

# AZ ALVÁSZAVAR MINT EGYÉB BETEGSÉGEK MELLÉ TÁRSULÓ KÓRKÉP

**Szerdahelyi Bence dr.**

*Debreceni Egyetem,  
Klinikai Központ,  
Pszichiátriai  
és Pszichoterápiás Klinika,  
Debrecen*



O L O . H U

A cikk online változata  
megtalálható a  
[www.olo.hu](http://www.olo.hu) weboldalon.

Az epidemiológiai vizsgálatok szerint a lakosság jelentős része szenved átmeneti vagy tartós, alvással kapcsolatos nehézségektől. A leggyakoribb alvászavar az inszomnia, amely az esetek legnagyobb részében fontos figyelmeztető jel arra vonatkozóan, hogy a testi/lelki egészségi állapot változik, vagy arra, hogy az életmód változtatásokra szorul. Mindezek miatt gyökeresen megváltozott az inszomnia kezelési stratégiája is: a legfontosabb az (esetlegesen lappangó) társbetegségek felderítése és kezelése, valamint az életmódváltás.

## AZ INSZOMNIA KOMPLEX KEZELÉSE

Az inszomnia a leggyakoribb alvászavaroknak tekinthető, élettartam-prevalenciája nagyon magas, kb. 25% (6), amely azt jelenti, hogy a lakosság legalább egynegyedének életében legalább egyszer inszomniás panaszai lesznek. Annak ellenére, hogy az inszomnia ennyire gyakori, valamint hogy a megzavart alvás számos betegség komoly kockázati tényezője, az inszomnia kezelése nagyon hosszú ideig pusztán altatószerek adására korlátozódott. A komplex, elsősorban nem gyógyszeres kezelési módokat előnyben részesítő kezelések a 90-es évektől kezdtek elterjedni az alvásmedicina, mint születőben lévő új orvostudományi diszciplína, térhódításával. 2017-ben azután mind az Európai (European Sleep Research Society, ESRS), mind az Amerikai Alvásmedicina Társaság (American Academy of Sleep Medicine, AASM) új irányelveket adott ki az inszomnia kezelésére. Ezek az irányelvek számos szemléleti újítást tartalmaznak, és új alapokra helyezik az inszomnia kezelését.

Az inszomnia (alvási elégtelenség) az alvás megkezdődésének és/vagy fenntartásának zavarával járó tünetcsoport (szindróma), következményes nappali tünetekkel és életminőség-romlással. A nappali tünetek a diagnózis részét képezik, ezek súlyossága határozza meg az inszomnia klinikai szignifikanciáját, ezek hiányában nem beszélhetünk inszomniáról (7). Az inszomniák jeletős része szekunder, háttérében nagyrészt pszichiátriai zavarok vagy testi betegségek állnak (1, 13, 10, 2, 9). A primer pszichofiziológiai inszomnia háttérében elsősorban pszichés, illetve életmód-(a cirkadián ritmus rendszertelenségéből származó) tényezők tárthatók fel.

## KOCKÁZATI TÉNYEZŐK (1, 13, 10, 2, 9)

- Életkor;
- váltott műszakban történő vagy egyéb módon rendszertelen munkavégzés;
- rendszertelen életmód;
- hétköznapi stressz;
- mozgásszegény életmód;



◀◀◀◀ A cikkhez tartozó akkreditált képzés elvégzéséhez látogasson el weboldalunkra.



- ▶ pszichés (szorongásos zavarok, depresszió, pszichoaktív szerek nem megfelelő használata vagy abúza) vagy organikus betegségek (amelyek hypoxiával, fájdalommal, diszkomfortérzéssel járnak), illetve degeneratív neurológiai betegségek (demenciák, Parkinson-kór). Ezekben az esetekben az inszomniás panaszok szekundernek tekinthetők.

## PANASZOK, TÜNETEK, ÁLTALÁNOS JELLEMZŐK (7)

Az inszomnia diagnosztikus kritériumai az alvászavarok nemzetközi osztályozása (ICSD2) szerint:

- A)** az elalvásnak és/vagy az alvás fenntartásának zavara és/vagy korai ébredés és/vagy rendszeres, nem pihentető és/vagy gyenge minőségű alvás;
- B)** az említett alvási nehézségek a megfelelő alvási körülmények és az alvásra való megfelelő lehetőség ellenére is fennállnak;
- C)** az éjszakai alvási nehézségek mellett legalább egy fennáll a következő nappali tünetekből:
  - ▶ fáradtság vagy rossz közérzet,
  - ▶ a figyelem, a koncentrációképesség vagy a memória romlása,
  - ▶ a szociális, a munkahelyi vagy az iskolai teljesítmény romlása,
  - ▶ hangulatzavar vagy irritabilitás,
  - ▶ nappali álmoság,
  - ▶ az energiaszint, a motiváció vagy a kezdeményezőkézség csökkenése,
  - ▶ hibákés/vagybalesetek a munkahelyen vagy vezetés közben,
  - ▶ feszültség, fejfájás vagy gasztrointesztinális tünetek az alvászavarral kapcsolatban,
  - ▶ aggodalmak és félelmek az alvással kapcsolatban.

Az alvás zavarai mellett tehát ugyanolyan fontos diagnosztikus kritériumok a nappali tünetek is, az inszomnia súlyosságát és klinikai jelentőséget ezek határozzák meg, helyesebb tehát alvás-ébrenléti zavarról beszélni (7, 1). A panaszok háttere szempontjából elkülöníthetünk primer (nem megfelelő napi bioritmus, stressz, illetve egyéb életmódfaktorok alapján kialakuló) és komorbid (pszichés vagy testi betegségekkel kapcsolatban kialakuló) inszomniákat. Az egy hónagnál rövidebb ideig fennálló alvási elégtelenséget átmeneti inszomniának, az egy hónagnál hosszabb ideje

fennállót perzisztens inszomniának nevezzük. A perzisztens inszomnián belül megkülönböztetünk szubakut (3–6 hónagnál rövidebb ideig tartó) vagy krónikus (az előbbinél hosszabb ideig fennálló) formákat. A diagnosztikus gyakorlatban a legfontosabb tényező a háttértényezők/társbetegségek minél gondosabb feltérképezése, mivel tartós terápiás sikert csak ezek ismeretében remélhetünk.

## ÚJ MEGKÖZELÍTÉS

Az irányelvek konceptuálisan is új szemléletben közelítik meg az inszomniát. Ennek legfontosabb eleme az, hogy az inszomniát fontos figyelmeztető jelnek tekintik, amely vagy azt jelzi, hogy az életmód nem megfelelő és betegségek kockázatát hordozza, vagy pedig felhívja a figyelmet egy már meglévő (szubklinikus, esetleg még nem diagnosztizált, vagy nem megfelelően kezelt) társbetegségre. Ez a társbetegség mentális zavar vagy organikus betegség egyaránt lehet, hiszen az inszomnia mind a testi, mind a lelki egészség elvesztésének kockázatát növeli (6), és növeli a mortalitást is (4). Ez a szemléleti változás a legfontosabb oka annak, amiért egyik alvástársaság sem javasolja gyógynövénykivonatok szedését inszomnia esetén (11, 12). Ezek ugyanis amellet, hogy hatékonyságuk kétséges, nem jelentenek oki kezelést: egy-egy tableta vagy gyógytea elfogyasztása nem helyettesíti az életmódváltást, ráadásul recept nélküli készítmények használatához orvos sem kell, így az esetleges társbetegségek is feltáratlanok és kezeletlenek maradhatnak. Hasonló a helyzet az altatók szedésével kapcsolatban is, erre vonatkozólag mindkét alvástársaság a következő ajánlásokat teszi:

1. Az altatószer csak adjuváns kezelés lehet, sosem monoterápia.
2. Az altatószereket csak rövid távra alkalmazzuk, az Európai Alvásmedicina Társaság ajánlása szerint ezek négy hétnél tovább nem szedhetők (11).
3. Mindig rövid felezési idejű készítményeket alkalmazunk.

## A TÁRSBETEGSÉGEK KIZÁRÁSA

A gyógyszeres kezelésnél azonban minden más fontosabb az inszomnia kezelésében! Először is fontos annak kizárása, hogy nem valamilyen társbetegség okozza-e ezeket a

panaszokat. Ezek lehetnek mentális zavarok (pl. depresszió, szorongásos és stresszhez társuló zavarok, szerhasználat) vagy gyakori testi betegségek (hipertónia, cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegség, hormonzavarok). Ha a társbetegség ismert, fontos tisztázni, mennyire hatékony a beteg kezelése, mennyire sikerült elérni a terápiás célértékeket? Nem megfelelően kézben tartott anyagcsere vagy vérnyomás esetén nem szabad meglepődni azon, hogy az inszomniás tünetek sem javulnak.

A kardiovaszkuláris betegségek (cardiovascular disease, CVD), köztük a koronáriabetegség (coronary heart disease, CHD) és a stroke okozzák a világon a legtöbb halálozást. Egyre több bizonyíték szól amellett, hogy az ülő, mozgásszegény, helytelen táplálkozású életmódon kívül a kóros alvás is jelentős CVD-kockázatokkal jár. Ilyen kockázatnövelő a túl rövid, vagy a túl hosszú alvás, az álmatlanság, a horkolás, a kifejezett nappali álmoság, a későn fekvés, amelyek akár 10-40%-kal is növelhetik a CVD-k kockázatát. Ezek az alvási jellemzők kapcsolatban vannak egymással, egyikük megváltoztatása befolyásolja a másikat (3).

A legutóbbi évtizedek során az iparosodott társadalmakban folyamatosan emelkedik a diabétesz és az obesitas incidenciája, és ezzel párhuzamosan egyre gyakrabban lépnek fel alvászavarok, rövidebb az alvással töltött idő, nő a krónikus alváshiány gyakorisága. Egyre több adat támasztja alá azt a feltételezést, amely szerint az elhízás és a cukorbetegség, valamint az alvászavarok között egy önrontó kör teremt kapcsolatot: az alvás-ébredés zavarok hatnak az endokrin- és az anyagcsere-állapokra, ugyanakkor a metabolikus eltérések befolyásolják az alvás szabályozását (14).

Gyakorlatilag majdnem minden életminőséget rontó betegség növeli az alvási elégtelenség kockázatát. Komorbid (korábban szóhasználatban szekunder) inszomniához társuló, ezért a diagnózisalkotás kezdeti szakaszán kizárandó és kezelendő leggyakoribb betegségek, kórállapotok és tünetek, a teljesség igénye nélkül (13, 10, 2, 9).

*Testi állapot, betegség vagy sérülés:* légzési elégtelenséggel járó állapot (pl. COPD, súlyos asthma bronchiale stb.); szívbetegség (ISZB, agyérbetegség, cardiomyopathia); hipertónia; diabetes mellitus; szív- és érrendszeri betegség; máj-, vesebetegség; hyper- és hypothyreosis; autoimmun be-

tegségek; GORB, fekélybetegségek; mozgásszervi betegségek (rheumatoid arthritis stb.); urológiai betegségek (inkontinenciával és retenciával járó állapotok egyaránt); egyéb; menopauza.

*Pszichiátriai kórképek:* hangulatzavarok: bipoláris zavar, depresszió, dysthymia; szorongásos zavarok, különösen: generalizált szorongászavar, poszttraumás stresszzavar, pánikzavar; demencia; pszichotikus zavarok, skizofrénia.

*Gyógyszerek vagy pszichoaktív szerek szedése vagy ezek megvonásos állapotai (leggyakoribbak, a teljesség igénye nélkül):* alkohol; nyugtatók; amfetamin és pszichostimulánsok; koffein; nikotin; SSRI-szerek; szteroidok; L-dopa; teofillin-származékok; nifedipin; béta-agonista szimpatomimetikumok.

*Más alvászavarok, amelyek inszomniás tüneteket (is) okozhatnak:* OSAS; narkolepszia; éjszakai mozgászavarok; paradox inszomnia; paraszomniák (rémálomzavar, szomnambulizmus stb.).

Mindezek feltárása és kezelése döntő jelentőségű. Terápiájuk mellett az alvászavart célzottan is kezelni kell a legtöbb esetben, de ezen faktorok kezelése nélkül önmagában az alvás tüneti terápiája nem vezet eredményre.

Társbetegségek elsődleges kezelése javasolt, az alvási tüneteket – amennyiben a testi betegség vagy kezelése nem jelent kontraindikációt – célzottan kezelni érdemes. Kezelt és egyensúlyban levő testi háttérbetegség esetén tisztázni kell, hogy annak gyógyszerelése mennyiben befolyásolja az alvási panaszokat. Amennyiben igen, a gyógyszerelés módosítása szükségessé válhat, de csak a kockázat/haszon arány gondos mérlegelésével.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A krónikus inszomniák körülbelül 50%-a mögött pszichiátriai zavar tárható fel. Ráadásul az inszomnia sok esetben nem egyszerűen egyik tünete a pszichiátriai zavaroknak, hanem bonyolult cirkuláris kapcsolat eredményeképpen előzménye, szövődménye, egyes esetekben a lefolyás fontos prediktora is lehet (8, 15). Pszichiátriai zavarokban fennálló inszomnia esetén az alapbetegség oki kezelése az elsődleges teendő. Mivel azonban az alvási elégtelenség kiemelkedő jelentőségű tünet, célszerű ennek



célzott kezelésére is törekedni, mégpedig lehetőség szerint az alvásszerkezetet helyreállító módszerekkel. Ezek a módszerek a nem gyógyszeres kezelési módok, valamint a nem BZD-típusú altatószerek és egyes antidepresszívumok (agomelatonin, trazodon, mirtazapin, mianserin). Ha gyógyszeres kezelést választunk az alvási elégtelenség célzott kezelésére pszichiátriai betegségekben, 2 alapelvet mindenképpen célszerű figyelembe venni (10, 2, 9, 5).

1. Az alvászavarok helyreállítása és az alvásszerkezetet normalizáló kezelés nem mehet az oki kezelés rovására.
2. Lehetőség szerint kerülni kell a polipragmáziát és a kiszámíthatatlan hatá-

sú gyógyszer-interakciókat, így az alvási elégtelenség célzott farmakológiai kezelését egy, az alapbetegség kezelésére már beállított gyógyszeres terápia mellett csak a kockázat/haszon arány gondos mérlegelésével érdemes megkezdni.

Itt is fontos hangsúlyoznunk, hogy az inszomnia háttérben álló betegségek kezelése elsőbbséget élvez a kezelésben, és az inszomnia kezelésére akkor kerülhet sor, ha a választott kezelési mód nem kontraindikált az adott betegségben. Szekunder inszomniák esetén tehát az inszomnia mint tünet kezelése jelenti a kiegészítő kezelést.

## IRODALOM

1. (AASM Guideline) Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008; 4(5): 487–504.
2. (AHRQ-jelentés) Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, et al. Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. Evidence and Technology report for Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services 2005. [www.ahrq.gov/clinic/epcsums/insomnsum.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/insomnsum.htm)
3. Beck DL. Better sleep linked to reduced CVD, stroke risk. *Medscape Medical News*. 2019.
4. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, et al. Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Sleep* 2010; 33(5): 585–592.
5. Estivill E, Bové A, Garcia-Borreguero D, et al. Consensus on drug treatment definition and diagnosis for insomnia. *Clin Drug Invest*. 2003; 23(6): 351–385.
6. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews* 2019; 43(1): 96–105.
7. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. 2. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
8. Krystal AD, Thakur M, McCall VW. Psychiatric disorders and sleep. In: Carney PR, Berry RB, Geyser JD (eds.). *Clinical sleep disorders*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 363–388.
9. NICE Technology Appraisal Guidance 77. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia Issue date: April 2004. Review date: April 2007. [www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=32845](http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=32845)
10. NIH Consens Sci Statements. 2005; 13–15; 22(2): 1–30. <http://consensus.nih.gov/2005/2005insomniaSOS026PDF.pdf>
11. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017; 26(6): 675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
12. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, et al. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clinical Sleep Med*. 2017; 13(2): 307–380.
13. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep* 2007; 30(2): 213–8.
14. Véber O, Dunai Á, Novák M, et al. A diabetes mellitus és az alvászavarok kapcsolata – fókuszban az obstruktív alvási apnoe = Links between diabetes mellitus and sleep disorders: focusing on obstructive sleep apnea. *Orv Hetil*. 2010; 151(1): 8–16. ISSN 0030-6002.
15. Vizi J, Novák M. Alvászavarok és pszichiátriai betegségek. In: Novák M. (ed.). *Az alvászavarok és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiaja*. Budapest: Okker Kiadó; 2000. pp. 227–242.

A közlemény megjelenését a G.L. Pharma Magyarország Kft. támogatja.

A közleményben szereplő adatok és információk a szerző(k) nézeteit tükrözik. Bármely említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírat az irányadó.

Lezárás kód: 2023-051 Lezási dátum: 2023.08.25.