

# A krónikus inszomnia kezelésének irányelvei<sup>1</sup>

## Bevezetés

Az alvás alapvető szükségletünk, zavara gyakori panasznak számít. Időleges zavara nagyjából a népesség egyharmadát érinti napjainkban, 10% esetén pedig a tünetek krónikusan fennállnak. Hazánkban készült országos vizsgálat (Hungarostudy 2002) adatai alapján az inszomnia a népesség 9,2%-át érintette (Novák és mtsai, 2004). A páciensek többsége az alapellátásban jelentkezik panaszával (Morphy és mtsai, 2007).

A leggyakoribb panaszok az elalvás és/vagy a visszaalvás nehézsége, valamint a szubjektív rossznak ítélt alvásminőség. A diagnózis felállításhoz ezen kívül a nappali tünetek (pl.: álmoság, rossz közérzet, koncentrációs zavar) fennállása is szükséges. Háttérében állhatnak fizikai (pl. asztma, erős fájdalmak, hormonális zavarok, stb.), élettani (pl. normál öregedés, circadián ritmus zavarai), pszichés (nehéz életesemények, aggodalmak, stressz), pszichiátriai (pl. depresszió, szorongás, mánia) okok, valamint gyógyszerekkel és kábítószerekkel kapcsolatos tényezők. Emellett azonban a frusztráció, az elalvással kapcsolatos aggodalmak jelentős szorongást válthatnak ki, így tovább súlyosbítva az alvási nehézségeket, krónikus alvászavart kialakítva (Purebl, 2011).

Krónikus inszomnia vonatkozásában ez idáig még nem készült NICE-irányelv, az altatókkal kapcsolatos NICE-irányelvet (NICE, 2018) azonban hangsúlyozza, hogy a gyógyszeres kezelést csak a megfelelő alváshigiéniai tanácsadással és a pszichológiai kezelés megfontolása után szabad elkezdeni. Krónikus inszomnia esetén a gyógyszeres kezeléssel szemben a pszichoterápia a javasolt terápiás mód.

## I. Az inszomnia elméletei:

- 3P modell (Spielman et al, 1987):
  - Hajlamosító (**P**redisposing) tényezők: genetika, személyiségjellemzők, pl.: perfekcionizmus, neuroticizmus;
  - Kiváltó (**P**recipitating) tényezők: akut stressz, interperszonális konfliktusok;
  - Fenntartó (**P**erpetuating) tényezők: maladaptív coping stratégiák (pl.: tovább ágyban maradás, nappali szundikálás), valamint az alvasközpontú gondolkodás kialakulása.
- Hyperarousal modell: Éberséget generáló agyi központok túlműködése az alvást indukáló régiókkal szemben. Kognitív, emocionális és fiziológiai hyperarousal – predisponáló és fenntartó tényezők lehetnek.
- Circadian faktorok: Az alvás-ébrenlét mintázat és a circadián fázis deszinkronizációja szerepet játszhat az elalvási és átalvási zavarok kialakulásában. A betegek egyes csoportjaiban van jelentőségük pl. váltott műszakban dolgozóknál, vak pácienseknél.

---

<sup>1</sup> Mivel a krónikus inszomnia kezelésére még nem készült NICE guideline, ezért jelen összefoglaló az Európai Alvástársaság (ESRS) (Riemann et al., 2017), a National Institute for Health and Care Excellence (AASM) (Sateia et al., 2017) irányelvének alapján, valamint Purebl György munkássága alapján készült el. Összefoglalónk az inszomnia minden alcsoportjára vonatkozik, pl. nem-organikus inszomnia és inszomnia szomatikus vagy mentális betegség kíséretében.

- Kognitív modell: kiváltó októl függetlenül a következő három jelenség minden inszomniás betegnél megjelenik (Purebl, 2011):
  - Éberségszint-növekedés (hiperarousal): elalvási/visszaalvási nehézség, nappali tünetek;
  - Inadekvát megküzdések az alvás javítására és a kialvatlanság ellensúlyozására, melyek az arousalt tovább fokozzák;
  - Elalvást nehezítő, katasztrofizáló gondolatok.

Ezek miatt a kognitív viselkedésterápiás eljárások hatékony kezelési módok krónikus inszomnia esetén (Purebl, 2011).

## II. Diagnózis:

A BNO-10 alapján a *Nem organikus inszomnia* (F5100) végleges diagnózisához szükséges, hogy az alábbi kritériumok teljesüljenek:

1. az elalvási, illetve átalvási nehézség, valamint az alvás nem kielégítő minősége;
2. az alvászavar legalább heti három nap jelentkezik, minimum egy hónapon keresztül;
3. emellett a páciens sokat foglalkozik az álmatlansággal és annak lehetséges következményei miatti aggodalmakkal;
4. a nem kielégítő alvás következtében jelentős kellemetlenséget tapasztal, mely befolyásolja munkahelyi és társas funkcióit.

Az Európai Alvástársaság (ESRS) által javasolt diagnosztikai kritériumok krónikus inszomnia esetén<sup>2</sup>, melyeket a DSM-5 előírásaira építettek. A páciens panasa vagy hozzátartozói megfigyelése alapján legalább egy tünet a következők közül:

- elalvási nehézség,
- átalvási nehézség,
- a szükségesnél korábbi felébredés,
- a lefekvés kerülése, halogatása,
- nehezített elalvás a hozzátartozók beavatkozása nélkül.

Emellett az alvászavarhoz kapcsolódóan legalább egy nappali panasz a következők közül:

- fáradtság / rossz közérzet,
- figyelem-, koncentráció-, vagy memóriapanaszok,
- társas-, családi, munkahelyi, vagy tanulmányi teljesítményre hatással van,
- hangulatzavar / irritabilitás,
- nappali álmoság,
- viselkedési zavarok (pl. hiperaktivitás, impulzivitás, agresszivitás),
- csökkent motiváció / energia / kezdeményezőkézség,
- megnövekedett hajlam a hibákra, balesetekre,
- alvással kapcsolatos aggodalmak vagy elégedetlenség.

A panaszok nem csupán az elégtelen lehetőségekből (pl. lenne idő az alvásra), vagy a nem megfelelő környezeti tényezőkből (pl. az alvási környezet biztonságos, sötét, csendes,

---

<sup>2</sup> ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders) alapján

kényelmes) adódnak. Az álmatlanság és az ehhez kapcsolódó nappali panaszok legalább hetente háromszor jelentkeznek, három hónapon keresztül.

### III. **Állapotfelmérés: az inszomnia kivizsgálása**

- Klinikai interjú: az alvásra vonatkozó előzmények kikérdezése, pl. korábbi alvászavar, alvási szokások, alvási környezet, munkabeosztás, circadián faktorok (műszakok, éjszakai munka).
- Alvási heteroanamnézis alvópártnerrel (aki lehet házastárs, kollégiumi szobatárs, lakótárs, bárki, aki a páciens alvási szokásait megtapasztalhatja.) Kérdések az alvási szokásokra, időszakos végtagmozgás alvás közben, légzési kihagyások, alvajárás, stb.
- Szomatikus anamnézis: pl. fájdalmak, addikciók, krónikus betegségek explorálása. Szükség esetén hozzátartozóktól heteroanamnézis kérése ajánlott.
- Pszichés állapot: pszichiátriai anamnézis, személyiség szerkezet, munka, társas kapcsolatok, interperszonális konfliktusok, kérdőíves állapotfelmérés.
- Kérdőívek kifejezetten az inszomnia felmérésére: Athén inszomnia skála (AIS, Soldatos, 2000; ford. Novák, 2003; in: Perczel-Forintos, és mtsai, 2018).
- Orvosi vizsgálatok amennyiben szükséges: vérkép, EKG, EEG.
- Polysomnographia: egyéb alvászavar gyanúja esetén alkalmazzák (pl. PLMD, alvásfüggő légzészavarok), valamint kezelésre nem reagáló alvászavarok esetén, rizikó csoportba tartozó foglalkozásoknál, alvási állapot téves érzékelésének gyanúja esetén.
- Alvásnapló (ld. később).

### IV. **TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK**

#### A. **Kognitív viselkedésterápia**

Krónikus inszomnia és másodlagos (komorbid betegséghez társuló) inszomnia esetén az *első számú választás a kognitív viselkedésterápia* (Riemann és mtsai, 2017, Sateia és munkatársai, 2017). Személyes formában, általában 4-8 ülésben történhet, egyénre szabott módon. Az inszomnia kognitív viselkedésterápiájának lépéseit Purebl (2011) munkái alapján ismertetjük.

1. Alvásedukáció: minden esetben, akut inszomnia esetén is szükséges. Az alvással kapcsolatban rengeteg hiedelem létezik, melyek többsége nem segíti, hanem inkább hátráltatja az kielégítő alvást. Megfelelő tudás biztosítása a betegek számára segíti a kollaboratív terápiás kapcsolatot és visszaadja a páciensek kezébe a kontrollt.
2. Viselkedésterápiás technikák (elsődleges beavatkozások), sokszor már önmagukban is hatékonyak a tünetek csökkentésére.
  - i. Alvásmonitorozás: Alvásnapló a beteg panaszai alapján, egyénileg összeállítva. Célja az alvással kapcsolatos adatok objektív vizsgálása, monitorozása, valamint a páciens kognitív modelljének felmérésére. Az alvásnapló egyénre szabott, a páciens igényei, problémái alapján.

Fontosabb kérdések: lefekvés és másnapi felkelés időpontja; alvásidő; ágyban töltött idő; az alvás elősegítésére alkalmazott technikák, mint pl. mozgásprogram, stabil alvási szokások kialakítás; éjszakai felébredések száma; nappali kialvatlanság értékelése; ennek ellensúlyozására alkalmazott technikák; alvással kapcsolatos gondolatok.

- ii. Alváshigiénés és életmód-tanácsadás: ez a második pszichoedukációs szakasz, melyet szintén a beteg egyéni igényeinek megfelelően kell alakítani.
  - iii. Stimuluskontroll: alvást rontó ingerek dekondicionálása, alvást elősegítő technikák kondicionálása. Környezeti ingerek (pl. zaj, fény, hálótárs), és viselkedéses ingerek (pl. óránézegetés, zajmentesítés) monitorozása, feszültségnövelő hatásuk megítélése, majd a feszültséget növelő ingerek kiiktatása. Amennyiben ezt nem tudja a páciens megítélni, a környezeti ingerek kontrollálásának teljes elengedése, inadekvát rituálék kiiktatása a cél.
  - iv. Alváskorlátozás: az ágyban töltött idő lerövidítése az alvási időre, mely a cirkadián ritmus megfelelő időzítésében segít, pl. az esti lefekvés későbbre tolásával. Ezáltal javul az alvás minősége, és csökkennek az alvászavarhoz kapcsolódó katasztrófizáló gondolatok, mivel a páciensek saját tapasztalatot szereznek arról, hogy a kevesebb alvás nem okozza a nappali funkciók olyan mértékű romlását, ahogyan gondolták. Az előírt alvásmennyiség egyénileg változó, de a kezdő mennyiség 4,5 óránál semmiképpen sem lehet rövidebb. Ezután 15-30 perccel növeljük addig, amíg a nappali tünetek nem rendeződnek.
3. „Második vonalbeli” beavatkozások, ha az eddigiek önmagukban nem voltak sikeresek:
- i. Relaxációs technikák: progresszív relaxáció, autogén tréning, amelyek a stimuluskontroll megvalósításában segíthetnek. Csökkentik az arousalt, elterelik a figyelmet a külső ingerekről és a negatív automatikus gondolatokról az elalvást kísérő testi folyamatok felé.
  - ii. Kognitív átstrukturálás: az alvással kapcsolatos szorongást keltő és katasztrófizáló gondolatok megvizsgálása, átértékelése. Alvásnapló objektív adatainak összevetése a páciens szubjektív megélésével.
  - iii. Paradox technikák: jó terápiás kapcsolat és motivált beteg esetén alkalmazható a diszfunkcionális gondolatok átalakítására, pl. arra kérjük a személyt, hogy ha álmos is, ne aludjon el.
4. Visszaesések megelőzése: a páciensek idővel visszatérhetnek maladaptív alváshigiéniái szokásaikhoz, amelyek ismételten előhívhatják az alvással kapcsolatos aggodalmaikat. Ezért a terápia végén érdemes összegezni a kezelésben hatékonyan bizonyult technikákat.
5. Nappali stresszkezelés: „konstruktív aggodások” technikájával, stresszkezelési tanácsadással.

## **B. Számítógépes kognitív viselkedésterápia (eCBT), on-line programok:**

Bizonyítékokon alapuló digitális alvásjavító programok kognitív viselkedésterápiás alapokkal, pl.:

1. Sleepio (Prof. Colin Espie, University of Oxford). Elérhető: [www.sleepio.com](http://www.sleepio.com): Hat hetes, személyre szabott online program, melynek része az alvásfelmérés, alvásedukáció, életvezetési tanácsok, alvásmegvonás, kognitív technikák, a tanultak összefoglalása, visszaesés megelőzése. Randomizált hatékonyságvizsgálat alapján alvászavaros páciensek 76%-nál csökkentette a tüneteket, és hatékonynak bizonyult a szokásos kezelésnél, valamint a placebonál. (Espie és mtsai, 2012).
2. Te jól alszol? (Dr. Purebl György). Ingyenesen hozzáférhető alváshigiénés YouTube csatorna szórakoztató animációs filmekkel. Elérhető: <https://www.youtube.com/channel/UC3DQU6RMi0TkBbmmEUvXHg><sup>3</sup>

**C. Gyógyszeres kezelés:** Farmakoterápia csak akkor javasolható, ha a kognitív viselkedésterápia nem kielégítően hatékony vagy nem elérhető.

- Benzodiazepinek, benzodiazepine receptor agonisták és egyes antidepresszánsok hatásosak az alvászavarok rövidtávú kezelésében (<4 hét).
- Antihisztaminok, antipszichotikumok, melatonin és fototerápiás szerek használata nem ajánlott az inszomnia kezelésére.

#### **D. Inszomnia kezelése komorbid betegségek esetén**

Pszichés és szomatikus betegségek egyaránt lehetnek okai és következményei az inszomniának, közöttük cirkuláris oksági viszony van (Purebl, 2011). Leggyakoribb komorbid betegségek:

- Pszichiátriai: depresszió, bipoláris zavar, generalizált szorongás, pánikzavar, PTSD, schizofrénia.
- Szomatikus betegségek: Krónikus tüdőbetegségek, diabétesz, krónikus vesebetegség, daganatos betegségek, reuma, krónikus fájdalom, alvási apnoe.
- Addikciók: alkohol, nikotin, koffein, marihuána, opiátok, designer drogok, kokain, amfetamin.

Klinikai döntés kérdése, hogy az alvászavart, vagy az esetleges kísérőbetegségeket (pl. depresszió, szorongásos zavarok, PTSD, addikciók) kezeljük-e először, esetleg mindkettő kezelését együttesen kezdjük el.

#### **Magyar nyelvű szakirodalom:**

Purebl, Gy. (2011). A gondolat hatalma a test felett: az inszomnia kognitív terápiája. In: Perczel Forintos Dóra (Szerk.) *A kognitív terápia fejlődése*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 93-108.

Purebl, Gy. (2014). *Te jól alszol?* Média Connection, Budapest.

Purebl, Gy. (2018). *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Oriold és Társai, Budapest.

#### **Hivatkozások:**

---

<sup>3</sup> Letöltve: 2020. 05. 18.

- BNO-10 zsebkönyv DSM-IV meghatározásokkal.* (1996): Animula Egyesület, Budapest
- Espie, C.A., Kyle, S.D, Williams, C., Ong, J.C., Douglas, N.J., Hames, P., Brown, J.S.L. (2012). A randomized, placebo-controlled, trial of online Cognitive Behavioral Therapy for chronic Insomnia Disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep* 35, 769-781.
- Michael, J., Sateia, MD. (2014). International Classification of Sleep Disorders – Third Edition. Highlights and Modifications. *Contemporary Reviews in Sleep Medicine.* 146: 5, 1387-1394.
- Morphy H, Dunn K, Lewis M et al. (2007). Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep*, 30: 3, 274–280.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder.* (NG116). Elérhető: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> [Letöltve: 2020. 04. 02].
- Novák, M. (2004). *Alvászavarok és életminőség.* Doktori Értekezés, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Budapest. Kézirat.
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., Barna, Cs., Kiss, Zs., & Komlósi, S. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.* Budapest: Semmelweis Kiadó
- Purebl, Gy. (2009). Az inszomnia kezelésének korszerű irányelvei. *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 14, 567-570.
- Purebl, Gy. (2011). A gondolat hatalma a test felett: az inszomnia kognitív terápiája. In. Perczel Forintos Dóra (Szerk.) *A kognitív terápia fejlődése.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 93-108.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Goselj, L. D., Ellis, J. G., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26: 6, 675–700. doi: 10.1111/jsr.12594
- Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.*, 13: 2, 307–349.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research Jun*, 48: 69, 555-60.

Az összefoglalót készítette Dr. Amrein Ilona és Lisincki Anna, Dr. Purebl György munkáit felhasználva.