

NEFARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE NESPEČNOSTI PRI STAROSTNIKI NONPHARMACOLOGICAL TREATMENT OF LATE- LIFE INSOMNIA

AVTOR / AUTHOR:

dr. Vita Štukovnik, univ. dipl. psih.

*Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: vita.stukovnik@kclj.si

1 UVOD

S staranjem svetovne populacije znanje o vplivu starosti na spanje pridobiva vedno večji pomen. Število starostnikov (oz. ljudi starejših od 65 let) se je v zadnjih 50-ih letih potrojilo, glede na staranje prebivalstva pa se bo dodatno potrojilo do leta 2050 (1). Integriteta spanja se s starostjo spreminja, ne le zaradi sprememb v cirkadianih ritmih in homeostatskih mehanizmih, temveč tudi zaradi zdravstvenih, kognitivnih in psihiatričnih zapletov pri starejših posameznikih. Težave s spanjem so v starosti pogoste, čeprav ne nujno del zdravega procesa staranja. Najpogostejša motnja spanja v starosti je nespečnost. Nezdravljena nespečnost ima pogosto kroničen potek (2) in je povezana s tveganjem za različne duševne in telesne motnje ter znižano kakovostjo življenja prizadetega posameznika (3, 4). Kljub temu imajo običajno

POVZETEK

Integriteta spanja se s starostjo spreminja, ne le zaradi sprememb v cirkadianih ritmih in homeostatskih mehanizmih, temveč tudi zaradi zdravstvenih, kognitivnih in psihiatričnih zapletov pri starejših posameznikih. Težave s spanjem so v starosti zato pogoste. Najpogostejša motnja spanja v starosti je nespečnost. Nezdravljena nespečnost ima pogosto kroničen potek in je povezana s tveganjem za različne duševne in telesne motnje ter zniža kakovost življenja prizadetega posameznika. Motnjo je zato potrebno prepoznati in zdraviti. Zdravljenje nespečnosti v starosti lahko vključuje psihološke metode, farmakološke pristope ali kombinacijo obojih. V splošnem nefarmakološko terapijo nespečnosti obravnavamo kot terapijo prvega izbora za zdravljenje nespečnosti v odrasli dobi, empirični podatki pa kažejo na njeno varnost in dolgoročno učinkovitost tudi pri starostnikih. Prispevek se osredotoča na opredelitev mehanizmov in zdravljenje nespečnosti v starosti z vidika vedenjske medicine spanja ter povzema nekatere nefarmakološke (kognitivno-vedenjske) pristope, ki so se izkazali kot najbolj učinkoviti pri zdravljenju nespečnosti v starosti.

KLJUČNE BESEDE:

motnje spanja, nespečnost, starost, nefarmakološko zdravljenje, kognitivno-vedenjska terapija

ABSTRACT

The integrity of sleep with advancing years is challenged not only by changes in circadian and homeostatic processes but also by medical, cognitive and psychiatric morbidities. Sleep complaints are prevalent among older adults. The most common sleep disorder in late-life is insomnia. Untreated insomnia is a pervasive condition with serious health consequences. It has been associated with overall poor health and mental well being status as well as lower quality of life in older adults. The disorder should thus be recognized and treated. Treatment of late-life insomnia can involve psychological strategies, pharmacologic agents, or both. In general, psychological techniques should be considered as initial treatment methods because of their strong empirical evidence, high safety in older adults, and long-term benefits. This article reviews some basic



models and mechanisms of late-life insomnia as well as the rationale and objectives of most prominent cognitive-behavioral methods in its management.

KEY WORDS:

sleep disorders, insomnia, late-life, nonpharmacological treatment, cognitive-behavioural therapy

starostniki težave s spanjem že več let, preden dobijo diagnozo nespečnosti (5). Da preprečimo oz. zmanjšamo negativne posledice nespečnosti, je potrebno ustrezno prepoznavanje in zdravljenje motnje. Prispevek se osredotoča na opredelitev mehanizmov in zdravljenje nespečnosti v starosti z vidika vedenjske medicine spanja.

2 NA STAROST VEZANE PREMENE V SPANJU IN CIRKADIANIH RITMIH

Vzporedno s telesnimi spremembami, ki nastopijo s staranjem, so del normalnega staranja tudi spremembe v vzorcu oz. arhitekturi spanja. Spanje v starosti postane bolj prekinjeno in plitko, poveča se število nočnih prebujanj. Količina globokega spanja, ki je najbolj osvežilno in omogoča regeneracijo telesa, se v srednji odrasli dobi prične manjšati, vedno več pa je plitkega spanja. Manj je tudi REM spanja (6). S starostjo se nekoliko skrajša tudi skupen čas spanja, učinkovitost (tj. čas dejanskega spanja v primerjavi s skupnim časom v postelji) pa je manjša. Vse te spremembe lahko vodijo v prekomerno dnevno zaspanost, to pa v namerno ali nenamerno dremanje. Objektivne mere dnevne zaspanosti pri starostnikih kažejo, da so le-ti bolj zaspani kot mlajši odrasli, kar kaže na to, da se ponoči ne naspijo dovolj (7). Poleg sprememb v arhitekturi spanja na spanje v starosti vplivajo tudi spremembe v cirkadianih ritmi, ki uravnavajo nihanja drugih telesnih funkcij, tudi spanje in budnost. Zunanji dejavniki (npr. izpostavljenost dnevni svetlobi, gibanje, družabne aktivnosti) in notranji dejavniki (npr. izločanje melatonina, telesna temperatura), ki prispevajo k cirkadianemu pritisku na spanje, so v starosti pogosto spremenjeni. Zunanje spremembe so lahko posledica spremembe življenjskega stila in/ali bolezni. Na primer, številni starejši odrasli so dnevni svetlobi izpostavljeni manj pogosto in bolj nključno, intenziteta svetlobe pa je manjša kot pri mlajših populacijah (8). To lahko spremeni cirkadiane ritme spanja

in druge fiziološke procese, ki so prav tako vezani na spanje (npr. telesna temperatura). Starejši ljudje postanejo zaspani bolj zgodaj zvečer kot mlajši odrasli in se prebujajo bistveno bolj zgodaj zjutraj (6).

3 NESPEČNOST V STAROSTI

Več kot polovica starejših posameznikov ima vsaj občasno težave s spanjem. Te težave ponavadi niso tako izrazite, da bi ustrezale klinični diagnozi nespečnosti. Nespečnost je opredeljena kot subjektivna pritožba težav z začenjanjem oz. vzdrževanjem spanja ali prezgodnjim prebujanjem (vsaj tri noči v tednu, vsaj tri mesece), ki ima tudi pomembne dnevne posledice (npr. motnje razpoloženja, kognitivne motnje, prekomerno dnevno zaspanost, zaskrbljenost glede spanja) (9). Znano je, da se z naraščajočo starostjo veča tudi tveganje za nespečnost, nespečnost v starosti pa ima bolj kroničen in težji potek kot v mladosti (10). Ocene prevalence nespečnosti v starosti se gibajo med 12 in 25 % (11), kar je še enkrat več, kot pri mlajših odraslih. Pri starostnikih, ki imajo pridružene druge telesne ali duše-

ALI STE VEDELI?

- S starostjo se tveganje za nespečnost veča, nespečnost pa ima bolj kroničen in težji potek kot v mladosti.
- Dolgotrajnejša in nezdravljena nespečnost ima v starosti številne negativne posledice. Povezana je s slabšim telesnim in duševnim zdravjem ter znižano kakovostjo življenja, povečanim tveganjem za padce, predstavlja pa tudi pomembno ekonomsko in socialno breme.
- Nespečnost lahko tudi v starosti uspešno zdravimo. Zdravljenje vključuje psihološke metode, farmakološke pristope ali kombinacijo obojih.
- Kognitivno-vedenjska terapija je zaradi svoje učinkovitosti prepoznana kot terapija prvega izbora za zdravljenje kronične nespečnosti pri odraslih. Novejša spoznanja kažejo, da je učinkovita in varna tudi pri zdravljenju nespečnosti v starosti.
- Kognitivno-vedenjska terapija se lahko uporablja kot samostojni pristop ali za ojačanje učinkov farmakološkega zdravljenja nespečnosti v starosti.

vne težave (npr. depresijo ali stres, nevro-degenerativne, možgansko-žilne, srčno-žilne ali pljučne bolezni, kronično bolečino, diabetes), pa je stopnja nespečnosti še višja in je prepoznana pri več kot polovici obolelih posameznikov (12). Žal je veliko strejših ljudi prepričanih, da je slabo spanje normalen del staranja. Dolgotrajnejša in nezdravljena nespečnost ima v starosti številne negativne posledice. Povezana je s slabšim telesnim in duševnim zdravjem ter znižano kakovostjo življenja, povečanim tveganjem za padce, predstavlja pa tudi pomembno ekonomsko in socialno breme (13). Znanstvene študije zaključujejo, da lahko nespečnost tudi v starosti uspešno zdravimo (14).

4 MODELI NESPEČNOSTI V STAROSTI

Razumevanje nastanka nespečnosti v starosti je nujno za razvoj smiselnih metod zdravljenja. Modeli patofizioloških mehanizmov nespečnosti v starosti so zaenkrat slabo razviti, v splošnem pa se predvideva, da imajo neposredno vlogo pri razvoju nespečnosti v starosti vsaj trije ključni dejavniki.

4.1 MEHANIZMI VZBURJENJA

Obstoječe fiziološke, vedenjske in kognitivne teorije predvidevajo, da je glavni mehanizem v razvoju nespečnosti pretirano vzburjenje (15), verjetno pa je vzburjenje pomemben dejavnik tudi pri nastanku nespečnosti v starosti. Možni mehanizmi pretiranega vzburjenja pri nespečnosti vključujejo povečano ali neustrezno delovanje ascendntnih sistemov vzburjenja v možganih (16). Ugotovljene so bile s starostjo povezane spremembe v nekaterih od teh mehanizmov (npr. porast oreksina-A, zmanjšana oživčenost s serotonergičnimi nevroni v neokorteksu) (17). Potrebne pa bodo dodatne raziskave, ki bodo bolje osvetlile pomen teh patofizioloških mehanizmov pri nastanku nespečnosti v starosti.

4.2 PROCESI SPANJA

K nastanku in vzdrževanju nespečnosti v starosti lahko prispevajo običajne s starostjo povezane spremembe v cirkadianih ritmi in homeostazi. Zato jih obravnavamo kot dejavnik, ki prispeva k nastanku nespečnosti v starosti in ne njen neposredni vzrok. Težave s spanjem so verjetno posledica interakcije s starostjo povezanih sprememb v cirkadianih ritmi in homeostazi, kar vodi v večjo dovzetnost starostnikov za razvoj nespečnosti (18).

4.3 KOGNITIVNI DEJAVNIKI

Kognitivni dejavniki (kot je zaznava nespečnosti kot problema) so neposredno povezani z nastankom nespečnosti. S staranjem smo priča različnim spremembam v kognitivnih funkcijah (npr. zmanjšana pozornostna kontrola, zmanjšana hitrost obdelovanja informacij, manj učinkovit delovni spomin) (19). Nespečnost v starosti je lahko povezana s temi spremembami preko mehanizmov, ki motijo spanje. Na primer, zmanjšana pozornostna kontrola lahko moti potrebno deaktivacijo senzornega procesiranja, ki je potrebno za usnavanje.

Opisani trije etiološki dejavniki nespečnosti v starosti delujejo v medsebojni interakciji in posredno ali neposredno vodijo v nespečnost. Novejše metode zdravljenja nespečnosti zato temeljijo na ojačevanju homeostatskega in cirkadianega pritiska na spanje, zmanjševanju vzburjenja v želenem času za spanje in spreminjanju kognitivnih dejavnikov, ki negativno vplivajo na spanje (5).

5 ZDRAVLJENJE NESPEČNOSTI PRI STAROSTNIKI

Pristope za zdravljenje nespečnosti v starosti lahko v grobem razdelimo v dve skupini intervencij: farmakološke in nefarmakološke. Splošno pravilo je, da zdravstveni problemi, ki so povezani s telesnimi mehanizmi, potrebujejo medicinsko in/ali farmakološko zdravljenje. Kljub temu pa v zadnjem času narašča zavedanje o povezanosti telesnih in duševnih funkcij ter o tem, da lahko nefarmakološki pristopi terapevtsko vplivajo tudi na fiziološke mehanizme, ki vodijo v zdravstvene težave. Še posebej v primeru nespečnosti v starosti lahko specifične nefarmakološke metode pomembno vplivajo na telesne homeostatske in cirkadiane mehanizme ter zmanjšujejo telesno in/ali psihično vzburjenje v želeni periodi spanja. Prispevek se osredotoča na kognitivno-vedenjske pristope, ki so se glede na številne znanstvene raziskave izkazali kot najbolj učinkoviti za zdravljenje nespečnosti pri starostnikih.

5.1 KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA NESPEČNOSTI V STAROSTI

Vedenjska medicina spanja uporablja vrsto nefarmakoloških pristopov za izboljšanje spanja. Danes najbolj prepoznana



in uveljavljena nefarmakološka terapija nespečnosti je kognitivno-vedenjska terapija za nespečnost (KVT-n). Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je oblika psihoterapije, ki je bila prvotno razvita za zdravljenje depresije, danes pa se uspešno uporablja pri zdravljenju številnih drugih duševnih motenj in težav. Terapija je strukturirana, k problemu usmerjena in z vnaprej predvidenim obsegom trajanja. KVT-n temelji na tem, da se pacient s pomočjo terapevta uči novih znanj in tehnik spoprijemanja z nespečnostjo, ki jih nato aktivno uporablja v domačem okolju (20). Zaradi svoje učinkovitosti je glede na priporočila vodilnih mednarodnih zdravstvenih organizacij KVT-n danes prepoznana kot terapija prvega izbora za zdravljenje kronične nespečnosti pri odraslih (21). Novejša spoznanja kažejo, da je KVT-n učinkovita tudi pri zdravljenju nespečnosti pri starostnikih. Vsaka komponenta KVT-n, ki je natančneje opisana v nadaljevanju, vpliva na vsaj enega od prej opisanih treh ključnih dejavnikov, ki oblikujejo nespečnost v starosti. Najpogosteje znotraj KVT-n uporabljamo naslednje pristope: terapijo z nadzorom dražljajev in terapijo z omejevanjem spanca, poučevanje o spanju, higieno spanja, učenje tehnik sproščanja in kognitivno terapijo.

Terapija z nadzorom dražljajev

Gre za vedenjski pristop, ki temelji na principih klasičnega pogojevanja in pri posamezniku poudarja povezavo med odzivom spanja in dražljajem postelje oz. spalnice. Starejši ljudje nameč pogosto razvijejo povezavo med budnostjo in posteljo oz. spalnico. Preprosto rečeno, več časa, kot preživijo budni v postelji, večja je verjetnost, da bo postelja vzbudila odziv budnosti in ne zaspanosti. To lahko ponazorimo s primerom, ko nekdo zaspi npr. na kavču v dnevni sobi, na poti v spalnico oz. v postelji pa se popolnoma prebudi in ne more zaspati nazaj (22). Pristop vključuje preprosta navodila za ponovno vzpostavljanje povezave med časovnimi (čas za spanje) in okoljskimi (postelja, spalnica) dražljaji, ki spodbujajo hiter nastop spanca in stalni cirkadiani ritem budnosti in spanca. Cilj je omejiti čas budnosti v postelji in iz postelje oz. spalnice izločiti vsa vedenja, ki niso povezana s spanjem (oz. spolnostjo).

Glede na priporočila Ameriške akademije za medicino spanja je to terapija prvega izbora za vedenjsko zdravljenje nespečnosti pri odraslih (21).

Terapija z omejevanjem spanca

Drug vedenjski pristop omejuje čas, ki ga posameznik preživi v postelji, na čas, ko le-ta dejansko spi. S tem omogočamo povečevanje homeostatskega pritiska za spanje in ojačujemo notranjo (cirkadiano) uro za spanje. Po začetni

Preglednica 1: Priporočila za spanje v terapiji z nadzorom dražljajev (23).

Table 1: Stimulus control therapy instructions (23).

1	Pojdi v posteljo le, ko si zaspan – ne le utrujen.
2	V postelji ne počni ničesar, kar ni povezano s spanjem: ne jej, ne glej televizije, ne poslušaj radia, ne načrtuj ali rešuj problemov.
3	Če ne moreš zaspati (po 15 do 20 minutah), vstani in odidi v drug prostor. Počni nekaj prijetnega, sproščujočega. Ostani pokonci, dokler ne postaneš zaspan. Če v postelji ponovno ne moreš zaspati, ponovi vajo.
4	Vstani vsak dan ob isti uri. To bo pomagalo telesu vzpostaviti urejen spalni ritem.
5	Izogibaj se dremežu čez dan.

blagi deprivaciji spanja čas v postelji postopoma podaljšujemo, dokler pacient ne doseže željene količine spanja, ki pa je bolj enotno. Terapija vodi v hitrejši nastop, večjo kontinuiteto ter boljše kakovost spanja. Empirični podatki kažejo, da gre za močno oz. celo najučinkovitejše orodje za premagovanje kronične nespečnosti pri starostnikih (24).

Poučevanje o spanju

Poučevanje o spanju se osredotoča na osnovna dejstva o normalnih spremembah v spanju (npr. povečan čas budnosti ponoči) in spremenjenih potrebah po spanju v starosti (potencialno zmanjšane potrebe po spanju). Napačna prepričanja o spanju (npr. da bi morali v starosti spati enako dolgo in trdno kot v mladosti) lahko namreč ojačujejo negativna čustva (zaskrbljenost, strah, jezo itd.) in vzbujenost ter tako negativno vplivajo na samo spanje in nespečnost. Izobraževanje o spanju je tudi osnova kognitivnega pristopa zdravljenja nespečnosti (v nadaljevanju).

Higiena spanja

Številni starejši ljudje izvajajo vedenja, ki so moteča pri doseganju dobrega spanca. Higiena spanja odpravlja takšna neustrezna vedenja. Predstavlja niz pravil o zdravem življenjskem slogu (prehrana, uporaba substanc, telesna vadba) in okoljskih dejavnikov (svetloba, hrup, temperatura), ki lahko pozitivno ali negativno vplivajo na spanje. Čeprav je neprimerna higiena spanja le redko vzrok nespečnosti, pa lahko pogloblja težave s spanjem, ki jih povzročajo drugi mehanizmi. V Preglednici 2 je navedenih nekaj najpogostejših priporočil higiene spanja za starostnike. Na primer,

Preglednica 2: Pravila higiene spanja (5).

Table 2: Sleep hygiene rules (5).

1	V postelji ne preživi preveč časa.
2	Vzdržuj reden ritem spanja/budnosti.
3	Če ne moreš zaspati, raje vstani iz postelje.
4	Dnevni počitek omeji na 30 minut pozno dopoldan ali zgodaj popoldan.
5	Redno se gibaj.
6	Preživi čim več časa na prostem, še posebej pozno popoldan.
7	Povečaj izpostavljenost dnevni svetlobi.
8	V posteljo ne odidi lačen (pred spanjem pojej lahek prigrizek).
9	Izogibaj se kofeinu, nikotinu in alkoholu, še posebej popoldan in zvečer.

odsvetuje se uporaba alkohola kot »pomagalo pri uspanju«, saj alkohol (poleg ostalih neželenih učinkov) vodi v prekinitve spanja in prezgodnja jutranja prebujanja (25).

Sproščanje

Stres, napetost in tesnoba so dejavniki, ki pogosto prispevajo k nastanku in/ali vzdrževanju nespečnosti tudi v starosti. Cilj sproščanja je zmanjšati posameznikovo napetost in vznburjenje ob uspanju ali nočnem prebujanju. Pri težavah s spanjem najpogosteje učimo tehniko trebušnega dihanja, postopno mišično sproščanje ali avtogeni trening. Bolj kot sama oblika sproščanja pa je pomembno, da sproščanje vadimo redno, preko daljšega časovnega obdobja. Redno sproščanje ima dokazano pozitivne učinke ne le na spanje, temveč tudi na posameznikovo dnevno funkcioniranje (npr. manj tesnobe, stresa, glavobolov, boljša koncentracija) (26).

Kognitivna terapija

Neustrezna vedenja nespečnost vzdržujejo, napačna prepričanja in nerealna pričakovanja o spanju in posledicah nespečnosti pa ta vedenja še ojačujejo. Kognitivna terapija temelji na spreminjanju teh napačnih prepričanj. Osnovna predpostavka je, da lahko ocena specifične situacije (tj. nespečnosti) sproži pri posamezniku negativne misli in čustva (npr. strah, tesnoba) in s tem kognitivno vznburjenje, to pa je nezdržljivo s spancem in posledično vzdržuje oz. še poslabšuje nespečnost (27). Naloga terapevta je zato prepoznati in skupaj s pacientom spremeniti te neustrezne misli. Zaenkrat sicer ni objavljenih študij, ki bi proučevale

učinke kognitivne terapije na spanje posebej pri starejših pacientih (5), je pa metoda dokazano učinkovita pri zdravljenju odraslih na splošno, še posebej v kombinaciji z zgoraj navedenimi vedenjskimi pristopi. Nekaj ključnih sporočil, s pomočjo katerih običajno spreminjamo pacientova napačna prepričanja o spanju, je navedenih v Preglednici 3.

Preglednica 3: Značilna navodila pacientu z nespečnostjo v kognitivni terapiji (28).

Table 3: Typical instructions for patient in cognitive therapy (28).

Ne krivi nespečnosti za vse dnevne težave, saj lahko zanje obstajajo tudi drugi vzroki (npr. skrbi v družini, težave z zdravjem).
Nikoli <i>ne poskušaj</i> zaspati, saj bo to zelo verjetno samo ojačalo težave s spanjem.
Spanju ne dajaj prevelike pozornosti. Čeprav bi moralo biti spanje prioriteta, ne sme postati osrednja točka življenja.
Ne katastrofiziraj po slabi prespani noči. Nespečnost je zelo neprijetna, vendar ne nujno nevarna zdravju, vsaj ne na kratki rok.

Empirični podatki kažejo, da je kombinacija predstavljenih KVT-n pristopov ali terapija z omejevanjem spanca kot samostojna terapija učinkovito orodje pri izboljšanju nespečnosti v starosti. Intervencije so običajno kratke, učinki, v primerjavi s farmakološkim zdravljenjem pa dolgoročni (29). KVT-n se lahko uporablja kot samostojni pristop ali za ojačanje učinkov farmakološkega zdravljenja.

5.2 NOVEJŠI NEFARMAKOLOŠKI PRISTOPI PRI STAROSTNIKI

Področje vedenjske medicine spanja se še vedno intenzivno razvija. V nadaljevanju je kratko predstavljen nekaj novejših pristopov, ki so še posebej obetajoči za zdravljenje nespečnosti pri starejših.

Kratka KVT za nespečnost

Običajno KVT-n obsega vsaj šest do deset tedenskih srečanj po eno uro s terapevtom. Nedavne študije kažejo, da je lahko zdravljenje nespečnosti pri starostnikih uspešno tudi s krajšimi intervencijami, npr. v obliki od dveh do štirih polurnih do enournih srečanj (30-32).

Telesna vadba kot oblika zdravljenja

Uporaba telesne vadbe kot možne oblike zdravljenja nespečnosti v starosti se zdi obetavna, saj ima vadba poziti-



vne učinke tako na razpoloženje (33), kognitivne funkcije (34) in neodvisnost v starosti (35). Telesna vadba lahko pri starostnikih z zmerno nespečnostjo pomembno skrajša čas uspanja in podaljša skupen čas spanja (36). Poleg tega lahko telesna vadba preko mehanizmov uravnavanja telesne temperature neposredno vpliva na hitrejši nastop globokega spanca.

5.3 NEFARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE PRI NEKATERIH BOLEZNIH V STAROSTI

Starost predstavlja tveganje za različne telesne in duševne motnje, zato pogosteje kot psihofiziološko oz. primarno nespečnost v starosti obravnavamo komorbidno nespečnost.

Pacienti z demenco

Motnje spanja so pogost zaplet demence (npr. pri Alzheimerjevi bolezni, demenci z Lewyjevim telesci). Običajno se nespečnost pri demenci zdravi z zdravili, vendar pa takšen pristop ni vedno najbolj učinkovit oz. je lahko celo kontraindiciran. Povečuje lahko namreč tveganje za bolezenske zaplete, kot so poslabšanje kognitivnih funkcij ali padci pacienta. Novejša spoznanja kažejo, da lahko nespečnost pri demenci uspešno obravnavamo s prilagoditvijo nefarmakoloških KVT-n metod, npr. s poučevanjem svojcev o ustreznih vedenjskih ukrepih za premagovanje motnje spanja (37).

Pacienti s pridruženimi telesnimi ali duševnimi motnjami

Kognitivno-vedenjska terapija za nespečnost je učinkovita v zdravljenju nespečnosti tudi pri starostnikih, ki imajo pridružene druge zdravstvene težave (npr. bolečina, rakava obolenja, depresija) (38). Pravzaprav ima večina starejših pacientov, ki poišče pomoč zaradi nespečnosti, pridružene zdravstvene težave.

Nespečnost in odvisnost od uspaval

Odvisnost od uspaval pri starostnikih je lahko posledica pogostega predpisovanja uspaval s strani osebnih zdravnikov in obenem odsotnosti dolgoročnih pozitivnih učinkov na spanje, spanje pa se lahko ob odtegnitvi po dolgoročni uporabi celo poslabša. Raziskave kažejo, da lahko KVT-n pomembno pripomore k izboljšanju spanja tudi pri starejših osebah, ki so odvisne od uspaval, in sicer brez prekinitve medikamentozne terapije. Poleg tega lahko KVT-n pomaga tudi pri uspešnemu odvajanju od hipnotikov, še posebej v kombinaciji z uveljavljenimi medicinskimi pristopi (39).

6 SKLEP

K nespečnosti v starosti prispevajo številni dejavniki. Pogostost nespečnosti se s starostjo povečuje, njen potek pa je težji in dolgotrajnejši. Negativne posledice na zdravje in kakovost življenja starostnika ter pomembno družbeno-ekonomsko breme kažejo na potrebo po ustreznem prepoznavanju in zdravljenju nespečnosti pri starejših. Kroničen potek in običajno komorbidna narava nespečnosti v starosti postavljajo v ospredje nefarmakološke pristope zdravljenja nespečnosti. Kljub temu pa ostajajo le-ti premalo prepoznani in uporabljeni v klinični praksi, zdravila pa najbolj pogosto uporabljan način zdravljenja. Vedenjske in kognitivne tehnike so pogosto varnejša in učinkovita dolgoročna metoda zdravljenja kronične nespečnosti v starosti, lahko pa so tudi učinkovito dopolnilo farmakološkemu zdravljenju.

7 LITERATURA

1. U.N. Department of Economic and Social Affairs: Population Division. *World population ageing: 1950–2050*. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. Dostop: 15-03-2017.
2. Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M et al. *The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study*. *Arch Intern Med* 2009; 169(5): 447-453.
3. Cohen S, Doyle WJ, Alper CM et al. (2009). *Sleep habits and susceptibility to the common cold*. *Arch Intern Med* 2009; 169(1): 62-67.
4. Keckeis M, Lattova Z, Maurovich-Horvat E et al. *Impaired glucose tolerance in sleep disorders*. *PLoS One* 2010; 5(3): e9444.
5. Dzierzewski JM, O'Brien E, Kay DB et al. *Tackling sleeplessness: psychological treatment options for insomnia in older adults*. *Nat Sci Sleep* 2010; 2: 47-61.
6. Wennberg AM, Canham SL, Smith MT et al. *Optimizing sleep in older adults: treating insomnia*. *Maturitas* 2013; 76(3): 247-252.
7. Cooke JR, Ancoli-Israel S. *Normal and abnormal sleep in the elderly*. *Handb Clin Neurol* 2011; 98: 653-665.
8. Gammack JK. *Light therapy for insomnia in older adults*. *Clin Geriatr Med* 2008; 24(1): 139-149, viii.
9. *American academy of sleep medicine (2014). The international classification of sleep disorders, 3rd edition*. <http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>. Dostop: 15-03-2017
10. Morgan K, Clarke D. *Risk factors for late-life insomnia in a representative general practice sample*. *Br J Gen Pract* 1997; 47(416): 166-169.
11. Ford DE, Kamerow DB. *Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders*. *JAMA* 1989; 262: 1479-1484.

12. Morgan K. Sleep and aging. In: Lichstein K, Morin C, eds. *Treatment of late-life insomnia*. Sage Publications; 2000: 3-36.
13. Rodriguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. *Med Clin North Am* 2015; 99(2): 431-439.
14. Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middleaged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol* 2006; 25(1): 3-14.
15. Perlis ML, Smith MT, Pigeon WR. Etiology and pathophysiology of insomnia. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Elsevier/Saunders; 2017: 769-784.
16. Richardson GS. Human physiological models of insomnia. *Sleep Med* 2007; 8 Suppl 4: S9-S14.
17. Palmer AM, DeKosky ST. Monoamine neurons in aging and Alzheimer's disease. *J Neural Transm Gen Sect* 1993; 91(2-3): 135-159.
18. Vaz Fragoso CA, Gill TM. Sleep complaints in community-living older persons: a multifactorial geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(11): 1853-1866.
19. Zec RF. The neuropsychology of aging. *Exp Gerontol* 1995; 30(3-4): 431-442.
20. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. 2nd ed. The Guilford Press; 2011: 19-20.
21. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008; 4(5): 487-504.
22. Štukovnik V, Dolenc Grošelj L. Nefarmakološki pristopi pri obravnavi kronične nespečnosti. *Zdrav Vest* 2013; 82: 316-325.
23. Bootzin RR, Epstein DR. Stimulus control. In: Lichstein KL, Morin CM, Lichstein KL et al, eds. *Treatment of Late-life Insomnia*. Sage Publications, Inc; 2000: 167-184.
24. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L et al. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychol Aging* 2007; 22: 18-27.
25. Roehrs T, Roth T. Sleep, sleepiness, sleep disorders and alcohol use and abuse. *Sleep Med Rev* 2001; 5(4): 287-297.
26. Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS et al. Relaxation for insomnia. In M Perlis, M Aloia, B Kuhn, eds. *Behavioral treatments for sleep disorders. A comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions*. Elsevier; 2011: 45-54.
27. Morin CM, Davidson JR, Beaulieu-Bonneau S. Cognitive behavioral therapies for insomnia I: Approaches and efficacy. In MH Kryger, T Roth, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*, 6th ed. Elsevier; 2017: 804-813.
28. Perlis LM, Jungquist C, Smith MT et al. Cognitive behavioral treatment of insomnia. A session-by-session guide. Springer; 2005.
29. 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(24): 2851-2858.
30. Pallesen S, Nordhus IH, Kvale G et al. Behavioral treatment of insomnia in older adults: An open clinical trial comparing two interventions. *Behav Res Ther* 2003; 41(1): 31-48.
31. Germain A, Moul DE, Franzen PL, et al. Effects of a brief behavioral treatment for late-life insomnia: Preliminary findings. *J Clin Sleep Med* 2006; 2(4): 403-406.
32. Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep* 2003; 26(2): 177-1782.
33. Arent SM, Landers DM, Etnier JL. The effects of exercise on mood in older adults: A metaanalytic review. *J Aging Phys Act* 2000; 8(4): 407-430.
34. Colcombe S, Kramer AF. Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychol Sci* 2003; 14(2): 125-130.
35. Breen L, Stewart CE, Onambélé GL. Functional benefits of combined resistance training with nutritional interventions in older adults: A review. *Geriatr Gerontol Int* 2007; 7(4): 326-340.
36. King AC, Pruitt LA, Woo S, et al. Effects of moderate-intensity exercise on polysomnographic and subjective sleep quality in older adults with mild to moderate sleep complaints. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63(9): 997-1004.
37. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG et al. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(5): 793-802.
38. Rybarczyk B, Lopez M, Schelble K et al. Home-based video CBT for comorbid geriatric insomnia: a pilot study using secondary data analyses. *Behav Sleep Med* 2005; 3(3): 158-175.
39. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R et al. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: A randomized trial. *Can Med Assoc J* 2003; 169(10): 1015-1020.

