



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА **«СПЕЦІАЛІЗОВАНА КПТ ІНСОМНІЇ»**

МАРІАННА ШКВИРА

КИЇВ 2021

ЗМІСТ:

АКТУАЛЬНІСТЬ ОГЛЯДУ ПРОБЛЕМИ БЕЗСОННЯ.....	2
1. ПОШИРЕНІСТЬ ПРОБЛЕМИ БЕЗСОННЯ ЙОГО КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА НАСЛІДКИ.....	4
2. НЕЙРОБІОЛОГІЯ СНУ.....	8
3. ВИНИКНЕННЯ БЕЗСОННЯ – МОДЕЛЬ ІНСОМНІЇ.....	12
4. СТРУКТУРА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ БЕЗСОННЯ.....	14
Фаза психоедукації та соціалізації у КПТ-I.....	17
Фаза терапії.....	19
Фаза менеджменту.....	22
Ризики та труднощі.....	23
5. ОПИС ВИПАДКУ.....	24
Перебіг терапії.....	26
Рефлексія щодо дипломної роботи.....	31
ЛІТЕРАТУРА.....	32

АКТУАЛЬНІСТЬ ОГЛЯДУ ПРОБЛЕМИ БЕЗСОННЯ

*Шість місяців я не міг спати.
Коли в тебе безсоння – все нереальне;
Все дуже далеко від тебе, все це як – копії відзнятих копій.*

«Бійцівський клуб»

Чак Паланік

Сон – це складний біологічний стан, який природньо підтримує функціонування нашого організму. Коли ми засинаємо, ми поринаємо не тільки у світ сновидінь, де наш мозок «відпрацьовує зміну в архіві складаючи події на полиці», але ще й відбуваються метаморфози у всьому організмі відновлюючи сили до наступного дня.

Нам відомо, що існує тісний зв'язок між сном і здоров'ям, і як правило достатня кількість сну є важливим фактором нашої здатності вирішувати негаразди та вимоги напруженого життя. І якщо сон порушується і настає безсоння, це стає підґрунтям не тільки для ослаблення фізичного здоров'я, але й є ризик виникнення депресивних думок, тривоги та емоційної вразливості.

Усвідомлюючи значимість сну в житті кожної живої істоти, більшість з нас, хоча б раз у житті нехтували потягом до сну і продовжували бадьорість за чи без допомоги зовнішніх стимулів (кава, енергетики тощо). Такий крок мав свої безперечні плюси у вигляді написаної роботи (як от ця ☺) чи гарної вечірки із друзями. Проте, є хвилюючий момент щодо культури сну у нашому суспільстві, де є нав'язування зменшення значимості сну, ставлячи турботу про себе на останнє місце у списку справ за день. Це можна помітити у фразах “сон то для слабаків”, “висплюсь на тому світі”, “йди до успіху – сон на пенсію”

ці та інші висловлювання, звучать як переконання і запрошують нехтувати власним здоров'ям.

Є і інша сторона проблеми безсоння, коли є хибна стратегія його подолання тільки за допомогою рецептурних та нерецептурних пігулок, які часто спричиняють побічні дії без вирішення основної проблеми. До прикладу, БАД мелатоніну є найвідомішим «радником» при проблемах безсоння, хоча його дієвість має ряд протипоказів та низький рівень доказовості (за даними Європейського товариства дослідження сну).

Про безсоння говорять також у контексті пандемії COVID-19, коли різні стресові фактори завдають удар по якості сну. На сьогодні мало даних спостереження про його етіологію із COVID-19, проте у роботі «Висока поширеність безсоння під час COVID-19» (Kawish GargHarsh GoelShefali D Gupta), є інформація стосовно ризику порушення сну під час пандемії-2020. В ній говориться про загальну поширеність безсоння серед медичних працівників, жінок, жителів великих міст, особи відносно молодшого віку <40 тощо.

І хоч КПТ-І рекомендована як вибір номер один у подоланні безсоння, існує недостатність її застосування. Тому головним завданням цієї роботи є структурування інформації та її застосування в подальшій просвітницькій та практичній діяльності.

1. ПОШИРЕНІСТЬ ПРОБЛЕМИ БЕЗСОННЯ ЙОГО КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА НАСЛІДКИ

Ще не так давно, у 1983 році на конференції NIH Consensus Conferences безсоння класифікували, як симптом до основного розладу і лікування зосереджували на основній проблемі незважаючи на деталі. Але з 2005 року безсоння виділяють як окремий розлад із власними критеріями діагностики та власним протоколом лікування.

Інсомнія є найбільш поширеною серед усіх розладів сну і її відчувають на собі приблизно від 6 до 15% людей, з них 84% - в складі іншого розладу, наприклад такого як депресія, тривожний спектр чи через медичні захворювання. Частіше страждають жінки та люди похилого віку, а також пацієнти із неврологічними захворюваннями, якість життя яких сильно обмежена і це має свої економічні наслідки.

Основними діагностичними класифікаціями розладів безсоння є Міжнародна класифікація розладів сну (ICSD), Діагностично-статистичний посібник Американської психіатричної асоціації (DSM), Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), де визначення розладу безсоння розглядають як стан, який характеризується скаргами на:

- утруднене засинання, або часті прокидання серед ночі, або раннє ранкове пробудження «не за планом» (принаймні за 30 хвилин до запланованого часу пробудження або засинання)
- труднощами у денному функціонуванні, як наприклад втома, порушення настрою, зниження концентрації уваги та функцій пам'яті.
- ці симптоми спостерігаються не менше 3 ночей на тиждень і триває від 3 місяців.

- Симптоми зберігаються, незважаючи на достатню можливість і умови навколишнього середовища для сну
- безсоння не пояснюється іншим розладом сну

ПРИМІТКА: безсоння не діагностується, коли воно недостатньо важке, щоб вимагати незалежної клінічної допомоги.

Для підбору ефективних інструментів та напряму в роботі з інсомнією важливо визначити до якої групи вона належить:

Види	Важливі інтервенції
Гостра (транзиторна). Тривалість до 1 тижня. Часто є наслідком емоційного стресу та зовнішніх чинників (шум, освітлення, тощо).	Один психоедукаційний сеанс + брошурка про самопомогу. Але додатковий «підсилювальний» сеанс може бути корисним доповненням для вирішення проблем пацієнтів з приводу рецидиву [10]
Короткочасна. Тривалість від 1 до 3х тижнів. Внаслідок тривалих стресових або адаптаційних переживань.	Обговорення належної гігієни сну, може запобігти розвитку засвоєння дезадаптивних звичок, що ведуть до психофізіологічного безсоння.
Хронічна. Тривалість від 3х місяців.	Повний курс КПТ-I

Не менш важливим є визначення до якого виду безсоння, відноситься той чи інший випадок:

Групи	Увага на інтервенціях
Пресомнії (труднощі із ініціацією сну). Найбільша частка в структурі інсомній.	Хронобіологічні втручання можуть бути більш допоміжними для клієнтів із такими скаргами.
Інтрасомнії (труднощі із втримання сну).	Денні релаксаційні техніки та загальна робота із стресостійкістю. Добра дифдіагностика (ПТСР, ПР тощо)
Постсомнії (ранкові пробудження з неможливістю повернутися до сну)	Контроль стимулів та гігієна сну (наприклад, пити менше води на ніч)

Безсоння виділяють на 2 типи, первинне та вторинне, які мають свої підтипи в залежності від причини виникнення:

Первинне безсоння поділяють на шість підтипів, в якому можуть бути, як внутрішні, так і зовнішні фактори, що беруть участь у етіології:

→ *корекційне*, виникає під дією специфічного стресора і на момент зникнення збудника, сон нормалізується. Може тривати від кількох днів до кількох тижнів; Обговорюються на сесії техніки самопомоги;

→ *психофізіологічне безсоння*, найпоширеніша форма, де симптоми тривають від 3х місяців, і існує надмірна стурбованість про нестачу сну. Як правило застосовується повний курс КПТ-I;

→ *парадоксальне безсоння*, де є скарги на якість сну (тривалість чи навіть наявність сну) без об'єктивних доказів порушення сну та денного

функціонування. Зустрічається у 5% людей, які звертались до лікаря; Допоміжні є техніки майндфулнес та увага на метакогніціях.

→ *ідіопатичне безсоння*. Як правило тягнеться з дитинства і не має критичного фактора, який би мав на нього вплив (має притуплену реакцію на КПТ-І)

→ що пов'язана із *гігієною сну*. Виникає при неузгодженості повсякденних дій із якістю сну та повноті денної діяльності. В терапії акцент на поведінкові техніки.

→ безсоння у дитячому віці пов'язане із *поведінковими режимами*.

Вторинне безсоння діагностують, коли труднощі зі сном є симптомами медичного або психічного захворювання, а також споживання наркотичних речовин чи ліків (не є діагнозом надмірного вживання чи залежності). Поділяють на:

→ спричинене *вживанням ПАР чи іншої речовини* (без зловживання чи залежності);

→ спричинене *медичним станом* або неврологічним розладом

→ пов'язане з іншим *психічним розладом*, де симптоми безсоння є окремою скаргою

→ *фізіологічне (органічне) безсоння*, неуточнене, коли безсоння зумовлене медичним станом або вживанням речовин, не зазначених в інших рубриках (медичні препарати або продукти, що впливають на сон).

Дослідивши тип безсоння, є всі шанси розпочати правильне лікування застосовуючи найбільш дієвий підхід з залученням при потребі міждисциплінарних фахівців.

2. НЕЙРОБІОЛОГІЯ СНУ

Щоб знати **ЯК** лікувати, необхідно знати **ЩО** лікувати. Тому важливо на початку терапії пояснити клієнтові природу сну та його гомеостатичні та циркадні ритми для того, щоб надалі він мав розуміння та віру у кроки КПТ-I, які можуть викликати дискомфорт.

У психоедукації, щодо природи сну, простіше застосовувати *двопроцесну модель регуляції сну*, яка стверджує, що взаємодія двох її складових процесів контролюють сон та пробудження:

→ гомеостатичний процес *S* (схильність/потяг до сну), пов'язаний із фазою глибокого сну і зменшується при nonREM.

→ циркадний процес *C* (внутрішній годинник), відповідає за загальний механізм регуляції сну, і часто залежить від зовнішніх стимулів.

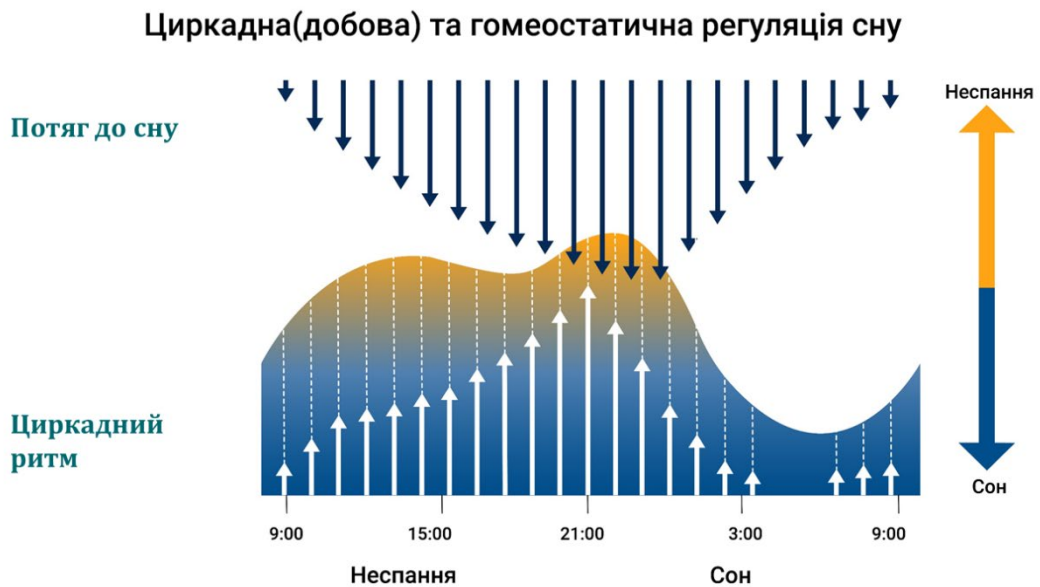


Рисунок 1. Модель регулювання сну (Alexander A. Borbely Peter Achermann)

В цих процесах найбільше задіяні такі речовини:

Неспання/REM	норадреналін	накопичується та активний під час бадьорості, вимикається під час REM, чим продукує активність кори під час сну
	орексин	підтримує стан бадьорості, інтегрує метаболічні, емоційні та циркадні сигнали та працює як перемикач «неспання/сон» (через нестачу орексину в наслідок ПАР є ризик залежності або виникнення рецидиву, також його мало/відчутній при нарколепсії).
	ацетилхолін	грає роль в регуляції неспання та швидкого сну (інгібує нейрони, що приймають пробудженню, чим продукує REM фазу). Важливий для пізнання та активності кори.
	серотонін	Підтримка неспання (антидеприсанти впливають на затримку сну, тому важливо приймати зранку). Також впливають на повільну фазу сну та гальмують швидкий сон.
nonREM	GABA	сприяє сну, як головний гальмівний передавач у мозку (більшість снодійних діють на нього)
	аденозін	Чим довже фаза неспання, тим вище його рівень. Генерує «потяг сну» та блокує ацетилхолін. При блокуванні (кофеїном) його рецепторів зростає НЕСПАННЯ, а швидкий сон знижується (відповідає за зменшення серцево-судинне скорочення, знижує тиск)
Неспання	дофамін	малодосліджений неспання/сон. Має різні показники, як на фазі неспання так і при генеруванні non REM.
	гістамін	підтримка неспання

Таблиця 1 Нейронні механізми регулювання сну[8]

Друга лінія лікування безсоння (що триває не більше 4х тижнів) – фармакотерапія, яка інколи застосовується разом із КПТ-I, має затверджений FDA список препаратів, які впливають на вище перераховані нейротрасмітери:

→ препарати групи бензодіазепінів та агоністи бензадеазепінових рецепторів (BZD, BZD-A) які діють на ділянки рецепторів гамма-аміномасляної кислоти (GABA), надаючи тим самим седативний, анксиолітичний, міорелаксантий та гіпнотичний ефекти;

→ препарат, що діє на рецептори мелатоніну - Рамелтеон для поліпшення ініціювання та підтримання сну;

→ антагоніст рецепторів гістаміну - доксипін.

Фази сну

У нормі кожні 90 хвилин сон переходить між двома основними фазами - повільний (non REM-сон) та швидкий сон (REM-сон). Обидві фази мають свої функції та механізми, але мають дещо спільне - беруть участь у закріпленні пам'яті.

Зазвичай існує 4 - 6 циклів REM і не-REM сну за ніч. Останні епізоди REM стають тривалішими, а сон, що не є REM, стає коротшим і легшим:

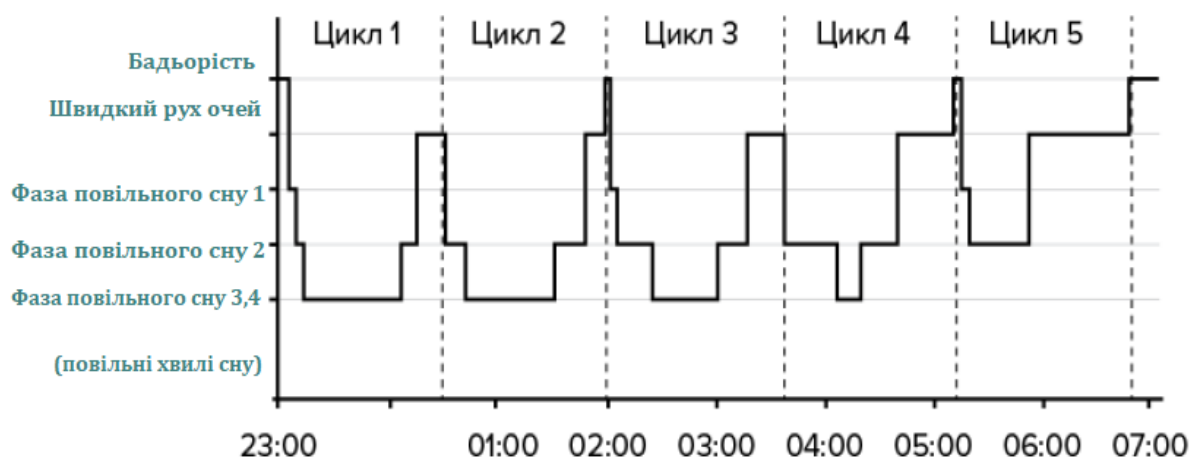


Рисунок 2. Етапи сну.

Під час «повільного» сну людина проходить через чотири стадії все більш глибокого сну. Найглибша стадія повільного сну призводить до фізіологічних

змін, що сприяють підвищенню роботи імунної системи. Швидкість обміну речовин падає під час повільного сну, енергія зберігається, м'язи розслабляються, а серцебиття та дихання уповільнюються і температура тіла падає. У цей період посилюється синтез білка і вироблення складних молекул в організмі.

Мозок надзвичайно активний під час REM сну і зазвичай саме в цій фазі ми бачимо сни. Електроенцефалограма показує зразки хвильової активності головного мозку, аналогічних тим, які відбуваються під час неспання (активація паралімбічної кори та лімбічної кори). Температура тіла, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень та дихання збільшуються до рівнів, виміряних, коли людина не спить. Дослідники зазначають, що сон REM покращує навчання та пам'ять та сприяє емоційному здоров'ю (при депресії, ця стадія сну часто відсутня).

Здоровий нічний сон необхідний для ряду фізіологічних функцій, включаючи:

- достатність енергії та пильності для денного функціонування;
- пам'ять;
- імунна та серцево-судинна система;
- функція багатьох ендокринних / гормональних систем,
- та є життєво необхідним для кожної живої істоти на нашій планеті.

Більшість дорослих сплять від 7 до 8 годин за ніч. Дорослі, що сплять <6 год, ймовірно, почувуються, ніби вони не виспалися і що вони більше незадоволені життям. Лише невеликій кількості людей достатньо спати менше ніж 6 годин на добу. А декому, необхідно більше – 9 годин сну на добу. Це зумовлено генетичними факторами.

Якщо говорити про нейробіологію безсоння – варто сказати, що труднощі із сном це результат посиленої активації та збудження відділів головного мозку, навіть під час сну. КПТ-І, з її поведінковим підходом та техніками

релаксації, впливає на зниження цієї активності, а саме на мигдалеподібне тіло, котре впливає на емоційне збудження.

3. ВИНИКНЕННЯ БЕЗСОННЯ – МОДЕЛЬ ІНСОМНІЇ

Незважаючи на високу поширеність цього виду розладу сну, на сьогодні не має конкретного висновку, щодо етіології безсоння. Проте існує ряд моделей, які частіше зосереджені на процесі збудження, який підтримує порушення сну та підказують цілі для терапевтичних втручань:

→ **модель управління стимулом (Stimulus Control Model by Bootzin)** є однією з найбільш широко використовуваних методів поведінкового лікування і застосовується у підході до гігієни сну.

→ **3-факторна модель Спілмана.** Біопсихосоціальна модель показує як безсоння виникає гостро і як гостре безсоння стає хронічним. Тобто тут є акцент на фактори схильності до розвитку безсоння, фактори, що викликають активізацію, та фактори, що утримують безсоння. В КПТ-І ця модель пояснює втручання, щодо обмеження сну.

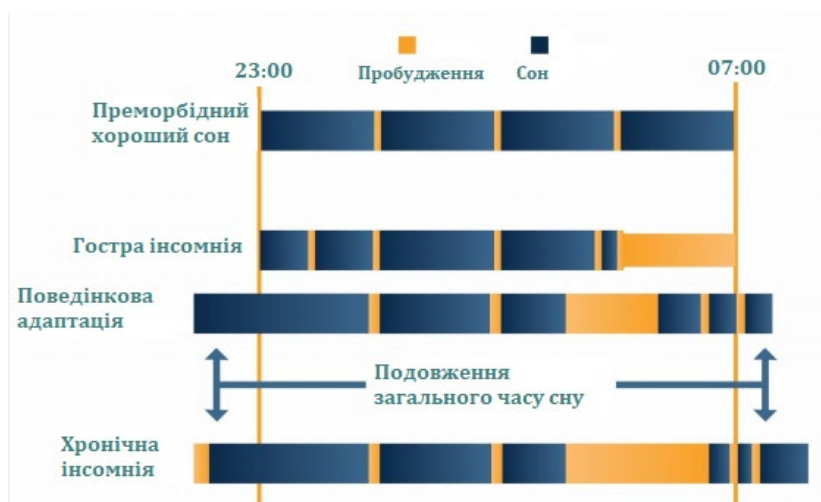


Рисунок 3. «Еволюція» виникнення інсомнії [4]

→ **нейрокогнітивна модель.** Базується на моделі Спілмана та пояснює виникнення розладу безсоння, доєднуючи до поведінкових факторів,

функціональних змін, які відбуваються на рівні ЦНС, вищих коркових функцій, а також соматичних органів і систем:

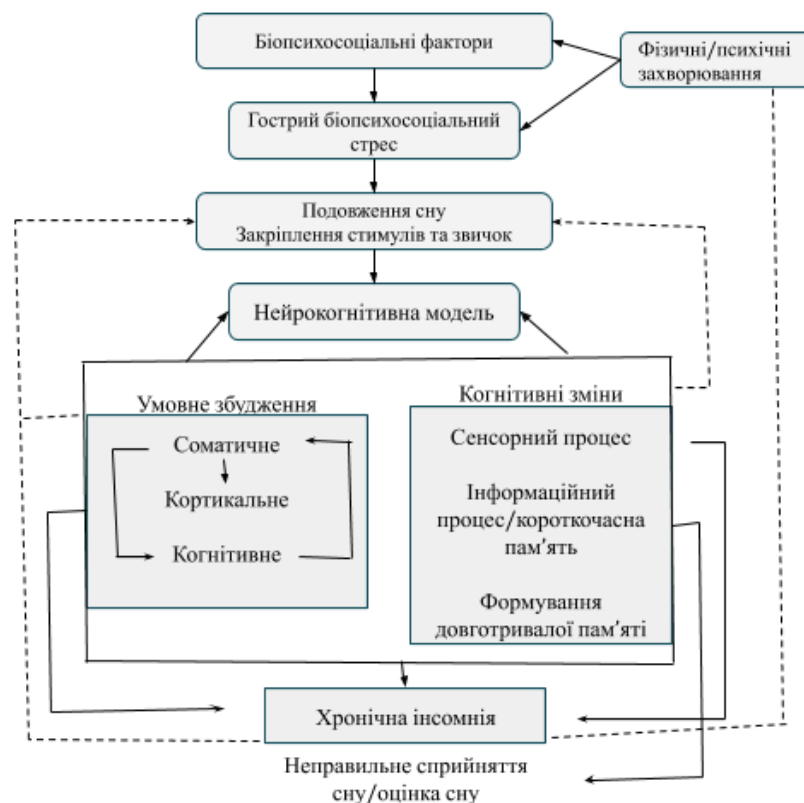


Рисунок 4. Нейрокогнітивна модель (суцільні лінії - пряма передача, пунктирні - зворотній зв'язок)

→ **модель психобіологічного гальмування** пояснює, що стресові життєві події спричиняють як фізіологічне, так і психологічне збудження, і наслідками цього є поява вибіркового втримання стресору, через що виникають симптоми безсоння. Тобто, сон - це двопроцесна система регуляції часу та тривалості сну без зусиль та намірів. Проте під дією стресорів, на когнітивному рівні, виникає нездатність контролювати рівень уваги, намірів чи зусиль, що є результатом нездатності повернення до самостійної регуляції сну та неспання. В КПТ-І застосовується в роботі із переконаннями про сон, майндфулнес підхід та до обґрунтування технік обмеження сну.

→ **модель гіперзбудливості за D. Riemann**. Відповідно до цієї моделі, виявлена надмірна активація тілесних систем та функцій при безсонні із

заниженою активацією префронтальної кори (електрофізіологічні фактори, вегетативна нервова система та ендокринна системи).

Ці моделі хоч і потребують продовження досліджень, проте вони містять в собі робочу основу пояснення для терапевтичних втручань, які мають доказову ефективність.

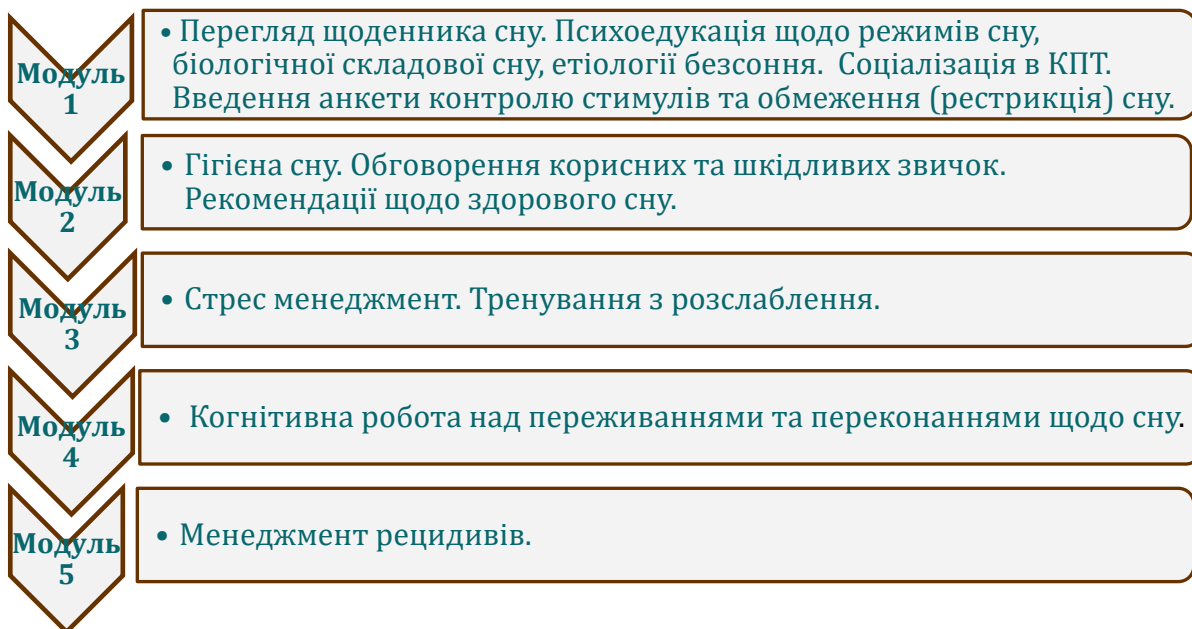
4. СТРУКТУРА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ БЕЗСОННЯ

Типовий протокол КПТ-I

Когнітивна поведінкова терапія при безсонні (КПТ-I) була розроблена А. Беком у 1960-х роках, і рекомендується ACP Clinical Guidelines Committee з 2016 року як першочергове лікування безсоння. Завдяки багаточисленним дослідженням, є докази того, що вона має більш стійкі наслідки лікування при різних формах безсоння та покращує відновлювальну функцію сну порівняно із фармакотерапією [9]

Напрямок роботи КПТ-I орієнтований на роботу з помилковим сприйняттям причин та наслідків безсоння, на нереальні очікування щодо сну та корекцією поведінки, гігієни сну. Це комбінація когнітивної терапії, стимулюючої терапії, терапії обмеження сну з терапією розслаблення або без неї.

Стандартний протокол КПТ-I включає в середньому від 4 до 8 сеансів, та від 30-90 хв/сесія, де застосовується багатокомпонентний підхід на основі досліджень, який проводить пацієнтів через низку змін у поведінці, пов'язаною зі сном і зазвичай включає:



Фаза обстеження.

Міжнародний класифікатор розладів сну (ICSD)- перелічує 81 вид розладів сну у 8 основних категоріях, де безсоння займає лідируючу позицію по кількості звернень до лікаря і тому є найпоширенішою проблемою серед розладів сну. І коли ми говоримо про застосування спеціалізованої КПТ-І важливо відрізнати не тільки схожі симптоми деяких розладів сну, але також має бути збір медичного, психіатричного/психологічного анамнезу до загальних симптомів та скарг клієнта. Тим більше застосовуючи КПТ-І ми повинні орієнтуватись на причини виникнення безсоння, а саме на біологічні та психологічні фактори.

Клінічне інтерв'ю має бути з детальним з'ясуванням анамнезу сну:

- початок та тривалість труднощів зі сном
- оцінка гігієни сну і контролю стимулів
- оцінка умов для сну
- графік роботи та умови денної діяльності
- бесіда з партнером по ліжку
- щоденник сну з показниками протягом 7-14 днів

→ актиграфія зап'ястя (не є обов'язковим при первинному обстеженні)

Також важливим залишаються опитувальники та психологічні тести:

→ пітсбурзький індекс якості сну (PSQI)

→ шкала сонливості Епворта (більше для оцінки іншого порушення сну)

→ індекс тяжкості інсомнії (Ch. Morin)

→ анкета дисфункційних думок та переконань (Ch. Morin)

Безсоння може мати різні специфічні скарги та етіологію, що вимагає ретельної діагностики з диференційним оцінюванням:

→ інші розлади, пов'язані зі сном:

- a. обструктивне апное сну (діагноз повинен бути підтверджений полісомнографією)
- b. синдром неспокійних ніг
- c. синдром затримки фази сну
- d. нарколепсія
- e. парасомнії

Диференціальна діагностика розладу безсоння - складна за ознаками та симптомами інших розладів сну. Проте наявність одного розладу безсоння не виключає інших розладів, оскільки множинні первинні та супутні розлади безсоння можуть співіснувати.

→ збір медичного анамнезу. Неврологічні та медичні захворювання часто є причинами скарг на безсоння:

- a. нейродегенеративні хвороби (інсульт, деменція, Паркінсона, Альцгеймера, гловні болі тощо)
- b. імунне та ендокринологічне захворювання (гіпо-,гіпертеріоз, діабет тощо)
- c. сечостатевої захворювання (енурез, цистит тощо)
- d. пульмонологічні захворювання (астма, емфізема тощо)
- e. травна система (рефлюкс. Гастрит, коліт тощо)

- f. серцево-судинні захворювання (недостатність, порушення ритму тощо)
- g. побічна дія від ліків (наприклад, стимулюючі, преднізон та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну тощо)
- h. репродуктивні фактори (вагітність, менопауза тощо)

Проте, навіть тоді, коли простежується соматична причина у пацієнта може розвиватися хибне коло безсоння, де діагностуються нав'язливі думки, занепокоєння наслідками поганого сну та підвищений рівень фізіологічної напруги.

Збір психіатричного анамнезу, є важливим у диференційній діагностиці, так як при багатьох психічних розладах є симптоми безсоння:

- a. розлади настрою (депресивний, біполярний, дистмічний)
- b. тривожні розлади (ПТСР, ПА, ГТР тощо)
- c. психотичні розлади (шизофренія, шизоафективний)
- d. порушення адаптації, стрес тощо
- e. СДУГ (дитячий та юнацький вік)
- f. коморбітність у безсонні також може проявлятися, як неадаптивна стратегія – приймання ПАР чи алкоголю з ціллю самолікування.

Фаза психоедукації та соціалізації у КПТ-І

Можна почати з простого запитання, наприклад: «Що ви знаєте про природу сну» на який разом з клієнтом відповісти про його значимість та головні функції.

В цій роботі «Розділ 2..» описані моделі на основі яких можна проводити просвіту, і найчастіше для цього використовують модель Спілмана (є простою та доступною для розуміння). Підключення наукової літератури може

допомогти підтримати мотивацію пацієнта незважаючи на труднощі з адаптацією до технік (брошури, дослідження, книжки).

Запитання «Як пояснюєте собі ваші труднощі зі сном?» відкриє ставлення та розуміння виникнення проблеми та дасть можливість перейти до соціалізації в КПТ-I, тобто до пояснення циклу, що підтримує безсоння та про основні втручання по відновленню якісного сну.

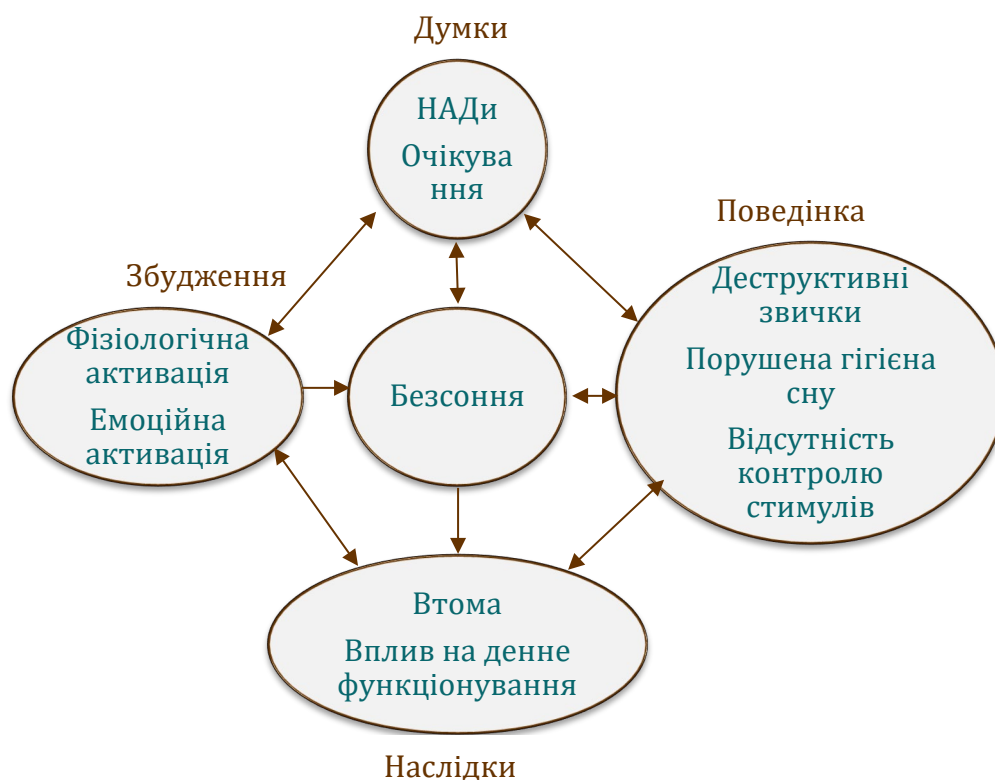


Рисунок 5. Цикл інсомнії (за Моріно)

Наукове обґрунтування кожного втручання та попередження клієнта, про ймовірність погіршення симптомів перш ніж стане краще – дадуть інформацію про доказовість інтервенцій та можливість планування долати труднощі в терапії.

На цій стадії, рекомендовано ввести в роботу щоденник сну та пояснити його роль в терапії. Щонайменше такий щоденник повинен містити щоденну інформацію про загальний час неспання, кількість пробуджень та тривалості

цих пробуджень, час проведений у ліжку, ефективність сну та загальний час сну.

Фаза терапії

Модуль 1. Починається як правило із рестрикції сну (обмеження сну) та контролю стимулів. Мета – повернути організму його природній режим за допомогою добрих звичок. На цьому етапі дуже важливо приділити увагу мотиваційним технікам та підкріплювати науковими доказами обрані методи лікування. В обговоренні заповнення щоденника можна повертатись до пояснення двопроцесної моделі сну та встановити зв'язок КПТ-I із нею:

- регулярний графік сну (для набуття постійного ритму сну)
- уникати дрімоту (виключення становлять люди літнього віку)
- не перебувати у ліжку більше 15 хв без сну (йдіть у ліжку тільки коли є сонливість)
- використання ліжка тільки для сну та інтимної близькості

Дослідження показали, що обмеження сну зменшує час затримки сну та час пробудження протягом ночі, а також збільшує загальний час та ефективність сну. Основна ідея у цьому втручанні, це послабити зв'язок між ліжком та безсонням, викликаючи часткове недосипання, що сприяє накопиченню потягу до сну і полегшує ініціацію сну у заданий час, та зменшує кількість пробуджень протягом ночі. Як правило, після врегулювання графіку, можна поступово збільшувати час сну.

Правила обмеження сну:

- встановити разом із клієнтом незмінний час сну та пробудження (наприклад 5:30)
- обмеження сну не повинно опускатись нижче 5 годин за ніч
- є протипокази для деяких клієнтів (з манією, судоми в анамнезі тощо).

Модуль 2. Гігієна сну – спрямована на вироблення поведінки, як такої що сприяє сну:

- зменшити когнітивну активність за 2 години до сну
- вживання їжі не менш як за 4 години до сну
- турбота про захист від шумів та світла (біруши, маска для сну при потребі)
- зручне ліжко, подушка, комфортний одяг та постіль.

З огляду на нейробіологічну складову безсоння, КПТ-І включає у себе техніки для підтримки балансу процесів у нашому мозгу та втримання природніх процесів - накопичення потягу до сну завдяки відслідковуванню режиму сну та відмови від шкідливих дій, що збивають ритм сну та неспання (орієнтир на Zeitgeber-ги, якими є світло, атмосферні явища, температура, прийом їжі, соціальна взаємодія та вправи)

Модуль 3. Стрес менеджмент має завдання навчити клієнта методам релаксації: протитривожне дихання, аутогенне тренування, прогресивна релаксація м'язів, та багато іншого. Цей модуль можна інтегрувати в попередні модулі.

Тренування з релаксації впливають на зниження рівню гормонів стресу, що підтримують активність та бадьорість [9]. Нейробіологічні дослідження вказують на те, що практика майндфулнес, пов'язана зі змінами в декількох регіонах мозку для регулювання емоцій, усвідомлення тіла та регулювання уваги, що впливає на стишення гіперзбуливості. Практика медитації уважності дозволяє звертати увагу на думки, пов'язані зі сном, без надання їм значення і тим самим не запускати «тривожний цикл» думок.

Зниження стресу на основі уважності (Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) - це розробка Jon Kabat-Zinn, яка має на меті 8-тижневу практику медитацій уважності, тобто є регулярною практикою для настання ефекту, а не ситуативною. MBSR покращує симптоми, пов'язані з низкою медичних та

психічних станів, включаючи фіброміалгію, рак та інші соматичні прояви, що є дуже допоміжним при лікуванні вторинної інсомнії, яка виникла через медичні фактори [12]

Модуль 4. Когнітивна робота над переживаннями та переконаннями щодо сну зазвичай проводиться після поведінкової корекції та розуміння клієнтом фізіології сну, або якщо немає порушень у режимах сну та циркадних ритмів, після психоедукації та просвіти про сон.

Важливою складовою у роботі з думками є переконання про сон:

- про швидкі наслідки («я буду почуватись погано»)
- про довгострокові наслідки («поганий сон шкідливий для здоров'я»)
- про необхідність контролю над безсонням («я повинен заснути одразу»)

Необхідно пояснити, що гігієна сну також стосується і переживань у ліжку, які стають звичкою, яка є некорисною. Думки, що засмучують, врешті асоціюються з ліжком, тому одна з технік, це заміна думок на корисні, за допомогою відстеження фільтрів та опрацювання їх у бланку:

Ситуація	Автоматичні думки	Наслідки	Адаптивна відповідь	Що я можу зробити
Вкотре за ніч прокинулась і не можу заснути	«Я буду виснажена і неефективна на роботі, якщо сьогодні не висплюсь»	Роздратування, відчай, сум, тривога	Мій сон не впливає на мої знання та навички в роботі	Встати з ліжка та зробити дихальні вправи.

Таблиця 2. Бланк для когнітивного опрацювання переконань, щодо сну [1].

Також застосовується формула підрахунку для виявлення «ймовірних наслідків поганих ночей»

Інструкція: моніторити за останній місяць + наступний тиждень, кількості «поганих ночей» та «поганих робочих днів». Наприклад:

- *Безсоння протягом місяця 3 на тиждень = 12 ночей*
- *Поганих днів за місяць = 4*
- *$4/12 = 0,3\%$ шансу, що через поганий сон на роботі можуть бути труднощі.*

Додатковими когнітивними техніками можуть бути:

- зупинення думок або дистанціювання
- парадоксальний намір (рекомендується докладати зусиль, щоб не спати, а не намагатися заснути, що викликає сонливість). Мета якого усунути занепокоєння щодо неспроможності заснути.

Фаза менеджменту

Ця фаза має на меті планування у подальшому користуванні корисними звичками для сну та інформування щодо попередження рецидиву. На сесії, важливо проговорити про можливе повернення безсоння особливо під час стресових подій у житті:

- бути свідомим до своїх «слабких» сторін, коли стрес може поглинути та спробувати попередити його вплив
- вміти відстежувати появу симптомів безсоння та одразу застосовувати навички по регулюванню сну

Заохочення до дотримання режиму сну для поглиблення навичок, які здобули за час терапії є допоміжним у подальшому поліпшенні сну.

Можливо на цьому етапі проговорити, «які навички, ще були б корисні?» «як їх можна здобути?», «чи є ще проблеми, які хотіли б винести на консультацію?». Тобто відсканувати можливі запити разом із клієнтом, що є корисним для планування щасливого та змістовного життя.

Ризики та труднощі

→ планування діяльності пов'язаною із обмеженням сну та зміни звичок більш ніж на тиждень, може демотивувати, тому можна спочатку запропонувати вправи на тиждень «як експеримент». Також допоміжними будуть метафори по типу «зірвати пластир – короткочасна біль, для довгострокового полегшення»;

→ рестрикція сну може призводити на початку до погіршення якості сну (посилення симптомів денного функціонування). При введенні цього модулю в терапії, необхідно проговорити ризики та мінімізувати їх вплив на життя (можлива відмова від водіння та ін)

→ контроль стимулів також має потребу в детальному обговоренні ефектів, які можуть погіршити мотивацію до виконання завдань (обговорення з партнером по ліжку процесу терапії, зміна звичок та ін)

→ суттєва проблема з якою можна стикнутись при постановці цілей терапії, це нереалістичні очікування клієнта, щодо сну.

→ найбільш поширеними складнощами є погана відповідність лікуванню, проблеми коморбітності, і одночасне використання седативних снодійних засобів.

→ інколи є потреба призупинити КПТ-I та зосередитись на вирішенні нагальної проблеми (наприклад, «Техніка прийняття рішення») і згодом повернутись до стратегій КПТ-I.

5. ОПИС ВИПАДКУ

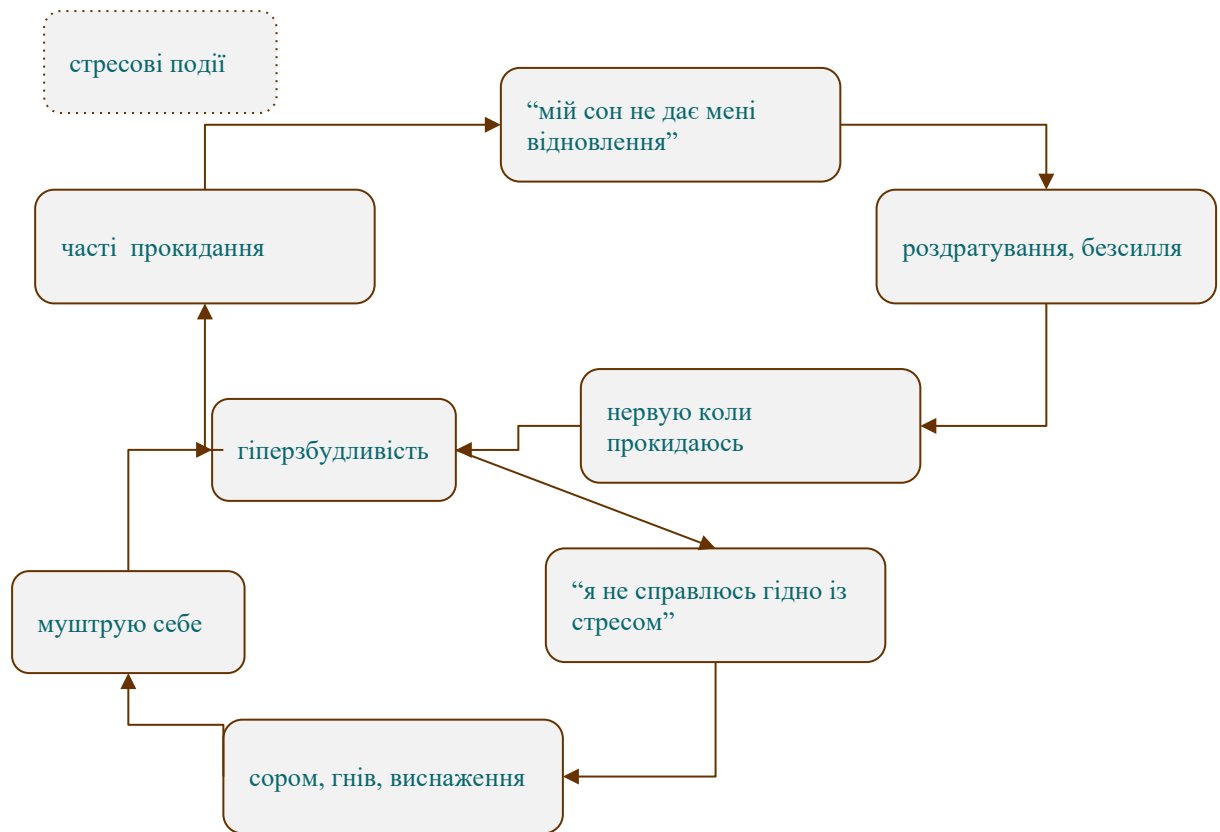
(Опис випадку є зі згоди клієнтки з дотриманням умов конфіденційності)

Аллі 32 роки працює менеджером в технологічній компанії, незаміжня. Звернулася із скаргами на поганий сон, відчуття втоми, роздратування протягом дня та неможливість розслабитись навіть після роботи. Помітила, що не може концентрувати свою увагу на робочих деталях, з'являються «провали» у пам'яті. Каже, що забуває щось зробити, навіть після нагадування в календарі.

Загалом немає проблем з засинанням, майже одразу як лягає в ліжко може заснути, проте вночі часто прокидається і приблизно з третього разу вже не може довго заснути. Через що дуже переживає, так як розуміє, що знову на роботі буде відчувати себе не зібрано, чи навіть погано фізично. Як результат, часто бере собі вихідні, щоб відлежатись після стресових днів, бо «не хоче, щоб її бачили в такому стані» колеги та керівництво.

Алла не вперше страждає на безсоння. Такі випадки вже були. Помітила, що безсоння настає після напруженої відповідальної роботи на проекті чи ще коли навчалась в інституті, після сесії. На стреси реагує важко. Раніше могла випити снодійне, але не бачить у цьому вихід, так як вважає, що це все через її низьку стресостійкість, а снодійне не вирішує цю проблему.

При обстеженні були сформульовані основні цикли, які підтримували проблему інтрасомнічних порушень, а саме:



Ціллю терапії було зменшити кількість прокидань вночі та мати можливість швидше заснути після пробудження. Також планувалась робота над рівнем стресостійкості для якої були застосовані техніки майндфулнес.

Ще на діагностичній зустрічі після психоедукації та соціалізації в КПТ, був введений щоденник сну для відстеження сну та звичок. Цей щоранковий звіт дав користь у простеженні проблемних дій та прогресу в ході терапії. Наприклад, підкріплюючим фактором безсоння була звичка, після пробудження, щоб стихити негативні думки, брати в руки телефон та дивитись стрічку новин чи грати у пас'янс.

Тому вже на другій зустрічі було сплановано корекційний контроль над стимулом та обмеження сну (зміна поведінки після нічного пробудження для мінімізації когнітивного збудження). Алла піднімалась з ліжка та йшла на кухню, де могла щось зробити поки знову не відчує бажання заснути. Все це

було заплановано з огляду на кількість годин сну та регулярним пробудженням в один і той самий час.

Третя зустріч була присвячена плануванню корекційного контролю над гігієною сну (денні релаксації Джейкобсона, контроль перебування в ліжку без сну та ін). Ці поведінкові техніки мали свої труднощі у виконанні, так як віра у переконання у «Я буду виснажена і неефективна на роботі, якщо сьогодні не висплюсь» була досить високою 90%. Тому деякий час були зриви «поспати подовше» щоб виспатись. І тут було помічне когнітивне опрацювання та експеримент з підрахунком «поганих снів» та «поганих робочих днів» за останній місяць та наступного тижня, де клієнтка змогла об'єктивно переглянути результати.

В цілому КПТ-І почала діяти вже за 4 сеанси, проте попереду була робота із надмірною чутливістю до стресів. Тому одразу після когнітивної обробки переконань перейшли до моніторингу реакцій на надважливі ситуації – з прив'язкою до НАДів та коупінгу. Також впровадили техніки майндфулнес для формування гнучкого ставлення до процесу, що в свою чергу знижує збудження (робота із інсулою).

Перебіг терапії

Динаміка терапевтичного стосунку:

Алла прийшла з готовністю спробувати нефармакологічний спосіб лікування безсоння. Були складнощі у підтримці контролю сну (не досипати, а вставати із будильником), але після когнітивного опрацювання її переконання про сон, ця трудність минула.

На сесіях співпрацювала та активно відносилась до завдань.

Хронологія сесій та опис застосованих втручань:

Діагностика: було складено формулювання та окреслені головні проблеми та визначені реалістичні цілі:



План терапії включав класичний протокол КПТ-І з інтегрованим у нього майндфулнес підходом до проблеми стресостійкості.

2 сесія: Після діагностики, склали формулювання та встановили реалістичні цілі терапії, «зменшити кількість прокидань вночі та мати можливість швидше засинати після пробудження». Також ціллю поставили роботу над рівнем стресостійкості, як допоміжні навички для регулювання якості сну.

Були включені елементи психоедукації про сон та його функції, механізми виникнення безсоння і зрештою як працює КПТ-І (чому варто починати з поведінкової частини і як йдемо далі).

На цій же сесії був введений щоденник сну для моніторингу якості сну та звичок. Щоранковий звіт дав користь у простеженні проблемних дій та

прогресу в ході терапії – серфінг в інтернеті, монотонна гра, переживання «я знову не висплюсь».

3-4 сесія: Сплановано корекційний контроль над стимулом та обмеження сну (зміна поведінки після нічного пробудження для мінімізації когнітивного збудження). Алла піднімалась з ліжка та йшла на кухню, де могла щось зробити поки знову не відчує бажання заснути:

→ дихання животом

→ присісти на кухні та споглядати за стрілками годинника

Все це було заплановано з огляду на кількість годин сну та регулярним пробудженням в один і той самий час без спроб «доспати» чи «додрімати вдень» (з 23:00 до 07:00)

Головним було в її активності:

→ соціальні контакти вдень,

→ вранці після пробудження прийняти контрастний душ

→ застосовування релаксації Джейкобсона

→ ввечорі мінімізувати когнітивну діяльність

→ контролювати перебування у ліжку

Аллі було складно дотриматись правила «не досипати, коли задзвонив будильник», тому були зриви через впевненість у думку «є нагальні завдання, коли потрібно мати свіжу голову». Для подолання цих труднощів повертались до розгляду нейробіології безсоння та циклів що підтримують проблему та способів усунення складнощів.

5-9 сесія: Продовжуючи робити завдання з поведінкового модуля, Алла з готовністю виконувала завдання орієнтоване на роботу з помилковим сприйняттям причин та наслідків безсоння, на нереальне очікування щодо сну. За допомогою інтерв'ю та опитувальника дисфункціональних переконань

щодо сну було виявлено переконання про «упевненість, щодо контролю сну» та «короткочасний вплив безсоння на її функціонування». Акцент в роботі був на ці переконання за допомогою:

- ідентифікації та реструктуризації дисфункційних думок (бланк НАДів). Показово було на прикладі ДД¹: «Я не справлюсь з завданнями із-за безсоння» віра у думку на 75% Емоції – гніву 40%, сором-55%, розчарування 70%. АД: «Я достатньо кваліфікована, щоб справитись із завданнями навіть після безсоння» Віра на 90% Гнів – 10, сором – 10, розчарування - 5
- анкета «доказів», на прикладі: "Я буду виснажена і неефективна на роботі, якщо сьогодні не висплюсь" (за формулою підрахунку за останній місяць + наступний тиждень «поганих снів» та «погані робочі дні»), де шансу мати поганий день після сну склав 0.3%.

Після когнітивної роботи бажання «доспати» більш легко нівелювалось, і зриви не були присутні до закінчення терапії.

10-14 сесія: На цих сесіях продовжуючи попередню роботу, досліджували, що є для неї тригеруючим для відчуття стресу, який би впливав на її самопочуття. Повернення до циклу «збудливості» та обговорення стратегій виходу з циклу нагадали, як працює КПТ з проблемою для зміцнення стресостійкості. Задіяні методики були такі:

- моніторинг реакцій на надважливі ситуації – прив'язка НАДів та коупінгу
- корисні/некорисні реагування. «Дерево рішень»
- введення майндфулнес практик (малювання, пиття чаю тощо)
- залучення ціннісної сторони за допомогою «короткий огляд цінностей» та «мішень»

¹ ДД- дисфункційна думка, АД – адаптивна думка

→ техніка SMART

→ поведінковий експеримент «поїхати з друзями на ніч з палатками»

За час роботи із цінностями Алла вперше заговорила про нестачу турботи про себе і в неї піднялась тривога про думку «Можна іноді не бути вдома, коли мама в ремісії» та поведінковий експеримент надихнув на спробу взяти коротку відпустку для подорожі машиною недалеко від Києва.

На сесії з менеджменту рецидиву окреслили ознаки/симптоми повернення безсоння (роздратованість, зміна ритму сну, погіршення самопочуття) та прописали основні стратегії запобігання рецидиву (плекання стресостійкості та резильєнтності – розвиток здобутих навичок та освоєння нових).

Висновки: В цілому за 14 сесій (12 терапевтичних) є добра динаміка по роботі із безсонням.

Хоч у Алли було достатньо мало дисфункційних звичок, щодо гігієни сну та контролю стимулів, все ж були складнощі на початку витримувати деякі корекційні методи. Після когнітивного опрацювання процес пішов краще.

Алла вчилась відслідковувати свої когнітивні фільтри та вчасно відловлювати НАДи, методи релаксації та майндфулнес стали допоміжними у втриманні активності та бадьорості протягом робочого дня з меншим впливом стресорів.

	Початок терапії	5-9 сесія	Останні зустрічі
Шкала інсомнії	19	17	9
Суб'єктивна шкала відчуття енергійності від 0 до 10	4	6,5	6,5

Таблиця 3. Динаміка терапії по шкалах пов'язаних із безсонням.

Рефлексія щодо дипломної роботи

Написання роботи мало значення для структурування інформації з різних досліджень та доказових рекомендацій щодо лікування безсоння. Висновки, які склались по завершенню роботи з літературою та практичного опрацювання запиту, мають свою послідовність:

- має бути добра міждисциплінарна діагностика запиту на труднощі зі сном
- пояснення, пояснення і ще раз пояснення, щодо причин та механізму безсоння
- мати добрий запас наукових статей, щодо функції сну, причин його порушення та доказових методів лікування для представлення клієнту
- обговорювати з клієнтом його можливості та життєвий ритм при плануванні втручання
- протокол лікування інсомнії має вплив не тільки на особистість клієнта, але і доторкається до соціальної сторони його життя. Тому також важливо враховувати труднощі та можливості цього аспекту

Сподіваюсь ця робота буде корисною у популяризації КПТ-I в Україні, як нефармакологічного методу лікування безсоння.

ЛІТЕРАТУРА

1. Прашко Ян, Можны Петр, Шлепецки Милош и др. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. — 1072 с.
2. "Insomnia disorder" Charles M. Morin, Christopher L. Drake, Allison G. Harvey, Andrew D. Krystal Rachel Manber, Dieter Riemann⁶ and Kai Spiegelhalder. DOI: 10.1038/nrdp.2015.26
3. «Clinical Handbook of Insomnia» Hrayr P. Attarian Catherine Schuman. Hardcover, 346 Pages, Published 2010
4. «Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in the military» Taylor et al., 2017; Taylor, Peterson et al., 2018
5. «Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia, A Session-by-Session Guide» – Perlis, M.L., Jungquist, C., Smith, M.T., Posner, D. Published - Dec 1 2005 - 182 page
6. «Insomnia: Neurophysiological and Neuropsychological Approaches» Célyne H. Bastien Received March 2011 Neuropsychology Review 21(1):22-40
7. «Models of Insomnia» Michael Perlis, Paul Shaw, Georgina Cano, and Colin Espie. Principles and Practice of Sleep Medicine. Published - Nov 1 2010 - 850-865
8. "Neuronal Mechanisms for Sleep/Wake Regulation and Modulatory Drive." Ada Eban-Rothschild, Lior Appelbaum and Luis de Lecea. Neuropsychopharmacology. 2018 Apr; 43(5): 937–952.
9. «Non-Pharmacological Treatment of Insomnia» Allison T. Siebern, Sooyeon Suh, and Sara Nowakowski. Neurotherapeutics. 2012 Oct; 9(4): 717–727.
10. «Poor Sleep Quality and Its Consequences on Mental Health During the COVID-19 Lockdown in Italy»/ ORIGINAL RESEARCH published: 09 November 2020 doi: 10.3389/fpsyg.2020.574475

11. «Treating Acute Insomnia: A Randomized Controlled Trial of a “Single-Shot” of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia» Jason G. Ellis, Toby Cushing, Anne Germain Sleep. 2015 Jun 1; 38(6): 971–978.
12. «Using Mindfulness for the Treatment of Insomnia» Jason C. Ong, Ph.D. corresponding author and Christine E. Smith, M.A. Curr Sleep Med Rep. 2017 Jun; 3(2): 57–65.