

Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами

Вікторія Огоренко

Інна Макарова

Дніпровський державний медичний університет

Дніпровський державний медичний університет

Тези доповіді до IV Конгресу з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи»

Структура захворюваності зазнає суттєвих змін, демонструючи стійку тенденцію до зростання психосоматичних розладів. Ці розлади все частіше виходять за межі традиційної психіатрії, інтегруючись в загальну соматичну медицину. Поєднання психосоматичних розладів із порушеннями сну є поширеним феноменом, який суттєво знижує якість життя пацієнтів. Це підкреслює необхідність розробки нових підходів до діагностики та лікування таких комплексних станів.

Мета роботи: дослідити когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами виходячи з рівнів тривожності і депресії

Матеріали і методи: Обстежено 120 осіб віком від медіанним віком 39,5 (30,5; 45) років, 67,5% склали жінки, у яких діагностовано соматоформні розлади (СФР) та виявлені розлади сну.

Для визначення ситуативної та особистісної тривожності використовували тест тривожності Спілбергера (STAI), опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory - BDI-II) використали для оцінки депресії. Порушення сну визначали клінічно і за допомогою шкали важкості інсомнії Ch.Morin.

Пацієнти методом генерації випадкових вибірок були розподілені на дві групи: обидві групи отримувала психоосвіту, симптоматичну медикаментозну терапію та КПТ-I, основна група отримувала психологічне втручання базоване на впливі на виявлені когнітивні моделі інсомнії, друга група - лише стандартне лікування.

Результати дослідження.

Виходячи з нейрокогнітивної моделі порушень сну, в результаті проведеного дослідження були розроблені когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами, з метою більш точного виявлення цілей психотерапії та покращення ефективності лікування (табл. 1)

Таблиця 1

Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з СФР

Назва моделі	Опис моделі
Модель неспокійного розуму	У багатьох осіб з порушеннями сну наявна тенденція до надмірного розмірковування та турботи, особливо перед сном. Їхній мозок перебуває у стані підвищеної активності, що ускладнює процес засинання. Основні

	компоненти: надмірні переживання про життєві проблеми, постійний потік думок, зосередження на негативних подіях.
Модель обумовленого безсоння	Порушення сну розвиваються внаслідок асоціативного навчання, де ліжка і спальня стають умовними подразниками, які викликають тривогу або неспокій замість асоціації зі сном. Основні компоненти: негативні асоціації зі спальнею, умовні рефлексії, що перешкоджають сну.
Модель негативного очікування сну	Модель передбачає значну роль очікувань, де страх перед майбутньою безсонною ніччю може сам по собі стати причиною проблем зі сном. Таким чином формується замкнене коло, де очікування безсоння призводить до реального порушення сну. Основні компоненти: страх перед безсонням, негативні очікування, передбачення поганого сну.
Модель надмірного контролю над сном	Ця модель вказує на те, що спроби надмірно контролювати процес засинання можуть бути контрпродуктивними. Постійний самоконтроль і перевірка, чи людина вже спить, можуть заважати природному процесу засинання. Також безсоння підтримується невідповідними когнітивними і поведінковими стратегіями. Наприклад, спроби компенсувати втрачений сон вдень або надмірний контроль над процесом засинання можуть погіршувати ситуацію. Основні компоненти: перфекціонізм у відношенні до сну, постійний моніторинг стану засинання, прагнення до надмірного контролю, неправильні уявлення про сон, невідповідні звички, катастрофізація наслідків недосипання.

Проведене лікування показало наступні результати: покращення сну за допомогою шкали важкості інсомнії Ch.Morin та покращення показників тривожності та депресії (табл. 2,3).

Таблиця 2.

Значення шкали важкості інсомнії Ch.Morin

Показники	Оснвна група			Контрольна група		
	Значення Me (Q1; Q3)		p*	Значення Me (Q1; Q3)		p*
		До лікування	Після лікування		До лікування	Після лікування
Складнощі із засинанням	3 (3; 4)	1 (1;2)	p<0,01	3 (3; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Часте та/або довготривале пробудження	3 (3; 4)	1 (1;2)	p<0,01	3 (3; 4)	2 (1; 2,5)	p<0,01
Раннє ранкове пробудження	3 (3; 4)	1 (1;1)	p<0,01	3 (3; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Задоволеність сном	3 (2; 4)	1 (1;1)	p<0,01	3 (2; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	1 (1;1)	p<0,01	3 (3; 4)	2 (1; 2,5)	p<0,01
Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	1 (1;1)	p<0,01	3 (3; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Стурбованість поганим сном	3 (2; 4)	1 (1;2)	p<0,01	3 (2; 4)	2 (1; 2)	p<0,01

Тяжкість інсомнії	22 (17,5; 25,5)	7,5 (6;10)	p<0,01	22 (17,5; 25,5)	13 (10; 16)	p<0,01
-------------------	-----------------	------------	--------	-----------------	-------------	--------

Примітка: * різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона

Таблиця 3.

Динаміка показників тривожності та депресії

група	Показник	До лікування		Після лікування		p**
				Me	Q1-Q3	
основна	BDI	26	19-35	14	9-18	p<0,01
	Особистісна тривожність	59	44-66,5	24	18-27	
	Ситуативна тривожність	65	50,5-68	28	22-29	
контрольна	BDI	28	19-36	13	10-17	p<0,01
	Особистісна тривожність	58	43-65.5	27*	19,5-30	
	Ситуативна тривожність	64	49,5-67	31*	24-33	

Примітка: * різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні на рівні p<0,05

** різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Висновки: В результаті лікування медіанний показник індексу важкості інсомнії склав 10 (7; 14) балів, знизившись більше ніж на 8 балів, що доводить ефективність лікування. Звертає на себе увагу покращення по усіх складових інсомнічних розладів як в динаміці, так і між основною та контрольною групами. Використання втручань, розроблених на підґрунті виявлених когнітивних моделей інсомнії дозволяє покращити показники сну за шкалою важкості інсомнії Ch.Morin