



VI./1 fejezet: Az inszomnia tünetei

Az elalvás vagy a visszaalvás nehezítettsége vagy szubjektíven nem kielégítő alvásminőség. Inszomniáról csak akkor beszélünk, ha mindezt legalább egy járulékos nappali tünet is kíséri.

VI./1.1.: Az inszomnia nappali tünetei

Nappali álmoság.

Fáradtság vagy rossz közérzet.

A figyelem, a koncentrációképesség vagy a memória romlása.

Szociális, munkahelyi vagy iskolai teljesítményromlás.

Hangulatzavar vagy irritabilitás.

Az energiaszint, a motiváció vagy a kezdeményezőkézség csökkenése.

Hibák és/vagy balesetek.

Feszültség, fejfájás vagy gasztrointesztinális tünetek az alvászavarral kapcsolatban.

Aggodalmak és félelmek az alvással kapcsolatban.

VI./1.2.: Járulékos tünetek és viselkedések:

Alvászavar és következményei miatti **aggódások**.

Az **alvás elősegítését célzó viselkedések túlburjánzása** este (pl. zajsűrők használata, alkohol altatóként való fogyasztása, túl korán való lefekvés stb.).

Alvási/pihenési lehetőségek keresése napközben.

Stimulánsok (pl. kávé, tea) **túlzott használata** a kialvatlanság kompenzálására.

VI./1.3.: Alapvető megfontolások

Az inszomnia a leggyakoribb orvosi panaszok közé tartozik, **gyakorisága kb. átlagosan 20-30%**, mely az idősebb korosztályban általában magasabb.

A zavartalan, egészséges alvás a testi-lelki egészség egyik legfontosabb indikátora.

Mint minden gyakori szindróma, az **inszomnia is multikauzális eredetű**: háttérben szerepet játszhatnak pszichés és testi betegségek (pl. depresszió, hipertónia), valamint életmódtényezők is. A komorbid betegségeket természetesen kezelni kell, hogy az inszomnia tünetei elmúljanak.

Az inszomnia fennállásakor – bármilyen okból alakuljon is ki – előbb vagy utóbb megjelenik az alvással kapcsolatos **szorongás**, mely főleg **elalvási/visszaalvási helyzetben jelentkezik**, és az **éberségi szint emelésével azokat meggátolja**. Ezek az aggódások akkor is fenn tudják tartani az alvási panaszokat, amikor az eredeti kiváltó okot már



megszüntették.

Ez utóbbi miatt sok esetben szükség van az inszomnia pszichoterápiás kezelésére is.

Az alvászavar háttérében álló életmód tényezők a **rendszeretlen napi életritmus, a hétköznapi stressz, egyes, alvást nehezítő szokások** (esti arousal-növelő tevékenységek vagy pszichoaktív szerek), a **testmozgás hiánya**.

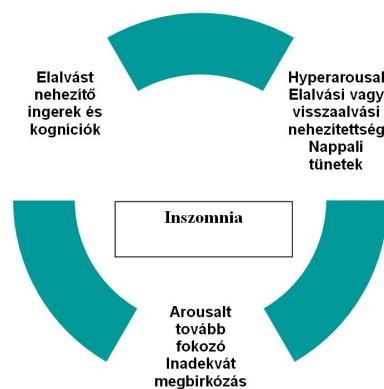
Az „alvásbarát életmód” kialakítása nélkül sok esetben nem tudunk hosszú távú sikert elérni.

VI./2. fejezet: Az inszomnia terápiájának alapelvei

- 1.) Az esetleges komorbid betegségek kezelése – amennyiben fennállnak
- 2.) Edukáció: életmód- és alváshigiénés tanácsadás – minden esetben szükséges
- 3.) Pszichoterápia – amennyiben hyperarousal, alvással kapcsolatos szorongások és/vagy az alvászavar leküzdését célzó, de azt ennek ellenére súlyosbító viselkedések állnak fenn
- 4.) Gyógyszeres terápia – átmeneti, rövid távú (maximum 4-8 hetes) kezelés lehet a fentiek kiegészítésére, de nem lehet monoterápiában csak alvást alkalmazni. Monoterápiában csak rövid ideig tartó, szituatív alvászavarban alkalmazható (pl. utazáskor vagy konkrét, néhány napon belül véget érő élethelyzetben, pl. műtét előtt, krízisben, megmértegetések előtt stb.).

VI./3. Az inszomnia pszichoterápiás (kognitív viselkedésterápiás) modellje

Az inszomnia pszichoterápiás modelljét az 1. ábrán foglaltuk össze.



1. ábra

Az inszomnia három pszichológiai pilléren nyugszik, bármi is volt az inszomnia kiváltó oka, ezek a jelenségek előbb-utóbb a legtöbb inszomniás betegnél megjelennek, és pszichogén úton fenntartják a panaszokat. Ezek: **1.) hyperarousal, 2.) alvászavart vagy következményeit rontó megbirkózási kísérletek, 3.) alvás miatti aggodás.**

VI./3.1.: Hyperarousal

(Az elalvási helyzetben jelentkező paradox éberségi szint-növekedés.)

Okai:

Életmódhatások. Esti koplalás, stimulánsok (pl. kávé, kóla) túlzott fogyasztása, lefekvés előtt végzett testmozgás, lefekvés előtti, éberségi szintet emelő tevékenységek (pl. munka, izgalmas filmek nézése, számítógépes játékok)

Alvástól független, de feszültséget okozó gondolatok (pl. napi gondokon való esti rágódás)

Az alváshoz kapcsolódó, feszültséget okozó **gondolatok**, amelyek az elalvási helyzettel vagy a másnapi kialvatlansággal kapcsolatosak („már megint nem tudok elaludni...”, „kialvatlanul holnap nem fogok tudni dolgozni...” stb.).

A hétköznapi **stressz**, mely nem kerül levezetésre (pl. egész napos intenzív munka)

A személyt szubjektíven **idegesítő környezeti ingerek** („már megint zajonganak a szomszédban”)

VI./3.2.: Olyan viselkedések, melyek az alvás elérésére vagy a nappali tünetek csökkentésére irányulnak, de paradox módon rontják az alvási esélyeket

A.) Elalvás elősegítését célzó, de azt paradox módon rontó viselkedések:

Bárányok számolása

Esti tevékenységek ágyban végzése, „hogya ha jön az elalvás ingere, az ágyban találjon”

Környezeti ingerek kontrolljára törekedés (pl. füldugó, sötétítő rendszerek)

B.) Nappali viselkedések, melyek a kialvatlanság ellensúlyozását célozzák, de rontják a következő éjszakai alvási esélyeit

nappali szunyókálások a cirkadián ritmust megtörő időpontokban

ágyban töltött idő megnövekedése („ha nem is alszom, legalább pihenek”)

alvást segítő napi tevékenységek kerülése a fáradtság miatt (pl. szociális együttlét, buli, testmozgás stb.)

az elalvás erőltetése: az egyén cirkadián ritmusához képest túl korán való lefekvés („fáradt vagyok, 9-kor ágyban a helyem”)

stimulánsok túlzott használata (kávé, kóla, tea, energitalok)

VI./3.3.: Alvászavarral és következményeivel kapcsolatos egyre fokozódó aggodalmaskodás

az este közeledtével a beteg egyre feszültebbé válik

elalváskor könnyen frusztrálódik (óránézegetés – „már fél 11 van, és én még nem alszom...”)

éjszakai felébredéskor (mely normális éjszakai jelenség)
jellegzetesen inszomniára jellemző automatikus arousal-növelő
gondolatok, pl. „fél 3 van, és én már felébredtem” (ezzel
szemben a nem inszomniásokra jellemző gondolkodástípus „de
jó, még csak fél 3, még alhatok...”)

napja nagy részét az alvászavaron való rágódás tölti ki