



Нарушение сна при расстройстве адаптации

Л.С. Чутко, д.м.н., проф., С.Ю. Сурушкина, к.м.н., А.В. Сергеев

Адрес для переписки: Леонид Семенович Чутко, chutko5@mail.ru

Для цитирования: Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Сергеев А.В. Нарушение сна при расстройствах адаптации. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (41): 56–60.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-41-56-60

Приведен обзор научных публикаций о расстройстве адаптации и нарушении сна как наиболее частом его клиническом проявлении. Рассмотрены традиционные взгляды на изучение данной патологии в рамках расстройств, обусловленных стрессом. Проанализированы работы, посвященные оценке механизмов влияния хронического стресса, лежащего в основе указанной патологии. Описаны биологические и психологические факторы, приводящие к развитию инсомнии, и основные типы нарушения сна при расстройстве адаптации. Перечислены психотерапевтические методы коррекции нарушения сна. Представлены подходы к медикаментозной терапии нарушения сна и результаты исследований эффективности препарата доксиламин.

Ключевые слова: нарушение сна, расстройство адаптации, психотерапевтическая коррекция, снотворные препараты, доксиламин

Понятие «инсомния»

Одним из наиболее частых клинических симптомов, обусловленных стрессом, является нарушение сна – инсомния. Согласно Международной классификации нарушений сна (International Classification of Sleep, ICSD-3), для постановки диагноза инсомнии необходимо соответствие определенным критериям:

- 1) у пациента имеют место трудности с засыпанием, ночные пробуждения и ранние утренние пробуждения;
- 2) нарушено функционирование в состоянии бодрствования;
- 3) пациент может позволить себе спать достаточное количество времени, а не просто ограничивает свой сон;
- 4) перечисленные проблемы возникают не менее трех раз в неделю;
- 5) данные проблемы не объясняются наличием других расстройств сна.

О нарушении функционирования в состоянии бодрствования говорят при наличии одного и более из следующих признаков:

- ✓ усталость/недомогание;
- ✓ нарушение внимания, сосредоточения, запоминания;
- ✓ расстройство настроения/раздражительность;
- ✓ дневная сонливость;

- ✓ проблемы с поведением (гиперактивность, импульсивность, агрессия);
- ✓ снижение мотивации/энергичности/инициативности;
- ✓ подверженность ошибкам и несчастным случаям;
- ✓ беспокойство о сне и неудовлетворенность им [1].

Расстройства адаптации

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра для обозначения нарушений (в том числе астенического характера), возникающих на фоне хронического стресса и последствий острого не угрожающего жизни стресса, предусмотрена категория «расстройство адаптации» (adjustment disorder) (6B63).

В основе патогенеза расстройства адаптации (РА) лежит воздействие хронического стресса, приводящее к перенапряжению механизмов психической адаптации. К факторам, вызывающим стресс (стрессогенные факторы), относятся острые или хронические психотравмирующие обстоятельства, финансовые проблемы, выраженные неблагоприятные жизненные перемены, конфликты в семье и на работе [2].

РА определяется, с одной стороны, характеристиками стрессора (продолжительность, интенсивность), с другой – особенностями личности, влияющими



на индивидуальные адаптационные механизмы. Если острый стресс обусловлен сильными или внезапными переменами (смерть близкого человека или разлука с ним, развод, лишение жилья и имущества, увольнение с работы, известие о серьезной собственной болезни или болезни близкого родственника, семейный или производственный конфликт и др.), то хронический стресс в большей степени связан с недостаточностью индивидуальных механизмов адаптации к испытываемым хроническим перегрузкам [3].

В последние десятилетия при описании механизмов хронического стресса используется понятие аллостаза – активного процесса поддержания гомеостаза [4]. Аллостаз характеризуется сверхактивацией регуляторных систем в силу избыточной продукции кортизола и адреналина. В результате такой активации организм переходит в аллостатическое состояние. В норме оно сменяется достижением гомеостаза на ином уровне, при других параметрах внутренней среды, за счет формирования новых систем нейроэндокринной регуляции, освоения новых форм поведения и новых стратегий адаптации.

По мнению Р. Сапольски (2015), аллостаз характеризуется напряженным и неустойчивым функционированием организма в ожидании стресса [5]. При слишком длительном пребывании организма в готовности к стрессу или под воздействием хронического стресса формируется аллостатическая нагрузка (allostatic load), нередко как результат избыточной реакции на стресс.

Исследования, проведенные в европейских странах (Швеция, Финляндия, Норвегия, Германия), показали, что РА отмечается в общей популяции примерно в 1–2% случаев [6–8]. Однако на фоне пандемии частота встречаемости данного расстройства возросла. Как показал онлайн-скрининг, проведенный среди итальянцев, находившихся на карантине в период эпидемического пика COVID-19, клинически значимые симптомы РА наблюдаются почти в 22% случаев [9].

Стресс и нарушение сна

Ранее последствия хронического стресса чаще описывались в рамках неврастения. Б.Д. Карвасарский (1990) рассматривал нарушения сна как составную часть астенической триады – вместе с утомляемостью и психовегетативными расстройствами [10].

Ю.Я. Тупицын (1973) указывал на преобладание при неврастении пресомнических расстройств, неглубокого сна с пробуждениями и укороченного сна из-за раннего пробуждения [11].

Г.В. Морозов (1988) обращал внимание на то, что расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностью последующего засыпания, ранним пробуждением [12]. После сна астенизированные пациенты не чувствуют себя отдохнувшими.

Может наблюдаться отсутствие чувства сна в ночное время, хотя на самом деле больные спят. С углублением астении, особенно при физических или психических нагрузках, возникает чувство сонливости в дневное время. Сон больного неврастением чуток, тревожен, «прозрачен», иногда отсутствует чувство сна и всегда отсутствует ощущение свежести после сна.

А.М. Свядощ (1997) отмечал, что при неврастении часто имеют место разнообразные нарушения сна: затрудненное засыпание, поверхностный сон с обилием сновидений. При этом после сна не возникает ощущения бодрости и свежести [13].

Согласно ICSD-3, острый стресс может стать причиной кратковременной (адаптационной) инсомнии, при которой нарушения сна наблюдаются менее трех месяцев [1]. Пациенты жалуются на удлинение времени засыпания, частые ночные пробуждения с длительными периодами бодрствования. При этом общая продолжительность сна снижается, отмечается неудовлетворенность его качеством. Острая инсомния вызывается значимыми для человека психотравмирующими событиями: потерей близких, катастрофой, тяжелыми заболеваниями. Особенностью этой формы инсомнии состоит в том, что при прекращении воздействия стрессовых факторов или по мере адаптации к ним уменьшается выраженность симптомов.

Т. Lallukka и соавт. (2013), V. Pillai и соавт. (2014), А. Doherty и соавт. (2019) показали связь между нарушением сна и плохой адаптацией к стрессу, бессонницей, семейными и производственными конфликтами [14–16].

Еще в середине XX в. Р. Лазарус ввел понятие психологического стресса, который в отличие от физиологической высоко стереотипизированной стрессовой реакции считается реакцией, опосредованной оценкой угрозы и защитными процессами [17]. Р. Лазарус определил стресс как связь между человеком и средой, оцениваемую человеком как обременяющую или превышающую его ресурсы и подвергающую опасности его благополучие. Это состояние в большей степени продукт когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, собственных возможностей (ресурсов), степени обученности способам управления и стратегии поведения в экстремальных условиях, их адекватному выбору.

Согласно модели А. Spielman и соавт. (1987), существуют три вида факторов, вызывающих инсомнию [18]. Предрасполагающие факторы (биологические особенности, отражающие гиперактивность стрессовых систем организма) создают почву для развития инсомнии. Провоцирующие факторы – причина возникновения острого стресса и острой инсомнии. Наличие поддерживающих факторов способствует переходу инсомнии в хроническую форму. В рамках данной модели при наличии дезадаптивных убеждений, индивидуальных особенностей (перфекционизм, тревожность и др.), тре-



вожных и депрессивных расстройств развивается хроническая инсомния. Говоря о дезадаптивных убеждениях, следует упомянуть неадекватное представление о потребности в сне и чрезмерное беспокойство о негативном дневном эффекте недостаточного по времени или глубине сна (плохо спал ночью, значит, буду обязательно плохо чувствовать себя на следующий день). В результате начинает доминировать идея здорового сна. В вечернее время человек вспоминает, как накануне не мог заснуть. Перед отходом ко сну у него возникает возбуждение, связанное с размышлением и беспокойством о предстоящем сне. Но чем сильнее стремление заснуть, тем выше возбуждение, мешающее процессу засыпания.

Острая и хроническая инсомния

Согласно данным литературы, распространенность острой инсомнии в популяции взрослых достигает 8–10%. Почти в 30% случаев могут встречаться отдельные симптомы инсомнии [19, 20]. По данным Американской ассоциации сна, около 20% взрослых испытывают подобное расстройство по крайней мере один раз в год, до 90% – хотя бы раз в жизни [1]. Лица, страдающие бессонницей, демонстрируют повышенную нейробиологическую и когнитивно-эмоциональную реакцию на стресс [21, 22]. Существует специфичный для сна компонент стрессовой реактивности, который называют реактивностью сна [23, 24].

Хронической считается инсомния длительностью свыше трех месяцев. Если дебют инсомнии связан с влиянием провоцирующих факторов и в остром периоде нарушение сна рассматривается как реакция на негативное воздействие (стрессор), то наличие предиспозиции снижает адаптационные возможности пациента и повышает риск проявления поддерживающих факторов и хронизации инсомнии [25].

Фармакотерапия инсомнии

При нарушении сна используются психотерапевтические методики, а также фармакотерапия. Предпочтение отдается психотерапевтическим методам, непосредственно влияющим на закрепляющие и поддерживающие инсомнию факторы. Прежде всего это касается хронической инсомнии. При острой инсомнии адекватное применение фармакотерапевтических средств способно уменьшить влияние патологических факторов.

В современной клинической практике для лечения инсомнии используют несколько групп лекарственных средств: препараты Z-группы, агонисты рецепторов мелатонина, антидепрессанты, бензодиазепиновые препараты, препараты лекарственных трав, блокаторы гистаминовых рецепторов [26].

Последние используются для кратковременного лечения нарушения сна. Эти препараты блокируют H_1 -гистаминовые рецепторы, снижая активность гистаминаергической системы. Пред-

ставителем данной группы препаратов является доксиламин – этаноламин с длительным периодом полувыведения (десять часов). Показание к применению доксиламина – кратковременное расстройство сна. Препарат оказывает снотворное, седативное и M-холиноблокирующее действие. Доксиламин сокращает время засыпания, повышает длительность и качество сна, не изменяя его фазы.

В рандомизированных клинических исследованиях эффективности доксиламина у пациентов с инсомнией наблюдалась положительная динамика субъективных характеристик сна [27, 28]. Субъективные ощущения положительного эффекта подтверждаются результатами исследования структуры сна – увеличением длительности сна (снижение длительности засыпания) и фазы быстрого сна [29].

В многоцентровом открытом сравнительном рандомизированном исследовании показано, что краткосрочный прием доксиламина оказывает выраженный положительный клинический эффект при острой инсомнии и характеризуется удовлетворительной переносимостью [30]. Клиническая эффективность препаратов доксиламина распространяется как на степень выраженности инсомнии, так и на субъективное качество сна и проявления дневной сонливости.

Доксиламин имеет несомненные преимущества. Его применение способствует сохранению естественной структуры сна. При этом отсутствуют привыкание и зависимость (не развивается синдром отмены). Кроме того, прием препарата не сопровождается ухудшением когнитивных функций пациента [31].

В Российской Федерации доксиламин представлен жидкостью для приема внутрь, препаратом Валокордин-Доксиламин и рядом таблетированных препаратов. Жидкая форма позволяет обеспечивать более гибкую дозировку. В 1 мл (22 капли) препарата содержится 25 мг доксиламина сукцината – суточная доза, которую следует принимать за 15 минут до сна. Валокордин-Доксиламин взрослые пациенты применяют короткими курсами (от однократного приема, «по потребности», до одной-двух недель с постепенным уменьшением). Чтобы избежать рикошетной инсомнии после резкой отмены, дозу препарата можно постепенно снижать, например с 22 капель до 14, а затем до семи [31].

Препарат противопоказан при закрытоугольной глаукоме и доброкачественной гиперплазии предстательной железы из-за наличия холинолитического эффекта. Необходимо помнить о риске развития побочных эффектов доксиламина, таких как сухость во рту, сердцебиение, запор, задержка мочи, головная боль, тремор, головокружение, нарушение аккомодации, сонливость после пробуждения. Однако побочные эффекты препарата редко бывают резко выраженными и обычно не являются причиной его отмены [30].



Психотерапия нарушений сна

Особое значение в лечении инсомнии имеют психотерапевтические методики. Одной из основных методик является рациональная психотерапия. Подобная методика должна применяться не только психотерапевтами, но и врачами соматических специальностей. Главная мишень такого лечения – искаженная внутренняя картина болезни, создающая дополнительный источник эмоциональных переживаний. Основоположником данной концепции считается швейцарский невропатолог П. Дюбуа (P. Dubois) (1912). Во главу угла он ставил убеждение пациента. Пациентам с бессонницей П. Дюбуа рекомендовал следующее: «Не думайте о сне, он улетает как птица, когда за ним гоняты; уничтожайте здоровым размышлением ваши пустые заботы и закончите день на какой-нибудь простой мысли, которая даст вам спокойно заснуть» [13].

Основными постулатами когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) являются утверждения, что эмоции и поведение зависят от восприятия жизненных обстоятельств, а самочувствие определяется не событиями, а способом их истолкования. Работа психотерапевта сводится прежде всего к выявлению иррациональных установок больного, далее к их переосмыслению и затем к формированию и закреплению у пациента гибких рациональных установок. Психотерапевт помогает пациенту дифференцировать события, которые можно изменить и которые изменить нельзя. Задача психотерапевта – помочь пациентам избавиться от алогичных, иррациональных идей и установок, заменить их логичными и рациональными.

Один из наиболее важных компонентов КПТ инсомнии – рестрикция сна – ограничение времени, проведенного в постели. По указанию психотерапевта пациенту необходимо ограничить длительность пребывания в постели количеством времени, которое, по его мнению, он спит [32].

Существует одно правило, которое пациенту трудно принять: если в течение 15–20 минут заснуть не удается,

необходимо встать, покинуть спальню и заняться спокойной деятельностью (чтение книги, прослушивание спокойной музыки) в соседней комнате. В постель пациенту следует вернуться только тогда, когда он почувствует себя снова сонным. Если после этого он не сможет заснуть в течение 15–20 минут, нужно снова встать и покинуть спальню. Процедуру надо повторять, пока пациенту не удастся фактически заснуть. Аналогичным образом необходимо действовать и при пробуждении среди ночи. Это правило позволяет ослабить выученную связь «постель – инсомния», а также улучшить эффективность сна [32].

Важно помочь пациенту разработать режим деятельности, предшествующей сну: не менее чем за час перед засыпанием расслабиться или релаксировать с помощью стандартных методов, заниматься спокойной деятельностью и, наоборот, полностью избегать решения любых проблем, как рабочих, так и семейных. Подготовка (ванна, переодевание) должна быть включена в этот спокойный час [32].

Основное правило КПТ инсомнии – постель служит только для сна или секса. В постели не разрешается читать, смотреть телевизор, слушать музыку, звонить по телефону, принимать пищу, пить или выполнять любую другую деятельность, несовместимую со сном, даже если пациент к этому привык. Речь идет об очень важной составляющей подкрепления связи «постель – сон». Пациенту строго запрещено спать в течение дня, даже если он жалуется на невыносимую сонливость после плохой ночи.

Заключение

Оказание помощи больным с РА и нарушением сна считается профилактикой развития хронической инсомнии. При нарушении сна необходимо применять как фармако-, так и психотерапию. *

*Публикация подготовлена при поддержке
«Кремель Мойзельбах ГмбХ»
(Krewel-Meuselbach GmbH, Германия).*

Литература

1. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL USA: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
2. Чутко Л.С., Козина Н.В. Сидром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2013.
3. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии. Н. Новгород: Издательство НижГМА, 2009.
4. Sterling P. Allostasis: a model of predictive regulation. *Physiol. Behav.* 2012; 106 (1): 5–15.
5. Сапольски Р. Психология стресса. Пер. с англ. / под ред. Е.И. Николаевой. СПб.: Питер, 2015.
6. Maercker A., Forstmeier S., Pielmaier L., et al. Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012; 47 (11): 1745–1752.
7. Sundquist J., Ohlsson H., Sundquist K., Kendler K.S. Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. *BMC Psychiatry.* 2017; 17 (1): 235.
8. Zelviene P., Kazlauskas E., Eimontas J., Maercker A. Adjustment disorder: empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *Eur. Psychiatry.* 2017; 40: 20–25.
9. Rossi R., Succi V., Pacitti F., et al. Mental health outcomes among front and second line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. *MedRxiv.* 2020.
10. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990.
11. Тупицын Ю.Я. Лечение психогенных нарушений сна. *Журнал невропатологии и психиатрии.* 1973; 5: 742–745.



12. Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н. Новгород: Издательство НижГМА, 1998.
13. Святоц А.М. Неврозы. Руководство для врачей. СПб.: Питер, 1997.
14. Lallukka T., Arber S., Laaksonen M., et al. Work-family conflicts and subsequent sleep medication among women and men: a longitudinal registry linkage study. *Soc. Sci. Med.* 2013; 79: 66–75.
15. Pillai V., Roth T., Mullins H.M., Drake C.L. Moderators and mediators of the relationship between stress and insomnia: stressor chronicity, cognitive intrusion, and coping. *Sleep.* 2014; 37 (7): 1199–1208.
16. Doherty R., Madigan S., Warrington G., Ellis J. Sleep and nutrition interactions: implications for athletes. *Nutrients.* 2019; 11 (4): 822.
17. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс. М., 1970; 178–209.
18. Spielman A., Caruso L., Glovinsky P. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1987; 10 (4): 541–543.
19. Ellis J.G., Perlis M.L., Neale L.F., et al. The natural history of insomnia: focus on prevalence and incidence of acute insomnia. *J. Psychiatr. Res.* 2012; 46 (10): 1278–1285.
20. Vargas I., Nguyen A.M., Muench A., et al. Acute and chronic insomnia: what has time and/or hyperarousal got to do with it? *Brain Sci.* 2020; 10 (2): 71.
21. Baglioni C., Spiegelhalder K., Regen W., et al. Insomnia disorder is associated with increased amygdala reactivity to insomnia-related stimuli. *Sleep.* 2014; 37 (12): 1907–1917.
22. Fernandez-Mendoza J., Li Y., Vgontzas A.N., et al. Insomnia is associated with cortical hyperarousal as early as adolescence. *Sleep.* 2016; 39 (5): 1029–1036.
23. Drake C.L., Pillai V., Roth T. Stress and sleep reactivity: a prospective investigation of the stress-diathesis model of insomnia. *Sleep.* 2014; 37 (8): 1295–1304.
24. Заброда Е.Н., Гордеев А.Д., Амелина В.В. и др. Клинико-психологические и полисомнографические особенности лиц с высокой реактивностью сна к стрессу. *Acta Biomedica Scientifca.* 2023; 8 (2): 195–202.
25. Полуэктов М.Г., Пчелина П.В. Современные представления о механизмах развития и методах лечения хронической инсомнии. *РМЖ.* 2016; 7: 448–452.
26. Полуэктов М.Г., Бузунов Р.В., Авербух В.М. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. *Неврология и ревматология. Приложение к журналу Consilium Medicum.* 2016; 2: 41–51.
27. Smith G.M., Smith P.H. Effects of doxylamine and acetaminophen on postoperative sleep. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1985; 37 (5): 549–557.
28. Schadeck B., Chelly M., Amsellem D. Comparative efficacy of doxylamine (15 mg) and zolpidem (10 mg) for the treatment of common insomnia – a placebo-controlled study. *La Semaine des hopitaux de Paris.* 1993; 72 (13–14): 428–439.
29. Левин Я.И. Доксиламин (Донормил) в лечении инсомнии. *РМЖ.* 2006; 9: 704.
30. Мельников А.Ю., Лаврик С.Ю., Бикбулатова Л.Ф. и др. Эффективность препарата Реслип (доксиламин) при острой инсомнии: многоцентровое открытое сравнительное рандомизированное исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117 (4–2): 56–59.
31. Бурчаков Д.И., Тардов М.В. Инсомния в практике терапевта: роль доксиламина. *Медицинский совет.* 2020; 2: 45–53.
32. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М.: ИОИ, 2015.

Sleep Disorder in Adjustment Disorder

L.S. Chutko, PhD, Prof., S.Yu. Surushkina, PhD, A.V. Sergeev

N.P. Bekhtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences

Contact person: Leonid S. Chutko, chutko5@mail.ru

The article provides an overview of scientific publications on adjustment disorder and sleep disorders as its most common clinical manifestation. Traditional views on the study of this pathology within the framework of disorders caused by stress are considered. A review of publications devoted to the study of the mechanisms of influence of chronic stress underlying this pathology is provided. The biological and psychological factors leading to the development of insomnia and the main types of sleep disorders observed in adjustment disorders are described. The principles of psychotherapeutic methods used to correct sleep disorders are outlined. Approaches to drug therapy for sleep disorders and the results of studies on the effectiveness of the use of the drug doxylamine are considered.

Keywords: *sleep disorders, adjustment disorder, psychotherapeutic correction, sleeping pills, doxylamine*

ВАЛОКОРДИН®-ДОКСИЛАМИН

немецкий препарат доксиламина
в форме капель для приёма внутрь

для крепкого сна...



РУ ЛП-000013 от 15.10.2010



Возможность выбора индивидуальной дозы способствует повышению комплаентности



Удобная запатентованная капельница упрощает дозирование



Начало действия – в течение 30 минут после приёма, продолжительность сна 3-6 часов

KrewelMeuselbach КМ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ