



Мастер-класс «Практические аспекты проведения КПТ инсомнии – от первого до шестого занятия»

Бессонница является одним из самых распространенных нарушений сна. Наиболее эффективным в долгосрочной перспективе способом лечения хронической бессонницы, имеющим патогенетический эффект, признан метод когнитивно-поведенческой терапии инсомнии (КПТ-И). В нашей стране внедрение этого вида лечения затруднено из-за отсутствия достаточного количества специалистов, владеющих методикой. Целью мастер-класса, проведенного Ириной Михайловной ЗАВАЛКО, врачом неврологом-сомнологом, к.м.н., соавтором первого Европейского руководства по диагностике и лечению бессонницы, активно использующей этот метод в собственной клинической практике более десяти лет, было ознакомление со стандартным протоколом КПТ-И, состоящим из шести консультаций.

Ирина Михайловна построила структуру мастер-класса исходя из стандартной последовательности введения техник. Вначале она отметила, что целью *первой* консультации, помимо диагностики и дифференциальной диагностики, является информирование о теоретических основаниях проведения такого лечения (модификация хронизирующих факторов бессонницы), его эффективности (50–80%, согласно результатам исследований), примерной структуре и необходимости выполнения рекомендаций, а также возможном ухудшении состояния пациента, прежде всего появлении или нарастании дневной сонливости и разбитости в первые 1–3 недели выполнения рекомендаций.

Докладчик представила модель хронической инсомнии Артура Шпильмана, так называемую модель «трех П», являющуюся, исходя из современных представлений, основной теорией, которая объясняет механизмы развития данного расстройства. Согласно этой теории, у пациентов с диагнозом хронической инсомнии изначально имеются предрасполагающие к развитию бессонницы факторы. На фоне провоцирующего события, чаще стресса, впервые развиваются нарушения сна. Под воздействием провоцирующего фактора начинают формироваться поддерживающие, или хронизирующие, бессонницу обстоятельства. После завершения действия провоцирующего фактора именно они приводят к сохранению у пациента нарушения сна, то есть хронической инсомнии.

Основным инструментом, помогающим формировать рекомендации, отслеживать их выполнение, а также прогресс в ходе лечения, является дневник сна. Важно предупредить пациента, что при заполнении дневника не нужно специально отслеживать время засыпания и длительность ночных пробуждений по часам либо излишне выделять эти интервалы времени, иначе это может нарушить сон. Достаточно утром при пробуждении вспомнить, как спал, и отметить это. Стандартно дневник сна включает информацию о наличии и длительности дневного сна, времени отхода ко сну, длительности засыпания, количестве и продолжительности ночных пробуждений, времени окончательного пробуждения, часто субъективном качестве сна и дневного функционирования, а также различных факторах, способных влиять на сон: приеме препаратов, кофе, физической активности, стрессе и др. Участникам мастер-класса были продемонстрированы несколько модификаций дневника сна, а также объяснены подходы к их использованию: вычисление средней продолжительности сна, определение его эффективности, оценка влияний различных факторов на сон и возможность оценки выполнения рекомендаций. Можно использовать как цифровой, так и графический дневник сна, а также приложение, позволяющее заполнять дневник в виде цифр и получать готовый подсчет необходимых параметров.



На *второй* консультации вводятся основные и самые эффективные техники КПТ-И – поведенческие, а именно техники сокращения времени, проводимого в кровати, и терапии контроля стимуляции. Была продемонстрирована двухфакторная модель регуляции сна А. Борбели, согласно которой сон регулируется циркадными ритмами и «давлением сна», которое нарастает в состоянии бодрствования и снижается во время сна. При выполнении техники сокращения времени, проводимого в постели, обычно снижается продолжительность сна и возрастает это давление, что и служит механизмом уменьшения симптомов бессонницы (длительность засыпания и ночных пробуждений).

Были рассмотрены варианты формулирования техник. Например, сокращение времени в постели основано на среднем времени сна, согласно дневникам сна за предыдущую неделю. Это время может быть выбрано как длительность периода, когда пациент может спать в течение суток (вне этого периода находиться в кровати с целью сна запрещается). Возможна модификация, предложенная Джеком Эдингером: к этой цифре прибавляется 30 минут. При формулировке рекомендаций врач согласует с пациентом конкретное время, раньше которого нельзя ложиться спать, и конкретный момент пробуждения по будильнику. Ложиться спать днем не разрешается либо допускается 15–20-минутный сон в первой половине дня или вскоре после обеда.

На следующих консультациях в зависимости от динамики сна и дневного самочувствия принимается решение о расширении/сокращении или сохранении времени пребывания в постели в течение следующей недели. Изначально для принятия решения использован параметр «эффективности сна» – отношение времени сна ко времени, проведенному в кровати. Если эффективность сна превышает 90% (85% у пожилых), время в кровати увеличивают на 15–30 минут. Если эффективность сна оказывается менее 85% (80% у пожилых), время в кровати сокращают на 15–30 минут или до среднего времени сна. Если эффективность сна составляет 85–90%, условия не меняют. В клинической практике иногда удобнее исходить не из величины расчетного показателя эффективности сна, а из количества ночей с длительным засыпанием и/или длительными/частыми ночными пробуждениями, ночей с поверхностным сном. Соответственно при наличии, тем более частом возникновении таких ночей, продолжительность времени в кровати сокращают, а в отсутствие симптомов бессонницы в течение всех ночей наблюдения – увеличивают. Дополнительным фактором для решения вопроса об изменении времени пребывания в постели может быть степень нарастания дневной сонливости: высокая дневная сонливость служит дополнительным (но не абсолютным) аргументом в пользу увеличения продолжительности сна, а отсутствие улучшения или неполное улучшение сна в отсутствие дневной сонливости – поводом для сокращения продолжительности пребывания в постели.

Терапия контроля стимуляции направлена на закрепление условно-рефлекторной связи «кровать – сон» и включает три рекомендации:

- 1) использовать кровать только для сна;
- 2) не спать нигде, кроме своей постели;
- 3) покидать место для сна в отсутствие засыпания в течение 15–20 минут при засыпании с вечера или при ночном пробуждении; заниматься спокойными делами вне постели до появления сонливости; возвращаться в постель при возникновении сонливости.

Тонкости этой техники заключаются в следующем. Важно объяснить пациенту, что длительность засыпания не стоит оценивать по часам, и обсудить, какие именно виды спокойной активности он заготовит на ночное время. Основная цель – не быстрое засыпание конкретной ночью, а перестройка условно-рефлекторной связи и улучшение сна в долгосрочной перспективе.

Упомянутые техники обязательно используются в протоколе КПТ-И. Возможно использование только одной из них. Например, у пожилых пациентов в силу риска падения с кровати при подъеме ночью терапию контроля стимуляции нужно использовать с осторожностью. При назначении этой методики отдельно следует помнить, что в изначальную формулировку техники, которая подтвердила свою эффективность в исследованиях при изолированном применении, входит рекомендация не увеличивать время, отводимое на сон, и не спать днем.

Докладчик также отметила, что при использовании указанных техник важна информированность пациента о возможном временном ухудшении самочувствия, поскольку в первые 1–3 недели продолжительность сна может уменьшаться. Кроме того, пациент должен понимать теоретическую обоснованность метода (нарастание давления сна) и его доказанную эффективность даже при изолированном применении поведенческих техник. Стоит очертить возможные трудности и ухудшение самочувствия, объяснить необходимость выполнения рекомендаций до следующей консультации, то есть в течение недели, в также разъяснить, что через неделю рекомендации не будут отменены, но могут быть модифицированы.

Третья консультация начинается с анализа прошедшей недели, в частности дневников сна пациента. На основании этой информации оценивается правильность выполнения методик, при необходимости проводится их корректировка, в том числе изменение времени нахождения в кровати. Если пациент по каким-либо причинам не соблюдает рекомендации или выполняет их не полностью, необходимо выяснить причины происходящего и по возможности решить вопрос. Может потребоваться и дополнительное объяснение причин для выполнения методик и озвучивание научных данных об их эффективности для повышения мотивации к выполнению поведенческих техник.



Далее к лечению добавляются методики работы с беспокойными мыслями, в частности:

- методика конструктивного решения проблем, при которой пациенту рекомендуется определить, может ли он как-то повлиять на ситуацию. Если да, то сделать это или спланировать действия по решению проблемы. Если нет, то осознать этот факт и переключиться;
- техника «проблема – решение», при которой пациенту рекомендуется до укладывания в постель выписать все беспокоящие его проблемы и дела, а напротив написать первый шаг к их решению или выполнению;
- техника выписывания или вечерних страниц в большей степени подходит для ситуаций, которые человек не может изменить, но по поводу которых испытывает сильные эмоции или волнение.

В этой части презентации также обсуждались техники, которые могут быть задействованы на разных этапах терапии, в частности релаксация, техника парадоксальной интенции, правила гигиены сна и ритуал сна.

Техники релаксации за счет снижения процессов бодрствования при расслаблении могут способствовать засыпанию. Важно, чтобы пациент, с одной стороны, выбрал наиболее подходящий вариант и последовательно практиковал его, с другой стороны – не возлагал слишком больших надежд на эту технику, поскольку основной эффект – именно расслабление, сама методика необязательно действует как снотворное. В качестве средства релаксации могут быть использованы дыхательные методики, мышечная релаксация, визуализация и майндфулнесс.

Парадоксальная интенция была предложена Виктором Франклом сначала для лечения фобий, позже и бессонницы. Формулировка для бессонницы звучит так: старайтесь как можно дольше не засыпать, находясь в кровати, при этом не используя какую-либо специальную активность. Уменьшая стремление («стараясь заснуть») пациента к засыпанию, а также часто внимание/контроль (сплю/не сплю), техника парадоксальным образом приводит к более быстрому засыпанию. Применение техники внутри стандартного протокола нужно обдумать. Часто она используется как поведенческий эксперимент, речь о котором пойдет при описании четвертой консультации.

При обсуждении ритуала сна была озвучена важность проведения последнего часа перед сном (у части пациентов может быть дольше) при приглушенном освещении без использования гаджетов и переходе к спокойной, расслабляющей активности. Важны подготовка и начало расслабления до сна.

На *четвертой* консультации, помимо ежедневной оценки динамики ситуации, четкости выполнения методик и коррекции времени в кровати и решения возникающих проблем, начинается более активное применение когнитивных техник. Как показывают результаты исследований, без применения

когнитивных техник снижается долгосрочный результат КПТ-И. Именно поэтому важно, чтобы врачи, несмотря на непривычный и не всегда знакомый им подход, обязательно работали с дисфункциональными убеждениями в отношении сна, бессонницы и последствий нарушения сна. При этом нужно подчеркнуть, что в задачи КПТ-И не входит психотерапия, а лишь проработка тех мыслей и убеждений, которые связаны со сном. Естественно, при наличии соответствующей квалификации специалист, выполняющий КПТ-И, может предложить пациенту расширить их взаимодействие до объема полноценной психотерапии.

Вниманию слушателей, как и при проведении КПТ-И самому пациенту, был представлен пример типичного круга положительной обратной связи при бессоннице, важную роль в котором играют автоматические мысли: «ситуация: длительное засыпание» – «мысль: если я сейчас не засну, то завтра весь день пойдет насмарку» – «эмоции: тревога» – «результат: физиологические проявления тревоги нарушают сон, в том числе удлиняют засыпание» – «ситуация: длительное засыпание» и т.д. Естественно, у каждого пациента могут отличаться и тип нарушений сна, и конкретная автоматическая мысль, и эмоция, но именно автоматическая мысль, основанная на дисфункциональных убеждениях, является причиной тревоги (либо гнева, раздражения), нарушающей сон. Таким образом, ситуация выглядит сложнее, чем простая условно-рефлекторная связь, описанная Иваном Петровичем Павловым. Между стимулом и реакцией, согласно когнитивной модели Аарона Бека, стоит автоматическая мысль. Выявлению мыслей и убеждений, на которых они основаны, а также когнитивной реструктуризации и было посвящено дальнейшее обсуждение.

Выявить автоматические мысли и убеждения в отношении сна не всегда легко. Если это не получается в процессе беседы, можно попросить пациента заполнить шкалу дисфункциональных убеждений, разработанную Чарльзом Морином. Но предпочтительнее выявлять конкретные мысли и убеждения пациента. Для этого можно:

- спросить: «О чем Вы думаете, когда долго не получается заснуть?» Автоматические мысли о сне и последствиях бессонницы могут также возникать и в течение дня;
- попросить воспроизвести ситуацию или записывать последующие возникшие ситуации и описать их через таблицу «ситуация – возникшая мысль – эмоция – реакция». Причем, заполняя такую таблицу, важно полностью вспомнить в деталях ситуацию. Впоследствии бывает проще осознать возникшую эмоцию или тревогу, а также реакцию (кинуло в жар, забило сердце, не смог заснуть). Лишь сформулировав все происходящее, человек может четко осознать, какая автоматическая мысль пронеслась у него в голове;
- прояснить конкретные убеждения, например: «К чему, на Ваш взгляд, приведет бессонница?»



После этого нужно провести так называемую когнитивную реструктуризацию, то есть опровергнуть дисфункциональную мысль или убеждение. При этом важно помнить, что прямое директивное переубеждение менее эффективно и может вызывать сопротивление пациента. Эффективнее использовать технику сократического диалога, когда, задавая наводящие вопросы, врач помогает пациенту увидеть, что его жесткое дисфункциональное убеждение не полностью описывает реальность, и выявить когнитивные искажения. В качестве наиболее простого в использовании и универсального метода была предложена техника «аргументы „за“/аргументы „против“». Нужно четко сформулировать изначальную мысль. Потом пациент формулирует свои аргументы, подтверждающие это утверждение. Когда все аргументы «за» сформулированы, пациент, при необходимости с помощью врача, ищет опровергающие это утверждение аргументы. Часто (и врачам так привычнее) информацию можно приводить в формате психобразования, то есть, основываясь на результатах научных исследований, формулировать другую точку зрения или опровергающий аргумент, но лучше выводить пациента на рассуждения и альтернативные мысли, задавая вопросы, уточняя, всегда ли одно следует из другого, сталкиваясь ли он с исключениями, что еще может повлиять на ситуацию, кроме сна.

После составления перечня аргументов пациенту предлагают и при необходимости помогают сформулировать новое, более реалистичное и адаптивное утверждение. Крайне важно понимать, что цель техники – записать, необязательно полностью, позитивное утверждение, сформулировать именно реалистичное утверждение, которому пациент будет доверять. Именно для оценки доверия и реакции пациента у него уточняется процент доверия изначальному (до и после выполнения техники) и вновь сформулированному убеждению.

Для выявления дополнительных аргументов, опровергающих дисфункциональные убеждения, может быть использован метод поведенческого эксперимента. Для этой техники подойдут утверждения, которые можно проверить на практике. Моделируется ситуация, в которой можно проверить выбранное соображение. Простым примером служит оценка, стоит ли после «плохой ночи» делать перерывы в работе или, наоборот, не прерываться, чтобы для нее было больше времени. Важно, чтобы пациент четко сформулировал гипотезу. Например, «при непрерывной занятости я сделаю больше продукции». Необходимо определить, как измерять сравниваемые параметры, лучше выбрать 1–3. В данном случае было выбрано число выполненных задач и качество самочувствия по пятибалльной шкале. Дальше пациент при попадании в ситуацию «плохой ночи» действует по одной (с перерывами) стратегии в один или несколько дней и другой (без перерывов) стратегии поведения в другие 1–3 дня

и записывает наблюдения за тем, что будет происходить. Какие именно параметры он будет фиксировать по результатам эксперимента, также стоит обсудить на консультации. В приведенном примере логично отмечать число выполненных задач, возможно по категориям сложности, а также предложить записывать свое самочувствие. На основании результатов эксперимента делаются выводы и, если результаты позволяют, формулируется более адаптивное убеждение.

Всесторонняя оценка ситуации и формулировка более адаптивного утверждения помогают изменить взгляд пациента на ситуацию. Но часто при попадании в неблагоприятные условия, в случае бессонницы при трудностях засыпания, или при ночном пробуждении, или после «плохой ночи» у человека активируются старые убеждения, поэтому важно «натренировать» мозг вспоминать о новом утверждении. Поэтому его рекомендуется записать в виде копировальной карточки и перечитывать первое время хотя бы раз в день.

Пятая консультация снова начинается с оценки дневников сна и обсуждения выполнения рекомендаций не только по поведенческим техникам, но и по когнитивным (запись мыслей, формулировка аргументов и адаптивных утверждений, поведенческих экспериментов, а также мыслей, возникших при перечитывании адаптивных убеждений).

Чаще всего пятая сессия также посвящена работе с дисфункциональными убеждениями.

Если эффект терапии достигнут, пациента предупреждают о том, что следующая встреча будет заключительной. Если терапия по каким-либо причинам не дала положительного эффекта или остаются дисфункциональные убеждения, требующие обсуждения, то совместно с пациентом может быть принято решение о продлении взаимодействия.

На финальной, обычно *шестой*, консультации анализируются дневники сна за неделю. При необходимости изменяется время пребывания в постели, а также даются рекомендации по дальнейшему титрованию этого времени. То есть, увеличивая его на 15–30 минут в неделю или уменьшая на 15–30 минут, если при увеличении сон ухудшился, подобрать подходящее – то, при котором пациент не будет ощущать недостатка сна (дневная сонливость, снижение энергии), а также не будут возникать регулярные нарушения сна (длительное засыпание, ночные пробуждения и т.д.).

В процессе диалога принимается решение, когда пациент перестанет вести дневник сна (после завершения титрации времени в кровати это не требуется, но иногда пациенты решают вести его еще 1–2 недели), как долго он должен четко придерживаться выбранного режима сна (обычно 1–3 месяца), а дальше рекомендуется постепенная проба отклонений от режима (при желании) с напоминанием, что отклонения могут приводить к «плохим ночам». Пациенту также дается задание при желании отходить от слишком спокойной рутины вечером, например встречаться с друзьями, но помнить, что при этом возможно временное ухудшение сна.



Очень важно на финальной сессии обсудить, что возникновение единичных «плохих ночей» или рецидивов бессонницы – возможная ситуация, потому что КПТ-И не убирает предрасполагающие к бессоннице факторы, а работает лишь с поддерживающими. Если пациент в процессе терапии ведет записи, врач рекомендует ему перечитать их перед завершающей консультацией или сформулировать, если записи не велись, следующее: что именно делал и что помогло улучшить сон. Целесообразно формулировать все адаптивные утверждения, чтобы их можно было перечитать при ухудшении сна.

На финальной консультации также разрабатывается противорецидивный план, то есть расписывается, какие действия при каких ухудшениях сна пациент предпримет. Обычно в противорецидивный план включаются возобновление ведения дневника сна, применение техники контроля стимула, спустя какое-то время сокращение времени в кровати, перечитывание записей и возобновление практики релаксации, а также указание, в какой ситуации пациент снова обратится к врачу за помощью.

При обсуждении технических вопросов планирования занятий докладчик остановилась на достаточно распространенной ситуации, когда пациент, ожидая немедленного положительного эффекта лечения и не получая его в течение одной-двух недель, разочаровывается и выбывает из программы. Для повышения приверженности программе КПТ-И необходимо проводить отбор пациентов, исключая имеющих коморбидные состояния в стадии декомпенсации (с высоким уровнем астении, тревоги и депрессии). Важную роль также играет предварительная беседа с пациентами, на которой им объясняют постепенный характер изменений сна без гарантии 100%-ного улучшения. Акцент делается на необходимости прохождения всех этапов программы.

При проведении КПТ-И часто возникает вопрос: можно ли сочетать ее с приемом лекарственных препаратов? Хотя исследования комбинации ситуационного приема снотворных в начале КПТ-И показали неоднозначные результаты, в такой ситуации требуется удлинение времени терапии для отмены препаратов. На практике этот подход используется редко. В то же время целесообразным считается назначение средств, компенсирующих состояния, коморбидные с инсомнией. С этой целью назначают противотревожные препараты, антидепрессанты и др. Важно понимать, исходя из современных представлений, что у хронической инсомнии есть свои механизмы (модель «трех П»),

и поэтому бессонница не рассматривается как симптом тревоги или депрессии, а именно как коморбидное состояние. На фоне коморбидной тревоги симптомы хронической инсомнии возрастают, а нарушения сна в свою очередь усиливают тревогу. Таким образом, формируется порочный круг с положительной обратной связью и нарастанием симптомов.

Наличие тревожных состояний и нарушений сна у взрослых и детей от 12 лет является показанием к назначению препарата Ньюрексан®. Доказан эффект препарата в условиях индуцированного эмоционального стресса в виде снижения активности миндалевидного тела по данным функциональной магнитно-резонансной томографии [1]. В отличие от снотворных и седативных препаратов Ньюрексан® не влияет на способность к выполнению потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций (управление транспортными средствами, работа с движущимися механизмами, работа диспетчера, оператора).

Ньюрексан® в исследованиях влиял на регуляцию эмоций, улучшал бдительность, оказывал регулирующее действие на мозг в состоянии покоя, способствовал нормализации активности мозга после индукции стресса, коррелировал с индивидуальной чертой тревожности, не влиял на снижение концентрации внимания [1–3]. К преимуществам препарата также относится отсутствие межлекарственных взаимодействий (случаи взаимодействия с другими лекарственными средствами не описаны). В зависимости от уровня стрессовой нагрузки рекомендуемая доза препарата варьируется от 3 до 12 рассасываемых таблеток в сутки.

В заключение мастер-класса докладчик напомнила, что приведенный план выполнения программы КПТ-И из шести консультаций является примерным. Однако принципиальное отличие КПТ-И от просто проработки гигиены сна или психотерапии у пациента с диагнозом хронической инсомнии состоит в том, что вначале применяются одна-две основные поведенческие техники КПТ-И (сокращение времени в кровати или терапия контроля стимула). Отличие от сокращенной поведенческой терапии, которая, согласно исследованиям, уступает полному протоколу КПТ-И по долгосрочному результату, заключается в проведении когнитивной реструктуризации дисфункциональных убеждений в отношении сна и бессонницы. *

Публикация подготовлена при поддержке ООО «Хель Рус».

Литература

1. Herrmann L., Vicheva P., Kasties V., et al. fMRI Revealed Reduced Amygdala Activation after Nx4 in Mildly to Moderately Stressed Healthy Volunteers in a Randomized, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. *Sci. Rep.* 2020; 10 (1): 3802.
2. Chand T., Alizadeh S., Li M., et al. Nx4 Modulated Resting-State Functional Connectivity Between Amygdala and Prefrontal Cortex in a Placebo-Controlled, Crossover Trial. *Brain Connect.* 2022; 12 (9): 812–822.
3. Nanni-Zepeda M., Alizadeh S., Chand T., et al. Trait anxiety is related to Nx4's efficacy on stress-induced changes in amygdala-centered resting state functional connectivity: a placebo-controlled cross-over trial in mildly to moderately stressed healthy volunteers. *BMC Neurosci.* 2022; 23 (1): 68.

Ньюрексан®

Новый лекарственный препарат, который может помочь восстановить нарушенное спокойствие в течение дня и улучшить качество сна ночью



Показан при тревожных состояниях и нарушениях сна у взрослых и детей с 12 лет¹



Содержит ингредиенты природного происхождения¹



Действие препарата может проявляться через 30–40 минут²



Не оказывает влияния на способность к выполнению потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенной концентрации внимания и скорости психомоторных реакций¹



Реклама

RU-Mark.HCP.Neur.01.25.12.2022

1. Информация из листка-вкладыша – информации для пациентов: Ньюрексан®, таблетки для рассасывания гомеопатические, РУ ЛП-№(000422)-(ПГ-RU) от 15.11.2021. 2. Danyeli L., Alizabeh S., Surova G., Jamalabadi H., Schultz M. and Walter M. (2019). Effects of Neurexan® on brain responses to deviant stimuli during an auditory oddball task. Front. Psychiatry. Conference Abstract: ISAD LONDON 2017: Perspectives on Mood and Anxiety Disorders: Looking to the future. DOI: 10.3389/conf.fpsy.2017.48.00008.

-Heel

Healthcare designed by nature