

Dr. Novák Márta, Dr. Purebl György, Dr. Vizi János

Az inszomniák gyógyszeres és nem farmakológiai terápiája

Összefoglalás

Sorozatunk korábbi cikkeiben már utaltunk rá, hogy az alvászavarok népegészségügyi problémát jelentenek, s mind egyéni, mind társadalmi szinten jelentős következményekkel járnak. Az alvászavarok felismerése és megfelelő kezelése javítja az életminőséget és jelentős költségmegtakarítással jár.

Ezen cikkünkben bemutatjuk az inszomniák gyógyszeres és a nem farmakológia terápiájának a családorvosi és foglalkozás-egészségügyi praxisban legfontosabb gyakorlati szempontjait. Krónikus alvászavar kezelése során minden esetben szükséges a kétféle megközelítés kombinációját alkalmaznunk.

1. Az inszomnia gyakorisága

Amerikai kutatók szerint az alvászavarok napjainkban az USA-ban (és minden bizonnyal a többi fejlett országban is) az egyik legelhanyagoltabb népegészségügyi problémát jelentik. Az alvászavarban szenvedők fele problémáját súlyosnak ítéli meg. Az európai és ausztráliai adatok hasonlóak az amerikaihoz, átlagosan 32.4%-nak adják meg az alvászavarok prevalenciáját.

Ugyanakkor elgondolkodtató, hogy az inszomniások csupán 5%-a fordult orvoshoz ezzel a problémával. Az alvászavarban szenvedők 69%-a sohasem említette orvosának, hogy ilyen panasa is van, – más adatok szerint az inszomniában szenvedők 85%-a sohasem fordult orvoshoz és nem szedett altatót. De a betegek szenvednek alvászavaruktól: 28-40%-uk öngyógyító módszerekhez folyamodik, alkoholt vagy vény nélkül kapható szerekkel próbálja alvászavarát kezelni.

2. Az inszomnia terápiás módjai

Az inszomnia sikeres terápiájának alapja, hogy a farmakológia kezelés mellett fontos hangsúlyt kapjanak a nem farmakológia megközelítési mó-

dok is. Lehetőleg mindig nem gyógyszeres kezelési módszerrel (alváshigiénés és életmód-tanácsadás) indítsuk a terápiát, és a farmakoterápiát más módszerrel kombinálva alkalmazzuk. A krónikus inszomnia kezelése nehéz, időigényes, mind a beteg, mind az orvos részéről sok türelmet igénylő feladat, s igen gyakran pszichoterápia (relaxáció, pszichodinamikusan orientált terápia, kognitív-viselkedésterápia, esetleg hipnózis) alkalmazása nélkül nem számíthatunk sikerre. Jelen cikkünkben elsősorban az alapellátásban lényeges terápiás szempontokat tekintjük át.

3. A hipnotikumok alkalmazása

Szakmai ajánlások szerint hipnotikumok alkalmazása elsősorban átmeneti illetve rövid tartamú inszomniákban ajánlható, legfeljebb 4-6 hétig. Ez a szakmai előírás természetesen azonnal felveti a krónikus inszomnia farmakológiai kezelésének kérdését. Krónikus probléma esetén törekednünk kell arra, hogy lehetőleg minél kevesebb gyógyszerre legyen a betegnek szüksége, vagyis, ne váljon „automatikussá” az esti altató-bevétel.

Krónikus terápia esetén az alábbi kezelési sémák ajánlhatók:

1. intermittáló kezelés (néhány hét, utána hosszabb szünet),
2. az orvos-beteg közti megegyezésen alapuló rendszer, mely lehet mindig azonos napokon (pl. hétfő-szerdapéntek)
3. megegyezéses alapon, fix heti maximális dózissal, de rugalmas gyakoriságú gyógyszereszedés (pl. heti 3-4 alkalom),
4. beteg megítélése alapján, szükség szerint néhány alkalommal (pl. „nehéz” nap előtt).

Egyesek a hipnotikumok váltogatását ajánlják, mert elméletileg kereszt-tolerancia csak a benzodiazepinek között alakul ki, zolpidemmel, zopiclonnal ezt eddig nem tapasztalták, de ezen stratégia megalapozására további adatokra van szükség. Mások krónikus pánsszok fennállása esetén nem depressziós betegnél is javasolják szedatív antidepresszánsok alkalmazását, de további kutatási eredményekre van szükség ennek alátámasztására, s ezen gyakorlat ellen szólhat az anti-

depresszánsok lehetséges mellékhatásai.

Jelenleg elsősorban javasolt hipnotikumnak tartjuk a benzodiazepin receptor agonistákat (zolpidem, zopiclon, zaleplon) valamint a rövid és közepes felezési idejű benzodiazepineket. Nem javasolt szerek közé tartoznak a barbiturátok, a glutethimide és a meprobamate. A melatonin hipnotikumként való rutin alkalmazására egyelőre nem állnak rendelkezésre megfelelő tudományos adatok. A hipnotikumok kontraindikációira és alkalmazásuk egyéb, általánosan ismert szempontjaira (idősek, vese-májbetegség, terhesség, szoptatás stb.) nem térünk ki. A jelenleg hazánkban forgalomban levő hipnotikumokat a 1. táblázat ismerteti. A hipnotikumok hatásmechanizmusát, és az egyes altatószerek részletes ismertetését illetően utalunk korábbi összefoglalásunkra.

Az altatók okozta alvászavar esetében a krónikus altatószedés nyomán dependencia és a tolerancia jelenségei tapasztalhatók, a beteg egyre növeli az elvesztett hatású szer adagját. Megvonnáskor jelentős visszacsapásos inszomniára számíthatunk, mely további altatószedésre készteti a beteget. Az „ördögi kör” nehezen törhető meg, kórházi kezelést válhat szükségessé. Ezen betegek kezelése a pszichés összetevők miatt sem egyszerű.

A hipnotikus terápia általános elvei az alábbiakban foglalhatók össze:

- individuális dozizálás minden egyes páciens számára;
- a legalacsonyabb hatékony dózis előírása;
- a dózis csökkentése, ha az anamnézisben a központi idegrendszer működését tompító hatású szerek (alkohol!) használata szerepel;
- a dózis csökkentése időseknél, májbetegyeknél;
- a mindennapos alkalmazás kerülése;
- a lehető legrövidebb idejű folyamatos kezelés (maximum néhány hét);
- a kezelés végén fokozatos dóziscsökkentés.

Ismert, hogy a hipnotikumok esetében a javasolt maximális terápiás dózis további emelése általában nem javítja a hatékonyságot. Ezzel szemben mind a benzodiazepinek, mind pedig a rokon hatású vegyületek magatartási toxici-

Dr. Novák Márta (1,2),

Dr. Purebl György (1), Dr. Vizi János (2)

(1) SE, Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

(2) Pharmaproject Kft.,
Pszichopraxis Szakrendelő

1051 Budapest, Kecskeméti u.11.

tása határozott dózis-hatás összefüggést mutat, vagyis az adag emelésével az ezzel összefüggő baleseti és egyéb kockázat is megnő. Ne feledjük, hogy a farmakokinetikai törvényszerűségeknek megfelelően a nagy dózisoknál elvész a korszerűnek tartott hipnotikumok legfőbb előnye, nevezetesen az, hogy reggelre kiürülnek a szervezetből, és az, hogy emiatt nappali hatásukkal nem kell számolni. Ezért a nagy dózisok kerülendők, hatástalanság esetén érdemes újra fontolóra venni valamely háttérben meghúzódó, fel nem ismert alapteregség fennállását. Ha ez kizárható, akkor se adjunk ugyanabból a készítményből többet, főleg ne egyszerre többféle altatót, hanem válasszunk másik készítményt, más kezelési eljárást.

Ha a páciens hosszabb kezelésre szorul, a *tolerancia és dependencia* megelőzése céljából a gyógyszeres kezelést a fentebb ismertetett módon, időről időre érdemes periodikusan változtatni. Az altató szedését, a beteggel előzetesen egyeztetve, igyekezzünk a hét bizonyos napjaira korlátozni. Végül, különösen krónikus kezelés esetén, mindenképpen iktassunk be gyógyszermentes heteket. Ezen szabályoknak a betartásával nagymértékben csökkenthető a tolerancia/dependencia veszélye. Dependencia, tolerancia és rebound jelenségek a betegek egy részénél alakulnak ki. A zolpidem és zopiclon az eddigi tapasztalatok szerint a benzodiazepineknél kedvezőbb profillal rendelkezik a dependencia, tolerancia és a rebound jelenségek szempontjából, de a benzodiazepinek negatív megítélése is csökkenni látszik.

4. Az inszomnia nem gyógyszeres terápiája

Egyéni és csoportos terápiás módszerek egyaránt szóba jöhetnek inszomniás betegek terápiájában. Az alvásmedicina területén leggyakrabban alkalmazott nem farmakológia módszerek közé tartoznak a stresszcsökkentő tréningek, relaxációs módszerek (elsősorban a progresszív relaxáció), pszichodinamikus pszichoterápia, hipnózis, kognitív-viselkedésterápia, biofeedback, alvásmegszorítással történő kezelés, kronoterápia, fényterápia. A kognitív viselkedésterápia hatékonyságát egyre több vizsgálat támasztja alá. Ezen módszerek mindegyike képzett szakember közreműködését igényli.

Az inszomnia nem gyógyszeres kezelési módszerei a fiziológiai arousal, a gondolkodás és az érzelmek interakcióinak jobb megértésén és az interakciók befolyásolásán alapulnak. Primer inszomniában különböző hatásokra az alvást megelőzően megemelkedik a fiziológias arousal (ez a jelenség inkompatibilis az alvással, ami az arousal-csökkenés eredményeként jön létre). Ebben szerepet játszanak negatív érzelmek (például alvás miatti aggodalom), diszfunkcionális gondolatok (az inszomnia következményeinek negatív túlértékelése, alváshoz fűződő negatív gondolatok, asszociációk), illetve kb. maladaptív szokások (például túl sok ágyban töltött idő).

Az alábbiakban néhány, a háziorvosi praxisban is könnyebben alkalmazható technikát ismertetünk.

Alvásedukáció, alváshigiénés tanácsok

A pszichoedukációnak lényeges szerepe van a terápia indításakor mind gyógyszeres, mind nem farmakológiai kezelés esetén. A páciens tájékoztatunk kell az alvás funkciójáról, az alvás életkorral történő fiziológias változásáról, az alvást elősegítő és gátló tényezőkről, stb. Az általunk alkalmazott alváshigiénés tanácsokat a 2. táblázatban foglaljuk össze. Ez az első beszélgetés oktató jellege mellett információnyerést is célozhat, hiszen visszajelzést kapunk a beteg alvászavaráról alkotott és a terápiával kapcsolatos elképzeléseiről és elvárásairól. A pszichoedukáció megalapozza a pszichoterápiát és hasznos farmakoterápia esetén is, erősíti a terápiás kapcsolatot, a compliance-t, (gyógyszer-mellékhatások ismertetése, a gyógyszereszedéssel kapcsolatos ellenérzések leküzdése, a beteg állapotának monitorozás a terápia során). Fontos a betegek pszichés támogatása gyógyszermegvonás során (rebound-inszomnia!), hogy megelőzzük visszaesést és az – igen gyakran előforduló és sokszor kontrol nélküli -ismételt krónikus gyógyszerhasználatot.

Legelső és nagyon hasznos lépés az alvással kapcsolatos általános alapismeretek átadása a betegnek. Ha a páciensek közvetlenül nem is profitálnak az információkból, az alvás folyamatának megismerése segít elosztatni az alvási folyamat köré szövődő esetleges mítoszokat és sok hiedelmet önmagában is képes megszüntetni. Az átadandó információkat az alábbi lényeges szempontok alapján érdemes csoportosítani:

1. táblázat

A hazánkban forgalomban lévő altatók jellemzői

	Flunitrazepam (Flunitrazepam-B)	Nitrazepam (Eunocin)	Temazepam (Signopam)	Brotizolam (Lendormin)	Cinolazepam (Gerodorm)	Midazolam (Dormicum)	Zolpidem (Stilnox)	Zopiclon (Imovane)
Dózis (mg)	1-2	5-10	10-30	0,2-0,4	40	7,5-15	10-20	7,5-15
Eliminációs féléletidő (h)	Hosszú	Hosszú (30)	Közepes (9,5-12,4)	Rövid (3-5)	Közepes-rövid (4-9)	Rövid (1-3)	Rövid (1,5-2,4)	Rövid (3,5-6)
Aktív metabolit	Van	Van	Nincs	Nincs	Van	Nincs	Van	Nincs
Ürülési sebesség	Lassú	Lassú	Közepes	Gyors	Gyors	Gyors	Gyors	gyors
Nappali szedáció	Van	Van	Van	Nincs	Nincs	Nincs	Nincs	Nincs

I. Alvással kapcsolatos ismeretek

1. Az alvás nem homogén folyamat, különböző fázisai vannak, és ezek sajátos funkciókkal rendelkeznek.
2. Az alvás szerepe a regeneráció, a beérkezett információk feldolgozása és tárolása (tehát nem a jövőnkre reflektál egyfajta „profetikus” jelleggel, hanem a már megtörténtekkel kapcsolatos információkat dolgozza fel).
3. Az alvási folyamat önszabályozó jellegű, ennél fogva képes rugalmasan alkalmazkodni a változó körülményekhez.
4. Az alvási folyamatban természetes bizonyos (elsősorban életkor-függő) változások.

II. Alváshigiénés ismeretek

Alváshigiénés ismeretek alatt az alváshoz szükséges optimális pszichobiológiai környezet megteremtéséhez szükséges információkat értjük, hangsúlyozva az alvást gátló tényezők csökkentését és az alvási folyamatot elősegítő tényezők növelését. A tanácsok

néha „banálisan egyszerű” ötleteknek tűnnek, megvalósításuk viszont általában nem könnyű, hiszen régóta – nem ritkán több évtizede – fennálló helytelen életmódon, rossz szokásokon kell általuk változtatni. Fontos, hogy a beteggel lépésről lépésre fokozatosan haladjunk, s egyidejűleg csupán néhány tanács megvalósítását kérjük. Az alváshigiénés tanácsok közül kiemeljük a koffeinfogyasztásra és a testmozgásra vonatkozókat jelentőségét. Sokan nem tudják, hogy milyen élelmiszerek tartalmaznak koffeint, s a tapasztalatok szerint egyre emelkedik az időskorúak koffein- és alkoholfogyasztása is.

Alvásmonitorozás

Az alvásmonitorozás legegyszerűbben alvásnapló segítségével történik. Azon túl, hogy információs anyagot és hosszmetriai képet szolgáltat a terápiához, gyakran önmagában terápiás értékű „aha”-élményekhez juttatja a páciens.

Alvásnapló összeállítása során az alább ismertetett paramétereket érdemes

figyelembe venni. Fontos, hogy minél világosabb instrukciókat adjunk, és amit lehet számszerűen, becsüléskálán fejezzünk ki.

1. Az alvás leírása
2. Az alvás körülményeinek leírása
3. Napközbeni tevékenység leírása

Stimulus-kontroll: A stimulus-kontroll néven összefoglalt módszerek közös célja az, hogy az elalvást stabil, állandó környezeti ingerekhez kondicionálják. Lényegesebb pontjai megtalálhatók az alváshigiénés tanácsok között (2. táblázat 8. és 10. pontja), kiegészítve az alábbiakkal:

Csak akkor fekdjünk le, ha fáradtak és álmosak vagyunk. Ennek jeleit ne egész este keressük magunkon, hanem jelöljünk ki egy időpontot, és csak ez után foglalkozzunk vele.

– A fentieket szigorúan tartjuk be kivétel nélkül minden este akkor is, ha alvásunk már régen rendeződött.

Relaxációs technikák: Az inszomniás páciensek egyik legfrusztrálóbb panasza az elalvási kísérlet idején fellépő feszültség, idegesség, „szorongás” („vajon ma éjszaka el tudok-e aludni?”), amely az előző éjszakák sikertelenségének talaján, „circulus vitiosus”-ban éjszakáról éjszakára fokozódhat. A figyelem túlságosan bizonyos tényezőkre irányul, meggátolva az elalváshoz elengedhetetlenül szükséges ellazulást. A figyelem irányulhat a külvilágra (például zajok, világosodik-e már, hány óra van stb.), vagy a különböző testi történésekre (például álmosodom-e már, lecsukódnak-e maguktól a szemem stb.).

A relaxációs technikák több olyan ponton is hatnak, amelyek alvást elősegítő hatásúak (arousal-csökkentés, izomrelaxáció, amely hipnógén hatású).

A legáltalánosabban elterjedt, és leghatékonyabbnak tűnő módszer a Jacobson-féle progresszív relaxáció (kezdetben az izmok szisztematikus megfeszítése és ellazítása, majd fokozatosan a relaxációs elemek hangsúlyozása, végül a feszítések elhagyása).

Az alvással kapcsolatos negatív gondolatokkal való megküzdés

Az alvással kapcsolatos hiedelmek általában mélyen gyökereznek a személyiségben és a dolgok elmagyarázásával gyakran egyáltalán nem módosíthatók. A betegek racionálisan elfogadják az új információkat, de az adott helyzetben ismét a régi, mélyen gyökerező

2. táblázat

Alváshigiénés tanácsok

1. Tartson szigorú napirendet! Lehetőleg minden nap azonos időben keljen fel és fekdjön le, hétköznapokon és hétvégén egyaránt.
2. A rendszeres mozgás, sportolás javítja az alvás minőségét. DE: Lefekvés előtt 3-4 órával ne végezzen megerőltető testi tevékenységet illetve intenzív sporttevékenységet!
3. A lefekvés előtti órákban ne fogyasszon erős, zsíros ételeket és alkoholt, és ne dohányozzon!
4. Korlátozza a koffeintartalmú italok (kávé, tea, kóla, kakaó) fogyasztását, különösen a késő délutáni és esti órákban!
5. Alakítson ki megfelelő elalvás előtti szokásokat! (Legyen rutinszerű a tisztálkodás, fogmosás stb.)
6. Fordítson figyelmet a megfelelő alvási környezet kialakítására (tiszt, levegőző, csendes, sötét szoba, szükség esetén füldugó, megfelelő páratartalom, megfelelő keménységű matrac és párna, természetes anyagokból készült ágynemű, hálóruha stb.)!
7. Az elalvást segítheti a könnyű, magas szénhidrát-tartalmú vacsora, a meleg fürdő, a hűvös szoba (meleg paplannal), a relaxáció (pl. zenehallgatás, olvasás, relaxációs gyakorlatok végzése) és egy pohár tej.
8. A hálószobát csak alvásra és szexuális tevékenységre használja. Ne egyen, ne nézzen TV-t, ne dolgozzon az ágyban!
9. Lehetőleg ne aludjon napközben, kivéve, ha speciális alvásproblémája miatt orvosa ezt kéri.
10. Ne fekdjön le túl korán, és ha fél órán belül nem alszik el (illetve felébred éjszaka és képtelen visszaaludni) keljen fel az ágyból, menjen át egy másik szobába, és ott olvasson, pihenjen. Ekkor ne egyen, ne igyon és ne dohányozzon. Csak akkor térjen vissza ágyába, ha már kellően álmos! Próbálja az ágyban töltött időt a tényleges alvási időre korlátozni.
11. Ebresztőóráját az éjszaka során tartsa hátrafordítva, s éjszakai felébredései során ne nézzen automatikusan az órára!

Ne feledje, hogy napközbeni tevékenységei nagymértékben befolyásolják éjszakai nyugalmát, s éjszakai pihenése visszahat napközbeni éberségére, testi teljesítőképességére és lelkiállapotára!

hiedelmek aktiválódnak, és igen erős érzelmi választ, illetve az arousal fokozódását eredményezik.

Az inszomniával kapcsolatos gondolatok négy fő téma köré csoportosíthatók:

1. Az „egy fő ok” – hiedelem módosítása

A betegek saját alvászavarukról alkotott laikus betegségmodelljei általában egyetlen, ráadásul teljesen kontrollálhatatlannak vélt okkal magyarázzák az inszomniát, (például agyi ingerületátvivő anyagok arányának megbomlása, befolyásolhatatlan munkahelyi stressz, öregedés stb.). A cél az, hogy a páciens olyan realisabb értelmezési kerethez juttassuk, amely szerint az inszomnia több, kisebb jelentőségű, de jobban kontrollálható problémából tevődik össze.

2. A páciens által vélt lehetséges következmények „katasztrófa-jellegének” megváltoztatása

A páciensek általában túlértékelik alvászavaruk negatív hatásait, és minden kellemetlen élményt (rosszkedv, sikertelenség stb.) hajlamosak ennek közvetett vagy közvetlen következményének tulajdonítani. Mind-

ezek miatt az alvás jelentősége felértékelődik, és a beteg egyik legfontosabb központi problémájává válik.

3. Az alváshoz társuló téves (diszfunkcionális) elvárások és elképzelések módosítása

Ebben a témakörben található az alvással kapcsolatos összes téves elképzelés (például nyolc óra folyamatos alvás kell a normális életvitelhez stb.). A legtöbb esetben úgy tűnik, ezek könnyedén módosíthatók, valójában azonban – mivel a kultúrában mélyen gyökereznek – nehezen változtathatók meg.

4. Az elalvási helyzetben jelentkező negatív gondolatok

Ezek elsősorban az elalvási helyzetrel kapcsolatos teljesítményszorongás és a tehetetlenség élménye körül csoportosulnak, és a velük való megküzdés képességének elsajátítása mérföldkő lehet a terápiában.

Nappali feszültségoldás és problémakezelés

A krónikus inszomniában szenvedő páciensek jellemző vonása az állandó – napközben is jelen lévő – enyhe aggodás és szorongás. Ez a szorongás

az alvás előtti pillanatokban, amikor a figyelmet már nem tereli el semmi, gyakran fokozódik, nehezítve ezzel az elalvást. Mindezek miatt a legtöbb alvászavarban szenvedő beteg számára hasznossá válhat valamilyen stresszkezelő stratégia elsajátítása.

Ajánlott irodalom:

- Novák M.: *Az alvásmedicina jelentősége.*
Hippocrates, III/2, 103-105
- Novák M., Vizi J.:
Az inszomnia jelentősége, diagnosztikája és terápiás megközelítése.
Hippocrates, I/1, 29-36
- Halász P.: *Alvás és alvászavarok.* Medicina, Budapest, 1982
- Novák M (szerk.): *Az alvás- és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája.* Okker Kiadó, Budapest, 2000
- Vizi J, Novák M: *Az inszomnia gyógyszeres kezelése.* In: Novák M. (szerk): *Az alvás – és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája.* 243-274. old. Okker Kiadó, Budapest, 2000
- Novák M., Purebl Gy.: *Alvászavarok.* In: Buda B. és Kopp M. (szerk): *Magatartástudományok.* 485-504. old., Medicina, Budapest, 2001

Részletes irodalomjegyzék a szerzőnél.