Расстройства сна у детей и подростков в психиатрической практике

В современной медицине концепция сна – это не просто пассивный процесс, период небодрствования или замедление сенсорного восприятия, а, скорее, результат отсутствия дифференциации поступивших афферентных импульсов в головной мозг и функциональной активации нейронов в определенной его области. Множество эмпирических наблюдений свидетельствуют о том, что количественные и качественные нарушения сна влияют на когнитивные, эмоциональные и другие психологические функции организма. Расстройство сна считается достаточно распространенным явлением и может быть симптомом многих болезней. Особенно негативно нарушения сна влияют на детей и подростков. У данной категории пациентов подобные симптомы достаточно трудно дифференцировать и выявить их первопричину. Вашему вниманию представлен раздел практического руководства, разработанного Международной ассоциацией детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей (IACAPAP, 2014) во главе с S. Cortese et al., посвященный расстройствам сна у детей и подростков с психическими заболеваниями.

Аффективные расстройства

Расстройство сна (инсомния или гиперсомния) является одним из важных диагностических критериев депрессии. К типичным расстройствам сна у детей относятся нарушение засыпания, периодические ночные пробуждения, гиперсомния (излишняя длительность ночного сна и дневная сонливость) и трудности с утренним пробуждением.

Систематическое наблюдение за расстройствами сна у детей с депрессией показывает, что инсомния (трудности с засыпанием, недостаточная продолжительность или неудовлетворенность качеством сна) встречается чаще (75%), чем гиперсомния (10%); наличие обоих указанных расстройств (10%) ассоциируется с усугублением тяжести депрессии. Инсомния зачастую связана с психомоторным возбуждением, чрезмерным волнением и соматическими жалобами, тогда как гиперсомния более характерна для детей с задержкой психомоторного развития, быстрой утомляемостью, сниженным аппетитом, ощущением безнадежности и беспомощности. Продолжительные исследования показали, что наличие стойких нарушений сна у детей повышает уровень тревоги и усугубляет депрессию, а бессонница и ночные кошмары ассоциируются с повышенным суицидальным мышлением и попытками самоубийства у подростков (Gregory et al., 2009).

В испытаниях с использованием полисомнографии – «золотым стандартом» в диагностике расстройств сна, чаще всего отмечалось увеличение фазы быстрого сна у детей с депрессией. Несмотря на наличие жалоб на нарушения сна практически у всех детей, страдающих депрессией, они не всегда коррелируют с данными объективных исследований. Фактически, жалобы на отсутствие отдыха во время сна и дневную усталость не демонстрируют характерных изменений при проведении полисомнографии (Ivanenko et al., 2005).

В немногочисленных исследованиях изучалось влияние лечения депрессии на сопутствующие изменения нарушений сна, или, наоборот, воздействие нормализации сна на проявления депрессии. В целом нефармакологические подходы – гигиена сна, поведенческие методики и психотерапия – считаются лечением первой линии.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является традиционным методом лечения депрессии, но при сопутствующей бессоннице она неэффективна (McCarty, Weisz, 2007). Однако при инсомнии может применяться модифицированная КПТ, содержащая специальные дополнения для выявления и лечения связанных со сном нарушений. При расстройствах циркадного ритма применяется терапия ярким светом с использованием стационарной лампы (Armitage et al., 2004). С учетом природы нарушений сна при терапии бессонницы рекомендуется также одновременное лечение сопутствующих симптомов депрессии в виде комбинации КПТ и антидепрессантов. Гипноз следует использовать с осторожностью, поскольку его эффективность у детей не доказана.

Тревожные расстройства

Более чем у 90% детей с тревожными расстройствами выявляются один или более видов нарушений сна. Чаще всего беспокоят ночные кошмары, многократное пробуждение по ночам, активное сопротивление сну, отказ засыпать в одиночку и трудности с засыпанием (Alfano et al., 2007). У детей младшей возрастной группы симптомы тревоги проявляются в виде ночных страхов – главным образом как следствие чего-то устрашающего, увиденного по телевизору (Muris et al., 2000). В недавних испытаниях показано наличие психологической связи между уровнем тревоги и расстройствами сна, когда оба фактора взаимно усугубляют друг друга (Gregory et al., 2009). Некоторые исследования свидетельствуют о том, что постоянные нарушения сна в детстве ассоциируются с развитием тревоги и тревожных расстройств в подростковом и старшем возрасте (Goldstein et al., 2008). Интересно, что по сравнению с пациентами с депрессией дети с тревожными расстройствами или их родители не всегда сообщают об имеющихся нарушениях сна (Hudson et al., 2009).

По данным исследований, природа и выраженность расстройств сна могут отличаться при различных тревожных расстройствах. У детей с сепарационной тревогой чаще наблюдаются парасомнии, такие как снохождение, ночные страхи и энурез (Alfano et al., 2007). У детей с посттравматическим стрессовым расстройством нередко отмечаются типичные расстройства сна, независимо от вида травмы (Kovachy et al., 2013). В нескольких испытаниях, проведенных с применением актиграфа, у детей с посттравматическим стрессовым расстройством было обнаружено удлинение латентного периода засыпания, усиление ночной активности и фрагментации сна (Sadeh et al., 1995). У 90% детей с генерализованным тревожным расстройством наблюдались нарушения сна (Alfano et al., 2007).

У детей, страдающих генерализованным тревожным расстройством, отмечаются инициальная и периодическая инсомния, а также дневная сонливость. Объективно у таких пациентов выявляются удлинение периода засыпания, уменьшение латентного периода фазы быстрого сна и общее ее удлинение, а также снижение эффективности сна (Alfano et al., 2013).

К сожалению, исследования, посвященные фармакологическим препаратам, корректирующим расстройства сна у детей, немногочисленны. В целом применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) для уменьшения симптомов тревоги может облегчить проявления нарушений сна. Флувоксамин снижает уровень тревоги и улучшает сон. Есть и другие данные, что некоторые СИОЗС, такие как флуоксетин, ухудшают качество сна путем угнетения быстрой фазы, при этом увеличивается количество пробуждений (Dorsey et al., 1996). Приема снотворных средств, как правило, рекомендуется избегать в терапии бессонницы по причине недостаточного количества данных о безопасности этой группы препаратов для детского организма.

Расстройства аутистического спектра

Нарушения сна чаще встречаются при расстройствах аутистического спектра (РАС) по сравнению со здоровыми субъектами или детьми с задержкой умственного развития; их распространенность составляет 50-80% (Richdale, Schreck, 2009). Нарушения сна у детей с РАС ассоциируются с пониженной выработкой у них мелатонина в ночное время суток вследствие патологической

КПТ расстройств сна у детей с психическими нарушениями

Гигиена сна

1. В спальне должно быть темно, комфортно и спокойно
2. Необходимо соблюдать график отхода ко сну и подъема
3. Важно создать стабильный и привычный ритуал засыпания
4. Следует нге допускать чрезмерную активность или сидение возле экрана телевизора либо компьютера перед сном
5. Необходимо ограничить или вообще убрать дневной сон у детей старше 5 лет
6. Рекомендуется избегать кофеина и других стимуляторов во второй половине дня

Терапия у детей с депрессией

При когнитивных изменениях

1. КПТ, сосредоточенная на уменьшении возбуждения, контроле стимулирующих факторов и снижении тревоги, связанной со сном
2. Необходимо сосредоточить внимание на каком-либо виде деятельности

При нарушениях циркадного ритма

1. Терапия ярким светом
2. Структурированное использование рассеянного освещения

Терапия у детей с тревожными расстройствами

Уменьшение тревоги перед сном

1. Постепенное мышечное расслабление
2. Дыхательные упражнения

Терапия при расстройствах аутистического спектра

При проблеме с переходом в режим сна

1. Нарисовать график перехода ко сну, содержащий визуальные подсказки для ребенка
2. Избегать перед сном сильных раздражителей, в частности экранов

При сопротивлении сну

1. Стандартный отбой, при котором родителем игнорируются все возможные нарушения режима (например, родитель укладывает ребенка в кровать и не общается с ним до утра)
2. Постепенный отбой, предполагающий определение четкого временного промежутка, по истечении которого ребенка укладывают в кровать, независимо от того, будет ли он продолжать сопротивляться сну (например, плакать). Тем не менее, общение родителя и ребенка при этом должно быть сведено к минимуму
3. Методика фединга засыпания (постепенное уменьшение величины подкрепляющих стимулов) состоит в том, что вначале следует определить, в котором часу укладывать ребенка, чтобы он уснул в течение 15 минут. Как только ребенок перестает сопротивляться этому времени укладывания, необходимо постепенно переносить отбой на более раннее время, пока результат не будет достигнут. Кроме того, рекомендуется будить ребенка каждое утро в одно и то же время, не нарушая графика
4. Методика фединга с дополнительным временем: процедура такая же, как описано выше. Однако если ребенок не засыпает в течение определенного промежутка времени, необходимо продлить время бодрствования (обычно до 30 минут), чтобы усилилось желание спать. После этого ребенок возвращается в кровать. Процедура повторяется до тех пор, пока он не заснет. Как только определенное время засыпания успешно достигнуто, следует постепенно переносить отбой на более раннее время
5. Методика фединга с использованием раздражителей: постепенный уход родителя из комнаты ребенка

Ночные страхи

Пробуждение по графику за 30 минут до ожидаемого эпизода

секреции регулирующего сон тормозного нейромедиатора – γ-аминомасляной кислоты (Levitt et al., 2004). Другими причинами расстройств сна могут быть гиперчувствительность к внешним факторам, нарушение саморегуляции, сопутствующие гастроинтестинальные, неврологические и психиатрические заболевания, а также побочные проявления медикаментов, связанных с данными патологиями (Reynolds, Malow, 2011).

У пациентов важно выявить определенные расстройства сна, ассоциированные с повышенным уровнем стереотипного поведения, пониженной дневной активностью, а также социальным и коммуникативным дефицитом (Johnson et al., 2009). Наиболее распространенными расстройствами сна при этом являются нарушение засыпания, частые ночные и ранние утренние пробуждения, уменьшенная длительность сна, нарушения режима сна, а также ночные страхи и кошмары (Johnson et al., 2009). Крупные лонгитудинальные исследования свидетельствуют о том, что расстройства сна (в частности сниженная продолжительность сна) возникают уже в возрасте 30 месяцев и могут длиться до подросткового возраста, однако со временем тип нарушения может измениться. Для детей младшего возраста характерны сопротивления засыпанию, тревожный сон, ночные пробуждения и кошмары, тогда как у старших детей наблюдаются позднее засыпание, уменьшение продолжительности сна и дневная сонливость (Goldman et al., 2012). Объективные нарушения, которые фиксируются при проведении актиграфии и полисомнографии, включают снижение эффективности сна и его продолжительности, удлинение латентного периода сна, нарушение быстрой фазы сна, в том числе ее длительности, усиление активности движений глаз (Reynolds, Malow, 2011).

Расстройства сна при РАС являются сопутствующими симптомами, которые могут влиять на тяжесть и выраженность самого заболевания, таким образом, необходимы их выявление и коррекция. По данным исследований, дети с расстройствами на фоне аутизма более подвержены влиянию телевидения и компьютерных игр на качество сна, чем их здоровые ровесники (Engelhardt et al., 2013). Это лишний раз свидетельствует в пользу необходимости соблюдения гигиены сна. При определенных нарушениях поведения могут с успехом применяться некоторые методики КПТ, способствующие созданию ритуала засыпания, а также самоуспокоению с помощью установления четких правил засыпания и постепенного уменьшения величины подкрепляющих стимулов. Доказана эффективность применения мелатонина перед сном для лечения бессонницы при РАС: прием 1-3 мг/сут мелатонина уменьшает длительность латентного периода засыпания и увеличивает продолжительность сна (Rossignol, Frye, 2011). Часто рекомендуется терапия сопутствующих психиатрических и неврологических расстройств, при этом препараты с седативным действием способствуют засыпанию, а приема медикаментов, оказывающих стимулирующее действие, перед сном следует избегать (Reynolds, Malow, 2011).

Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью

С каждым днем повышается интерес к нарушениям сна, связанным с расстройством с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) (Cortese et al., 2009, 2013). Их изучение актуально, поскольку:

- нарушения сна являются стрессом для самого ребенка и его семьи;
- нарушения сна, в том числе связанные с эмоциональными расстройствами, могут привести к усугублению симптомов РДВГ;
- количественные и качественные расстройства сна могут вызывать нарушения настроения, внимания и поведения;
- расстройства сна могу скрывать симптомы РДВГ, что приводит к гиподиагностике данного состояния.

Таким образом, в ходе лечения расстройства сна при РДВГ можно уменьшить или даже полностью нивелировать основные симптомы заболевания: нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности. Метаанализ расстройств сна у детей с РДВГ выявил, что по сравнению со здоровыми детьми у них значительно чаще наблюдаются сопротивление засыпанию, трудности с засыпанием и утренним пробуждением, многочисленные ночные подъемы, нарушения дыхания во сне и дневная сонливость (Cortese et al., 2009). Хотя специфических, характерных только для РДВГ, расстройств сна не обнаружено, чаще всего при этой патологии отмечается нарушение засыпания.

Основными причинами расстройств сна у детей с РДВГ являются:

- основанные на особенностях поведения эпизоды бессонницы, нарушение циркадного ритма или синдром беспокойных ног;
- несоблюдение режима и гигиены сна;
- сопутствующая психиатрическая патология (например, расстройства настроения, тревога);
- сопутствующая соматическая патология и ее лечение (например, астма, ожирение).

Не так давно разработаны клинические рекомендации по лечению наиболее распространенной патологии сна, связанной с РДВГ (Cortese et al., 2013), которые представлены далее.

1. До начала специфической терапии нарушений сна необходимо нормализовать режим и соблюдать гигиену сна. Нет достаточного количества доказательств, позволяющих рекомендовать определенную диету для коррекции данного расстройства.
2. Терапией первой линии должны быть поведенческие методики, адаптированные для детей с РДВГ (больше предостережений, пошаговые инструкции для родителей, графические изображения и т. д.).
3. Применение препаратов для улучшения засыпания можно рассматривать при отсутствии эффекта от КПТ (наибольшую доказательную базу имеет мелатонин).
4. При расстройствах циркадных ритмов используют терапию ярким светом, хронотерапию (ежедневное изменение времени сна и пробуждения до тех пор, пока не будет достигнут нормальный режим) и мелатонин.
5. Если при проведении полисомнографии индекс апоэ/гипопноэ > 1, лечащему врачу необходимо рассмотреть проведение аденотонзиллэктомии.
6. Рекомендуется избегать факторов, которые могут спровоцировать и ухудшить проявление синдрома беспокойных ног (например, боль, кофеин, никотин, алкоголь).
7. В тяжелых случаях возможно применение препаратов леводопы или других дофаминергических средств после предварительной консультации со специалистом по нарушениям сна.

Подготовила ***Лариса Калашник***

Оригинальный текст документа читайте на сайте www.iacapap.org