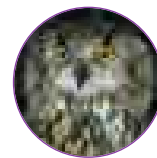


TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 52. 323-328. 2008.

Az inszomnia komorbiditása egyéb betegségekkel

Dr. Purebl György és dr. Bódizs Róbert



Bevezető

Az alvási elégtelenség (inszomnia) a leggyakoribb egészségügyi panaszok egyike. A különböző epidemiológiai felmérések szerint a lakosság kb. egyharmadát érinti, a krónikussá váló esetek gyakorisága pedig egy éven belül kb. 10%. A gyakoriság az életkorral emelkedik (Nau és Lichstein 2005, Köves 2000, Hohagen és mtsai 1993).

Az inszomniás panaszok több formában jelentkezhetnek: elalvási zavar, gyakori éjszakai felébredések vagy hajnali ébredés visszaalvási nehézséggel, ill. szubjektíve nem pihentető alvás. Az alvási elégtelenség diagnózisának felállításához azonban elengedhetetlenül szükségesek a következményes nappali tünetek is: fáradtság, koncentráció-képtelenség, memória-zavar, irritabilitás, feszültség, szorongás, rossz hangulat, a teljesítőképesség romlása és a balesetek kockázatának növekedése. Mindezek jelentős életminőség romlást eredményeznek.

Az inszomnia tünetcsoport, mely számos heterogén okra vezethető vissza. Az okok között egyaránt találhatunk életmód faktorokat (rendszeretlen napi ritmus, mozgásszegény életmód, a fiziológiás alvást rontó tényezőségek, stressz) és betegségeket is, melyek egyaránt lehetnek testi betegségek vagy mentális zavarok.

Inszomnia és mentális zavarok

Az utóbbi idők egyik legnagyobb elemszámú felmérése szerint (Sker és mtsai 1999) az alvási panaszokkal orvoshoz forduló betegek 57,4%-ának van valamilyen mentális zavara, 31,7%-a pedig depressziós. Különböző prospektív vizsgálatokban az alvászavar kb. 4-szeresére növeli a mentális zavarok kockázatát, legjelentősebben a depresszióét (3,95-39,8-szorosára) és a szorongásos zavarokét (1,97-6,30-szorosra) (Taylor és mtsai 2003). Az alvászavar növeli az alkohol-abúzus kockázatát is (Crum és mtsai 2004). A mentális zavaroknak tehát az inszomniás panaszok igen jelentős háttértényezőit képezik (Krystal és mtsai 2005). Mivel az epidemiológiai adatok és a klinikai tapasztalatok szerint is a depresszió a legjelentősebb inszomniahoz társuló mentális zavar, s mivel a depresszió a WHO előrejelzése szerint 2020-ra a második leggyakoribb munkaképesség-csökkenést okozó betegség lesz világ-

Az alvási elégtelenség a leggyakoribb egészségügyi panaszok egyike. Mivel az életminőséget jelentősen rontja, a betegek sokszor vezető panaszként fogalmazzák meg, hátterében azonban számos pszichiátriai és belgyógyászati betegség állhat. Az alvási elégtelenség, az életmód, a depressziós tünetek és számos fiziológiás paraméter szoros cirkuláris okságban állnak egymással. Legfontosabb közös háttértényezők a fokozott fiziológiai éberség és a megzavart napi (cirkadián) ritmus.

Az alvási elégtelenség kezelése komplex feladat. Legfontosabb eleme az életmódváltozás, a szellemi-fiziológiai feszültség kezelésének elsajátítása és a cirkadián ritmus helyreállítása, mert a hosszú távú tünetmentességet, a visszaesések megelőzését ez képes biztosítani. Ugyanakkor a terápia kezdeti szakaszában a legtöbb esetben egyéb kezelési módokra is szükség van: pszichoterápiára, vagy gondosan megválasztott gyógyszeres kezelésre. Hozzáértő kézben egyéb nem gyógyszeres kezelési módok is alkalmazhatóak: fényterápia, vagy alváskorlátozás. Amennyiben a panaszok nem javulnak, az első lépés mindig a diagnózis újraértékelése, mert sok esetben elsőre fel nem ismert háttértényező lehet a terápia-rezisztencia oka. Makacs tünetek esetén alvásmedicinában jártas szakemberrel való konzultáció javasolt.

szerte (Murray és Lopez 1996), ezzel az alábbiakban bővebben foglalkozunk.

Inszomnia és depresszió

Jellegzetesen depresszióra utaló inszomnia tünetek a nehezített elalvás korai ébredéssel és az alvásminőség csökkenésével. A depresszív epizód alatt fontos alvász szerkezeti változások történnek. A REM-fázisok alatti szemmozgás-aktivitás fokozódik, az alvás kezdeti részében pedig megnő a REM-fázisok időtartama (durva leegyszerűsítéssel ez az alvásfázis felel az érzelmi folyamatok zavartalanóságának fenntartásáért). Ugyanakkor igen jelentősen csökken a lassú hullámú alvás mennyisége is (szintén nagyon leegyszerűsítve ez a fázis felel a testi regenerációért), bár ez utóbbival kapcsolatban ellentétes adatok is napvilágot láttak (Riemann és mtsai 2001). Ezek az alvás vizsgálatára

speciálisan alkalmas készülékkel (a poliszomnográfal) mérve akár egyfajta diagnosztikus jelek is lehetnének, de ennek használata igen bonyolult, ráadásul a normálértékek rendkívül nehezen megállapíthatók, mivel az alvásszerkezet fiziológiásan is nagy egyéni eltéréseket mutat. A gyakorlatban sokkal jelentősebb talán, hogy a napi (cirkadián) bioritmusban észlelhető zavarok – melyek legmarkánsabb tünete az alvászavar – fontos tünetei a depresszióknak is. E szerint

- a depressziós tünetek markáns napi ingadozást mutatnak, általában reggel kifejezettebbek,
- a cirkadián ritmust befolyásoló terápiák (alvásmegvonás, fényterápia) antidepresszív (továbbiakban AD) hatásúak,
- az alvásmegvonás a leggyorsabban (de nem tartósan) ható AD kezelési mód; a betegek több mint 50%-a reagál rá,
- az éjszakai melatonin-növekedés depresszióban egyenetlenné válik (a melatonin hormon a napi bioritmus „elindítását” időzíti),
- a depresszióban CLOCK gén diszfunkció észlelhető (Turek 2007). A CLOCK gén és a hozzá hasonló gének a napi bioritmusért felelősek, a legtöbb sejten megtalálhatóak, saját autonóm szabályzást folytatnak, amely azonban összhangban van a szuprachiazmatikus maggal, az idegrendszer központi bioritmus-generátorával. A CLOCK gének a sejtek napi anyagcsere-aktivitását határozzák meg, így az egész szervezet anyagcseréjével és az elhízással is kapcsolatban vannak.

A major depresszió kezelésére használt szerek túlnyomó többsége megváltoztatja az alvásszerkezetet. A hatások többnyire az alábbi két tényező egyikének dominanciájával írhatók le:

- a REM alvás szupressziója,
- a lassú hullámú alvás facilitációja.

A REM szupressziós hatás a legtöbb heterociklusos vegyület, az SSRI-ok és a MAO-inhibitorok, de még az elektrokonvulzív kezelés hatásai között is szerepel. Következésképpen megnő a REM-nyomás és kúraszerű kezeléssel normalizálódhat a rendellenes REM eloszlás és főleg a szemmozgás-sűrűség. A lassú hullámú alvás serkentése az alvás mélyítése irányába hat, többnyire a 2-es típusú szerotonin-receptor antagonistáknak tulajdonítható. Úgy tűnik tehát, hogy a két fő alvási rendellenességet rendező szerek egyaránt pozitív hatással bírnak a betegek kedélyállapotára is.

Az SSRI-k, mint leggyakrabban alkalmazott terápia esetén azt találjuk, hogy bár a depresszió egyéb tünetei sikeresen javulnak, gyakori reziduális tünetként megmarad az inszomnia (Lader 2007).

Inszomnia és testi betegségek

Egy szintén egyesült államokbeli, nagy elemszámú felmérésben a krónikus alvási elégtelenségben szenvedők

körében szignifikánsan gyakrabban fordultak elő egyes testi problémák, mint a népesség többi részében. Ezek a testi problémák a következők voltak: magas vérnyomás (43,1%-os gyakorisággal), légzőszervi betegség (24,8%), urológiai problémák (19,7%), krónikus fájdalom (7,3%), gasztrointesztinális problémák (33,6%) (Taylor és mtsai, 2007). Az inszomnia fontos korai tünete lehet az agyi keringésszavarral járó állapotoknak is (Káposzta és Rácz 2007).

Inszomnia és glukóz metabolizmus

Az utóbbi időben egyre nagyobb az érdeklődés a szénhidrát-anyagcsere és az alvás összefüggéseivel kapcsolatban. A megzavart alvás csökkenti a jóllakottságot felelős leptin szintjét és növeli az éhséget közvetítő ghrelin szintet, így növeli az étvágyat (Spiegel és mtsai 2004/1). Megzavarja továbbá a fiziológiás glukóz anyagcserét, csökkent glukóz toleranciához, nagyobb kalóriabevitelhez vezet (Spiegel és mtsai 1999, 2004/2). A laboratóriumi vizsgálatok mellett számos epidemiológiai vizsgálat talált összefüggést a túlsúlyosság és az alvásidő rövidege között (Hasler és mtsai 2004, Meisinger és mtsai 2005, Spiegel és mtsai 2005). Úgy tűnik tehát, hogy a megzavart alvás számos mechanizmuson keresztül fokozza a 2-es típusú diabetes kockázatát (Meisinger és mtsai 2005, Spiegel és mtsai 2005).

Terápiás megfontolások

Az alvási elégtelenség hosszú távon is sikeres kezelése szempontjából legfontosabb szerepe az életmódváltásnak és a napi bioritmus helyreállításának van, ugyanakkor az akut tünetek esetén a legtöbb esetben egyéb kezelés is szükséges.

Első lépésként legfontosabb az esetleges alapbetegségek felismerése és ellátása (sok esetben a beteg vezető tünete az alvászavar, hiszen ennek van az életminőséget leginkább rontó hatása, a háttérben azonban sokszor pszichiátriai vagy belgyógyászati betegséget tárhatunk fel, pl. depresszió, kezeletlen vagy rosszul beállított hypertonia).

Második lépés a nem gyógyszeres kezelési módok bevezetése, szükség esetén a gyógyszeres terápia. Ez utóbbi azonban csak átmeneti megoldás lehet. A cél az, hogy a beteg ne csak gyógyszerrel, hanem a nélkül is jól aludjon.

Életmód tanácsadás

Az *életmód tanácsadás* az alvást és cirkadián ritmust rontó tényezők kiiktatására és az ezeket elősegítő életmódváltozások bevezetésére irányul. Az egészséges életmód kialakítását célzó általános tanácsok (rendsze-

res testmozgás, megfelelő, rendszeres táplálkozás, a hétköznapi stressz megfelelő kezelése, a rendszeres pihenés és társas tevékenység) egyaránt fontosak az alvási elégtelenség megelőzésében és kezelésében, valamint diabéteszben és a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében. Ezen kívül külön hangsúlyt kell fektetni a napi rendszeresség kialakítására. A felkelések, lefekvések és étkezések többé-kevésbé ugyanabban az időpontban történjenek mindig, és ezt a ritmust ne szakítsuk meg alkalmanként beiktatott nappali szunyókálással. Ez utóbbi gyakori alvási elégtelenség esetén, a nappali fáradtság kompenzálására irányul, de összefügg a napi ritmust, rontja a következő éjszaka alvási hatékonyságát, így egyik fenntartó oka a tüneteknek és szerepet játszhat az alvási elégtelenség krónikussá válásában.

A tanácsadás másik fő területe az elalvási helyzet, ill. a közvetlenül az alvással kapcsolatos viselkedések optimalizálása és az optimális alvási környezet megteremtése (*alváshigiénés tanácsadás*).

Nagyon fontos hogy a tanácsadási folyamat minél inkább a beteg személyére és lehetőségeire szabott legyen, fokozatosan és kis lépésekben történjen. A megfelelő alváshigiéné 3-4 hét alatt kiépíthető, az egészséges életmód kialakításához azonban ennél sokkal hosszabb időre van szükség. A legfontosabb alváshigiénés tanácsokat az **I. táblázatban** foglaltuk össze (Purebl és Székely 2008).

Tanácsadás, pszichoterápia, egyéb nem gyógyszeres kezelési módok

A tanácsadás és pszichoterápia az alvási elégtelenség néhány lényeges jelenségét próbálja meg pozitívan befolyásolni, így az elalvási helyzetben jelentkező éberségi szint-növekedést és az alvási helyzet teljesítményhelyzetté válását, az alvászavar és következményei miatti aggodást („vajon ma megy-e majd az alvás?”), valamint azokat az alvás érdekében, vagy kiálatatlanság ellenében végzett tevékenységeket, melyek

I. táblázat

A legfontosabb alváshigiénés szabályok

- **Éljünk minél rendszeresebben!** Igyekezzünk minél nagyobb rendszerességet iktatni a munkánkba és a szabadidőnkbe (egyres foglalkozásoknál ez elsősre nehéznek tűnhet, de itt is törekedni kell rá): együnk rendszeresen, lehetőleg nagyjából ugyanabban az időpontban. Igyekezzünk minden nap ugyanakkor kelni és lefeküdni.
- Ha éjjel rosszul alszunk, ne próbáljuk meg nappal bepótolni! **Kerüljük a nappali szunyókálást.** Ha sziesztázni, pihenni, olvasgatni szeretnénk, azt ne az ágyban tegyük!
- Délutántól (14.00 óra után) **kerüljük az élnékítő hatású ételek és italok fogyasztását** (kávé, tea, kóla, energiatalok).
- Ne együnk túl sokat este!
- Az alkohol ugyan egyeseket elaltat, a szervezetben azonban ébresztő hatású anyagokká alakul, ezért túlzott fogyasztása este (ez okból is) kerülendő.
- A **mozgás** az egyik leghatékonyabb eszköz az alvászavarok leküzdésében (is)! De: igyekezzünk ne a lefekvés előtti órákban mozogni, mert ez túlságosan éberré tehet minket!
- Ha rosszul alszunk, **ágyunkat csak alvásra és szerelmi együttlétre használjuk**, és semmilyen más tevékenységet (pihentetőt sem) ne végezzünk benne.
- **Kísérletezzük ki a számunkra legmegfelelőbb körülményeket az alváshoz** (fény/sötét, hideg/meleg, puha/kemény derékalj stb.)!
- Igyekezzünk az elalvás előtti órákban **pihentető, feltöltődést jelentő tevékenységeket végezni**, ha máskor nem megy, legalább az elalvás előtti félórán!
- Ha elalvási helyzetben is rendszeresen hétköznapi gondjaink járnak a fejünkben, alkalmazzuk a „**problémák végiggondolásának időszaka**” technikát (erre vonatkozóan a stresszcsoökkentő gondolkodás elsajátítása javasolt)!
- A relaxáció az elalvási helyzetben is segít!
- Az ébresztőórát állítsuk be, de tegyük **látó- és kartávolságon kívülre** és éjszaka ne nézegessük, mert akkor azon idegeskedünk, mennyi ideje nem tudunk el- vagy visszaaludni.
- **Csak akkor feküdjünk le, ha álmosak vagyunk.** Ne feküdjünk le csak azért, mert úgy érezzük, ágyban a helyünk!
- **Ne hanykolódjunk álmatlanul!** Ha kb. 20 percen belül nem tudunk elaludni, keljünk fel, és csak akkor feküdjünk vissza, ha megint elálmosodtunk.

Forrás: Purebl és Székely: Életrevaló útavaló. A szerzők szíves engedélyével.

az alvási hatékonyságot végül rontják (*Purebl és Novák* 2000, *Wang és mtsai* 2005). Jelentősége a krónikus alvászavarok esetén a legnagyobb (*Estivill és mtsai* 2003, *Witman* 2005, *Purebl* 2006, *Bánki M. és Purebl* 2006), hiszen sok krónikus alvászavarban szenvedő beteg a lehető összes altatószert kipróbálta már. Másodlagos inszomniák esetén pedig jól kiegészíti az alapbetegség kezelését. A pszichoterápia fontos célpontja lehet a hétköznapi stressz és az ezzel való megbirkózás is, mely gyakran fontos szerepet játszik az alvászavarok fenntartásában.

Hasznos nem gyógyszeres kezelési mód lehet még a tapasztalt szakember által végzett *alváskorlátozás*, mely során az alvási időt a beteg személyes bioritmusának megfelelően egy meghatározott rendszerben korlátozzuk, valamint a *fényterápia* is. Fényterápia során 2000 vagy nagyobb lux fényerejű teljes vagy kék spektrumú fényt alkalmazunk. Elsősorban akkor használjuk, ha az alvásfázisok a normál napi ritmuson belül eltolódtak, vagy szélsőségesen rendszertelenek (pl. váltott műszak esetén). Fontos tudnunk, hogy a fényterápia nem mellékhatás-mentes beavatkozás, alkalmazása körülményeként igényel. Bipoláris betegeknél mániás állapotot provokálhat, de kiválthat epilepsziás rohamot is, valamint fotoszenzitivizáló gyógyszerek esetén nem alkalmazható (*Perlis és mtsai* 2005).

Gyógyszeres kezelés

A gyógyszeres kezelés során részben altatószereket, részben az alvást elősegítő, de más gyógyszertani csoporthoz tartozó gyógyszereket alkalmazunk. A gyógyszeres kezelést is rendkívül gondos, a háttértényezőket, háttérbetegségeket feltárását végző anamnézis-felvétel előzze meg. Fontos tisztázni azokat a gyógyszereket vagy gyógyhatású készítményeket is, melyeket a betegek korábban már megpróbáltak alkalmazni, illetve rá kell kérdezni a pszichofarmakológiailag aktív szerek szedésére, hiszen számos pszichofarmakon az alvászerveket negatívan befolyásolja.

Altatószerek

Az altatószerek használatával kapcsolatban az alábbi alapelveket lényeges rögzítenünk (*Estivill és mtsai* 2003, *Purebl* 2006, *Bánki M. és Purebl* 2006).

– Az altatószerrel való kezelés rövid időre (2-8 hét) tervezhető. Amennyiben a tünetek ezen időszak alatt nem javulnak, először mindig újra kell értékelni a diagnózist (különösen fontos a pszichiátriai háttérbetegség kizárása) és csak ennek megtörténte után módosítható a terápia. Sikertelen terápia esetén megfontolandó a beteg részletesebb kivizsgálása (esetlegesen alvásvizsgálat) a háttérben húzódó alvászavarok feltérképezésére. 8 hetes terápia-rezisztencia után,

vagy az okok tisztázatlansága esetén alvásszakértő bevonása javasolt.

- A legtöbb esetben előnyben részesítendő az ún. „intermittáló” kezelés. Ilyenkor a beteg csak előre meghatározott estéken, vagy előre meghatározott heti alkalommal, de nem minden nap használja a gyógyszert, az orvossal előzetesen egyeztetett menetrend alapján.
 - Az alvási elégtelenség kezelésére első választandó szerként a nem benzodiazepin-típusú benzodiazepin agonista (továbbiakban: nem BZD) szerek javasoltak (zolpidem, zopiklon, zaleplon), mert mellékhatásspektrumuk kedvező és az alvásszerkezetet nem (vagy csak kis mértékben) befolyásolják.
 - Ezek hatástalansága esetén választhatók rövid vagy közepes hatású benzodiazepinek (BZD), melyek mellékhatásspektruma kedvezőtlenebb és az alvásszerkezetet negatívan befolyásolják.
 - Kerülni célszerű az ultrarövid és hosszú felezési idejű BZD-ket, mert ezek mellékhatásai kifejezettebbek [ultrarövid: erős rebound inszomnia – a panaszok a gyógyszer elhagyása után fokozott formában térnek vissza, paradox élnkítő hatás, a strokeveszély növekedése (*Káposzta és Rácz* 2007); hosszú hatástartamúak: kumuláció, pszichomotoros hatások, kognitív teljesítmény csökkenése].
 - Altatószereket csak az előírt terápiás dózisban alkalmazunk. Nem megfelelő terápiás válasz esetén a dózis emelése helyett gyógyszert kell váltani (a dózis emelése csak a mellékhatások gyakoriságát növeli)!
 - A kezelés leépítésének első lépése intermittáló kezelésre való áttérés, majd a heti adagok fokozatos csökkentése.
 - A betegek átállítása az akár évek óta szedett, korszerűtlen altatók használatáról korszerűbb szerekre, majd gyógyszermentessé tétele a krónikus alvászavarok kezelése esetén az egyik leggyakoribb probléma, mert a korábbi készítmények dózisának csökkentése a rebound inszomnia (a tünetek korábbinál erősebb formában jelentkezése) veszélyét hordozza. Ilyenkor a BZD altató nem BZD típusú altatóval helyettesíthető oly módon, hogy 10-25 nap alatt a BZD dózisa kb. 5-7 napos lépésekben folyamatosan csökkentendő úgy, hogy a nem BZD altatószer adása már a BZD adagjának csökkentésekor terápiás dózisban megkezdhető (*Estivill és mtsai* 2003).
 - Idős betegek esetén a kezelés az egyébként szükséges dózisok felével végezhető és a beteget szorosabban kell monitorozni.
 - Minden altatószer kontraindikált a következő betegségek esetén: légzési elégtelenség, obstruktív alvási apnoe (OSAS), myasthenia gravis, így ezek kizárása az altatószer rendelése előtt elengedhetetlen.
- A fenti általános irányelveken kívül fontos tudni, hogy az altatószerek különböznek az alvásszabályozás egyes folyamataira gyakorolt hatásaik tekintetében. Tekintve, hogy ezek a különbségek klinikai jelentőséggel bír-

nak és még azonos gyógyszercsoportokon belül is jelentősek lehetnek, az egyéni mérlegelésnél, a beteg személyre szabott terápiájának megtervezésekor ezek figyelembe vétele javasolt (Bódizs 2006).

*Melatonin, melatonin származékok,
melatonin agonisták*

Kiterjedten használt szer az alvási elégtelenség kezelésére a melatonin is, mely azonban elsősorban az alvási fázis időzítésére és így a cirkadián ritmus zavarok (eltolódott alvás fázis, váltott műszak vagy időzónaváltás miatti alvászavarok) kezelésére alkalmas. Hátránya rövid felezési ideje.

A közeljövőben ugyanakkor küszöbön áll módosított felszívódású melatonin, vagy melatonin receptor agonista szerek bevezetése Európában is. Ezek a szerek a cirkadián ritmus újraidőzítésén keresztül fejtik ki hatásukat az alvásra. Az agomelatin pedig (mely a melatonin és szerotonin rendszereken egyaránt hat) az alvásra gyakorolt kedvező hatásán túl az antidepresszívumok új generációját képviseli, és egyben új szemléletet jelent a depresszió kezelésében (Rouillon 2006).

A melatonin származékok és melatonin agonisták alvási elégtelenségben való alkalmazásával kapcsolatban az eddigi vizsgálatok igen kedvező tapasztalatokról számolnak be. A módosított felszívódású melatonin, és a melatonin agonisták forgalomba hozatala

II. táblázat

Az inszomnia kezelésére (szövegben megfogalmazott irányelvek figyelembe vételével) javasolt és hazai forgalomban lévő szerek

Hatóanyagnév	Készítménynév®	Gyógyszerforma	Napi átlagdózis
Altatók és nyugtatók (N05C)			
<i>Benzodiazepinnel rokon gyógyszerek (N05CF)</i>			
zopiklon	Imovane	filmtabl.	3,75-7,5 mg
	Somnol	filmtabl.	
	Zopigen	tabl.	
zolpidem	Ambien	filmtabl.	10 mg
	Hypnogen		
	Pidezol		
	Sanval		
	Stilnox		
	Zolpidem-ratiopharm		
zaleplon	Sonata	kapszula	10 mg
<i>Benzodiazepin származékok (N05CD)</i>			
brotizolam	Lendormin	tabl.	0,125-0,25 mg T _{1/2} : 3-8 óra
cinolazepam	Gerodorm	tabl.	40 mg elalvás előtt T _{1/2} : 4 óra
temazepam	Signopam	tabl.	10-20 mg T _{1/2} : 8-15 óra
<i>Egyéb altatók és nyugtatók (N05CM)</i>			
melatonin	Bio-melatonin	filmtabl.	3-6 mg
Antidepresszánsok (N06A)			
mirtazapin	Mirtadepi	filmtabl., tabl.	30-45 mg
	Mirtazapin Orion		
	Mirtel		
	Mirzaten		
	Mizapin Remeron		
trazodon	Trittico AC	retard tabl.	150 mg

a legtöbb európai országban még nem történt meg, így az inszomniában való alkalmazásuk helyét a mindennapi gyakorlatban a közeljövő szélesebb körű vizsgálatai határozzák majd meg.

Egyéb gyógyszerek az alvási elégtelenség kezelésében

Néhány, „alvásszerkezet-barát” antidepresszívumot kiterjedten alkalmaznak az alvási elégtelenség kezelésére. Ezek a trazodon, valamint a mirtazapin. Bár a klinikai tapasztalatok kedvezőek, különösen a krónikus és/vagy hangulatzavarral társult inszomniák esetén, hatékonyságukat és az alvászavarok kezelésében betöltött helyüket további kutatásoknak kell tisztázni, mellékhatásaik figyelembe vételével (Estivill és mtsai 2003, Purebl 2006, Bánki M. és Purebl 2006).

Az inszomnia kezelésére nem javasolt szerek

Egyéb szerek alkalmazása az alvási elégtelenség kezelésére (antipszichotikumok, antihisztaminok, barbiturátok, glutetimid, klonetiazol, meprobamát) nem javasolt, annak ellenére, hogy ezek inszomniában való alkalmazásával sajnos még ma is gyakran találkozunk. Hatásuk az alvás folyamatára általában negatív, az alvászavarra legalább is kétséges, kockázat/háson arányuk kedvezőtlen. Ezen szerek használata alvási elégtelenségben csak akkor fogadható el, ha az indikációs területüknek megfelelő alapbetegség is fennáll.

Konklúziók

Az alvás minősége az életminőség és jól-lét egyik legfontosabb indikátora, és láthattuk, hogy az alvászavar ezért számos kedvezőtlen fiziológiai változás elindítója lehet. A megzavart alvás önmagában is számos betegség kockázati tényezőjévé válhat, vagy ezek lefolyását ronthatja. Az alvászavar kezelése tehát prevenció: mind a pszichés, mind a szomatikus egészségügyi kockázatot csökkenti. További szerencsés előny, hogy az alvászavarokban javasolt életmódváltozások jelentős része az általános testi egészség, különösen pedig a metabolikus zavarok és a szív- és érrendszeri betegségek megelőzése és kezelése szempontjából is hasznos. Így az egyébként is gyakran társuló nagy népegészségügyi jelentőségű civilizációs betegségek komplex módon, együtt kezelhetők. Az alvászavar nem megfelelő kezelése a prevenció helyett viszont további kockázattövekedést eredményez.

IRODALOM

Az 1-23. sz. irodalom az MGYT honlapján (www.mgyt.hu) elérhető és kérésre a szerkesztőség az érdeklődőknek megküldi.

Gy. Purebl and R. Bódizs: *Insomnia and its comorbidity with mental disorders and somatic diseases*

Insomnia is one of the most frequent medical complaint. The disturbed sleep demonstrates high comorbidity with mental disorders and physical diseases, most notably with depression, diabetes and coronary artery disease. The disturbed circadian rhythm and its physiological and neuro-behavioural consequences might have a significant contribution in the circular relationships of sleep, mental and somatic problems and lifestyle variables. Therefore the treatment of insomnia requires a complex, comprehensive approach which incorporates psychological therapies, carefully administered pharmacotherapy and lifestyle changes.

*Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet. Budapest, Nagyvárad tér 4. – 1089
(Levelezési cím: Dr. Purebl György, e-mail: purgyor@net.sote.hu)*

A dolgozathoz tartozó tesztkérdések az utolsó oldalon találhatók



Láng Miklós új könyve

Tájékoztatjuk kedves Olvasóinkat, hogy Láng Miklósnak, lapunk évtizedeken át volt technikai szerkesztőjének megjelent a 12. könyve, amelynek címe: **Találkozás – Hajsza a gyilkos után.**

A könyv bolti ára 2.000 Ft, de a kiadó, a M. Vészetbarátok Egyesülete szerdánkénti rendezvényein 17.30 és 19 óra között, féláron, 1.000 Ft-ért beszerezhető.

Helyszíne: Erzsébetvárosi Közösségi Ház, Budapest, VII. ker. Wesselényi u. 17., I. emeleti nagyterem.

A könyv vásárlói egyrészt jó olvasnivalóhoz jutnak, másrészt hozzásegítik a szerzőt a következő (novellás) könyv kiadásához.

A könyv ajándékozásra is alkalmas.