

HELI JÄRNEFELT
PsT, erikoispsykologi,
psykoterapeutti
Työterveyslaitos

UNI

Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen

- Nykynäkemyksen mukaan erityisesti pitkäkestoinen unettomuus on itsenäinen tai muiden sairauksien kanssa yhtäaikaisten häiriö, joka vaatii spesifistä hoitoa.
- Psykologisten hoitomenetelmien etuina ovat haittavaikutusten vähäisyys ja hoitotuloksen pysyvyys. Tutkituimpia ja tehokkaimpia ovat kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät.
- Tuloksellista lääketeetöntä hoitoa voivat antaa lyhyen koulutuksen jälkeen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon hoitajat. Hoidon saatavuutta lisää myös laadukkaiden itsehoitomenetelmien kehittäminen.
- Monimutkaisemmissa tapauksissa tarvitaan yksilöllistä ja moniammatillista hoitoa ja tukea.

Nukahtamisvaikeus ja katkonainen yöuni ovat erityisesti stressaavissa elämäntilanteissa lähes kaikille ihmisille tuttuja vaivoja ja tilapäisinä ne kuuluvat normaaliin elämään (1). Unettomuutta esiintyy usein myös yhtäaikaisten muiden psyykkisten ja somaattisten sairauksien kanssa. Aiemmin unettomuuden onkin ajateltu olevan epäspesifinen oire, joka helpottuu, kun sen taustalla olevat sairaudet tai häiriötekijät saadaan korjattua. Nykynäkemyksen mukaan erityisesti pitkäkestoinen unettomuus on kuitenkin itsenäinen tai muiden sairauksien kanssa yhtäaikaisten tila, joka ei usein helpotu ilman spesifistä hoitoa (2).

Psykologisista hoitokeinoista hyötynee 70–80 % primaarisesta unettomuudesta kärsivistä.

Unettomuuden etiologia ja ilmiasu sekä oireiden esiintymistiheys, vakavuus ja kesto vaihtelevat (2). Unettomuus voi ilmetä nukahtamisvaikeutena, vaikeutena pysyä unessa, unen virkistävyyden heikentymisenä tai näiden erilaisina yhdistelminä. Diagnoositasoiseen unettomuushäiriöön liittyy myös huolta tilanteesta, päiväaikaista oireita tai muita vaikutuksia arkeen. Suomessa käytössä olevassa tautiluokituksessa ei-elimellinen unettomuus ilmenee vähintään kolme kertaa viikossa ja vähintään kuukauden ajan (3). Unettomuus alkaa oireena, mutta voi kehittyä ajan mittaan häiriötasoiseksi

unettomuudeksi. Huolellinen anamneesi on diagnostiikan ja hoidon peruspilari (1).

Mikä johtaa unettomuuteen?

Unettomuuden syntymekanismia ei tarkalleen tiedetä, mutta neurobiologisissa ja psykologisissa tutkimuksissa unettomuuden kehittymiseen ja jatkumiseen on todettu liittyvän aivojen toiminnallisia muutoksia sekä geneettisiä, käyttäytymiseen liittyviä, kognitiivisia ja emotionaalisia tekijöitä (4). Näitä unettomuuden laaja-alaisia taustatekijöitä kuvataan ns. 3P-mallissa. Sen mukaan unettomuus johtuu toistensa kanssa vuorovaikuttavista altistavista (predisposing), laukaisevista (precipitating) ja ylläpitävistä (perpetuating) tekijöistä (5). Lyhytkestoinen unettomuus katsotaan pääosin stressipohjaiseksi häiriöksi, joka syntyy altistavien ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksesta.

Altistavia tekijöitä ovat erityisesti yksilön suhteellisen pysyvät ominaisuudet, kuten taipumus ylivireyteen (vaikeus säädellä vireytymistä) ja ahdistusherkkyyys. Laukaisevat tekijät ovat yleensä stressaaviksi koettuja ja arvioituja elämäntapahtumia (esim. ristiriitatilanteet ja menetykset), joiden seurauksena vireystaso kohoaa voimakkaasti ja ns. unettomuuskynnys ylittyy. Lyhytkestoinen unettomuus voi muuttua pitkäkestoiseksi, jos yksilölle muodostuu unen kannalta haitallisia käyttäytymismalleja ja huolitulkintoja eli unettomuutta ylläpitäviä tekijöitä. Altistavien tekijöiden vuoksi jotkut ovat niiden kehittymiselle todennäköisesti herkempiä kuin toiset.



KIRJALLISUUTTA

- 1 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Unettomuus. Käypä hoito -suositus 2015. www.kaypahoito.fi
- 2 Lichstein KL ym. Insomnia: Epidemiology and Risk Factors. Kirjassa: Kryger MD, Roth T, Dement WC, toim. Principles and practice of sleep medicine, 5. painos. Missouri: Elsevier 2011;827-37.
- 3 Maailman terveysjärjestö. Tautiluokitus ICD-10, 2. uudistettu painos. Helsinki: STA-KES 1995.
- 4 Morin CM ym. Insomnia disorder. Nat Rev 2015;1:1-18.
- 5 Spielman AJ ym. Assessment Techniques for Insomnia. Kirjas-sa: Kryger MD, Roth T, Dement WC, toim. Principles and practice of sleep medicine, 5. painos. Missouri: Elsevier 2011;1632-45.
- 6 Espie CA ym. Comparative investigation of the psychophysiologic and idiopathic insomnia disorder phenotypes: Psychological characteristics, patients' perspectives, and implications for clinical management. Sleep 2012;35:385-393.

Unettomuuden eri muodoissa painottuvat erilaiset selittävät tekijät (5). Esimerkiksi lapsuudessa alkavan ja läpi elämän kestävän idiopaattisen unettomuuden taustalla vaikuttavat ensisijaisesti altistavat perinnölliset tekijät, kun taas usein äkillisesti alkavassa sopeutumisenunettomuudessa keskeisiä ovat laukaisevat tekijät eli stressaavat elämäntapahtumat. Psykofysiologiseen pitkäkestoiseen unettomuuteen taas johtavat oireiden jatkuessa kehittyvät ylläpitävät tekijät, kuten nukkumistottumusten ja nukkumiseen liittyvien tulkintojen muutokset (6).

Kliinisessä työssä unettomuuden eri muotojen erotusdiagnoosi voi kuitenkin olla vaikeaa, koska eri muodoissa on paljon samanlaisia piirteitä ja ne myös esiintyvät usein yhtäaikaista. Tämän vuoksi kansainvälisessä inihäiriöluokituksessa (7) on luovuttu alatyypin erottamisesta, ja unettomuus luokitellaan vain joko lyhytkestoiseksi (alle 3 kk) tai pitkäkestoiseksi (yli 3 kk).

Noin 30 %:lla aikuisista on unettomuusoireita ja 5–10 %:lla voidaan todeta diagnoositasoinen unettomuushäiriö (8). Suomalaisessa pitkittäistutkimuksessa unettomuusoireiden havaittiin

viime vuosikymmeninä lisääntyneen, ja vuonna 2013 niistä kärsi vähintään joskus jopa 45 % aikuisista (9). Oireet ovat lisääntyneet erityisesti työväestössä, mutta syytä tähän ei tiedetä.

Ohayonin ym. tutkimuksen mukaan lähes 65 %:lla unettomuusoireista kärsivistä oli samanaikainen masennus- tai ahdistushäiriö (10). Unettomuuden on todettu esiintyvän usein yhtä aikaa myös muiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kanssa (11). Keskeisimpiä tutkimuslinjoja on ollut unettomuuden ja masennuksen yhteyden selvittäminen. Sen on todettu olevan kaksisuuntainen (12), vaikka vahvin näyttö on siitä, että unettomuus edeltää masennuksen kehittymistä. Meta-analyysin mukaan unettomilla on kaksinkertainen riski sairastua masennushäiriöön verrattuna niihin, joilla ei ole univaikeuksia (13). Unettomuudesta kärsivillä masennushäiriön myöhempi esiintyvyys oli 13 % ja hyvin nukkuvilla 4 %.

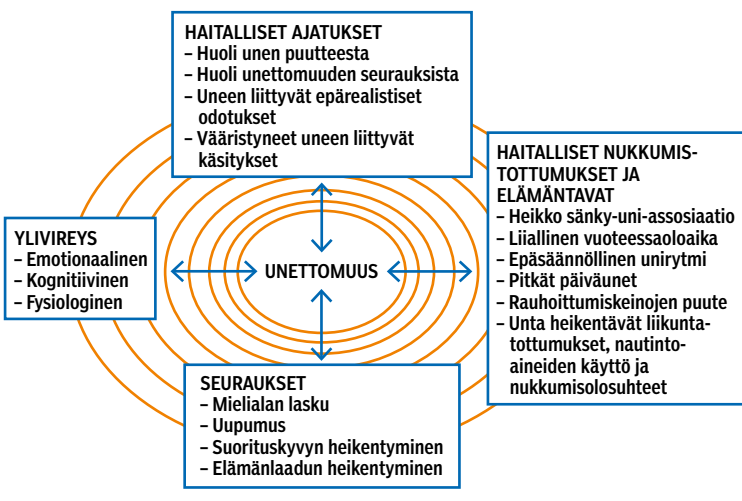
Unettomuus vaikuttaa negatiivisesti myös somaattiseen terveyteen: se kasvattaa esimerkiksi verenpainetaudin ja tyypin 2 diabeteksen riskiä (14). Lisäksi unettomuuden on todettu heikentävän toiminta- ja työkykyä, työ- ja liikenneturvallisuutta sekä lisäävän yhteiskunnan kustannuksia (15,16).

KUVIO 1.

Kognitiivisen käyttäytymisteorian malli pitkäkestoisesta unettomuudesta (19,20).

Malli kuvaa unettomuutta ylläpitäviä tekijöitä. Haitalliset nukkumistottumukset ja elämäntavat (käyttäytymiseen liittyvät tekijät) ja haitalliset ajatukset (kognitiiviset tekijät) ovat vastavuoroisessa yhteydessä ylivireyteen ja unettomuuden valveajan seurauksiin.

Kuvio on esitetty aikaisemmin Järnefeltin väitöskirjassa (26).



Aikuisten unettomuuden lääkkeettömät hoitomenetelmät

Nykysuosituksen mukaan unettomuuden hoidon pitäisi olla ensisijaisesti lääkkeetöntä (1). Unilääkkeiden käyttöön liittyy merkittäviä haittavaikutuksia, eikä lääkkeiden pitkäaikaiskäytön hyödyistä ole näyttöä. Sen sijaan psykologisten hoitomenetelmien tehokkuudesta ja tuloksen pysyvyydestä on julkaistu useita katsauksia ja meta-analyysyjä.

Unettomuuden psykologisia malleja ja hoitoa on kehitetty erityisesti 1970-luvulta lähtien. Tutkituimpia ovat kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) tarjoamat menetelmät (kognitiivis-behavioraaliset menetelmät) (17,18). Muita psykoterapioita ei juuri ole tutkittu unettomuuden hoidossa (1).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian mallissa unettomuutta pitää yllä kognitiivisten ja käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden sekä ylivireyden ja unettomuuden seurauksien muodostama noidankehä (kuvio 1). Nämä tekijät näyttävätkin liittyvän keskeisesti pitkäkestoiseen unettomuuteen (21). Noidankehän purkamiseen

- 7 American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3. painos. Darien: American Academy of Sleep Medicine 2014.
- 8 Partinen M, Hublin C. Epidemiology of sleep disorders. Kirjassa: Kryger MD, Roth T, Dement WC, toim. Principles and practice of sleep medicine, 5. painos. Missouri: Elsevier 2011;694–715.
- 9 Kronholm E ym. Prevalence of insomnia-related symptoms continues to increase in the Finnish working-age population. J Sleep Res 2016;25:454–7.
- 10 Ohayon MM ym. Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. Compr Psychiatry 1998;39:185–97.
- 11 Taylor DJ ym. Insomnia as a health risk factor. Behavioral Sleep Medicine 2003;1:227–47.

käytetään psykoedukaatiota, unenhuoltoa, käytäytymisterapiaa sekä kognitiivisia, mindfulness- ja rentoutumismenetelmiä (4) (taulukko 1). Niitä yhdistetään usein kognitiiviseksi käytäytymisterapiaksi, joka toteutuu hoitotutkimuksissa tyypillisesti lyhytkestoisena (4–6 tapaamista) yksilö- tai ryhmähoitona (18).

Lääkkeettömien hoitomenetelmien tehokkuus

Yhteensä 48 unettomuuden hoitotutkimusta ja kaksi meta-analyysiä käsittävän katsausartikkelin mukaan psykologisista hoitomenetelmistä hyötyy 70–80 % primaarisesta unettomuudesta kärsivistä potilaista. Heistä puolella todettiin kliinisesti merkittävä parantuminen ja noin kol-

masosasta tuli niin sanottuja hyviä nukkuja (17). Tuoreemman, 37:ää tutkimusta tarkastelevan katsauksen mukaan menetelmät ovat tehokkaita sekä primaarisen että komorbidin unettomuuden (esim. kipu- ja syöpäpotilaat) hoidossa (18). Katsaus tarjoaa näyttöä psykologisten hoitojen hyödyistä myös vanhusten unettomuudessa ja pitkäaikaisen unilääkkeiden käytön lopettamisessa. Katsauksen mukaan uniärsykkeiden hallintamenetelmä, rentoutus, paradoksaalinen interventio, vuoteessaoloajan rajoittamismenetelmä ja kognitiivinen käyttäytymisterapia täyttävät empiirisesti tehokkaiksi todettujen hoitojen kriteerit. Psykologisten hoitomenetelmien tulokset näyttävät myös pysyvän ainakin 12 kuukautta.

TAULUKKO 1.

Aikuisten unettomuuden psykologiset hoitomenetelmät (1,4).

Kuvaus

PSYKOEDEKAATIO JA UNENHUOLLON OHJAUS

Psykoedukaatio annetaan tietoa unesta (esim. unen normaalit muutokset ikääntyessä) ja unettomuudesta sekä ohjeistetaan tarvittaessa vähittäiseen unilääkkeiden vähentämiseen.

Unenhuolto-ohjauksessa kerrotaan uneen vaikuttavista elämäntavoista (esim. liikunta ja medialaitteiden käyttö), nukkumisympäristöstä (esim. valo, lämpötila ja äänet) ja nukkumistottumuksista (esim. unirytmien säännöllisyys).

KÄYTTÄYTYMISTERAPEUTTISET MENETELMÄT

Uniärsykkeiden hallintamenetelmässä vahvistetaan vuoteen ja makuuhuoneen assosioitumista uneen sekä luodaan hyvää unta tukeva unirytmistö (vuoteesta nousee joka aamu samaan aikaan, sinne mennään vain uneliaana ja sieltä nousee pois aina, jos uni ei tule nopeasti)

Vuoteessaoloajan rajoittamismenetelmän tarkoituksena on vahvistaa homeostaattista unen tarvetta rajaamalla vuodeaika mahdollisimman lähelle todellista nukkua aikaa. Uni-ikkunaa pidennetään noin viikon välein kunnes optimaalinen unen kesto on saavutettu.

KOGNITIIVISET MENETELMÄT

Tutkitaan uneen ja unettomuuteen liittyviä tiedonkäsittelytapoja (esim. katastrofaaliset ajatukset unettomuuden seurauksista ja nukahtamiseen liittyvät suorituspainet). Etsitään vaihtoehtoisia tulkintoja tai muita keinoja yliviläyden purkamiseksi, kuten ns. huolihetki, paradoksaalinen interventio (nukkumaan mennessä yritetään pysyä hereillä) ja mielikuvaharjoitukset.

RENTOUTUMISMENETELMÄT

Tavoitteena on vähentää unta häiritsevää yliviläyttä ja jännitystä mm. progressiivisella lihaskäytöksellä, mielikuvarentoutuksella ja hypnoosipohjaisilla hoidoilla.

MINDFULNESS-MENETELMÄT

Keskeistä on hyväksyvä tietoisuus ja suhtautuminen nykyhetkeen. Menetelminä käytetään erilaisia meditaatioon pohjautuvia harjoituksia.

KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA

Yhdistää useita em. hoitomenetelmiä. Taustalla on ajatus siitä, että unettomuuteen vaikuttavat monet tekijät ja siksi paras hoitotulos saadaan käyttämällä useita eri menetelmiä.

Tutkimusnäyttö ja muuta huomioitavaa

Paljon käytetty, mutta ohjaus vaihtelevaa eikä tehoa ole voitu osoittaa (22). Arvioitu kuitenkin tärkeäksi osaksi unettomuuden kokonaisuhoitoa.

Eniten näyttöä. Muutosten efektiivisyys > 0,8 (23). Haittavaikutukset (yleisimmin kaatumisvaara, uneliaisuus ja suorituskyvyn heikentyminen) voivat kuitenkin vaikuttaa hoitomyönteisyyteen. Ne on huomioitava myös turvallisuusriskeinä.

Ainoana hoitona tutkittu vain vähän. Uskomusten ja käsitysten muuttamisella on arvioitu olevan keskeinen merkitys lääkkeettömän hoidon tulosten pysyvyydelle (24).

Todennäköisesti yksi käytetyimmistä menetelmistä, mutta potilaiden motivoituminen vaihtelee. Näyttöä tehokkuudesta on, mutta vaikutus vähäisempi kuin käyttäytymisterapian menetelmillä (17).

Ainoana hoitona tutkittu vasta vähän.

Tutkituin ja yksi tehokkaimista menetelmistä (efektiivisyys mittarista riippuen 0,3–0,9) (25).

- 12 Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev* 2010;14:35–46.
- 13 Baglioni C ym. Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011;135:10–9.
- 14 Vgontzas AN ym. Insomnia with objective short sleep duration: The most biologically severe phenotype of the disorder. *Sleep Med Rev* 2012;17:241–54.
- 15 Kucharczyk ER ym. The occupational impact of sleep quality and insomnia symptoms. *Sleep Med Rev* 2012;16:547–59.
- 16 Daley M ym. The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep* 2009;32:55–64.
- 17 Morin CM ym. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA* 1999;281:991–9.
- 18 Morin CM ym. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep* 2006;29:1398–414.
- 19 Morin CM. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York: The Guilford Press 1993.

Pelkästään kognitiivista käyttäytymisterapiaa koskevassa, 14 tutkimusta sisältävässä meta-analyysissä hoidon vaikutukset primaariseen unettomuuteen vaihtelivat kohtalaisesta suureen ja tulokset pysyivät 6–12 kuukauden seurannassa (25). Itse arvioitu nukahtamisviive lyheni kognitiivisen käyttäytymisterapian aikana keskimäärin noin 20 minuuttia (efektikoko 0,67) ja yöllinen hereilläoloaika noin 40 minuuttia (efektikoko 0,70). Uniaika piteni hoidon aikana noin 40 minuuttia (efektikoko 0,32) ja yhä lisää 3–12 kuukauden seurannassa (noin 20 minuuttia). Vaikutusten havaittiin olevan samankaltaisia myös objektiivisesti mitattuina (unipolygrafia ja aktigrafia), mutta tällöin muutosten efektikoot olivat pienempiä (0,23–0,57) eikä unen pituudessa todettu merkittäviä muutoksia.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian on arvioitu vaikuttavan juuri niihin käyttäytymiseen ja ylivirtäytyneisyyteen liittyviin ylläpitäviin tekijöihin, joihin sen on taustateorian mukaisesti tarkoitus vaikuttaa (21). Tätä puoltaa se, että vuoteessa valveilla vietettävä aika, päiväunet, unirytmien vaihtelevuus, ylivireys ja uneen liittyvät haitalliset ajatukset vähenevät hoidon aikana

Porrasmalli tarjoaa eri laajuisia hoito-kokonaisuuksia erilaisille unettomuuspotilaille.

- 20 Morin CM. Treating insomnia with behavioral approaches: evidence for efficacy, effectiveness, and practicality. Kirjassa: Szuba MP, Kloss JD, Dinges DF, toim. *Insomnia. Principles and Management*. Cambridge: University Press 2003;73–82.
- 21 Schwartz DR, Carney CE. Mediators of cognitive-behavioral therapy for insomnia: A review of randomized controlled trials and secondary analysis studies. *Clin Psychol Rev* 2012;32:664–75.
- 22 Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev* 2003;7:215–25.
- 23 Smith MT ym. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry*;159:5–11.
- 24 Morin CM ym. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia. *Behav Res Ther* 2002;40:741–52.

ja uneen liittyvä pystyvyysusko lisääntyy. Psykologisella hoidolla voi olla myös yli vuoden jatkuvia myönteisiä vaikutuksia uneen (26), mutta näin pitkän seurannan sisältäviä tutkimuksia on vain vähän.

Arviolta 20–30 % unettomista ei hyödy psykologisista hoitomenetelmistä ja osalle hyötyjistäkin jää jonkinasteisia oireita (17). Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien on todettu auttavan erityisesti nukahtamisvaikeuteen ja unen ylläpidon ongelmiin, kun taas vaikutuksesta liian varhaiseen heräämiseen on vähemmän näyttöä (4).

Tehokkuuteen vaikuttavia tekijöitä

Monet laadulliset ja määrälliset tekijät vaikuttavat siihen, kenelle ja missä olosuhteissa hoito on hyödyllistä, mutta näitä moderaattoreita tunnetaan toistaiseksi huonosti. Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta hyötymiseen eivät kuitenkaan näyttäisi vaikuttavan ainakaan demografi-

set tekijät, joista yleisimmin tutkittuja ovat ikä ja sukupuoli (17). Unettomuuden vakavuuden merkityksestä taas on saatu vaihtelevia tuloksia: sillä joko on, tai ei ole ollut, vaikutusta hoidosta hyötymiseen (27). Toisissa tutkimuksissa suurempi hyöty on yhdistynyt vakavampaan unettomuus- ja kokonaisoireiluun (28), toisissa taas lieväasteisempaan unettomuuteen (29).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian on arvioitu tehoavan paremmin psykofysiologiseen kuin idiopaattiseen unettomuuteen (6). Muun psykologisen hyvinvoinnin vaikutuksesta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta hyötymiseen on vaihtelevia tuloksia. Toisaalta samanaikaisten masennus-, ahdistus- ja stressioireiden sekä -häiriöiden on todettu olevan yhteydessä huonompaan hoitotulokseen (29–31). Toisaalta taas Espien ym. tutkimuksessa masennus- ja ahdistusoireiden suuri määrä kytketyi suurempaan hyötyyn (28).

Hoitoa saavan myönteisten odotusten ja hyvän terapeutin allianssin on havaittu ennustavan parempaa tulosta unettomuuden hoidossa (32). Lisäksi kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta hyötyvämmien potilaiden kokonaiselämänlaatua ja subjektiivista unen laatua on voitu parantaa jatkohoitona annettavalla hyväksymis- ja omistautumisterapialla, joka ei kohdistu ensisijaisesti oireiden vähentämiseen, vaan psykologiseen joustavuuteen, eli esimerkiksi keinoihin tulla paremmin toimeen unettomuuden kanssa (34).

Geiger-Brownin ym. 23 tutkimusta käsittäneen meta-analyysin mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokas menetelmä myös komorbidin unettomuuden hoidossa (33). Häiriöspesifisiä tutkimuksia komorbidista unettomuudesta on kuitenkin tehty vasta vähän, eikä ole löydetty tekijöitä, jotka vaikuttaisivat sen kulkuun, vakavuuteen tai terapian hoitotehoon. Tulokset komorbidin unettomuuden hoidossa ovat kuitenkin hieman heikompia kuin primaarisessa unettomuudessa. Tämä voi johtua siitä, että muut sairaudet eivät ole olleet riittävän hyvässä hoitotasapainossa ja tämä on heikentänyt unta myös unettomuuden hoidon jälkeen (esim. herääminen kipu- tai ahdistusoireisiin). Siksi unettomuuden hoitoon pitäisi yhdistää myös muiden uneen vaikuttavien sairauksien tehokas hoito.

Todennäköisesti unettomuuden hoitaminen on sitä haastavampaa, mitä enemmän vaikea-

- 25 Okajima I ym. A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep Biol Rhythms* 2011;9:24–34.
- 26 Järnefelt H. Työterveyshuollossa toteutetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäyty-misterapian tuloksellisuus pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa (Väitöskirja). Helsinki: Työterveyslaitos, Työ ja ihminen 2015; tutkimusraportti 44.
- 27 An H ym. The impact of temperament and character on the efficacy of nonpharmacological treatment of primary insomnia. *Compr Psychiatry* 2012;53:201–7.
- 28 Espie CA ym. Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia in general medical practice: Analyses of outcome data at 12 months posttreatment. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:58–66.
- 29 Järnefelt H ym. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in occupational health services: Analyses of outcomes up to 24 months post-treatment. *Behav Res Ther* 2014;56:16–21.
- 30 Morgan K ym. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2003;53:923–8.
- 31 Vincent NK, Hameed H. Relation between adherence and outcome in the group treatment of insomnia. *Behav Sleep Med* 2003;1:125–9.
- 32 Constantino MJ ym. Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behav Sleep Med* 2007;5:210–28.
- 33 Geiger-Brown JM ym. Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2015;23:54–67.
- 34 Hertenstein E ym. Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychother Psychosom* 2014;83:371–3.
- 35 Hublin C, Lagerstedt R. Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka. Kirjassa: Järnefelt H, Hublin C, toim. Työikäisten unettomuuden hoito. Työterveyslaitos 2012;20–34.
- 36 Bothelius K ym. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. *J Sleep Res* 2013;22:688–96.

asteisia ja kroonisia uneen vaikuttavia ja huonossa hoitotasapainossa olevia sairauksia potilaalla on ja mitä kuormittavampi elämäntilanne, esimerkiksi työ, hänellä on. Vaikeimmissa tapauksissa tarvitaan yksilöllistä ja moniammatillista kokonaishoidon sekä muun tuen suunnittelua ja toteuttamista. Esimerkiksi silloin, kun unettomuuden vaikutusta työ- ja toimintakykyyn arvioidaan työterveyshuollossa, tulisi samalla pohtia, mitä toimenpiteitä työkyvyn tukemiseksi tarvitaan (esim. väliaikaista pidättäytymistä yötyöstä) (35).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien käyttöön liittyy muutamia vasta-aiheita (4). Koska vuoteessaoloajan rajoittaminen voi aiheuttaa tilapäisesti univajeen lisääntymistä, menetelmää ei pitäisi käyttää, jos potilaalla on jo ennestään merkittävää valveajan uneliaisuutta tai hän ajaa pitkiä matkoja tai on muuten riskialttiissa työtehtävissä. Varovaisuutta on noudatettava myös potilailla, joilla on kaksisuuntaisen mielialahäiriö tai kohtauksellisia häiriöitä. Uniärsykkeiden hallintamenetelmä ei sovi myöskään iäkkäille potilaille, joilla vuoteesta poistuminen (kun nukahtaminen ei onnistu) voi aiheuttaa kaatumisvaaran. Näillekin potilaille voidaan kuitenkin käyttää muita kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä (esim. kognitiiviset menetelmät).

Lääkkeettömien hoitomenetelmien vaikuttavuus

Edellä käsitellyissä hoidon tehon tutkimuksissa (efficacy studies) hoitoa antoivat unettomuuden psykologiin hoitomenetelmiin erikoistuneet asiantuntijat. Koska unettomuudesta kärsiviä on väestössä paljon, sen hoitamiseen erikoistuneet psykologit, psykoterapeutit ja muut asiantuntijat eivät pysty antamaan hoitoa kaikille sitä tarvitseville. Suurin osa unettomuuspotilaista on perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon asiakkaita. Siksi olisi luontevaa, että myös näissä yksiköissä toimivilla terveydenhuollon ammattilaisilla olisi valmiudet hoitaa unettomuuspotilaita lääkkeettömin menetelmin.

Erityisesti viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana psykologisen hoidon tuloksellisuutta ja soveltuvuutta perusterveydenhuollossa ja erilaisissa unettomuusryhmissä on tutkittu myös vaikuttavuustutkimuksissa (effectiveness studies). Niissä perusterveydenhuollon tai työterveys-huollon ammattilaiset, useimmiten sairaan- tai

terveydenhoitajat, ovat lyhyen koulutuksen jälkeen antaneet kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin pohjautuvaa ryhmämuotoista hoitoa (36–40). Tulokset ovat olleet samankaltaisia kuin tehokkuustutkimuksissa (17,18,25), mutta unen parantuminen on ollut vähäisempää. Esimerkiksi Espien ym. vaikuttavuustutkimuksessa (38) nukahtamisviiveen muutoksen efektikoko oli 0,58 ja yöllisen hereilläoloajan muutoksen 0,35, kun tehokkuustutkimuksissa vastaavat efektikoot olivat 0,67 ja 0,7 (25). Seurantamittauksissa ryhmämuotoisen hoidon tulosten on havaittu pysyneen joko kokonaan (37) tai osittain (29,38). Unen pituus on seurannassa jopa kasvanut (sama on havaittu tehokkuustutkimuksissa) (29,37), mutta nukahtamisviiveen ja yöllisen hereilläoloajan osalta tulokset ovat osin heikentyneet ajan mittaan (29,38).

Kaiken kaikkiaan unettomuuden hoitomenetelmien soveltuvuudesta terveydenhuollon erilaisiin konteksteihin ja erilaisille potilasryhmille (esim. vuorotyöntekijät) tarvitaan lisätutkimusta (40).

Unettomuuden hoitoon kehitetään yhä enemmän myös itsehoitomenetelmiä, kuten kirjoja, nauhoitteita, videoita sekä tietokone- ja verkkoaineistoja, joiden sisältö yleensä koostuu kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmistä. Itsehoidon etuina ovat edullisuus ja parempi saatavuus verrattuna kasvokkain tapahtuvaan hoitoon. Kahden tuoreimman meta-analyysin mukaan tällaisten hoitomenetelmien vaikuttavuus on samaa luokkaa kuin kasvokkain tapahtuvan hoidon (41, 42). Itsehoitomenetelmien tehokkuutta saattaa parantaa hoidon pitkäkestoisuus ja henkilökohtaisen tuen suurempi määrä (42). Itsehoito ei kuitenkaan korvaa, vaan pikemminkin täydentää kasvokkain tapahtuvaa hoitoa (4). Itsehoitomenetelmien hyödyn arvioimiseksi tarvitaan tutkimuksia, joissa niitä verrataan kasvokkain tapahtuvaan hoitoon ja muihin hoitomuotoihin ja joissa niiden tehokkuutta arvioidaan kliinisissä konteksteissa, kuten perusterveydenhuollossa (42).

Lopuksi

Erään arvion mukaan maailmanlaajuisesti vähemmän kuin 1 % unettomista saa psykologista hoitoa, koska tutkimustieto sen hyödyistä ja käytännön osaaminen eivät ole vielä jalkautuneet riittävästi terveydenhuoltoon (43). Koulutamalla perusterveydenhuollon ja työterveys-

- 37 Espie CA ym. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001;39:45–60.
- 38 Espie CA ym. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behaviour therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep* 2007;30:574–84.
- 39 Järnefelt H ym. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia in occupational health services. *Journal of Occup Rehabil* 2012;22:511–21.
- 40 Järnefelt H ym. Cognitive behavioral therapy for shift workers with chronic insomnia. *Sleep Med* 2012;13:1238–46.
- 41 Seyffert M ym. Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11:e0149139. doi: 10.1371/journal.pone.0149139
- 42 Zachariae R ym. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2016;30:1–10.
- 43 Riemann D ym. Chronic insomnia: clinical and research challenges – an agenda. *Pharmacopsychiatry* 2011;44:1–14.
- 44 Espie CA. “Stepped Care”: a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep* 2009;32:1549–58.

huollon työntekijöitä sekä kehittämällä laadukkaita itsehoitomenetelmiä voitaisiin todennäköisesti lisätä merkittävästi unettomuuden lääkkeettömien hoitojen saatavuutta.

Suosituksen mukaisen hoidon järjestämiseksi Espie (44) on esittänyt porrasmallin, jossa kuvataan resurssimitoitukseltaan monen laajuisia (hoidon antamisessa vaadittu asiantuntijuus sekä hoidon yksilöllisyys ja intensiivisyys) hoitokokonaisuuksia erilaisille unettomuuspotilaille. Sen alimmalla portaalla ovat itsehoitoon perustuvat hoitomuodot, jotka on tarkoitettu suu- relle potilasjoukolle. Seuraavalla portaalla ovat koulutuksen saaneiden hoitajien käsikirjojen avulla ohjaamat lyhytkestoiset ryhmähoidot. Mallin ylemmillä portailla, monimutkaisissa unettomuustapauksissa, hoidosta vastaavat unettomuuden arvioimiseen ja hoitamiseen erikoistuneet lääketieteen ja psykoterapian asiantuntijat. Periaate siis on, että mitä ylempi porras, sitä yksilöllisempi hoito ja sitä valikoidumpi potilasryhmä.

Kullekin potilaalle kussakin vaiheessa parhaan tai riittävän vaihtoehdon arvioiminen ei kuitenkaan ole helppoa. Yksi ratkaisu on, että potilas etenee porras kerrallaan niin pitkälle, että riittävä vaste saavutetaan. Ensimmäisen portaan itsehoito on nopeasti saatavilla, mutta haasteena siinä on osata arvioida, mistä uni-

häiriöstä omalla kohdalla on kyse (esim. onko huonolaatuisen unen taustalla masennus tai unenaikainen hengityshäiriö). Siksi unettomuusoireiden alkuarviointiin pitäisi kehittää yksinkertaisia ja validoituja mittareita. Yksilöllisen kliinisen ja diagnostisen arvion tulisi olla saatavilla viimeistään lyhyen itsehoitojakson jälkeen, mikäli oireet eivät ole helpottaneet. Myös porrasmallissa tulisi huomioida komorbidiin sairauksien hyvä hoito ja muut uneen vaikuttavat tekijät, kuten työajat, sillä niiden suunnitellulla ja joustolla voidaan ehkäistä unettomuutta ja tukea unettomuuspotilaan työkykyä (35).

Hoidon järjestämisen käytännön haasteiden ratkaisemisen lisäksi tarvitaan tarkempaa tutkimusta unettomuuden syistä, taustatekijöistä ja kehityskulusta, jotta voidaan kehittää yhä useammalle sopivia ja aikaisempaa tehokkaampia sekä vaikuttavampia unettomuuden hoitomuotoja (4). ●

SIDONNAISUUDET

Heli Järnefelt: Luentopalkkiot (MSD).

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Psychological treatments of insomnia

HELI JÄRNEFELT
Ph.D. (Psych.), Specialized
Psychologist, Psychotherapist
Finnish Institute of Occupational
Health

Psychological treatments of insomnia

Insomnia is one of health care's biggest challenges because it is among the most common complaints and is associated with extensive impairments of health, performance capacity and work ability. Compared to pharmacological options, psychological treatments have few or no adverse effects, and their positive effects after treatment remain in follow-up. Cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-I) is one of the most researched and effective treatments of chronic insomnia. CBT-I particularly targets the behavioural (e.g. irregular sleep schedule) and cognitive (e.g. worry over consequences of insomnia) perpetuating factors of insomnia. The CBT-I treatment model consist of sleep education and sleep hygiene guidance, the reshaping of sleep patterns to correspond with individual sleep needs and to strengthen sleep rhythms, the association of bed with sleep (behavioural methods), appraisal of sleep-disturbing cognitive processes, and developing alternative ways in which to handle these (cognitive methods). Regardless of the nature of initial triggering factors and comorbid diseases, when insomnia has developed a chronic course, behavioural and cognitive factors are almost always involved in perpetuating it. Because of this, insomniacs with comorbid conditions (e.g. pain and cancer patients) also often benefit from psychological interventions.

To provide as many insomniacs as possible with access to psychological treatment, it is important that it is offered by health care on a larger scale, and not only by CBT-I specialists. Studies on the use of these treatments by general practitioners have shown that nurses in general and occupational health care can effectively deliver CBT-I after short education and training. Efficient internet-based interventions have also been developed. As a whole, we may have a better chance of making these treatments more accessible to a larger number of insomniacs by providing health care with more education and training in psychological treatments. The future challenges of insomnia research also include the need to further improve our knowledge of the mechanisms, background factors and course of insomnia, and to develop more efficient and accessible treatments.