

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ІНСОМНІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Анотація. Інсомнія є одним із найчастіших симптомів посттравматичного стресового розладу. Серед нефармакологічних методів терапії інсомнії найефективнішими є методи поведінкової психокорекції та психотерапії, які покращують сон та не викликають звикання або побічних ефектів, що часто спостерігається при використанні снодійних препаратів. Серед психотерапевтичних методів найчастіше застосовують раціональну, поведінкову і когнітивну психотерапію, методи саморегуляції, метод біологічного зворотного зв'язку, релаксаційні методи.

Ключові слова: ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), когнітивно–поведінкова терапія, інсомнія, метод парадоксальної інтенції, енцефалофонія, техніки релаксації, гігієна сну, метод контролю стимулів.

Шкробот С.І., Венгер Е.П., Несторович Я.М., Смашна Е.Е., Мисула Ю.І., Білоус В.С., Сас Л.М., Костіна О.А.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНСОМНИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Аннотация. Инсомния является одним из наиболее частых симптомов посттравматического стрессового расстройства. Среди нефармакологических методов терапии инсомнии эффективными являются методы поведенческой психокоррекции и психотерапии, которые улучшают сон и не вызывают привыкания или побочных эффектов, часто наблюдается при использовании снотворных препаратов. Среди психотерапевтических методов чаще применяют рациональную, поведенческую и когнитивную психотерапию, методы саморегуляции, метод биологической обратной связи, релаксационные методы.

Ключевые слова: ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство), когнитивно–поведенческая терапия, инсомния, метод парадоксальной интенции, энцефалофония, техники релаксации, гигиена сна, метод контроля стимулов.

Shkrobot S., Venger O., Nestorovych Ya., Smashna O., Mysula Yu.,
Bilous V., Sas L., Kostina O.

EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF INSOMNIA AT POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

Abstract. Insomnia is one of the most common symptoms of posttraumatic stress disorder. Among non-pharmacological therapies insomnia is the most effective method of behavioral therapy and psychological programs that improve sleep and do not cause addiction or side effects that often occurs when using sleeping pills. Among the most commonly used methods of psychotherapy are rational, behavioral and cognitive therapy, self-control methods, the method of biofeedback, relaxation techniques.

Keywords: PTSD (post traumatic stress disorder), cognitive–behavioral therapy, insomnia, paradoxical intention technique, entsefalofoniya, relaxation techniques, sleep hygiene, stimulus control method.

Вступ. Проблема порушень сну у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом на сучасному етапі є вкрай актуальною. З одного боку, згідно новітніх наукових досягнень, наявність порушень сну у учасників бойових дій асоціюється з підвищенням ризику розвитку ПТСР у майбутньому. З іншого боку, інсомнія є обов'язковим симптомом у клінічній картині ПТСР.

Згідно Міжнародній класифікації розладів сну (2005) під терміном «інсомнія» прийнято розуміти клінічний синдром, який характеризується наявністю повторюваних порушень ініціації, консолідації, тривалості або якості сну не зважаючи на наявність достатнього часу і умов для цього та викликає порушення денного психофізіологічного функціонування і супроводжується втому, погіршенням емоційного стану, роздратованістю, тривожністю, м'язовою напругою, зниженням концентрації уваги, погіршення пам'яті, зниженням мотивації та ініціативності. Відповідно до класифікації DSM–IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [7] Американської психіатричної асоціації, інсомнією вважається захворювання, що супроводжується кількісними та якісними порушеннями сну як мінімум тричі на тиждень протягом не менше ніж 1 місяць.

Клінічна феноменологія інсомнії включає пресомнічні, інтрасомнічні та постсомнічні розлади:

1. Пресомнічні розлади, основним проявом яких є труднощі з засипанням, які супроводжується тривожністю та страхом не заснути, неможливістю знайти зручну позу.
2. Інтрасомнічні розлади, які характеризуються частими пробудженнями після яких людині довго не вдається заснути.
3. Постсомнічні розлади, проявом яких є раннє ранкове пробудження, незадоволеність якістю сну, знижена працездатність, сонливість та відчуття розбитості.

На сьогодні існує два підходи до лікування інсомнії. Перший передбачає використання різних методів психотерапії, є неспецифічним і може бути використаний в лікуванні інсомнії будь-якого характеру. Другий спрямований на лікування конкретної нозологічної форми інсомнії з застосуванням фармакологічних засобів.

Виклад основних результатів дослідження.

Серед нефармакологічних методів терапії інсомнії найефективнішими є методи поведінкової психокорекції та психотерапії, які покращують сон та не викликають звикання або побічних ефектів, що часто спостерігається при використанні снодійних препаратів. Серед психотерапевтичних методів найбільш часто застосовуються такі стратегії як: раціональна, поведінкова і когнітивна психотерапія, методи саморегуляції, метод біологічного зворотного зв'язку, релаксаційні методи.

Згідно наукових досліджень, найефективнішим методом лікування інсомнії при посттравматичних стресових розладах є когнітивно–поведінкова терапія, яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. Когнітивно–поведінкова терапія має переваги перед медикаментозним лікуванням, оскільки пов'язана з меншим ризиком розвитку побічних ефектів при тривалому застосуванні. Даний вид терапії проводять протягом обмеженого періоду, від 4 до 8 сесій. Це – фокальний і директивний метод терапії, при якому пацієнт відіграє активну роль і приймає частину відповідальності за лікування на себе. Основними інструментами когнітивно–поведінкової терапії є провокуючі і закріплюють чинники.

У таблиці 1 здійснено огляд досліджень щодо застосування когнітивно–поведінкової терапії інсомнії в осіб з діагнозом посттравматичний стресовий розлад.

В терапії розладів сну необхідними є заходи щодо виявлення можливих причин порушень сну, які включають в себе не тільки систему діагностичних процедур, а й активну роботу самого пацієнта щодо з'ясування і усвідомлення психологічних факторів, що викликають або посилюють порушення сну.

Огляд досліджень застосування когнітивно–поведінкової терапії інсомнії в осіб з посттравматичним стресовим розладом

Автор	Контингент дослідження	Терапія	Результати сну	Наявність нічних жахів	Загальні ПТСР симптоми
1	2	3	4	5	6
Cook JM, Harb GC, Gehrman PR, Cary MS, Gamble GM, Forbes D, Ross RJ. [10](2010)	124 ветерани війни з хронічними гострими посттравматичними стресовими розладами	Шість 90 хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів	Не виявлено значних змін	Не виявлено значних змін	Не виявлено значних змін
Davis JL, Wright DC. [11] (2007)	27 травматологічно–опромінені особи	Рандомізоване клінічне дослідження. Три 120 хв.сесії. Метод контролю стимулів, гігієна сну, прогресивна м'язова релаксація	Зниження депресії та посттравматичного стресу, страху сну та загальне покращення якості сну	У 84% пацієнтів спостерігалось відсутність нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів, полегшення діагностики
Forbes D, Phelps A, McHugh T. [12](2001)	12 ветеранів війни у В'єтнамі	Шість 90 хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів та приладів IES–R, BDI, BAI, та SCL–90–R	Не виміряно	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів
Germain A, Shear MK, Hall M, Buysse DJ. [13] (2007)	7 дорослих жертв насильницьких злочинів з діагнозом ПТСР	Одна 90 хв. сесія, ведення щоденника сну	Покращення якості сну, зниження тривожності та депресії	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження денного нервового збудження
Krakov B, and all. [14] (2000)	169 жінок, які пережили сексуальне насильство	Лікування складалось з двох 180 хв. сесій та однієї 60 хв. протягом 5 тижнів.	Покращення якості сну	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів

Long ME1, Hammons ME, Davis JL, Frueh BC, Khan MM, Elhai JD, Teng EJ. [15] (2011)	37 ветеранів війни з діагнозом ПТСР	Шість 90 хв. сесій з використанням технік релаксації	Збільшення тривалості сну	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Lu M, Wagner A, Van Male L, Whitehead A, Boehnlein J.[16] (2009)	15 ветеранів війни з діагнозом ПТСР, що супроводжувалася нічними кошмарами	Шість 90 хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів та приладів IES-R, BDI, BAI, та SCL-90-R	Не спостерігалось змін	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Nappi CM, Drummond SP, Thorp SR, McQuaid JR. [17] (2010)	35 ветеранів, які страждають від частих нічних кошмарів. У більшості діагностовано ПТСР	Чотири або п'ять 60 хв. індивідуальних сесій, або 120 хв. групові сесії. Метод репетиції уявних образів.	Зниження безсоння	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Swanson LM, Favorite TK, Horin E, Arnedt JT. [18] (2009)	10 ветеранів бойових дій з діагнозом ПТСР	Десять 90 хв. групових сесій. Метод репетиції уявних образів та релаксацийні техніки. Ведення індивідуального щоденнику сну.	Підвищення показників якості сну	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів

Метою когнітивної психотерапії є формування правильного ставлення пацієнта до наявних розладів сну, корекції довільних та ірраціональних думок і висновків, заміні «тривожних» думок на більш спокійні. В когнітивній моделі інсомнії до факторів хроніфікації відносять страх «не заснути», нав'язливі думки перед сном і дисфункціональні переконання щодо сну. Згідно A.G. Harvey (2005), гостра інсомнія пов'язана з життєвими стресами, субхронічна – з тривогою з приводу сну, а хронічна інсомнія підтримується за рахунок процесів вибіркової уваги, спотвореного сприйняття порушення функціонування протягом дня і самообмежувальної поведінки. Хворі інсомнією схильні звертати увагу на все те, що несе загрозу сну і призводить до формування «порочного кола» тривоги [2]. (Рис.1).

Поведінкові психотерапевтичні корекції є ще одним методом терапії інсомнії. R.R. Bootzin розробив ряд прийомів поведінкової корекції розладів сну, що одержали назву метод контролю стимулів, який базується на припущенні, що інсомнія пов'язана із формуванням невідповідного умовного рефлексу на ті параметри часу і фактори навколишнього середовища, які навпаки повинні провокувати сон та спрямований на те, щоб допомогти людині з інсомнією навчитися швидко засипати в конкретний час і підтримувати сон протягом ночі. Цей метод є ефективним навіть якщо застосовується в якості монотерапії [6].

Метод парадоксальної інтенції спрямований на зникнення у пацієнта страху безсоння. Такий підхід зменшує занепокоєння з приводу наслідків дефіциту сну і, як наслідок, знижує тривогу при засипанні. У пацієнтів, що використовують даний метод когнітивної терапії, не завжди поліпшуються параметри сну, зате зростає задоволення від структури сну.



Рис.1. Когнітивна модель інсомнії A.G Harvey [2, с.33]

Окремої уваги заслуговує новий метод терапії інсомнії – енцефалофонія («музика мозку» – нейрофізіологічний метод, що базується на перетворенні біоелектричної активності головного мозку (ЕЕГ) в музику). Ця музика створюється після обробки ЕЕГ спеціальними комп'ютерними програмами на базі алгоритмів, розроблених і заснованих на багаторічних дослідженнях хворих з неврологічними та психічними розладами і здорових людей, що працюють в екстремальних умовах. Прослуховування музики, яка є результатом обробки власної ЕЕГ, записаної в стані розслабленого неспання, в умовах емоційного навантаження призводить до оптимізації психофізіологічних параметрів в циклі "сон – неспання". Цей метод був розроблений в Росії професором Я.І. Левінін, але в даний час більш широко застосовується в Європі та Америці [3].

Широко поширені та ефективні в лікуванні інсомнії є різноманітні техніки релаксації. На сьогоднішній день найбільш вивченим методом лікування безсоння є техніка поступової релаксації. Пацієнти навчаються напружувати та розслабляти основні групи м'язів послідовно і одночасно звертати увагу на тілесні відчуття під час напруги і розслаблення. Серед інших релаксацийних технік слід виділити аутогенне тренування спрямоване на зменшення соматичного збудження, тренування уяви, діафрагмальне дихання, медитацію та інші техніки, що сприяють нівелюванню когнітивного збудження у вигляді тривоги та нав'язливих думок.

Необхідною та важливою умовою ефективності будь-якого терапевтичного втручання при інсомнії є дотримання правил гігієни сну. Найчастіше методика навчання гігієни сну для підвищення ефективності немедикаментозної терапії застосовується в поєднанні з іншими техніками когнітивно-поведінкової психотерапії.

Слід зазначити, що найбільш ефективним є комплексне використання всіх методик когнітивно-поведінкової терапії, оскільки комплексний підхід, особливо в гострій фазі інсомнії,

призводить до прискорення ефекту медикаментозної терапії і забезпечує стійкість лікувальних ефектів.

Висновки.

1. У сучасній медицині концепція сну – це не лише пасивний процес, період спокою або уповільнення сенсорного сприйняття, а скоріш за все, результат відсутності диференціації отриманих аферентних імпульсів в головний мозок і функціональної активації нейронів у певній його області.

2. Безліч емпіричних спостережень свідчать про те, що кількісні і якісні порушення сну впливають на когнітивні, емоційні та інші психологічні функції організму.

3. Розлади сну вважаються досить поширеним явищем у пацієнтів із діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Найефективнішим методом терапії інсомнії при посттравматичних стресових розладах є когнітивно-поведінкова терапія, яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. Це – фокальний і директивний метод терапії, при якому пацієнт відіграє активну роль і приймає частину відповідальності за лікування на себе.

Література

1. Полуэктов М.Г. Адапционная, или острая инсомния / М.Г. Полуэктов // Фарматека–2012. – С. 37–42.
2. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов / Елена Александровна Корабельникова // Эффективная фармакотерапия. 12/2013. Неврология и психиатрия. – С. 30–36
3. Ковров Г.В. Современные подходы к лечению инсомнии. [электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.remedium.ru/drugs/detail.php?ID=62926>
4. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. – МЛ №7–8 (113–114). – 2014. – С.57–58.
5. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №2 (21). – С. 5–8.
6. Bootzin R.R., Epstein D., Wood J.M. et al. Stimulus control treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed sleep // Case studies in insomnia / Ed. by P.J. Hauri. N.Y.: Plenum Medical Book, 1991. P. 9–28.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed. – Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
8. Kryger, MH et al. "Principles and Practice of Sleep Medicine." ExpertConsult, 5th edition, 2011, pp. 1481–1483.
9. Schoenfeld F.B. Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review /Frank B. Schoenfeld, MD;1* Jason C. DeViva, PhD;2 Rachel Manber, PhD3 // JRRD. – Volume 49, Number 5, 2012. – Pages 729–752
10. Cook JM, Harb GC, Gehrman PR, Cary MS, Gamble GM, Forbes D, Ross RJ. Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial. J Trauma Stress. 2010;23(5):553–63. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20569>
11. Davis JL, Wright DC. Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. J Trauma Stress. 2007;20(2):123–33.] <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20199>
12. Forbes D, Phelps A, McHugh T. Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: a pilot study. J Trauma Stress. 2001;14(2):433–42. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011133422340>
13. Germain A, Shear MK, Hall M, Buysse DJ. Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study. Behav Res Ther. 2007;45(3):627–32.
14. Krakow B, Hollifield M, Schrader R, Koss M, Tandberg D, Lauriello J, McBride L, Warner TD, Cheng D, Edmond T, Kellner R. A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares

in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. J Trauma Stress. 2000;13(4): 589–609. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007854015481>

15. Long ME, Hammons ME, Davis JL, Frueh BC, Khan MM, Elhai JD, Teng EJ. Imagery rescripting and exposure group treatment of posttraumatic nightmares in Veterans with PTSD. J Anxiety Disord. 2011;25(4):531–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.007>

16. Lu M, Wagner A, Van Male L, Whitehead A, Boehnlein J. Imagery rehearsal therapy for posttraumatic nightmares in U.S. veterans. J Trauma Stress. 2009;22(3):236–39. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20407>

17. Nappi CM, Drummond SP, Thorp SR, McQuaid JR. Effectiveness of imagery rehearsal therapy for the treatment of combat-related nightmares in veterans. Behav Ther. 2010;41(2):237–44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.03.003>

18. Swanson LM, Favorite TK, Horin E, Arnedt JT. A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: a pilot study. J Trauma Stress. 2009; 22(6):639–42.

УДК: 616.831–005./4

Шкробот С.І., Сохор Н.Р., Салій З.В., Бударна О.Ю.,

Мілевська–Вовчук Л.С., Мисула М.С.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ГОСТРОМ ПЕРІОДІ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Проаналізовано особливості кровотоку у 125 хворих у гострому періоді кардіоемболічного ішемічного інсульту (КЕІ) віком від 45 до 70 р.

Функціональний стан екстракраніального та інтракраніального церебрального кровотоку вивчали в перші 3 дні мозкового інсульту за допомогою транскраніального дуплексного сканування (ТКДС) на апараті Philips HDI: у загальних сонних артеріях (ЗагСА), зовнішніх сонних артеріях (ЗовнСА), внутрішніх сонних артеріях (ВСА), хребетних артеріях (ХА) – в сегментах V₁ та V₂, в передніх мозкових артеріях (ПМА), середньо-мозкових артеріях (СМА), задніх мозкових артеріях (ЗМА), основній артерії (ОА) та інтракраніальному відділі хребетної артерії (ХА). Визначали: внутрішній діаметр судин, максимальну систолічну швидкість кровотоку (Vs, см /с), швидкість в кінці діастолічного циклу (Vd, см /с), периферичний опір (IR), загальний об'ємний кровотік (CBF, мл/хв./100 г) та товщину комплексу “інтіма-медія” (KIM) в ЗагСА. Контрольну групу (КГ) склали 30 пацієнтів, репрезентативні за віком і статтю по відношенню до пацієнтів з КЕІ.

Встановлено, що стенотичні ураження ВСА <50 % по площі судини спостерігалися у 56 (44,8 %) пацієнтів із КЕІ. Гіперехогенні атеросклеротичні бляшки виявлено у 51 (40,8 %) випадків. Ознаки гіпертонічної ангіопатії спостерігалися у 82 (65,6 %) хворих з КЕІ, що проявлялося достовірним по відношенню до КГ (p<0,05) зростанням діаметру обох ЗагСА, V₁ сегменту обох ХА та правої ВСА.

В екстракраніальних артеріях встановлено достовірне зниження Vs по обох ЗагСА та ХА (p<0,05). Vd по ЗагСА та ВСА була достовірно вищою, а в артеріях вертебро-базиллярного басейну – достовірно нижчою у порівнянні з КГ (p<0,05). Не виявлено достовірної відмінності у показниках периферичного опору по магістральних артеріях з показниками КГ.

В інтракраніальних артеріях достовірно нижчими у порівнянні з КГ була Vs (p<0,05) в артеріях каротидного і вертебро-базиллярного басейнів. Особливо значне зниження Vs відмічено в СМА (найбільше у лівій). Встановлено достовірне зниження Vd кровотоку при КЕІ по САМ, ПМА, ЗМА, основній артерії, інтракраніальній частині ХА. IR достовірно зростав в обох СМА, ХА та основній артерії.