

# "קושי לישון ונדודי השינה הם עינור לסובלים ונטל תחלואה עם מרכיב כלכלי נרחב לאוכלוסייה"

אינסומניה או "נדודי שינה" היא בעיית השינה השכיחה ביותר בעולם המערבי. מעל מחצית מהאוכלוסייה חוותה אינסומניה חולפת במהלך החיים וכ-20%-30% מהאוכלוסייה סובלת מאינסומניה כרונית. במהלך מגפת ה-COVID שכיחות ההפרעה אפילו עלתה, אבל בעזרת העלאת המודעות של מטופלים והדרכה נכונה ניתן יהיה להנות משנת לילה טובה

ד"ר דניאל וסרמן בשיתוף איכילוב

חות חיים. מכיוון שהאינסומניה משפיעה על הלילה וגם על היום, הטיפול בה הוא רב מערכתי, כוללני ודורש התייחסות לא רק לשינה אלא גם לזמן הערנות. השלב הראשון בטיפול באינסומניה הינו הקניית היגיינת שינה. מהי היגיינת שינה? אוסף של רפואי חיים והתנהגויות במהלך כל היממה המ"שפיעים על היכולת לישון. בנוסף, היגיינת השינה קשורה גם לתנאים הסביבתיים לשינה. "ניקוי" של כלל הגורמים המפריעים לשינה טובה הינו מרכיב קריטי לטיפול ובלעדיו הסיכוי של כל טיפול אחר, תרופתי או התנהגותי להצליח יהיה נמוך. הקניית הרגלים טובים ובריאים לשעות היום כגון חשיפה לאור, פעילות גופנית ואכילה נכונה מהווה גם כן חלק מהטיפול הרב מערכתי.

הטיפול התרופתי המיועד לסייע בהפרעות שינה מגוון מאד וכולל מבחר עצום של תרופות המיועדות להשריית שינה, תרופות המדכאות את מערכת העצבים בדרכים שונות ובעלות טווחי זמן פעולה ותופעות לוואי שונות. ההנחה הרווחת היום בעולם השינה הינה שטיפולים אלו מיועדים לטיי פול קצר טווח ועליהם להינתן כקו שני או כטיפול קצר ותומך בטיפול קוגניטיבי התנהגותי.

טיפול קוגניטיבי התנהגותי לאינסומניה (CBT-I) הוא הטיפול המומלץ ביותר היום על ידי איגוד השינה העולמי, האירופאי והאמריקאי. תוכנית טיפול זו הינה יריעה של שיטות שונות ומגוונות היכולות לסייע בהפחתת אותם "מעגלי ערנות" והתניות לקויות הקיימות באינסומניה. הטיפול ניתן בדרכים שונות, ורוב המטופלים יכו"לים להיעזר בספרי הדרכה או בקורסים מקוונים. במקרים מורכבים או עקשניים בהם נדרשת מעט יותר הכוונה ישנן תוכניות לטיפול בקבוצות קט"נות או בטיפול פרטני אשר "תופר" את התוכנית לצרכים האישיים.

לסיכום, הקושי לישון ונדודי השינה הם תופעה נרחבת המהווה עינוי של ממש לסובלים מהם וני"טל תחלואה עם מרכיב כלכלי נרחב לאוכלוסייה. עם זאת, הכוח להתמודדות מצוי לרוב בידיהם של הסובלים מהתופעה. בעזרת העלאת המודעות של מטופלים ומטפלים כאחד והדרכה עם הכוונה נכו"נה לשני הצדדים, ניתן יהיה להנות מהזריחה לאחר שנת לילה טובה.



ד"ר דניאל וסרמן | צילום: מירי גטניו

עבודה במשמרות, אובדן קרוב, אשפוז או מחלה ועוד). בזמן האירוע החריף מתפתחים הרגלי שי"נה לקויים ותשומת הלב מתמקדת בחוסר השינה ובדאגה הנלווית. בנוסף, נוצרים "מעגלי ערנות" במוח הפעילים גם בזמן השינה וכך מונעת מתקבעת האינסומניה הכרונית. חלק מהמודלים גם משלבים בתוכם את השלכות האינסומניה הגורמת להפרעה באיכות החיים; הגדלת הסיכון לתאונות; השלכות בריאותיות משניות לשחרור יתר של הורמון הקורטיזול ואף מקור להפרעות פסיכיאטריות שונות.

## טיפול רב מערכתי

הטיפול באינסומניה יכול להיות מורכב ומת"ס כל לשני הצדדים: המטופל מוצא עצמו בכל מספר חודשים מתרגל או לא מגיב לתרופה זו או אחרת ושוב מתהפך במיטה. המטפל (לרוב רופא/ת המש"פחה) לרוב חסר את הכלים והידע הנדרשים לטיי פול בהפרעה עקשנית זו, או מתקשה בחוסר שיתוף פעולה מספק מצד המטופל בשינוי הרגלים ואור"י

לונים מתוקפים היכולים לסייע באבחנה. במקרים בהם הריאיון אינו מספק, או שקיים חשש להפרעת שינה נוספת ישנן בדיקות המודדות את זמני השי"נה לאורך זמן (אקטיגרף), בדיקות שינה ביתיות או במעבדה באמצעות ניתן לשלול הפרעות אחרות בשינה. אך לרוב אין צורך בבדיקות אלה.

## על שלושה P

מאז 1990 פותחו כ-10 מודלים תאורטיים המשערים כיצד אותה חוויה מתסכלת של חוסר היכולת לישון מתקבעת והופכת להפרעה כרו"נית. המפורסם מבין המודלים הללו הוא המודל של ספילמן, מודל שלושת ה-P. המודל מציג שילוב של גורמים מקדימים, גורמים מזרזים וגורמים מנציחים שיחדיו מובילים להתקבעות האינסומניה. בסיכום המודלים הקיימים ניתן לנ"סח את ה"מתכון" לאינסומניה כרונית באופן הבא: אנשים אשר להם נטייה גנטית בשילוב עם גורמי הסיכון המשתנים (מין, גיל, מחלות רקע וכדומה) עוברים אירוע חריף המשבש את השינה (ג'ט-לג,

אחת מ"חוויות" החיים השכיחות והמתסכלות ביותר הינה חוסר היכולת לישון. תחושת האומ"ללות בשכיבה במיטה והציפייה לשינה שתגיע ללא הצלחה, חישוב השעות שנתרו ללילה והמחשבות על התפקוד שודאי יהיה ירוד ביום המחרה.

אינסומניה היא בעיית השינה השכיחה ביותר בעולם המערבי, כאשר מעל מחצית מהאוכלוסייה מדרווחת שחוויה אינסומניה חולפת במהלך החיים וכ-20%-30% מהאוכלוסייה סובלת מאינסומניה כרונית. במהלך מגפת ה-COVID שכיחות ההפר"עה עלתה אף יותר, בגלל המחלה עצמה ותופעת ה-Long-COVID או בשל תנאי הבידוד והחרדה. ההוצאה הכספית השנתית על נדודי שינה היא עצומה וברחבי העולם מדובר בהוצאה של מ"י ליארדי דולרים על תרופות מרשם ותרופות מדף בנוסף לאמצעים חליפיים שכולם נועדו לאפשר שנת לילה טובה.

## כרונית ידועה מראש

אינסומניה כרונית איננה זהה לחסך שינה כרוני הנגרם מחוסר הזרמנות לשינה. עומס וניסיון להס"פיק חיי עבודה ומשפחה לחוצים, גורמים לצמצום זמן השינה לשש (ואף פחות) שעות ביממה, על אף ההמלצה לכ-7 שעות שינה לאדם המבוגר. כמו כן, הקושי להירדם עקב תנאים לא מתאימים כמו רעש רב, מקום זר או דרישה לשינה מחוץ לחלון השינה הביולוגי, אינם אינסומניה. באינסומניה, חלון ההז"דמנויות לשינה הינו מספק והתנאים לשינה אופ"טימליים, אך למרות זאת קיים קושי להירדם או שהשינה מאופיינת ביקיצות מרובות או התעוררות מוקדמת מהרצוי.

אינסומניה כרונית מאובחנת על ידי ראיון מו"קפד של מטפל/ת ומסוגלת על פי אופי, משך הזמן ותדירות האירועים, שלילת חשד להפרעת שינה אחרת ולא פחות חשוב, הפרעה לתפקוד היומי של הסובלים ממנה. אינסומניה לא באה לידי ביטוי רק בלילה, אלא בסימנים ביום הנובעים מקושי בש"נת הלילה. חוסר אנרגיה, הפרעות בריכוז ומצב הרוח, ירידה בתפקוד בלימודים ובעבודה מהווים חלק מהסימנים הנלווים לאינסומניה. גורמי הסיכון מרובים וכוללים מין (נשים), גיל (שכיחות עולה עם הגיל), מחלות פסיכיאטריות ומחלות כרוניות אחרות, מצב סוציו-אקונומי, רפואי עבודה במשמרות, תרופות שונות ועוד. במרבית המקרים, אין צורך בבדיקות עזר לצורך האבחון. קיימים כיום שא"

ד"ר דניאל וסרמן היא רופאה בכירה, מכן סגול-שירצקי לרפואת שינה, המרכז הרפואי איכילוב ת"א

בשיתוף המרכז הרפואי איכילוב ת"א