

## Водич за процену и лечење хроничне инсомније одраслих.

Министарство здравља Републике Србије, Републичка комисија за израду Водича добре клиничке праксе, Радна група (РГ) за израду водича о инсомнији,	
Руководилац РГ	Др Славко Јанковић, Клиника за неурологију, Клинички центар Србије, Београд, Др Суботића 6, Београд. Е-mail: <a href="mailto:slavko@sezampro.rs">slavko@sezampro.rs</a> . Тел: 063/8275748
Секретар РГ	Др Слободанка Пејовић-Николић, Клиника за Психијатрију, Клинички центар Србије, Београд, Тел: 063/8118856. Е-mail: <a href="mailto:boba7472001@yahoo.com">boba7472001@yahoo.com</a>
Чланови РГ	Проф Др Ксенија Божић, Клинички центар Војводине, Нови сад, Хајдук Вељкова 1, Тел: 021/4843280. Е-mail: <a href="mailto:bozick@eunet.rs">bozick@eunet.rs</a>
	Доц Др Владимир Јањић, Клиника за психијатрију, Клинички центар Крагујевац, Тел: 064/1133706. Е-mail: <a href="mailto:vladadok@yahoo.com">vladadok@yahoo.com</a>
	Доц Др Миодраг Вукчевић, Клиничко болнички центар „Бежанијска коса“, Београд, Тел: 063/572915. Е-mail: <a href="mailto:mikivukcevic@hotmail.com">mikivukcevic@hotmail.com</a>
	Др Стаменовић Јелена, Клиника за неурологију, Клинички центар Ниш, Тел: 0184532421, Е-mail: <a href="mailto:j.stamenovic1@gmail.com">j.stamenovic1@gmail.com</a>
	Др Никола Трајановић, Дом Здравља „Др Ристић“, Београд, Тел: 064 2978281. Е-mail: <a href="mailto:somnolog@gmail.com">somnolog@gmail.com</a>
	Др Маша Ковачевић, Клиника за неурологију, Клинички центар Србије, Београд, Др Суботића 6, Београд. Тел: 063394815. Е-mail: <a href="mailto:massa@kovacevic.info">massa@kovacevic.info</a>

Објашњење одређених појмова (скраћеница и имена лекова) се налази на крају овог водича.

Од свих поремећаја спавања у општој популацији, инсомнија је најпревалентнији од свих тако да се лекари опште праксе и других специјалности са њом заиста срећу често. Инсомнија се дефинише као субјективна перцепција отежаног отпочињања или трајања спавања или његове консолидације, или осећај који се јавља упркос адекватној могућности да се спава а који се јавља у виду неког поремећаја током дневног функционисања (1). Инсомнија може да се прикаже у виду читавог низа тегоба и етиологија што дијагностику и лечење инсомније чини врло комплексном за лекара. Циљ овог „Водича“ је да лекарима обезбеди практичне оквири за дијагностику и лечење хроничне инсомније одраслих, применом практичних параметара медицине засноване на доказима тамо где је то могуће или препоруке засноване на консензусу, како би се премостиле области где основни параметри не постоје. Уколико није друкчије наглашено „инсомнија“ се односи на хроничну инсомнију која је присутна најмање месец дана, насупрот акутној или пролазној инсомнији које могу трајати данима или недељама (2).

## САЖЕТАК ПРЕПОРУКА

Опште:

- 1) Инсомнија је важан проблем јавног здравља који захтева тачну дијагнозу и ефикасно лечење (**стандард**).
- 2) Дијагноза инсомније подразумева последично постојање дневне дисфункције као прилог одговарајућој симптоматологији инсомније (**ICSD-2 дефиниција**).

*Дијагностика:*

- 3) Главни начин дијагнозе инсомније је путем клиничке процене, путем подробне анамнезе и детаљних података о (зло)употреби лекова, супстанци или постојању психијатријског поремећаја (**стандард**).
  - А) Анамнеза треба да обухвати тегобе специфичне за инсомнију, стање пре спавања, образац спавање-будност, друге симптоме везане за спавање као и дневне последице ових поремећаја (**консензус**).
  - Б) Анамнеза помаже да се установе врста и еволуција инсомније, фактори перпетуације као и идентификација коморбидних медицинских стања, злоупотребе лекова или постојања психијатријских болести (**консензус**).
- 4) Инструменти који нам помажу у дијагностици и диференцијално дијагностичком разматрању инсомније обухватају упитнике, кућне дневнике (не)спавања, листе симптома, психолошке тестове и интервјуе партнера са којим испитаник/ца живи (**препорука**).
  - А) Као минимум, болесник би требало да одговори на: а) општи медицинско-психијатријски упитник како би се идентификовало постојање коморбидитета. б) Ерворт-ову скалу поспаности или другу скалу за процену поспаности како би се открила поспаност болесника или постојање друге, коморбидне болести спавања. ц) Дневник спавања у трајању од две недеље како би се дефинисао општи образац будност-спавање и његова дневна варијабилност у оквиру свакодневног циклуса будност-спавање (**консензус**).

Б) Дневник спавања треба прикупљати пре и током периода активног лечења као и током каснијег лечења, у случају релапаса или реевалуације у дужем временском периоду (**консензус**).

Ц) Додатни инструменти процене хроничне инсомније који могу помоћи у примарној процени болести и праћењу њеног исхода обухватају и мере субјективне процене квалитета спавања, скале психолошке процене, дневног функционисања, квалитета живота, става о степену дисфункционалности и ставовима испитаника о његовом спавању уопште (**консензус**).

5) Испитивање физичког и менталног статуса обезбеђује важне информације о коморбидним стањима и диференцијалној дијагнози (**стандард**).

6) Полисомнографија и тест вишеструког уснивања (MSLT) нису индиковани у рутинској евалуацији хроничне инсомније, укључујући инсомнију насталу због психијатријских или неуропсихијатријских поремећаја (**стандард**).

А) Полисомнографија је индикована уколико постоји клиничка сумња на поремећај дисања (опструктивна апнеа) или поремећаје покрета, када иницијална дијагноза није сигурна, код неуспеха терапије (бихевиоралне или фармаколошке) или код појаве наглих разбуђења са снажним покретима (који могу довести до повреде, болесника или околине) (**препоруча**).

7) Актиграфија је као метода индикована када треба да се опише образац циркадианог понашања или поремећаји спавања код особа са инсомнијом, укључујући и инсомнију у вези са депресијом (**опција**).

8) Други лабораторијски тестови (нпр. анализа крви, радиографије) нису индиковани код рутинске евалуације хроничних инсомнија осим уколико не постоји сумња на коморбидитет (**консензус**).

#### *Диференцијална дијагноза:*

9) Присуство инсомније не искључује друге поремећаје, поготову када знамо да мултипле примарне и коморбидне инсомније могу да коегзистирају (**консензус**).

#### *Терапијски циљеви и постигнућа:*

10) Без обзира на врсту терапије, примарни циљеви лечења су: а) поправити квалитет и квантитет спавања и б) поправити инсомнију у односу на дневне поремећаје/последнице (**консензус**).

11) Други специфични индикатори успеха лечења инсомније укључују мере будности после уснивања (WASO), латенцу спавања, број разбуђивања и буђења, време спавања или ефикасност спавања, формирање позитивне и јасне везе између кревета и спавања и исправак психолошког стреса везаног за несаницу (**консензус**).

12) Дневник спавања треба водити пре и током активног лечења као и у случају релапса или реевалуације током дужег временског периода (сваких 6 месеци) (**консензус**).

13) Поред клиничког разматрања, понављана примена упитника и инструмената надзора може бити од користи код процене исхода или за правилан одабир неке нове или будуће стратегије лечења (**консензус**).

14) Идеално, без обзира на тип терапије, клиничку реевалуацију треба начинити сваких неколико недеља или месечно, све док инсомнија не постане стабилна или се изгуби, а затим сваких 6 месеци обзиром да је степен релапса инсомније веома висок (**консензус**).

**15)** Уколико појединачно или комбиновано лечење покаже неуспех, треба размотрити примену других бихевиоралних, фармаколошких или комбинованих терапија или начинити реевалуацију како би се открили окултни коморбидни пормећаји (**консензус**).

*Психолошке и бихевиоралне терапије:*

**16)** Психолошка и бихевиорална терапија су врло делотворне и препоручују се у лечењу хроничне примарне и коморбидне (секундарне) инсомније (**стандард**).

А) Ове терапије су делотворне код свих узраста, укључујући и старије одрасле и хроничне кориснике хипнозе (**стандард**).

Б) Ове терапије треба користити као иницијалне интервенције у адекватној ситуацији и када то услови дозвољавају (**консензус**).

**17)** Иницијални приступи лечењу би требало да укључе најмање једну бихевиоралну интервенцију као што су терапија контролом стимулуса или релаксациона терапија, или комбиноване когнитивна терапија + терапија контролом стимулуса + терапија рестрикцијом спавања са или без релаксационе терапије (терапија позната и као когнитивно бихевиорална терапија инсомније (СВТ-и) (**стандард**).

**18)** Мултикомпонентна терапија (без когнитивне терапије) је делотворна и препоручује се у лечењу хроничне инсомније (**препорука**).

**19)** Друге, чешће, терапије укључују рестрикцију спавања, парадоксалну намеру и биофидбек терапију (**препорука**).

**20)** Иако сви болесници са инсомнијом треба да се придржавају правила добре хигијене спавања, нема довољно доказа који би показали да је сама хигијена спавања делотворна у лечењу хроничне инсомније. Треба је користити у комбинацији са другим терапијским методама (**консензус**).

**21)** Када се иницијално психолошко/бихевиорално лечење покаже неефикасно, друге психолошко/бихевиоралне терапије, комбинација СВТ-и терапија, комбиновано лечење (види даље) и окултни коморбидни поремећаји се морају, као следећи корак, узети у бзир (**консензус**).

*Фармаколошка терапија:*

**22)** Краткотрајну терапију хипнотичима треба заменити бихевиоралним и когнитивним терапијама кад год је то могуће (**консензус**).

**23)** Када се користи фармакотерапија, избор специфичног фармаколошког лека у оквиру класе треба бирати на основу: а) обрасца јављања симптома; 2) терапијског циља; 3) одговора на претходне терапијске покушаје; 4) захтева болесника; 5) цену лечења; 6) доступности других облика лечења; 7) коморбидитета; 8) контраиндикација; 9) нежељених дејстава (**консензус**).

**24)** Код болесника са примарном инсомнијом (психофизиолошка, идиопатска или парадоксална, подтипови у оквиру ICSD-2), када се користи фармаколошка терапија сама или у комбинацији, препоручени општи редослед терапија је (**консензус**):

А) агонисти бензодиазепинских рецептора кратког или средње дугог полуживота или рамелтеон: примери овог начина лечења укључују золпидем, есзопиклон, зелеплон и темазепам.

Б) уколико је први употребљени лек био неуспешан, покушај наизменичну употребу агониста бензодиазепинских рецептора кратког или средње дугог полуживота или рамелтеон.

Ц) седативни антидепресиви поготову када се користе за истовремено лечење коморбидне депресије или анксиозности: примери оваквог лечења укључују тразодон, амитриптилин, доксефин и миртазапин.

Д) комбинација агониста бензодиазепинских рецептора или рамелтеона и седативних антидепресива.

Е) други седативни лекови: на пример антиепилептички лекови (габапентин, тиагабин) и атипични антипсихотици (кветиапин и оланзапин).

Ови лекови могу бити погодни код болесника са коморбидном инсомнијом који главно побољшање очекују од примарног учинка ових лекова као и од седативног ефекта.

**25)** Лекови који се налазе у слободној продаји типа антихистаминика или лекови типа антихистаминици/аналгетици као ни производи биљног порекла (хербални препарати) ни нутритивне супстанце (нпр. валериана или мелатонин) се не препоручују за лечење хроничне инсомније због слабог дејства и безбедности (**консензус**).

**26)** Старији лекови одобрени за лечење инсомније ко што су барбитурати или лекови засновани на барбитуратима као и хлорал хидрат се не препоручују за лечење инсомније (**консензус**).

**27)** Следећа упутства важе за преписивање свих лекова за лечење хроничне инсомније (**консензус**):

А) фармаколошка терапија мора бити праћена едукацијом болесника у погледу: а) циљева и очекивања од стране лечења; б) безбедности лекова; ц) потенцијалних нежељених дејстава и интеракција лекова; д) другим модалитетима лечења (когнитивна и бихевиорална терапија); е) могућности повећања дозе; ф) повратној (rebound) инсомнији.

Б) Болеснике треба редовно контролисати, на почетку лечења сваких неколико недеља уколико је могуће, како би се проценила ефикасност, евентуална нежељена дејства и потреба за даљом терапијом.

Ц) Треба уложити напоре како би се применила најнижа ефикасна доза одржавања или постепено смањила доза када се стекну услови.

Смањење дозе и укидање терапије је олакшано коришћењем применом ЦБТ-и.

Д) Хронична хипнотична терапија може бити индикована за дуготрајну употребу код људи са тешком или рефрактерном инсомнијом или хроничним коморбидитетом. Када год је могуће потребно је покушати код сваког болесника са когнитивно бихевиоралном терапијом током дуготрајне фармакотерапије.

Дуготрајно лечење лековима треба да је праћено сталним контролама, проценом ефикасности лекова, праћењем нежељених дејстава и проценом новонасталих или погоршања постојећих коморбидитета.

Дуготрајно лечење лековима се може применити било сваке ноћи, интермитентно (нпр. три ноћи током недеље) или према потреби.

*Комбиноване терапије:*

**28)** Комбиновану терапију (СВТ-и плус лекови) применити у смислу: а) обрасца јављања симптома; 2) терапијског циља; 3) одговора на претходне терапијске покушаје; 4) захтева болесника; 5) цене лечења; 6) доступности других облика лечења; 7) коморбидитета; 8) контраиндикација; 9) нежељених дејстава (**консензус**).

29) Комбинована терапија није конзистентно успешна али ни неуспешна у односу на примену само СВТ-и. Поређења са дуготрајном применом фармакотерапије не постоје (консензус).

## УВОД

Сомптоми несанице се јављају код приближно 33% до 50% одрасле популације; симптоми несанице са последицама током дана или неким поремећајем се јавља код (општа несаница) 10% до 15%. Конзистентан фактор ризика за инсомнију обухвата старији узраст, женски пол, постојање коморбидитета (медицински, психијатриски поремећаји као и поремећаји спавања или злоупотребе лекова или супстанци), сменски рад и можда незапосленост и нижи социо-економски статус. „Инсомнија“ се у различитим контекстима користи како би се означио симптом или специфични поремећај. У овом Упутству болест „Инсомнија“ се дефинише као субјективна тегоба отежане иницијације, одржавања и консолидације спавања или лош квалитет који постоји упркос адекватним условима за спавање, а који као последицу имају сметње у раду и понашању током дана. Обзиром да несаница може да се прикаже у виду читавог низа специфичних тегоба и фактора који томе доприносе, време потребно лекару за евалуацију и лечење несанице може бити веома дуго, што опет представља својеврстан проблем. Сврха овог клиничког Водича је да лекарима обезбеди оквир за дијагностику и лечење хроничне инсомније код одраслих путем практичних савета који се базирају на доказима где год је то могуће, као и путем препорука заснованих на консензусу како би се премостиле области у којима такви параметри не постоје.

## МЕТОДЕ

Ово клиничко упутство укључује препоруке које се заснивају како на доказима тако и на препорукама. У одељку о препорукама сажетка Водича, свака препорука је праћена нивоом доказа: стандард, препорука, опција или консензус. „Стандард“, „препорука“ и „опција“ су преузети из препорука медицине засноване на доказима Америчке академије за медицину спавања (AASM). „Консензус“ је настао користећи модификовану технику норминалне групе. Развој ових ставова и њихова адекватна примена су описани у даљем тексту.

### *Практична упутства засновани на доказима*

У развоју ових препорука инкорпорирани су постојећи AASM практични параметри који се тичу дијагностике и лечења хроничне инсомније код одраслих. Ови радови са практичним упутствима, не само да дају свеобухватна практична упутства у вези хроничне инсомније, већ и детаљно обрађују специфичну област везану за инсомнију одраслих; она су развијени путем компјутеризованог, систематског претраживања литературе (за кључне речи и друге детаље погледај препоручену литературу) а затим критичког прегледа, процене и степеновања сваке публикације (8) на основу степена доказа.

На основу ових прегледа Комитет за практичне стандарде AASM је развио практична упутства.

### *Препоруке засноване на консензусу*

Препоруке засноване на консензусу су развијене за овај Водич како би се обрадиле важне области клиничке праксе које у претходним упутствима ААСМ нису обрађене или су расположиви емпириски подаци били ограничени или недовољни. Препоруке засноване на консензусу одражавају заједничке ставове чланова Комитета или рецензента који се базирају на литератури и општој клиничкој пракси експерата у одређеној области, а настали су употребом модификоване технике номиналне групе. ААСМ је окупио Експертски панел о инсомнији како би ауторизовао овај водич. Поред тога што је користио све ААСМ водиче и ААСМ публикације експертски панел је прегледао друге релевантне изворе добијене претрагом „Medline“ (сви узрости ораслих укључујући и старе особе; „инсомнија и“ кључне речи које се односе на дијагностику, тестирање и терапију. Користећи састанке, гласање и теле-конференције експертски панел је донео консензусе и препоруке за области које ААСМ до тада није покрио. Препоруке су настале после дискусије свих чланова панела у заједничком консензусу. Како би се смањио експертски утицај појединца панел је гласао анонимно и консензусом рангирао: 1) потпуно се не слажем до 9) у потпуности се слажем. Консензус је постигнут када би сви експерти рангирали препоруку са 8 или 9. Уколико консензус није постигнут после првог гласања, препоруке су поново продискутоване, допуњене уколико је потребно, а ново анонимно гласање је спроведено. Уколико се консензус није постигао после другог гласања, процес је понављан до постизања консензуса уз усклађивање одређених ставова.

<b>Табела 1. Ниво препоруке ААСМ</b>	
Термин	Дефиниција
<b>Стандард</b>	Ово је опште прихваћена стратегија о бризи око болесника која одражава висок степен клиничке сигурности. Израз ' <i>стандард</i> ' подразумева употребу Нивоа 1 доказа, који се директно односи на клинички проблем, или обиље Ниво 2 доказа
<b>Препорука</b>	Ова стратегија бриге око болесника одражава умерен степен клиничке сигурности. Израз ' <i>препука</i> ' подразумева Ниво 2 доказа или консензус Нивоа 3 доказа.
<b>Опција</b>	Ова стратегија бриге око болесника одражава несигуран клинички ниво. Израз ' <i>опција</i> ' подразумева недовољне, несигурне или конфликтне доказе или конфликтна мишљења експерата.

#### *Употреба практичних упутстава и клиничког упутства*

Практично упутство ААСМ се базира на прегледу и степеновању литературе засноване на доказима, уз честу обраду специфичних области или тема. Клиничко упутство обезбеђује лекарима радни оквир за дијагностику и лечење болести или поремећаја. Ово упутство укључује радове са практичним упутствима али укључује и области са ограниченим или недовољним доказима, све како би се обезбедила свеобухватна практична упутства. Како практична упутства тако и клиничка упутства дефинишу принципе праксе која би требала да задовољи потребе већине болесника. Међутим, не треба их схватити као исцрпне, потпуно свеобухватне методе, или потпуно искључиве у односу на друге доступне методе или принципе, за које се може сматрати да би могли да дају исте резултате. Коначну одлуку о подобности одређене терапије морају донети лекар и болесник, у светлости одређене ситуације

карактеристичне за датог болесника, затим на основу расположивих дијагностичких алата, доступних видова лечења, расположивих ресурса и других релевантних фактора. AASM очекује да ово клиничко упутство утиче на професионалне ставове и резултате лечења болесника. Оно одражава савремена сазнања у време објављивања и биће поново разматрано, осавремењено и ревидирано чим се појаве нови ставови који су на располагању.

## ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА ИНСОМНИЈА

### *Дефиниција инсомнија*

„Инсомнија“ као термин се користи у разним контекстима како би се означио или симптом или специфични поремећај. У овом Водичу инсомнија се дефинише као субјективни доживљај тешкоће у иницијацији спавања, трајању, консолидацији или лошем квалитету спавања, који се јавља упркос постојању одговарајућих услова за спавање а који резултирају неким од дневних поремећаја (**Табела 2**).

<b>Табела 2. Дијагностички критеријуми за инсомнију (ICSD-2).</b>	
А)	Тешкоће са иницијацијом спавања, отежаним одржавањем спавања или са преурањеним буђењем, или спавање које хронично не доноси опоравак или је слабог квалитета.
Б)	Горе наведене тешкоће са спавањем се догађају упркос адекватној прилици или условима за спавање.
Ц)	Постоји најмање један од следећих облика дневног поремећаја који се односи на тешкоће са ноћним спавањем: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) замор или исцрпљеност.</li> <li>2) поремећај пажње, концентрације или памћења.</li> <li>3) неуспех на социјалном или пословном плану или лош успех у школи.</li> <li>4) поремећај расположења или иритабилност.</li> <li>5) дневна поспаност</li> <li>6) смањење мотивације, енергије или иницијативе.</li> <li>7) склоност грешкама/акцидентимана на послу или током вожње.</li> <li>8) тензија, главобоље или гастроинтестинални симптоми настали због неспавања.</li> <li>9) забринутост и страхови у вези спавања.</li> </ol>

У овом Водичу, уколико није друкчије назначено, термин „инсомнија“ се односи на болест (а не на симптом).

Инсомнија је класификована на разне начине у неколико различитих класификационих система. У овом Водичу се Интернационална класификација поремећаја спавања (ICSD-2) користи као основа за класификацију инсомнија. ICSD види инсомнију као једну од осам великих поремећаја спавања, у оквиру које се наводи 12 специфичних инсомнија (**Табела 3**).

ICSD-2 прави разлику између општих дијагностичких критеријума који важе за све инсомније, као и специфичне критеријуме за сваку од дијагноза. Тегобе у вези инсомнија могу настати и у вези са коморбидитетима или другим категоријама



поремећаја спавања као што су поремећај дисања у вези са спавањем, поремећаји циркадианог ритма или ритмични поремећаји покрета у вези са спавањем.

<b>Табела 3. Категорије поремећаја спавања према ICSD</b>	
1) Инсомније	Инсомније (специфични потремећаји)
	1) Адаптациона (акутна) инсомнија
	2) Бихевиорална инсомнија детињства
	3) Психофизиолошка инсомнија
	4) Парадоксална инсомнија
	5) Идиопатска инсомнија
	6) Неадекватна хигијена спавања
	7) Инсомнија последица менталног поремећаја
	8) Инсомнија последица одређеног медицинског стања
	9) Инсомнија последица злоупотребе лекова или супстанци
	10) Инсомнија која није последица злоупотребе лекова или супстанци или познатог физиолошког стања, неспецификована
	11) Физиолошка (органска) инсомнија, неспецификована
2) Поремећај дисања у вези са спавањем	
3) Хиперсомније централног порекла	
4) Поремећаји циркадианог ритма	
5) Парасомније	
6) Поремећаји покрета везани за спавање	
7) Изоловани симптоми	
8) Други поремећаји спавања	

### *Епидемиологија*

Инсомнија се јавља код људи свих узраста и раса као и код свих култура и у свим земљама (9, 10). Преваленца инсомнија варира у зависности од дефиниције инсомније. Симптоми инсомније се јављају код 33% до 50% одрасле популације; симптоми инсомније са последицама (нпр. инсомнија као општи поремећај) се јавља код 10% до 15% популације; специфични облици инсомније се јављају код 5% до 10%. Конзистентан ризик за инсомније обухвата старији узраст, женски пол, коморбидитет (медицински, психијатријски, додатни поремећај спавања и злоупотреба супстанци), сменски рад, и вероватно незапосленост и низак социо-економски статус. Болесници са коморбидитетом медицинске или психијатриске болести су под посебно повећаним ризиком; код психијатријских и поремећаја са болом инсомнија се види у 50% до 75% случајева (11, 12). Ризик односа између инсомније и психијатријског поремећаја је бидирекцион; неколико студија су такође показале повећан ризик од психијатријског

обољења међу испитаницима који су раније имали инсомнију (13). Ток инсомније је најчешће хроничан са студијама које су показале перзистенцију код 50% до 85% испитаника током праћења од једне до неколико година (14).

## ДИАГНОЗА ХРОНИЧНЕ ИНСОМНИЈЕ

### *Дијагностика*

Дијагностика хроничних инсомнија је олакшана уколико схватимо моделе еволуције хроничне инсомније (14 - 17). Бројни модели су схватљиви са неуробиолошког, неуропсихолошког, когнитивног, бихевиоралног и других аспеката. Иако су детаљи текућих модела изван опсега овог Водича, општи концепт модела је важан за идентификовање биопсихолошких предиспонирајућих фактора (као што су хипер-разбуђење, повишена реактивност током спавања, или повишен одговор на стрес), преципитирајућих и перпетуирајућих фактора као што су 1) кондиционирано физичко и ментално разбуђење, 2) научена негативна понашања у вези са спавањем и когнитивне дисторзије. Идентификација перпетуирајућих негативних понашања и когнитивних процеса често лекару обезбеђују вредне информације за дијагнозу као и за развој терапијске стратегије. Насупрот настанку модела инсомније и дијагностичке класификације инсомнија, процедуре за клиничку процену су остале слабије развијене током времена. Дијагностика се и даље ослања на пажљиво узету анамнезу и испитивање које обухвата спавање и будност (**Табела 4**), као и опште медицинско и психијатријско стање и испитивање коморбидитета везаних за узимање лекова или супстанци (Табеле 5, 6 и 7). Анамнеза инсомније укључује процену:

<b>Табела 4. Анамнеза</b>
<b>Тегобе код примарне инсомније</b>
Карактеризација тегоба
тешкоће са уснивањем
честа разбуђивања
лоше или спавање које не освежава
Почетак
Трајање
Фреквенца
Тежина
Ток
Фактори перпетуације
Прошла и тренутно лечење и одговор на терапију
<b>Понашање пред спавања</b>
Активности пред спавање
Опремљеност спаваће собе
Вечерњи физички и ментални статус
<b>Образац спавање—будност (просечна, варијације)</b>
Време одласка на спавање
Латенца спавања
фактори који пролонгирају уснивање

фактори који скраћују спавање
Разбуђивања
број, карактеризација, трајање
<b>Ноћни симптоми</b>
Респираторни
Моторни
Други медицински симптоми
Бихевиорални и психолошки
<b>Дневне активности и функције</b>
Разликовати поспаност од замора
Дремање
Посао
Животни стил
Путовања
Дневне последице (види ICSD -2 критеријуме, табела 2)
квалитет живота
Поремећаји расположења
Когнитивна дисфункција
Погоршање постојећих коморбидитета

**I. Главне тегобе.** Болесници са инсомнијом могу да се жале на отежано уснивање, честа буђења, отежано враћање спавању, преурањено јутарње буђење или спавање које не одмара или не освежи спавача како би осетио наспаваност. Премда болесници могу да се жале и на само један од наведених симптома, обично их је присутно више који коегзистирају и варирају у изражености током постојања несанице. Кључне компоненте укључују одређивање врсте тегобе, трајање (месеци, године или целог живота), учесталост (неколико ноћи недељно или неколико пута током једне ноћи), тежину ноћног поремећаја и асоцирану дневну симптоматологију, ток (прогресиван, интермитентан, агресиван), факторе који појачавају или слабе симптоме и идентификацију прошлих или садашњих преципитаната, фактора перпетуације, терапије и одговоре на терапијске покушаје.

**II. Стања пре спавања.** Болесници са инсомнијом могу да развију понашања која остављају нехотичне последице у виду перпетуирања проблема са спавањем. Ова понашања могу да почну у виду стварања плана стратегије за борбу против несанице као на пример да треба провести више времена у кревету како би се „ухватило“ спавање. Друга понашања у кревету или спаваћој соби која су неспојива са спавањем могу бити разговор телефоном, гледање телевизије, употреба компјутера, спортски тренинг, исхрана, пушење или „посматрање сата“. Болесници са несаницом могу да се жале на сензације или повећану свест о окружењу, и могу да „предвиде“ лоше сате пре спавања тако да постају буднији и анксиознији како се време спавања приближава. Карактеризација средине у којој се спава (кауч или кревет, осветљеност или тама, тишина или галама, температура у соби, спавање сам или са партнером, упаљен или угашен ТВ) као и стање болесникове будности/расположења (поспан - висока будност, релаксиран - анксиозан) може да помогне у размевању који фактори могу да олакшају наступ или продуже почетак спавања или будност после успављивања.

**III. Образац спавање-будност.** У процени симптома везаних за спавање лекар мора да размотри не само болесникове „уобичајене“ симптоме, већ и њихов опсег,

њихову варијабилност од дана до дана као и њихову еволуцију током времена. Специфичне варијабле спавања као што су време успављивања (латенца спавања), број буђења, време после успављивања (WASO), трајање спавања и дремање се могу квантификовати ретроспективно током клиничког испитивања али и проспективно употребом дневника спавања. Иако не постоји специфични квантитативни параметар спавања који би дефинисао инсомнију, уобичајене тегобе болесника са несаницом су латенца спавања дужа од 30 минута, време будности после успављивања дужа од 30 минута, индекс ефикасности спавања испод 85% и/или укупно време спавања краће од 6.5 сати (18, 19). Траба размотрити дневну варијабилност као и варијабилност током дужих временских периода као што је она која се јавља са менструалним циклусом или циклусом смена годишњих доба. Образац спавања који се одвија у неуобичајено време може помоћи у детектовању поремећаја типа „Циркадиани поремећаји ритма“ као што су „Синдром преурањеног одласка на спавање“ или „Синдром касног одласка на спавање“. Испитивање да ли се коначно разбуђивање одвија спонтано или уз помоћ будилника може да нам укаже на потребе болесника за спавањем али и на његов природни ритам будност-спавање. Коначно, лекар мора да процени да ли се дневне и ноћне тегобе болесника јављају упркос одговарајућим условима за спавање (повољни услови и довољно времена за спавање), како би се разликовала инсомнија од бихевиорално изазваног недовољног спавања.

**IV. Ноћни симптоми.** Изјава болесника као и партнера са којим спава могу такође да буду од помоћи при процени ноћних знакова, симптома и понашања повезаних са поремећајима дисања у вези са спавањем (хркање, кашљање, борба за ваздух), поремећајима покрета током спавања (шутирање, немирно спавање), парасомнијама (понашања или вокализација) и коморбидним медицинско/неуролошким поремећајима (рефлукс, палпитације, епилептични напади, главобоље). Такође, друге физичке сензације и емоције током будности (нпр. бол, немир, анксиозност, фрустрација, ожаложеност или нерасположење) могу допринети настанку инсомније па их треба посебно испитати.

**V. Дневне активности и дневно функционисање.** Дневне активности и понашања могу обезбедити информације о потенцијалним узроцима и последицама несаница. Дремање (учесталост на дан, трајање, вољно или невољно упражњавање), посао (време када се ради, врста посла као што је нпр. управљање машинама или возилом као и могуће опасне последице, одговорност старатеља), животни стил (седантеран или активан, везан за кућу, окспозиција светлу, тренинзи), путовања (поготову преко временских зона), дневне дисфункције (квалитет живота, расположење, когнитивна дисфункција) и егзацербације или коморбидитете треба испитати до у детаље. Честе дневне последице обухватају:

*А) умор и поспаност.* Осећај заморености (ниска енергија, физички умор или исцрпљеност) су чешћи од осећаја поспаности (праве тенденције да се заспи) код болесника са хроничном инсомнијом. Присуство значајније поспаности треба да изазове трагање за постојањем неког другог поремећаја спавања. Број, трајање и време појаве дремања треба подробно испитати било као последицу инсомније било као фактор који доприноси настанку инсомније. Табела 6.

*Б) поремећај расположења и когнитивне потешкоће.* Жалбе на иритабилност, губитак интересовања, блага депресија и анксиозност су чести код болесника са инсомнијом. Болесници са хроничном инсомнијом се често жале на менталну неефикасност, тешкоће са присећањем, тешкоће са отежаним фокусирањем пажње или извођењем комплексних менталних задатака.

Ц) *квалитет живота*. Иритабилност и замор повезани са инсомнијом могу довести до настанка интерперсоналних сукоба или избегавања одређених активности или контаката. С друге стране, интерперсонални проблеми код неких људи могу значајно допринети настанку несанице. Проблеми током спавања и током будности могу довести до смањења дневних активности укључујући и социјалне контакте, тренинге или чак и одласке на посао. Недостатак редовних дневних активности и вежбања могу, опет, да допринесу настанку несанице.

Д) *погоршање коморбидних стања*. Коморбидна стања могу изазвати или погоршати тешкоће са спавањем. Исто тако лоше спавање може погоршати симптоматологију коморбидних стања. Тешкоће са спавањем могу да најаве почетак поремећаја расположења или погоршају постојећа коморбидна стања.

Е) *остала анамнеза*. Комплетна анамнеза инсомније укључује медицинску, психијатријску али и анамнезу о употреби лекова или супстанци, као и породичну, социјалну и радну анамнезу. Широк опсег медицинских (Табела 5) и психијатријских (Табела 6) стања могу представљати коморбидитет са инсомнијом. С друге стране, директно дејство лекова купљених ван апотеке као и оних узетих на рецепт или дејство других супстанци (Табела 7) као и њихова обустава узимања, може утицати како на спавање тако и на дневне симптоме. Стања која су често коморбидна са инсомнијом као што су поремећаји расположења или анксиозност, могу имати породичну или генетску основу. Социјална као и радна анамнеза могу да покажу утицај инсомније не само на индивидуалне факторе већ и на факторе који доприносе инсомнији. Радна анамнеза треба да посебно обухвати рад са опасним машинама, возачке обавезе, регуларно или ирегуларно (сменско) радно време као и трансмеридиална путовања.

Табела 5. Чести коморбидитети, стања и симптоми	
Систем	Објашњење одређених појмова (скраћеница и имена лекова).
Неуролошки	шлог, деменција, Паркинсонова болест, епилепсија, главобоље, трауматске повреде мозга, периферна неуропатија, хронични болни синдроми, неуромишићне болести
Кардиоваскуларни	<i>angina pectoris</i> , конгестивна слабост срца, диспнеа, дисритмије
Плућни	ХОБП, емфизем, астма, ларингоспазам
Дигестивни	рефлукс, пептички улкус, холелитиаза, колитис, синдром иритабилних црева
Генитоуринарни	инконтиненција, бенигна хипертрофија простате, ноктурија, енуреза, интерситицијални циститис
Ендокрини	хипотиреоидизам, хипертиреозидизам, <i>diabetes mellitus</i>
Мишићно-скелетни	реуматоидни артритис, остеоартритис, фибромиалгија, Sjögren-ов синдром, кифоза
Репродуктивни	трудноћа, менопауза, варијације у менструалном циклусу
Поремећаји спавања	опструктивна апнеа у спавању, централна апнеа у спавању, синдром немирних ногу, периодични покрети екстремитета у спавању, поремећај циркадианог ритма, парасомније
Друго	алергије, ринитис, синуситис, бруксизам, употреба алкохола и других супстанци/зависност/нагла обустава

<b>Табела 6. Чести коморбидни психијатријски поремећаји и симптоми</b>	
Категорија	Примери
Поремећаји расположења	велика депресија, биполарни поремећај, дистимија
Анксиозни поремећаји	генерализовани анксиозни поремећај, панични поремећај, посттравматски стресни синдром
Психотични поремећаји	шизофренија, шизоафективни поремећај
Амнестички поремећаји	Alzheimer-ова болест, друге деменције
Поремећаји који се често виде код деце и у адолесценцији	дефицит поремећаја пажње
Други поремећаји и симптоми	адаптациони поремећај, поремећаји личности, лишавање, стрес

<b>Табела 7. Чести лекови и супстанце које изазивају инсомнију</b>	
Категорија	Примери
Антидепресиви	SSRI (флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам, есциталопрам, флувоксамин), венлафаксин, дулоксетин, MAO инхибитори
Стимуланси	кафеин, метилфенидат, деривати амфетамина, ефедрин и деривати, кокаин
Деконгестиви	псеудоефедрин, фенилефрин, фенил-пропаноламин
Наркотични аналгетици	оксикодон, кодеин, пропоксифен
Кардиоваскуларни	бета блокатори, агонисти и антагонисти алфа рецептора, диуретици, антилипемци
Плућни	теофилин, албутерол
Алкохол	

**Испитивање физичког и менталног статуса.** Хронична инсомнија није повезана са неким специфичним особинама испитиваног физичког и менталног статуса. Међутим, та испитивања могу да обезбеде важне информације у погледу постојања коморбидитета и диференцијалне дијагнозе. Физички преглед треба да процени факторе ризика за апнеу у спавању (гојазност, повишен обим врата, препреке у горњим дисајним путевима) и коморбидна медицинска стања која обављају али нису ограничена на поремећаје плућа, срца, реуматолошке, неуролошке, ендокрине (нпр. тиреоидеа) и гастроинтестиналне системе. Испитивање менталног статуса би требало да се фокусира на расположење, анксиозност, памћење, концентрацију и степен будности или поспаности.

**Информације које подржавају дијагнозу.** Док детаљна клиничка анамнеза и преглед чине срж испитивања, а диференцијална дијагноза је додатно потпомогнута употребом дневника спавања, упитницима о квалитету спавања, поспаности,

психолошком проценом или сагледавањем квалитета живота (Табела 8), а у неким случајевима и актиграфијом (20, 21, 22). За испитивање специфичних инсомнија корисни су психолошко тестирање, упитници о квалитету живота и други тестови за испитивање коморбидитета. Избор алата којим ћемо испитивати треба да се базира на анамнези узетој од болесника и клиничком размишљању. Минимум који би болесник требало да испуни садржи:

(1) општи медицинско-психијатријски упитник уз податке о коришћеним и тренутним лековима (како би се открили коморбидитети и (зло)употреба лекова/супстанци).

(2) Ерворт-ова скала поспаности или друга врста процене поспаности (како би се идентификовали поспани испитаници) (23).

(3) дневник спавања у трајању од две недеље како би се сазнали времена уснивања и буђења, општи обрасци спавање-будност као и дневне варијабилности.

<b>Табела 8. Примери упитника о инсомнији који се користе за основно и испитивање резултата лечења</b>	
Упитник	Опис
Ерворт- ова скала поспаности	Скала са 8 појмова којом болесник сам процењује степен поспаности (опсег: 0-24; нормална вредност: до 10).
Индекс тежине инсомније	Скала са 7 појмова која се користи за процену болесникове перцепције спавања
Pittsburgh-ов индекс квалитета спавања	Скала са 24 појма којом се испитује како болесник види квалитет спавања (лоше спавање: укупни скор мањи од 5)
Бек -ова скала депресивности	BDI (или BDI - II) је скала са 21 појмом, којом болесник мери сопствену депресивност (минимум или без депресије: BDI мање од 10; умерена до тешка депресија: BDI више од 18)
State-Trait скала анксиозности (облик Y trait скале)	STAI је скала са 20 појмова којом болесник мери сопствену анксиозност (опсег: 20-80; минимална анксиозност: Т-скор мање од 50; значајна анксиозност: Т скор већи од 70)
Скала тежине замора	Скала са 9 појмова којима болесник степенује дневни замор
Кратки облик здравственог упитника (SF -36)	SF -36 садржи 36 појмова којима болесник одређује квалитет живота за било који поремећај (опсег од 0 (најгоре) до 100 (најбоље))
Дисфункционално веровање и ставови о упитнику о спавању	DBAS садржи 28 појмова којима болесник процењује сопствену негативну когницију у односу на спавање

Кад год је могуће требало би попунити упитнике и дневник спавања у трајању од две недеље пре прве визите, како би се почео процес сагледања болесникових општих ставова у погледу спавања, насупрот испитивању само једне једине ноћи, као и како би се болесник рагрутовао да заузме активну улогу у лечењу. Основне мере које треба добити од дневника спавања су:

Време одласка на спавање.  
 Латенца спавања (LS: време потребно да се заспи од момента почетка спавања)  
 Број разбуђивања и њихово трајање.  
 Будност после успављивања (WASO): збир времена будности од почетка спавања до коначног буђења).  
 Време у кревету (TIB): време од почетка спавања до устајања).  
 Укупно време спавања (TST): време у кревету умањено за латенцу спавања и WASO).  
 Индекс ефикасности спавања (SE):  $TST/TIB \times 100$ ).  
 Време дремања (фреквенца, број јављања, трајање).  
 Дневници спавања могу да обухвате и извештај о квалитету спавања, дневним последицама лошег спавања, лековима, употреби кафеина и алкохола за сваки период од 24 часа.

**Алати за објективну процену.** Лабораторијске анализе, полисомнографија и актиграфија нису рутински индиковани код процене инсомније, али се могу користити код испитаника који имају специфичне симптоме или знаке коморбидне медицинске или болести спавања.

#### Диференцијална дијагноза

Инсомнија и болести у вези са инсомнијом побројане у ICSD -2 се концептуално могу поделити у три главне групе:

- 1) Инсомнија повезана са другим поремећајима спавања најчешће укључује поремећаје дисања током спавања (нпр. опструктивна апнеа), поремећаје покрета (нпр. синдром немирних ногу или периодичне покрете екстремитета током спавања) или поремећаје циркадианог ритма спавања.
- 2) Инсомнија због постојање меидицинске или психијатријске болести или (зло)употребе лекова или супстанци (коморбидна инсомнија); и
- 3) Примарна инсомнија укључујући психофизиолошку, идиопатску и парадоксалну инсомнију.

**Табела 9.** описује кључне особине инсомнија наведених у ICSD -2. **Слика 1** приказује дијагностички алгоритам за хроничну инсомнију на основу особина наведених у Табели 9. Треба приметити да коморбидне инсомније и дијагнозе мултиплих инсомнија могу да коегзистирају, па захтевају одвојену идентификацију и лечење.

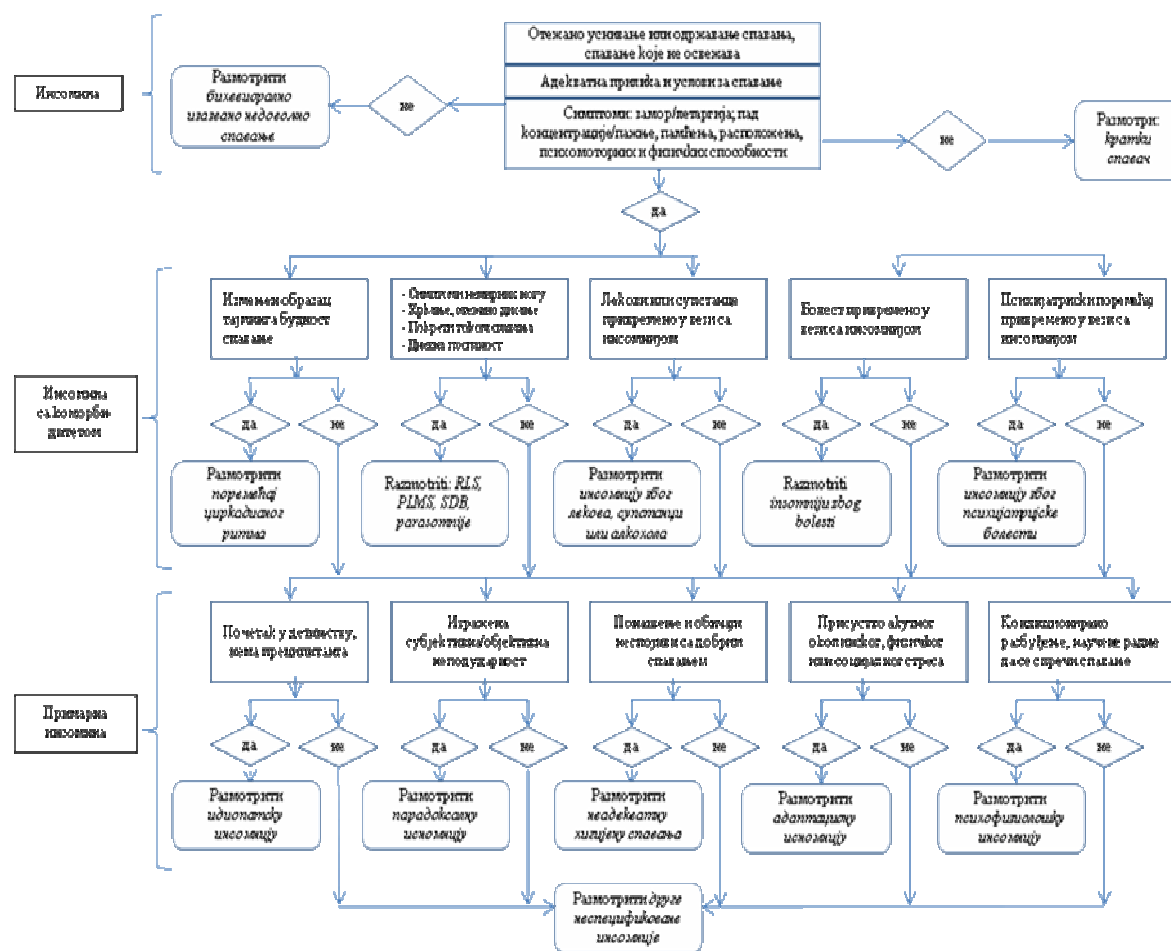
Табела 9. ICSD -2. Инсомније	
Поремећај	Опис
Адаптациона (акутна) (инсомнија)	Основна особина овог премећаја је присуство инсомније која је повезана са одређеним стресором као што је психолошки, физички или околински поремећај. Поремећај спавања има кратко трајање (дани или недеље) и очекује се да нестане када нестане и стресор.
Психофизиолошка инсомнија	Основна особина овог поремећаја је повишен степен разбуђености и научена понашања која спречавају спавање. Разбуђење може бити физиолошко, когнитивно или емоционално и карактерише се мишићном тензијом, „брзим мислима“ или повишеном свешћу о околини.



	Болесници типично имају повећану забринутост у вези тешкоћа са спавањем и њиховим последицама што води у <i>circulus vitiosus</i> разбуђења, лошег спавања и фрустрације.
Парадоксална инсомнија	Основна особина овог поремећаја је жалба на тешку или „тоталну“ несаницу која значајно одступа од објективних показатеља поремећаја спавања и у нескладу је са степеном дневних тегоба. Премда се парадоксална инсомнија најбоље дијагностикује уз ПСГ и субјективни доживљај о спавању, њена дијагноза се може поставити и само на основу клиничког налаза. До одређеног степена „лоша перцепција“ тежине поремећаја спавања може да одликује све инсомније.
Идиопатска инсомнија	Основна особина овог поремећаја је дуготрајна жалба на инсомнију нејасног времена почетка током (раног) детињства без или са врло мало периода ремисије. Идиопатска инсомнија није повезана са специфичним преципитирајућим или перпетуирајућим факторима.
Инсомнија као последица менталног поремећаја	Основна особина ове болести је појава инсомније која се јавља само током менталног поремећаја и сматра се да је њиме и изазвана. Инсомнија је довољно изражена да изазове последице и да захтева посебно лечење. Ова дијагноза се не користи како би објаснила инсомнију која има ток независан од асоцираног менталног поремећаја и ритински се не дијагностикује код особа које имају „уобичајен“ степен изражености проблема са спавањем који иначе иду са асоцираним менталним поремећајем.
Неадекватна хигијена спавања	Основна особина ове болести је инсомнија повезана са вољним поступањем и активностима који су неспојиви са добрим квалитетом спавања и будности током дана. Ова пракса или активности типично доводе до повишене разбуђености или директно интерферирају са спавањем а могу да укључе ирегуларно време одлазака на спавање, употребу алкохола, кофеина или никотина или понашање неспојиво са спавањем у условима погодним за спавање. Одређени елементи лоше хигијене спавања могу да буду присутни и код других облика инсомније.
Несаница због (зло) употребе лека или сусптанце	Основна особина овог поремећаја је поремећај спавања због употребе лекова, супстанци за рекреацију, кофеина, алкохола, хране или неког токсина из околине. Инсомнија се може јавити током употребе/експозиције или током обуставе. Када се идентификована супстанца обустави тегобе се смањују а очекује се да инсомнија престане или се значајно поправи.
Несаница због медицинског стања	Основна особина ове болести је појава инсомније узроковане коегзистирајућом медицинском болешћу или другим физиолошким фактором. Иако је инсомнија обично повезана са пуно болести или стања ову дијагнозу треба користити када инсомнија доводи до значајног поремећаја или захтева посебну клиничку пажњу. Дијагноза се не користи како би се објаснила инсомнија која има ток

	независан од коморбидне болести и не поставља се код људи који имају „уобичајен“ степен изражености проблема са спавањем који иначе иду са асоцираном медицинском болешћу.
Инсомнија која није последица супстанце или познатог физиолошког стања, неспецификована; Физиолошка (органска) инсомнија	Ове две дијагнозе се користе за инсомније које се не могу класификовати у неку другу групу, већ се сматра да су у вези са постојећим менталним поремећајем, психолошким факторима, понашањем, болешћу, физиолошким стањем или супстанцом или експозицијом. Ове се дијагнозе типично користе када је потребно даље испитивање како би се идентификовале специфична придодата стања, или када болесник не испуњава критеријуме за неки од наведених специфичних поремећаја.

**Слика 1. Алгоритам за Процену хроничне инсомније.** Треба имати на уму да једна дијагноза не искључује друге дијагнозе (коегзистенција више дијагноза). Акутна Адаптациона инсомнија је, иако не спада у хроничне инсомније, укључена у алгоритам хроничне инсомније како би се нагласила потреба да спољни стресори могу изазвати, перпетуирати или погоршати хроничну инсомнију.



## Лечење хроничних инсомнија

### А) Индикације за лечење

Лечење инсомнија је индиковано када хронична инсомнија оставља значајане негативне последице на квалитет спавања, здравље, коморбидна стања или дневну функционалност. Важно је препознати и лечити коморбидитете који се често јављају са инсомнијом као и идентификовати и модификовати понашања и лекове или супстанце који кваре спавање.

### Б) Саветовање по питању ризика.

#### Терет јавног здравља и јавна сигурност.

Инсомнија изазива како индивидуалне тако и проблеме за цело друштво. По дефиницији, болесници са хроничном инсомнијом имају дневне сметње и поремећаје когниције, расположења или радне способности који утичу на болесника а потенцијално и на продицу, пријатеље, сараднике и старатеље. Болесници са хроничном инсомнијом чешће користе здравствене ресурсе, посећују лекаре, одсуствују са или касне на посао, чине грешке или имају повреде на послу и изазивају озбиљне саобраћајне несреће (24, 25). До сада су уочени повишен ризик за суицид, злоупотреба супстанци и релапси и имуне дисфункције (26). Коморбидна стања, нарочито депресија, анксиозност и злоупотреба супстанци су врло чести. Постоји бидирекциони повишени ризик између инсомнија и депресије. Друга медицинска стања, нездрав начин живота, пушење, алкохолизам и зависност од кафе такође представљају ризик за инсомнију. Самолечење са алкохолом, лековима купљеним ван али и у апотеци као и мелатонин односе годишње милионе долара (27). Лекари морају бити будни у односу на могуће индивидуалне и друштвене ризике током порцеса дијагностике.

#### Генетика

Са изузетком фаталне фамилијалне инсомније која је ретко обољење, код инсомнија нису дефинисане посебне специфичне генетске асоцијације. Породична тенденција ка инсомнијама је уочена, али релативан допринос генетске вулнерабилности и наведеног маладаптивног понашања су непознати.

### Ц) Општа разматрања и циљеви лечења.

Веома је важно препознати и лечити коморбидитете (нпр. депресију мајор или медицинско стање као што је хронични бол) који се често јављају са инсомнијом (28). Исто тако је неопходна идентификација и модификација неадекватног уноса кофеина, алкохола или самолечења. Одговарајући тајминг или подешавање тренутне терапије болесника захтева адекватно разматрање и може довести до ослобађања од симптома. На пример, прелазак на мање стимулативан антидепресив или измена времена узимања лека могу поправити спавање или дневне симптоме.

Циљеви лечења (**Табела 10**) укључују смањење симптома током спавања и будности, побољшање дневног функционисања и смањење узнемирености. Резултети

лечења се могу пратити лонгитудинално путем клиничке евалуације, упитницима и дневником спавања.

Пре разматрања могућих начина лечења, лекар и болесник треба да одлуче шта су примарни а шта секундарни циљеви а све базирано на главној тегоби и основним мерама као што су латенца спавања, број разбуђивања, WASO, учесталост и тежина симптом(а), степену ноћног поремећаја и последицима дневним симптомима (**Табела 10**). После разматрања могућих видова лечења које ваља одабрати тако да одговарају главним тегобама, потребно је са болесником одредити специфичан план праћења и временски оквир без обзира на одабрани начин лечења.

Квантификовање квалитета спавања, дневног функционисања и побољшања коморбидитета, захтева дубљу процену, често користећи специфичне упитнике за одређене проблеме код инсомније (**Табела 8**). Уколико лекар није упознат са тестовима, примена и праћење путем оваквих тестова може захтевати консултацију специјалисте за бихевиоралну медицину, психолога или другог професионалца у зависности од потребе лекар.

Психолошке и бихевиоралне интервенције као и агонисти бензодиазепинских агониста (BzRAs) су показали краткотрајну ефикасност код лечења хроничних инсомнија. Психолошке и бихевиоралне интервенције показују како краткотрајну тако и дуготрајну ефикасност и могу се користити за лечење како примарних тако и коморбидних инсомнија. Психолошке, бихевиоралне и фармаколошке интервенције се могу користити појединачно или у комбинацији (**Слика 2**). Без обзира на избор врсте терапије важна компонента лечења је честа провера постигнутог као и контакт са болесником. Поред тога, препоручује се повремена поновна клиничка контрола и после завршетка лечења обзиром да је степен релапса код хроничних инсомнија врло висок.

#### Д) Психолошке и бихевиоралне терапије

Актуелни модели указују да психолошко и когнитивно хиперразбуђење доприноси настанку, еволуцији и хроничитету инсомнија. Поред тога, типично је да болесници развијају проблематична понашања као што су продужен боравак у кревету током дужег временског периода што често доводи до повећаног напора да се заспи, повишене фрустрације и анксиозности око тога да се неће спавати, даљој будности и негативним ишчекивањима и даљем поремећају веровања и ставова у односу на сам поремећај и његове последице. Могуће је да настану негативни научени одговори који постају кључни у фактор перпетуације а које треба узети за циљ код примене психолошких и бихевиоралних терапија. Терапије које обухватају ове сржне компоненте играју важну улогу у лечењу како примарних тако и коморбидних инсомнија (29). Ове терапије су делотворне код одраслих свих узраста укључујући и старије. Док се већина студија ефикасности фокусира на болесника са примарном инсомнијом, новије студије су показале сличне резултате код болесника са психијатријским или медицинским коморбидитетом.

Етиологија инсомнија је мултифакторијелна. Код коморбидних инсомнија лечење почиње истраживањем коморбидитета. То може укључивати лечење главне депресивне болести, оптимално лечење бола или других медицинских стања, искључивање лекова који разбуђују или допаминергичке терапије која је уведена због лечења болести поремећаја покрета. Раније је постојао широко прихваћен став да ће лечење коморбидних стања елиминисати и инсомнију. Међутим, све је очигледније да се током коморбидне болести развијају бројни психолошки и бихевиорални фактори који проблем инсомније перпетуирају. Ови фактори перпетуације обично укључују

забринутост у вези способности или могућности да се спава, као и дневне консеквенце лошег ноћног спавања, измене у веровању и ставовима о пореклу, значењу и значају инсомнија, а и неуспешне покушаје да се прилагоди новонасталом стању (нпр. планирање измена у времену спавања и будности) или претеран боравак у будном стању у кревету. Ово последње је од посебног значаја јер је повезано са „врло се трудим да заспим“ и порастом фрустрације и напетости у контексту повећане будности. Тако кревет постаје повезан са стањем будности или разбуђености обзиром да се та кондиционирана парадигма понавља из ноћи у ноћ.

Имплицитан циљ психолошке и бихевиоралне терапије је промена у систему веровања који резултира у увећању болесникове свести о само-ефикасности у односу на лечење инсомније. Ови циљеви се могу постићи путем следећих поступака:

I). Идентификовањем неадекватног понашања и сазнања који перпетуирају хроничну инсомнију.

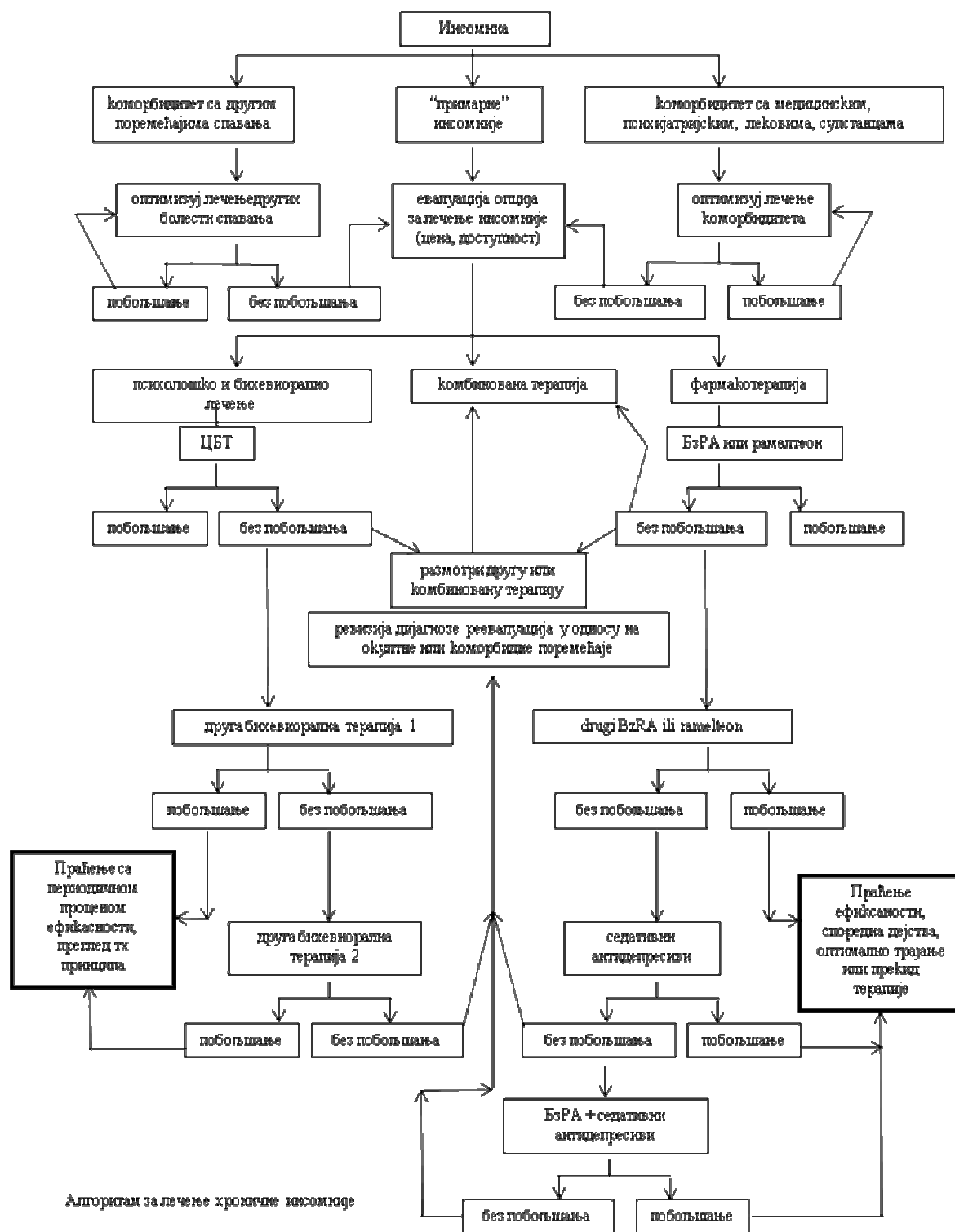
II). Обраћањем пажње болесника на когнитивне поремећаје (лоша сазнања или перцепцију) који су инхерентни инсомнији и рад са болесником како би се његова схватања реструктурирала у мисли и ставове који су више компатибилни са спавањем.

III). Употреба специфичних бихевиоралних приступа који уклањају повезаност између напора да се спава и повишене разбуђености смањењем времена проведеног у кревету у будности, док се истовремено промовише жељена повезаност између кревета, релаксације и спавања.

IV) Успостављање регуларног обрасца будност-спавање, здравих понашања пред и у вези спавања, успостављање одговарајућих услова и понашања која воде спавању.

V). Употреба других психолошких и бихевиоралних техника које смањују степен општег психофизиолошког разбуђења и анксиозности у вези спавања.

Слика 2. Алгоритам за лечење хроничне инсомније



Психолошке и бихевиоралне терапије инсомнија укључују и један број различитих специфичних модалитета (**Табела 11**). Распоживи подаци иду у прилог ефикасности *контроли стимулуса, релаксационом тренингу и когнитивно-бихевиоралној терапији инсомнија (СВТ -и)* (тј. мултимодални приступ који обухвата како когнитивне тако и бихевиоралне елементе) *са или без релаксационе терапије*. Ове терапије су препоручене као стандардне процедуре у лечењу хроничних инсомнија.

Мада су други модалитети уобичајени и корисни са доказаном ефикасношћу, ниво доказа није довољан за психолошке и бихевиоралне третмане укључујући рестрикцију спавања, парадоксалну интенцију или биофидбек. Једноставна едукација само о хигијени спавања нема доказану ефикасност за лечење хроничне инсомније. У пракси се најчешће комбинују специфичне психолошке и бихевиоралне терапије као мулти-модални пакет лечења под називом СВТ -и. СВТ -и понекад обухвата и излагање светлости и мраку, као и модификације температуре и спаваће собе. Друге нефармаколошке терапије као што је терапија светлом могу бити корисне у утврђивању и поспешивању регуларног распореда спавања-будности са побољшањем квалитета и дужине спавања. У порасту је број података који сугеришу да психолошки и бихевиорални третмани имају дуготрајну ефикасност.

**Табела 10 – Циљеви Лечења**

**1. Главни Циљеви**

- Побољшање квалитета и/или дужине спавања
- Побољшање дневних тегоба повезаних са инсомнијом као сто су повећање нивоа енергије, пажње или проблема памћења, когнитивне дисфункције, умора или соматских симптома

**2. Остали Циљеви**

- Побољшање симптома инсомније (SOL, WASO, број епизода буђења) као што су:
  - o SOL <30 минута и/или
  - o WASO, 30 минута и/или
  - o Смањење учесталости епизода буђења или других жалби повезаних са спавањем
  - o TST > 6 сати и/или ефикасност спавања >80% до 85%
- Формирње позитивне и јасне асоцијације између кревета и спавања
- Самање психолошког стреса везаног за спавање

У случају када почетни психолошки/бихевиорални третман није успешан, могу се употребити друге психолошке/бихевиоралне терапије, комбинација СВТ -и терапија, или комбинација лечења са фармаколошком терапијом (описана касније). Осим тога, требало би испитати и присуство коморбидитета.

Психолози и остали лекари који поседују општу когнитивно-бихевиоралну едукацију највероватније поседују и различите нивое искуства у бихевиоралном лечењу спавања. Идеално, такав третман би требало да ради лекар који специфично обучен у овој области као што је специјалиста у бихевиоралној медицини спавања. Америчка Академија Медицине Спавања је установила стандардизован процес за

Сертификацију Бихевиоралне Медицине Спавања. (30, 31). Међутим, овај ниво лечења није увек доступан свим болесницима. Такође, врста лечења (појединачно или групно) и распоред лечења (једном или двапут недељно у неколико сесија) варира од институције до институције. Узимајући у обзир да немамо довољан број едукованих терапеута за поремећаје спавања, обука постојећег кадра и употреба алтернативних метода лечења и праћења (као што је анализа телефоном или дневници спавања и упитници добијени електронским путем); иако непотврђене, овакве методе могу послужити као привремене опције лечења овог честог и хроничног поремећаја.

### Фармаколошке терапије

Циљеви фармаколошке терапије су слични циљевима бихевиоралних терапија – побољшање квалитета И квантитета спавања, побољшање дневне функционалности, смањење латенце спавања и будног стања после почетка спавања, и повећање укупног времена спавања. Фактори који се користе у селекцији фармаколошког агенса би требало да буду вођени следећим принципима: (1) образац симптома; (2) циљевима лечења; (3) резултатима предходног лечења; (4) жељама болесника; (5) трошковима лечења; (6) доступношћу различитих врста третмана; (7) коморбидитетна стања; (8) контраиндикацијама; (9) интеракцијама лекова које пацијент истовремено узима; и (10) незелењим ефектима.

Фармаколошки третмани за инсомнију који су дозвољени од стране FDA укључују неколико VzRAs и агониста мелатонинских рецептора (**Табела 12**). Специфични VzRAs се разликују једни од других првенствено по фармакокинетичком профили, мада су неки од њих релативно селективнији од других за специфичне подтипове GABA рецептора. Краткорочна ефикасност VzRAs је већ демонстрирана у великом броју рандомизираних контролисаних студија. Мањи број контролисаних студија показују континуирану ефикасност у дужим временским периодима. Потенцијални негативни лечења са VzRAs укључују резидуалну седацију, погоршање меморије и учинка на послу, падове, нежељена понашања у току спавања, соматске симптоме и интеракције са другим лековима. Велики број других лекова се користе за лечење спавања изван њихових примарних индикација, укључујући антидепресиве и антиепилептике. Ефикасност и сигурност ових лекова у лечењу хроничне инсомније нису адекватно утврђене. Многи лекови који се могу добити без рецепта као и хомеопатски лекови се такође употребљавају у лечењу инсомније, укључујући антихистаминике, мелатонин, и валеријану. Докази ефикасности и сигурности ових лекова су ограничени.

Следеће препоруке се односе првенствено на болеснике са дијагнозама психофизиолошке, идиопатске, и парадоксалне инсомније у ICSД -2, или дијагнозама примарне инсомније у DSM-IV. Код примене фармакотерапије, препоруке за лечење су представљене по реду:

**I) Кратко/средње-делујући БЗРА, рамелтеон:** \* Примери кратко/средње-делујућих VzRA укључују залеплон, золпидем, есзопиклон, триазолам и темазепам. Ниједан посебно од лекова из ове групе нема повољније дејство у односу на друге у општем смислу; сваки од ових лекова има утврђено позитивно дејство на латенцу спавања, TST, и/или WASO у плацебо-контролисаним студијама (32-37). Међутим, појединачни болесници могу различито да реагују на различите лекове из ове групе. Фактори које би требало узети у обзир код избора сепецифичног лека укључују симптоме, предходне реакције, цену лечења али и жеље болесника. На пример, залеплон и рамелтеон имају врло кратке полуживоте и услед тога ће највероватније



успешно деловати на смањење латенце спавања али ће имати врло мало ефекта на буђење после почетка спавања (WASO); њихова употреба највероватније неће резултирати у резидуалној седацији. Есзопиклон и темазепам имају релативно дуже полуживоте, уз већу вероватноћу да ће побољшати одржавање спавања, као и да ће довести до резидуалне седације, мада се таква споредна дејства јаљају код мањег броја болесника. Триазолам је доведен у везу са појавом "рибаунд" анксиозности због чега није укључен у групу прве линије хипнотика. Болесници који не желе да узимају лек који им је одређен и болесници који имају историју болести зависности могу бити добри кандидати за рамелтеон, посебно ако се жале на тешкоће у започињању спавања.

**II) Алтернативе VzRAs или рамелтеон:** У случају да болесник не реагује добро на иницијални лек, треба применити одговарајући лек из исте групе. Селекција алтернативног лека треба да се базира на реакцији болесника на први лек. На пример, болеснику који се стално жали на будност после успављивања (WASO) може се преписати лек са дужим полуживотом; болеснику који се жали на резидуалну седацију треба преписати лек са краћим полуживотом. Избор специфичног VzRAs може да укључи хипнотике са дужим дејством као што је естазолам. Флуразепам се ретко преписује због дугог полу-живота. Бензодиазепини који нису одобрени за лечење инсомнија (нпр. лоразепам, клоназепам) могу да се размотре за употребу уколико им је дужина дејства одговарајућа за одређеног болесника, или уколико болесник има коморбидитет који ће добро реаговати на примену ових лекова.

#### **Табела 11. Когнитивне и Бихевијоралне Терапије за Лечење Хроничне Инсомније**

**Контрола Стимулуса (Стандард)** је дизајнирана да уклони негативну асоцијацију између кревета и нежељених резултата, као што су будност, фрустрација, и брига. Ова негативна стања су често условљена као одговор на напоре да се заспи, као резултат продужених временских периода будности проведених у кревету. Циљеви терапије контролом стимулуса су орјентисани на то да болесник формулише позитивну и јасну везу између кревета и спавања и да успостави стабилан распоред у оквиру циклуса спавање-будност.

*Упутства:* Болесник треба да иде у кревет само када је поспан; треба да одржава регуларан распоред будности и спавања; треба избегавати дремање; кревет треба употребљавати само за спавање; ако болесник не може да заспи (или да настави да спава) у року од 20 минута, треба да устане из кревета – да пронађе неку релаксирајућу активност док му се не приспава и тек онда да се врати у кревет – ово треба поновити колико је потребно пута. Болеснике треба саветовати да устану из кревета ако имају утисак да нису могли да заспу у року од око 20-ак минута, али треба избегавати гледање на сат како би се установило да ли је прошло и колико времена.

**Вежбе релаксације (Стандард)** као што је прогресивна релаксација мишића, приказивање слика или стомачно дисање, служе да умање соматска и когнитивна стања разбуђености који ометају спавање. Вежбе релаксације могу бити корисне код болесника код којих постоји повишен ниво разбуђености али заједно са СВТ.

*Упутства:* Вежбе прогресивне релаксације мишића укључују методично стезање и релаксацију различитих група мишића у целом телу. Специфичне технике су доступне и у писаној и аудио форми.

**Когнитивна Бихејвиорална Терапија Инсомнија или ЦБТ-1 (Стандард).**

Представља комбинацију когнитивне терапије повезане са бихевијоралним третманима (на пример, контрола стимулуса, рестрикција спавања) са или без терапије релаксацијом. Когнитивна терапија тежи да код болесника промени прецењена веровања и нереална очекивања од спавања. Когнитивна терапија употребљава психотерапијски метод да поново повеже когнитивне путеве са позитивним и прикладним концептима о спавању и ефектима спавања. Уобичајене когнитивне дисторзије које су идентификоване и на које се обраћа пажња укључују: “Не могу да спавам без лекова.” “Имам хемијску неуравнотеженост,” “Ако не могу да спавам, треба да останем у кревету и да се одмарам.” “Мој живот ће бити уништен ако не могу да спавам.”

**Мултикомпонентна терапија [без когнитивне терапије] (Препорука)** користи различите комбинације бихејвиоралних терапија (контрола стимулуса, релаксација, рестрикција спавања), и едуковања о хигијени спавања. Многи терапеути употребљавају неку форму мултимодалног прилаза у лечењу хроничне инсомније.

**Рестрикција спавања (Препорука)** иницијално ограничава време у кревету на тотално време спавања, које се заснива на базичним дневницима спавања. Циљ овог прилаза је да побољша континуитет спавања служећи се рестрикцијом спавања да би се побољшао нагон спавања. Што се више потреба за спавањем повећава а прилика за спавање остаје ограничена уз забрану дремања преко дана, спавање се више консолидује. Када се континуитет спавања значајно побољша, време проведено у кревету се постепено повећава, што омогућава болеснику време за спавање потребно да би се осећао одморно у току дана, и да би се очувао постигнут ниво континуитета спавања. Поврх тога, овај приступ је у складу са циљевима контроле стимулуса по томе да смањује дужину времена проведеног у будности у кревету, што помаже да се успостави веза између кревета и спавања.

*Упутства:* ( Треба нагласити да када се користи рестрикција спавања, болесници треба да се прате и упозоре на могућу поспаност):

- Водити дневник спавања да би се одредила средња вредност реалног времена спавања (TST) за иницијални-базични период (на пример 1-2 недеље).
- Одредити време одласка на спавање и време буђење тако да се приближно постигне средња вредност TST како би се постигла вредност већа од 85% ефикасности спавања (TST/TIB x 100%) у току 7 дана; циљ је да тотално време проведено у кревету (TIB) (не краће од 5 сати) буде приближно трајању TST.
- Радити подешавања на недељу дана: 1) ефикасности спавања (TST/TIB x 100%) да буде већа од 85% до 90% током 7 дана, TIB се може повећати за 15-20 минута; 2) за ефикасност спавања мању од 80%, TIB се може даље смањити за 15-20 минута.
- Поновити подешавање TIB сваких 7 дана.

**Парадоксална намера (Препорука)** је специфична когнитивна терапија током које је болесник трениран да се суочи са страхом од останка у будном стању и потенцијалним ефектима таквог стања. Циљ је да се код болесника елиминише анксиозност о учинку спавања.

**Биофидбек терапија (Препорука)** тренира болесника да контролише неке од психолошких варијабиле путем визуелног и аудитивног фидбека. Циљ је да се смањи соматско разбуђење.

**Терапија хигијеном спавања (Без препоруке)** укључује обуку болесника о здравом начину живота да би се побољшало спавање. Ову терапију треба примењивати уз контролу стимулуса, релаксациону терапију, рестрикцију спавања и когнитивну терапију.

*Упутства:* укључују, али нису ограничена на, одржавање регуларног распореда, здраве дијете и регуларног физичког вежбања у току дана, прављење услова за спавање у тишини, избегавање дремања, кафе, осталих стимуланаса, никотина, алкохола, превелике количине течности, или стимулативних активности пре одласка на спавање.

**III) Седативни антидепресив у ниској дози (АД):** У случају коморбидне депресије или ако су се други видови лечења показали неефикасни, треба узети у обзир

седативне антидепресиве у ниској дози. Пример оваквих лекова укључује тразодон, миртазапин, докседин, амитриптилин, и тримипрамин. Докази њихове ефикасности ако се појединачно употрбљавају су релативно слаби (38-42) и ниједан од њих се не препоручује више него остали лекови у истој групи. Фактори као што су историја лечења, пропратна стања (на пример депресивни поремећај), специфични профил нежељених ефеката, трошкови лечења и фармакокинетски профил могу бити водич за селекцију специфичног лека. На пример, тразодон уопште нема или има минимално антихолинергично дејство у односу на докседин и амитриптилин, док је миртазапин повезан са добијањем на тежини. Од значаја је да ниско-дозни седативни антидепресиви не представљају адекватан третман за депресивни поремећај код болесника са коморбидном инсомнијом. Међутим, ефикасност ниске дозе тразодона као помоћног лека за спавање уз други пуно-дозирани антидепресив је био предмет многих студија код болесника са депресивним поремећајима. Ове студије, различите по квалитету и дизајну, указују на слабу ефикасност тразодона за поправку трајања или квалитета спавања. Није јасно до које мере овакви налази могу бити генерализовати и бити примењени на остале облике инсомније. Докседин у ниској дози (таблете 3мг и 6 мг) је одобрен од стране FDA као хипнотик 2010. године и то превасходно за лечење транзиторне инсомније. У ниској дози, докседин је превасходно блокатор хистаминског 1 (H1) рецептора.

**IV) Комбинација VzRA+AD:** Нема студија које се специфично баве овом комбинацијом лекова, али богатство клиничког искуства са ко-администрацијом ових лекова указује да је ова комбинација генерално сигурна и ефикасна. Комбинација лекова из две различите групе може повећати ефикасност путем усмерења на неколико механизма спавања-будности и смањењем токсичности која се појављује са повишеним дозама индивидуалног агенса. Нежељене последице се могу смањити узимањем мањих доза АД него сто је типично за лечење инсомније, али потенцијална седација у току дана се мора пажљиво пратити.

**V) Остали лекови на рецепт:** Примери укључују габапентин, тиагабин, кветиапин и оланзапин. Докази ефикасности ових лекова за лечење хроничне примарне инсомније су недовољни. Избегавање примене ових лекова ван индикационог подручја је оправдано с обзиром на слаб ниво доказа који указују на њихову ефикасност за лечење инсомније када се ти лекови узимају појединачно и с обзиром на потенцијалну појаву значајних нежељених последица (на пример, епилептичних напада са тиагабином; неуролошких нежељених последица, гојења, и поремећаја метаболизма са кветиапином и оланзапином).

**VI) Лекови на рецепт који се не препоручују:** Иако су хлорал хидрат, барбитурати и “не-барбитуратни не-бензодиазепини ” (као што је мепробамат) одобрени од стране FDA за лечење инсомније они се не препоручују због значајних негативних ефеката, ниског терапијског индекса, и повећаног ризика за појаву толеранције и зависности.

**VII) Лекови без рецепта:** Антихистаминици и антихистаминско-аналгетске комбинације су у широкој употреби за само-лечење инсомније. Докази за њихову ефикасност и сигурност су ограничени, са веома малим бројем студија које су урађене у задњих 10 година у којима су коришћени савремени дизајн и исходи (43). Антихистаминици имају потенцијалне озбиљне нежељене поседице које се јављају због присуства антихолинергичких својстава. Алкохол, који је највероватније најрапорстрањенији вид само-лечења, се не препоручује због краткотрајног дејства, негативног утицаја на спавање, погоршања опструктивне апнее спавања и потенцијалне злоупотребе и развијања зависности. Веома мали број биљних и алтернативних видова лечења су системантски евалуирани за лечење инсомније. Један од таквих облика са највише доказа су валеријана и мелантонин (44-47). Докази који су доступни указују да валеријана има мали али значајан утицај на латенцу спавања, са недовољним ефектом на континуитет спавања, дужину и архитектуру спавања. Мелатонин је био тестиран у великом броју клиничких студија. Мета-анализама је показано да мелатонин има мали ефекат на латенцу спавања, WASO или TST. Треба нагласити да су неке од објављених проба испитивале ефикасност мелатонина као хронобиолошког ("phase-shifting" лека), а не као хипнотика.

Дуготрајна употреба лекова који се добијају без рецепта није препоручљива. Подаци о ефикасности и сигурности за већину лекова за инсомнију који се узимају на рецепт се заснивају на краткотрајним студијама, тако да сигурност и ефикасност таквих лекова није позната (48). Болесницима треба објаснити ризике и ограничену ефикасност оваквих супстанци и могуће интеракције са њиховим коморбидитетима и другим лековима које узимају истовремено.

### **Неуспех фармаколошког лечења**

Мада лекови могу играти значајну улогу у лечењу инсомније, могуће је да одређена подгрупа болесника са хроничном инсомнијом постигне само ограничено или тренутно побољшање са лековима. Као што је препоручено, алтернативне пробе или комбинације могу бити корисне; лекари треба да имају на уму да у случају да се вишеструке пробе лековима покажу неуспешне, треба пробати когнитивно бихевијорални метод уместо или као додатак даљим фармаколошким протоколима. Додатно, дијагностику коморбидних или других инсомнија би требало поново размотрити. Треба бити опрезан приликом полифармације, нарочито код болесника који нису или не желе да пробају психолошке или бихевијоралне третмане.

### **Начин примене/лечења**

*Учесталост* примене хипнотика зависи од специфичне клиничке слике; емпиријски подаци подржавају и свакодневну и повремену (2-5 пута недељно) примену. (49-51). Многи лекари препоручују планирано повремено (не сваке ноћи) дозирање пре спавања као начин да се избегне толеранција, зависност и злоупотреба; ова врста компликација не би требало да буде толико честа код новијих VzRA препарата. Дефинитивна стратегија која се понекад употребљава у клиничкој пракси је реално, "према потреби" дозирање када се болесници пробуде из спавања. Ова

стратегија није пажљиво истраживана и у принципу се не препоручује због потенцијалне пренесене седације следећег јутра и теоретске шансе за изазивање условљених буђења у ишчекивању дозирања лека.

*Трајање* лечења такође зависи од специфичних клиничких карактеристика и преференци болесника. Пропратна упутства FDA за хипнотике пре 2005. имплицитно препоручују краткотрајно лечење; после 2005., пропратна упутства за хипнотике се не осврћу на трајање лечења. Код употреба антидепресива и осталих лекова који се обично користе за лечење инсомније ван својих индикационих подручја, такође нема посебних ограничења што се тиче дужине употребе таквих лекова. У клиничкој пракси, хипнотици се користе обично у трајању од месец дана до дванаест месеци без подизања дозе (52-55), али су емпиријски подаци за дуготрајно лечење још увек недовољни. Скорашње рандомизоване, контролисане студије BZD-BzRAs (као што су есзопиклоне или золпидем) су демонстрирале трајну ефикасност без значајних компликација у трајању од 6 месеци, и у отвореним продуженим студијама трајања од 12 месеци и дуже.

За многе болеснике почетни период лечења у трајању од 2-4 недеље може бити одговарајући, праћен ре-евалуацијом потребе за континуираним лечењем. Подгрупа болесника са озбиљном хроничном инсомнијом може бити добар кандидат за дуготрајно или хронично одржавање лечења: али, као што је већ наглашено, специфичне карактеристике које дефинишу овакве болеснике нису познате. Недовољно је емпиријских доказа којима би се могли руководити при доношењу одлуке о употреби специфичних лекова на дуже време, како појединачно тако и у комбинацији са бихевијоралним начином лечења. Према томе, упутства за дуготрајно фармаколошко лечење се морају углавном базирати на клиничкој пракси и консензусу. Ако се хипнотички лекови употребљавају дуготрајно, треба заказивати редовне контролне прегледе бар на сваких 6 месеци да би се пратила ефикасност, нежељени ефекти, толеранција и злоупотреба/неправилна употреба лекова. Могу постојати индикације за повремене покушаје да се смањи учесталост и доза у циљу смањења нежељених ефеката и одредила најнижа ефикасна доза лекова.

*Обустава* узимања хипнотика после више од неколико дана коришћења лека може довести до појаве "рибаунд" инсомније (погоршање симптома са редукцијом дозе, у трајању типично од 1-3 дана), потенцијални физички као и психички апстиненцијални симптоми, и поновно појављивање инсомније. "Ребоунд" инсомнија и апстиненцијални симптоми могу бити смањени постепеним смањењем дозе као и учесталости примене лека. Уопштено, дозу би требало смањивати у најмањим могућим јединицама у узастопним корацима који би требало да трају барем неколико дана. Постепено смањење учесталости примене лека (сваке друге или треће ноћи) се такође показала као добра стратегија смањује "рибаунд" ефекте. Успешно постепено смањење може потрајати и неколико недеља или месеци. Као што је већ истакнуто, постепено смањење и укидање хипнотичких лекова може бити олакшано истовременом применом когнитивно-бихевијоралних терапија, које повећавају успех укидања лека и смањују трајање апстиненције.

## Фармакотерапија специфичних група популације

Препоруке дате у овом Водичу се могу применити код одраслих - како код *старијих* тако и код млађих особа. Међутим, код старијих особа често постоји потреба да се примене мање дозе свих лекова (сем рамелтеона), а такође се мора добро обратити пажња на нежељене последице као и на интеракције лекова (60-62). Горе поменута упутства су углавном применљива и на *старије адолесценте*, мада је врло мало доступних емпиријских података који подржавају овакав закључак за ову старосну групу. Иста упутства треба следити и у лечењу *инсомније коморбидне са депресијом и анксиозним поремећајима*. Међутим, захтева се и истовремено лечење антидепресивима по препорученим дозама, или ефикасна психотерапија за коморбидно стање. Како VzRAs тако су и ниске дозе седативних антидепресива евалуирани као додатни лекови другим антидепресивима примењеним у пуној дози, за лечење коморбидне инсомније код болесника са депресијом. Ако се седативни антидепресив користи као монотерапија код болесника са коморбидном депресијом и инсомнијом, доза би требало да буде иста као она која је препоручена за лечење депресије. У многим случајевима, таква доза ће бити виша него уобичајена доза која се употребљава ако се лечи само инсомнија. Кветиапин и оланзапин могу бити посебно корисни за особе са биполарним поремећајем или тешким анксиозним поремећајима. Исто тако, приликом лечења инсомније код поремећаја са хроничним болом треба следити већ описани општи протокол лечења. У неким случајевима, лекови као што су габапентин или прегабалин се могу узимати у ранијој фази. Истовремено лечење са дуготрајним аналгетским лековима пре спавања могу бити корисни, мада опиоидни аналгетици могу пореметити континуитет спавања код неких болесника. Шта више, болесници са коморбидном инсомнијом могу имати користи од бихевијоралног и психолошког лечења или комбинованих терапија, уз лечење удруженог поремећаја.

## Комбинована терапија за инсомнију

Хипнотички лекови су ефикасни за краткотрајно лечење инсомније. Новији налази показују да бензодиазепини и VzRA хипнотици могу одржавати ефикасност на дуге време без значајнијих компликација. Ове чињенице, међутим, не дају лекару јасне стандарде за праксу, нарочито када се ради о редоследу или комбинацији терапија. У стручној литератури о проблему индивидуалне фармакотерапије или когнитивног бихевијоралног лечења у односу на њихове комбинације, показано је да су краткорочни фармаколошки третмани сами за себе ефикасни у току лечења хроничне инсомније али недовољно ефикасни за одржавање побољшаног стања после укидања лекова. Напротив, когнитивно бихевијорални третмани пружају значајно краткорочно побољшање хроничне инсомније, које, изгледа, да траје и до две године. Студије комбинованих третмана показују разне и нејасне резултате. Узевши све у обзир, ове студије не демострирају јасну предност комбинованог лечења у односу на когнитивно бихевијорални третман.

<b>Табела 12 – Фармакотерапијске опције</b>			
<b>Лек</b>	<b>Доза</b>	<b>Препоручена доза</b>	<b>Индикације/напомене</b>
<b>Модулаторни агонисти бензодиазепинског рецептора</b>			
<b>Небезодиазепини</b>			
<b>ciklopiroloni</b> eszopiklon	1,2,3 mg tablete	2-3 mg пред спавање 1mg пред спавање код старијих или исцрпљених мах 2mg 1mg пред спавање код тешке дисфункције јетре, мах 2 mg	превасходно за иницијалну и транзиторну инсомнију средње-делујући нема ограничења за краткотрајну употребу
<b>imidazopiridini</b> zolpidem	5, 10 mg tablete	5 mg пред спавање; мах 5 mg 5mg пред спавање код старих, исцрпљених, или код дисфункције јетре	превасходно за иницијалну инсомнију кратко- до средње делујући
zolpidem (контролисано ослобађање)	6,25, 12,5 mg tablete	6,25 mg пред спавање 6.25mg пред спавање kod starih, iscrpljenih, ili disfunkcije jetre	превасходно за иницијалну и транзиторну инсомнију контролисано ослобађање, прогутати целу таблету, не делити, не жвакати
<b>pirazoloripirimidini</b> zaleplon	5,10 mg kapsule	10 mg пред спавање; мах 20 mg 5 mg пред спавање код старих, исцрпљених, или благе и средње дисфункције јетре, у случају употребе циметидина	превасходно за иницијалну инсомнију за транзиторну инсомнију уколико постоји могућност спавања 4 сата након узимања лека кратко-делујући
<b>Бензодиазепини</b>			
<b>estazolam</b>	1,2 mg tablete	1-2 mg пред спавање 0.25 mg пред спавање код старих, исцрпљених	кратко- до средње делујући
<b>temazepam</b>	7.5, 15, 30 mg kapsule	15-30 mg пред спавање 7.5 mg pred spavanje код старих, исцрпљених	кратко- до средње делујући
<b>triazolam</b>	0, 1.25, 0.25 mg tablete	0.25 mg пред спавање; мах 0.5 mg 0.125 mg пред спавање код старих,	кратко-делујући



		исцрпљених; max 0.25 mg	
<b>flurazepam</b>	15, 30 mg kapsule	15-30 mg пред спавање 15 mg пред спавање код старих, исцрпљених	дуго-делујући• ризик од резидуалне дневне поспаности
<b>Агонисти мелатонинског рецептора</b>			
<b>ramelteon</b>	8 mg tablete	8 mg пред спавање	превасходно за иницијалну инсомнију кратко-делујући нема ограничења за краткотрајну употребу
<b>Антагонисти хистаминског 1 (H1) рецептора</b>			
<b>doxepin</b>	3, 6 mg tablete	3 -6 mg пред спавање 3 mg пред спавање код старих, исцрпљених	превасходно за транзитуру инсомнију кратко- до средње делујући
<b>Антагониста орексинских рецептора</b>			
<b>Suvorexant (МК-4305)</b>			Антагониста орексинских рецептора, још није одобрен од FDA (прошао је III фазу)

Табела је сачињена делом на основу индивидуалних информација за преписивње лекова.

Препоручује се преглед комплетних информација за преписивање.

FDA је недавно препоручила да се објави упозорење о негативним ефекатима везаним са VzRA хипнотике. Ови лекови су повезани са извештајима о моторним понашањима која ремете спавање укључујући сомнабулизам, исхрану током спавања, управљање возилима и сексуално понашање. Болеснике треба упозорити на овакве потенцијалне нежељене ефекте, и на значај довољно дугог времена спавања што треба постићи користећи само преписане дозе и избегавајући комбинације VzRA хипнотика са алкохолом, другим седативима и рестрикцијом спавања.

Уопштени коментари о седативним хипнотицима:

- Узимање лека на празан желудац је препоручено да би се постигла максимална ефикасност.
- Не препоручују се у току трудноће или дојења.
- Препоручује се опрез уколико се јаве знаци/симптоми депресије, поремећаја респираторне функције (на пример, астме, ХОБП, апнее) или хепатичке срчане инсуфицијенције
- Опрез и смањење дозе се препоручује код старијих особа
- Сигурност/ефикасност код болесника млађих од 18 година није установљена
- Додатни ефекат на психомоторне перформансе са пратећим депресивима CNS-а

и/или употребом алкохола

- Нагло смањење дозе или престанак узимања бензодиазепина може довести до апстиненцијалних симптома, укључујући "рибаунд" инсомнију, који су слични прекиду узимања барбитурата или алкохола.

Уколико се користе за лечење инсомније, одређени антидепресиви (амитриптилин, доксефин, миртазапин, пароксетин, тразодон) се употребљавају у дозама које су мање од препоручених за антидепресивни ефекат. Ови лекови нису одобрени од стране FDA за инсомнију и њихова ефикасност за ову индикацију није доказана.

ОТС лекови за спавање садрже антихистамин као примарни агенс; ефикасност у лечењу инсомније није доказана, нарочито код дуготрајне употребе.

1.	American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: diagnostic and coding manual. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2.	S. Schutte-Rodin, L. Broch, D. Buysse, C. Dorsey, M. Sateia. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. <i>J Clin Sleep Med</i> 2008, ;4(5):487-504.
3.	Littner M, Hirshkowitz M, Kramer M; Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for using polysomnography to evaluate insomnia: an update for 2002. <i>Sleep</i> 2003;26:754-60.
4.	Littner M, Kushida C, Wise M, et al. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test. <i>Sleep</i> 2005;28:113-21.
5.	Chesson AL Jr, Anderson WM, Littner M, et al. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. <i>Sleep</i> 1999;22:1128-33.
6.	Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. <i>Sleep</i> 2006;29:1415-9.
7.	Morgenthaler T, Alessi C, Friedman L, et al. Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2007. <i>Sleep</i> 2007;30:519-29.
8.	Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations for the management of patients. <i>Can J Cardiol</i> 1993;9:487-9.
9.	Johnson E. Epidemiology of insomnia: from adolescence to old age. <i>Sleep Med Clin</i> 2006;1:305-17.
10.	Kryger M. The burden of chronic insomnia on society: awakening insomnia management. Presented at: 20th Anniversary Meeting of APSS, 2006, Salt Lake City, UT
11.	Taylor D, Mallory LJ, Lichstein KL, et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. <i>Sleep</i> , 2007;30:213-8.
12.	Benca R, Ancoli-Israel S, Moldofsky H. Special considerations in insomnia diagnosis and management: depressed, elderly, and chronic pain populations. <i>J Clin Psychiatry</i> 2004;65:S26-S35.
13.	Ohayon M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. <i>Sleep Med Rev</i> 2002;6:97-111
14.	Perlis M, Smith MT, Pigeon WR. Etiology and pathophysiology of insomnia. In: Kryger MH, Roth T, Dement. WC, eds. Principles and practice of sleep medicine, 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005:714-25.
15.	16. Perlis M, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. <i>J Sleep Res</i> 1997;6:179-88.
16.	Spielman A, Caruso L, Glovinsky P. A behavioral perspective on insomnia treatment. <i>Psychiatr Clin North Am</i> 1987;10:541-53.
17.	Harvey A. A cognitive model of insomnia. <i>Behav Res Ther</i> 2002;40:869-93.
18.	Lichstein K, Durrence HH, Taylor DJ, et al. Quantitative criteria for insomnia. <i>Behav Res Ther</i> 2003;41:427-45.

19.	20. Edinger J, Bonnet MH, Bootzin RR, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. <i>Sleep</i> 2004;27:1567-96
20.	Sateia M, Doghramji K, Hauri PJ, et al. Evaluation of chronic insomnia. <i>Sleep</i> 2000;23:243-308.
21.	Spielman A, Yang CM, Glovinsky PG. Assessment techniques for insomnia. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. <i>Principles and practice of sleep medicine</i> , 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
22.	Todd Arnedt J, Conroy D, Aloia M. Evaluation of insomnia patients. <i>Sleep Med Clin</i> 2006;1:319-32.
23.	Hauri PJ. Consulting about insomnia: a method and some preliminary data. <i>Sleep</i> 1993;16:344-50.
24.	Leger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard, M. Medical and socio-professional impact of insomnia. <i>Sleep</i> 2002;25:625-9.
25.	Léger D, Massuel MA, Metlaine A; SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia [see comment]. <i>Sleep</i> 2006;29:171-8.
26.	Taylor D, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. <i>Behav Sleep Med</i> 2003;1:227-47.
27.	National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. <i>Sleep</i> 2005;28:1049-57.
28.	Lichstein KL, Wilson NM, Johnson CT. Psychological treatment of secondary insomnia. <i>Psychol Aging</i> 2000;15:232-40.
29.	Lichstein KL, Wilson NM, Johnson CT. Psychological treatment of secondary insomnia. <i>Psychol Aging</i> 2000;15:232-40.
30.	American Academy of Sleep Medicine. Certified behavioral sleep medicine specialists. <a href="http://www.aasmnet.org/BSMSpecialists.aspx">http://www.aasmnet.org/BSMSpecialists.aspx</a> . 2007.
31.	American Academy of Sleep Medicine. Centers for Sleep Medicine. <a href="http://www.sleepcenters.org/">http://www.sleepcenters.org/</a> . 2007.
32.	Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. <i>CMAJ</i> 2000;162:225-33.
33.	Holbrook A, Crowther R, Lotter A, Endeshaw Y. The role of benzodiazepines in the treatment of insomnia: meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. <i>J Am Geriatr Soc</i> 2001;49:824-6.
34.	Nowell P, Mazumdar S, Buysse DJ, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. <i>JAMA</i> 1997;278:2170-7.
35.	Erman M, Seiden D, Zammit G, Sainati S, Zhang J. An efficacy, safety, and dose-response study of Ramelteon in patients with chronic primary insomnia. <i>Sleep Med</i> 2006;7:17-24.
36.	Roth T, Stubbs C, Walsh JK, et al. Ramelteon (TAK-375), a selective MT1/MT2-receptor agonist, reduces latency to persistent sleep in a model of transient insomnia related to a novel sleep environment. <i>Sleep</i> 2005;28:303-7.
37.	Barbera J, Shapiro C. Benefit-risk assessment of zaleplon in the treatment of insomnia. <i>Drug Saf</i> 2005;28:301-18.
38.	Hajak G, Rodenbeck A, Voderholzer U, et al. Doxepin in the treatment of primary insomnia: a placebo-controlled, double-blind, polysomnographic study. <i>J Clin Psychiatry</i> 2001;62:453-63.
39.	Riemann D, Voderholzer, U, Cohrs S, et al. Trimipramine in primary insomnia: results of a polysomnographic double-blind controlled study. <i>Pharmacopsychiatry</i>

	2002;35:165-74.
40.	Mendelson W. A review of the evidence for the efficacy and safety of trazodone in insomnia. <i>J Clin Psychiatry</i> 2005;66:469-76.
41.	Walsh J, Erman M, Erwin CW, et al. Subjective hypnotic efficacy of trazodone and zolpidem in DSMIII-R primary insomnia. <i>Hum Psychopharmacol</i> 1998;13:191-8.
42.	Winokur A, DeMartinis NA 3rd, McNally DP, Gary EM, Cormier JL, Gary KA. Comparative effects of mirtazapine and fluoxetine on sleep physiology measures with major depression and insomnia. <i>J Clin Psychiatry</i> 2003;64:1224-9.
43.	Morin CM, Koetter U, Bastien C, Ware JC, Wooten V. Valerian-hops combination and diphenhydramine for treating insomnia: a randomized placebo-controlled clinical trial. <i>Sleep</i> 2005;28:1465-71.
44.	Bent S, Padula A, Moore D, et al. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. <i>Am J Med</i> 2006;119:1005-12.
45.	Brzezinski A, Vangel MG, Wurtman RJ, et al. Effects of exogenous melatonin on sleep: a meta-analysis. <i>Sleep Med Rev</i> 2005;6:41-50.
46.	Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, et al. The efficacy and safety of exogenous melatonin for primary sleep disorders: a meta-analysis. <i>J Gen Intern Med</i> 2005;20:1151-8.
47.	Wheatley D. Kava and valerian in the treatment of stress-induced insomnia. <i>Phytother Res</i> 2001;15:549-51.
48.	Meoli A, Rosen C, Kristo D, et al. Oral nonprescription treatment for insomnia: an evaluation of products with limited evidence. <i>J Clin Sleep Med</i> 2005;1:173-87.
49.	Perlis ML, McCall WV, Krystal AD, Walsh JK. Long-term, non-nightly administration of zolpidem in the treatment of patients with primary insomnia. <i>J Clin Psychiatry</i> 2004;65:1128-37.
50.	50. Hajak G, Cluydts R, Declerck A, et al. Continuous versus non-nightly use of zolpidem in chronic insomnia: results of a large-scale, double-blind, randomized, outpatient study. <i>Int Clin Psychopharmacol</i> 2002;17:9-17.
51.	Walsh J, Roth T, Randazzo A, et al. Eight weeks of non-nightly use of zolpidem for primary insomnia. <i>Sleep</i> 2000;23:1087-96.
52.	Krystal A, Walsh JK, Laska E et al. Sustained efficacy of eszopiclone over 6 months of nightly treatment: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study in adults with chronic insomnia. <i>Sleep</i> 2003;26:793-9.
53.	Roth T, Walsh JK, Krystal A, Wessel T, Roehrs TA. An evaluation of the efficacy and safety of eszopiclone over 12 months in patients with chronic primary insomnia. <i>Sleep Med</i> 2005;6:487-95.
54.	Ancoli-Israel S, Richardson GS, Mangano RM, Jenkins L, Hall P, Jones WS. Long-term use of sedative hypnotics in older patients with insomnia. <i>Sleep Med</i> 2005;6:107-13.
55.	Ohayon M, Caulet M, Arbus L, et al. Are prescribed medications effective in the treatment of insomnia complaints? <i>J Psychosom Res</i> 1999;47:359-68.
56.	Merlotti L, Roehrs T, Zorick F, Roth T. Rebound insomnia: duration of use and individual differences. <i>J Clin Psychopharmacol</i> 1991;11:368-73.
57.	Roehrs T, Merlotti L, Zorick F, Roth T. Rebound insomnia in normals and patients with insomnia after abrupt and tapered discontinuation. <i>Psychopharmacology</i> 1992;108:67-71.
58.	Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic

	randomized controlled trial. <i>Br J Gen Pract</i> 2003;53:923-8.
59.	Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallieres A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. <i>Am J Psychiatry</i> 2004;161:332-42.
60.	Allain H, Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. <i>Drugs Aging</i> 2005;22:749-65.
61.	Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. <i>BMJ</i> 2005;331:1169.
62.	Avidan AY, Fries BE, James ML, Szafara KL, Wright GT, Chervin RD. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. <i>J Am Geriatr Soc</i> 2005;53:955-62.
63.	Fava, M, McCall, WV, Krystal A, et al. Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia coexisting with major depressive disorder. <i>Biol Psychiatry</i> 2006;59:1052-60.
64.	Nierenberg A, Adler LA, Peselow E, et al. Trazodone for antidepressant-associated insomnia <i>Am J Psychiatry</i> 1994;151:1069-72.
65.	Jacobs GD, Pace-Schott, EF, Stickgold, R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. <i>Arch Intern Med</i> 2004;164:1888-96.
66.	Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> 1999;281:991-9.
67.	Morin C, Bootzin R, Buysse D, Edinger J, Espie C, Lichstein K. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). <i>Sleep</i> 2006;29:1398-414.
68.	Hajak G, Bandelow B, Zulley J, Pittrow D. "As needed" pharmacotherapy combined with stimulus control treatment in chronic insomnia--assessment of a novel intervention strategy in a primary care setting. <i>Ann Clin Psychiatry</i> 2002;14:1-7.
69.	Hauri PJ. Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs? <i>Sleep</i> 1997;20:1111-8.
70.	70. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. <i>Sleep</i> 1999;22:1134-56.

**Објашњење одређених појмова (скраћеница и имена лекова).**

AASM	American Academy of Sleep Medicine - Америчка академија за медицину спавања
BDI	Beck depression inventory
BzRA	Benzodiazepinreceptor agonist – агониста бензодиазепинских рецептора
CBT-i	Cognitive Behavioral Therapy of insomnia – когнитивно бихевиорална терапија инсомнија
DBAS	Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire
Epworth Sleepiness Scale	Ервортова скала поспаности
Estazolam	ProSom, Eurodin, (1 mg tbl)
Eszopiclone	Lunesta, (1 mg, 2 mg ili 3 mg tbl)
FDA	Food and drug administration
FSS	Fatigue Severity Scale
GABA	Гама-амино-бутерна киселина
ХОБП	Хронична опструктивна болест плућа
MSLT	Multiple Sleep Latency Test – тест вишеструког успављивања
OTC	Over the Counter – лекови који се набављају без рецепта
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
Ramelteon	Rozerem (u USA) (8 mg tbl)
rebound insomnia	погоршање симптома инсомније са редукцијом дозе
SF	Short Form
Sleep Efficiency	Индекс ефикасности спавања (SE)
SOL	Sleep Onset latency – латенца успављивања
STAI	Sate-Trait Anxiety Inventory
Temazepam	Restoril (15 mg, 30 mg), Normison 10 mg tbl (Euhypnos, Norkotral, Nortem, Remestan, Restoril, Temaze, Temtabs, Tenox)
TIB	Time in Bed - време од почетка спавања до устајања
Triazolam	Halcion, Нурам, Trilam, Аро-Triazo, 0.25 mg, 0.125 mg
TST	Total Sleep Time – реално време спавања
WASO	Wake After Sleep Onset – будност после успављивања
Zaleplon	Sonata, Starnoc (10 mg caps)
Zolpidem	Ambien, Ambien CR, Intermezzo, Stilnox, Sublinox (код нас Belbien, Stilnox, Sanval) (10 mg tbl)
Zopiclone	Zopiclone 3.75 mg, 7.5 mg tbl, Imovane, Zimovane 7.5 mg tbl, Zimovane LS 3.75 mg film coated tbl, Ximovan, Rhovane,
ПСГ	полисомнографија