

Ремизевич Р.С.

432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Феноменология нарушений сна при расстройствах адаптации у военнослужащих срочной службы

Под расстройством адаптации (РА) понимается развитие в ответ на разнообразие психотравмирующие события или ситуации (имеющие причинное значение) симптомов, представляющих собой формы приспособления к этим стрессовым факторам или к их долговременным последствиям. При этом нарушения приспособительных реакций приобретают наибольшую актуальность у лиц молодого возраста и затрагивают ряд важных проблем: этических, правовых, психологических и психиатрических, социальных и общемедицинских.

Не менее остро эта проблема стоит и у лиц экстремальных видов профессиональной деятельности (в том числе военнослужащих срочной службы МО РБ). Расстройства адаптации являются одной из ведущих форм психической патологии, приводящей к досрочному увольнению военнослужащих, негативно отражающейся на их боеспособности и являющейся причиной дисциплинарных проступков и аварийных ситуаций. Таким образом, совершенствова-

ние подходов к оказанию психиатрической помощи таким военнослужащим относится к числу важнейших задач военной психиатрии.

Многообразие и особенности симптомокомплексов, характерных для РА, до сих пор остается за рамками исследований. Речь идет как о психопатологическом содержании, так и о неравномерной выраженности различных компонентов РА (аффективного, идеаторного, моторного и инсомнического). Так, у пациентов с РА часто выявляются жалобы на нарушение сна. При этом инсомнические нарушения представляют собой самостоятельную проблему, ассоциированную с ухудшением динамики психического состояния.

Цель исследования: изучить клинические особенности и структуру нарушений сна у военнослужащих срочной службы с расстройством адаптации.

Материалы и методы. Обследовано 40 военнослужащих срочной службы в возрасте $19,6 \pm 1,2$ года с расстройством адаптации, проходивших стационарное лечение в психиатрическом отделении ГУ 432 ГВКМЦ. Критерием включения больных в исследование было наличие расстройства адаптации в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Клинико-психопатологическое обследование проводилось на момент госпитализации путем осмотра и опроса пациентов, а также наблюдения за ними. Во всех случаях оно дополнялось клинметрическим исследованием, которое включало оценку показателей инсомнических нарушений, с этой целью использовались Питтсбургская шкала оценки сна – PSQI и анкета субъективной оценки сна – АОС.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа анамнестических сведений было установлено, что особенностью формирования РА у военнослужащих являлось воздействие разнообразных психогенных факторов, субъективно значимых для обследованных пациентов. Так, развитие РА происходило в условиях закрытого коллектива с жестко регламентированными нормами поведения, которые существенно ограничивали привычные стереотипы личностного реагирования. Психотравмирующее влияние проходило в однородной, как правило, одной и той же микросоциальной среде с определенной системой групповых отношений (отделение, взвод, рота и т.д.) и часто приобретало пролонгированный характер. При этом условия службы в значительной степени актуализировали (а порой существенно искажали) ранее наработанные компенсаторные механизмы индивидуальной психологической защиты у этих военнослужащих.

Существенным являлся тот факт, что у 18 (45%) пациентов РА развивалось на астеническом фоне с последующим развитием тревожно-депрессивной симптоматики и инсомнических нарушений, а в 14 (35%) наблюдениях сочеталось с жалобами соматического характера (головные боли, неприятные ощущения в области груди, колебания АД, диспепсические расстройства и т.д.).

Это приводило к значительному снижению продуктивности в военно-профессиональной деятельности.

Общая клиническая картина психопатологических нарушений у пациентов с РА характеризовалась большой полиморфностью симптоматики. Тревога, не связанная с какими-то конкретными ситуациями, проявлялась в виде неопределенного беспокойства, тягостного ощущения «внутреннего напряжения», «дрожжи», выраженных признаков несвойственной ранее нерешительности, сомнений в правильности выполнения обыденных действий. Витальные депрессивные симптомы были представлены минимально, а гипотимия характеризовалась относительно неглубоким субсиндромальным уровнем. У ряда пациентов доминировала ангедония в виде утраты чувства удовольствия (от службы, семейных взаимоотношений, прежних увлечений и интересов) и активности в его достижении. Нарушения поведения затрагивали преимущественно социальное поведение и проявлялись в виде агрессивных и диссоциальных форм.

Особое внимание в ходе клинико-психопатологического обследования уделялось инсомническим нарушениям, при этом уточнялись такие характеристики ночного сна, как длительность, качество, субъективная оценка выявленных нарушений, состояние после пробуждения и влияние на повседневную жизнедеятельность.

Было установлено, что большинство пациентов с РА предъявляли жалобы на нарушения сна – 29 (72,5%) наблюдений. Появление инсомний у 13 (32,5%) обследуемых сопровождалось определенным снижением уровня социально-психологической адаптации, проявляющейся в виде конфликтности, повышенной агрессивности, с одной стороны, и замкнутости, изолированности, снижения самооценки – с другой. Также отмечалось снижение военно-профессиональных качеств (исполнительности, мотивации на продолжение службы, дисциплинированности, уровня физической подготовки) в 15 (37,5%) наблюдениях и ухудшение межличностных отношений – в 17 (42,5%). Остальные 11 (27,5%) пациентов с РА субъективно не испытывали проблем со сном.

Наличие инсомнических нарушений подтверждалось данными шкалы PSQI и анкеты АОС. В то же время было установлено, что зачастую обследуемые пациенты отмечали наличие нарушений сна лишь при подробном сборе сомнологического анамнеза, а в структуре предъявляемых жалоб субъективно выделяли преимущественно тревожно-депрессивную симптоматику.

Наиболее характерными нарушениями сна являлись субъективно отмечаемое снижение общей продолжительности сна – 25 (62,5%), увеличение времени засыпания и бодрствование в ночной период – 21 (52,5%) и отсутствие чувства удовлетворения периодом сна – 17 (42,5%) наблюдений. У 4 (10%) пациентов общая продолжительность сна субъективно оставалась прежней,

но при этом в дневное время они отмечали выраженную «потерю сил» и «за-
торможенность».

Полученные данные свидетельствуют о том, что качество сна в большин-
стве наблюдений не удовлетворяло пациентов. Также большинство обследо-
ваемых с нарушениями сна отметили значительное влияние инсомний на свою
повседневную активность, что сопровождалось определенным снижением
уровня социальной, психологической и профессиональной адаптации, а так-
же ухудшением межличностных отношений.

В основе выявленных нарушений сна лежали 3 группы инсомнических рас-
стройств, определяемых временем возникновения по отношению к процессу
сна: пресомнические (затрудненное засыпание длительностью более 30 мин),
интрасомнические (частые ночные пробуждения, длительное засыпание по-
сле пробуждения, ощущение «поверхностного» сна), и постсомнические (ран-
нее утреннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха, «разбитость», дневная
сонливость). Разнообразии клинических вариантов инсомний у разных паци-
ентов было обусловлено феноменологическими особенностями, выраженно-
стью пресомнических, интрасомнических или постсомнических нарушений и
их различным сочетанием.

Общая характеристика клинико-психопатологических особенностей на-
рушений сна при РА представлена в табл. 1.

Таблица 1
Общие характеристики инсомнических нарушений

Характеристика нарушений сна	Количество (%)
Длительность сна	
снижена	25 (62,5)
не изменена	15 (37,5)
Структура нарушений	
пресомнические	19 (47,5)
интрасомнические	17 (42,5)
постсомнические	12 (30,0)
Качество ночного сна	
хорошее	5 (12,5)
удовлетворительное	13 (32,5)
плохое	22 (55,0)
Влияние на повседневную активность	
не повлияло	16 (40,0)
незначительно	5 (12,5)
значительно	19 (47,5)

Было установлено, что инсомнические нарушения у 17 (42,5%) военнослужащих возникали одновременно с началом РА, а у 12 (30%) – через некоторое время (от 2 нед. до 2 мес.) после его манифестации. При этом у всех обследуемых нарушения сна в значительной степени влияли на общее состояние.

Пресомнические нарушения отмечались у 19 (47,5%) пациентов. Потребность во сне уменьшалась, как только пациенты ложились спать, при этом появлялись «тягостные мысли и воспоминания» – 13 (32,5%), стремление найти «удобное положение», сопровождавшееся увеличением двигательной активности, – 15 (37,5%) пациентов. Нарушения сна чаще всего характеризовались увеличением длительности засыпания до 40–80 мин, в течение которого пациенты беспокоили различные тревожные и специфические (связанные с предстоящим сном) фобические переживания, сенестопатические нарушения, а также вегетативные расстройства. В отдельных случаях засыпание затягивалось свыше 100 мин – 9 (22,5%) наблюдений.

У 17 (42,5%) обследуемых с пресомническими нарушениями отмечалось нарастание дискомфортных ощущений перед сном: вместо обычной усталости и сонливости отмечалось чувство внутреннего напряжения, повышение активности, мышечное напряжение и двигательное беспокойство. Находясь в постели, такие пациенты испытывали необходимость в изменении положения тела или вставали. В 16 (40%) случаях пациенты жаловались на непрекращающиеся тревожные мысли (чаще направленные в будущее), связанные с конкретными событиями их жизни, с ощущением неразрешимости проблем.

Достаточно характерными в общей картине пресомнических нарушений были нарушения ощущений – 14 (35%) пациентов. Чаще всего они проявлялись в виде гиперестезии – повышенной, обостренной чувствительности к действию обычных раздражителей (шуму, шороху, движению), сенестопатий в виде «тяжести» в области сердца, «распирания», «сжатия» желудка и диффузных болей различной локализации.

У 8 (20%) пациентов засыпание осложнялось тревожным ожиданием наступления сна, что препятствовало естественному его возникновению вплоть до навязчивого «страха бессонницы» (агрипнофобии).

Интрасомнические нарушения (частые ночные пробуждения и длительное засыпание после них, ощущение «поверхностного» сна) отмечались у 17 (42,5%) пациентов РА и также имели определенную специфичность. Как правило, они были представлены пробуждениями от 2 до 5 раз в течение ночи. В ряде случаев эти расстройства были связаны с феноменом «замедленного пробуждения», сопровождавшимся нарушением ориентировки, дисфорией, гиперестезией слуха, зрения и тактильной чувствительности – 10 (24%) наблюдений.

Особой разновидностью интрасомнических нарушений были редкие (2–3 раза/мес) ночные тревожные пароксизмы продолжительностью до 10–15 мин, сопровождающиеся выраженными вегетативными нарушениями (сердцебиениями, ощущением «перебоев в работе сердца», колебаниями АД, потоотделением и др.), а также трудностями повторного засыпания с тревожными ожиданиями, навязчивыми мыслями и образами. Такие нарушения были выявлены в 9 (22,5%) случаях.

Как правило, предпосылками для возникновения таких пароксизмов являлись особенности бодрствования перед засыпанием (наличие тревоги во второй половине дня, вегетативные кризы, сенестопатические ощущения и ипохондрические переживания). В 6 (15%) наблюдениях приступы тревоги появлялись в первую половину ночи, в остальных 3 (7,5%) случаях они отмечались в ее вторую половину.

Более подробное изучение анамнеза показало, что появление тревожных пароксизмов во время сна также приводило к возникновению «страха наступления сна» – 6 (15%) наблюдений. Такие пациенты стремились отсрочить засыпание, в результате чего возникали приступы тревоги, связанные с инсомнией.

Достаточно часто отмечались ночные пробуждения вследствие «неприятных сновидений» и длительный период (более 30 мин) повторного засыпания, связанный с тревожными переживаниями о «возможном ухудшении состояния» – 11 (27,5%) обследуемых. В случаях, когда обследуемым снились кошмары, они просыпались с ощущением необоснованного беспокойства – 6 (15%) наблюдений. Иногда они вспоминали тревожные сновидения, но чаще не осознавали, почему проснулись, при этом сон характеризовался ими как «поверхностный», «не приносящий чувства отдыха».

Постсомнические расстройства были выявлены лишь у 12 (30%) пациентов с РА, и чаще всего были следствием интрасомнических нарушений, связанных с поддержанием ночного сна. Ранние утренние пробуждения (4–5 ч утра) характеризовались в основном «невозможностью уснуть вновь» – 8 (20%) наблюдений. В 5 (12,5%) случаях отмечались пробуждения с вегетативными нарушениями: сердцебиением, «дрожью в теле», ощущением нехватки воздуха, сопровождающиеся тревожными переживаниями за состояние своего здоровья.

Установлено, что 4 (10%) пациента с постсомническими нарушениями характеризовали свое пробуждение как «затрудненное», «неполное», при этом они сообщали, что медленно достигали необходимого уровня бодрствования, находились как в «полусне» и лишь через 30–40 мин ощущали себя «окончательно проснувшимися». В 10 (25%) случаях пациенты с РА отмечали, что просыпались неотдохнувшими, «разбитыми», что определялось как постсомническая астения.

Проведенное исследование позволило выявить общие характеристики феноменологических особенностей различных типов инсомнических нарушений при РА, которые представлены в табл. 2.

Таблица 2

Феноменологическая характеристика инсомнических нарушений

Типы нарушений	Феноменологические особенности
Пресомнические	<ul style="list-style-type: none"> – увеличение длительности засыпания от 30 мин до 2 ч; – чувство «внутреннего напряжения», мышечный гипертонус, увеличение двигательной активности в постели; – нарушения ощущений – гиперестезии, сенестопатические нарушения; – фобические нарушения («страх бессонницы», страх «ненаступления сна»)
Интрасомнические	<ul style="list-style-type: none"> – ночные пробуждения – феномен «замедленного пробуждения» и нарушение ориентировки с дисфорией и гиперестезией слуха, зрения, тактильной чувствительности – трудности засыпания после ночного пробуждения с тревожным ожиданием сна – редкие тревожные пароксизмы с вегетативными нарушениями (сердцебиениями, ощущением «перебоев в работе сердца», колебаниями АД, повышенным потоотделением и т.д.) – ночные пробуждения вследствие «неприятных сновидений», кошмаров
Постсомнические	<ul style="list-style-type: none"> – ранние утренние пробуждения (4–5 часов утра) с «невозможностью вновь уснуть» – вегетативные нарушения (сердцебиение, «дрожь в теле», ощущение нехватки воздуха), сопровождающиеся тревожными переживаниями за состояние своего здоровья – «затрудненное, неполное» пробуждение, состояние «полной обездвиженности» с ощущением «невозможности открыть глаза, произнести слово, встать с постели» – постсомническая астения

Следует отметить, что у пациентов с РА в 7 (17,5%) наблюдениях встречались все 3 типа инсомнических расстройств, а в 18 (45%) случаях имело место их сочетание, что во многом определяло большую тяжесть состояния этих пациентов. При этом пре- и интрасомнические нарушения выявлялись чаще постсомнических.

Тщательный анализ анамнестических особенностей позволил установить, что нарушения сна, как правило, дебютировали пресомническими расстройствами, однако при отсутствии лечения и дальнейшем нарастании тяжести состояния достаточно быстро возникали интра- и постсомнические проявления.

Выводы

Проведенное исследование показало, что у большинства военнослужащих с расстройством адаптации были выявлены инсомнические нарушения, при этом общим для этой группы пациентов было субъективно отмечаемое снижение продолжительности сна, увеличение времени засыпания и отсутствие чувства удовлетворения сном.

Основу расстройств сна составили 3 группы инсомнических нарушений: пресомнические, интрасомнические и постсомнические, определявшиеся временем возникновения и клиническими особенностями ведущей тревожно-депрессивной симптоматики. Установлено, что прогрессирование инсомнических нарушений способствовало ухудшению общего функционального состояния и нарастанию военно-профессиональной дезадаптации.

Таким образом, инсомнические нарушения при расстройствах адаптации представляют собой самостоятельную проблему, ассоциированную с ухудшением динамики психического состояния. Полученные результаты определяют необходимость совершенствования методов диагностики и коррекции инсомний при невротических, связанных со стрессом расстройствах, что позволит более эффективно решать практические задачи, связанные с профилактикой и лечением этих расстройств.