

spánku, které mohou upevňovat dojem nekvalitního spánku a přispět k vytvoření bludného kruhu. Žádoucím výsledkem je odstranění úzkosti a excitovanosti spojené s nespavostí (50). Nejprve jsou tyto stresory identifikovány, následně tyto negativní myšlenky či obavy pacient nahrazuje alternativní interpretací.

Behaviorální intervence

Behaviorální terapie klade důraz na změnu maladaptivního chování. Individuální nebo skupinová terapie se zaměřuje na vytvoření nových vzorců chování, k tomuto využívá i direktivních přístupů. V léčbě nespavosti se uplatňuje metoda restrikce spánku, metoda kontroly stimulů, edukace zásad spánkové hygieny a nácvik relaxačních technik.

Spánková restrikce. Nástrojem metody spánkové restrikce je omezení času stráveného na lůžku na minimální nezbytně nutnou dobu, s cílem navození mírné spánkové deprivace a vzniku ospalosti v čase plánovaného ulehnutí ke spánku. Je definován čas ulehnutí ke spánku a čas vstávání z lůžka. Celková doba spánku by však neměla být kratší než 5 h (51). S použitím spánkového deníku je následně doba spánku postupně titrována k dosažení optimálního zotavení.

Paradoxní záměr spočívá v ulehnutí na lůžko s aktivní snahou neusnout. V některých případech může tato technika snížit anxieta z neusnutí a spánek iniciovat.

Kontrola stimulů. Terapie kontroly stimulů je soubor režimových opatření směřujících k vytvo-

ření asociace ložnice/lůžka se spánkem a vytvoření pevného režimu cyklu spánku a bdění. Mezi tyto zásady patří: 1) ulehnutí na lůžko pouze při pocitu ospalosti, 2) opustit lůžko při neschopnosti usnout do 15–20 minut, 3) používat lůžko pouze na spaní, 4) vstávat každé ráno ve stejný čas, 5) nepospávat během dne (52).

Tyto postupy se částečně překrývají s pravidly spánkové hygieny (ty však obsahují ještě další behaviorální komponenty). Kombinace těchto návyků by měla vyústit v normalizaci pravidelného cyklu spánku a bdění.

Relaxační techniky

Autogenní trénink je relaxační psychoterapeutická metoda, využívající autosugestivní formulace (např. „jsem zcela klidný, odpočívám, celé tělo je těžké“), jejíž základy položil v roce 1932 německý psychiatr Johannes Heinrich Schultz. Ann Bowden se spoluautory (53) na kohortě 112 pacientů s poruchou spánku dokumentovali příznivý vliv osmítýdenního programu o frekvenci jedenkrát týdně s využitím autogenního tréninku na čas potřebný pro usnutí a pocitu dostatečného zotavení po probuzení. Mezi další relaxační techniky patří např. Ostova progresivní relaxace a imaginace či Jacobsonova progresivní myorelaxace. Cílem Ostovy metody je schopnost relaxace v krátkém čase (20–30 sekund), s následným snížením úzkosti (54). Jacobsonova progresivní myorelaxace má za cíl snížení somatického napětí a kognitivní excitace, které mohou negativně

ovlivnit kvalitu spánku (55). Její účinnost byla prokázána i u dalších klinických stavů, např. u nádorového onemocnění, prenatální úzkosti a nemoci covid-19 (56–58).

Alternativní přístupy

Evropské směrnice pro diagnostiku a léčbu nespavosti nedoporučují akupunkturu, kozlík lékařský a další fytotherapeutika, aromaterapii a reflexní terapii nohou k léčbě nespavosti kvůli nedostatečným důkazům. Není bez zajímavosti, že tyto přístupy a produkty k léčbě poruch spánku jsou celosvětově populární a v posledních dvou desetiletích byly intenzivně studovány (30).

Závěr

Nespavost představuje závažný problém, se kterým se v našich ambulancích často setkáváme. Obecně má negativní dopad na psychickou i fyzickou stránku člověka. I navzdory tomu, že farmakoterapie může být v určitých případech prospěšná, obecně má být ve světle jejich nežádoucích účinků preferován přístup nefarmakologický. Ke zlepšení kvality spánku je potřebná spolupráce pacienta, a to ve smyslu změny životního stylu, úpravy dlouhodobých návyků, dodržování zásad spánkové hygieny, pravidelné pohybové aktivity a ochrany před stresem. Každý lékař by měl znát obecné zásady KBT a své pacientů insomnií včasné edukovat o kontrole stimulů a spánkové hygieně.

Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

LITERATURA

1. Watson NF, Badr MS, Belenky G, et al. Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion. *Sleep*. 2015;38(8):1161-83.
2. Minjung K, Yoo-Hyun U, Tae-Won K, et al. Association Between Age and Sleep Quality: Findings From a Community Health Survey. *Sleep Med Res*. 2021;12(2):155-160.
3. Hirshkowitz M, Whitton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1(1):40-43.
4. Ikeda Y, Morita E, Muroi K, et al. Relationships between sleep efficiency and lifestyle evaluated by objective sleep assessment: Sleep Epidemiology Project at University of Tsukuba. *Nagoya J Med Sci*. 2022;84(3):554-569.
5. Praško J, Grambal A, Šlepecký M, et al. Skupinová kognitivně-behaviorální terapie. Praha: Grada; 2019.
6. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev*. 2010;14(1):19-31.
7. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. 2002;40(8):869-93.
8. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10(4):541-53.

9. Buysse DJ, Germain A, Hall M, et al. A Neurobiological Model of Insomnia. *Drug Discov Today Dis Models*. 2011; 8(4):129-137.
10. Kryger MH, Roth T, Goldstein C. Principles and practice of sleep medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
11. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
12. Nevšimalová S, Šonka K. Poruchy spánku a bdění. Praha: Galén; 2020.
13. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6(2):97-111.
14. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep medicine clinics*. 2022;17(2):173-191.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
16. Winokur A. The Relationship Between Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders: Introduction and Overview. *The Psychiatric clinics of North America*. 2015;38(4):603-614.
17. Ancoli-Israel S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *Am J Manag Care*. 2006;12(8 Suppl):S221-9.
18. Mayer G, Happe S, Evers S, et al. Insomnia in neurological di-

19. Kec D, Bednařík J, Ludka O, et al. Treatment of insomnia in the context of neuropathic pain. *Cesk Slov Neurol N*. 2019;82:513-517.
20. Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM. Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2018;38:168-176.
21. Sim J, Yun BY, Lee J, et al. The Association Between the Number of Consecutive Night Shifts and Insomnia Among Shift Workers: A Multi-Center Study. *Front Public Health*. 2021;9:761279.
22. Mezian K, Hrehová L. High prevalence of insomnia among psychiatrists in the Czech Republic: A web-based questionnaire survey. *Work*. 2023;75(2):657-666.
23. Hasler BP, Smith LJ, Cousins JC, et al. Circadian rhythms, sleep, and substance abuse. *Sleep Med Rev*. 2012;16(1):67-81.
24. Pretl M. Hypnotika v léčbě nespavosti. *Klin Farmakol Farm*. 2019;33(1):38-42.
25. Kec D, Ludka O, Hamerníková V, et al. Současné trendy v léčbě a diagnostice chronické nespavosti. *Česká a slovenská Psychiatrie*. 2020;116(3):139-149.
26. Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, et al. Recommendations for a standard research assessment of insomnia. *Sleep*. 2006;29(9):1155-73.
27. Hrehová L, Mezian K. Non-pharmacologic treatment of insomnia in primary care settings. *Int J Clin Pract*. 2021;75(6):e14084.