

PORUCHY SPÁNKU Z POHĽADU PSYCHIATRA – NEORGANICKÁ INSOMNIA

MUDr. Moťovský Branislav

Psychiatrické odd. NsP Trenčín

V článku je v stručnosti načrtnutá problematika neorganickej insomnie – diagnostika, klasifikácia a liečba. Z epidemiologického hľadiska predstavuje neorganická insomnia veľmi častú poruchu a preto je dôležité jej zachytávanie a adekvátne manažovanie v ambulanciách praktických lekárov.

Kľúčové slová: neorganická insomnia, farmakoterapia insomnie, psychoterapia insomnie, závislosť na hypnotikách.

Definícia neorganickej insomnie (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, 10. revízie – MKCH 10): Nedostatočné množstvo a/alebo kvalita spánku, ktoré trvajú významne dlhé obdobie. Jediniec trpí ťažkosťami pri zaspávaní, udržaní spánku alebo nedostatočne zotavujúcim spánkom. Narušenie spánku sa vyskytuje najmenej 3x do týždňa a najmenej po dobu jedného mesiaca. Narušenie spánku vedie k zreteľnej osobnej nepohode alebo prekáža fungovaniu v dennom živote. Nie je známy príčinný organický faktor, ako je neurologický alebo iný somatický stav, porucha nie je spôsobená užívaním psychoaktívnej látky alebo medikácie (15).

Synonymom neorganickej insomnie je primárna insomnia. Za sekundárnu insomniu považujeme takú, ktorá je podmienená telesným ochorením, užívaním látok a medikácie, ako aj psychickými poruchami (napr. depresiou, schizofréniou, úzkostnými poruchami, závislosťami)

Epidemiológia insomnie – 15–35% dospeljej populácie trpí na insomniu. Len v 40% prípadov insomnie býva praktickému lekárovi známe, že pacient touto poruchou trpí. (2)

Anamnéza

Insomnia je v prvom rade subjektívnym hodnotením pacienta. Lekár by mal na problém insomnie myslieť aj bez spontánnych sťažností samotného pacienta a cielene zisťovať, či pacient takýto problém má. Anamnéza samotná stačí vo väčšine prípadov k stanoveniu diagnózy neorganickej insomnie. (8) Základom vyšetrenia pri neorganickej insomnii je preto dôkladná a cielena anamnéza, ktorá je jadrom jej diagnostiky. Informácie od partnera pacienta, ktorý s ním zdieľa jedno lôžko, môžu byť tiež dôležité. Cielené otázky:

Ako pacient spával, kým porucha začala, ako spával v detstve? Začiatok poruchy – kedy? Výnimočné udalosti v tej dobe (aj pozitívne)? Doba uľahnutia, kde – posteľ, pred TV, pri čítaní knihy..., latencia zaspánia, celková doba spánku, počet prebudení za noc-na ako dlho, obtiažnosť opäť zaspieť, ako dlho zostáva v posteli, aj keď nezaspí, ako trávi čas, keď v noci nespí, čo mu

beží hlavou – automatické myšlienky, aké má pri tom pocity (symptómy anxiety, obavné myšlienky, bezradnosť), sny, sú ťažkosti so zaspávaním, prerušovaným spánkom, alebo so skorým budením (dif. dg. – pri endogénnej depresii obvykle budenie v druhej polovici noci, kým pri úzkostných poruchách a neorganickej insomnii obvykle ťažkosti so zaspávaním), resp. ich vzájomná kombinácia, či sa po zobudení ráno cíti byť osviežený a oddychnutý, pravidelnosť budenia, o kofkej, spontánne, na budík, pod vplyvom rušivých vplyvov, pravidelnosť režimu spánok-bdenie, je lepší spánok v spálni, alebo mimo nej, únava cez deň, v priebehu dňa – zapodievanie sa obavami z insomnie a s tým súvisiaca anxiety a intrapsychická tenzia.

Otázky týkajúce sa spánkovej hygieny, kontroly stimulov a spánkových návykov: Káva, alkohol, drogy, lieková anamnéza (pri hypnotikách a liekoch s hypnotickým alebo stimulujúcim potenciálom aj niekoľko mesačná anamnéza, resp. niekoľko ročná), náplň voľného času, hlavne v čase 1–2 hodiny pred uľahnutím (intenzívna psychická alebo fyzická činnosť), odlišnosť pravidelných spánkových návykov (pracovný týždeň a víkend), odlišnosť kvality spánku počas týchto období, pohybová aktivita, jedenie pred spánkom, pri nedostatčom spánku „dospávanie“ ráno alebo cez deň, úmyselné aktivity počas noci, používanie postele určenej na spanie aj k iným aktivitám (čítanie, pozeranie TV ...), prostredie spálne (8, 9).

- Pátrať po symptómoch (chrápanie, apnoické pauzy, neobvyklé správanie a motorická aktivita počas spánku, stavy intenzívneho nutkania na spánok v priebehu dňa), ktoré by svedčili pre dysomnie s podstatne odlišným terapeutickým plánom (narkolepsia, spánková apnoe, periodické pohyby končatín, syndróm nepokojných nôh, hypersomnia...)
- Myslieť na sekundárne insomnie pri psychických poruchách (insomnia vystupuje ako symptóm pri základnej diagnóze). Zamerať sa na prítomnosť (aktuálne aj v minulosti) afektívnych a úzkostných porúch, závislostí, porúch osobnosti, no aj organických psychických

porúch a porúch z okruhu schizofrenie (pri týchto poruchách môže byť insomnia subjektívne pocíťovaná ako najzávažnejší symptóm, a pacient môže insomniu vnímať ako jediný problém – kauzálna liečba).

- Pátrať po symptómoch somatických ochorení (napr. palpitácie, pyréza, dyspnoe, algie, nyktúria, pruritus, parestézie, vertigo, tinitus...), ktoré môžu sekundárne spôsobovať insomniu – kauzálna liečba primárneho somatického ochorenia.
- Objektívna anamnéza somatických ochorení, lieková anamnéza (stimulujúce látky) (8, 9).

Pri diagnostike (ale aj psychoterapeutickej liečbe) neorganickej insomnie môže byť veľmi nápomocný spánkový denník a Pittsburghský index kvality spánku.

U ľudí trpiacich neorganickou insomniou je po realizovaní vyššie uvedených krokov málokedy potrebné polysomnografické vyšetrenie. Výnimky by sa však mali týkať pacientov s chronickými a závažnými neorganickými insomniami a pacientov so symptómami poukazujúcimi na inú poruchu spánku, ako je neorganická insomnia (napr. narkolepsia, spánkový apnoický syndróm...) (8).

Trvanie insomnie:

V praxi je bežné delenie na **akútnu** (do 3–4 týždňov) a **chronickú insomniu** (nad 3–4 týždne)

Podľa Medzinárodnej klasifikácie porúch spánku delíme insomniu na **akútnu** (do 1 mesiaca), **subchronickú** (1–6 mesiacov), **chronickú** (6 mesiacov a viacej)

Neorganickej insomnii (definovanej podľa MKCH-10) v Medzinárodnej klasifikácii porúch spánku zodpovedajú diagnostické jednotky: Psychofyziologická insomnia, Chybné vnímanie spánku, Idiopatická insomnia, niektoré prípady Neprimeranej spánkovej hygieny, Poruchy spánku spôsobené prostredím, Porucha spánku z maladaptácie (2).

Psychofyziologická insomniá (naučená, podmienená insomniá)

Vzniká somatizáciou napätia a podmieneným spájaním podnetov, ktoré sú za bežných okolností prípravou na spánok, s neschopnosťou zaspáť (18).

Ide prevažne o poruchu zaspávania, v menšej intezite aj poruchu kontinuity spánku. Je jednou z najčastejších príčin chronickej insomnie. Typicky sa objavuje v mladšej dospelosti (vo veku 20–40 rokov), častejšia je u žien ako u mužov (8). Vyvíja sa ako dôsledok dvoch vzájomne na seba pôsobiacich faktorov: somatizovanej tenzie a naučených negatívnych asociácií, predstáv a pocitov, ktoré interferujú s procesom zaspávania (10). Pacienti s psychofyziologickou insomniou majú typicky na začiatku skúsenosť s akútnym stresom, ktorý vedie k insomnii, ktorá býva u väčšiny jedincov prechodná. U určitých predisponovaných jedincov však akútna insomniá vedie k značnému znepokojeniu a distresu v súvislosti s ich neschopnosťou zaspáť. Výsledkom je začarovaný kruh zlého spánku, čo vedie k ďalšej úzkosti týkajúcej sa nespavosti a tým prispieva k narastaniu problému s insomniou. (8) Insomniá pretrváva, aj keď prvotný stresový faktor už nie je prítomný, udržuje sa mesiace až roky. Často sa kombinuje s insomniou podmienenou nevhodnou spánkovou hygienou a obe patria medzi najčastejšie príčiny chronickej insomnie.

Abnormná percepcia spánku (pseudoinsomniá)

Porucha, pri ktorej sťažnosti na nespavosť nie sú potvrdené objektívnym nálezom pri sledovaní a vyšetrení spánku (18).

Polysomnografia: fyziologická architektúra, znížený prah prebuditeľnosti. Prebúdzacia reakcia je krátka. Pacienti nadhodnocujú dĺžku latencie zaspánia. (8) Touto poruchou trpí asi 5% všetkých pacientov s insomniou

Idiopatická insomniá (celoživotná insomniá)

Celoživotná neschopnosť do sýta sa vyspať. Príčinou je pravdepodobne neurologická porucha kontrolného mechanizmu systému spánok-bdenie (18).

Celoživotná skúsenosť so symptómami insomnie, na terapiu často refraktérni pacienti, začiatok v rannom detstve (8). Pravdepodobne je spôsobená abnormitami ascendentného aktivačného systému formatio reticularis. Ide o vzácnu poruchu, trvajúcu celý život, niekedy býva familiárny výskyt (10). Často sa vyvíja depresívny a amotivačný syndróm (6).

Insomniá spôsobená nevhodnou spánkovou hygienou

Porucha, ktorej príčinou je vykonávanie takých aktivít v priebehu dňa, ktoré znemožňujú

udržať dobrú kvalitu spánku v noci, alebo naopak plnej bdlosti cez deň (18).

Často je kombinovaná s inou neorganickou insomniou.

Faktory, ktoré ju spôsobujú: kofeín, nikotín, častejšie zdriemnutia v priebehu dňa, energické cvičenie v čase, ktorý sa blíži k času obvyklého uľahnutia na posteľ a stresová/vzrušujúca práca vo večerných hodinách, jedenie v intervale kratšom ako 2–3 hodiny pred spánkom – obzvlášť ťažké jedlá, zaspávanie pri TV alebo rádiu, pitie alkoholických nápojov (potreba močiť v priebehu noci a stimulácia sympatiku), faktory prostredia (hluk, nevhodná izbová teplota, nepohodlná posteľ, chrápanie partnera alebo jeho pohyb, svetlo), nedostatok pravidelnej telesnej aktivity počas dňa, časté kontrolovanie času na hodinkách v priebehu noci, podstatné zmeny pravidelného času uľahnutia do postele a vstávania, spanie v priebehu dňa, používanie postele na iné aktivity, ako je spánok (s výnimkou sexu), ľhanie si do postele skôr, ako začne človek pociťovať únavu, pri neschopnosti zaspáť naďalej zotrúvanie v posteli so „snažením“ sa o zaspávanie (odporúča sa vstať z postele, ak človek do 20 minút nezaspí, ďalšie uľahnutie až pri pocite únavy). (10) (8) (2)

Porucha spánku spôsobená prostredím (enviromentálna insomniá)

Spánková porucha, ktorej príčinou sú rušivé faktory vonkajšieho prostredia, ktoré spôsobujú buď insomniu, alebo nadmernú spavosť (18).

Spôsobujú ju rušivé faktory (fyzikálne) prostredia – svetlo, hluk, vibrácie, vlhkosť, teplota (najčastejšie pri zmene obvyklého miesta spánku – hospitalizácia, internát ...). Jedná sa viac o fyzikálny, ako o psychologický moment, začiatok insomnie je zhodný s expozíciou rušivému fyzikálnemu faktoru a po odstránení tohoto rušivého faktora sa insomniá upravuje (10).

Porucha spánku z maladaptácie (tranzientná psychofyziologická insomniá, tranzientná insomniá)

Dočasná porucha spánku, ktorá vzniká v súvislosti s akútnym stresom, konfliktom alebo zmenami prostredia, ktoré spôsobujú emočné vzrušenie (18).

Bežná reakcia v živote na stresové situácie – ochorenie blízkeho, skúšky, pracovná záťaž, finančné problémy, interpersonálne konflikty. U jedinca sa objavuje sporadicky, trvá krátko (jednu alebo niekoľko nocí) a po odoznení stresového faktora sa upravuje. (10) (8)

Liečba neorganickej insomnie

Existujú 2 základné možnosti liečby neorganickej insomnie – **psychoterapeutická** a **farmakologická**.

Metódou prvej voľby by mala byť psychoterapia. *Hypnotiká sú oddôvodnené ako prvý krok liečby* v prípade, že ide o *závažnú poruchu spánku* (podávanie na prechodnú dobu), alebo ide o *liečbu krátkodobej a tranzientnej poruchy spánku* (1, 19).

Vo väčšine prípadov však v praxi býva prvým krokom v liečbe neorganickej insomnie podávanie hypnotík (aj v zahraničí) – dôvody:

Zo strany pacienta – psychoterapeutická liečba je časovo náročná, efekt sa objavuje s odstupom (pri hypnotikách okamžite), vyžaduje nasadenie a aktivitu samotného pacienta.

Zo strany lekára – nedostatok času, psychoterapeutická nekompetentnosť.

Psychoterapia neorganickej insomnie

- **Edukácia**
- **Spánková hygiena, kontrola stimulov a štruktúrácia rytmu spánku a bdenia** (pozri faktory pri insomnii podmienenej nevhodnou spánkovou hygienou)
- **Relaxačné metódy** (Autogénny tréning, Progresívna svalová relaxácia, Myšlienkové uvoľnenie)
- **Spánková reštrikcia**
- **Kognitívne metódy:** Kognitívna rekonštrukcia, Kreslo na premýšľanie, Systematické riešenie problémov, Odvedenie pozornosti, Stop-technika (2).

Uvedené psychoterapeutické metódy možno používať samostatne, no vhodnejšie vo vzájomnej kombinácii. Vhodná je kombinácia relaxačných techník s metódou spánkovej hygieny, kontroly stimulov a edukáciou. (2)

Systematický individuálny psychoterapeutický program liečby neorganickej insomnie je založený prevažne na princípoch **kognitívnej behaviorálnej psychoterapie**. Jej účinnosť v porovnaní s hypnotikami má v dlhodobom intervale (mesiace, roky) trvalejší efekt (9, 11, 13).

Farmakologická liečba neorganickej insomnie

V súčasnosti sú **preferované hypnotiká III. generácie – zolpidem, zopiclon a zaleplon**. *Hypnotiká sú pri liečbe insomnie vysoko efektívne*. Majú však riziká – rozvoj závislosti od hypnotík III. generácie je nižšie, než pri benzodiazepínoch. Efekt hypnotík III. generácie je sprostredkovaný **agonistickým pôsobením na benzodiazepínové receptory**. Z toho vyplýva, že majú podobné nežiaduce účinky (vrátane syndrómu závislosti) ako benzodiazepíny, no sú vyjadrené v podstatne slabšej intenzite.

Rozdelenie hypnotík

1. generácia – (barbituráty, bromisoval, glutethimid, chloralhydrát...) v súčasnosti obsolentné

2. generácia – benzodiazepíny:

ultrakrátky účinok (midazolam, triazolam) – vhodné pri poruche zaspávania
krátkodobý účinok (cinolazepam) – vhodné pri poruche zaspávania a pri poruche kontinuity spánku
stredne dlhý účinok (temazepam, estazolam) – vhodné pri poruche kontinuity spánku a skorom prebúdzaní
dlhodobý účinok (nitrazepam, flunitrazepam, flurazepam, quazepam) – vhodné pri poruche kontinuity spánku a skorom prebúdzaní – možno použiť aj benzodiazepínové anxiolytiká (napr. oxazepam, diazepam, alprazolam, bromazepam).

3. generácia – (2, 3, 12, 16) zolpidem, zopiclon, zaleplon (tzv. „Z“ zlúčeniny).

Oproti benzodiazepínom majú priaznivejší vplyv na architektúru spánku, preto majú podstatne nižší výskyt rebound insomnie a antero-grádnej amnézie. Sú pomerne dobre tolerované a mávajú menej často hangover efekt. Menej tlmia dýchacie centrum a minimálne potencujú účinok alkoholu. Majú rýchly nástup účinku (15–45 min) a nemajú farmakologicky relevantné metabolity. „Z“ zlúčeniny sú chemicky odlišné od benzodiazepínov, no pôsobia rovnako ako benzodiazepíny na omega 1 a omega 2 receptory (zopiclon), alebo selektívne len na omega 1 receptory (zolpidem, zaleplon), preto majú podobné kontraindikácie a nežiaduce účinky (vrátane rizika vzniku závislosti) ako benzodiazepíny, no sú menej vyjadrené (5). Zolpidem je určený skôr pre poruchy zaspávania, zopiclon pre poruchy kontinuity spánku a predčasnú prebúdzanie.

Iné hypnotiká: melatonín, L-tryptofán, rastlinné preparáty (valeriána, medovka lekárska, kava-kava, extrakty z chmeľu) – slabší efekt, dosiaľ nebola exaktne potvrdená ich účinnosť.

Iné psychofarmaká pôsobiace hypnoticky alebo upokojujúco – nie je riziko vzniku fyzickej závislosti:

Antidepresíva: trazodon, mirtazapín, nefazodon, mianserín, maprotilín, amitriptylín, dosulepín,

Neuroleptiká: chlórprotixen, thioridazín, olanzapín, klozapín, risperidon, haloperidol

Antihistaminiká: prometazín, hydroxyzín, cyproheptadín, difenhydramín, doxylamín, bisulepín (16)

Pre kvalitu spánku je rozhodujúce dostatočné zastúpenie štádií 3,4-NREM a REM (7).

Hypnotiká I. a II. generácie zvyšujú 2NREM, znižujú 3,4NREM a REM štádium – negatívne ovplyvňujú architektúru spánku, a tým aj pocit dobrého spánku

Hypnotiká III. generácie zvyšujú 3,4NREM, nemenia REM štádium – najviac zo všetkých hypnotík sa približujú fyziologickej architektúre spánku

Trazodon, mirtazapín a nefazodon nepotláčajú REM štádium – preto v porovnaní s ostatnými antidepresívami sa javia byť vhodnejšie, nespôsobujú závislosť (16)

Ostatné antidepresíva, neuroleptiká a antihistaminiká redukujú REM spánok a nefyziologicky menia štruktúru NREM spánku - negatívny vplyv na architektúru spánku, ale nespôsobujú fyzickú závislosť

K podávaniu hypnotík

Každá medikamentózna liečba insomnie (nehľadiac na odbornú špecializáciu predpisujúceho lekára) by mala byť sprevádzaná minimálne s vysvetlením pravidiel spánkovej hygieny a kontroly stimulov (leták pre pacienta, edukácia lekárom).

Pokiaľ sa stav nezlepší do 14 dní podávania hypnotika, diagnostické prehodnotenie (susp. iná, ako neorganická insomniá) (19).

Podávanie maximálne 4 týždne – riziko prechodu do chronicity a rozvoja závislosti (hypnotiká I., II. a III generácie). Aj pri užívaní terapeutických dávok benzodiazepínov sa závislosť rozvíja u 10–30% pacientov užívajúcich benzodiazepíny po dobu 1 rok, no abstinenčné príznaky sa môžu objaviť už po 8 týždňovom pravidelnom užívaní (16, 17).

Pri potrebe dlhšieho podávania ako 4 týždne voliť látky bez rizika vzniku fyzickej závislosti – antidepresíva, neuroleptiká, antihistaminiká (pri

defenhydramíne existuje závislosť). (16) Rovnako preferovať túto skupinu farmák pri závislosti (aj v anamnéze) a poruche osobnosti (psychopatii) – obzvlášť impulzívnej, disocialej, hraničnej.

Postup pri vysadzovaní benzodiazepínových (BZD) hypnotík a hypnotík III. generácie:

Vysadzovanie by nemalo byť náhle (riziko vzniku abstinenčných príznakov – aj epileptických záchvatov), ale postupné, v 4 krokoch, pričom sa redukuje dávka na 3/4, 1/2, 1/4, 1/8 a potom úplné vysadenie. Ak pacient užíval BZD maximálne 8 týždňov, tak sa dávka redukuje každé 2 dni, ak užíval BZD maximálne 1 rok, dávka sa redukuje každý 5. deň, ak užíval BZD viac ako jeden rok, dávka sa redukuje každých 10 dní. Vysadzovanie možno podporiť prechodným podávaním antiepileptika karbamazepínu (redukcia rizika epileptickej dráždivosti). Sedujúce antidepresívum môže zase zlepšiť spánok. (14)

Záver

Neorganická insomniá svojim častým výskytom predstavuje dôležitý medicínsky problém. Insomniá adekvátne liečená vo svojom začiatku má podstatne lepšiu prognózu ako insomniá chronifikovaná. V liečbe je potrebné zvažovať benefit a riziká zvoleného liečebného postupu, najmä s ohľadom na chronifikáciu poruchy a rozvoj závislosti na hypnotikách. Neorganická insomniá má veľkú tendenciu k rekurencii, alebo prebieha chronifikovane. Toto má z následkov zníženu kvalitu života, zhoršenie pracovnej úspešnosti a sociálnych vzťahov a riziko rozvoja viacerých psychických porúch.

Literatúra

- Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. Third edition. American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, 2001.
- Backhaus J, Riemann D. Poruchy spánku. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003, 125.
- Bazire S. Psychotropic Drug Directory. Mark Allen Publishing Ltd, Nr Salisbury, Wilts, UK, 2001.
- Benkert O, Hippus H. Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Trenčín, Vydavateľstvo F, 2002.
- Grunstein R. Insomnia. Diagnosis and management. Australian Family Physician Vol. 31, No 11. Nov. 2002: 995–1000.
- Hauri PJ, Olmsted E. Childhood onset insomnia. Sleep, 3, 1980: 59–65.
- Kořínková V. Princípy farmakoterapie insomnie. Zdravotnícke noviny, 23. september 1999, Bratislava.
- Lavie P, Pillar G, Malhotra A. Poruchy spánku, manažment a liečba. Klinická príručka. Trenčín, Vydavateľstvo F, 2004.
- Mongomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2003, (1).
- Nevšimalová S, Šonka K. Poruchy spánku a bdění. Praha: Maxdorf Jessenius, 1997: 225.
- Perlis ML, Smith MT, Cacialli DO, Nowakowski S, Orff H. On the comparability of pharmacotherapy and behavior therapy for chronic insomnia. Commentary and implications. J Psychosom Res. 2003; 54 (1): 51–59.
- Reite M. Sleep disorders in psychiatric practice. In: Psychiatric secrets, 2. Edition. Jacobson JL, Jacobson AM. (eds.). Hanley and Belfus INC., Philadelphia, 2001.
- Reynolds ChF, Buysse DJ, Kupfer DJ. Treating insomnia in Older Adults. Taking a Long-term View. Jama, 1999; 281: 1034–1035.
- Schopf J. Psychiatrie für die Praxis. Springer, Berlin, 1996.
- Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. 2. Revidované vydanie. Praha: Maxdorf, 2002.
- Švestka J. Hypnotika. In: Hoschl C, Libiger J, Švestka J. (Eds) Psychiatrie, Praha, Tigris, 2002; 732–736.
- Švestka J. Psychofarmaka v klinické praxi. Praha, GRADA Publishing, 1995.
- Thorpy M (Ed.), American Sleep Disorders Association: ICSD – International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. Diagnostic Classification Steering Committee. Rochester, 1990.
- Vavrušová L, Kořínková V, Pečeňák J, Koníková M, Forgáčová L. Zásady liečby porúch spánku. Manuál. PK SZU, NsP Ružinov, Bratislava, PK FN a LFUK, Bratislava. 2003.