

Adam Wichniak, Marcin Iwański, Joanna Salbert

III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Diagnoza i leczenie bezsenności u osób starszych

Streszczenie

Duże rozpowszechnienie bezsenności sprawia, że staje się ona coraz częstszym powodem zgłaszania się pacjentów po poradę lekarską. Celem artykułu jest przedstawienie zasad diagnozowania i leczenia bezsenności u osób starszych z uwzględnieniem przede wszystkim metod niefarmakologicznych.

Zalecenia na temat leczenia bezsenności wskazują, że objawowe leczenie farmakologiczne jest wskazane głównie w leczeniu krótkotrwałych problemów ze snem. W przypadku bezsenności przewlekłej zaleca się, aby każdy pacjent otrzymał leczenie w formie terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (*cognitive behavioral therapy for insomnia* – CBT-I), która jest krótkoterminową, ustrukturyzowaną metodą leczenia. Jej podstawą są techniki behawioralne wzmacniające homeostatyczną potrzebę snu oraz okołodobowy rytm snu i czuwania. Ze względu na ograniczoną dostępność CBT-I powinna być wprowadzana w modelu stopniowanej opieki medycznej nad pacjentami z bezsennością, tzn. jako podstawowa interwencja początkowo powinny być stosowane broszury edukacyjne oraz dzienniki snu.

W leczeniu bezsenności wykorzystuje się wiele grup leków. Można wśród nich wyróżnić bezpieczne, ale wówczas mniej silne w działaniu, w przypadku których konieczna jest choć częściowa współpraca pacjenta w stosowaniu leczenia niefarmakologicznego. Do takich leków należą: melatonina o powolnym uwalnianiu (melatonina PR), w przypadku której zalecany czas leczenia wynosi 3–13 tygodni; leki nasenne o niższym stężeniu maksymalnym we krwi i krótszym okresie półtrwania; małe dawki sedatywnych leków przeciwdepresyjnych oraz przeciwpsychotycznych. Jednym z powodów zalecania CBT-I jako podstawowej metody leczenia bezsenności jest to, że dzięki niej małe dawki leków nasennych i sedatywnych stają się skuteczne.

Słowa kluczowe

bezsenność, osoby starsze, terapia poznawczo-behawioralna bezsenności, farmakoterapia

Wstęp

Bezsenna jest jednym z częstszych problemów zdrowotnych, z którymi pacjenci zgłaszają się po poradę lekarską. W badaniu wykonanym w praktykach lekarzy rodzinnych stwierdzono, że przewlekła bezsenność występowała u 11% pacjentów. U kolejnych 25% osób stwierdzano krótkotrwałe objawy bezsenności [1]. Te wyniki są zgodne z obserwacjami z badań epidemiologicznych, które wskazują, że rozpowszechnienie bezsenności w Europie wynosi ok. 10%, a kolejne ok. 30% dorosłych Europejczyków ma objawy bezsenności lub krótkotrwałe problemy ze snem [2]. Leczenie bezsenności nadal jest zdominowane przez stosowanie leków nasennych. Mimo zgodnych zaleceń towarzystw naukowych, według których objawowe leczenie farmakologiczne jest wskazane głównie w krótkotrwałych problemach ze snem [2–5], zdecydowana większość osób chorujących na bezsenność przewlekłą wciąż nie korzysta z innych metod leczenia niż farmakoterapia. We wskazanym powyżej badaniu oceniającym rozpowszechnienie i metody leczenia bezsenności w POZ tylko 1% pacjentów było leczonych niefarmakologicznie metodami terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności (*cognitive behavioral therapy for insomnia* – CBT-I), a ok. 10% stosowało inne formy terapii niefarmakologicznej o niewystarczającej skuteczności, np. higiena snu (11,6% pacjentów) lub psychoterapia (11,2% pacjentów). Leki nasenne przyjmowało ok. 40% pacjentów, a sedatywne leki przeciwdepresyjne 30%. Ponad 20% pacjentów nie otrzymywało żadnego leczenia [1]. Stwierdzono ponadto, że większość pacjentów przyjmujących leki nasenne stosowała je niezgodnie z zaleceniami, czyli co noc i dłużej niż 4 tygodnie (ok. 80% pacjentów). Wśród osób przyjmujących leki nasenne odsetek pacjentów stosujących je przewlekłe (czyli dłużej niż 6 miesięcy) wyniósł ponad 60% [1].

Zła jakość snu jest jeszcze większym problemem u starszych osób (w wieku ≥ 65 lat) [5–7]. Objawy bezsenności stwierdza się u ponad 40% osób w tej grupie wiekowej ($> 30\%$ mężczyzn i $> 50\%$ kobiet). Choć osoby starsze są bardziej narażone na działania niepożądane leków nasennych (np. zwiększone ryzyko upadków, pogorszenie funkcjonowania poznawczego, równowagi, koordynacji i szybkości poruszania się), to właśnie one najczęściej przyjmują je przewlekłe [5]. Szacunkowo ponad 7% pacjentów w wieku powyżej 60 lat stosuje przewlekłe benzodiazepiny. Dane te wskazują, że w praktyce klinicznej leki nasenne są wykorzystywane niezgodnie z ich rejestracją, dostępnymi zaleceniami

i zasadami bezpiecznego stosowania leków nasennych [2, 4, 5, 8]. Jedną z przyczyn tego stanu może być to, że zbyt mało uwagi poświęca się wskazywaniu lekarzom, a także pacjentom innych metod leczenia bezsenności.

Celem artykułu jest przedstawienie zasad diagnozowania i leczenia bezsenności u osób starszych z uwzględnieniem przede wszystkim metod niefarmakologicznych.

Diagnoza bezsenności

Współczesne systematy diagnostyczne charakteryzują bezsenność jako zaburzenie psychiczne, w którym dominują skargi na niedostateczną ilość lub jakość snu, związane z trudnościami w zasypianiu, utrzymaniu snu lub budzeniem się zbyt wcześnie rano z niemożnością ponownego zaśnięcia. Problemy ze snem, aby ocenić je jako istotne klinicznie, muszą powodować cierpienie lub trudności w codziennym funkcjonowaniu oraz występować co najmniej 3 noce w tygodniu. W odróżnieniu od 10. rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) w ICD-11 oraz w 5. edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) do rozpoznania bezsenności przewlekłej wymagany jest okres trwania objawów nie krótszy niż 3 miesiące (tab. 1). Spowodowane jest to obserwacjami, że po tak długim czasie utrzymywania się problemów ze snem bezsenność staje najczęściej niezależnym problemem zdrowotnym wymagającym leczenia. W związku z tym tylko w bezsenności przygodnej (trwającej do kilku dni) i krótkotrwałej (trwającej do kilku tygodni) uzasadniony jest podział na bezsenność pierwotną i wtórną, czyli będącą objawem innej choroby lub wynikającą z innych przyczyn. Najczęściej są nimi stresujące wydarzenia lub istotne zmiany w życiu powodujące napięcie psychiczne. Podłożem problemów ze snem mogą być również krótkie i przemijające choroby somatyczne lub zaostrzenia tych chorób. W przypadku bezsenności przewlekłej właściwe jest natomiast rozpoznawanie bezsenności pierwotnej lub bezsenności współistniejącej z innymi chorobami. Szacunkowo w 50–60% przypadków będą to zaburzenia psychiczne (głównie depresja i zaburzenia lękowe), w 10–20% uzależnienia (w tym uzależnienie od leków nasennych), w 10–30% choroby somatyczne oraz w mniej niż w 20% inne pierwotne zaburzenia snu, np. bezdech senny, zespół niespokojnych nóg, zaburzenia rytmu okołodobowego snu i czuwania.

Tabela 1. Kryteria rozpoznawania bezsenności według 5. edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*)

<p>A. Dominujące skargi na ilość lub jakość snu, związane z jednym lub większą liczbą następujących objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trudności w zasypianiu • trudności w utrzymaniu snu • budzenie się wcześnie rano z niemożnością ponownego zaśnięcia <p>B. Trudności ze snem powodują istotne klinicznie cierpienie lub trudności w społecznym, zawodowym, edukacyjnym lub innym ważnym obszarze funkcjonowania</p> <p>C. Trudności ze snem występują podczas co najmniej 3 nocy w tygodniu</p> <p>D. Trudności ze snem utrzymują się przez co najmniej 3 miesiące</p> <p>E. Trudności ze snem występują pomimo sprzyjających warunków do snu</p> <p>F. Bezsenność nie może być inaczej uzasadniona i nie pojawia się wyłącznie w przebiegu pierwotnych zaburzeń snu (np. narkolepsja, zaburzenia oddychania w czasie snu, parasomnie, zaburzenia rytmu okołodobowego)</p> <p>G. Bezsenność nie jest związana z fizjologicznymi efektami nadużywania substancji (np. leki, narkotyki)</p> <p>H. Współwystępujące choroby psychiczne i somatyczne nie wyjaśniają w wystarczającym stopniu trudności ze snem</p>
--

Osoby starsze są bardziej podatne na występowanie trudności z utrzymaniem snu z powodu osłabienia rytmu okołodobowego snu i czuwania. W diagnostyce różnicowej bezsenności u każdej osoby starszej należy wykluczyć zaburzenie z przyspieszoną fazą snu i czuwania. Objawia się ono wczesnym rozpoczęciem snu i w konsekwencji jego wczesnym zakończeniem. Etiologia zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania w tej grupie pacjentów jest złożona. Z powodu zmian zwyrodnieniowych i naczyniowych wraz z wiekiem dochodzi do zwapnienia szyszynki prowadzącego do zmniejszenia wydzielania melatoniny – najistotniejsze jest zmniejszenie jej maksymalnego stężenia w czasie snu. Kolejnym powodem tego stanu jest zmiana morfologii soczewek oczu u osób starszych. Nawet jeśli nie dochodzi do zaćmy, soczewki zmieniają barwę na bardziej żółtą i stają się naturalnym filtrem dla spektrum światła widzialnego o barwie niebieskiej. Powoduje to obniżenie potencjału światła do synchronizacji rytmu okołodobowego o ok. 30%. Ponadto skrócenie czasu spędzanego na zewnątrz nie łączy się z kompensacyjnym zwiększeniem oświetlenia pomieszczeń wewnętrznych. Przeciwnie, osoby starsze często ograniczają do minimum ten rodzaj oświetlenia z powodu oszczędności. Bardzo ważne są również zmiany behawioralne, takie jak zmniejszenie aktywności społecznej oraz fizycznej, co redukuje homeostaticzne zapotrzebowanie na sen oraz dodatkowo zaburza rytm okołodobowy snu i czuwania z powodu ograniczenia stymulacji przez czynniki synchronizujące niezwiązane ze światłem. U osób starszych bezsenność najczęściej współistnieje z innymi chorobami, dlatego ważne jest, aby postrzegać ją jako dodatkowy cel leczenia, a nie objaw innych chorób, który ustąpi wraz z leczeniem choroby somatycznej lub zaburzenia psychicznego. Brak rozpoczęcia leczenia bezsenności od samego

początku po jej stwierdzeniu prowadzi do jej utrwalania się, ma negatywny wpływ na zdrowie i jakość życia pacjenta oraz pogarsza wyniki leczenia chorób współwystępujących.

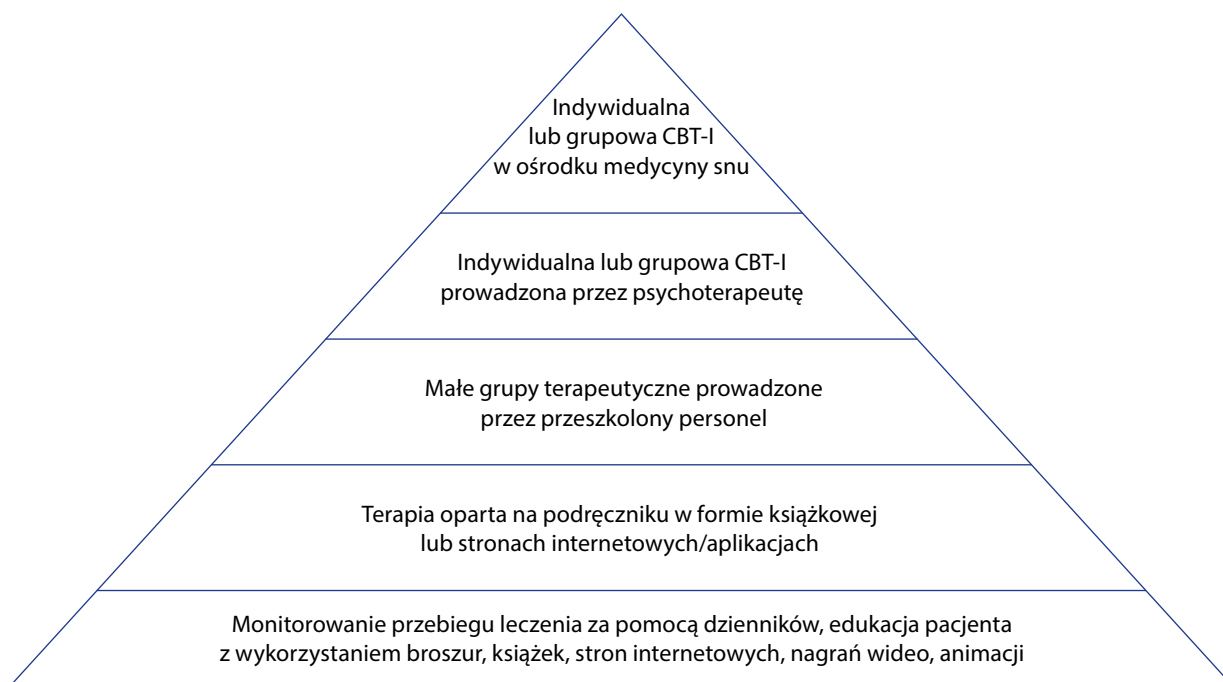
Wśród licznych negatywnych następstw bezsenności należy wymienić: zwiększenie ryzyka upadków i wypadków (szczególnie gdy stosowane są leki sedatywne), zwiększenie ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych (depresji, zaburzeń lękowych, prób samobójczych) i rozwoju uzależnienia od alkoholu, leków uspokajających i nasennych oraz substancji psychostymulujących, zwiększenie ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia (nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu), zaburzeń hormonalnych, metabolicznych i cukrzycy, nasilenie odczuwania bólu [5, 9].

Zasady leczenia bezsenności

Zgodnie z obecnymi zaleceniami na temat leczenia bezsenności objawowe leczenie farmakologiczne jest wskazane głównie w leczeniu krótkotrwałych problemów ze snem [10]. W przypadku bezsenności przewlekłej rekomenduje się stosowanie CBT-I jako podstawowej początkowej metody leczenia u każdego pacjenta [3]. Jeśli nie jest ona w pełni skuteczna, lekarz może zalecić leczenie farmakologiczne – po omówieniu z pacjentem korzyści, ryzyka i zasad stosowania leków nasennych (patrz: „Dziesięć przykazań stosowania benzodiazepin dla lekarzy rodzinnych” w [8]).

Ze względu na ograniczoną dostępność CBT-I powinna być wprowadzana w modelu stopniowanej opieki medycznej nad pacjentami z bezsennością [11, 12], tzn. jako podstawowa interwencja powinny początkowo być stosowane broszury edukacyjne oraz dzienniki snu (ryc. 1).

Terapia poznawczo-behawioralna jest krótkoterminową, ustrukturyzowaną, składającą się z kilku



Rycina 1. Model stopniowanej opieki medycznej w leczeniu bezsenności. Adaptacja na podstawie [11]

oddziaływać metodą leczenia bezsenności (tab. 2). Jej podstawą są techniki behawioralne, których wprowadzenie wzmacnia homeostatyczną potrzebę snu, przez co zwiększa głębokość, a w drugiej kolejności długość snu. Techniki behawioralne wspierają także okołodobowy rytm snu i czuwania, co skraca czas zasypania, poprawia jakość snu, szczególnie w drugiej połowie nocy, kiedy potrzeba snu jest już w znacznej części zrealizowana przez sen głęboki w pierwszej połowie nocy. Techniki poznawcze mają na celu zmianę niekorzystnych przekonań i postaw pacjenta związanych ze snem i ułatwiają mu radzenie sobie z negatywnymi myślami. W połączeniu z treningami relaksacyjnymi zmniejszają napięcie psychiczne przed snem. Skuteczności CBT-I w leczeniu bezsenności dowiedziono w ponad 100 randomizowanych badaniach klinicznych w różnych grupach pacjentów – również starszych i ze współchorobowością somatyczną i psychiatryczną. Jest ona oceniana na 70–80%. Ta metoda leczenia nie powinna być utożsamiana z hieną snu, która stosowana pojedynczo – bez innych interwencji CBT-I – nie jest skuteczną metodą leczenia bezsenności [13].

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu bezsenności można stosować leki z wielu grup (tab. 3), jednak żaden z nich nie ma wszystkich 10 cech pożądanych leku nasennego: 1) szybkie działanie, 2) skuteczna indukcja i utrzymanie snu, 3) naturalny profil snu, 4) brak wpływu na sprawność w ciągu dnia, 5) brak działań niepożądanych

i interakcji, 6) brak rozwoju tolerancji, 7) brak ryzyka uzależnienia, 8) brak objawów odstawiennych, 9) zastosowanie niezależnie od wieku, 10) duża rozpiętość terapeutyczna.

Można wyróżnić leki bezpieczne, ale mniej silne w działaniu, w przypadku których konieczny jest dłuższy czas terapii i choć częściowa współpraca pacjenta w stosowaniu metod nefarmakologicznych. Do tej grupy leków należą melatonina o wolnym uwalnianiu (melatonina PR), w przypadku której zalecany czas leczenia wynosi 3–13 tygodni, oraz małe dawki sedatywnych leków przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych. Leki nasenne, np. estazolam, zolpidem, wysokie dawki sedatywnych leków przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych należą natomiast do leków silnych, dających poprawę snu często już po pierwszej dawce. Ich stosowanie wiąże się jednak z większym ryzykiem upadków oraz pogorszenia sprawności psychomotorycznej kolejnego dnia rano, a nawet w ciągu całego dnia, jeśli okres półtrwania leku jest długi. W przypadku dłuższego stosowania leków nasennych i silnych leków sedatywnych mogą również wystąpić większe trudności w zakończeniu leczenia i odstawieniu leku.

Orientacyjnie leki można zatem podzielić na przeznaczone do krótkotrwałego stosowania – w tej grupie preferowane powinny być niebenzodiazepinowe leki nasenne (zaleplon, zolpidem, eszopiklon i zopiklon), w drugiej kolejności pochodne benzodiazepiny (temazepam, nitrazepam, estazolam). Alternatywą dla tych farmaceutyków w leczeniu

Tabela 2. Techniki terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności

Oddziaływanie	Wykonanie	Efekty kliniczne
ograniczenie czasu snu	skrócenie czasu spędzanego w łóżku do średniej długości snu z całego tygodnia, lecz nie poniżej 6 godzin; następnie czas spędzany w łóżku jest modyfikowany co 7 dni na podstawie dziennika snu – jeśli wydajność snu (czas snu/czas w łóżku × 100%) przekracza 90%, czas w łóżku jest wydłużany o 15 minut, jeśli spada poniżej 80%, czas w łóżku jest skracany o 15 minut, w przypadku wydajności snu 80–90% czas w łóżku pozostaje bez zmian; należy zachować stałe pory snu	konsolidacja snu, poprawa głębokości i jakości snu, skrócenie zasypiania i zmniejszenie liczby wybudzeń, wydłużenie czasu snu, wzmocnienie rytmu okołodobowego
technika kontroli bodźców	łóżko ma służyć tylko do snu i życia seksualnego, inne aktywności należy wykonywać poza łóżkiem, a najlepiej poza sypialnią; nie należy próbować wymuszać zaśnięcia („zasypiać na siłę”) – jeśli sen nie przychodzi, powoduje to dyskomfort, zdenerwowanie i kręcenie się z boku na bok; należy wyjść z łóżka i wrócić do niego dopiero po wcześniej określonym czasie, np. 30 minutach	powiązanie łóżka ze snem w mechanizmie uczenia się warunkowego, zmniejszenie wzbudzenia fizjologicznie związanego z oczekiwaniem na sen
higiena snu	stosowanie następujących zasad: 1) unikaj ciężkostrawnych posiłków, alkoholu oraz palenia papierosów przed snem 2) intensywną aktywność fizyczną zakończ co najmniej 3 godziny przed snem, łagodne i umiarkowane ćwiczenia są dozwolone do 60 minut przed snem 3) unikaj rozbudzających poznawczo lub emocjonalne aktywności umysłowych przed snem (np. pracy, intensywnej nauki, programów telewizyjnych, korzystania z Internetu) 4) ostatnie 60 minut przed snem przebywaj w łagodnie oświetlonym otoczeniu, unikaj silnego światła i korzystania z urządzeń elektronicznych wyposażonych w ekran 5) unikaj odpoczywania w pozycji leżącej w ciągu dnia 6) unikaj regularnego przyjmowania leków nasennych 7) prowadź regularny tryb życia, wstawaj rano o tej samej porze 8) usuń zegarek z zasięgu wzroku w sypialni	usunięcie czynników pogarszających jakość snu; stosowana jako pojedyncza metoda leczenia nie jest skuteczna
techniki relaksacyjne	treningiem relaksacyjnym o najlepiej dowiedzionej skuteczności jest progresywna relaksacja mięśniowa; pacjenci korzystają także z treningów uważności, autogennych, różnych form odprężającej aktywności fizycznej (np. tai-chi, joga); najprostsze w wykonaniu są treningi oddechowe, np. „oddychanie po kwadracie”	zmniejszenia napięcia psychicznego przed snem i w czasie wybudzeń, ułatwienie odprężenia się, oderwania od negatywnych myśli
techniki poznawcze	restrukturyzacja poznawcza (identyfikacja nieprawidłowych przekonań i ich modyfikacja), techniki kontroli zamartwiania się (np. zaplanowanie czasu na martwienie się, wieczorne podsumowanie dnia i spisanie zadań na kolejny dzień, technika myślenia paradoksalnego, poszerzenie perspektywy)	zmniejszenie napięcia psychicznego związanego z negatywnymi oczekiwaniami dotyczącymi przebiegu nocy, zbudowanie motywacji pacjenta do stosowania technik behawioralnych, zwiększenie elastyczności myślenia, zmniejszenie martwienia się i poczucia bezradności

krótkotrwałym, czyli do 7 dni, są leki przeciwhistaminowe: doksylamina, difenhydramina i hydroksyzyna. Jeśli problemy ze snem są spowodowane napięciem psychicznym, można też zastosować leki roślinne zawierające walerianę lub melisę lekarską. W przypadku konieczności dłuższego przyjmowania leków należy rozważyć przerywane stosowanie leków nasennych (czyli nie więcej niż 15 dawek w miesiącu) lub terapię lekami z innych grup (tab. 3).

W przypadku osób starszych podział leków jest jeszcze bardziej złożony, ponieważ w znacznie większym stopniu musi uwzględniać bezpieczeństwo terapii. Ze względu na współchorobowość, zmniejszony metabolizm leków oraz związane z wiekiem fizjologiczne pogorszenie sprawności poznawczej i motorycznej pacjenci z tej grupy są szczególnie wrażliwi na działanie leków sedatywnych – jeśli jest to tylko możliwe, leki o działaniu sedatywnym nie powinny

Tabela 3. Leki stosowane w leczeniu bezsenności

Status leków	Grupa/leki	Uwagi
leki zarejestrowane do leczenia bezsenności	pochodne benzodiazepiny, np. temazepam, nitrazepam, estazolam	zalecane do krótkotrwałego leczenia bezsenności (< 4 tygodni); lekiem preferowanym powinien być temazepam ze względu na mniejszą od nitrazepamu i estazolamu siłę działania i krótszy okres półtrwania
	niebenzodiazepinowe leki nasenne: zaleplon, zolpidem, eszopiklon, zopiklon	zalecane do krótkotrwałego leczenia bezsenności (< 4 tygodni); w przypadku osób starszych preferowane powinny być zopiklon i eszopiklon, który jest zarejestrowany do stosowania przez okres do 6 miesięcy
	melatonina PR	zarejestrowana do leczenia bezsenności u osób od 55. roku życia; zalecany okres leczenia wynosi od 3 do 13 tygodni, kiedy działanie leku osiąga maksimum; jest to najbezpieczniejsza forma leczenia bezsenności u osób starszych
leki stosowane poza wskazaniami	leki przeciwdepresyjne, np. doksepina, mianseryna, mirtazapina, trazdon	wskazane w leczeniu bezsenności współwystępującej z objawami depresyjnymi i lękowo-depresyjnymi; w leczeniu bezsenności zalecane są małe dawki przyjmowane 2–4 godziny przez snem
	leki przeciwpsychotyczne, np. chlorprotyksen, kwetiapina, prometazyna	wskazane w leczeniu bezsenności niereagującej na inne metody leczenia; w leczeniu bezsenności zalecane są małe dawki, ponieważ leki te mają liczne działania niepożądane
	leki przeciwhistaminowe, np. hydroksyzyna	może być stosowana jako alternatywa dla leków nasennych, w małych dawkach i przez krótki okres
	gabapentyna, pregabalina	zalecane do leczenia bezsenności powodowanej zespołem niespokojnych nóg
leki dostępne bez recepty (<i>over the counter</i> – OTC)	melatonina o natychmiastowym uwalnianiu	zalecana w leczeniu bezsenności powodowanej zaburzeniami rytmu snu i czuwania, szczególnie w pracy zmianowej, przy zmianach stref czasowych i u osób niewidomych
	leki przeciwhistaminowe: doksylamina, difenhydramina	zalecane w leczeniu przygodnych (kilkudniowych) problemów ze snem, rekomendowany okres leczenia to 7 dni
	leki roślinne: waleriana, melisa lekarska	zalecane w leczeniu krótkotrwałych problemów ze snem spowodowanych napięciem psychicznym, lękiem, niepokojem

być u nich stosowane. Dodatkowo w przypadku stosowania farmaceutyków z innych grup niż leki nasenne, czyli leków przeciwdepresyjnych, przeciwpsychotycznych lub przeciwhistaminowych, należy pamiętać, że u osób starszych bezpieczne są tylko małe dawki. Jednym z powodów zalecania CBT-I jako podstawowej metody leczenia bezsenności jest to, że dzięki niej małe dawki leków sedatywnych stają się skuteczne. W związku z tym nie ma potrzeby zwiększania dawek tych leków, co jest związane z ryzykiem działania cholinolitycznego (groźnego w przypadku występowania jaskry, zaburzeń przewodzenia serca, przerostu prostaty, zapań i zatrzymania moczu) oraz adrenolitycznego (zwiększającego ryzyko hipotonii, omdleń i upadków). Ponadto niektóre leki, np. przeciwhistaminowe, mogą w wyższych dawkach wydłużać odstępek QT, czyli w połączeniu z innymi lekami powodują ryzyko wystąpienia groźnych dla życia komorowych zaburzeń rytmu serca.

Wprowadzenie melatoniny o przedłużonym uwalnianiu (melatoniny PR), która od września tego roku stała się ponownie dostępna w Polsce, jest odpowiedzią na ograniczenia farmakoterapii bezsenności u osób starszych w zakresie bezpieczeństwa leczenia. Melatonina jest lekiem bezpiecznym – w praktyce nie obserwuje się istotnych klinicznie interakcji z innymi lekami. Nie powoduje ona uzależnienia, a w trakcie jej stosowania nie obserwuje się narastania tolerancji, przeciwnie – skuteczność leku zwiększa się w czasie i osiąga maksimum po 13 tygodniach leczenia. Melatonina nie jest lekiem sedatywnym, nie zwiększa zatem ryzyka upadków i wypadków. Niepowodzenia w stosowaniu melatoniny w leczeniu bezsenności wynikają głównie z braku współpracy pacjenta. Ważne jest również to, że działanie melatoniny o natychmiastowym uwalnianiu ściśle zależy od właściwego czasu podania leku względem rytmu okołodobowego, a w przypadku

leczenia zaburzeń utrzymania snu jest ograniczone jej krótkim okresem półtrwania. Te ograniczenia usunięto poprzez wprowadzenie formy o przedłużonym uwalnianiu, która przyjmowana w dawce 2 mg 1–2 godziny przed snem (w przypadku zaburzeń zasypiania lek należy podać 2 godziny przed snem, gdy nie ma takich zaburzeń 60 minut przed snem) stopniowo uwalnia się przez całą noc, poprawiając jakość snu w całym tym okresie.

W przypadku konieczności doraźnego użycia leków nasennych u osób starszych należy stosować połowę zalecanej dawki. Preferowane są leki o mniejszym maksymalnym stężeniu (niższe C_{max}), ale za to o działaniu bardziej rozłożonym w czasie (bardziej skutecznym w zaburzeniach utrzymania snu). Spośród niebenzodiazepinowych leków nasennych takie właściwości mają eszopiklon (zalecana dawka 1–2 mg), zopiklon (zalecana dawka 3,75 mg), a spośród benzodiazepin temazepam (zalecana dawka 5 mg). Leki przeciwhistaminowe powinny być bardzo ostrożnie stosowane u osób starszych w leczeniu doraźnym z powodu działania cholinolitycznego i długiego okresu półtrwania. Jako alternatywa dla leków nasennych powinny być preferowane preparaty roślinne zawierające walerianę. Leki nasenne ostrożnie należy łączyć z lekami sedatywnymi stosowanymi w psychiatrii (leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, przeciwhistaminowe). Leki nasenne i inne leki sedatywne mogą być natomiast kojarzone z melatoniną, która w połączeniu z CBT-I może być postrzegana jako podstawowy 6–13-tygodniowy program leczenia bezsenności u osób starszych, w razie konieczności uzupełniany doraźnym podaniem leku nasennego lub sedatywnego.

Piśmiennictwo

- Maire M, Linder S, Dvořák C i wsp. Prevalence and management of chronic insomnia in Swiss primary care: cross-sectional data from the "Sentinella" practice-based research network. *J Sleep Res* 2020; 29: e13121.
- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C i wsp. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017; 26: 675-700.
- Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA i wsp.; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2016; 165: 125-133.
- Wilson S, Anderson K, Baldwin D i wsp. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: an update. *J Psychopharmacol* 2019; 33: 923-947.
- Wichniak A, Bieńkowski P, Dąbrowski R i wsp. Treatment of insomnia in older adults. Recommendations of the Polish Sleep Research Society, Polish Society of Family Medicine and the Polish Psychiatric Association. *Psychiatr Pol* 2023. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/161597.
- Paparrigopoulos T, Tzavara C, Theleritis C i wsp. Insomnia and its correlates in a representative sample of the Greek population. *BMC Public Health* 2010; 10: 531.
- Neutel CI. The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *Int Rev Psychiatry* 2005; 17: 189-197.
- Bieńkowski P, Samochovec J, Sienkiewicz-Jarosz H i wsp. Bezpieczne stosowanie benzodiazepin w podstawowej opiece zdrowotnej – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych. *Lekarz POZ* 2019; 5: 177-193.
- Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the elderly: a review. *J Clin Sleep Med* 2018; 14: 1017-1024.
- Szelenberger W. Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem. *Sen* 2006; 6 (Supl. A): A1-A10.
- Espie CA. "Stepped care": a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep* 2009; 32: 1549-1558.
- Baglioni C, Espie CA, Altena E i wsp. Cognitive behavioural therapy for insomnia disorder: extending the stepped care model. *J Sleep Res* 2023; e14016.
- Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM i wsp. 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: 255-262.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Adam Wichniak
 III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu
 Instytut Psychiatrii i Neurologii
 ul. Sobieskiego 9
 02-957 Warszawa
 e-mail: wichniak@ipin.edu.pl