

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP U TRETMANU NESANICE PRIKAZ SLUČAJA

Amalija Hrepić Gruić

Udruga Most Split

Gundulićeva 52

21 000 Split

amalija.hrepic@yahoo.com

Sažetak

Prikazom klijenta nastoji se potaknuti primjena kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu nesanicе, kao i u tretmanu nesanicе koja je u komorbiditetu sa zdravstvenim i/ili psihičkim poteškoćama. Primjena kognitivno-bihevioralnih tehnika u radu s klijentom pokazala se učinkovitom u smanjivanju disfunkcionalnih vjеровanja i misli o spavanju, neadekvatnih ponašanja i anksioznosti koje je klijent imao. Pozitivni ishodi tretmana upućuju na potrebu daljnjih istraživanja o mogućnosti primjene kognitivno-bihevioralnog pristupa u tretmanu nesanicе, koja je u komorbiditetu sa zdravstvenim i/ili psihičkim poteškoćama.

Ključne riječi: kognitivno-bihevioralna terapija, nesanicа

UVOD

Spavanje je jedna od osnovnih bioloških potreba te je izrazito važno za svakodnevno, adekvatno funkcioniranje. Morin (2010) navodi kako su teškoće spavanja, osobito nesanicа, uobičajeni kod pojedinaca s fizičkim i/ili psihičkim poteškoćama. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira nesanicu kao problem s teškoćama usnivanja (nesanicа na početku spavanja) i/ili učestalo buđenje (teškoće održavanja sna) ili trajnu pospanost unatoč odgovarajućoj duljini spavanja, tzv. neodmarajuće spavanje (Perlis, Jungquist, Smith i Posner, 2005).

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996) poremećaji spavanja podijeljeni su na primarne poremećaje spavanja (dizsomnija i parasomnija), poremećaje spavanja vezane uz drugi psihički poremećaj te poremećaje spavanja prouzročene psihoaktivnim tvarima. Za primarne poremećaje spavanja se pretpostavlja da se javljaju zbog endogenih abnormalnosti u mehanizmima koji su odgovorni za započinjanje

ili vremensko usklađivanje budnosti i spavanja, a često su komplicirani okolinskim čimbenicima. Poremećaji spavanja vezani uz drugi psihički poremećaj uključuju stalne pritužbe na smetnje spavanja, koje su posljedica dijagnosticiranog psihičkog poremećaja te psihopatološki mehanizmi, koji su odgovorni za psihički poremećaj vjerojatno pogađaju i regulaciju spavanja-budnosti. Poremećaj spavanja prouzročen psihoaktivnim tvarima uključuje stalne pritužbe na smetnje spavanja, koje su posljedica istovremenog uzimanja, ili nedavnog prestanka uzimanja psihoaktivne tvari.***

Nesanica je jedna od najčešćih zdravstvenih poteškoća i najuobičajeniji problem spavanja u općoj populaciji. Prema procjenama epidemioloških studija 30% odrasle populacije navodi neke od simptoma nesanice, dok 10% populacije izvještava o poremećaju (Morin, Bootzin, Buysse, Edinger, Espie i Lichstein, 2006; Ohayon, 2002). Pigeon (2010) navodi da o primarnoj nesanici izvještava 10 do 20% odraslih koji pate od nesanice, što znači da se nesanica najčešće javlja u komorbiditetu sa zdravstvenim problemima ili je vezana uz drugi psihički poremećaj.

Etiologiji nesanice doprinosi niz faktora, a najveći utjecaj ima povećana pobuđenost, cirkadijurne disregulacije i abnormalnosti u homeostazi sna. Navedeni se faktori najčešće javljaju s maladaptivnim ponašanjima vezanim uz spavanje te disfunkcionalnim mislima i vjerovanjima o spavanju (Pigeon, 2010).

Konzistentni rizični faktori koji se često navode su ženski spol, starija životna dob, depresivno raspoloženje, hrkanje, manjak fizičke aktivnosti, zdravstveni problemi, učestala noćna mokrenja, početak menstrualnog ciklusa, upotreba nekih lijekova, ranije pritužbe na nesanicu i percipirana visoka razina stresa (Mai i Buysse, 2008).

S obzirom na navedeno, nesanica je javnozdravstveni problem te uzrokuje razne psihosocijalne i ekonomske poteškoće onima koji su pogođeni, njihovim obiteljima, poslodavcima i društvu u cjelini (Morin 2010). Ebben i Spielman (2009) naglašavaju da unatoč negativnim posljedicama, nesanica često ostaje netretirana, a kada se i tretira, najuobičajeniji način je farmakoterapija.

Nefarmakološki tretman osoba s nesanicom

Yang, Spielman i Glovinsky (2006) ističu važnost dobre operacionalizacije terapijskih ciljeva kod nefarmakološkog tretmana nesanice te navode da treba uzeti u obzir predisponirajuće, precipitirajuće i ponavljajuće faktore, tzv. 3P model. Predisponirajući faktori su genetski (npr. povećana pobuđenost) ili dio ličnosti (npr. razina anksioznosti). Tako prema 3P modelu osobe s povećanom razinom pobuđenosti ili većom razinom anksioznosti imaju i veći rizik za javljanje nesanice (Drake, Richardson, Roehrs, Scofield i Roth, 2004). Precipitirajući faktori su, npr. stres na poslu i u školi, emocionalni i zdravstveni problemi i sl., koji induciraju periode u kojima osoba ima problema s nesanicom (Bastien, Vallieres i Morin, 2004). Takva akutna

nesanica postaje kronična zbog ponavljajućih maladaptivnih faktora – ponašanja i brige kao što su: prolongirano vrijeme provedeno u krevetu, jedenje tijekom noći, pretraživanje interneta, gledanje televizije u krevetu ili pijenje alkohola u svrhu poboljšanja sna (Ebben i Spielman, 2009).

U nefarmakološkom tretmanu nesanice validirano je nekoliko pristupa i tehnika te je kod njih utvrđen određen stupanj efikasnosti u liječenju nesanice, a to su: restrikcija spavanja, kontrola podražaja, relaksacijski postupci, edukacija o higijeni spavanja te kognitivno-bihevioralna terapija koja sjedinjuje navedene postupke te uključuje i rad na iskrivljenim vjerovanjima o spavanju (Harvey, Sharpley, Ree, Stintson i Clark 2007; Morin 2010; Neubauer, 2009). Cilj restrikcije spavanja jest da osoba vrijeme u krevetu provodi isključivo spavajući, npr. ako provodi devet sati u krevetu, a samo pet sati spava, preporučuje se da bude u krevetu pet sati, npr. od 2:00 do 7:00 ujutro. Cilj kontrole podražaja jest da osoba krevet i spavaću sobu koristi isključivo za spavanje i seksualne aktivnosti te na taj način ukloni sve faktore koji negativno utječu na spavanje. Nadalje, cilj relaksacijskih postupaka je smanjenje kognitivne pobuđenosti u vrijeme odlaska na spavanje, dok je cilj higijene spavanja smanjenje povećane pobuđenosti i stvaranje mirnog i relaksirajućeg okružja pogodnog za spavanje (Neubauer, 2009). Cilj edukacije o higijeni spavanja jest osvještavanje osobe o zdravim navikama u svrhu poboljšanja spavanja te uviđanja važnosti utjecaja okolinskih faktora na spavanje (Morgenthaler i sur., 2006).

Kognitivno-bihevioralna terapija u tretmanu nesanice

Kognitivno-bihevioralna terapija bazira se na modelu prema kojemu su emocionalni problemi i neadekvatna ponašanja rezultat iskrivljenog načina razmišljanja, koje je odraz disfunkcionalnih pretpostavki o sebi i svijetu, a temelji se na ranijim životnim iskustvima. Tretman se bazira na kognitivnoj formulaciji specifičnog poremećaja i na njenoj primjeni na konceptualizaciju i razumijevanje svakog pojedinačnog klijenta. Kognitivno-bihevioralnom terapijom nastoji se stvoriti kognitivna promjena u pacijentovu mišljenju i sustavu vjerovanja da bi proizveo dugotrajniju emocionalnu i ponašajnu promjenu (Beck, 1995).

U tretmanu primarne nesanice kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se uspješnom, s obzirom na to da je 64% osoba s primarnom nesanicom izvijestilo o poboljšanju spavanja nakon tretmana (Edinger i sur., 2000; Espie, Inglis, Tessier, Harvey, 2001; Jacobs, Pace-Schott, Stickgold, Otto, 2004; Lichstein, Riedel, Wilson, Lester i Aguillard, 2001; Morin, Colecchi, Stone, Sood i Brink, 1999). Ako govorimo o primjeni kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu nesanice, koja je u komorbiditetu sa zdravstvenim i/ili psihičkim poteškoćama, rezultati za sada nisu jednoznačni, odnosno pacijenti izvještavaju u poboljšanju u nekim aspektima, kao što su raspoloženje, subjektivni osjećaj umora i smanjena razina uzimanja lijekova za poboljšavanje spavanja (Davidson, Waisberg, Brundage, MacLean, 2001; Simeit, Deck i Conta-Marx, 2004).

Opisanim prikazom rada s klijentom nastojalo se doprinijeti dosadašnjim kliničkim iskustvima u primjeni kognitivno-bihevioralne terapije u radu s osobama koje imaju problema s nesanicom.

Prikaz klijenta prema KB modelu

Tretman osobe koja pati od nesanice provodi profesorica psihologije kognitivno-bihevioralnog usmjerenja, prema smjernicama iz priručnika *Overcoming Insomnia. A Cognitive-Behavioral Therapy Approach* (2008).

Klijent: osoba muškog spola, 29 godina, student, neoženjen, živi s majkom.

Opis problema: Klijent opisuje problem kao neadekvatnu higijenu spavanja (kasno odlazi spavati i kasno se budi) te procjenjuje da se dovoljno ne odmori tijekom spavanja. Dugo ostaje budan tijekom noći i to do 50 min. Također, ponekad mu treba i 1h i 30 min da bi zaspao kada legne u krevet te se po noći zna buditi i do tri puta. Procjenjuje da loše spava i zato što se u krevetu brine i strah ga je da će imati epileptičke napade koje je imao prije. Navodi da je okupiran lijekovima koje uzima (za spavanje i za sprječavanje epileptičkih napada) te zbog navedenih problema ima poteškoće s koncentracijom i s pamćenjem gradiva koje uči.

Vremenski tijek: Klijent navodi da problemi spavanja traju jedanaest godina te su većeg ili manjeg intenziteta tijekom vremena. Problem se javio i intenzivirao devet mjeseci nakon operacije na mozgu kojoj je bio podvrgnut zbog epileptičkih napada. Prvi epileptički napad pacijent je imao s nepunih osam godina. Od šesnaeste godine ima sve učestalije epileptičke napade te mu je dijagnosticirana parcijalna epilepsija (epilepsia partialis complexa). Epileptički napadi se manifestiraju trzajima dijelova tijela. Događali su se u području hipokampusa te mu je s 23 godine operativno odstranjeno područje mozga za koje se smatralo da uzrokuje epileptičke napade. Nakon operacije nije imao ni jedan napad, ali sada strahuje da će se oni ponoviti. Klijent navodi da se problem okupiranosti lijekovima koje uzima javlja otkad je počeo kombinirati razne lijekove za epileptičke napade i nesanicu. Kontaktirao je razne liječnike i dobivao savjete kako kombinirati lijekove, da bi mu bilo bolje, no na kraju se osjećao zbunjeno i nemoćno. Naposljetku je sam kombinirao (uz provjeravanje interneta) i uzimao lijekove bez savjeta liječnika jer je smatrao da bolje zna kako na njega djeluju pojedini lijekovi nego što to znaju liječnici. Svjestan je da pretjeruje s pregledavanjem interneta i kontaktiranjem raznih liječnika, osobno i elektroničkom poštom, ali si ne može pomoći.

Klijent je nakon operacije upisao fakultet. Problemi koncentracije i zapamćivanja gradiva javili su se nakon operacije, no nisu ga ometali u učenju kao posljednjih godinu dana. Smatra da mu je za učenje nekog gradiva potrebno više vremena nego njegovim vršnjacima te se u posljednjih godinu dana jako teško koncentrira i gotovo da ne može učiti. U učenju ga ometaju misli koje su vezane uz uzimanje lijekova za epileptičke napade i nesanicu.

Disponirajući faktor: epileptički napadi koji počinju u djetinjstvu.

Precipitant: Klijent problem povezuje s operacijom na mozgu koju je imao. Javlja se devet mjeseci nakon operacije jer tada počinje i brinuti da će ponovno imati epileptičke napade.

Moderatorski utjecaji: Klijent je uznemiren kod jutarnjih buđenja i ustajanja iz kreveta jer se ne osjeća odmoreno i predviđa da će zbog umora imati epileptički napad. Pomaže mu kada se bavi sportom jer tada ne misli o problemu. Pomažu mu i razgovori s ocem i majkom koji ga podržavaju i razumiju.

Održavajući faktori:

bihevioralni: za vrijeme noćnih buđenja ostaje u krevetu i pokušava zaspati.

kognitivni: misli koje predviđaju da se više nikad neće moći naspavati, misli koje predviđaju da će imati epileptički napad te misli koje predviđaju da više nikada neće moći efikasno učiti.

afektivni: izražena tjeskoba za koju sam procjenjuje da je zapravo početak epileptičkog napada.

Izbjegavanja: izbjegava susrete sa suprotnim spolom; večernje izlaske s društvom jer mu remete san; izbjegava učenje jer procjenjuje da se ne može koncentrirati pa odustaje.

Prednosti i jake strane: introspektivni uvid, s obzirom na složenost problema, uglavnom adekvatni mehanizmi suočavanja.

Psihijatrijska i medicinska anamneza: prema nalazu neurofiziologa klijent ima poremećenu strukturu spavanja. Smatra potrebnim što prije uspostaviti pravilniji ritam budnost-spavanje i poraditi na higijeni spavanja. Redovito odlazi psihijatru s kojim radi na opsesivno-kompulzivnom poremećaju F.42.8.

Vjerovanja o problemu: klijent vjeruje da ima PTSP od operacije kojoj je bio podvrgnut, ali smatra da je i previše zabrinut glede svog zdravlja.

Suočavanja: nastoji se fizički kretati te tako ne razmišljati o epileptičkim napadima i nesanicima; popije tablete; razgovara s ocem i majkom.

Mentalno stanje: anksiozan, opsesivno-kompulzivan.

Obitelj: u primarnoj obitelji dobri odnosi. Majka i otac razvedeni. Komuniciraju te klijent njihov odnos procjenjuje kao zadovoljavajući.

Dijagnoza: Insomnija povezana s poremećajem prilagodbe s anksioznošću F.51.0

Ciljevi tretmana:

1. Poboljšati higijenu spavanja utvrđivanjem racionalne tretmana i psihoedukacijom o spavanju (Edinger i Carney, 2008).
2. Utvrditi objektivne mjere spavanja primjenom dnevnika spavanja.
3. Poboljšati higijenu spavanja utvrđivanjem "pravila spavanja" – kontrola podražaja i stimulansa te restrikcija spavanja (Edinger i Carney, 2008).
4. Smanjiti anksioznost kod jutarnjih i noćnih buđenja psihoedukacijom o anksioznosti i primjenom kognitivno-bihevioralnih tehnika.

5. Utvrditi efikasnost pamćenja i motivaciju za učenjem odlaskom na kognitivne vježbe.

6. Kreirati raspored učenja i slobodnih aktivnosti u svrhu kvalitetnije organizacije vremena. Držati se rasporeda najmanje 70%.

Tijek tretmana i primijenjene KB intervencije

Klijent je, prema vlastitoj procjeni, dva puta mjesečno odlazio psihijatru zbog opsesivno-kompulzivnog poremećaja i kontrole uzimanja farmakoterapije te jednom tjedno na kognitivno-bihevioralnu terapiju zbog nesanicе, simptoma anksioznosti i problema učenja. S obzirom na složene zdravstvene i psihičke poteškoće koje ima te prethodna terapijska iskustva, klijent u prvih osam susreta teže surađuje i teže prati dogovorenu strukturu seansi. Nakon početnih susreta klijent napreduje. U petnaest seansi u trajanju od 45 min radilo se na postavljenim ciljevima tretmana.

Klijent je educiran o poremećaju spavanja i tjelesnim manifestacijama anksioznosti koje izjednačava s epileptičkim napadom. Primijenjena su tri dnevnikа spavanja (Edinger i Carney, 2008) i to na početku tretmana, sredini i na kraju tretmana zbog utvrđivanja relevantnih podataka vezanih za klijentovo spavanje (spavanje tijekom dana, vrijeme odlaska na spavanje, vrijeme potrebno da zaspi, broj i trajanje buđenja tijekom noći, vrijeme provedeno u snu, vrijeme buđenja, vrijeme ustajanja). Već pri primjeni prvog dnevnika spavanja klijent uviđa da je njegova samoprocjena o vlastitom spavanju bila netočna, što je značajno doprinijelo smanjenju klijentove brige vezane za nesanicu. Naime, klijent je procjenjivao da značajno manje vremena provede spavajući nego što je to pokazao dnevnik spavanja. Pri radu na higijeni spavanja utvrđivanjem “pravila spavanja” – kontrola podražaja i stimulansa te restrikcije spavanja (Edinger i Carney, 2008), u klijentovu drugom dnevniku spavanja, evidentan je napredak i poboljšanje u smislu odlaženja na spavanje, ustajanja i boravka u krevetu kada ne spava.

Primjenom tehnike distrakcije pri pojavi tjeskobe, koju klijent izjednačava s početkom epileptičkog napada, refokusira se na svoju okolinu u kojoj trenutačno jest te manje pažnje pridaje tjelesnim simptomima anksioznosti. Refokusiranje značajno reducira njegovo vjerovanje da je tjeskoba zapravo epileptički napad te dolazi do smanjenja tjelesnih simptoma anksioznosti kod klijenta.

Od početka tretmana radilo se na identificiranju i mijenjanju disfunkcionalnih automatskih misli koje su izazivale nesanicu, anksioznost i nemogućnost koncentracije na gradivo koje uči. Identificirane su kognitivne distorzije i to: *krive atribucije* (kada ujutro ustane, procjenjuje da je pospan i smatra da je uzrok loš san); *katastrofiziranje* (strah od ozbiljne psihičke i fizičke bolesti zbog procjene da loše spava); *generaliziranje* (ako se ujutro ne osjeća odmorno, ne može učiti cijeli dan jer procjenjuje kako će biti neefikasan); *fokusiranje na negativno, diskvalificirajući pozitivno* (fokusiranje samo na one dana kada, prema svojoj procjeni, loše spava, ne uvažavajući dane kada dobro spava te utjecaj sna na svakodnevno funkcioniranje)

te su tako smanjena iracionalna vjerovanja u iste.

Brige koje je klijent imao tijekom noći i tijekom dana, a bile su vezane za nesanicu, pojavu epileptičkih napada i probleme učenja, unosio je u tablicu "Brige - Rješenja". Pretpostavka zadatka je da klijent razmišlja o rješivim, ali i nerješivim problemima na način koji vjerojatno neće dovesti do rješenja za sve probleme koje ima, ali se neće dovesti u stanje pojačane pobuđenosti. Kako navodi Salkovskis (2007), pojačana pobuđenost sprječava spavanje jer spavanje po definiciji uključuje stanje smanjene pobuđenosti. Za svaku od briga koju je imao naveo bi sljedeći korak koji će poduzeti da je riješi. Kada bi znao kako određenu brigu riješiti, odmah bi to zapisao i ne bi više brinuo. Ako za određenu brigu ne bi imao rješenje i trebao bi pomoć nekog drugog, i to bi zapisao. Također, kada bi za neku od briga procijenio da trenutačno nema dobrog rješenja, i to bi zapisao. Navedena tehnika je značajno pomogla klijentu pri suočavanju s brigama za koje ima rješenje, ali i u suočavanju s onim brigama koje u tom trenutku ne može rješavati i onda ih nastoji prihvatiti.

Nadalje, s obzirom na to da je klijent imao poteškoća prilikom učenja te je manjak koncentracije kod usvajanja gradiva koje uči pripisivao operaciji kojoj je bio podvrgnut, procijenio je da bi mogao odlaziti neuropsihologu na kognitivne vježbe. Dvojio je oko odlaska i početka tretmana pa je primijenjena tehnika donošenja odluka, čiji je rezultat bio odlazak na tretman i to jednom tjedno. Nakon nekoliko tretmana zaključio je da je pri učenju bio nemotiviran, kao i da koristi neadekvatne tehnike za usvajanje gradiva pa je zbog toga često odustajao od učenja. Odlazak na kognitivne vježbe smanjio je klijentovo vjerovanje u negativnu misao koja je predviđala da više nikada neće moći dobro pamti.

Primijenjene kognitivno-bihevioralne tehnike: edukacija o tretmanu i poremećaju, relaksacijska tehnika abdominalno disanje, tehnika distrakcije, kognitivna restrukturacija, tehnika donošenja odluka, bihevioralni eksperiment.

Evaluacija tretmana:

- Subjektivna procjena kvalitete sna na ljestvici od 1 do 10 povećala se sa 1 na 7.
- Iz dnevnika spavanja vidljivo je poboljšanje u ranijem vremenu odlaska na spavanje, smanjenju vremena potrebnom da zaspi i smanjenom vremenu provedenom u budnom stanju tijekom noći. Broj buđenja tijekom noći smanjio se s tri buđenja na jedno.
- Do kraja tretmana procjenjuje da se drži rasporeda učenja i slobodnih aktivnosti tijekom dana, koji smo zajednički utvrdili oko 75% i postignutim je od 1 do 10 zadovoljan 7.

RASPRAVA

Prikazom opisanog klijenta provjerili smo primjenjivost kognitivno-bihevioralne terapije u radu s nesanicom. Kognitivno-bihevioralni pristup u radu s kli-

jentima s primarnom nesanicom pokazao se učinkovit budući da je 64% klijenata izvještavalo o poboljšanju spavanja nakon tretmana (Edinger i sur., 2000; Espie i sur., 2001; Jacobs i sur., 2004; Lichstein i sur., 2001; Morin i sur., 1999). Međutim, rezultati kod primjene kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu nesanice, koja je u komorbiditetu sa zdravstvenim i/ili psihičkim poteškoćama, nisu bili jednoznačni. Naime, klijenti su izvještavali o poboljšanju samo u nekim aspektima koji su vezani uz nesanicu (Davidson i sur., 2001; Simeit i sur., 2004). Lichstein, Wilson i Johnson (2000) izvještavaju o poboljšanju kod klijenata koji su bili u tretmanu za razliku od onih koji nisu i to u smanjenju vremena provedenog u budnom stanju tijekom noći, dužem vremenu provedenom u snu te kraćem vremenu potrebnom da zaspu. Nadalje, Currie, Wilson, Pontefract i Delaplant (2000) izvještavaju o poboljšanju kod klijenata koji su bili u tretmanu u odnosu na one koji nisu i to u smanjenju vremena provedenog u budnom stanju tijekom noći i kraćem vremenu potrebnom da zaspu.

U radu prema kognitivno-bihevioralnim principima s klijentima se najčešće radi na njihovim problemima tako da su seanse strukturirane i unaprijed dogovorene s klijentom. Terapeuti ponekad imaju teškoća u stvaranju ili održavanju takve strukture iz različitih razloga, npr. klijenti su ranije bili u relativno nestrukturiranim tretmanima ili problem leži u samoj prirodi i složenosti poremećaja koje klijent ima (Beck, 2005). Klijent prikazan ovim radom u prvih osam susreta teže surađuje iz upravo navedenih razloga. Nesanica, zbog koje dolazi na tretman, u komorbiditetu je s opsesivno-kompulzivnom poremećajem koji je relativno tretiran i epileptičkim napadima koje ima od djetinjstva i koji traju sve do složene i rizične operacije na mozgu. U tretman nije direktno uključen rad na opsesivno-kompulzivnom poremećaju klijenta jer je odlučio da će na tom problemu raditi sa psihijatrom. Jasno je da su simptomi iz opsesivno-kompulzivnog kruga interferirali u radu na postavljenim ciljevima, što je u konačnici i povećalo broj seansi u tretmanu nesanice. Tako je klijent na početku svake seanse prvo morao razgovarati o lijekovima koje uzima. Imao je potrebu nabrajati nazive lijekova, kombinacije koje uzima i moguće efekte tih kombinacija. Također je imao potrebu razgovarati i o operaciji kojoj je bio podvrgnut, njezinoj složenosti i mogućim efektima koje je izazvala. S vremenom se na seansama skraćivalo vrijeme koje se posvećivalo lijekovima i operaciji, da bi pred kraj klijent samo spomenuo da redovito uzima lijekove, uglavnom prema uputama liječnika koji mu ih propisuje. Operaciju bi samo povremeno spomenuo.

Dakle, u početnim se susretima s klijentom pregovaralo o strukturi seanse te ga se nije prekidalo kada bi imao potrebu razgovarati izvan strukture. S vremenom je naučio pratiti strukturu seansi te je bio izrazito motiviran i suradan. Subjektivni osjećaj napretka i poboljšanja o kojima klijent izvještava nedvojbeno su rezultat i razumijevanja složenih problema koje klijent ima, kao i motiviranosti klijenta da ih postupno rješava.

Izbor kognitivno-bihevioralnih tehnika u tretmanu nesanice ovisi o problemima koje klijent izloži, pa tako i ciljevima koje postavi u suradnji s terapeutom. Uz specifične ciljeve klijenta uključeni su i ciljevi koji se odnose na higijenu spavanja i

utvrđivanje “pravila spavanja”, koji su uobičajeno dio bihevioralnog dijela tretmana nesanice (Edinger i Carney, 2008).

Evaluacija ishoda tretmana pokazala je da je primjenom odabranih tehnika, koje su prilagođene problemima klijenta (edukacija o tretmanu i poremećaju, dnevnik spavanja, relaksacijska tehnika, abdominalno disanje, tehnika distrakcije, kognitivna restrukturacija, tehnika donošenja odluka, bihevioralni eksperiment), moguće u zadovoljavajućem stupnju postići poboljšanje u kvaliteti sna, smanjivanju simptoma anksioznosti i povećanju motivacije za učenjem, što je, u konačnici, rezultiralo poboljšanjem kvalitete života klijenta. Kognitivni procesi (briga, selektivna pozornost, iskrivljena percepcija) koji su se javljali kod klijenta tijekom noći i tijekom dana održavali su i pogoršavali nesanicu. Rad na brizi klijenta koja je uključivala i nemogućnost usnivanja i spavanja, selektivnoj pozornosti, tj. fokusiranje samo na negativne aspekte spavanja te iskrivljenoj percepciji, pri kojoj bi klijent procjenjivao da spava puno manje nego što zapravo spava, rezultiralo je smanjenjem iskrivljenih vjerovanja o vlastitom spavanju i dovelo do poboljšanja u kvaliteti sna. Motiviranost klijenta u prihvaćanju novih informacija i tehnika te stjecanju uvida u vlastite disfunkcionalne kognicije evidentno su važan faktor u napretku.

Opisani prikaz slučaja govori u prilog primjeni kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu nesanice koja je u komorbiditetu sa zdravstvenim i/ili psihičkim poteškoćama. Naime, ostvarenje zadovoljavajućih ishoda moguće je povećanjem broja planiranih seansi, razumijevanjem za klijentove dodatne poteškoće koje ima te eventualne intervencije i rad na njima u tretmanu.

ZAKLJUČAK

S obzirom na važnost spavanja u svakodnevnom adekvatnom funkcioniranju čovjeka i s obzirom na činjenicu da je nesanica česta pojava kako u općoj populaciji tako i kod pojedinaca sa zdravstvenim i/ili psihičkim poteškoćama (Morin, 2010), potrebno je poticati daljnji rad s osobama koje izvještavaju o problemima s nesanicom. Ne postoji znanstveni konsenzus o određenim psihoterapijskim pravcima kao izbor u radu s nesanicom, no s obzirom na ishode postignute primjenom kognitivno-bihevioralne terapije u opisanom prikazu, ohrabruje se daljnja primjena navedenog terapijskog pravca u radu s pojedincima koji pate od nesanice, koja je u komorbiditetu sa zdravstvenim i /ili psihičkim poteškoćama. Na taj se način direktno doprinosi smanjenju psihosocijalnih i ekonomskih poteškoća koje pogađaju pojedince i njihove obitelji, poslodavce, ali i društvo u cjelini.

LITERATURA

Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Bastien, C.H., Vallieres, A., Morin, C.M. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 2, 50-62.
- Beck, J. S. (1995). *Kognitivna terapija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Beck, J. S. (2005). *Kognitivna terapija za složene probleme*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Currie, S.R., Wilson, K.G., Pontefract, A.J., deLaplante, L. (2000). Cognitive-behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 407-416.
- Davidson, J.R., Waisberg, J.L., Brundage, M.D., MacLean, A.W. (2001). Nonpharmacologic group treatment of insomnia: a preliminary study with cancer survivors. *Psychooncology*, 10, 389-397.
- Drake, C., Richardson, G., Roehrs, T., Scofield H., Roth, T. (2004). Vulnerability to stress-related sleep disturbance and hyperarousal. *Sleep*, 27, 285-291.
- Ebben, M.R., Spielman, A.J. (2009). Non-pharmacological treatments for insomnia. *Journal of Behavioural Medicine*, 32, 244-254.
- Edinger, J.D., Carney, C.E. (2008). *Overcoming Insomnia. A Cognitive-Behavioral Therapy Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Erdinger, J.D., Fins, A.I., Glenn, D.M., Sullivan, R.J., Bastian, L.A., Marsh, G.R., Dailey, D., Hope, T.V., Young, M., Shaw, E., Vasilas, D. (2000). Insomnia and the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbance among adults with and without insomnia complaints? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 586-593.
- Espie, C.A., Inglis, S.J., Tessier, S., Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 45-60.
- Harvey, A.G., Sharpley, A.L., Ree, M.J., Stintson, K., Clark, D.M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behaviour research and therapy*, 45, 2491-2501.
- Jacobs, G.D., Pace-Schott, E.F., Stickgold, R., Otto, M.W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Archives of Internal Medicine*, 164, 895-919.
- Lichstein, K.L., Wilson, N.M., Johnson, C.T. (2000). Psychological treatment of secondary insomnia. *Psychology and Aging*, 15, 232-240.
- Lichstein, K.L., Riedel, B.W., Wilson, N.M., Lester, K.W., Aguillard, R.N. (2001). Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 227-239.
- Mai, E., Buysse, D.J. (2008). Insomnia: Prevalence, Impact, Pathogenesis, Differential diagnosis, and Evaluation. *Sleep Medicine Clinics*, 3, 167-174.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehelcke, B., Brown, T., Coleman, J., Kapur, V., Lee-Chiong, T., Owens, J., Pancer, J., Swick, T. (2006). Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: An Update. *American Academy of Sleep Medicine Report*, 29, 1415-1419.
- Morin, C.M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized clinical trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 281, 991-999.

- Morin, C.M. (2010). Chronic Insomnia: Recent Advances and Innovations in Treatment Developments and Dissemination. *Canadian Psychology Association*, 51, 31-39.
- Morin, C.M., Bootzin, R.R., Buysse, D.J., Edinger, J.D., Espie, C.A., Lichstein, K.L. (2006). Psychological and Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence (1998-2004). *American Academy of Sleep Medicine Report*, 29, 1398-1414.
- Neubauer, D. N. (2009). Current and New Thinking in the Management of Comorbid Insomnia. *The American Journal of Managed Care*, 15, 24-32.
- Ohayon, M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 97-111.
- Perlis, M.L., Jungquist, C., Smith, M.T., Posner, D. (2005). *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia, a Session-by-Session Guide*. New York: Springer.
- Pigeon, W.R. (2010). Treatment of Adult Insomnia with Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1148-1160.
- Salkovskis P. M. (2007). Somatski problemi. U K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, D.M. Clark (Ur.), *Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme (237-279)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Simeit, R., Deck, R., Conta-Marx, B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive Care in Cancer*, 12, 176-183.
- Yang, C.M., Spielman, A.J, Glovinsky, P. (2006). Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29, 895-991.

COGNITIVE-BEHAVIOURAL APPROACH IN THE TREATMENT OF INSOMNIA

Abstract

This presentation seeks to encourage the use of cognitive-behavioural therapy in the treatment of insomnia and in the treatment of insomnia that is comorbid with medical and/or psychological problems. The use of cognitive-behavioural techniques in working with the client has proven to be effective in diminishing dysfunctional beliefs and thoughts about sleeping, inadequate behaviors and anxiety. Positive treatment outcomes indicate the need for further research of the applicability of cognitive-behavioural approach in treatment of insomnia that is comorbid with medical and/or psychological problems.

Key words: cognitive-behavioural therapy, insomnia

