

О.Є. Смашна

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ІНСОМНІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ

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

**Ключові слова:**

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

Порушення сну 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.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиначної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину) [4]. ПТСР відрізняється від більшості інших психічних розладів тим, що пов'язаний з певною подією в житті. Травматичне переживання супроводжується страхом смерті або нещасного випадку, що призводить до нападів страху і почуття беззахисності. Крім катастроф та інших травматичних подій ПТСР можуть бути спровоковані захворюванням, наприклад, інфарктом міокарда, тяжкими опіками, травмами, онкологічним захворюванням.

Спектр можливих психічних розладів, пов'язаних з переживанням життєво небезпечних ситуацій, включає гостру реакцію на стрес, ПТСР, розлади адаптації, гострі і транзиторні психотичні розлади, депресивні і тривожні розлади, хронічні зміни особистості. Існують клінічні діагностичні критерії ПТСР, які умовно можна поділити на чотири основні види: А, В, С і D [5].

Критерій А відноситься до травмуючої події. Це означає, що людина перебувала під впливом екстремальної травмуючої події, пов'язаної із загибеллю або пораненням, і в момент знаходження в травматичній ситуації відчувала інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В – це «вторгнення». Травмуюча подія нав'язливо повторюється в переживаннях у вигляді спогадів про неї, відповідних образів, думок і почуттів, які викликають важкі емоційні переживання, кошмарні сновидіння. Також до критеріїв вторгнення відносяться флешбекефекти – моментальне, без видимих причин, відтворення з патологічною достовірністю та повнотою

відчуттів травматичної ситуації в поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, відчуття, що травматична подія відбувається заново. Можливі навіть прояви фізіологічної, вегетативної гіперреактивності в ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують травмуючу подію.

Критерій С – «уникнення», що має ознаки блокування емоційних реакцій, так зване заціпеніння. При цьому людина намагається уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою, помітно знижується інтерес до життя, може розвинути часткова психогенна амнезія – нездарність згадати важливі аспекти травми. Людина відчувається відчуженою, віддаленою від інших людей, не бачить перспективи в майбутньому, знижується інтенсивність вищих емоцій.

Критерій D – «гіперактивація». У потерпілого виникають труднощі з засинанням або поганий сон, дратівливість, спалахи гніву, труднощі із зосередженням уваги, підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.

**Виклад основних результатів дослідження.** ПТСР призводять до порушень сну, що найчастіше супроводжується безсонням та кошмарними сновидіннями. Порушення сну для людини загрожують цілою низкою проблем, які призводять до зниження якості життя, зростання емоційної напруги, тривожного стану, дратівливості, стресодоступності. Найбільш поширеною та клінічно значущою формою розладів сну є інсомнія (безсоння). Згідно з Міжнародною класифікацією розладів сну (2005) під терміном «інсомнія» прийнято розуміти клінічний синдром, який характеризується наявністю повторюваних порушень ініціації, консолідації, тривалості або якості сну, незважаючи на наявність достатнього часу і умов для цього, та викликає пору-

шення 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:

- пресомнічні розлади, основним проявом яких є труднощі із засинанням, які супроводжується тривожністю та страхом не заснути, неможливістю знайти зручну позу;
- інтрасомнічні розлади, які характеризуються частими пробудженнями, після яких людині довго не вдається заснути;
- постсомнічні розлади, проявом яких є раннє ранкове пробудження, незадоволеність якістю сну, знижена працездатність, сонливість та відчуття розбитості.

Залежно від етіологічного фактора виділяють такі види інсомнії: адаптаційна, психофізіологічна, ідіоматична, псевдоінсомнія, інсомнія при психічних розладах, інсомнія при захворюванні внутрішніх органів, інсомнія, спричинена прийомом лікарських засобів, дитяча поведінкова інсомнія. У переважній більшості випадків повторна інсомнія виникає на фоні захворювань, стресів та несприятливих обставин.

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 із застосуванням фармакологічних засобів.

Безумовно, 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.

Найефективнішим методом лікування інсомнії при ПТСР є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. КПТ 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 КПТ є провокуючі і закріплючі чинники.

Необхідним етапом в терапії розладів сну 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.

Насамперед необхідно відзначити можливості когнітивної психотерапії, метою якої 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 з А.Г. 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 на інсомнію схильні звертати увагу на все те, що несе загрозу сну і призводить до формування «порочного кола» тривоги [2] (рисунк).

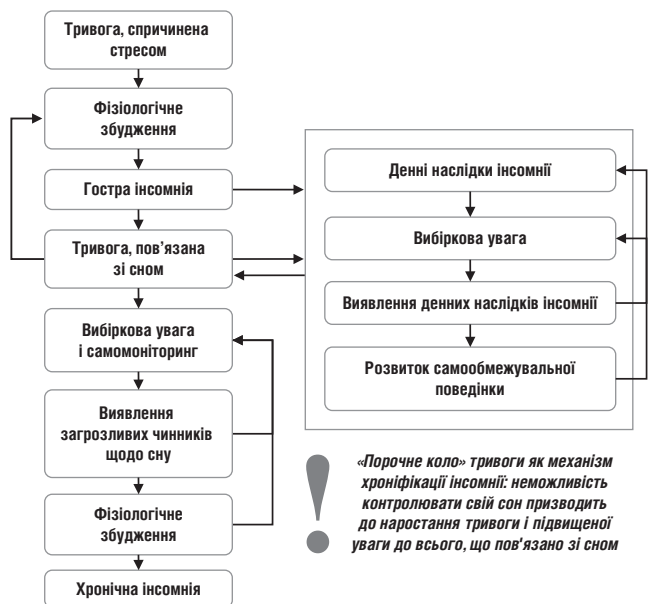


Рисунок. Когнітивна модель інсомнії (А.Г. Harvey) [2]

Ще одним методом терапії інсомнії є поведінково-психотерапевтичні корекції. 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 засинати 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.

На окрему увагу заслуговує новий метод терапії інсомнії – енцефалофонія («музика мозку» – нейрофізіологічний метод, що базується на перетворенні біоелектричної активності головного мозку (ЕЕГ) на 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 зумовлює оптимізацію психофізіологічних параметрів в циклі «сон – неспання». Цей метод був розроблений в Росії професором Я.І. Левіним, але в даний час більш широко застосовується в Європі та Америці [3].

Широко поширеними та ефективними 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 релаксаційних 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 КПТ, оскільки комплексний підхід, особливо в гострій фазі інсомнії, зумовлює

Таблиця. Огляд досліджень: застосування когнітивно-поведінкової терапії інсомнії в осіб з посттравматичним стресовим розладом

Автор	Контингент дослідження	Терапія	Результати сну	Наявність нічних жахів	Загальні симптоми ПТСР
Cook J.M., Harb G.C., Gehrman P.R., Cary M.S., Gamble G.M., Forbes D., Ross R.J. [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 J.L., Wright D.C. [11] (2007)	27 травматологічно-опромінених осіб	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 спостерігалася 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, SCL-90-R	Не виміряно	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів
Germain A., Shear M.K., Hall M., Buysse D.J. [13] (2007)	7 дорослих жертв насильницьких злочинів із діагнозом ПТСР	Одна 90-хв. сесія, ведення щоденника сну	Покращення якості сну, зниження тривожності та депресії	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження денного нервового збудження
Krakow B., Hollifield M., Schrader R., Koss M., Tandberg D., Lauriello J., McBride L., Warner T.D., Cheng D., Edmond T., Kellner R. [14] (2000)	169 жінок, які пережили сексуальне насильство	Дві 180-хв. сесії та одна 60-хв. протягом 5 тижнів	Покращення якості сну	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів
Long M.E., Hammons M.E., Davis J.L., Frueh B.C., Khan M.M., Elhai J.D., Teng E.J. [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 супроводжувався нічними кошмарами	Шість 90-хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів та приладів IES-R, BDI, BAI, SCL-90-R	Не спостерігалася змін	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Nappi C.M., Drummond S.P., Thorp S.R., McQuaid J.R. [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 L.M., Favorite T.K., Horin E., Arndt J.T. [18] (2009)	10 ветеранів бойових дій з діагнозом ПТСР	Десять 90-хв. групових сесій. Метод репетиції уявних образів та релаксаційні техніки. Ведення індивідуального щоденнику сну	Підвищення показників якості сну	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів

прискорення ефекту медикаментозної терапії і забезпечує стійкість лікувальних ефектів.

У таблиці здійснено огляд досліджень щодо застосування КПТ інсомнії у осіб з діагнозом ПТСР.

## Висновки

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 у головний мозок і функціональної активації нейронів у певній його ділянці. Безліч емпіричних спостережень свідчать про те, що кількісні і якісні порушення сну впливають на когнітивні, емоційні та інші психологічні функції організму. Розлади сну вважаються досить поширеним явищем у пацієнтів із діагнозом ПТСР. Найефективнішим методом терапії інсомнії при ПТСР 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.

## Список використано літератури

1. Полуэктов М.Г. Адаптационная, или острая инсомния / М.Г. Полуэктов // Фарматека. – 2012. – С. 37–42.
2. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов / Е.А. Корабельникова // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №12. 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. – 2014. – №7–8 (113–114). – 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 M.H. et al. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. ExpertConsult, 5th ed. – 2011. – P. 1481–1483.
9. Schoenfeld F.B. Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review // *F.B. Schoenfeld, J.C. DeViva, R. Manber // JRRD. – 2012. – Vol. 49, №5. – P. 729–752.*
10. Cook J.M., Harb G.C., Gehrman P.R. et al. Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial // *J. Trauma Stress. – 2010. – Vol. 23 (5). – P. 553–563. – http://dx.doi.org/10.1002/jts.20569.*
11. Davis J.L., Wright D.C. Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults // *J. Trauma Stress. – 2007. – Vol. 20 (2). – P. 123–133. – 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. – Vol. 14 (2). – P. 433–442. – http://dx.doi.org/10.1023/A:1011133422340.*
13. Germain A., Shear M.K., Hall M., Buysse D.J. Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study // *Behav. Res. Ther. – 2007. – Vol. 45 (3). – P. 627–632.*
14. Krakow B., Hollifield M., Schrader R. et al. A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report // *J. Trauma Stress. – 2000. – Vol. 13 (4). – P. 589–609. – http://dx.doi.org/10.1023/A:1007854015481.*
15. Long M.E., Hammons M.E., Davis J.L. et al. Imagery rescripting and exposure group treatment of posttraumatic nightmares in Veterans with PTSD // *J. Anxiety Disord. – 2011. – Vol. 25 (4). – P. 531–535. – http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.007.*
16. Lu M., Wagner A., Van Male L. et al. Imagery rehearsal therapy for posttraumatic nightmares in U.S. veterans // *J. Trauma Stress. – 2009. – Vol. 22 (3). – P. 236–239. – http://dx.doi.org/10.1002/jts.20407.*
17. Nappi C.M., Drummond S.P., Thorp S.R., McQuaid J.R. Effectiveness of imagery rehearsal therapy for the treatment of combat-related nightmares in veterans // *Behav. Ther. – 2010. – Vol. 41 (2). – P. 237–244. – http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.03.003.*
18. Swanson L.M., Favorite T.K., Horin E., Arnedt J.T. A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: a pilot study // *J. Trauma Stress. – 2009. – Vol. 22 (6). – P. 639–642.*

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИНСОМНИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Е.Е. Смашна

Нарушение сна является одним из наиболее частых симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Среди нефармакологических методов терапии инсомнии эффективными являются методы поведенческой психокоррекции и психотерапии, которые улучшают сон и не вызывают привыкания или побочных эффектов, что 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:** посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), когнитивно-поведенческая терапия, инсомния, метод парадоксальной интенции, энцефалофония, техники релаксации, гигиена сна, метод контроля стимулов.

## COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF INSOMNIA IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

O. Smashna

Sleep disturbance 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.

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