

Глава 19 РАССТРОЙСТВА СНА

Проблемы со сном имеют значение для специалистов по психическому здоровью детей из-за сложных взаимоотношений между расстройствами сна и психическими расстройствами:

- Психические расстройства могут вызывать проблемы со сном. Например, при тревожных и депрессивных расстройствах часто бывают трудности при засыпании и с поддержанием сна, тогда как заметным признаком посттравматического стрессового расстройства могут быть ночные кошмары.
- И, напротив, расстройства сна могут вызывать, копировать, или усиливать психические расстройства. Например, у 6-летнего ребенка лишение сна может приводить к чрезмерной активности, плохой концентрации внимания, импульсивности и раздражительности, т.е. к признакам гиперактивности и поведенческих расстройств.
- Может быть трудно провести различие между расстройствами сна и психическими расстройствами, например ночные панические атаки могут быть ошибочно приняты за ночные кошмары или ночные ужасы и наоборот.
- Проблемы со сном могут быть вызваны психотропными препаратами (или их отменой), например трудности при засыпании во время приема метилфенидата или ночные кошмары вслед за резкой отменой антидепрессантов.
- И к проблемам со сном, и к психиатрическим трудностям ребенка может predispose единый фактор риска. Например, у детей, растущих в хаотичном доме, без порядков и систематически проводимых в жизнь правил, с большей вероятностью развиваются и поведенческие проблемы, и трудности в получении регулярного ночного сна.

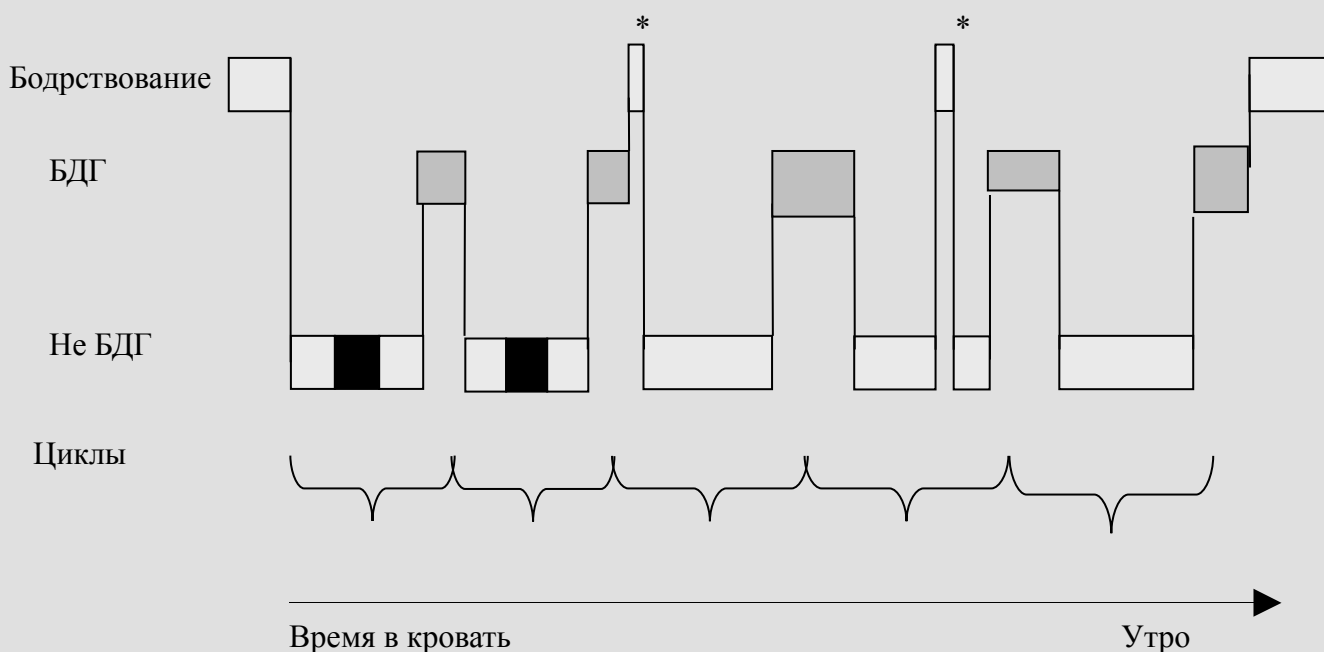
Нормальный сон

Структура нормального ночного сна схематично представлена во вставке 19.1 наряду с сопутствующими примечаниями. Дневная сонливость обычно достигает пика после полудня; ожидания по поводу того, когда (если вообще) детям следует перестать спать днем (в сиесту) различаются в различных культурах. Гормон шишковидной железы мелатонин помогает координировать цикл сна-бодрствования с 24-часовым циклом темноты-света. Хорошая или плохая «гигиена сна» изменяет риск проблем со сном - точно так же, как хорошая или плохая гигиена изменяет риск инфекционных заболеваний. Во вставке 19.2 перечислены некоторые ключевые составляющие хорошей гигиены сна.

Эпидемиология проблем со сном

Очень тяжелые расстройства сна редки, например нарколепсия поражает примерно 1 из 10000 детей, а некоторая степень обструктивного апноэ во сне поражает 2% детей. Менее тяжелые проблемы со сном встречаются гораздо чаще, например, примерно у четверти дошкольников значительные проблемы с засыпанием или поддержанием сна, и почти у 15% тинейджеров - неустойчивый или отсроченный цикл сна-бодрствования. Проблемы со сном особенно распространены среди детей с генерализованной недостаточной обучаемостью, а также сопутствуют физическим ограничениям (таким как церебральный паралич), сенсорным нарушениям (таким как слепота), психическим расстройствам (таким как генерализованная тревога) и соматическим расстройствам, которые обостряются ночью (таким как астма) или вызывают дискомфорт в ночное время (например, зуд вследствие экземы).

Вставка 19.1 Структура сна



Примечание

- БДГ¹³ = Быстрые движения глаз: стадия сна, когда возникает большая часть сновидений, и мышечный тонус наиболее низок. Составляет примерно 25% сна и чаще всего встречается к концу ночи.
- Не-БДГ: самый глубокий не-БДГ-сон (стадии 3 и 4, показаны черным) по большей части возникает в первые два цикла.
- Краткие пробуждения в любом возрасте нормальны, и могут наступать либо из БДГ, либо из легкого не-БДГ (на диаграмме показаны *).
- Засыпание после раннего младенчества – это переход к не-БДГ сну.
- Циклы сна в детстве длятся около 50-60 минут и возрастают до 90-100 минут у подростков и взрослых.
- Общее количество сна уменьшается от 12 часов в день в среднем у 4-летних до 8 часов в день в среднем в позднем подростковом возрасте.

Предъявление

Проблемы со сном обычно присутствуют в виде одного (или нескольких) из трех образований:

- Проблемы с засыпанием или поддержанием сна
- Чрезмерная дневная сонливость
- Эпизодические нарушения ночью, такие как ночные кошмары и ночные ужасы

Это предъявления, а не диагнозы. Для постановки диагноза требуется детальная клиническая история болезни, могут также потребоваться специальные исследования, такие как полисомнография с одновременной записью активности мозга (ЭЭГ), мышечных движений и движений глаз во время сна.

Вставка 19.2 Хорошая гигиена сна

Днем

- Избегайте дремать, особенно поздно днем
- Регулярно упражняйтесь (но не перед сном)
- Справьтесь с беспокойствами и постройте планы на следующий день (чтобы не оставлять все это на время сна)
- Ограничьте напитки, содержащие кофеин (кофе, кола), особенно поздно днем
- Табак, алкоголь и наркотики также могут нарушать сон и могут применяться подростками без ведома родителей

Подходит время сна

- Заканчивайте любую домашнюю работу задолго до времени сна
- Постепенное расслабление без избыточной стимуляции
- Избегайте поздно вечером обильной еды

Выбор времени сна

- Продолжительность времени от укладывания в кровать до подъема должна обеспечивать достаточный сон для ребенка данного возраста и конституции
- Если детей отправляют в кровать слишком рано, они приучаются связывать лежание в кровати не со сном, а с бодрствованием

Пойти в кровать

- Примерно в одно и то же время
- Достаточно уставши, чтобы относительно быстро заснуть
- Без неоднократных вставаний с кровати
- С успокаивающим привычным порядком, например слушать сказку или запись; избегать в кровати пугающих историй или возбуждающих телепрограмм
- Постепенный отказ от необходимости присутствовать родителю создает детям возможность заснуть (и снова засыпать) самостоятельно

Спальная

- Удобная кровать
- Температура, свет и шум контролируются
- Не слишком возбуждающая, но и не неприятная

Подъем

- Примерно в одно и то же время (долгое лежание может переустановить цикл сна-бодрствования)
- Не поощряйте слишком раннее вставание, например снабжая прекрасными видео

Специфические типы нарушений сна

Проблемы со сном, имеющие наибольшее значение для детских психиатров - практиков:

Трудности при засыпании или с поддержанием сна. Это наиболее распространенная проблема сна от младенчества до старости особенно среди дошкольников. Обычно эту проблему можно успешно решить, улучшая гигиену сна (см. вставку 19.2) и постепенно отменяя вознаграждения за то, чтобы не спать. Когда детям требуется родительское внимание, чтобы после пробуждения среди ночи снова уснуть, часто это бывает потому, что они не *обучились навыку* засыпать самостоятельно. Простейший способ обучить их этому навыку - упражняться перед сном. Если родители во время отхода ко сну постепенно исчезают (например, покидая спальню перед тем, как ребенок заснет), дети учатся засыпать самостоятельно и потом обычно могут делать это и среди ночи. Иногда детям не дают спать страхи и беспокойства, которые необходимо преодолеть сами по себе (см. главу 9).

Расстройство суточного цикла сна-бодрствования. Когда вы перемещаетесь из Новосибирска в Лондон или обратно, переводятся ваши телесные часы и цикл сна-бодрствования. Представьте, что может случиться, если ваш цикл сна-бодрствования не переведется. Сибиряк в Лондоне всегда засыпал бы раньше всех, а затем смехотворно рано просыпался (синдром опережения фазы сна). И, напротив, лондонец в Новосибирске, вставал бы каждый день очень поздно и не засыпал бы до раннего утра (синдром задержки фазы сна). Именно такого рода проблема с «застреванием в неправильной временной зоне» и возникает у некоторых детей, а чаще – у подростков. Синдром опережения фазы сна относительно редок и обычно обусловлен тем, что родители слишком рано укладывают детей в постель, в результате они привыкают слишком рано просыпаться и мешают остальному семейству.

Синдром задержки фазы сна встречается гораздо чаще, особенно у подростков. Они сидят допоздна (телевизор, домашние задания, компании), а потом спят допоздна всякий раз, когда могут. Их трудно поднять в школу, и часто главная жалоба - ухудшение школьных показателей (и поведения) вследствие дневной сонливости. Стоит фазе сна сместиться, лечь пораньше больше не помогает, а лишь обрекает подростка на то, чтобы лежать часами без сна перед тем, как ранним утром, наконец, уснуть «как обычно». При терпении, усилении и мотивации перестроить фазу сна возможно, но некоторые подростки не стремятся измениться. Когда фаза сна задержана только на 2 или 3 часа, можно позволить подростку несколько дней спать допоздна, а затем сдвигать время подъема - примерно на 15 минут раньше каждый день; время отхода ко сну, естественно, тоже сдвинется на более раннее. Когда фаза сна задержана на 3-4 часа или больше, обычно лучше сдвинуть ее еще позднее, чтобы подросток каждую ночь бодрствовал дополнительно 2 или 3 часа до тех пор, пока не восстановится нормальная фаза: например, за неделю сдвинуться вперед на 18 часов, вместо того, чтобы пытаться сдвинуться на 6 часов назад. Сдвинуться помогает яркое освещение во время бодрствования и темнота во время сна. И совершенно необходимы высокий уровень мотивации родителей и их большой вклад.

Обструктивное апноэ во сне. Во время сна снижается мышечный тонус верхних дыхательных путей, поэтому если дыхательные пути уже частично заблокированы, сон может приводить к недостаточной вентиляции. Большая часть взрослых с этим заболеванием тучные, но это справедливо только примерно для 20% пораженных детей. Самая распространенная причина в детстве – это увеличение миндалин и аденоидов. Дети с синдромом Дауна также подвержены высокому риску.

Бывает хронический громкий храп, и родители могут заметить периодическую обструкцию - повторные приступы, когда ребенок прекращает дышать или задыхается. Ребенок может просыпаться расстроенным после обструктивных приступов, а могут быть незамеченные родителями частые кратковременные возбуждения, нарушающие качество сна. Даже когда ребенок спит нормальное количество часов, плохое качество сна может приводить к дневной сонливости (или к гиперактивности, плохой концентрации внимания, импульсивности и раздражительности). Варианты лечения представляют хирургическое удаление увеличенных миндалин и аденоидов,

или потерю веса при тучности. У взрослых с обструктивным апноэ во сне иногда используют трициклические препараты, но они не проявили эффективности у детей.

Ночные ужасы, снохождение и спутанность при возбуждении – все включают частичное возбуждение (без пробуждения) из глубокого не-БДГ-сна¹³. Поэтому они чаще всего возникают в первые часы сна, когда сконцентрирован глубокий не-БДГ (см. вставку 19.1). Они могут возникать чаще обычного, когда ребенок живет с тревогой, например после взлома дома.

Спутанность при возбуждении¹⁴ часто встречается среди младенцев и ходунков-ползунков: ребенок плачет, кричит или мечется и не реагирует, когда с ним говорят. Если его оставить одного, ребенок примерно через 5-15 минут успокаивается и снова тихо засыпает. Попытка разбудить ребенка, как правило, увеличивает агитацию и продлевает приступ.

Снохождение у детей встречается с частотой до 17%, пик приходится на возраст 4-8 лет. Ребенок блуждает с широко раскрытыми глазами и остекленевшим взглядом до 10 минут или около того, а затем может вернуться в постель или заснуть в другом месте. Может возникать мочеиспускание в несоответствующих местах. Значителен риск травмы, например падения с лестницы. Необходимо сделать окружающую среду как можно более безопасной. Попытка удержать или разбудить ребенка, как правило, ухудшает дело.

Ночные ужасы поражают примерно 3% детей, главным образом в возрастном диапазоне 6-12 лет. Родители просыпаются от внезапного вопля и обнаруживают, что ребенок выглядит испуганным: потный, с учащенным пульсом, широко раскрытыми глазами, кричит или плачет. Ребенок может вылезти из постели и носиться повсюду в агитированном состоянии (возможно, получая травмы). После всего лишь нескольких минут ребенок снова тихо засыпает и часто утром ничего не помнит о приступе. Если детям случается проснуться после приступа, они могут описать интенсивное, но неспецифическое ощущение опасности, но они не описывают ничего вроде проработанного сюжета типичного ночного кошмара. Основные дифференциальные диагнозы - ночные кошмары (с яркими воспоминаниями и возникающие по большей части во второй половине ночи) и некоторые виды ночных припадков.

Когда ночные ужасы (или снохождение или спутанность при возбуждении) возникают часто и в определенное время, иногда их можно предотвратить «пробуждениями по расписанию». Это означает: нежно будить ребенка за 15-30 минут перед тем, как должны произойти приступы, а затем позволять ему снова быстро уснуть. Если пробуждения по расписанию не помогают, и если возбуждения подвергают ребенка опасности, следует подумать о медикаментозном лечении. Могут быть эффективны бензодиазепины, но их следует назначать только краткосрочно и под наблюдением специалиста.

Ночные кошмары встречаются очень часто и возникают из БДГ сна. Ребенок просыпается испуганный и настороженный и помнит очень ясно все, что происходило во сне. Нужно некоторое время, чтобы страх настолько прошел, чтобы ребенок снова уснул. Ночные кошмары с большей вероятностью возникают, если ребенок испытал стресс или болен. Посттравматическое стрессовое расстройство часто приводит к выраженным ночным кошмарам, относящимся к травме. БДГ-сон подавляют алкоголь и многие лекарственные средства (большая часть антидепрессантов, бензодиазепинов, стимуляторов). И резкая отмена любого вещества, подавляющего БДГ, может приводить к ночным кошмарам вследствие эффекта БДГ-отдачи.

Расстройство ритмических движений включает удары головой, катание головы или раскачивание телом в начале сна, а иногда и в течение ночных пробуждений или в конце сна. Приступы могут длиться до 15 минут и дольше. Часто встречается в младенчестве и почти всегда заканчивается к 3 или 4 годам. Тогда как удары головой во время бодрствования часто связаны с тяжелыми трудностями при обучении или психиатрическими проблемами, удары головой во время сна, как правило, доброкачественны. Все, что требуется в большинстве случаев - ободрение родителей и обивка стенок детской кроватки.

Нарколепсия и связанные симптомы. Нарколепсия имеется примерно у 1 из 2000 взрослых, причем примерно у трети первые симптомы появляются в подростковом возрасте и даже в детстве (у 5% - до 5 лет). Симптомы включают элементы БДГ сна, внедряющиеся в бодрствование:

- (1) Приступы сна – внезапное начало сна, даже во время таких занятий, как еда.
- (2) Катаплексия – внезапная потеря мышечного тонуса, приводящая к тому, что ребенок, не теряя сознания, оседает. Часто бывает спровоцирована сильной эмоцией, такой как гнев или изумление.
- (3) Сонный паралич – потеря способности двигаться или говорить во время бодрствования, либо сразу перед засыпанием или сразу после пробуждения.
- (4) Галлюцинации при засыпании (гипнагогические галлюцинации) или при пробуждении (гипнопомпические галлюцинации). Это действительно сны наяву¹⁵.

При совместном возникновении эти четыре симптома составляют классическую тетраду нарколепсии. Еще чаще бывает, что один из этих симптомов возникает сам по себе или в сочетании только с одним или двумя другими. При приступах сна часто полезен метилфенидат (в сочетании с хорошей гигиеной сна и плановым дневным сном), тогда как трициклические антидепрессанты могут уменьшить или предотвратить катаплексию. При параличе сна и галлюцинациях также могут помочь трициклические препараты, хотя часто достаточно ободрения.

Синдром Клейне – Левина (Kleine-Levin) встречается редко. Обычно поражает подростков мужского пола; включает приступы избыточного сна, переедание и сексуально расторможенное поведение, иногда это сопровождается расстройством настроения, беспокойностью и причудливым поведением. Эпизоды могут длиться часами, днями или неделями и повторяться каждые несколько недель или месяцев. Предполагались гипоталамические аномалии, но они не доказаны. Можно заверить подростков, родителей и учителей, что это признанное заболевание, и оно не является умышленным или психотическим. Рецидивы могут быть уменьшены трициклическими препаратами или литием.

Медикаментозное лечение

Основное лечение расстройств сна в детском и подростковом возрасте - обучение, ободрение и совет как с ними справляться. Имеются некоторые показания и для медикаментозного лечения, как описано выше. Однако важно подчеркнуть, что снотворные следует применять редко. Они дают краткосрочный эффект при обычных проблемах с засыпанием или поддержанием сна, но в долгосрочной перспективе гораздо менее эффективны (а потенциально и более опасны), чем психологические подходы. Применять бензодиазепины более недели или двух, как правило, ошибочно, поскольку они теряют эффективность, вызывают зависимость и часто приводят к ухудшению проблем со сном, когда их, наконец, прекращают принимать, вследствие эффекта «отдачи». Был значительный интерес к применению мелатонина: это не панацея, но, вероятно, он действительно полезен, хотя и ограниченно, при лечении расстройств суточного ритма у некоторых детей с тяжелой генерализованной недостаточной обучаемостью.

Дополнительное чтение

Stores G. (2001) *A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press, Cambridge.