

ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ПСИХИЧЕСКУЮ И СОМАТИЧЕСКУЮ СОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА X
К.И. Клебан

Целью данного исследования было выявление хронобиологических особенностей протекания непсихотических психических расстройств у пациентов с метаболическим синдромом X. Показано влияние циркадной дисрегуляции на особенности протекания соматической составляющей у этой категории больных, учитывая изменения variability сердечного ритма.

Нами была выявлена значительная распространенность расстройств циркадного ритма у пациентов с метаболическим синдромом X (МСХ) и сопутствующими непсихотическими психическими расстройствами (НПР) и значительно снижали качество жизни таких больных. Именно поэтому нужен комплексный подход для раннего выявления циркадной дисрегуляции и проведения своевременной коррекции таких нарушений с учетом хронобиологических особенностей.

Ключевые слова: метаболический синдром X, циркадный ритм, непсихотические психические расстройства, variability сердечного ритма.

THE EFFECT OF CIRCADIAN DYSFUNCTION ON MENTAL AND PHYSICAL COMPONENTS OF METABOLIC SYNDROME X
K.I. Kleban

The aim of this study was to identify the chronobiological specifics of non-psychotic mental disorders in patients with metabolic syndrome X. The impact of circadian dysregulation on the somatic component in this patients population, with due account for changes in heart rate variability.

We have identified a significant prevalence of circadian rhythm disorders in patients with metabolic syndrome X (MSX) and related non-psychotic mental disorders (NPM) that significantly reduced the these patients' quality of life. The conclusion should be made that comprehensive approach for early detection of circadian dysregulation and timely correction of such defection, with due consideration of chronobiological specifics, is needed.

Keywords: metabolic syndrome X, circadian rhythm, non-psychotic mental disorders, heart rate variability

УДК 616.89-008

Ю.І. Мисула

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ EMDR У ТЕРАПІЇ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова:

посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), метод EMDR (метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей), ТФСВТ (травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія), групова когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

У статті здійснено огляд сучасних досліджень щодо ефективності застосування методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR) при лікуванні посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Аналіз досліджень довів, що метод EMDR як інноваційне клінічне лікування дозволяє пацієнту позбутись основних симптомів ПТСР, зокрема тривожності, страхів, психологічних наслідків травм і негативного ставлення до життя, страхітливих сновидінь, болючих нав'язливих спогадів про минуле, панічних атак, підвищеної дратівливості, перепадів настрою, психосоматичних розладів.

Постановка завдання. Природні та техногенні катастрофи, терористичні акти та соціальні кризи негативно впливають на психіку постраждалих. Стрес, пережитий людиною в екстремальних ситуаціях, як правило, виходить за своєю інтенсивністю за рамки звичайного людського досвіду, що часто призводить до формування різних психічних розладів. Щонайменше у 30% осіб, що пережили психотравмуючу подію, розвивається захворювання, що увійшло у психіатричні діагностичні керівництва під назвою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей розлад є одним із найбільш поширених психіатричних розладів – щонайменше 7% осіб (5% чоловіків, 10% жінок) мають його протягом життя. З них у близько 30% осіб перебіг розладу має хронічний характер з можливою персистенцією симптомів протягом 10 і більше років життя. Втім ПТСР не є єдиним розладом, пов'язаним з психотравмуючими подіями. Гіпотезується (і це є предметом інтенсивних дискусій),

що з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих до комплексних форм ПТСР, а також складних дисоціативних розладів, зокрема дисоціативного розладу ідентичності [1]. Тому лікування ПТСР є важливою і актуальною проблемою на сучасному етапі.

З огляду на вищесказане метою статті є проведення огляду сучасних досліджень щодо ефективності застосування методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing – EMDR) при лікуванні пацієнтів із ПТСР.

Виклад основного матеріалу дослідження. На сьогодні застосовується багато підходів психотерапії ПТСР, спрямованих на вирішення клінічних задач (симптоматичних, синдромологічних проявів ПТСР), психологічних і соціально-психологічних аспектів, що включають різні аспекти життя потерпілого. Оскільки характер стресу, що є причиною ПТСР, різний, пато-

генез розвитку ПТСП багатозначний, а прояви ПТСП – багаторівневі, тому й методи психотерапії різноманітні. Найбільш ефективними методами терапії ПТСП є когнітивно-поведінкова терапія та метод EMDR. Амбулаторна травмо-фокусована терапія рекомендується сучасними протоколами допомоги при ПТСП як метод першого вибору.

Метод EMDR – це інноваційне клінічне лікування, яке передбачає десенсибілізацію та репроцесуалізацію травми з допомогою руху очей, що дозволяє позбутися тривожності, страхів, психологічних наслідків травм і негативного ставлення до життя, страхітливих сновидінь, болючих нав'язливих спогадів про минуле, панічних атак, підвищеної дратівливості, перепадів настрою, психосоматичних розладів. EMDR як спеціальна травмотерапія є комплексним методом психотерапії, що комбінує терапевтичні підходи з рухами очей або іншими формами двосторонньої стимуляції таким чином, щоб стимулювати механізм обробки травматичної інформації мозком. Метод EMDR передбачає подвійне фокусування уваги пацієнта – одночасного згадування травматичного матеріалу та слідування за рухом руки терапевта або ж іншою формою білатеральної стимуляції (почерговими дотиками до лівої/правої долоні, аудіостимуляцією тощо). Це дозволяє активізувати ліву/праву півкулю головного мозку та орієнтувати увагу людини на тому, що відбувається «тут і тепер». В результаті прискорюється опрацювання інформації та відбувається інтеграція травматичних спогадів у експліцитну, нарративну пам'ять, що відповідно сприяє редукції симптомів ПТСП. Процедура застосування методу EMDR є стандартизованою та застосовується за протоколом, узгодженим та досконало опрацьованим провідними фахівцями.

Основними показаннями до застосування методу EMDR є ПТСП у ветеранів локальних війн і цивільних осіб (сексуальне насильства, наслідки нападів, аварій, пожеж, техногенних катастроф та стихійних лих); обсессивно-компульсивний розлад; панічний розлад; психогенні сексуальні дисфункції; дисоціативні розлади (за наявності у психотерапевта спеціальних навичок); залежність від психоактивних речовин (дані про терапевтичні результати досить суперечливі); хронічні соматичні захворювання і пов'язані з ними психологічні травми; випадки гострого горя (синдром втрати); невротичні та психосоматичні розлади, в анамнезі яких виявлена психотравма, яка ймовірно має зв'язок з поточною патологією (цей травматичний епізод піддається переробці); подружні і виробничі конфлікти; проблеми, пов'язані з підвищеною тривожністю, невпевненістю в собі, низькою самооцінкою тощо.

Метод EMDR працює безпосередньо з когнітивними, афективними і соматичними компонентами пам'яті для створення асоціативних зв'язків з більш адаптивним матеріалом. Ряд терапевтичних елементів розроблено з метою пришвидшення інформаційної переробки і асиміляції спогадів, які включають такі моменти.

1. Встановлення зв'язку з усіма компонентами пам'яті. Пацієнт одночасно фокусується на стресовій події, негативному переконанні, що асоціюється з цією подією, та тілесному відчутті, що сприяє встановленню зв'язків

з різними елементами пам'яті про травму і дозволяє запуснути процес інформаційної переробки.

2. Усвідомленість і дистанціювання. Пацієнту пропонується підтримувати усвідомленість шляхом вказівки «просто спостерігайте», «щоб не відбувалося – нехай відбувається». Подібна позиція дозволяє дистанціюватися від травмуючих спогадів, що, в свою чергу, полегшує до них доступ.

3. Вільні асоціації. Протягом сесії пацієнта просять ділитися будь-якими інсайтами, асоціаціями, емоціями, відчуттями, образами, які спливають у свідомості. Цей недирективний асоціативний метод допомагає створювати асоціативні зв'язки між травматичним спогадом і іншим досвідом людини, що так само робить внесок в інформаційну переробку травматичного матеріалу.

4. Наближення і віддалення від травматичного образу. Коротка експозиція, що дає пацієнту можливість наблизитися до тривожних внутрішніх стимулів і віддалитися від них, тим самим забезпечуючи особистісний контроль. Це робить свій внесок у терапевтичний ефект, оскільки надає пацієнту відчуття впливу на подію, відчуття активного управління переживаннями і інтерпретаціями.

5. Подвійна увага – рух очей або інші білатеральні стимули. Невід'ємним елементом терапії залишається включення в терапію білатеральної стимуляції (рух очей, аудіальні, тактильні стимули) для встановлення так званої «подвійної уваги».

Висока ефективність застосування методу EMDR в процесі терапії ПТСП доведена великою кількістю наукових досліджень. Метод EMDR вперше було розроблено доктором психології Френсіс Шапіро в 1987 році. Вже на сьогодні вона провела огляд результатів 24 проконтрольованих та 13 нерандомізованих досліджень терапії психічних травм за допомогою методу EMDR, в яких брали участь понад 300 пацієнтів. Ф. Шапіро виявила, що метод явно перевершує відсутність лікування, і документально підтвердила, що його позитивні ефекти не поступаються ефектам при використанні інших психотерапевтичних методів, з якими проводилося порівняння.

В 1990-х роках було проведено декілька досліджень, присвячених компонентному аналізу, в яких порівнювалась ефективність методу EMDR із застосуванням руху очей і EMDR без рухів очей. Мета-аналіз цих досліджень не виявив ефекту рухів очей [4]. Міжнародне товариство вивчення травматичного стресу провело оцінку цих досліджень, включаючи мета-аналіз, і встановило, що розглянуті дослідження не підтримують гіпотезу щодо того, що рухи очей критично важливі для ефектів EMDR. Однак остаточних висновків щодо цього питання зробити неможливо, оскільки цьому перешкоджають методологічні обмеження деяких досліджень, зокрема неадекватно обрана кількість терапевтичних сесій, недостатньо чітке дотримання методу, обмеженість вибірки [5].

В останню декаду близько 20 рандомізованих досліджень оцінювали ефекти руху очей ізольовано від інших процедур в EMDR. В них порівнювалися поєднання експозиції з рухом очей і проста експозиція. У цих дослідженнях було встановлено, що покращення стану пацієнтів є значно помітнішими у групі, що використовує рух очей, ніж в групі простої експозиції. Ці дослідження ви-

вчали різні підходи щодо ефектів руху очей, в результаті чого виникли дві головні теорії: рух очей інтерпретують з процесами робочої пам'яті [6] і пов'язані з тими ж процесами, які відбуваються під час парадоксальною стадії сну R.E.M [7]. На підтримку цих теорій показано, що рухи очей сприяють зниженню емоційності і жвавості спогадів, викликають фізіологічну релаксацію, посилюють доступ до асоціативних спогадів і сприяють посиленню розпізнавання достовірної інформації.

Відповідно до теорії робочої пам'яті позитивний ефект виникає, коли обмежений обсяг робочої пам'яті навантажується двома завданнями: відтворенням негативного спогаду і одночасним зосередженні на стеженні очима за стимулом. Внаслідок обмежених ресурсів робочої пам'яті спогад стає менш живим, закінченим і емоційним. Ця теорія підтримується безліччю рандомізованих досліджень, які показують, що латеральні рухи очей знижують суб'єктивно оцінювану жвавість чи емоційний ефект неприємних автобіографічних спогадів [6, 8–12].

В нерандомізованих і рандомізованих дослідженнях з використанням фізіологічних вимірювань показано, що рухи очей викликають стан релаксації і знижують психофізіологічне збудження. Ефект релаксації виникає як реакція на зміни в навколишньому середовищі і є частиною орієнтовного рефлексу, що виникає в результаті зсуву уваги, викликаного повторюваною білатеральною стимуляцією. Ця реакція пов'язана з процесами, схожими на ті, що відбуваються під час фази швидкого руху очей уві сні [6, 13].

В 2010 році відомий французький психоаналітик та гештальт-терапевт Серж Гінгер провів дослідження щодо впровадження методу EMDR, в результаті якого було отримано такі результати:

- 43% пацієнтів пройшли 1–2 сесії EMDR терапії, *спостерігалось* покращення стану у 28% із них;
- 47% пацієнтів пройшли 3–6 сесій, у 84% спостерігалось значне покращення, причому кожен третій вирішив свій запит;
- 10% пацієнтів пройшли більш ніж 7 сесій, у 90% із них спостерігалось значне покращення стану.

У 2011 році було проведено дослідження в Ізраїлі [3], де порівнювали ефективність антидепресантів групи СИЗС та травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію щодо лікування ПТСР та попередження переходу ПТСР у хронічну форму (при якій тривалість симптомів ПТСР становить більше 3 місяців). Саме це дослідження підтвердило високу ефективність травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (повне одужання у 79% осіб), втім, на жаль, показало, що застосування антидепресанту есциталопраму не дало жодної переваги пацієнтам, які його приймали (їх показники щодо ПТСР були такі самі, як і в осіб контрольної групи, що «стояли у черзі» на терапію).

J. Bisson та співавтори (2013) [14], здійснивши метааналіз, який охопив 33 рандомізованих контрольованих дослідження застосування психологічних методів у лікуванні ПТСР, зокрема травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФСВТ), управління стресом (SM), підтримуючої терапії, недиригентного консультування, психодинамічної терапії, гіпнотерапії, групової когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та

опрацювання травми за допомогою руху очей (EMDR), довели, що психологічні втручання ефективні в лікуванні ПТСР; ТФСВТ, EMDR і управління стресом були більш ефективними, ніж інші методи лікування; ТФСВТ і EMDR є більш ефективними, ніж метод управління стресом у лікуванні ПТСР (при обстеженні у часі від 2 до 5 місяців після лікування).

C.W. Lee та співавтори (2013) [15] у мета-аналізі порівняли ефект EMDR терапії з рухами очей до EMDR без рухів очей у 15 клінічних дослідженнях і ефект рухів очей з одночасним згадуванням травматичної події з тією самою процедурою без рухів очей (без терапії) у 11 лабораторних дослідженнях. Загальна кількість учасників становила 849 осіб. Дослідниками встановлено, що величина сумарного ефекту рухів очей при лікуванні EMDR була помірною і значною (Cohen's $d = 0,41$). Для другої групи лабораторних вивчень розмір ефекту був великим і істотним ($d = 0,74$). Найбільша різниця в ефективності опрацювання травматичних переживань була виявлена між процедурою EMDR і відсутністю терапії ($d = 0,91$). На думку авторів дослідження, отримані дані свідчать про істотний вплив EMDR при опрацюванні травматичних спогадів.

R. Rodenburg та співавтори (2009) [16] у мета-аналізі досліджень ефективності процедури EMDR у дітей з посттравматичними симптомами встановили наявність помірного істотного ефекту ($d = 0,56$). Результати показують ефективність EMDR порівняно з іншими видами лікування (в дослідженні не уточнюються) або відсутністю лікування.

J. Perm та співавтори (2014) [17] підтвердили позитивні ефекти методу EMDR у терапії психологічних та фізичних симптомів ПТСР, провівши 24 рандомізованих контрольованих дослідження. Сім з десяти досліджень, у яких застосовувався метод EMDR, виявились ефективнішими за когнітивно-поведінкову терапію. Дванадцять рандомізованих досліджень терапії EMDR з рухами очей підтвердили зниження негативних емоцій та яскравості тривожних образів та звільнення від різних соматичних скарг.

Висновки

Отож, згідно з даними сучасних досліджень метод психотерапії EMDR має докази ефективності щодо терапії ПТСР, що встановлено в ході кількох десятків рандомізованих контрольованих досліджень. Також було доведено, що ефективність фармакотерапії є нижчою порівняно з EMDR, саме тому цьому методу відводиться роль терапії першого вибору згідно з протоколом Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE).

Список використаної літератури

1. EMDR і травмотерапія. Навчальний проєкт [електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.emdr.com.ua/fileadmin/docs/emdr/documents/EMDR_2013_in_Ukraine.pdf.
2. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії [електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ipz.ucu.edu.ua/wp-content/uploads/2014/02/Психотравма-та-спричинені-нею-розлади.pdf>.
3. Shalev A. et al. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011. – <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/archgenpsychiatry.2011.127>.

4. Davidson P.R., Parker K.C. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2001. – Vol. 69 (2). – P. 305–316.
5. Chemtob C.M., Tolin D.F. et al. Eye movement desensitization and reprocessing. In: E.A. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman [Eds.]. *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* – NY: Guilford Press, 2000. – P. 139–155, 333–335.
6. Van den Hout M.A., Engelhard I.M., Rijkeboer M. et al. Bilateral beeps and eye movements in EMDR: taxing of working memory and effects on negative recollections // *Behaviour Research and Therapy.* – 2011. – Vol. 49. – P. 92–98.
7. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action // *J. Clin. Psychol.* – 2002. – Vol. 58. – P. 61–75.
8. Barrowcliff A.L., Gray N.S. et al. Eye movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories // *J. Forensic Psychiatry Psychol.* – 2004. – Vol. 15. – P. 325–345.
9. Engelhard I.M., van den Hout M.A., Smeets M. Taxing working memory reduces vividness and emotionality of images about the Queen's Day tragedy // *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* – 2011. – Vol. 42. – P. 32–37.
10. Kavanagh D.J., Freese S. et al. Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories // *Br. J. of Clinical Psychology.* – 2001. – Vol. 40. – P. 267–280.
11. Maxfield L., Melnyk W.T., Hayman C.A. A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR // *J. of EMDR Practice and Research.* – 2008. – Vol. 2. – P. 247–261.
12. Schubert S.J., Lee C.W., Drummond P.D. The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) // *J. of Anxiety Disorders.* – 2011. – Vol. 25. – P. 1–11.
13. Stickgold R. Sleep-dependent memory processing and EMDR action // *J. of EMDR Practice and Research.* – 2008. – Vol. 2. – P. 289–299.
14. Bisson J., Roberts N.P., Andrew M. et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review) // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. – DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
15. Lee C.W., Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories // *J. of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry.* – 2013. – Vol. 44. – P. 231–239.
16. Rodenburg R., Benjamin A., de Roos C. et al. Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis // *Clinical Psychology Review.* – 2009. – Vol. 29. – P. 599–606.
17. Perm J. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences // *J. List. Perm.* – 2014. – Vol. 18 (1). – Winter 2014 PMC3951033.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА EMDR В ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Ю.И. Мисула

В статье сделан обзор современных исследований по эффективности применения метода десенсибилизации и репроцессуализации травмы с помощью движения глаз (EMDR) при лечении посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Анализ исследований показал, что метод EMDR как инновационное клиническое лечение позволяет пациенту избавиться от основных симптомов ПТСР, в частности тревожности, страхов, психологических последствий травм и негативного отношения к жизни, устрашающих сновидений, болезненных навязчивых воспоминаний о прошлом, панических атак, повышенной раздражительности, перепадов настроения, психосоматических расстройств.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), метод EMDR (метод десенсибилизации и репроцессуализации травмы с помощью движения глаз), TFCBT (травмо-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия), групповая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

THE EFFICACY OF EMDR IN THE THERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Yu. Mysula

This article provides an overview of contemporary research on the effectiveness of the method of desensitization and reprocessualization injury using eye movement (EMDR) in the treatment of post-traumatic stress disorder. Analysis of the research showed that EMDR method as an innovative clinical treatment helps patients to get rid of the main symptoms of PTSD, including anxiety, fear, psychological trauma and negative attitude to life, frightening dreams, painful intrusive memories of the past, panic attacks, irritability, changes mood, psychosomatic disorders.

Key words: PTSD (post traumatic stress disorder), EMDR method (desensitization method and reprocessualization injury using eye movement), TFCBT (grass-focused cognitive-behavioral therapy), group CBT (cognitive-behavioral group therapy).

УДК:616.831-001.3-06:616.89-008.54

З.В. Салій, С.І. Шкробот

РОЛЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТРУКТУРІ НАСЛІДКІВ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова: наслідки тяжкої черепно-мозкової травми, депресія, шкала HADS.

Актуальність дослідження ґрунтується на зростаючій кількості черепно-мозкових травм (ЧМТ), які у 90% пацієнтів мають довгострокові наслідки, зумовлюючи стійку втрату працездатності. Наслідки ЧМТ включають в себе широкий спектр функціональних порушень, які впливають на мислення, відчуття, моторику, мову та емоції. За даними Є.С. Чікіна [1] саме це є причиною зростання інвалідності на 17,9% через 2–9 років після гострого епізоду. Ряд авторів [2] зазначає, що незалежно від тяжкості травми у віддалений період психічні порушення переважають над неврологічними, визначаючи соціальну дезадаптацію аж до інвалідизації.

Частота депресивних розладів, які виявляються в перші 12 місяців після ЧМТ, коливається від 20–30% [3] до 53,1% [4]. Аналогічний показник в загальній популяції становить 6,7% [5]. Розвиток депресії після ЧМТ погіршує результати відновлення функціонального та психосоціального здоров'я [6]. Попри певний прогрес у розумінні патофізіології спонтанної депре-

сії, розвиток якої пов'язують з атрофією конкретних ділянок мозку, в тому числі лімбічної системи, префронтальної кори, передньої поясної звивини [7], питання патофізіології посттравматичної депресії є менше вивченими. Використання об'ємного аналізу ділянок головного мозку встановило наявність кореляційних зв'язків між розмірами лівої ростральної