AZ ALVÁSZAVAROK PSZICHO-SZOMATIKÁJA

TÁBIT SAROLTA

PSYCHOSOMATIC FEATURES OF SLEEP DISORDERS

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző áttekinti a népesség jelentős részét érintő alvászavarok pszichés és szomatikus hátterét, rámutat a test–lélek interakció fontosságára a „civilizációs betegség" esetében is. Felvillantja az alvási problémák szimbolikáját, és szót emel a komplex, testre és lélekre egyaránt kiterjedő, kevésbé gyógyszeres, inkább pszichoterápiás kezelés mellett.

KULCSSZAVAK

az alvás célja, alvászavarok, okok és magyarázatok, az altatókról, komplex kezelés

SUMMARY

The psychological and somatic factors underlying sleep disorders that affect a significant part of the population are reviewed, the importance of the interaction between body and mind in the case of 'civilisation disorders' is highlighted. The symbology of sleep disorders is presented and the need for comprehensive treatment which addresses body and mind and relies on psychotherapy rather than medicinal drugs is stressed.

KEYWORDS

sleeping and its objectives, sleep disorders, reasons and explanations, hypnotic agents, comprehensive treatment

I. BEVEZETÉS

Az alvás egyike az ember legfontosabb szükségleteinek. Életünk egyharmadát átalusszuk, ám ez az idő nem „értelmetlenül" vész el. *Lehetővé teszi az emberi test életfontosságú regenerációját és ellazulását.* Az alvás alatt új erőt gyűjtünk másnapra. Az idegrendszer – mint egy rugalmas kapacitású akkumulátor – újra feltölthető, ha a korábbi feszültsége már elhasználódott. Az életben maradáshoz és az egészséghez elengedhetetlenek ezek a rendszeres ellazulási és feltöltődési szakaszok, amelyeket az alvás biztosít.

Elektrofiziológiai vizsgálatokkal kimutatták, hogy az éjszakai alvás periódusokra, stádiumokra vagy ciklusokra oszlik. Ezekben váltakozik az alvásmélység. Általánosságban meg kell különböztetni az alvást és az álmodó alvást, amelyek egymással nem cserélődnek fel. Az elfáradásra és elalvásra a könnyű alvás fázisa következik. Ez azután középmély alvási, mély alvási és végül álmodó alvási stádiumba fejlődik. Ez a „hullámzó mozgás" éjszakánként 3-5-ször ismétlődik, miközben az alvásmélység egyre csekélyebb, míg az álomtartalom egyre hosszabb lesz (Halász, 2).

A legmélyebb alvás nem szükségképpen a legpihentetőbb. Teljesen elernyedtek és oldottak az álmodó alvás, a paradox, vagyis aktív, ún. REM-alvás (rapid eye movement) szakaszában vagyunk. Az elektromos agyi aktivitás mérései azt mutatták, hogy ebben az alvásperiódusban az agyműködés inkább az ébrenléti állapothoz, és nem a többi alvási fázishoz hasonlít. Innen van a „paradox alvás" elnevezés (szemben a sajátos „ortodox alvással"). Ugyanekkor a REM-fázis alatt a külső ingerek érzékelése közel az érzéketlenségig letompul.

A REM-ciklusokban álmodunk. A szemünk állandóan mozog a csukott szemhéj alatt. Egyúttal rendkívül ellazul a test izomzata. *Az életkor előrehaladásával az erősen ellazuló alvásszakaszok a teljes alvásidőnek egyre kisebb részét képezik.* A húszéveseknél is már csak ennek kb. 1/5-ét teszik ki.

Az álmodó alvás szakasza minden ember számára létszükséglet. Az álmok így a jó alváshoz tartoznak, akkor is, ha már ébredés előtt el is felejtődnek. Kísérletesen meg tudták állapítani, hogy a vizsgált személyekben e REM-fázisok rendszeres megvonásával már néhány „álomtalan" éjszaka után nagyfokú idegesség fejlődött ki: olyan állapotba kerültek, hogy normálisan már nem tudtak reagálni. A rákövetkező, zavartalan éjszakákon ugyanezek az egyének szokatlan „pótlásigényt" mutattak és átlagon felül sokat álmodtak. *Az álmok nyilvánvalóan tehermentesítenek a nappali pszichikus konfliktusoktól.* Az álom nem csupán alvásvédelmező, de óvja a lelki egészséget is, amiképpen az „ortodox" alvás a testi egészséget.

A szakember számára jelzésértékű a páciens pszichés állapotára vonatkozólag, ha gyakori éjszakai felriadásokról számol be („pavor nocturnus") vagy hajnali ébredésről, amely a szerotoninszabályozási zavar miatt a depresszió egyik korai markere.

II. AZ ÁLMATLANSÁG SZIMBOLIKÁJA

Mivel alvás alatt a tudattalanból a tudat közelébe kerülnek a napközben elfojtott érzelmek, elnyomott történések, az elalvás megköveteli tőlünk az ellazulás képességét, önkontrollunk feladását és a bátorságot, hogy szembekerüljünk személyiségünk „árnyékos oldalával" (Tepperwein, 6).

Aki alvászavarokkal küzd, annak tudatosan le kell zárnia a napot és teljes bizalommal kell átengednie magát az éjszakának anélkül, hogy szorongató gondolatai már a másnapon járnának.

Detlefsen (7) az igazi alvászavarok mögött (amelyeket nem a kényelmetlen fekhely vagy késői vacsora okoz) több okot is feltételez:

• *Nem tud a nap történéseitől elszakadni* – felelősségteljes, hajszolt, túlkontrollált munkát végez vagy életet él, és úgy érzi, még álmában sem kapcsolhat ki, mert akkor is készen kell állnia.

• *A külvilág felé nem „igazi énjét"*, hanem *egy mesterkélt énképet mutat* – retteg az éjszaka során felbukkanó árnyékszemélyiségétől, személyisége elfojtott tartalmaitól, és ez akkora szorongással jár számára, hogy még az elalvást is megakadályozza.

• *Feldolgozatlan halálfélelemmel küzd* (vagy súlyos beteg) – számára az éjszaka „halált hozó" félelmeket szimbolizálhat.

• Szüntelenül *uralni vágyik önmagát és környezetét* – képtelen a passzív semmittevésre és nem tudja elviselni az alárendelt szerepet, az alvást kontrollvesztett állapotként éli meg, és képtelen átengedni önmagát a természet törvényének.

Tepperwein szerint az *alvászavaros betegnek* a következő *életfeladatai* vannak:

Meg kell tanulnia

• lazítani,
• átadni magát,
• önmagát kontrollvesztett állapotban elfogadni,
• egoizmusától, dominanciájától megszabadulni,
• halálfélelmét kezelni.

III. AZ ALVÁSZAVAROK PSZICHOLÓGIAI HÁTTERÉRŐL

A háziorvosok és a pszichológusok, pszichiáterek rendelőjében egyre több az alvási panaszokkal jelentkező beteg. Minimum a lakosság 20%-a szenved kialvatlanság miatt, és ezen leggyakrabban elalvási, átalvási zavart vagy szorongásteli, rémálmokkal, felriadásokkal tarkított alvást értenek a páciensek. Ezen alvászavarok hátterében állhatnak exogén okok, mint zajos környezet, emésztési zavarok, krónikus betegségek, új környezet, élethelyzetbeli változás stb. Az *exogén alvászavarok* akutan jelentkeznek, és megszűnnek, ha az okokat kiiktatjuk.

Nehezebb kezelni az ún. *pszichoreaktív alvászavarokat,* amelyek hátterében megoldatlan lelki konfliktusok vagy személyiségfejlődési zavarok állnak. Ilyenkor a nappali feszültségállapotok zavaróan behatolnak az alvásritmusba. Luban-Plozza felosztásában (1) megkülönböztetünk:

• *Elalvászavarokat,* melyek alapját tudatközeli konfliktusok képezik, gyakran neurotikus fejlődés talaján keletkeznek.

Számos elalvási zavarban szenvedő beteg pszichikus feszültsége azt tükrözi, hogy képtelenek „kikapcsolni" szorongásaikat, félelmeiket és mindennapos gondjaiktól nem tudnak elhatárolódni. Éjjelente órákon át éberen tépelődnek, és hiába próbálkoznak az élményekben gazdag nap folyamán felhalmozódott „nervózus" energiájuktól megszabadulni. Az alvást elrabló zavarokhoz számíthatók a leküzdetlen konfliktusok, a felelősség- és munkatúlterhelés, a szokatlan élmények vagy sorscsapások. Az álmatlanul hánykolódónál ezekhez egy további komponens is csatlakozik: *a szorongásos várakozás amiatt, hogy a következő éjszakát is álmatlanul kell eltölteniük.* Ez akár „ágyszorongássá" fokozódhat. Az alvásban ilyen módon megzavart egyének egész nap fáradtak. Ahogyan azonban eljön az idő a lefekvéshez, elfogja őket – talán éppen az ágy láttára – az esedékes alvástalan éjszaka miatti szorongás, és az elalvást ezután nyugtalanságuk akadályozza meg.

A beteg tudja, mi tartja őt ébren, de nem képes ezen a feszültségen úrrá lenni. Amikor a nappali problémák megoldódnak, megszűnik az álmatlanság – addig, míg nem lép fel a következő nehéz helyzet.

• *Átalvási zavarokat,* amelyek alapját tudattól távoli konfliktusok képezik. A neurotikus fejlődés végpontján e betegekben a szorongásos és agresszív indulataik számukra többé már közvetlenül nem megközelíthetőek, mégis megnyilvánulnak véget nem érő töprengéseikben anélkül, hogy ezeknek sajátos alapjait felismernék. Az elfojtott, fel nem dolgozott élmények elsősorban – esetleg az álomban – a realitáskontrollal válnak felismerhetőkké. Ezért, hogy a pszichikus megterhelés elől az egyén kitérhessen, ismétlődő felébredések következnek be.

• *Endogén jellegű depresszió* fennállása esetén jellemző az éjszaka utolsó harmadában bekövetkező átalvási zavar. Ilyenkor arról panaszkodnak a betegek, hogy a hajnali órákban lesznek éberek, és újból nem tudnak elaludni. Ezenfelül még kora reggeli rossz közérzetről is beszámolnak, amely – leggyakrabban endogén depresszióban – olyan kifejezett lehet, hogy végső soron felébredési zavarról kell beszélnünk.

IV. A KÓROS ALVÁSJELENSÉGEK ÉS MAGYARÁZATUK

Az alváshiányt, más néven *„inszomniát"* Halász (2) szerint úgy is értelmezhetjük, mint a külvilággal való kórosan intenzív kapcsolatot; *a külvilág túl erős befolyását az alvásra.* Mivel az alvás és ébrenlét váltakozása az alvó- és ébresztőrendszer együttműködése nyomán alakul ki, minden alvászavar e két rendszer együttműködési zavarával jellemezhető. Maga az „álmatlanság" kifejezés pontatlan, hiszen az alvást és az álmodást nem azonosíthatjuk egymással. Ez az állapot helyesen az alvás elégtelensége, és nem az alvás teljes hiánya. Az elégtelen alvással jellemezhető alvászavarok létrejöttét többféle szemléleti kerettel magyarázza Halász és Goldschmidt:

1. Az alvás és ébrenlét egyensúlya

Az alvás–ébrenlét szabályozása ellentétes működésű agyi rendszerek összjátéka révén valósul meg. Ennek megfelelően mind a hiperszomniás (kóros aluszékonyság), mind az inszomniás állapotok az alvás- és ébresztőrendszer egyensúlyviszonyaiban bekövetkezett kóros eltolódással kézenfekvően magyarázhatóak. Ezek az eltolódások keletkezhetnek akár az egyik rendszer „gyengesége", akár a másik rendszer „túlműködése" révén. *Az inszomnia* esetében tehát két lehetséges változat van: az elégtelen alvás tünetei keletkezhetnek egyrészt *az ébresztőrendszer túlműködéséből,* másrészt *az alvásrendszer működészavaráról.* Természetesen lehetséges, hogy mindkét változat előfordul, illetőleg hogy egyes alvászavarokban inkább az egyik, másokban inkább a másik mechanizmus játszik döntő szerepet.

Ez a működészavar, illetve túlműködés azonban csak nagyon ritkán ered egyik vagy másik rendszer kimutatható, anatómiai vagy biokémiai okokra visszavezethető megbetegedéséből. Az insomniák legnagyobb részében semmiféle, az idegrendszer károsodására utaló tünetet nem tudunk kimutatni; a zavar inkább működéses jellegű és többnyire kórlélektani tényezőkkel társul.

2. Az alvás és ingerek

Az alváselégtelenség magyarázatára kialakított másik elképzelés abból indul ki, hogy a jó agyműködést a környezettel való megfelelő kapcsolat biztosítja. Ha ez a kapcsolat bármelyik irányban megromlik, akár túlingereltség, akár ingermegvonás révén, akkor alváselégtelenség keletkezik. Egyre több adat szól ugyanis amellett, hogy bizonyos fajta érzékszervi ingereltség, egyféle érzékelési beáramlás nem gátolja az alvást, hanem ellenkezőleg: az alvórendszert mozgósítva annak működését segíti elő. Ezek alapján pedig úgy tűnik, hogy *a természetes, egészséges alvás kialakulásához szükség van egyfajta kapcsolatra az alvó és a külvilág között,* és ennek létezik egy legkedvezőbb szintje. Mindaz, ami ennél több vagy kevesebb, alváselégtelenséget eredményezhet.

3. Alvás és biológiai ritmusok

Magyarázhatók az alvászavarok a biológiai ritmusok elméletéből kiindulva is. Számos élettani funkcióban napi ritmus mutatható ki. Ez a ritmus a külső körülmények, a nappal és éjszaka ritmusos váltakozásával szorosan összefonódva alakul ki. Ha a belső ritmusban valamilyen változás következik be (például ez a ritmus siet vagy késik a környezet változásaihoz képest), akkor különböző zavarok keletkezhetnek az élettani folyamatok átélésében. Fordítva is így van ez: amennyiben *a külső körülményekben hozunk létre változást,* hasonló összehangoltsági, szinkronizációs zavar alakul ki, és *a biológiai változások nem a külvilág változásainak megszokott szakaszaiban következnek be.* Erre a legismertebb példa az interkontinentális utazások során keletkező közérzet- és alvászavar. Ennek megfelelően az alváselégtelenség az alvás–ébrenlét ciklikus váltakozásának fáziszavaraként, deszinkronizációjaként jelenik meg.

AZ ALVÁSELÉGTELENSÉG SPECIÁLIS ESETEI

1. Meghosszabbodhat az elalváshoz szükséges idő, az ún. alvási latencia.
2. Megváltozhat az elalvási sorrend. Ez gyakran társul az elalváshoz szükséges idő megnövekedésével.
3. Gyakoribbá válhatnak a felébredések, felriadások.
4. Alacsony lehet az alvásmélység szintje, ez azonban nem jár tényleges felébredéssel, csak kialvatlanság- és fáradtságélménnyel.
5. Kínzó panasz a korai, hajnali ébredés is, amely depresszióban jellegzetes tünet.

Az inszomniával küzdők között ritkaság az, hogy panaszaik hátterében neurológiai vagy hormonális betegségek állnának. Vagyis az inszomnia nagy valószínűséggel az „idegesség" vagy neurózis akár egyetlen tünete. Pszichológiai vizsgálatok bebizonyították, hogy *az alvászavaros betegek többsége szenved szorongásos, illetve depressziós panaszoktól.* Ez a felismerés vezetett el a komplex, nem csak nyugtatókra és altatókra koncentráló kezelés gondolatáig.

V. TERÁPIA

AZ ALVÁSZAVAROK KOMPLEX KEZELÉSE

Mivel az alvászavarok hátterében organikus, degeneratív elváltozások is állhatnak, ezért csak alapos orvosi kivizsgálás után értelmezhetjük az alvászavart „felajánlott neurotikus tünetnek".

Bármely altatószer tünetorientált felírása esetében az orvos önmagát és a betegét is elszigeteli az alvászavar személyes vonatkozásaitól. *A terápiás munka középpontjába azt a kérdést kell állítanunk, mifélék azok a nappali és az alváshoz tapadó feszültségi állapotok, amelyek nem tudnak lecsengeni, és ez miért nem lehetséges.*

A könnyű, exogén és pszichoreaktív elalvászavarok viszonylag gyorsan tisztázhatók. Rá kell mutatnunk arra, hogy a szellemi vagy testi fáradtság mellett a nappal való elégedettség érzése is elősegíti a jó alvást. A lehetséges külső, zavaró tényezőkről kimerítően kell beszélgetnünk. A nappali alvás, a késői ébredés, a különböző zajforrások és a testi megterhelés hiánya a betegnek olyan magától értetődők lehetnek, hogy alvása szempontjából nem ismeri fel zavarforrásként.

A könnyebb alvászavarokban, amelyekben az alvást nem krónikus konfliktusfeszültségek nehezítik meg, *az autogén tréning* hatásos eszköznek bizonyul. A hatás abban áll, hogy az aludni vágyó többé nem akarja az alvást előidézni, hanem akaratlanul adja át magát az alvásnak. Az autogén tréningben részleges alvás jön létre, és ez már önmagában is pihenést jelent, megkönnyíti az elalvást és átcsúsztatja a gyakorlót a természetes alvásba. Még célzottabban tud hatni a *pszichoszomatikus tréning.*

A súlyos, pszichoreaktív el- és átalvási zavarok *hosszadalmas konfliktusfeltáró pszichoterápiás kezelést igényelnek.*

Altatószert csak a lehető legrövidebb időre szabad felírni, mivel azok az alvászavarokban semmilyen oki terápiát nem képesek kifejteni.

A gyógyszerek segítségével csak „megmentett" alvásról beszélhetünk. Miután pedig ezek leginkább az álomszakaszt nyomják el, így megnövekedik a beteg „álomadóssága". A nappal folyamán rátevődő feszültség és nyugtalanság és az egyre nagyobb adagú, illetve erősebb szerek olyan fejlődés kezdetét jelenthetik, amelyben a beteg úgy érzi, hogy egyre kevésbé felelős önmagáért és végül gyógyszerabúzus alakulhat ki.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Luban–Plozza–Pöldinger–Kröger: *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban.* Budapest, Animula, 1998.
2. Goldschmidt, D., Halász, P.: *Alvás, álom, álmatlanság.* Medicina, Budapest, 1992.
3. Bánki, M. Cs.: *Életünk és az agy.* Budapest, Biográt Kiadó, 1995.
4. Péter, Á.: *Neurológia.* TK, Budapest, 1991.
5. Andreasen–Black: *Bevezetés a pszichiátriába.* Medicina, Budapest, 1998.
6. Tepperwein: *Mit árul el a betegséged?* Hunga-Pszicho, Budapest, 1997.
7. Dethlefsen–Dahlke: *Út a teljességhez.* Budapest, Magyar Könyvklub, 1997.

A szerző levelezési címe: Tábit Sarolta
2360 Gyál, Széchenyi u. 30.