

Л. М. Юр'єва, Ю. В. Лященко
**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДИССОМНІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ
(огляд літератури)**

Л. Н. Юрьева, Ю. В. Лященко
**Диагностика и лечение диссомнических нарушений у больных с тревожно-депрессивными расстройствами
(обзор литературы)**

L. Yuryeva, Yu. Liashchenko
**Diagnosis and treatment of dyssomnic impairment in patients with anxiety-depressive disorders
(literature review)**

Порушення сну є однією з найчастіших скарг у пацієнтів, які звертаються по медичну допомогу. Так само диссомнічні розлади часто супроводжуються іншими соматичними і психічними захворюваннями. Найбільша коморбідність порушень сну помічена з тривожними і депресивними розладами, взаємозв'язок яких визначається як двоспрямований, і які можуть посилювати перебіг один одного, а так само впливати на результати лікування і виникнення рецидиву в подальшому. Метою цієї статті було проведення систематичного літературного огляду низки досліджень, що стосувалися вивчення питань взаємозв'язку тривожно-депресивних розладів і порушень сну, особливостей оцінки та сучасних підходів терапевтичного впливу. В результаті систематичного пошуку літератури були відібрані 25 досліджень для подальшого аналізу. Критеріями відбору були наявність інформації про взаємний вплив розладів сну на перебіг станів тривожно-депресивного спектра, способів контролю і самоконтролю порушень сну у пацієнтів, а також підходів фармакологічного і психотерапевтичного впливу. У більшій частині досліджень повідомлялося про успішне застосування психоосвітньої роботи, когнітивно-поведінкової психотерапії (індивідуальної, групової) й особистісно-орієнтованої психотерапії з метою корекції сну у пацієнтів, водночас було відзначено, що відновлення сну приводило до суттєвого поліпшення коморбідних станів. Так само було виявлено, що найбільш досліджуваними порушення сну були при депресивному розладі, тоді як взаємозв'язок і способи корекції диссомнії при тривожних розладах вивчено недостатньо.

Отже, подальші дослідження, спрямовані на розширення способів корекції сну при тривожних станах, і створення відповідних диференційованих реабілітаційних програм лікування хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями сну внесли б вагомий внесок в розвиток клінічної медико-психологічної та психіатричної практики.

Ключові слова: депресія, лікування диссомнії, психофармакотерапія, психотерапія, розлади сну, тривога

Нарушения сна — одна из наиболее частых жалоб у пациентов, обращающихся за медицинской помощью. В свою очередь, диссомнические расстройства часто сопутствуют другим соматическим и психическим заболеваниям. Наибольшая коморбидность нарушений сна замечена с тревожными и депрессивными расстройствами, взаимосвязь которых определяется как двунаправленная, и которые могут усугублять течение друг друга, а также влиять на результаты лечения и возникновения рецидива в дальнейшем. Целью настоящей статьи являлось проведение систематического литературного обзора ряда исследований, касающихся изучения вопросов взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств и нарушений сна, особенностей оценки и существующих подходов терапевтического воздействия. В результате систематического поиска литературы были отобраны 25 исследований для дальнейшего анализа. Критериями отбора были наличие информации о взаимном влиянии расстройств сна на течение состояний тревожно-депрессивного спектра, способов контроля и самоконтроля нарушений сна у пациентов, а также подходов фармакологического и психотерапевтического воздействия. В большинстве исследований сообщалось об успешном применении психообразовательной работы, когнитивно-поведенческой психотерапии (индивидуальной, групповой) и личностно-ориентированной психотерапии с целью коррекции сна у пациентов, при этом было отмечено, что восстановление сна приводило к значительному улучшению коморбидного состояния. Также было обнаружено, что наиболее исследуемыми нарушениями сна были при депрессивном расстройстве, в то время как взаимосвязь и способы коррекции диссомнии при тревожных расстройствах изучены недостаточно.

Таким образом, дальнейшие исследования, направленные на расширение способов коррекции сна при тревожных состояниях, и создание соответствующих дифференцированных реабилитационных программ лечения больных тревожно-депрессивными расстройствами с нарушениями сна внесли бы значительный вклад в развитие клинической медико-психологической и психиатрической практики.

Ключевые слова: депрессия, лечение диссомнии, психофармакотерапия, психотерапия, расстройства сна, тревога

Sleep disorders are one of the most common complaints in patients seeking medical attention. In turn, dyssomnic disorders are often associated with other somatic and mental illnesses. The greatest comorbidity of sleep disorders is seen with anxiety and depressive disorders. The relationship, which is defined as bi-directional and can aggravate the course of each other, as well as affect the results of treatment and the occurrence of relapse in the future. The purpose of this article was to conduct a systematic literature review of a number of studies related to the study of the relationship between anxiety-depressive disorders and sleep disorders, assessment features and existing therapeutic approaches. As a result of a systematic literature search, 25 studies were selected for further analysis. The inclusion criteria were the availability of information on the mutual influence of sleep disorders on the course of states of the anxiety-depressive spectrum, methods of monitoring and self-monitoring sleep disorders in patients, as well as approaches of pharmacological and psychotherapeutic influence. Most studies reported the successful use of psychoeducational work, cognitive-behavioral therapy (individual, group), and person-centered psychotherapy to correct sleep in patients, and it was noted that sleep recovery led to a significant improvement in comorbidity. It was also found that the most studied sleep disorders were in depressive disorder, while the relationship and methods of correcting dyssomnias in anxiety disorders have not been studied enough.

Thus, further research aimed at expanding the methods of sleep correction in anxiety states and the creation of appropriate differentiated rehabilitation programs for the treatment of patients with anxiety-depressive disorders with sleep disorders would make a significant contribution to the development of clinical medical, psychological and psychiatric practice.

Key words: depression, dyssomnia treatment, psychopharmacotherapy, psychotherapy, sleep disorders, anxiety

Сон — є фундаментальним робочим станом центральної нервової системи, що займає до третини людського життя. Біологія сну взаємно пов'язана з регуляцією емоцій і її нейрофізіологічними субстратами. Відомо, що гени, пов'язані з циркадними ритмами, асоціюються з низкою психічних розладів. Дофамінергічна та серотонінергічна функції взаємодіють з циркадними і сонними біологічними механізмами. Ці нові результати були внесені в нову трансдіагностичну і просторову етіологічну і клінічну перспективу проблем зі сном в психопатології [10].

Порушення сну і неспання є відмінною рисою психічних розладів. В одній з праць було показано, що у тих, хто страждає на первинну тривожність або розлад настрою, виявлено виражені труднощі засипання з поганою і нестабільною консолідацією сну [22].

У дослідженнях, в яких відстежували паттерни сну протягом періоду тривоги і депресії, початок порушення сну зазвичай припадав на момент прояву симптомів (наприклад, в 80 % випадків тривоги) і часто передував рецидиву розладів (наприклад, 56 % випадків розладу настрою) [12]. Отримані дані відповідають повідомленням про те, що поганий сон є чинником ризику в розвитку і підтримці розладів настрою. Також було показано, що проблемний сон посилює тяжкість симптомів і може відображати загальний вплив сну на здатність регулювати емоції. Підтверджуючи міцний зв'язок між настроєм і сном, у 40—50 % людей, що страждають від проблем зі сном, одночасно спостерігається психічний розлад [16].

Безсоння було підтверджене як чинник ризику розвитку психічних розладів в майбутньому, де люди, які повідомляють про безсоння або погану якість сну, можуть піддаватися більш високому ризику рецидиву депресії протягом усього життя [19].

Крім того, варто наголосити, що наявність тривалих порушень сну у хворих на тривожно-депресивні розлади підвищує ризик суїцидальних думок і поведінки.

У частині досліджень надавали увагу взаємозв'язку задоволеності життям, як компоненту суб'єктивного благополуччя, і якості сну. Це стосується когнітивних суджень, які залишаються досить постійними навіть протягом тривалішого періоду [18].

В одному з досліджень виявили, що депресивні симптоми та задоволеність життям були великою мірою пов'язані з якістю сну, акцентуючи важливість стабільних і динамічних особливостей настрою на паттерни сну. Результати досліджень показали, що ці взаємозв'язки якнайкраще відображати, зважаючи на спільний вплив симптомів депресії і задоволеністю життям, з вираженішими симптомами депресії, що асоціюються з суттєво гіршою якістю сну, особливо серед людей з нижчим рівнем задоволеності життям. Так само було виявлено, що учасники з депресивними симптомами мали набагато гіршу якість сну, якщо вони належали до незадоволеної групи, чим якби вони належали до задоволеної групи [18].

Загалом, попередні дослідження показують, що порушення сну може слугувати одним з чинників ризику виникнення, персистенції і рецидиву депресії [21].

Поширеність диссомнічних порушень серед населення залежить від їх виявлення і коливається від 6 % (клінічний діагноз безсоння) до 48 % (труднощі

з ініціацією чи підтримкою сну або раннім уранішнім пробудженням) [18]. Відповідно до деяких досліджень, захворюваність на безсоння була вищою у жінок та може зростати в певні моменти життя (наприклад, вагітність, післяпологовий період та менопауза) [24]. Безсоння (за DSM5) спостерігалось найчастіше серед пацієнтів з депресивним розладом (45,0 %), за яким йшов тривожний розлад (33,0 %) [23]. Двофакторний аналіз показав, що люди з розладом безсоння за DSM-5 відрізнялися від пацієнтів без розладу, і відображає більшу поширеність серед молодшої вікової групи (від 21 до 39 років), безробітних, тих, хто мав низький рівень фізичної активності, тих, хто мав вторинний психіатричний діагноз, і тих, хто вживав ліки для сну [23].

Серйозна зміна була зроблена відповідно до рекомендацій Державного інституту науки США про стан науки 2005 року щодо класифікації розладів безсоння. Робоча група DSM-5 з розладів сну і неспання взяла до уваги патологічні й етіологічні чинники, пов'язані з розладами сну і неспання, і додала ці зміни з метою підвищення одноманітності і узгодженості серед медичних працівників під час оцінювання і лікування пацієнтів з різними диссомнічними розладами. Отже, дослідження феномена безсоння DSM-5 серед осіб з психічними розладами стає більш значущим без потреби диференціювати первинне і вторинне безсоння і дає змогу проводити коректне порівняння з іншими групами населення [23].

Найбільш вивченими з точки зору порушень сну є депресивні розлади, тоді як серед тривожних — генералізований тривожний розлад, панічний розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Водночас праць, присвячених клінічно значущим особливостям розладів сну і впливу їх на перебіг і лікування інших тривожних станів, недостатньо.

У даних літератури описують численні способи оцінювання диссомнічних розладів. До них належать різноманітні інструменти самозвітів, наприклад, найбільш інформативний Пітсбурзький опитувальник якості сну, Індекс тяжкості безсоння, щоденник сну, який пацієнт заповнює протягом 1—2 тижнів, та ін. Для об'єктивного оцінювання порушень сну «золотим» стандартом вважають полісомнографію [10] та наручну актіографію [25].

Метааналіз полісомнографічних досліджень при деяких психічних розладах, зокрема і депресивних і тривожних розладах, виявив зниження ефективності, тривалості сну, труднощі з ініціацією [10].

Лікування порушень сну у хворих на тривожно-депресивні розлади має бути комплексним і мати в своєму складі психофармакотерапію, психотерапію і соціально-середовищний вплив.

Спектр препаратів, які використовують при розладах сну, досить великий, причому не усі вони належать до істинних снодійних засобів, а нерідко є представниками різних класів психотропних засобів [6, 7].

З ускладненням клінічної картини і хронізацією тривоги перевагу віддають антидепресантам або комбінованій терапії. До препаратів першої лінії лікування хронічних тривожних розладів належать селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та бензодіазепінові анксиолітики, які використовують

для купірування гострих симптомів тривоги. Усі вищезазначені препарати, коригуючи стан емоційної сфери, тією чи іншою мірою впливають на сон людини. Вони спрощують засипання, зменшують кількість і тривалість нічних пробуджень, таким способом впливаючи на процеси відновлення, що відбуваються під час нічного сну [1, 3, 4].

Проте, багато з антидепресантів можуть так само і несприятливо впливати на сон, особливо спричиняючи або посилюючи безсоння, сонливість в денний час або седативний ефект, а також мають обмежений час приймання, що суттєво може порушувати соціальне функціонування [5, 17, 19]. З огляду на двоспрямованість зв'язку між психічними захворюваннями і безсонням, призначення препаратів, які покращують якість сну, можуть бути раціональним підходом для поліпшення медичного стану психіатричних пацієнтів [4, 19].

Крім того, приймання похідних бензодіазепінів може супроводжуватися формуванням звикання, залежності, потребою постійно збільшувати дозу препарату при тривалому вживанні. Ці препарати, зазвичай, підвищують вірогідність появи апное уві сні [8], можуть спричиняти соматичні ускладнення [1, 3].

До сучасних гіпнотиків належать похідні циклопіролона (зопіклон) і імідазопіридина (золпідем). Серед їхніх переваг є відсутність звикання, короткий період напіввиведення і, як наслідок, відсутність порушень денного неспання [3].

Останнім часом з'явилися ряд агоністів рецепторів мелатоніна для лікування розладів сну: рамелтеон для лікування безсоння, що характеризується труднощами з початком сну, агомелатин для лікування депресії і пов'язаних з нею порушень сну [19].

Результати відкритого дослідження показали, що у пацієнтів з тривожним розладом рамелтеон (8 мг, 12-тижневе відкрите приймання, $n = 27$) показав істотне поліпшення параметрів сну (коротший час очікування, збільшення загального часу сну (*TST*) і зменшення денної сонливості), а також зниження симптомів тривоги. Так само агомелатин (25 мг/день протягом 6 тижнів) сприяв відновленню архітектури сну у пацієнтів з депресією, як показали полісомнографічні записи, поліпшенню якості і безперервності сну і збільшенню тривалості повільного сну (*SWS*) без зміни часу сну зі швидким рухом очей (*REM*) [19].

Сучасні снодійні препарати дають змогу отримати потрібну снодійну дію, що не супроводжується негативними змінами структури сну і якості подальшого неспання [6] і досить широко доступні, проте можуть призвести до толерантності при повторному застосуванні, спричиняти залежність. Останніми роками все більше з'являється досліджень з приводу застосування різних видів психотерапевтичного впливу на порушення сну, коморбідні з депресивними і тривожними розладами.

В одному з досліджень, де вивчали зв'язок між лікуванням безсоння із застосуванням когнітивно-поведінкової психотерапії і усуненням коморбідної тривоги і депресії, було виявлено, що тривожність і депресивні стани мають тенденцію поліпшуватися за допомогою втручань, спрямованих на безсоння, навіть без специфічного усунення симптомів коморбідних станів [11]. Також було зазначено більше

зниження симптомів тривоги і депресії після когнітивно-поведінкової терапії в підгрупі пацієнтів з супутніми захворюваннями порівняно з групою пацієнтів без них. Попередні дослідження показали, що проблеми зі сном, якщо на них не спрямоване лікування, зазвичай, зберігаються навіть при поліпшенні основних симптомів розладів тривоги і депресії. Показуючи, що лікування проблеми зі сном робить благотворний вплив на коморбідну депресію і симптоми тривоги, це дослідження додатково підтверджує важливість розв'язання проблем зі сном за допомогою специфічних для сну втручань [11].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) розладів сну, зазвичай, має декілька компонентів, як-от терапія обмеження сну, терапія з контролем стимулу, гігієна сну, когнітивна терапія, а іноді і розслаблювальні втручання (зменшення фізіологічного збудження) [7, 14, 15]. КПТ є ефективним засобом для зменшення затримки сну, часу неспання після настання сну і ранніх уранішніх пробуджень, а також підвищення ефективності сну. Крім того, порівняльний метааналіз показав, що КПТ впливає так само добре, як фармако-терапія або навіть трохи краще в короткостроковій перспективі, з чудовими результатами в довгостроковій перспективі. Грунтуючись на цих і інших висновках, Американська академія медицини сну рекомендувала когнітивно-поведінкову терапію як лікування першої лінії при безсонні [9, 12, 14, 15].

У вивченій літературі є декілька досліджень, які показують, що лікування коморбідного безсоння не лише поліпшує сон, але також зменшує важкість і/або поліпшує переносимість симптомів коморбідного стану (наприклад, приводить до поліпшення лікування при болю, депресії, посттравматичному стресовому розладі). Когнітивно-поведінкова терапія при порушеннях сну фокусується на латентності сну і неспання після початку сну як мішенях для втручання (в сукупності оцінюваного як ефективність сну). Результатів в цих сферах досягають через зменшення можливості сну (або безпосередньо з його обмеженням, або з контролем стимулу) і таким способом загального часу сну [14].

Є більш ранні дослідження застосування КПТ за допомогою телефону, Інтернету, що з економічної точки зору вигідніше порівняно з безпосередньою роботою з психотерапевтом [9]. Результати цих досліджень продемонстрували досить високу ефективність подібної дії.

Одне з досліджень було зосереджено на лікуванні страхітливих сновидінь як однієї з форм диссомнічних порушень, яка часто поєднується з психічними захворюваннями, пов'язаними з травмою, як-от посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), за допомогою репетиційної терапії зображень (РТЗ) [13]. У метааналізі було показано, що РТЗ поліпшує якість сну при одночасному зниженні частоти нічних кошмарів і інших симптомів ПТСР, надаючи більше доказів того, що супутні розлади настрою можуть реагувати на лікування, націлене на якість сну. Крім того, було відзначено, що короткочасне лікування безсоння зменшує реакцію мигдалини на загрозові подразники, що вказує на те, що мигдалина може бути основною мішенню під час лікування розладів сну [13].

За результатами порівняльного дослідження ефективності особистісно-орієнтованої (реконструктивної) і когнітивно-поведінкової психотерапії при тривожних розладах невротичного рівня з інсомнією було продемонстровано, що ефективними виявляються як когнітивно-поведінкова, так і особистісно-орієнтована психотерапія. Проте особистісно-орієнтована психотерапія дає змогу досягти більш вираженого і стабільного поліпшення стану пацієнтів. Можна припустити, що це відбувається завдяки дії на глибинні інтерперсональні структури, що зачіпають не лише симптоматичний або адаптаційний рівень, але й основні невротичні механізми, зокрема й такі, що мають і неусвідомлюваний характер. Це зумовлено, насамперед, патогенетичною спрямованістю терапевтичної дії, що зачіпає когнітивну, емоційну, поведінкову сфери, та вирішує внутрішньоособистісні суперечності, які лежать в основі формування невротичних порушень. Проведене дослідження дає підставу наголосити пріоритет психотерапевтичних методів в лікуванні невротичних розладів тривожного рівня з диссомнічним синдромом порівняно з медикаментозною дією й обґрунтувати доцільність застосування особистісно-орієнтованої психотерапії для забезпечення більшої ефективності терапії [2]

Проте, на наш погляд, застосування психотерапевтичних методів впливу на порушення сну, що коморбідні з тривожними розладами, вивчене недостатньо і потребує додаткових досліджень. У літературі більшою мірою увага зосереджена на лікуванні розладів сну при депресивних розладах і досить мало досліджень, які присвячені вивченню питання терапії безсоння при тривожних станах. Так само ми вважаємо, що розроблення відповідних алгоритмів лікування порушень сну при тривожно-депресивних розладах суттєво полегшило б застосування психотерапевтичних методів впливу в умовах практичної медицини.

Був проведений систематичний пошук журналів і баз даних для статей, які стосувалися вивчення питань взаємозв'язку порушень сну у пацієнтів з різними тривожно-депресивними розладами, впливу порушень сну, коморбідних з тривожно-депресивними розладами, на якість життя пацієнтів, а також медикаментозних та психотерапевтичних підходів дії. Дослідження були ідентифіковані за допомогою баз даних Google Scholar, Web of Science, PubMed, Cyberleninka. Виконуючи пошук, ми використали такі пошукові терміни: розлади сну, тривога, депресія, систематична література, підходи лікування, медикаментозне лікування, когнітивно-поведінкова терапія; sleep disorders, anxiety, depression, systematic literature, treatment approaches, drug treatment, cognitive behavioral therapy.

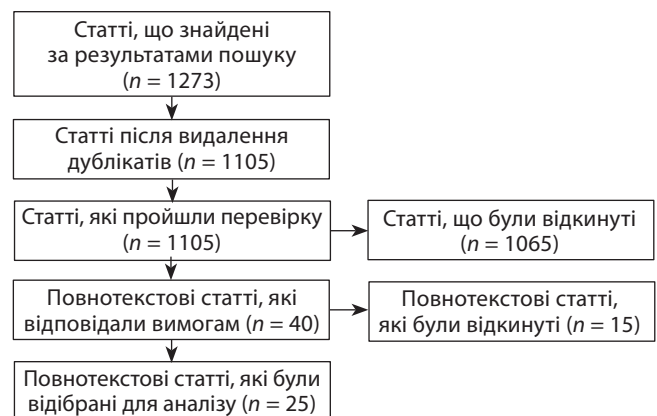
Критерії відбору. Література була відібрана для розгляду, якщо в ній повідомлялося про взаємний вплив розладів сну на перебіг тривожно-депресивних розладів, способи виявлення, контролю і самоконтролю порушень сну у осіб, що хворіють на тривожні і депресивні розлади. Також розглядали статті, в яких вивчали питання психологічних і психопатологічних особливостей хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями сну, дослідження, де вивчали питання якості життя з вищезгаданими станами. Вивчали матеріали, які стосувались підходів до лікування диссомнічних

порушень, коморбідних з тривожно-депресивними розладами, фокус уваги був звернений на сучасне застосування як медикаментозних засобів, так і способів психотерапевтичного впливу.

Документи, які не відповідали критеріям відбору, а також якщо повідомлялося про наявність у осіб в досліджуваній групі важких соматичних захворювань, важкої органічної патології головного мозку, залежних станів або токсичних дій, було відкинуто. Так само не розглядали матеріали, де вік пацієнта, що страждає порушенням сну, коморбідним з тривожно-депресивним розладом, був понад 59 років і менш ніж 18 років. Статті, в яких описували порушення сну у осіб, що страждають тривожними або депресивними розладами, проте в них були відсутні критерії, чи це захворювання було офіційно не підтверджено, відкинуто.

Автори розглядали літературу без будь-яких обмежень щодо дати публікації. Статті мали бути опубліковані в рецензованих журналах. Неопубліковані статті, дисертації, а також книги не розглядали.

Пошук був завершений в жовтні 2019 року, в результаті якого було знайдено всього 1273 роботи. Реферати і назви були перевірені на предмет актуальності, надалі було розглянуто 40 повних текстів, з яких 25 були остаточно відібрані для дослідження (рисунки).



Процедура відбору публікацій

Статті, які були відібрані для вивчення, описували сучасне уявлення про вплив порушень сну на перебіг коморбідних психічних захворювань, зокрема депресивних і тривожних розладів. Зв'язок між сном і тривожно-депресивними розладами був описаний як складний і визначений двоспрямованою причинністю [23]. Дві статті містили інформацію про способи оцінювання, контролю і самоконтролю порушень сну при тривожно-депресивних розладах, 10 — розкривали клінічні особливості і причинно-наслідкові зв'язки виникнення вищезгаданих станів, а також в них проводили оцінювання якості життя пацієнтів, 13 статей описували дослідження, що стосуються медикаментозного лікування і психотерапевтичної дії на розлади сну при коморбідних тривожних і депресивних станах, серед них — 13 рандомізованих контрольованих досліджень, 3 метааналізи, 2 тематичних досліджень, 5 проспективних контрольованих досліджень і 2 відкритих дослідження (таблиця).

Дані розроблених дослідниками заходів

Перший автор, рік	Країна	Тип статті	Розлад	Заходи
Arnedt J. T., et al. 2013	США	РКД	Хронічне безсоння	КПТ телефоном
Ashworth D. K., et al. 2014	США	РКД	Депресивний розлад з інсомнією	Комбінована терапія: психофармакотерапія + індивідуальна КПТ
Blom K., et al. 2015	США	РКД	Депресивний розлад з інсомнією	Комбінована терапія: психофармакотерапія + індивідуальна КПТ за допомогою Інтернету
Belanger D., et al. 2004	США	Проспективне контрольоване дослідження	Генералізований тривожний розлад	Індивідуальна КПТ
Baglioni C., et al. 2011	США	Метааналіз проведених досліджень	Депресивний розлад з порушенням сну	Проведення аналізу поздовжніх епідеміологічних досліджень
Baglioni C., et al. 2016	США	Метааналіз проведених досліджень	Інсомнія при психічних розладах	Вивчення якості сну шляхом полісомнографії при різних психічних розладах. Аналіз поздовжніх досліджень
Belanger L., et al. 2016	США	РКД		Вивчення впливу коморбідного тривожного чи депресивного розладів на лікування інсомнії
Brasure M., et al. 2016	США	РКД	Інсомнія	Психофармакотерапія (зопіклон, есзопіклон, золпідем, залеплон)
Fairholme C. P., et al. 2014	США	РКД	Соціальна фобія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, обсесивно-компульсивний розлад, депресивний розлад, тривожний розлад, ПТСР, спеціальні фобії	Вивчення та визначення взаємозв'язку між втомлюваністю, порушеннями сну, тривожними та депресивними розладами
Gros P. K., et al. 2009	США	Відкрите дослідження	Генералізований тривожний розлад	Вивчення дії рамелтеону при лікуванні безсоння
Harvey A. G., et al. 2014	США	РКД	Хронічне безсоння	Поведінкова психотерапія, когнітивна психотерапія, КПТ
Huang V., et al. 2016	США	РКД		Вивчення ролі якості сну у взаємозв'язку між особистісними властивостями та депресивним розладом
Jansson-Frojmark M., et al. 2008	США	Проспективне дослідження		Встановлення взаємозв'язку між тривогою, депресією та диссомнічними розладами
Jacobs G. D., et al. 2004	США	РКД	Інсомнія	Комбінована терапія: психофармакотерапія + КПТ
Karavaeva T., et al. 2017	Росія	Тематичне дослідження	Тривожні розлади з диссомнією	Комплексна програма корекції диссомнічних порушень
Karavaeva T., et al. 2018	Росія	Проспективне контрольоване дослідження	Тривожні розлади з порушенням сну	Особистісно-орієнтована психотерапія, КПТ
Klumpp H., et al. 2017	США	РКД	Генералізований тривожний розлад, депресивний розлад, ПТСР	Вивчення взаємозв'язку між сном та переоцінкою нейрофункціональної активності у пацієнтів з депресією та тривогою
Lacrus M. E., et al. 2016	Німеччина	РКД	Депресивний розлад з інсомнією	Визначення та вивчення взаємозв'язку і взаємовпливу задоволення життям та розвитком й перебігом депресивного розладу і порушень сну
Lemoine P., et al. 2007	США	РКД	Великий депресивний розлад з порушенням сну	Вивчення застосування в лікуванні агомелатину
Maruta N., et al. 2013	Україна	Тематичне дослідження	Тривожні розлади невротичного та органічного походження	Вивчення клініко-психопатологічних особливостей тривожних розладів невротичного та органічного походження та їх динаміки в процесі лікування

Перший автор, рік	Країна	Тип статті	Розлад	Заходи
Norell-Clark A., et al. 2015	США	РКД	Депресивний розлад з порушенням сну	Комбінована терапія: психофармакотерапія + групова КПТ, групові тренування розслаблення
Pillai V., et al. 2016	США	Велике проспективне дослідження	Безсоння	Психофармакотерапія
Quera Salva M. A., et al. 2007	США	Відкрите дослідження	Депресивний розлад з порушенням сну	Застосування агомелатину
Smith M. T., et al. 2019	США	Метааналіз досліджень	Порушення сну та пильнування при циркадному ритмі	Вивчення методу оцінки актіографії
Talbot L. S., et al. 2014	США	РКД	ПТСР	Індивідуальна КПТ

Серед варіантів психотерапевтичних дій в дослідженнях описували також проведення групових і індивідуальних сеансів когнітивно-поведінкової терапії за допомогою телефону і Інтернету, проводили порівняльний аналіз ефективності безпосередньої роботи з психотерапевтом, психологом і самостійної роботи пацієнта з інформацією, поданою у вигляді листівок, посібників і брошур. Найбільша ефективність була відзначена при безпосередньому контакті з психотерапевтом, водночас практично однакову ефективність мали психотерапевтичні втручання за допомогою телефону й Інтернету. Самостійна робота пацієнта була визначена як недостатньо ефективна.

Найбільш часто досліджуваними були порушення сну при депресивному розладі, меншою мірою — при генералізованому тривожному розладі, ПТСР.

За результатами дослідження літературних даних треба зазначити, що порушення сну можуть виникати як наслідок тривожно-депресивних розладів, так і провокувати їх. Окрім того, було виявлено, що розлади сну погіршують перебіг тривожних і депресивних проявів, а також підвищують ризик виникнення рецидиву. Крім того, усунення тривожно-депресивної симптоматики не завжди приводить до відновлення здорового сну, що підвищує актуальність поєднаного лікування не лише тривожних і депресивних симптомів, але й безпосередньо порушень сну. Було б доречно брати до уваги ці дані під час розроблення підходів лікування, які повинні мати способи впливу на змінений сон. Суттєвий внесок у розвиток клінічної медико-психологічної і психіатричної практики внесли б дослідження, спрямовані на створення відповідних диференційованих реабілітаційних програм лікування хворих на тривожно-депресивні розлади з порушеннями сну, оскільки, незважаючи на велику кількість наукових праць, присвячених вивченню тривожно-депресивних розладів, питання прогнозу і принципів диференційованого лікування супутніх їм диссомнічних порушень досліджені недостатньо. Так само недостатньо вивчені порушення сну при окремих нозологічних формах серед спектра тривожних розладів, що серйозно ускладнює індивідуальний підхід до лікування і як наслідок — зменшує ефективність результатів терапії.

Загалом, порушення сну досить часто супроводжують тривожно-депресивні розлади і можуть впливати на перебіг і прогнози, мають двоспрямований причин-

но-наслідковий зв'язок, що значною мірою актуалізує нагальну потребу глибшого і повнішого подальшого дослідження.

Треба наголосити, що за результатами багатьох досліджень, найрезультативнішим під час лікування пацієнтів, що хворіють на тривожно-депресивні розлади з порушеннями сну, є комбінування медикаментозного лікування з психотерапевтичним впливом. Водночас найбільш вивченою і досить ефективною є когнітивно-поведінкова психотерапія. Проте, потрібне подальше вивчення з метою повнішого розуміння — які компоненти когнітивно-поведінкової психотерапії працюють краще при лікуванні коморбідних порушень сну, що дасть можливість більш диференційованого підходу до лікування.

Список літератури

1. Быков Ю. В., Ханнанова А. Н., Беккер Р. А. Мелатонин и бензодиазепины в лечении инсомнии: за и против (обзор литературы) // In the World of Scientific Discoveries. 2016. Т. 7 (79). С. 60—72. DOI: <https://doi.org/10.12731/wsd-2016-7-4>.
2. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией / Караваева Т. А., Михайлов В. А., Васильева А. В. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуск. 2018. Т. 118 (4). С. 60—66. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20181184260>.
3. Корабельникова Е. А. Инсомния у больных с тревожными расстройствами // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства — 4». 2016. Т. 19. С. 44—50. URL: <https://umedp.ru/upload/iblock/bef/korabelnikova.pdf>.
4. Копчак О. О. Особливості лікувальної тактики при коморбідності інсомнії та тривоги: в пошуках безпечної альтернативи бензодіазепінів // Міжнародний неврологічний журнал. 2019. № 4 (106). С. 47—53. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.4.106.2019.174051>.
5. Марута Н. А., Паныко Т. В. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, вип. 1 (74). С. 75—82. URL: <https://uvnpr.com.ua/upload/iblock/ead/eadadd2e6f00ebfc9b776be845e45d37.pdf>.
6. Оковитый С. В., Титович И. А. Фармакологические принципы терапии инсомнии // Медицинский совет. Неврология. 2018. Т. 6. С. 26—32. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-6-26-32>.
7. Пчелина П. В., Полуэктов М. Г. Когнитивно-поведенческая терапия и фармакотерапия хронической инсомнии // Журнал

неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуск. 2019. Т. 119 (4). С. 22—27. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro201911904222>.

8. Ястребова В. В., Ястребов Д. В. Инсомнические нарушения при тревожных расстройствах: клиника и терапия // *Consilium Medicum*. 2016. Т. 18 (2). С. 117—123. DOI: https://doi.org/10.26442/2075-1753_2016.2.117-123.

9. Randomized Controlled Trial of Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia / Arnedt J. T., Cuddihy L., Swanson L. M. [et al.] // *Sleep*. 2013. Vol. 36, no. 3. P. 353—362. DOI: <https://doi.org/10.5665/sleep.2448>.

10. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research / Baglioni C., Nanovska S., Regen W. [et al.] // *Psychol Bull*. 2016. Vol. 142(9). P. 969—990. DOI: <https://doi.org/10.1037/bul0000053>.

11. Impact of Comorbid Anxiety and Depressive Disorders on Treatment Response to Cognitive Behavior Therapy for Insomnia / Bélanger L., Harvey A. G., Fortier-Brochu É. [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2016. Vol. 84(8). P. 659—667. DOI: <https://doi.org/10.1037/ccp0000084>.

12. Dolsen M. R., Asarnow L. D., & Harvey A. G. Insomnia as a Transdiagnostic Process in Psychiatric Disorders // *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16(9). P. 471. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0471-y>.

13. What Makes a Good Homeostat? Influencing circadian and sleep-wake regulation for prevention and intervention in mood and anxiety disorders / Frank E., Benabou M., Bentzley B. [et al.] // *Ann NY Acad Sci*. 2014. Vol. 1334. P. 1—25. DOI: <https://doi.org/10.1111/nyas.12600>.

14. Grandner M. A., and Perlis M. L. Treating Insomnia Disorder in the Context of Medical and Psychiatric Comorbidities // *JAMA Internal Medicine*. 2015. Vol. 175 (9). P. 1472—1473. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3015>.

15. Jansson-Fröjmark M., & Norell-Clarke A. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia in Psychiatric Disorders // *Current Sleep Medicine Reports*. 2016. Vol. 2(4). P. 233—240. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40675-016-0055-y>.

16. Subjective and Objective Sleep Quality Modulate Emotion Regulatory Brain Function in Anxiety and Depression / Klumpp H., Roberts J., Kapella M. C. [et al.] // *Depress Anxiety*. 2017. Vol. 34 (7). P. 651—660. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22622>.

17. Krystal A. D. Psychiatric disorders and sleep // *Neurologic clinics*. 2012. Vol. 30(4). P. 1389—1413. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2012.08.018>.

18. Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study / Lacruz M. E., Schmidt-Pokrzywniak A., Dragano N. [et al.] // *BMJ Open*. 2016. Vol. 6 (1). e007919. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007919>.

19. Laudon M., & Frydman-Marom A. Therapeutic Effects of Melatonin Receptor Agonists on Sleep and Comorbid Disorders // *International Journal of Molecular Sciences*. 2014. Vol. 15 (9). P. 15924—15950. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms150915924>.

20. Psychometric Evaluation of Anxiety, Depression, and Sleep Quality after a Mild Traumatic Brain Injury: A Longitudinal Study / Ma H.-P., Chen P.-S., Wong C.-S. [et al.] // *Behav Neurol*. 2019. Vol. 2019. P. 9. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/4364592>.

21. Prevalence and Predictors of Prescription Sleep Aid Use among Individuals with DSM-5 Insomnia: The Role of Hyperarousal / Pillai V., Cheng P., Kalmbach D. A. [et al.] // *Sleep*. 2016. Vol. 39 (4). P. 825—832. DOI: <https://doi.org/10.5665/sleep.5636>.

22. Ambulatory sleep-wake patterns and variability in young people with emerging mental disorders / Robillard R., Hermens D., Naismith S. [et al.] // *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2015. Vol. 40 (1). P. 28—37. DOI: <https://doi.org/10.1503/jpn.130247>.

23. Evaluating DSM-5 Insomnia Disorder and the Treatment of Sleep Problems in a Psychiatric Population / Seow L. S. E., Verma S. K., Mok Y. M. [et al.] // *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2018. Vol. 14 (2). P. 237—244. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.6942>.

24. Siebern A. T., Suh S. & Nowakowski S. Non-pharmacological treatment of insomnia // *Neurotherapeutics*. 2012; 9 (4). P. 717—727. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0142-9>.

25. Use of Actigraphy for the Evaluation of Sleep Disorders and Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-Analysis, and GRADE Assessment / Smith M. T., McCrae C. S., Cheung J. [et al.] // *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2018. Vol. 14 (7). P. 1209—1230. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.7228>.

Надійшла до редакції 21.07.2020

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (ДЗ «ДМА МОЗ України»), м. Дніпро, Україна; e-mail: lyuryeva@teleport.com

ЛЯЩЕНКО Юлія Вікторівна, аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДЗ «ДМА МОЗ України»; лікар-психіатр, психотерапевт клініко-діагностичного відділення Комунального неприбуткового підприємства «Дніпропетровська міська лікарня № 6» Дніпровської міської ради, м. Дніпро, Україна; e-mail: julialyschenko@i.ua

YURYEVA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: lyuryeva@teleport.com

LIASHCHENKO Yuliia, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of State "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine"; Physician-psychiatrist, Psychotherapist of Clinical and Diagnostic Department of the Communal Non-profit Enterprise "Dnipropetrovsk City Hospital no. 6" of the Dniprovsk City Council, Dnipro, Ukraine; e-mail: julialyschenko@i.ua