychological Association. Biofeedback-based treatments for insomnia [online]. [cit. 2021-04-10]. Dostupné na internete: <https://div12.org/treatment/biofeedback-based-treatments-for-insomnia/>
- Swapna, B. a kol. 2016. Prevalence of chronic insomnia in adult patients and its correlation with medical comorbidities. In *Journal of Family Medicine nad Primary Care*. 2016, Vol. 5, No. 4, p. 780-784.
- Sylvia, L.G. a kol. 2012. Sleep disturbance in euthymic bipolar patients. In *Journal of Psychopharmacology*. 2012, vVol. 26, No. 8, p. 1108-1112.
- Talbot, L.S. a kol. 2014. Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 2014, Vol. 37, No. 2, 327-341.
- Taylor, D.J. a kol. 2007. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. In *Sleep*. 2007, Vol. 30, No. 2, p. 213-218.
- Trauer, J.M. a kol. 2015. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. In *Annals of Internal Medicine*. ISSN 0003-4819, 2015, Vol. 163, No. 3, 191-204.
- Tsai, H.J. - Kuo, T.B. - Lee, G.S. - Yang, C.C. 2015. Efficacy of paced breathing for insomnia: enhances vagal activity and improves sleep quality. In *Psychophysiology*. 2015, Vol. 52, No. 3, p. 388-396.
- Van Cauter, E. a kol. 2007. Impact of sleep and sleep loss on neuroendocrine and metabolic function. In *Hormone Research in Paediatrics*. 2007, Vol. 67, p. 2-9.
- Vander, A.J. - Sherman, J.H. - Luciano, D.S. 1990. *Human physiology: The Mechanisms of Body Function*. 5th edition. New York: McGraw-Hill Publishing Company, 1990. 724 p. ISBN 0-07-1009981.
- Watson, N.F. a kol. 2015. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 2015, Vol. 38, No. 6, 843-844.
- Wilson, S.J. a kol. 2010. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. In *Journal of Psychopharmacology*. 2010, Vol. 24, No. 11, p. 1577 -1601.
- Winkelman, J.W. 2019. Overview of the treatment of insomnia in adults [online]. 2019 [cit. 2019-12-23]. Dostupné na internete: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults>>.
- Wu, J.Q. - Appleman, E.R. - Salazar, R.D. - Ong, J.C. 2015. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid With Psychiatric and Medical Conditions: A Meta-analysis. In *JAMA Internal Medicine*. ISSN 2168-6106, 2015, Vol. 175, No. 9, p. 1461.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021 .

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva