

Dlouhodobou insomnií by měl léčit odborník

Medical Tribune 31/2008, vydáno: 27. 10. 2008

Až třetina nemocných s poruchou spánku trpí primární insomnií, dalších zhruba 30 % pacientů trpí sekundární insomnií, která vzniká v důsledku jiné psychiatrické diagnózy. U poslední třetiny nemocných je podkladem nespavosti nějaká organická příčina či somatické onemocnění. Nejen o tom, jaký je vzájemný vztah mezi insomnií a některými psychiatrickými onemocněními, jsme proto hovořili s doc. MUDr. Jánem Praškem, CSc., z Kliniky psychiatrie LF UP a FN Olomouc.

Liší se pohled na insomnie u psychiatra, neurologa a praktika?

Psychiatr se snaží dívat na problematiku insomnií komplexně a má tendenci vidět poruchy spánku v kontextu širšího prožívání pacienta. Zda například není nemocný pod vlivem nějakého stresujícího faktoru nebo jestli nemá nějaké starosti v rodině či v práci atd. Kdežto neurolog pátrá spíše po organické příčině nespavosti, a proto doménou neurologů jsou neurologické syndromy mající určitý organický podklad, jako například syndrom spánkové apnoe či neklidných nohou, zatímco psychiatr má blíže k primárním a přechodným insomniím.

Praktik naopak volí většinou pragmatické řešení, vzhledem k počtu pacientů v ordinaci často volí rovnou předpis některého hypnotika. Správně by měl však nemocnému vysvětlit zásady spánkové hygieny, odebrat pečlivě pracovní a sociální anamnézu, zeptat se nemocného, zda ho něco netrápí nebo nemá nějaké problémy, které by mohly být příčinou poruch spánku, a až poté předepsat pacientovi hypnotika. Ty však nejsou dlouhodobým řešením nespavosti, po třech až čtyřech týdnech by se měla vysadit, což se ovšem v praxi většinou neděje. Důsledkem je vznik závislosti i u moderních hypnotik, i když v tomto případě je riziko vzniku závislosti daleko menší než například u benzodiazepinů.

Také si myslím, že by pro nemocné bylo velmi užitečné, kdyby jejich praktičtí lékaři měli v ordinaci k dispozici brožurku, která by pacientům vysvětlovala zásady spánkové hygieny a farmakologické léčby nespavosti. Lékařům by to ulehčilo práci a nemocný by se k ní doma mohl opakovaně vracet. Užitečný by pro lékaře v terénu byl také jednoduchý screenovací dotazník, který by jim pomohl lépe mezi pacienty diferencovat.

Jaký je vzájemný vztah mezi nespavostí, úzkostnými a dalšími psychiatrickými poruchami?

Většina úzkostných poruch je s nespavostí spojena. Dokonce primární insomnií můžeme považovat za jistý druh úzkostné poruchy, u které je nespavost dominantním příznakem. Pacienti mají totiž úzkostné myšlenky, které se týkají spánku. Strachují se, zda budou spát či ne, a celý den jsou pak schopni se tím zabývat.

Nemocní s panickou poruchou většinou insomnií netrpí, ale mívají v noci panické záchvaty – náhle se probudí, buší jim srdce, hyperventilují, jsou vyděšení, ale příčinou není tzv. zlý sen, protože se probouzejí z NREM spánku. Výsledkem je, že tito nemocní mají posléze strach jít spát, protože se obávají, že zase dostanou panický záchvat. Snaží se spánek odkládat, jelikož si myslí, že když usnou hodně unavení, tak se záchvat nedostaví. V tom se však mylí. Dokonce existují pacienti s panickou poruchou, kteří mají záchvaty pouze v noci.

Další diagnózou, která spadá do této kategorie, je generalizovaná úzkostná porucha. Někteří tito nemocní jsou hypersomničtí, jiní naopak trpí nespavostí. V tomto případě jsou poruchy spánku způsobeny typickými obavami a starostmi, jak celý den zvládnou, co je čeká příští den, který řeší před usnutím. Rozdíl mezi primární insomnií a generalizovanou úzkostnou poruchou je v tom, že v prvním případě se nemocní obávají hlavně toho, že nebudou spát, zatímco u generalizované úzkostné poruchy mají jejich starosti různý charakter.

Nespavost může být i u posttraumatické stresové poruchy, kde má charakter nočních můr, čili prudkých záchvatů budících pacienta ze sna, který má souvislost s primárním psychickým traumatem. Někdy mají pacienti i v tomto případě strach jít spát, protože se zlých snů obávají. Jindy se uspávají

pomocí alkoholu nebo dlouhodobým užíváním hypnotik. Výsledkem může být závislost na alkoholu nebo hypnoticích.

U obsedantně-kompulsivní poruchy není nespavost primárním příznakem, ale stává se, že část nemocných kvůli neustálému opakování svých rituálů nestihne jít spát. Proto se nejedná o insomnii v pravém slova smyslu.

A jak se projevuje insomnie u pacientů s depresí?

V tomto případě existují dva základní typy nespavosti. V klasickém případě člověk nemá dost energie, aby dospal, a proto se probouzí nad ránem. Tato ranní insomnie je nejtypičtější pro těžké deprese. U lehčích depresí naopak člověk stráví v posteli mnoho času, i 12 hodin denně, ale spánek je málo výtěžný, protože je povrchní a pacient se často budí. Tyto stavy nacházíme například u nemocných se sezonní afektivní poruchou. Podobně jsou na tom se spánkem i lidé s chronickým únavovým syndromem. V tomto případě se však pacienti často dostávají do začarovaného kruhu, protože čím více jsou unaveni, tím více mají tendenci spát. Po probuzení jsou však stále unaveni, a tak chtějí opět odpočívat a spát. Spánek však nelze naspát do zásoby. I u zdravého člověka to funguje tak, že pokud spí déle, než je jeho optimum, tak se probudí unavený a nevyspalý. U mánie se naopak jedná spíše o nespavost nepravou, protože těmto pacientům stačí spát například jen dvě hodiny denně a nejsou unavení. Nedostatek spánku například při dlouhodobém ponocování ale může na druhou stranu u predisponovaných jedinců fungovat jako spouštěč mánie.

Ještě existuje nespavost u hraniční poruchy osobnosti, která ale vyplývá z jakési dezorganizace vnitřního řádu. Tito lidé spí každý den jinak, v jinou dobu chodí spát a jindy se probouzejí, někdy spí přes den, jindy v různou dobu v noci. Čím více ale mění spánkový řád, tím jsou více napjatí, nešťastní, výbušní a emočně nestabilní.

Existuje nějaký vztah mezi nespavostí a pokusy o sebevraždu, popř. dokonanými sebevraždami?

Samotná nespavost lidi k sebevraždě dožene zřídka, ale u depresivních lidí působí jako modifikující faktor, který zesiluje jejich napětí vedoucí k suicidii. Pokud člověk nespí, má zúžené vnímání, a pak hledá co nejjednodušší řešení svých potíží. U depresivního nemocného, u něhož máme podezření na možnost spáchání sebevraždy, bychom se vždy měli ptát na kvalitu spánku.

Mnoho nemocných přichází s nespavostí v první řadě za svým praktickým lékařem. Kdy si mohou takového pacienta ponechat ve vlastní péči a v kterých případech by ho měli odeslat k odborníkovi?

Jestliže se jedná o dlouhodobější nespavost delší než tři týdny, je na místě zvážit odeslání nemocného k odborníkovi na spánkovou medicínu. Krátkodobou insomnii, například spojenou se zvýšeným napětím před zkouškou ve škole nebo třeba s nějakým somatickým onemocněním, může praktický lékař úspěšně zaléčit i sám.

Často se v ordinaci může setkat i se stížnostmi pacientů na bolest zad, které také mohou snižovat kvalitu spánku. V tomto případě však nemusí být příčinou pouze organický nález na páteři, často se může jednat o somatizaci nějakých psychických problémů a dlouhotrvajících stresů. Bolesti zad bývají časté u depresí a úzkostných poruch. Pak je třeba současně řešit jak depresi, tak nespavost a bolesti zad. Pokud pacient nemá organický nález na páteři, ale jen zvýšené napětí zádového svalstva v důsledku dlouhodobě neřešeného psychického problému, nestačí jen podat analgetika. Je potřeba u něj snížit psychické napětí, které vede k přetěžování šjíjových nebo zádových svalů, jinak se bolesti zad budou opakovat nebo mohou přejít do chronicity. Při indikaci antidepresiv u takového pacienta je vhodné podání tricyklických antidepresiv nebo přípravků ze skupiny SNRI. Antidepresiva ze skupiny SSRI v tomto případě nejsou tolik vhodná, protože nemají tolik vyznačenu analgetickou složku.

Mohl byste upozornit na nejčastější chyby, které v praxi praktici při léčbě nespavosti dělají?

Za hlavní chybu považuji dlouhodobé paušální podávání hypnotik, bez toho, aby pátrali po dalších souvislostech, které mohou hrát v rozvoji nespavosti významnou roli. Je to ale ve většině případů důsledkem toho, že v běžné praxi praktický lékař nemá mnoho časového prostoru na podrobný rozbor pacientovy situace, což je škoda, protože především v menších městech a vesnicích často zná důvěrně pacientovu sociální a rodinnou situaci, a tudíž by mohl skutečnou příčinu stresu, který vedl k insomnii, snadno odhalit. Obecně by ale mělo platit, že když nemocný špatně spí déle než tři týdny nebo měsíc každý den, je potřeba pátrat po příčinách insomnie ve spolupráci s odborníkem na spánkovou medicínu. Správný není ani postup, při kterém praktici předepisují hypnotikum opakovaně do doby, než nemocný začne požadovat zvýšení dávky nebo účinnější lék. I v tomto případě riskují, že nespavost přejde do chronicity a nemocný si vytvoří závislost na hypnoticích.

Dá se z pohledu psychiatra charakterizovat ideální hypnotikum?

Mělo by zajistit rychlé usínání, do 10 až 15 minut od ulehnutí, dále kontinuum spánku a jeho dostatečnou délku, a také by nemělo narušit přirozený spánek, tj. mělo by zajistit proběhnutí všech fází spánku. U některých hypnotik totiž dochází k potlačení nebo opoždění REM fáze. Důležité rovněž je, aby se druhý den ráno člověk vzbudil čilý a měl pocit, že ho spánek osvěžil. Z hlediska psychiatra je nejvhodnější takový přípravek, který podporuje co nejpřirozenější spánek, a nemusí to být vždy ten, po němž člověk usne nejrychleji.

Nejvíce se těmto požadavkům blíží melatonin. Navíc jde o tělu vlastní látku, která nezpůsobuje vznik závislosti. Melatonin totiž nemá primárně za následek rychlé usnutí, což vznik závislosti podporuje, ale spíše synchronizaci a regulaci jednotlivých pochodů v organismu v závislosti na cirkadiálních rytmech. Moderní člověk ho má bohužel kvůli svému stylu života, který narušuje jeho cirkadiální rytmicitu a vede k nepravidelnému usínání a vstávání, relativní nedostatek.

Podání melatoninu by u nemocného s insomnií mělo pomoci k nastartování fyziologického vnitřního rytmu. Pokud posléze pacient začne dodržovat pravidla spánkové hygieny, a tím posilovat svou přirozenou rytmicitu, měl by se po zhruba třech týdnech jeho spánek velmi zkvalitnit. U nemocných, kteří ale mají dlouhodobě nízké koncentrace melatoninu, ať už v důsledku genetické predispozice pro jeho sníženou tvorbu nebo vyššího věku, bude nejspíše potřeba podávání v delším časovém intervalu.

S rozvojem letecké dopravy se dnes čím dál více lidí setkává s poruchami spánku způsobenými dlouhými přelety přes několik časových pásem. Jak v těchto případech postupovat?

U tzv. jet-lag syndromu se už v devadesátých let minulého století poprvé ve studiích prokázalo, že podání melatoninu způsobuje vymizení tohoto syndromu, a navíc v porovnání s placebem zlepšuje vedle parametrů spánku i kognitivní funkce.

V rámci prevence jet-lag syndromu by člověk měl začít užívat melatonin asi tři dny před odletem v době, kdy by chtěl jít spát v nové destinaci, a pak pokračovat ještě asi tři dny po příletu. Záleží na tom, jakým směrem poletí. Pokud je to například z Ameriky do Evropy, stačí, když začne užívat melatonin tři dny před odletem v odpoledních hodinách, a po příletu by měl normálně bez problémů usnout.

autor: [mof](#)