

PRAKTICKÝ SPRIEVODCA

KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNA TERAPIA INSOMNIE

Diagnostika, krátke intervencie a odstupňovaná liečba
v ambulancii všeobecného lekára

*Odborný článok spracovaný podľa kongresových podkladov
a aktuálnych klinických odporúčaní*

MUDr. Katarína Kováčová, MPH

Všeobecná lekárka pre dospelých

Abstrakt

Chronická insomniická porucha patrí medzi najčastejšie poruchy spánku v dospeljej populácii a v ambulancii všeobecného lekára sa vyskytuje ešte častejšie. Je spojená s funkčným znevýhodnením, zvýšeným rizikom depresie a kardiometabolických komplikácií, dopravnými či pracovnými nehodami a stratou produktivity. Kognitívno-behaviorálna terapia insomnie (CBT-I) je podľa európskych aj amerických odporúčaní liečbou prvej voľby bez ohľadu na vek a väčšinu komorbidít. Jej implementáciu brzdí nedostatok vyškolených terapeutov, nie nedostatok účinnosti. Článok sumarizuje diagnostiku, jadro CBT-I, bezpečnostné princípy regulácie času v posteli a praktický model odstupňovanej starostlivosti vrátane krátkej behaviorálnej liečby, intervencií vedených sestrou a digitálnej CBT-I.

Kľúčové posolstvo. Samotná spánková hygiena nie je plnohodnotnou liečbou chronickej insomnie. Najaktívnejšími behaviorálnymi zložkami sú kontrola podnetov a regulácia času v posteli; pri komplexných prípadoch sa pridáva kognitívna práca a ďalšie komponenty.

Kľúčové body pre ambulanciu

- Diagnostika vyžaduje pretrvávajúce ťažkosti so zaspávaním, udrzaním spánku alebo skorým prebúdzaním napriek primeranej možnosti spať, spolu s dennými dôsledkami.
- Pred začatím liečby treba cielene pátrať po obštrukčnom spánkovom apnoe, syndróme nepokojných nôh, cirkadiánnej poruche, bipolárnej poruche, závislostiach, bolesti a liekoch narúšajúcich spánok.
- CBT-I možno poskytovať individuálne, skupinovo, v krátkom behaviorálnom formáte alebo prostredníctvom vedecky overeného digitálneho programu.
- Intenzitu starostlivosti zvyšujeme podľa klinickej odpovede, rizika, preferencií pacienta a dostupnosti služieb.

1. Prečo insomniu aktívne riešiť v primárnej starostlivosti

Chronická insomniická porucha postihuje približne desatinu dospelých; v primárnej starostlivosti sú odhady vyššie. Nejde iba o subjektívne „zlý spánok“. Pacient má súčasne nočné symptómy a klinicky významné denné následky – únavu, poruchu pozornosti, zhoršenie nálady, zníženú výkonnosť alebo obavy zo spánku. Insomnia často pretrváva aj po odznení pôvodného stresora, pretože ju udržiavajú naučené behaviorálne a kognitívne mechanizmy.

V praxi sa stále často používa verbálne poučenie o hygiene spánku alebo hypnotikum bez štruktúrovaného behaviorálneho plánu. Európske odporúčania z roku 2023 však uvádzajú CBT-I ako iniciálnu liečbu pre dospelých každého veku, a to aj pri komorbiditách. Farmakoterapia môže mať miesto pri nedostatočnej odpovedi, nedostupnosti CBT-I alebo po spoločnom rozhodnutí s pacientom, nemá však automaticky nahrádzať kauzálnu zameranú behaviorálnu liečbu.

2. Diagnostika pred liečbou

2.1 Minimálny diagnostický balík

- charakter ťažkostí: zaspávanie, nočné prebúdzanie, skoré ranné prebúdzanie, neosviežujúci spánok;

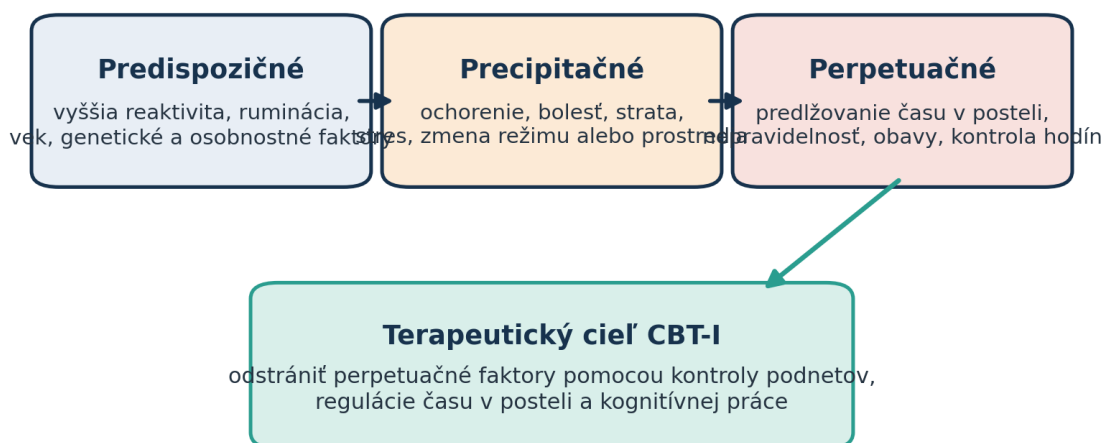
- frekvencia, trvanie, denný dosah a reálna možnosť spať;
- spánkový režim počas pracovných dní a víkendov, zdriemnutia, práca na zmeny;
- skrining chrápania, apnoických pauz, nepokojných nôh, parasomnií a cirkadiánnej poruchy;
- somatické a psychiatrické komorbidity, návykové látky, kofeín, alkohol, lieky a výživové doplnky;
- dvojtýždňový spánkový denník; na kvantifikáciu závažnosti možno použiť Insomnia Severity Index (ISI).

Polysomnografia sa pri typickej chronickej insomnii rutinne nevyžaduje. Indikujeme ju alebo pacienta odosielame na spánkové pracovisko pri podozrení na inú poruchu spánku, pri atypickom priebehu alebo neúspechu primeranej liečby.

2.2 Model 3P ako klinická formulácia

Model 3P odlišuje predispozičné, precipitačné a perpetuačné faktory. Stresor môže epizódu spustiť, no chronicnosť udržiavajú najmä predlžovanie času v posteli, nepravdivý režim, zdriemnutia, sledovanie hodín a katastrofické očakávania. Práve tieto mechanizmy sú cieľom CBT-I.

Model 3P: prečo sa insomniická epizóda stáva chronickou



Obrázok 1. Model 3P chronickej insomnie. Vlastná schéma podľa klinického konceptu Spielmana a súčasných odporúčaní.

3. Čo je CBT-I a ktoré komponenty sú rozhodujúce

CBT-I je štruktúrovaná, viaczožková liečba, ktorá cieľi na správanie a presvedčenia udržiavajúce insomniu. Štandardný program má zvyčajne štyri až osem sedení, no dostupné sú aj kratšie formáty. AASM silno odporúča viaczožkovú CBT-I; európske odporúčania ju uvádzajú ako prvú voľbu. Komponentová sieťová metaanalýza z roku 2024 podporila prínos kontroly podnetov, regulácie času v posteli, kognitívnej reštrukturalizácie a tzv. tretievlnových komponentov. Spánková hygiena je vhodná ako podpora, nie ako samostatná terapia.

CBT-I je viac než spánková hygiena



Najaktívnejšie behaviorálne zložky: kontrola podnetov a regulácia času v posteli.

Obrázok 2. Hlavné zložky CBT-I a ich klinická úloha. Vlastná schéma.

3.1 Kontrola podnetov

- do postele ísť až pri ospalosti, nie iba podľa hodín;
- posteľ používať prednostne na spánok a sexuálnu aktivitu;
- ak pacient zostáva bdely približne 15–20 minút alebo sa začína trápiť, má vstať, prejsť do tlmeneho prostredia a vrátiť sa až pri ospalosti;
- udržiavať stabilný čas vstávania vrátane víkendov; denné zdiemnutia minimalizovať alebo cielene upraviť.

Čas 15–20 minút je praktická orientácia, nie dôvod na sledovanie hodín. Cieľom je znovu prepojiť posteľ s rýchlym nástupom spánku a oslabiť podmienené bdenie.

3.2 Regulácia času v posteli: účinná, ale vyžaduje bezpečnostný rámec

Tradične sa používa pojem „spánková reštrikcia“, presnejšie však ide o dočasnú reguláciu alebo kompresiu času v posteli podľa priemerného celkového času spánku. Pacient si zachová stabilný čas vstávania a čas ukladania sa nastaví podľa denníka. Okno v posteli sa potom upravuje v malých krokoch podľa spánkovej efektivity, dennej ospalosti a funkcie.

Vzorec. Spánková efektivita = celkový čas spánku / čas v posteli × 100 %. Prakticky sa okno v posteli upravuje o 15–30 minút; minimálne okno sa v bežných protokoloch spravidla nenastavuje pod 5 hodín.

Počas úvodných dní môže prechodne stúpnuť ospalosť. Pacient nesmie viesť vozidlo ani vykonávať rizikovú činnosť, ak je ospalý. Opatrnosť alebo individualizovaná modifikácia je potrebná pri neliečenej epilepsii, bipolárnej poruche s rizikom mánie, výraznej dennej spavosti, vysokej pádovej záťaži, neliečenom spánkovom apnoe a v profesiách s vysokým bezpečnostným rizikom. Pri týchto stavoch je vhodná konzultácia so špecialistom.

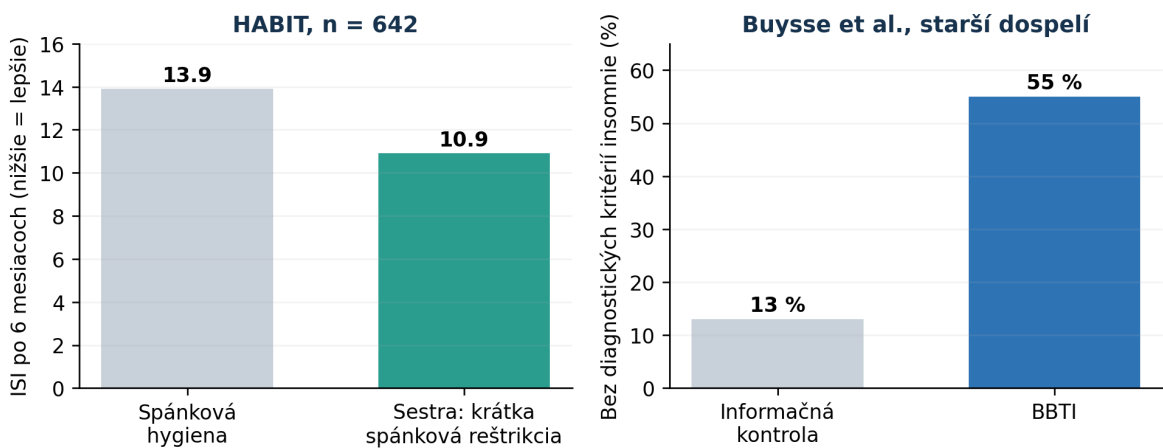
3.3 Kognitívna a relaxačná zložka

Kognitívna terapia cieli na katastrofické presvedčenia („ak dnes nezaspím, zajtra zlyhám“), nadmernú kontrolu spánku a tlak na výkon. Využíva behaviorálne experimenty, realistické prehodnotenie dôsledkov a prácu s pozornosťou. Relaxačné techniky môžu znížiť fyziologické alebo kognitívne napätie, nemajú sa však stať ďalšou povinnosťou, ktorú pacient musí „splniť“, aby zaspal.

4. Krátke formáty vhodné pre ambulanciu

Nedostatok terapeutov možno čiastočne preklenúť manuálmi a kratšími protokolmi. Dôkazy sú najsilnejšie pre krátku behaviorálnu liečbu insomnie (BBTI) a pre protokolizovanú reguláciu času v posteli vedenú vyškolenou sestrou. Jednorazová konzultácia môže byť užitočná pri skorých alebo menej komplexných ťažkostiach, no pri chronickej insomnii má byť naplánovaná kontrola; údaje o dlhodobej účinnosti jedného sedenia sú obmedzenejšie.

Účinok krátkych intervencií realizovateľných v primárnej starostlivosti



Zdroj: Kyle et al., Lancet 2023; Buysse et al., Arch Intern Med 2011. Grafická úprava autora.

Graf 1. Vybrané výsledky krátkych intervencií. ISI = Insomnia Severity Index; BBTI = krátka behaviorálna liečba insomnie. Údaje z Kyle et al. 2023 a Buysse et al. 2011.

Formát	Typická realizácia	Pre koho / limity
Jedna štruktúrovaná konzultácia	približne 45–60 min; denník, kontrola podnetov, regulácia času v posteli, písomný plán	skorá alebo nekomplexná insomnia; pri chronickom priebehu nutná kontrola
BBTI	2 osobné sedenia + 2 krátke telefonické kontakty počas 4 týždňov	praktická prvá línia; dobré údaje aj u starších pacientov s komorbiditami
Intervencia vedená sestrou	4 krátke sedenia; protokolizovaná regulácia času v posteli	škálovateľná a nákladovo efektívna; vyžaduje školenie a dohľad
Skupinová CBT-I	malá skupina vedená vyškoleným pracovníkom	vyšší dosah; efekt môže byť menší než pri expertnej individuálnej liečbe
Digitálna CBT-I	automatizovaný alebo vedený webový/aplikačný program	motivovaný, digitálne gramotný pacient; overiť dôkazy, jazyk, ochranu údajov a lokálnu dostupnosť

Tabuľka 1. Realizovateľné formáty CBT-I v primárnej starostlivosti.

5. Digitálna CBT-I: škálovanie s klinickým dohľadom

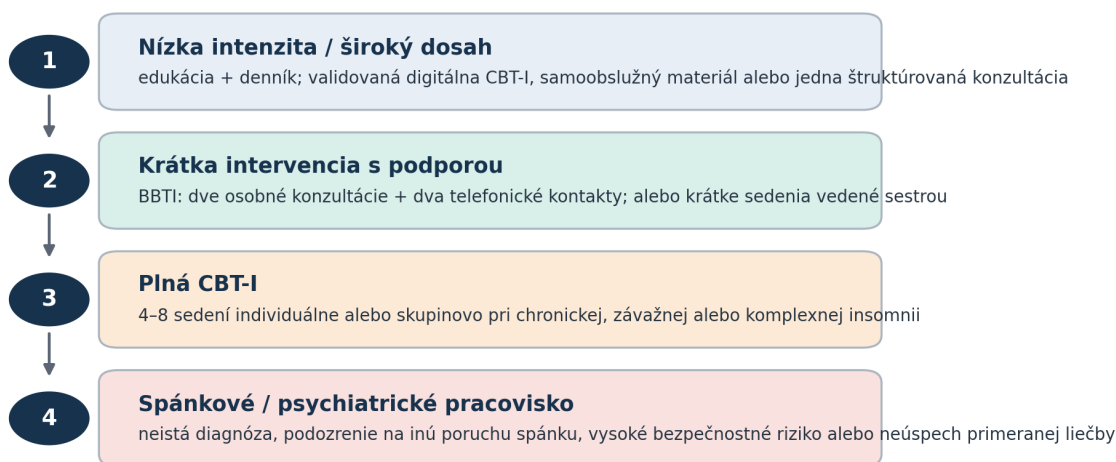
Digitálna CBT-I môže poskytovať kompletný balík liečby s minimálnym časom klinika. Randomizovaná štúdia Espieho a kolegov u 1 711 účastníkov ukázala zlepšenie nočných symptómov, denného fungovania, psychickej pohody a kvality života súvisiacej so spánkom oproti online edukácii o spánkovej hygiene. Európske odporúčania akceptujú digitálnu CBT-I, prednostne vedenú, ak ide o vedecky overenú platformu.

Digitálna forma nie je iba všeobecná aplikácia na spánok. Pred „predpísaním“ treba overiť, či program obsahuje jadro CBT-I, má klinické dôkazy, jasné pravidlá ochrany údajov a je použiteľný v jazyku pacienta. Komplexné komorbidity, akútna suicidalita, podozrenie na inú poruchu spánku alebo bezpečnostné riziko pri regulácii času v posteli vyžadujú živý klinický kontakt. Regulačný status digitálnych programov sa líši podľa krajiny a nemožno ho automaticky prenášať medzi jurisdikciami.

6. Odstupňovaná starostlivosť

Odstupňovaný model priradzuje intenzitu liečby k potrebám pacienta a umožňuje ponechať väčšinu starostlivosti v primárnej sfére. Každý stupeň musí mať vopred určený termín vyhodnotenia a kritériá eskalácie. Nedostatočná odpoveď nie je zlyhaním pacienta; je signálom na prehodnotenie diagnózy, adherencie, komorbidít a intenzity intervencie.

Odstupňovaná CBT-I v ambulancii všeobecného lekára



Postupujeme od najmenej náročnej účinnej možnosti; intenzitu zvyšujeme podľa odpovede, preferencií a rizika.

Obrázok 3. Praktický model odstupňovanej starostlivosti o chronickú insomniu. Vlastná schéma podľa európskych odporúčaní a štúdií primárnej starostlivosti.

7. Praktický štvortýždňový rámec BBTI

Kontakt	Obsah	Výstup
1. týždeň – osobne	potvrdenie diagnózy; diferenciálna diagnostika; 1–2 týždne denníka; stabilný čas vstávania; kontrola podnetov; bezpečnostné poučenie	individuálny plán a okno v posteli

Kontakt	Obsah	Výstup
2. týždeň – telefonicky	kontrola denníka, spánkovej efektivity a dennej ospalosti; riešenie bariér	úprava okna o 15–30 min podľa odpovede
3. týždeň – osobne	opakované meranie ISI; kognitívna práca s obavami; podporná spánková hygiena	spresnený plán a prevencia nežiaducich účinkov
4. týždeň – telefonicky	zhodnotenie odpovede, adherencie a komorbidít; prevencia relapsu	udržiavací plán alebo eskalácia na plnú CBT-I

Tabuľka 2. Návrh krátkeho štvortýždňového protokolu pre primárnu starostlivosť.

8. Kedy odoslať pacienta alebo liečbu eskalovať

- neistá diagnóza alebo podozrenie na obštrukčné spánkové apnoe, centrálnu hypersomniu, parasomniu, epileptický záchvat či závažnú cirkadiánnu poruchu;
- akútne suicidálne riziko, psychóza, mánia alebo nestabilná závislosť;
- výrazná denná spavosť, dopravné alebo pracovné riziko, opakované pády;
- neúspech primerane realizovanej krátkej intervencie alebo plnej CBT-I;
- potreba koordinovaného znižovania dlhodobu užívaných hypnotík, najmä pri komplikovanej farmakoterapii.

9. Úloha farmakoterapie

Ak CBT-I nie je dostupná, nie je dostatočne účinná alebo pacient po informovanom rozhovore preferuje farmakoterapiu, liek možno zvážiť podľa veku, komorbidít, interakcií a typu insomnie. Cieľ, trvanie a plán ukončenia majú byť dohodnuté vopred. Pri dlhodobom užívaní benzodiazepínov alebo Z-hypnotík sa liečba nemá vysadiť náhle; znižovanie má byť postupné, individualizované a podľa potreby kombinované s CBT-I. Výber konkrétneho lieku presahuje rozsah tohto praktického článku a má vychádzať z lokálne platných odporúčaní a registrácie.

10. Záver

CBT-I je liečbou prvej voľby chronickej insomnie, no jej podstata sa v ambulancii nesmie zúžiť na všeobecné rady o spánkovej hygiene. Všeobecný lekár môže insomniu aktívne diagnostikovať, začať krátku behaviorálnu intervenciu, zapojiť vyškolenú sestru alebo odporučiť validovanú digitálnu CBT-I. Pri nedostatočnej odpovedi, komplexnej komorbidite alebo neistote diagnózy má nasledovať plná CBT-I alebo špecializované vyšetrenie. Aj krátka, dobre štruktúrovaná behaviorálna liečba je klinicky zmysluplnejšia než rutinný prístup založený iba na spánkovej hygiene alebo automatickom predpisovaní hypnotika.

Praktická veta pre pacienta. „Neučíme vás nútiť sa spať. Upravíme podmienky, ktoré udržuju bdenie, aby sa spánok znovu stal automatickým procesom.“

Literatúra

1. Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The European insomnia guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035. doi:10.1111/jsr.14035.
2. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2021;17(2):255–262. doi:10.5664/jcsm.8986.
3. Furukawa Y, Sakata M, Yamamoto R, et al. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults. *JAMA Psychiatry.* 2024;81(4):357–365. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5060.
4. Kyle SD, Siriwardena AN, Espie CA, et al. Clinical and cost-effectiveness of nurse-delivered sleep restriction therapy for insomnia in primary care (HABIT). *Lancet.* 2023;402(10406):975–987. doi:10.1016/S0140-6736(23)00683-9.
5. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med.* 2011;171(10):887–895. doi:10.1001/archinternmed.2010.535.
6. Fallon K, et al. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2015;65(637):e508–e515. doi:10.3399/bjgp15X686137.
7. Espie CA, Emsley R, Kyle SD, et al. Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(1):21–30. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.2745.
8. Kwon M, Wang J, Wilding G, et al. Brief behavioral treatment for insomnia: a meta-analysis. *Behav Sleep Med.* 2022;20(6):674–694. doi:10.1080/15402002.2021.1982715.

Poznámka: Článok je určený na odborné vzdelávanie lekárov. Nenahrádza individuálne klinické rozhodovanie, lokálne odporúčania ani posúdenie bezpečnosti konkrétneho pacienta.