

PRIMÁRNÍ PORUCHY SPÁNKU

MUDr. Claudia Borzová

Psychiatrické centrum Praha

Problémy života jsou příčinou primárních poruch spánku. Některé nozologické jednotky čtyř velkých skupin spánkových poruch patří k tzv. neorganickým. Tyto skupiny charakterizuje: **insomnie, hypersomnie, poruchy cirkadiánní rytmicity a parasomnie.** Tento článek obsahuje popisy neorganických poruch spánku, ve kterých emoce jsou základní příčinou jejich vzniku.

Klíčová slova: neorganické poruchy spánku, dyssomnie, parasomnie, poruchy cirkadiánní rytmicity.

PRIMARY SLEEP DISORDERS

Problems of life are causes of primary sleep disorders. Some of diagnosis of four major groups of sleep disorders have been recognized like nonorganic. These groups have been labeled: **insomnia, hypersomnia, circadian rhythm disorder, and parasomnia.** This article includes of description of primary sleep disorders in which emotional causes are considered to be a primary factor.

Key words: nonorganic sleep disorders, dyssomnia, parasomnia, circadian rhythm disorders.

Poruchy spánku rozdělujeme na *dyssomnie a parasomnie*; v každé kategorii nacházíme poruchy organické i anorganické, neboli tzv. primární a sekundární.

DYSSOMNIE

Tzv. primární, psychogenní poruchy, u kterých se narušení spánku týká množství a kvality spánku a jsou vyvolané vlivy, které působí na psychiku. Obecně rozlišujeme v rámci této kategorie nemoci tři velké podskupiny – insomnie, hypersomnie a poruchy schématu spánku – bdění.

1. Neorganická insomnie

Nekvalitní a neosvěžující noční spánek s jistou nepohodou v průběhu dne v trvání alespoň jednoho měsíce s výskytem minimálně třikrát týdně.

Typy insomnie:

- časná – stížené usínání
- střední – časté probouzení
- pozdní – brzké probouzení.

Intenzita insomnie je určena *mírou neschopnosti vykonávat* pracovní, sociální a jiné *funkce v průběhu dne*. Rozlišujeme mírnou, střední a těžkou insomnií.

V průběhu dne se v různé míře objevují: *únava, porucha koncentrace, podráždění, anxiety* (somatická i psychická) různé intenzity, *bolesti hlavy, očí, páteře* a jiné tělesné potíže. Dlouhodobá středně těžká až těžká insomnie může být příčinou vzniku depresivního či anxiózně depresivního syndromu klinického významu.

Podle délky trvání rozdělujeme insomnií na:

- akutní – několik nocí
- krátkodobou – týden až měsíc
- chronickou – 4 týdny i více.

Zkušenosti i zahraničních laboratoří potvrzují, že 20 % chronické insomnie, která tvoří asi 80 % klientů odborných pracovišť, je neorganického charakteru.

Insomnie se v české populaci vyskytuje s prevalencí asi 35–40 %. Přesné studie nebyly v naší republice realizované. Postihuje každou věkovou skupinu, s věkem se prevalence zvyšuje a nabývá na organicitě (1).

Více jsou postižené ženy. Toto tvrzení lze zpochybnit faktem, že muži mnohem méně kontaktují lékaře; za svůj „problém“ se stydí nebo ho bagatelizují. Familiární výskyt idiopatické insomnie potvrzuje možnou genetickou predispozici.

Tabulka 1 dokládá nejčastější příčiny nespavosti.

Insomnie je diagnóza diagnosticky i terapeuticky zjevně podceňovaná. Nesprávný odborný zásah může být příčinou chronifikace stavu. Asi 60–75 % chronické insomnie je spojené s abúzem hypnotik, vznikem tolerance a rozvojem závislosti na nich.

Častým etiologickým faktorem neorganické insomnie je *stres* (pracovní, sociální, psychický), který může být příčinou tranzientní a krátkodobé insomnie. Rozvoj insomnie závisí na:

- osobnosti, adaptačních schopnostech a struktuře
- na délce trvání a intenzitě stresových podnětů
- modifikujících faktorech:
 - pozitivních: zlepšujících spánek
 - negativních: zhoršujících spánek
- na důsledcích, které sami mohou být stresem.

Přetrvávání výše uvedeného spouštěče často přechází v tzv. *psychofyzilogickou insomnií*. Jde o „naučenou“ ne-

Tabulka 1. Nejčastější příčiny neorganické insomnie

interní příčiny	vnější příčiny	příčiny spojené s cirkadiánním rytmem
psychofyzilogická insomnie	nepříznivá spánková hygiena	Jet lag
chybné vnímání spánku	environmentální insomnie	směnný provoz
idiopatická insomnie	výšková insomnie	syndrom předcházející se spánkové fáze
	porucha adaptace	syndrom zpožděné spánkové fáze
	syndrom nedostatečného spánku	
	omezování	
	porucha asociace se začátkem spánku	
	syndrom nočního přejídání a nadměrného pití	

schopnost usnout v důsledku somatizované tenze vzniklé z různých důvodů a projevující se v prostředí spojeném se spánkem.

Jak psychofyziologická nespavost vzniká? (schéma 1)

Před stanovením terapie psychofyziologické nespavosti je nutné identifikovat spouštěč, pozitivní i negativní modifikující faktory i důsledky nespavosti.

Psychofyziologická nespavost často přechází do chronického stavu se syndromem závislosti na hypnoticích.

Tranzientní psychofyziologická insomnie je insomnie jako maladaptivní reakce na krátkodobě změněné nebo nepřiměřené podmínky. Po odeznění situace se spánek upraví.

Syndrom nedostatku spánku způsobený dobrovolně zvoleným životním stylem, který s sebou přináší kratší spánek a denní příznaky z toho plynoucí. U dětí se setkáváme s jakýmsi ekvivalentem této spánkové poruchy – **porucha spánku z nedostatku režimu**, kdy se dítě brání lehnout si v přiměřenou dobu. U dětí se setkáváme i s nespavostí z narušených asociací při usínání. Vzniká, když dítě chybí předmět nebo okolnosti, na které je dítě zvyklé. U dětí se naučené asociace uplatňují i při probuzení. Když jsou podmínky dodrženy, dítě hned usíná.

Pseudoinsomnie je narušené vnímání spánku. Jedinec je mylně přesvědčen, že nespí (2). Pro pseudonespavce je typický nízký práh probuditelnosti, který způsobuje četné buzení s následným pocitem nespání. Po probuzení jsou nespavci hned orientovaní a čilí. Výsledkem polysomnografie je z 99 % normohypnogram.

Nepřiměřená spánková hygiena je v dnešní uspěchané době další častou příčinou insomnie. Se spánkem je neslučitelný stres, nikotinismus, kofeinismus, cvičení, tělesná a duševní excitace před spaním, nepravidelnost v uléhání a vstávání, spaní přes den, dlouhá doba v lůž-

ku. Narušit spánek může i hluk, světlo, nepřiměřená teplota.

Vyšetření insomnie

Spánková anamnéza

- **rodinná** – výskyt poruch spánku v rodině (charakter poruchy)
- **osobní** – kvalita spánku od dětství do aktuální doby se zmapováním rušivých okolností
- **přesný popis „problematického spánku“** – doba ulehnutí, pozitivní i negativní modifikující faktory (spánek v lůžku a mimo něj – v cizím prostředí, u televize, při denních činnostech, v době denního klidu, mikrosnípek u řízení auta), užívání psychostimulancií (alkohol, kofein atd.) a pohybová aktivita před spánkem i v průběhu dne.

Kvalita denního žití a prožívání – kvalita nálady, schopnosti plnit jednotlivé funkce: důležité je kolísání v průběhu dne eventuelně v závislosti na spánku.

Farmakoterapie – aktuální i dlouhodobá; vyloučit rušivý vliv léků na spánek.

Osobní a psychiatrická anamnéza – nutné vyloučit duševní poruchu, kterou insomnie často maskuje.

Objektivizace insomnie – spánkový kalendář vyplňuje nespavec i další člen rodiny.

Denník – zaznamenává denní důsledky insomnie.

Polysomnografické vyšetření ve spánkové laboratoři – 14 dní před vyšetřením by vyšetřovaný neměl užívat medikamenty ovlivňující kvalitu spánku a vede si denník a spánkový kalendář. Před samotným vyšetřením absoluuje tzv. adaptační noc, která ho na samotné vyšetření připraví – „generálka vyšetření“.

2. Neorganická hypersonie

Nadměrná denní spavost, epizody denní spavosti nebo stížená prodloužená probouzení spojené se spánkovou opilostí.

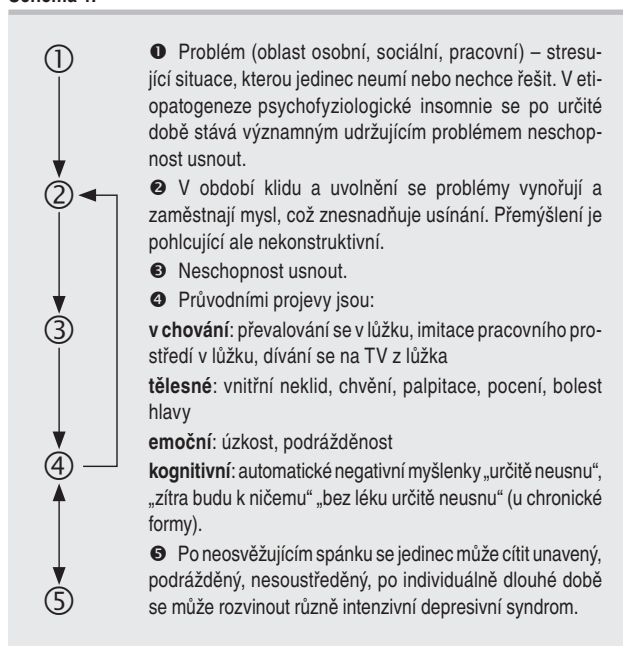
Denní spánek nemá imperativní charakter a je v trvání několika hodin a to i následně po prolongovaném nočním spánku.

Prevalence v naší populaci není přesně známá. Asi 10 % pacientů, kteří jsou vyšetřováni pro hypersomnii jsou diagnostikováni jako neorganická hypersomnie. Příčina této neorganické poruchy není jasná. Jednotka je dobře klinicky popsána, ale příčina neorganické poruchy je zatím otázkou dalšího výzkumu.

Obtíže mohou být přítomné denně (**hypersomnie s krátkým cyklem cirkadiánní rytmicity**) nebo intermitentně (**hypersomnie s dlouhým cyklem**).

Idiopatická hypersomnie se projevuje prolongovaným nočním spánkem a zvýšenou denní spavostí. Ospalost se dostává při klidných, monotónních činnostech – televize, četba, domácí práce u žen, pracovní porady, jízda dopravními prostředky. Doba spánku je od hodiny do několika hodin. Spánek je neosvěžující. U jedinců trpících touto poruchou se často setkáváme při ranním probouzení s příznaky spánkové opilosti (3). Pacient je dezorientován a není schopen žádné smysluplné motorické či psychomotorické aktivity (3).

Schéma 1.



Klinický obraz a důsledky:

- obtížné probouzení s až bizarními rituály, protože buďkem jsou neprobuditelní
- příznaky spánkové opilosti – porucha koordinace pohybů, neschopnost mentální či fyzické aktivity
- denní únava, ospalost
- pozdní příchody do školy, do zaměstnání
- sekundární anxiózně depresivní syndrom
- příznaky autonomní dysfunkce: ortostatická hypotenze, vazomotorická cephalea, vertigo, mdloby, Raynaudova choroba.

Osvědčuje se energické buzení další osobou, studená sprcha.

Onemocnění začíná nejčastěji v období dospívání. Zpočátku se stav zhoršuje a po několika letech se může stabilizovat nebo mírně zlepšit.

Existuje významná korelace mezi hypersomnií a typem osobnosti – osobnost je spíše submisivní, pasivní, neprůbojná, má sklony k depresivnímu prožívání. Zdá se, že typ osobnosti může být udržujícím faktorem poruchy.

Diferenciální diagnóza

Příčina stavu *esenciální hypersomnie* je neznámá. *Sekundární* hypersomnie je vázána na *mozkové poškození* různé etiologie nebo může být součástí *neurastenie*, *sezonní depresivní poruchy*, *bipolární poruchy*. Ze somatických onemocnění se s hypersomnií nejčastěji váží *onemocnění dýchacího traktu a krve*.

Mírná forma hypersomnie je v 60% vázaná u žen na hormonální změny – těhotenství, menstruace, užívání antikoncepce.

Hypersomnie se může vyskytovat jako kompenzace **noční insomnie**, kterou je potřeba vyloučit.

Vyšetření hypersomnie: podobná vyšetření jako u insomnie

Objektivizace: MSLT – test mnohočetné spánkové latence.

Před testem si pacient vede dva týdny denník a spánkový kalendář. Minimálně stejnou dobu je bez jakékoliv léčby. Noc před vlastním testem by měl být polysomnograficky sledován. S testem začínáme 1,5–3 hod. po probuzení pacienta. Ve standardních podmínkách probíhá ve 2hodinových intervalech 20minutové měření, ve kterém sledujeme usnutí či neusnutí, latenci usnutí, přítomnost či nepřítomnost REM spánku, latenci REM. Vyšetření slouží především k vyloučení narkolepsie.

Polysomnografie prokazuje zkrácenou spánkovou latenci, zvýšenou kontinuitu spánku, normální distribuci REM i NREM spánku.

3. Neorganická porucha schématu spánek – bdění

Jedná se o potřebu spánku nebo bdění v jiné době, než která je v daném společenství akceptována jako norma. Problémy v sociální a pracovní sféře spojené s hypersomnií v době bdělosti a s insomnií v době spánku se projevují denně v trvání minimálně jednoho měsíce.

Není přítomen žádný somatický neurologický stav, který by byl se stavem spojený a můžeme vyloučit i užívání psychoaktivních látek.

Rozlišujeme:

- Jet Lag
- typ zpožděné spánkové fáze
- typ při směnném provozu.

Jet Lag

Je spojený s posunem časových pásem. Cesty na západ jsou lépe tolerovány než cesty na východ. Intenzita syndromu je věkově vázaná. Osoby nad 50 let lety hůře tolerují (4).

Klinický obraz:

- časná nebo střední insomnie, únava, malátnost přes den, porucha koncentrace, snížená chuť k jídlu, zažívací obtíže, bolesti hlavy, u žen poruchy menstruačního cyklu
- cyklus spánek – bdění se upravuje před (za 3–5 dní) odezněním somatických potíží (týden).

Směnný provoz

Až polovina pracovníků směnného provozu trpí poruchou spánku a bdění.

Faktory ovlivňující výskyt poruchy spánku a bdění u směnného provozu:

- typ „spáče“ – čím je větší individuální potřeba spánku, tím hůř je směnný provoz tolerován; ranní typ snáší noční směny hůř než večerní
- typ osobnosti – stupeň adaptace, míra úzkostnosti v osobnostní struktuře
- věk – se stoupajícím věkem adaptabilita klesá
- stupeň spánkové deprivace a délka jejího trvání – přímá souvislost
- „sociopracovní pohoda“ – přítomnost konfliktních situací zhoršuje kvalitu spánku.

Adaptace organismu na „opačný“ rytmus spánek – bdění není jednoduchá. Přechod na denní provoz je snadnější. I po dlouhodobé expozici nočním směnám trvá přechod do denního provozu asi 2–3 dny. Protože lidský časový pacemaker je nastaven přibližně na 25 hodin (ne 24) je lépe tolerován sled směn ranní – odpolední – noční než odpolední – ranní – noční. Organismus se lépe adaptuje na kratší intervaly střídání směn než na delší.

Klinický obraz:

- denní spánek je oproti nočnímu redukován minimálně o hodinu a často není osvěžující
- denní únava, podrážděnost, porucha koncentrace, ospalost
- poruchy zažívacího traktu
- statisticky významné riziko kardiovaskulárních nemocí, riziko abúzu alkoholu a hypnotik
- časté úrazy.

Kontraindikace směnného provozu:

- potřeba pravidelnosti režimu – epileptici,

anamnesticky přítomná toxikomanie, duševní porucha, zažívací obtíže, diabetes mellitus spánková porucha.

Vyšetření: anamnéza.

Syndrom zpožděné fáze

Prevalence není přesně známá, poslední odhady jsou 7 %. Časový posun spánku oproti „normě“ je minimálně o 2 hodiny do ranních hodin.

Klinický obraz:

- nemožnost usnout v konvenční dobu – pravidelné usínání v ranních hodinách
- obtížné ranní vstávání
- problémy s docházkou do školy, do zaměstnání
- o víkendech, dovolených a prázdninách je spánek prodloužen do pozdních odpoledních hodin
- denní únava, ospalost, snížený pracovní výkon.

Porucha vzniká nejčastěji v období dospívání. V anamnéze často nacházíme posun iniciace spánku pro nadměrné pracovní zatížení nebo náruživou zábavu (5).

U mladých lidí je často nesprávně diagnostikovaná insomnie a zbytečně jsou předepisována hypnotika!

Vyšetření:

- podrobná spánková anamnéza – je postačující
- první polysomnografické vyšetření ukazuje prodlouženou spánkovou latenci, další již jenom posun spánku do ranních hodin
- MSLT – latence usnutí je zkrácená.

Syndrom přesunutí fáze

Posun spánku do pozdních odpoledních nebo časných večerních hodin minimálně o 2 hodiny.

Klinický obraz:

- odpolední a večerní únava, ospalost
- brzké ranní probuzení

S tímto syndromem se setkáváme u starých lidí a vnímáme ho jako projev stárnutí.

Vyšetření: podrobná spánková anamnéza.

Diferenciální diagnóza:

- insomnie – často nesprávně diagnostikovaná, spojená s preskripcí hypnotik
- depresivní porucha.

PARASOMNIE

Jsou to abnormální epizodické události v průběhu spánku. K neorganickým můžeme zařadit **somnambulismus, noční můry a noční děsy**.

1. Somnambulismus

Stav porušeného vědomí s projevy spánku i bdělosti s následnou amnézií.

Onemocnění postihuje zejména děti mezi 4–8 rokem. Může přetrvávat nebo se objevit i v dospělosti. Prognóza dětské formy je v porovnání s formou dospělých mnohem lepší.

Klinický obraz:

- v první třetině noci se objevují stavy pohybových automatizmů s následnou amnézií na tento stav – dítě se např. posadí, vstane, přešlapuje nebo chodí, pohybuje se po bytě nebo místnosti, ukládá hračky, otevírá okno, obléká se, myje – a po několika minutách uléhá do postele nebo na jiné místo, kde se ráno probudí
- pohyby jsou špatně koordinované
- dítě je těžko probuditelné
- riziko úrazu.

Vyšetření:

Spánková anamnéza – psychologické problémy, problémy v rodině či v dětském kolektivu.

Polysomnografie: probouzení reakce z delta spánku v 1. nebo 2. spánkovém cyklu.

Diferenciální diagnóza:

Parciální epilepsie s komplexní symptomatologií.

2. Noční děsy

Náhlé probuzení z hlubokého spánku s výrazným emočním doprovodem s vegetativními příznaky.

Onemocnění se vyskytuje hlavně u dětí, nejčastěji mezi 4.–6. rokem. Výskyt se odhaduje na 3 % (v dospělosti 1 %). Častý je familiární výskyt a kombinace této poruchy se somnambulismem (3). Spouštěčem může být tělesné onemocnění s horečkou nebo stres jiného charakteru s dlouhodobější spánkovou deprivací.

Klinický obraz:

- objevuje se v prvních hodinách po usnutí
- děti se náhle posadí, mají vyděšený výraz, křičí, jsou zpocené, mají mydriázu, zrychlený pulz i dechovou frekvenci, je patrné zrudnutí, piloerekce, zvýšený svalový tonus
- dezorientace a obtížná probuditelnost.

Vyšetření: anamnéza.

Polysomnografie – částečná probouzení reakce z delta spánku s výraznou tachykardií v první třetině noci.

Diferenciální diagnóza:

Ložisková epilepsie.

3. Noční můry – noční děsy vázané na REM spánek

Hrůzostrašný živý sen s jasnou vzpomínkou na něj vyvolávající až panický strach.

Postihuje děti ve věku 3–6 let. Asi 75 % dětí udává sporadický výskyt děsivých snů.

Až 10–50 % dětí předškolního věku udává výskyt děsivých snů. Častěji jsou postižená děvčátka a děti s fantazií a

sklony k umění či tvůrčí činnosti. Významným udržujícím faktorem je rodinné trauma, emoční frustrace, neřešené problémy v rodině či ve škole. U dospělých byla pozorována korelace nočních můr se schizoidní psychopatií.

Klinický obraz:

- probouzení z emočně nabitého, dějově komplikovaného snu s jasnou vzpomínkou, která vyvolává až panický strach
- po probuzení je dítě plně bdělé
- obavy dítěte z usínání další noc
- epizoda se objevuje v 2. polovině noci, kdy je REM spánek více zastoupen.

Vyšetření: anamnéza.

Literatura

1. Hauri PJ. Consulting about insomnia: A method and some preliminary data. *Sleep* 1993; 16: 344–350.
2. Hauri PJ. Primary insomnia. In: M Kryger, T Roth, WC Dement (eds.) *Principles and practice of sleep disorders medicine*. Saunders, Philadelphia, 1989: 442, 447.
3. International classification of sleep disorders (ICSD). Diagnostic and coding manual. Diagnostic classification Steering committee, Thorpy MJ. (ed). Allen Press Inc., Lawrence, Kansas 1990.

Polysomnografie – epizodě předchází několik minut trvající REM spánek.

Diferenciální diagnóza:

Užívání léků – L-dopa, betablokátory, náhlé vysazení REM supresivních léků (rebound REM spánku).

Příčina mnoha spánkových poruch není zatím zřejmá, u některých je suspektní nebo spíše spekulativní. Následující výzkumy možná hranici mezi organickými a neorganickými spánkovými poruchami, která je dnes již velice nejistá, úplně vymažou. Dnes již jistě neplatí, že neorganická porucha patří spíše do péče psychiatra a organická do péče neurologa. Spolupráce u každé poruchy je jednoznačným přínosem pro pacienta.

4. Roehrs T, Zorick F, Roth T. Transient insomnia and insomnias associated with circadian rhythm disorders. In: *Principles and practice of sleep medicine*. MH Kryger, T Roth, WC Dement (eds), WB Saunders Co, Philadelphia 1989: 433–441.
5. Thorpy MJ, Korman E, Spielman AJ, Glovinsky PB. Delayed sleep phase syndrome in adolescents. *J Adolesc Health Care* 1988;9: 22–27.