

Poremećaji spavanja i njihovo liječenje

Sleep Disorders and their Treatment

DRAŽEN BEGIĆ

Klinika za psihijatriju KBC-a Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

SAŽETAK Spavanje je fiziološki, privremeni, periodični i ritmični prekid budnosti. Iako uloga spavanja nije još potpuno objašnjena, ono je važno za oporavak organizma i njegova metabolizma. Poremećaji spavanja i danas su veliki problem zbog sve veće učestalosti, njihova neprepoznavanja i neadekvatnog liječenja. Poremećaji spavanja svrstavaju se u poremećaje nagona za spavanje, a dijele se na kvantitativne i kvalitativne. Najvažniji kvantitativni poremećaji nagona za spavanje jesu nesanica i pretjerana pospanost, a kvalitativni poremećaji ovog nagona jesu hodanje u snu, noćno mokrenje, noćni strah, noćna mora, škripanje zubima u spavanju, paraliza spavanja, govorenje u spavanju, klimanje glavom u spavanju te kronična paroksizmalna glavobolja, sindrom gutanja, povrat želučanog sadržaja i kardiološki simptomi povezani sa spavanjem. Poremećaji spavanja većinom su samo simptom, a ne zaseban entitet. Terapija je poremećaja spavanja kompleksna, a obuhvaća higijenu spavanja, farmakoterapiju i psihoterapijske postupke. Higijena spavanja jest skup mjera i postupaka koji omogućuju lakše usnivanje i prosnivanje. Tu se ubrajaju preporuke o načinu prehrane, fizičkoj aktivnosti, temperaturi i vlažnosti zraka te ostalim karakteristikama prostora za spavanje, ali i same postelje te o mnogim drugim značajkama. Od psihofarmaka prvo se rabe hipnotici benzodiazepinskog ili nebenzodiazepinskog tipa. Oni se trebaju davati u ograničenu vremenu odnosno intermitentno. Osim ovih lijekova, mogu se davati preparati melatonina, sedirajući antipsihotici i antidepresivi. Česta je pogreška pri liječenju poremećaja spavanja da se lijekovi daju prebrzo, predugo, uz nepotrebno povišenje doze. Ako je poremećaj spavanja simptom, onda adekvatnu terapiju treba primijeniti u tretmanu osnovne (psihijatrijske i/ili tjelesne) bolesti. Psihoterapijske metode koje su se pokazale učinkovitima u tretmanu poremećaja spavanja jesu kognitivno-bihevioralne tehnike.

KLJUČNE RIJEČI: poremećaji spavanja, liječenje, higijena spavanja, hipnotici

SUMMARY Sleep is the physiological, temporary, periodical and rhythmic disruption of wakefulness. Although the role of sleep is not yet completely understood, we do know it is important for the recovery of the body and body's metabolism. Sleep disorders currently represent a major problem due to their increasing incidence, lack of recognition and inadequate treatment. Sleep disorders are classified as disturbances to the urge to sleep and are divided into quantitative and qualitative types. The most significant quantitative sleep disorders are insomnia and excessive drowsiness, while qualitative sleep disorders include sleepwalking, night time urination, nightmares, night fears, grinding teeth during sleep, sleep paralysis, talking during sleep, head nodding during sleep, as well as chronic paroxysmal headaches, swallowing syndrome, gastric reflux and cardiac symptoms associated with sleep. For the most part, sleep disorders are a symptom of another underlying disease, rather than a separate and unique entity. The treatment of sleep disorders is complex and includes practicing good sleep hygiene, pharmacotherapy and psychotherapeutic procedures. Sleep hygiene is a collection of measures and procedures that enable greater ease of falling asleep and sustaining sleep. This includes recommendations concerning eating habits, physical activity, room temperature and humidity, other characteristics of the sleeping area (including bedding) and many other features. The first psycho-pharmaceuticals to be used are typically hypnotics of benzodiazepine or non-benzodiazepine type. These should be given over a limited time or intermittently. In addition to these drugs, melatonin preparations, sedative antipsychotics and antidepressants may also be used. A common mistake in treating sleep disorders is that medications are given too quickly, for too long or with an unnecessary increase in dosage. If the sleep disorder represents a symptom, adequate therapy should be applied to the treatment of the underlying (psychiatric and/or physical) disease. Psychotherapeutic methods that have been demonstrated to be effective in the treatment of sleep disorders are cognitive-behavioural techniques.

KEY WORDS: sleep disorders, treatment, sleep hygiene, hypnotics



Uvod

Spavanje je dio najvažnijega kronobiološkog ritma, ciklusa budnost-spavanje, u kojem se izmjene stanja budnosti (alertnosti) i spavanja događaju u 24-satnom ritmu. Spavanje je fiziološki, ritmični, periodični i privremeni prekid budnosti, kada je motorička aktivnost snižena, a stanje svijesti promijenjeno, pri čemu je opažanje vanjske situacije bitno smanjeno. Ovaj cirkadijani (ili cirkadijurni) ritam regulira suprahijazmatska jezgra (engl. *supra-*

chiasmatic nucleus – SCN) usklađujući ga s izmjenama dana i noći.

Spavanje se sastoji od ortodoksnog i paradoksnog spavanja. Faze ortodoksnog spavanja jesu 1. i 2. (faze površnog i plitkog spavanja) te 3. i 4. (faze dubokog spavanja). Paradokсно spavanje je REM-faza (engl. *rapid eye movement*), u kojoj se događaju brzi očni pokreti, uz paralizu voljnih mišića i promjenu mišićnog tonusa, a traje od 5 do 20 minuta, javlja se tijekom spavanja svakih 90 do 100 minuta i njome završava

pojedini ciklus spavanja (kajih u odraslih ima od 4 do 7). Funkcija spavanja nije potpuno razjašnjena. Spavanje ima nenadoknadivo značenje za oporavak metabolizma, restituciju organizma, regeneraciju i rast stanica te za obnavljanje receptorskog sustava. Spavanjem se postiže i stabilizacija procesa pamćenja.

Poremećaji spavanja veliki su medicinski i javnozdravstveni problem zbog sve veće učestalosti tih poremećaja, njihova neprepoznavanja i neadekvatnog liječenja (1). U njihovu shvaćanju i prepoznavanju, a posebno u tretmanu rade se dvije pogriješke (2). Ti se poremećaji ne prepoznaju (tegobe se olako shvaćaju i uopće ne liječe) ili se neadekvatno liječe (lijekovi za nesanicu propisuju se brzo, često, dugotrajno i u neadekvatnim dozama).

Klasifikacija poremećaja spavanja

Poremećaji spavanja većinom su samo simptom, a ne zaseban entitet. Oni se češće javljaju uz tjelesnu i/ili psihijatrijsku bolest nego samostalno.

Podjela i klasifikacija poremećaja spavanja ima puno i međusobno se dosta razlikuju. Jedna od podjela ovih poremećaja jest na 4 skupine (3), pri čemu se prva skupina poremećaja odnosi na poremećaje uspavljivanja i održavanja spavanja. Tu skupinu čine nesanica, stanja prouzročena periodičnim pokretima udova i nemirne noge u spavanju. Druga skupina poremećaja obuhvaća poremećaje održavanja dnevne budnosti: hipersomniju zbog smetnja disanja u spavanju i narkolepsiju.

Skupina poremećaja rasporeda budnosti obuhvaća sindrom zaostajanja za mlađnjakom (engl. *jet lag*) te poremećaj budnosti i spavanja zbog smjenskog rada.

Četvrta su skupina poremećaji spavanja povezani s pojedinim stadijima spavanja i/ili djelomičnim buđenjem (parasomnije).

Najnovija klasifikacija Američke akademije za poremećaje spavanja (4) navodi 60 vrsta poremećaja svrstanih u 6 skupina: insomnija, poremećaji spavanja povezani sa smetnjama disanja, hipersomnija, poremećaji cirkadijanog ritma, parasomnije i poremećaji spavanja udruženi s poremećajima pokreta.

Poremećaji spavanja, prema klasifikaciji MKB-10 (5), jesu poremećaji nagona za spavanje, koji mogu biti kvantitativni i kvalitativni.

Kvantitativni poremećaji nagona za spavanje (ili disomnije) javljaju se u obliku smanjenja nagona za spavanje (neorganska nesanica) i povećanja ovog nagona (neorganska pospanost).

Kvalitativni su poremećaji nagona za spavanje (ili parasomnije) brojni: hodanje u spavanju, noćno mokrenje, noćni strah, noćna mora, hrkanje, paraliza spavanja, škripanje zubima u spavanju (lat. *bruxismus*), govorenje u spavanju (lat. *somniloquia*), klimanje glavom (lat. *iactatio capitis nocturna*), sindrom gutanja, povrat želučanog sadržaja, kro-

nična paroksizmalna glavobolja i kardiološki simptomi povezani sa spavanjem.

DSM-5 (6) u poremećaje spavanja i budnosti svrstava insomniju, hipersomniju, narkolepsiju, poremećaje disanja u spavanju, poremećaje cirkadijanog ritma te parasomnije. Poremećaji disanja u spavanju jesu prestanak disanja ili apneja (engl. *sleep apnea*) i hipoventilacija povezana sa spavanjem. Poremećaji cirkadijanog ritma jesu zakasnjelo spavanje (engl. *delayed sleep phase*), preuranjeno spavanje (engl. *advanced sleep phase*), poremećaj spavanja nakon mijenjanja vremenskih zona (*jet lag*), poremećaj spavanja u smjenskom radu.

Parasomnije, prema DSM-5, uključuju fenomene povezane s non-REM-fazom spavanja (hodanje u spavanju, noćni strah), noćnu moru, sindrom nemirnih nogu, poremećaje spavanja uzrokovane supstancijama/lijekovima, neodređene insomnije i neodređene hipersomnije, dok se noćno mokrenje izdvaja kao zasebni poremećaj.

Nesanica

Neorganska nesanica (lat. *insomnia*) (F51.0, prema MKB-10) jest stanje smanjene količine i kvalitete spavanja. Pojavljuje se kao subjektivna smetnja uspavljivanja (usnivanja) i/ili održavanja spavanja (prosnivanja) i/ili nedovoljnog spavanja, pri čemu je smanjena kvaliteta spavanja, a javlja se i dnevna pospanost.

Epidemiologija

Nesanica je jedan od najčešćih simptoma u medicini općenito (to je prema učestalosti 3. ili 4. simptom zbog kojeg se ljudi obraćaju za pomoć liječniku primarne zaštite). Pretpostavlja se da u jednoj godini 40 – 50% svih ljudi ima neki oblik poremećaja spavanja (7). U razvijenim zemljama učestalost nesanice u općoj je populaciji od 10 do 49%, kronične nesanice od 10 do 20%, a vrlo teške nesanice od 3 do 9%, dok u Hrvatskoj od nesanice pati 26% osoba, 15% od lakšeg, a 11% od težeg oblika (8). Od nesanice češće pate žene i osobe starije životne dobi.

Etiologija

Uzroci su nesanice brojni. Ona najčešće nastaje kao posljedica različitih svakodnevnih zbivanja (životnih događaja), emocionalne angažiranosti, napetosti, stresnih situacija. Uzrok može biti tjelesna bolest, bolni sindrom, psihijatrijski poremećaj, uzimanje nekih lijekova, zloupotreba kofeina i/ili nikotina. Kada se isključe svi poznati razlozi za nesanicu, preostaje manji dio nesanica čiji se uzrok ne može objasniti (to su tzv. idiopatske nesanice).

Klinička slika

Postoji više definicija nesanice. Jedna nesanicu određuje kao vrijeme uspavljivanja dulje od 45 minuta, 4 ili više

buđenja tijekom jedne noći te ukupnu duljinu spavanja kraću od 6 sati. Kriteriji za nesanicu zadovoljeni su ako se ove smetnje jave pojedinačno ili u kombinacijama, barem 4 puta u jednom tjednu te ako traju najmanje mjesec dana. Osim kvantitativnih kriterija, bitna je i kvaliteta spavanja. Ako nisu zadovoljeni kvantitativni kriteriji, a osoba se žali na kakvoću spavanja (ujutro je umorna, neispavana, nezadovoljna kvalitetom jutarnje budnosti, preko dana pospana), tada je također riječ o nesanicu.

Nesanice se mogu podijeliti na primarne, sekundarne (simptomatske) i nesanice povezane s drugim poremećajima spavanja.

Primarne su **nesanice** situacijske, psihofiziološke, obiteljske i idiopatske.

Situacijske (povremene) nesanice traju kratko, a javljaju se prije ili poslije važnijih životnih događaja, odnosno stresnih situacija, nakon izmjene vremenskih zona (obično više od tri), smjenskog rada.

Psihofiziološke su nesanice uvjetovane (kondicionirane) nekim podražajem. To može biti objekt (postelja, spavaća soba) koji postaje uvjetni podražaj i izaziva nesanicu. Psihofiziološke nesanice ne izazivaju dnevne smetnje te osoba zadovoljavajuće funkcionira.

Obiteljske nesanice javljaju se kao česti poremećaji usnivanja i/ili prosnivanja u nekim obiteljima. Kod ovih se nesanica ne mogu utvrditi obilježja drugih oblika nesanice.

Idiopatske su nesanice one nepoznata uzroka (koje se ne mogu svrstati u neku drugu kategoriju). Počinju rano, traju dugo i vrlo su otporne na liječenje.

Sekundarne nesanice javljaju se u tjelesnim bolestima, psihijatrijskim poremećajima i zbog utjecaja različitih lijekova. Tjelesne bolesti praćene nesanicom jesu bolesti s oslabljenom cerebralnom cirkulacijom, srčane bolesti, bolesti metabolizma, dišnog i probavnog sustava i dr. Od psihijatrijskih bolesti to su poremećaji raspoloženja, shizofrenija, psihoorganski sindromi, ovisnosti, poremećaji prilagodbe, anksiozna stanja, opsesivno-kompulzivni poremećaji. Najčešći lijekovi koji uzrokuju ili pogoršavaju nesanicu jesu antidepresivi i psihostimulansi. Zloupotreba različitih sredstava ovisnosti (kofein, nikotin, alkohol) također može biti uzrok nesanice.

Nesanice udružene s drugim poremećajima spavanja pojavljuju se zajedno s drugim poremećajima spavanja ili poremećajima koji se javljaju tijekom spavanja. To mogu biti apneja u spavanju i sindrom nemirnih nogu.

Apneja u spavanju (engl. *sleep apnea*) prestanak je disanja dulji od 10 sekunda (ako je prestanak disanja kraći od 10 sekunda, riječ je o hipopneji). Može biti opstruktivna, centralna ili mješovita.

Opstruktivni apneički sindrom (engl. *obstructive sleep apnea syndrome* – OSAS) najčešći je apneički poremećaj. Obično se javlja u muškaraca, u pretilih (s većim opsegom vrata), sa suženjem dišnog puta (što izaziva hrkanje), u starijoj životnoj dobi.

Sindrom nemirnih nogu (engl. *restless legs syndrome* – RLS) ili Wittmaack-Ekbomov sindrom potreba je za pokretanjem nogu koju bolesnik ne može kontrolirati. To su mali pokreti, koji se javljaju u svim položajima, a prate ih grčevi u listovima. Potreba za tim pokretima pojačava se navečer, što otežava uspavlivanje. Ovo stanje DSM-5 svrstava u parasomnije. Sindrom nemirnih nogu treba razlikovati od akatizije, psihotične uzbuđenosti, konverzivnih i apstinencijskih simptoma, ali i od periodičnih pokreta nogu.

Periodični pokreti nogu (engl. *periodic leg movement* – PLM) obuhvaćaju pojedinačne pokrete nogu većih amplituda. Javljaju se samostalno ili kao simptom nekih tjelesnih bolesti (npr., oštećenja bubrega).

Neorganska pospanost

Neorganska pospanost ili hipersomnija (grč. *hypersomnia*) (F51.1) produljeno je spavanje uz pretjeranu pospanost preko dana. To je stanje u kojem kada osobu probudimo nakon duljega neprekidnog spavanja, ona kaže da želi spavati i dalje.

Epidemiologija

Epidemiologija hipersomnije praktički je nepoznata, ali se javlja rjeđe od insomnije.

Etiologija

Pretjeranu pospanost mogu uzrokovati drugi poremećaji spavanja. Npr., nesanica koja traje nekoliko dana posljedično će dovesti do dugotrajnog spavanja (to je tzv. *rebound* fenomen). Različiti lijekovi (prije svega hipnotici, anksiolitici i antipsihotici), intoksikacije, tjelesne i psihijatrijske bolesti također mogu uzrokovati hipersomniju.

Klinička slika

Osobe s hipersomnijom spavaju dulje od 10 sati te se bude s osjećajem umora, a to stanje traje najmanje mjesec dana. Hipersomnija se javlja kao situacijska, u tjelesnim i psihijatrijskim bolestima, kao nuspojava nekih lijekova, dok kao samostalni entitet dolazi u dva oblika: idiopatska i periodična hipersomnija.

Idiopatska (primarna) hipersomnija produljenje je noćnog sna uz dnevnu pospanost. Ovu hipersomniju treba razlikovati od **narkolepsije**. To je rijetka bolest (učestalost je oko 0,05%) u kojoj se pospanost pojavljuje u obliku napadaja spavanja. Narkolepsija se obično pojavljuje u mlađoj životnoj dobi, bez spolnih razlika. Potreba za spavanjem (u obliku napadaja spavanja) javlja se tijekom monotonih radnja (čitanje, gledanje televizije), ali i za vrijeme složenih

radnja (pisanje, vožnja). Uz napadaje spavanja pojavljuju se i katapleksija (trenutačna slabost mišićnog tonusa), paraliza spavanja (osjećaj potpune oduzetosti tijekom noćnih buđenja) i hipnagogne halucinacije. Oko 10% bolesnika s narkolepsijom ima sva četiri simptoma.

Periodična (povremena, rekurentna) hipersomnija (poznata i kao Kleine-Levinov sindrom) stanje je u kojem se pretjerana pospanost javlja u epizodama (koje traju od nekoliko dana do nekoliko tjedana). Epizode prate pojačani ték i povišen seksualni nagon. Najčešće se javlja u mlađih muškaraca.

Hodanje u spavanju

Hodanje u spavanju (somnambulizam, mjesečarenje) (F51.3) stanje je promijenjene svijesti (između budnosti i spavanja), dok je motorika „uključena“ kao u budnom stanju.

Epidemiologija

Pojavljuje se u dječjoj dobi, češće u dječaka. Do 15% djece može povremeno imati ovakva stanja (9). Postoji obiteljska sklonost javljanju tog poremećaja.

Etiologija

Etiologija ove parasomnije nepoznata je.

Klinička slika

Hodanje u spavanju kratko je i djelomično buđenje s očuvanim automatizmom motorike. Traje do 30 minuta, osoba se digno iz kreveta, može napraviti nekoliko koraka, većinom uspijeva izbjeći zapreke na svojem putu. Svijest je pomućena, a poslije se javlja amnezija za to razdoblje. Jak umor ili neprospavana noć mogu potaknuti ovakve epizode.

Prognoza je većinom dobra, smetnje obično nestaju nakon adolescencije.

Noćni strah

Noćni strah (lat. *pavor nocturnus*) (F51.4) iznenadno je buđenje u prvoj polovini (ili prvoj trećini) spavanja, praćeno jakim strahom.

Epidemiologija

Najčešće započinje u djetinjstvu pa se povlači ili zadržava do odrasle dobi. Rjeđe se prvi put javlja u odrasloj dobi. Noćni se strah javlja u 3 – 6% djece i 1% odraslih (9).

Etiologija

Noćni strah mogu izazvati umor, neprospavana noć, povišena tjelesna temperatura, konzumacija alkohola, neki lijekovi (depresori SŽS-a).

Klinička slika

Osoba se budi iz dubokih non-REM-faza spavanja. Prisutni su znakovi vegetativne podraženosti (ubrzani rad srca, ubrzano disanje, pojačano znojenje, drhtanje). Mogu se javiti krik, plač, ustajanje, hodanje. Svijest na početku nije potpuno bistra, ali brzo dolazi do pune jasnoće svijesti. Obično se za to razdoblje javlja potpuna ili djelomična amnezija. Osoba s ovim poremećajem često bdije i izbjegava ići spavati.

Noćna mora

Noćna mora (F51.5) jest buđenje u drugoj polovini spavanja, vezano za REM-fazu.

Epidemiologija

Noćne more javljaju se tijekom cijelog života, a najčešće u djetinjstvu (do 50% djece u dobi do 6 godina ima noćne more). Odrastanjem se njihova učestalost smanjuje. U oko 1% odraslih noćne se more javljaju jedanput ili više puta na tjedan. Oko 50% svih noćnih mora zaseban je entitet, a 50% ih je simptom drugih poremećaja (poremećaji raspoloženja, PTSP) (9).

Klinička slika

Osoba uz intenzivan strah i vegetativne simptome iznosi i neugodne („ružne“) sadržaje sna. Ti su sadržaji zastrašujući pa osoba teško nastavlja spavanje. Za razliku od noćnog straha, vrištanje, plač i trzaji tijela su rjeđi.

Noćno mokrenje

Noćno mokrenje (grč. *enuresis*, lat. *nocturna*) nekontrolirano je mokrenje koje se javlja u vrijeme dubokih faza spavanja i njihova prijelaza u plitke faze.

Epidemiologija

Procjenjuje se da 7% dječaka i 3% djevojčica u dobi od 5 godina ima neki oblik enureze, a u dobi od 10 godina enurezu ima 3% dječaka i 2% djevojčica (9).

Etiologija

Enureza može nastati zbog **organskih** razloga (upale, tumori, šećerna bolest, osjetljivosti i/ili smanjeni kapacitet mokraćnog mjehura, nemogućnost inhibicije opuštanja mišićnog sfinktera koji regulira mokrenje). Naslijede ima važnu ulogu u nastanku enureze. Roditelj s enurezom povećava vjerojatnost da će dijete imati enurezu na 43%, a ako oba roditelja imaju enurezu, ta je vjerojatnost 77%. Konkordantnost je u jednojajčanih blizanaca 68 prema 36% u dvojajčanih blizanaca (9).

Dio djece s enurezom ima **psihološku** podlogu za razvitak ovog poremećaja. Ta su djeca doživjela stresne situacije, poniženje, zlostavljanje, socijalnu izolaciju. Kao čimbenici

povezani s pojavljivanjem enureze navode se i niži socioekonomski status, obitelji s mnogo članova te nezaposlenost roditelja.

Klinička slika

Kontrola mokrenja stječe se u dobi od 2 do 4 godine. Ako dijete ne stekne takvu kontrolu, riječ je o **primarnoj** enurezi. Ako je ta kontrola problematična (pri čemu je razdoblje bez enureze barem 6 mjeseci) ili ju stekne, ali kasnije gubi, riječ je o **sekundarnoj** enurezi. Nekontrolirano mokrenje može biti dnevno (grč. *enuresis*, lat. *diurnalis*), noćno (grč. *enuresis*, lat. *nocturna*) ili kombinirano.

Enureza dovodi do psiholoških posljedica i reakcija. Najčešće su sram, smanjeno samopoštovanje, anksioznost i depresivnost. Prognostički tijek obično upućuje na smanjivanje simptoma kako osoba odrasta, s potpunim povlačenjem u odrasloj dobi, ali ne uvijek.

Liječenje poremećaja spavanja

Liječenje poremećaja spavanja kompleksno je i sastoji se od higijene spavanja, psihoterapijskih metoda, psihofarmakoterapije i ostalih postupaka (10).

Higijena spavanja jest skup mjera i postupaka koji se provodi radi lakšeg usnivanja, dužeg prosnivanja i jutarnjeg osjećaja naspavanosti. Ti su se postupci pokazali učinkovitim osobito u tretmanu idiopatskih nesanica.

Higijena spavanja uključuje odlazak na spavanje u isto vrijeme, način prehrane, izbjegavanje obilnoga večernjeg obroka, alkohola, kofeina, nikotina, umjerenu tjelesnu aktivnost prije odlaska na spavanje, spavanje samo u spavaćoj sobi i upotrebu te sobe samo za spavanje, temperaturu i vlažnost zraka, pravila koja se odnose na postelju (podnicu, madrac) i sl.

Uočeno je da kvaliteta spavanja kod dijela ljudi ovisi i o smještaju postelje s obzirom na strane svijeta. Tako neki izvještavaju da je za Sjevernu hemisferu najbolji položaj sjever-jug (pri čemu je uzglavlje na sjeveru).

Psihoterapijske metode koje se najviše rabe za poremećaje spavanja jesu suportivna psihoterapija, tehnike relaksacije, kognitivno-bihevioralna terapija, autogeni trening, hipnoza (11).

Psihofarmaci koji se rabe u tretmanu nesаницe jesu hipnotici. Oni olakšavaju uspjavanje i omogućuju spavanje. To su prije svega barbiturati, glutetimid, kloral-hidrat, benzodiazepini i nebenzodiazepinski lijekovi te melatonin (12).

Kao hipnotici primjenjuju se i drugi lijekovi sa sedirajućim djelovanjem, antidepresivi (inhibitori ponovne pohrane serotonina, triciklički antidepresivi), antipsihotici (većinom noviji, atipični antipsihotici), neki antiepileptici te različiti biljni pripravci.

Mehanizam djelovanja hipnotika modulacija je i pojačanje GABAergičkog sustava, blokada histaminskih H1-recepto-

ra, stimulacija melatoninskih receptora te blokada serotoninskih (5-HT_{2A}) i oreksinskih (hipokretinskih) receptora (12).

Klasifikacija hipnotika slijedi njihov osnovni mehanizam djelovanja.

GABAergički hipnotici su benzodiazepinski i nebenzodiazepinski lijekovi. Benzodiazepini su puni agonisti GABA-A benzodiazepinskih receptora (flurazepam, nitrazepam, midazolam, oksazepam, lorazepam, triazolam). Nebenzodiazepini (tzv. Z-hipnotici) parcijalni su agonisti ovih receptora (zolpidem, zaleplon, zopiklon).

Melatoninski hipnotici jesu melatonin (koji dolazi u oblicima s momentanim i produljenim oslobađanjem), ramelteon, taksimelton.

Serotoninski hipnotici jesu antidepresivi koji pokazuju sedirajući učinak (trazodon, doksepin, mirtazapin, amitriptilin, paroksetin).

Od atipičnih antipsihotika najizraženije hipnotsko djelovanje imaju kvetiapin i olanzapin, a od tipičnih promazin.

Antiepileptici s hipnotskim učinkom jesu gabapentin, tiagabid, topiramet (3).

Antihistaminici (difenilhidramin, dimenhidrinat) rabe se kao alternativni ili adjuvantni hipnotici (12).

Biljni preparati, kao što su oni na bazi valerijane (katkad u kombinaciji s ekstraktom hmelja), pokazali su se učinkovitim u nekim oblicima poremećaja spavanja.

Svi hipnotici trebali bi se rabiti u ograničenu trajanju ili intermitentno.

Za liječenje sindroma nemirnih nogu i periodičnih pokreta nogu paralelno s benzodiazepinima rabe se dopaminergički agonisti (pramipeksol, pergolid, ropinirol). Kod narkolepsije se primjenjuju metilfenidat, modafinil i deksamfetamin, a za simptom katapleksije triciklički antidepresivi (amitriptilin) te serotoninergički antidepresivi (fluoksetin) (3).

Ostali oblici liječenja obuhvaćaju različite postupke.

Kod apneje u spavanju dolaze u obzir operativni postupci (uklanjanje limfatičnog tkiva u dišnom putu, ispravljanje devijacija nosnog septuma i sl.) te primjena aparata koji omogućuje ravnomjerno upuhivanje zraka (engl. *continuous positive airway pressure* – CPAP).

Kod centralne apneje rabe se lijekovi koji stimuliraju ventilaciju (acetalomid i teofilin) (3).

Zaključak

Poremećaji spavanja veliki su medicinski i javnozdravstveni problem. Najčešći su nesanica, pretjerana pospanost, poremećaji cirkadijanog ritma, parasomnije i drugi poremećaji.

Poremećaj spavanja može biti samostalni entitet ili simptom neke druge bolesti. Kada je simptom druge bolesti, treba adekvatno liječiti osnovnu (psihijatrijsku i/ili tjelesnu) bolest.

Liječenje je poremećaja spavanja kompleksno. U tretmanu se osim higijene spavanja i psihoterapije rabi i medikamentna terapija.

Lijekovi koji olakšavaju usnivanje i omogućuju spavanje (hipnotici) prije svega su benzodiazepini i nebenzodiazepini te melatonin. Problem kod propisivanja ovih lijekova jest što se nekada daju prebrzo, predugo, a i u neadekvatnim dozama. Osnovno je pravilo da se primjenjuju ograničeno ili intermitentno.

Od ostalih lijekova hipnotski učinak pokazuju antidepresivi, antipsihotici, antiepileptici, antihistaminici, preparati ekstrakta valerijane i drugi.

LITERATURA

1. Begić D. Poremećaji spavanja. U: Begić D, Jukić V, Medved V (ur.). Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
2. Moore CA, Williams RL, Hirshkowitz M. Sleep Disorders. U: Sadock BK, Sadock VA (ur.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: LWW, 2000.
3. Hodoba D. Poremećaji spavanja i budnosti. U: Frančičković T, Moro Lj. (ur.). Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2009.
4. American Academy of Sleep Medicine. International classification of Sleep Disorders, 3. izd. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
5. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
7. Rosenberg CE. Insomnia and circadian rhythm disorders. U: Evans RW (ur.). Saunders Manual of Neurologic Practice. Philadelphia: Saunders, 2003.
8. Hodoba D. Živeti s prižgano lučjo. Zagreb: Pliva, 2005.
9. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
10. Morin AK. Strategies for Treating Chronic Insomnia. Am J Manag Care 2006;12:230–44.
11. Pigeon WR. Diagnosis, prevalence, pathways, consequences and treatment of insomnia. Indian J Med Res 2010;131:321–32.
12. Jakovljević M. Kreativna psihofarmakoterapija. Zagreb: Pro Mente, Laser plus, 2016.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. dr. sc. Dražen Begić, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb, Kišpatičeva
12, 10000 Zagreb
e-mail: drazen.begic@mef.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

2. 7. 2017./July 2, 2017

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

7. 7. 2017./July 7, 2017

