

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИЙНЯТТЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПОРУШЕННЯМИ СНУ

А Животовська

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Р Ісаков

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Анотація.

Дані сучасних наукових досліджень свідчать про ефективність терапії прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) як третьої хвилі когнітивно-поведінкової терапії при лікуванні тривоги та депресії. Позитивний вплив на безсоння та якість сну констатовано при застосуванні методу терапії прийняття та відповідальності для роботи з інсомнією (АСТ-І).

Метою дослідження була оцінка ефективності комплексної терапії пацієнтів з тривожними розладами невротичного рівня та диссомнічними порушеннями із застосуванням групової терапії прийняття та відповідальності, що базувалася на інтегрованому підході за протоколами АСТ та АСТ-І.

Проведено обстеження 91 пацієнта з тривожними розладами невротичного рівня та порушеннями сну з використанням клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного та психодіагностичного методів. Дослідження проводилось за допомогою шкали HADS, опитувальників PSQI, SF-36, AAQ-II, однопунктової шкали якості сну SQS. Респонденти були розподілені на дві групи: в основну групу (ОГ) включено 42 особи, яким проводилася групова психотерапія прийняття та відповідальності в поєднанні з психофармакотерапією, в групу порівняння (ГП) – 49 осіб, які отримували тільки психофармакотерапію згідно з клінічними настановами. Групи не мали статистично значущої відмінності за віком, статтю та клінічними показниками.

Вивчення динаміки психоемоційного стану, якості сну та якості життя пацієнтів проводилось до і після 8 тижнів терапії. В ОГ порівняно з ГП відмічалось зниження рівня тривоги за шкалою HADS ($p < 0,01$), зменшення показників PSQI за такими компонентами як загальний індекс якості сну, «суб'єктивна якість сну» та «добова дисфункція» ($p < 0,001$), «латентність сну», «порушення під час сну» та «використання снодійних» ($p < 0,05$), покращення показників якості життя за шкалами «фізичне функціонування» «інтенсивність болю», «психічне здоров'я» ($p < 0,05$), «соціальне функціонування», «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» та «загальний психічний компонент» ($p < 0,01$).

Отримані дані продемонстрували суттєву перевагу розробленої комплексної терапії із застосуванням інтегрованого підходу групової терапії за протоколами АСТ та АСТ-І при

лікуванні пацієнтів з тривожними розладами невротичного генезу та порушеннями сну порівняно із стандартним підходом. У пацієнтів основної групи відмічалась значна редукція тривожних і депресивних проявів, покращення показників якості сну, якості життя та психологічної гнучкості, що підтверджує ефективність запропонованих лікувально-реабілітаційних заходів.

Вступ .

Тривожні розлади є найпоширенішим типом психічних захворювань в країнах Європи серед осіб віком від 14 до 65 років, що вражають близько 14% населення або 61,5 мільйонів людей на рік [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2015 році тривожні розлади посідали шосте місце серед усіх психічних і соматичних захворювань у світі як причина так званих років, прожитих з інвалідністю та входять до переліку хронічних захворювань, які мають найбільший вплив на життя пацієнтів [2].

Тривога проявляється підвищеним та постійним відчуттям страху та занепокоєння, що не відповідають фактичній загрози [3]. Вона часто супроводжується поганою якістю сну та безсонням, які спричиняють негативний вплив на функціонування людини та мають двосторонній зв'язок із проявами тривоги [4, 5]. Так, недостатній сон посилює активність у «мережі страху» лімбічної та салієнтної системи, залученої до когнітивного контролю, що призводить до збільшення проявів тривожної симптоматики [6, 7]. Причинами розладів сну можуть виступати дисфункціональні когніції, недотримання гігієни сну та психічне гіперзбудження, яке характеризується занепокоєнням та негативним роздумуванням. Особи з диссомнією часто проявляють надмірне хвилювання щодо порушення сну та наслідків недосипання, що підтримує або погіршує процеси сну [8].

Пацієнти, що мають недостатній сон, часто повідомляють про втому, погіршення денного функціонування та настрою. Неправильне сприйняття сну у таких осіб часто призводить до суб'єктивного негативного оцінювання якості сну, а неадаптивні стратегії подолання безсоння і надмірна увага до недосипання можуть призводити до хронізації проблеми [9, 10].

За оцінкою експертів, між 2005 та 2015 роками на 14,9% збільшилася кількість людей, що страждають на тривожні розлади [11]. Це створює потребу у більш рентабельному способі лікування, особливо в умовах обмежених ресурсів та недостатньої кількості кваліфікованих спеціалістів. В цьому контексті груповий формат терапії має низку переваг, у тому числі зменшення комунікативної ізоляції, можливість обміну досвідом з іншими та створення нових ефективних стратегій, заснованих на основі спільного досвіду [12].

За даними сучасної наукової літератури, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є емпірично доведеним та клінічно ефективним методом лікування тривожних розладів, однак частина пацієнтів є резистентними до лікування методами КПТ, вразливими до повторного розвитку тривожної симптоматики або відчувають її недостатність, шукаючи додаткового лікування [13]. Як третя хвиля КПТ, терапія прийняття та відповідальності (АСТ – Acceptance and Commitment Therapy) була розроблена як альтернатива традиційній моделі, що має відмінні стратегії роботи з дезадаптивними когнітивними функціями та внутрішніми переживаннями, пропонує розширити мету терапії від зміни думок і регулювання емоцій до підвищення психологічної гнучкості і досягнення повноцінного життя [14, 15].

У той час, як в традиційних підходах психологічні проблеми розглядаються як результат дефіциту чи дисфункції, АСТ досліджує функціональність проблеми та поведінкові патерни у контексті повсякденного життя. Згідно концепції терапії прийняття та відповідальності, спроби контролю чи уникнення небажаних переживань є дієвими лише на короткий час. У



довгостроковій перспективі це може призвести до збільшення їх частоти та інтенсивності, погіршити якість життя, відвернути людину від дійсно цінних та актуальних справ [16].

Встановлено, що ефективність АСТ для лікування психологічних чи соматичних проблем не має суттєвих відмінностей від інших схвалених психологічних втручань, таких як КПТ [17, 18]. Дані кількох мета-аналізів підтверджують ефективність АСТ для лікування тривоги та депресії, встановивши середній розмір ефекту у порівнянні з групами традиційного лікування, групою очікування та психологічного плацебо. Дослідження таких процесів як психологічна гнучкість, когнітивна дифузія та прийняття показало, що саме прийняття впливає на показники психічного здоров'я, якості життя і функціонування та відрізняє терапію прийняття та відповідальності від інших психотерапевтичних методів [19].

Сучасні методи лікування тривожних розладів часто включають різні стратегії, спрямовані, зокрема, на корекцію диссомнічних порушень. Когнітивно-поведінкова терапія безсоння (КПТ-I) є нефармакологічним терапевтичним втручанням, що поєднує гігієну сну, психоосвіту, поведінкові втручання, такі як контроль стимулів та когнітивні методи. Північноамериканські та європейські наукові товариства схвалюють використання КПТ-I для застосування при хронічному безсонні, як метод з довготривалою ефективністю, позбавлений несприятливих наслідків та побічних фармакологічних ефектів [20]. Встановлено, що особам, для яких КПТ-I недостатньо ефективна, позитивні результати дає метод терапії прийняття та відповідальності для роботи з інсомнією (АСТ-I) [21]. АСТ-I є методом втручання, заснованим на прийнятті почуттів та думок, пов'язаних із порушенням сну, що не зосереджує увагу на контролі та боротьбі із небажаною симптоматикою, має значний вплив на первинне і коморбідне безсоння та якість сну [22].

Наукові дослідження підтверджують ефективність АСТ у різних форматах - індивідуальному та груповому підході, проведення одноденних групових семінарів, застосування онлайн додатків чи телемедицини [23]. Не зважаючи на те, що даних для порівняння ефективності групового та індивідуального АСТ недостатньо, проведення АСТ в груповому форматі для пацієнтів з психоемоційними розладами є більш доступним і поширеним.

Мета дослідження - оцінити ефективність комплексної терапії пацієнтів з тривожними розладами невротичного рівня та диссомнічними порушеннями із застосуванням інтегрованого підходу групової терапії прийняття та відповідальності АСТ та АСТ-I.

Матеріали та методи дослідження.

Дослідження проводилося на базі КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» та кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету. Критеріями включення пацієнтів у дослідження були: наявність інформованої згоди, вік 21-59 років, наявність тривожного розладу невротичного рівня, диссомнічні порушення, індекс якості сну за Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) > 5 балів. Критеріями виключення були: супутні психічні розлади, психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю та психоактивних речовин, хронічна соматична патологія, органічні ураження центральної нервової системи.

Після оцінки критеріїв включення та виключення в групу дослідження увійшов 91 пацієнт, із них 48 жінок (52,7%) та 43 чоловіка (47,3%). Дослідження респондентів було проведено у відповідності до Гельсінської декларації «Етичні засади медичних досліджень за участю людей», 2013 р. За МКХ-10 у всіх обстежених діагностовано тривожні розлади невротичного генезу (F40.8, F41.0-F41.3, F41.8, F43.22, F43.23). Диссомнічні порушення у пацієнтів виявлялися у вигляді скорочення тривалості сну, труднощів засинання та/або частих пробуджень під час сну, поверхневого сну з відсутністю відчуття відпочинку зранку.

Дослідження проводилося в 3 етапи. На першому (діагностичному) етапі проводилась

перевірка відповідності критеріям включення/виключення, клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження.

На другому (терапевтичному) етапі респонденти були розподілені на дві групи: в основну групу (ОГ) увійшли 42 особи, яким проводилася групова психотерапія АСТ, спрямована на зниження тривожних та диссомнічних порушень, в поєднанні з психофармакотерапією, в групу порівняння (ГП) – 49 осіб, які отримували тільки психофармакотерапію згідно з клінічними настановами. В основній групі було 24 жінки (57,1 %) та 18 чоловіків (42,9%), середній вік обстежених був 41,5 (SD=10,72). В групі порівняння було 24 жінки (49,0%) та 25 чоловіків (51,0%), середній вік становив 42,76 (SD=10,83). Групи не мали статистично значущої відмінності за віком, статтю та клінічними показниками. На основі диференційованого та персоніфікованого підходу до проведення психофармакотерапії респондентам призначалися антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну в терапевтичних дозах. Для редукції вираженої тривожної і фобічної симптоматики також призначалися препарати седативної, анксиолітичної та вегетостабілізуючої дії коротким курсом протягом перших 7-10 днів. Тривалість терапевтичного етапу становила 8 тижнів.

На третьому (оціночному) етапі проводилося вивчення динаміки психоемоційного стану, якості сну та якості життя пацієнтів після завершення проведених лікувально-реабілітаційних заходів.

Психодіагностичний метод включав використання Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS, 1983) для визначення тривожної та депресивної симптоматики. Шкала містить 14 пунктів та включає дві підшкали тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), що дозволяє одночасно провести диференціацію цих симптомів в рамках одного інструменту, має хорошу надійність, специфічність та чутливість [24].

Вивчення порушень якості сну проводилося за допомогою Пітсбургського опитувальника (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI, 1989), який містить сім компонентів з оцінкою за шкалою Лайкерта від 0 до 3 балів, що відображає ступінь порушення окремого компонента. Глобальний показник є сумою семи компонентів та коливається від 0 до 21, при цьому загальний бал PSQI вище 5 вказує на незадовільну якість сну [25].

Опитувальник SF-36, що включає 36 питань, об'єднаних у 8 шкал, використовувався для оцінювання якості життя в балах від 0 до 100, де 100 балів відповідають «повному здоров'ю». Формування шкал також дозволяє оцінити два інтегральних показники – фізичний та психологічний компоненти здоров'я [26].

Перед початком кожної сесії учасники заповнювали однопунктову шкалу якості сну (Sleep quality scale, SQS) [27]. Формат одного пункту у вигляді візуально-аналогової шкали є простим і зручним інструментом самооцінки якості сну за останній тиждень, яку респондент виставляє від 0 до 10 балів у відповідності до п'яти категорій: 0 – «жахливо», 1-3 – «погано», 4-6 – «задовільно», 7-9 – «добре» і 10 – «чудово». При оцінці респондентам пропонується врахувати наступні характеристики: кількість годин сну, легкість засинання, частоту пробудження вночі (за винятком походу в туалет) і зранку, коли прокидалися раніше, ніж потрібно, та відчуття відпочинку після сну.

Оцінку рівня психологічної гнучкості/негнучкості індивіда проведено за Опитувальником прийняття та дії (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II) [28], що включає 7 тверджень з оцінкою за шкалою Лайкерта від 1 – «ніколи» до 7 – «завжди». Вищий показник вказує на вищий рівень психологічної негнучкості та схильність до уникання досвіду.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням програми IBM

SPSS Statistics V.27.0. Перевірку даних на відповідність закону нормального розподілу проводили за критеріями Шапіро-Уїлка. Аналіз відмінностей у розподілі ознак проводився за допомогою непараметричного методу з використанням U-Манна-Уїтні в незалежних групах та Т-Вілкоксона - в залежних групах. Непараметричні змінні представлені як середнє та стандартне відхилення M (SD). Величина ефекту оцінювалася за індексом розміру ефекту r для критерія U-Манна-Уїтні з інтерпретацією даних: $0,10 \leq r < 0,30$ - малий, $0,30 \leq r < 0,50$ - середній, $0,50 \leq r < 1,00$ - великий. Статистично значущими для всіх видів аналізу вважали відмінності на рівні $p < 0,05$.

Пацієнтам ОГ проводилася групова терапія прийняття та відповідальності, що базувалася на інтегрованому підході з використанням протоколу АСТ для терапії симптомів тривоги та АСТ-I для терапії інсомнії. Кількість учасників в групі була 5-8 осіб. Сесії тривалістю 90 хвилин проводились 1 раз на тиждень, загальною кількістю 8 сесій.

Інтегрований протокол АСТ та АСТ-I складається з трьох послідовно пов'язаних фаз [29]. Перша фаза (сесія 1-2) націлена на дослідження «прийняття» як одного з принципів АСТ. Учасники групи оцінюють свій минулий досвід боротьби з негативними переживаннями, тривогою та безсонням та навчаються практичним навичкам, що допомагають відкритися власним переживанням, помічати їх з точки зору уважного спостерігача, не намагаючись із зусиллями їх контролювати чи уникати.

Друга фаза (сесія 3-5) спрямована на визначення життєвих цінностей та вивчення вправ, що сприяють розвитку психологічної гнучкості. Це включає дослідження «я» в контекстній моделі, вивчення навичок усвідомленості, перебування в теперішньому моменті. Учасники тренують когнітивне від'єднання від негативних і тривожних думок та переживань без заплутування та злиття з ними, що допомагає в подальшому розробити стратегію поведінки, яка відповідає їх життєвим цінностям.

Під час третьої фази (сесії 6-8) основна увага приділяється побудові реалістичних моделей цілеспрямованих дій, направлених на слідування цінностям. На цьому етапі на шляху досягнення бажаної мети можуть виникати перешкоди, пов'язані з попередньо встановленими неефективними моделями поведінки, тривогою та спробами уникнення небажаних відчуттів. На даному етапі допомога терапевта спрямована на подолання подібних бар'єрів. Застосовуючи уважне спостереження та інші навички, учасники продовжують здійснювати ціннісні дії, «приймаючи» свою тривогу, що є невід'ємною частиною лікування.

Використання відповідних емпіричних вправ є важливою частиною процесу АСТ. Замість прямого контакту з почуттями, спогадами та фізичними відчуттями, яких людина боїться чи уникає, в процесі терапії використовуються метафори - словесні та візуальні аналогії, які не можна сприйняти буквально, що допомагає по-новому подивитися на власний досвід. В інтегрованому протоколі АСТ та АСТ-I під час кожної зустрічі проводилися медитативні та майндфулнес-орієнтовані практики, спрямовані на підтримку усвідомленості в думках, почуттях, тілесних відчуттях і навколишньому оточенні, з наступним завданням практикувати їх щодня протягом 10-20 хвилин. Ці вправи починалися з простого тренування концентрації уваги на диханні, потім щотижня додавалися завдання, спрямовані на прийняття та усвідомлення тілесних відчуттів, почуттів і думок, зокрема тих, що виникають вночі та заважають спати.

Перша сесія була зосереджена на створенні альянсу та прихильності до терапії, розумінні природи та функції виникнення тривоги, які є адаптивними емоціями, незважаючи на те, що вони можуть перетворитися на проблему. Акцентувалася увага на те, що боротьба або уникання неприємних думок чи почуттів є часто неефективним та негнучким способом, який при тривалій дії може заважати повсякденному функціонуванню та досягненню життєвих цілей. Це поняття досліджувалося з точки зору досвіду пацієнтів. Також проводилося дослідження стратегій, які раніше використовувалися і які не змогли покращити їхній сон.



Учасникам групи надавалася інформація стосовно психогігієни сну.

Сесія 2 була спрямована на виявлення та відмову від неефективних стратегій, дослідження контексту прийняття як альтернативи контролю та уникнення тривоги. За допомогою метафор, які пропонував терапевт під час сеансу, досліджувалося як може виглядати відмова від боротьби з тривогою та неспанням: «Відштовхування аркуша паперу», «Обгортання кульки для пінг-понгу», «Осад у склянці».

Під час сесії 3 опрацьовувалися стратегії прийняття та когнітивної дифузії, як дієвих методів підходу до різноманітних життєвих ситуацій. Учасники групи вивчали базові вправи дифузії, такі як об'єктивний опис, називання та сприйняття некорисних думок, в тому числі коли вони з'являються вночі. Вчилися спостерігати за думками та відчуттями, як вони проходять та зникають, усвідомлено сприймати переживання, без їх оцінки, засудження та інших спроб змінити їх форму чи частоту. Для цього виконувалися кілька із запропонованих вправ: «Листя на струмку», «Гра» з думками – зміна сценаріїв, форми та місця, уповільнення та прискорення, запис думок у бульбашці, завданням яких було підвищення готовності відчувати дискомфорт, визнати тривогу такою, якою вона є, реагувати на неї способом, що не обмежує діяльність. Також пацієнти досліджували свої життєві цінності, для досягнення яких тривога стала перешкодою, використовуючи завдання та метафори: «Питання про чарівну паличку», «Промова на 80-річчя», «Пасажири в автобусі».

Сесії 4-5 були присвячені темі зустрічі з тривогою, щоб за її наявності пацієнти могли виконувати цінні для них активності. Їх заохочували бути відкритими для свого досвіду, залишатися з тривогою, контактувати з нею зі сторони співчуття та неосудження. Основним питанням на даному етапі був вибір пацієнта рухатися зі своєю тривогою в напрямку до бажаної цілі або втеча від неприємних переживань та життя, яким пацієнт хотів би жити. Були використані наступні метафори: «Розум печерної людини», «Суші-конвеєр», «Руки як думки та почуття», та вправи: «Емоційний серфінг», «Скидання якоря».

Сесії 6-8 були зосереджені на впровадженні активних дій, спрямованих на обрані цілі та пов'язані з ними особистісні цінності – вправи «Точка вибору» та «Потрапити в ціль», медитація, зосереджена на цінностях та діях, метафора «Безхатко біля дверей». Робота терапевта на цьому етапі полягала у допомозі пацієнту перетворити визначені цінності на цілеспрямовані дії, обрати реалістичні завдання та забезпечити зворотній зв'язок і моніторинг процесу. Учасників заохочували залишатися із складними думками, відчуттями та іншими створеними тривогою бар'єрами, рухатися разом із ними, хвилюватися і водночас робити те, що є важливим для них.

Результати та їх обговорення .

За результатами оцінки ефективності терапії відмічалася значна редукція показників тривоги та депресії за шкалою HADS в обох групах через 8 тижнів терапії, що показано в таблиці 1. До проведення лікувально-реабілітаційних заходів середні показники HADS-A свідчили про клінічно виражену тривогу в обох групах ($p > 0,05$). Через 8 тижнів терапії ці показники значуще знизилися ($p < 0,001$): клінічно виражена тривога відмічалася у 3 (7,1%), субклінічна – у 18 (42,9%) пацієнтів ОГ, в ГП – у 11 (22,4%) та 28 (57,1%) респондентів. Середній бал за субшкалою тривоги в ОГ склав 7,83 (SD=1,89), що свідчить про її зниження до нормальних показників в ГП – 9,02 (SD=2,0) балів, що відповідає субклінічному рівню.

Таблиця 1

Динаміка показників за шкалою HADS в процесі терапії

Субшкали	ОГ (n=42) M (SD)	ГП (n=49) M (SD)
HADS-A до терапії	13,12 (2,55)	13,71 (2,64)

HADS-A через 8 тижнів	7,83 (1,89)	9,02 (2,0)
<i>T - Wilcoxon</i>	Z= -5,596 , p<0 , 001	Z= -5,933 , p<0 , 001
HADS-D до терапії	8,52 (2,73)	8,88 (3,45)
HADS-D через 8 тижнів	6,24 (1,86)	6,06 (2,34)
<i>T - Wilcoxon</i>	Z= -4,485 , p<0 , 001	Z= -5,393 , p<0 , 001

Примітка: HADS-A - субшкала тривоги, HADS-D - субшкала депресії

Середній бал за субшкалою HADS-D через 8 тижнів терапії знизився від субклінічного рівня до нормальних показників ($p<0,001$): в ОГ клінічно виражена депресія була у 1 (2,4%) пацієнта, субклінічна - у 9 (21,4%) пацієнтів, в ГП - у 1 (2,0%) та 13 (26,5%) відповідно.

В обох групах констатовано позитивну динаміку показників якості сну до та через 8 тижнів проведення комплексу лікувально-реабілітаційних заходів ($p<0,01$), що показано на рисунку 1.

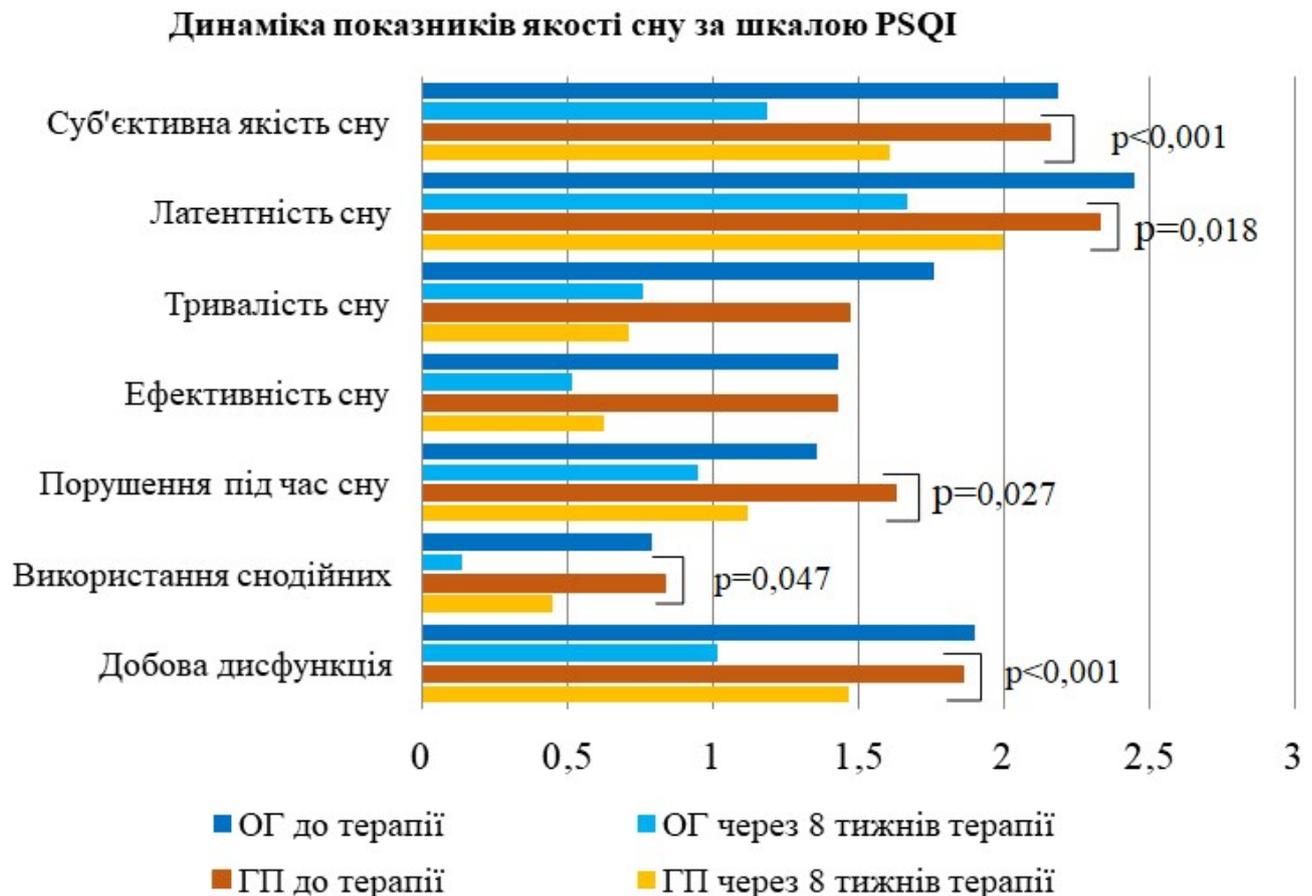


Рис. 1. Показники якості сну за шкалою PSQI до та через 8 тижнів терапії

В групі пацієнтів, яким проводилась групова психотерапія за інтегрованим протоколом АСТ та АСТ-І, загальний показник за шкалою PSQI знизився з 11,86 (SD=3,63) до 6,26 (SD=2,26)

балів, в групі порівняння - з 11,67 (SD=3,13) до 8,02 (SD=2,06) балів, $p < 0,001$. Серед респондентів ОГ 5 балів та менше відмічалось у 17 (40,5%) осіб, в ГП - 6 (12,3%).

Аналіз оцінки якості життя за шкалою SF-36 засвідчив значиму різницю за інтегральними показниками у пацієнтів обох груп через 8 тижнів терапії (таблиця 2).

Таблиця 2

Динаміка інтегральних показників опитувальника SF-36 в процесі терапії

Інтегральні показники якості життя	ОГ (n=42) М (SD)	ГП (n=49) М (SD)
загальний психічний компонент до терапії	29,94 (6,8)	30,22 (5,87)
загальний психічний компонент через 8 тижнів	40,02 (5,67)	37,08 (4,2)
<i>T- Wilcoxon</i>	Z= - 5,646 , p<0 , 001	Z= - 5,575 , p<0 , 001
загальний фізичний компонент до терапії	47,96 (6,79)	44,9 (9,4)
загальний фізичний компонент через 8 тижнів	48,82 (5,87)	46,44 (6,55)
<i>T- Wilcoxon</i>	Z=-0,638, p=0,542	Z=-1,831, p=0,067

Відмічалось підвищення загального психічного компоненту якості життя в обох групах на рівні статистичної значущості $p < 0,001$. Спостерігалася також тенденція до покращення загального фізичного компоненту якості життя в обох групах, без значимої різниці.

В таблиці 3 наведені показники тривоги, депресії, якості сну та якості життя пацієнтів ОГ та ГП через 8 тижнів терапії.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика ефективності терапії через 8 тижнів

Шкали	ОГ (n=42) М (SD)	ГП (n=49)М (SD)	U	r
HADS-A	7,83 (1,89)	9,02 (2,0)	Z=-2,762; p=0,006	0, 29
HADS-D	6,24 (1,86)	6,06 (2,34)	Z=-0,173; p=0,863	0,02
<i>Компоненти якості сну за PSQI</i>				
суб'єктивна якість сну	1,19 (0,46)	1,61 (0,49)	Z=-3,864; p<0,001	0,41
латентність сну	1,67 (0,57)	2,00 (0,68)	Z=-2,375; p=0,018	0,25
тривалість сну	0,76 (0,62)	0,71 (0,65)	Z=-0,411; p=0,681	0,04
ефективність сну	0,52 (0,71)	0,63 (0,7)	Z=-0,862; p=0,389	0,09
порушення під час сну	0,95 (0,38)	1,12 (0,33)	Z=-2,209; p=0,027	0,23
використання снодійних	0,14 (0,35)	0,45 (0,8)	Z=-1,984; p=0,047	0,21
добова дисфункція	1,02 (0,52)	1,47 (0,54)	Z=-3,630; p<0,001	0,38
загальний бал	6,26 (2,26)	8,02 (2,06)	Z=-3,748; p<0,001	0,39
<i>Компоненти якості життя за SF-36</i>				
фізичне функціонування	85,00 (12,74)	78,27 (14,35)	Z=-2,346; p=0,019	0,25
рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	67,26 (21,73)	58,67 (22,56)	Z=-1,958; p=0,050	0,21

інтенсивність болю	62,67 (19,89)	54,06 (19,18)	Z=-2,411; p=0,016	0,25
загальний стан здоров'я	60,74 (10,59)	57,16 (12,67)	Z=-1,795; p=0,73	0,18
життєва активність	50,71 (9,21)	48,88 (7,23)	Z=-1,079; p=0,281	0,11
соціальне функціонування	64,88 (24,41)	55,612 (9,56)	Z=-3,166; p=0,002	0,33
рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	61,92 (20,28)	48,98 (18,16)	Z=-3,020; p=0,003	0,32
психічне здоров'я	55,67 (8,61)	51,71 (9,0)	Z=-2,355; p=0,019	0,25
загальний психічний компонент	40,02 (5,67)	37,08 (4,2)	Z=-2,667; p=0,008	0,28
загальний фізичний компонент	48,82 (5,87)	46,44 (6,54)	Z=-1,895; p=0,058	0,19

В результаті комплексної терапії пацієнтів з тривожними розладами та диссомнічними порушеннями із застосуванням фармакотерапії та групової психотерапії прийняття та відповідальності, що базувалася на інтегрованому підході за протоколами АСТ та АСТ-I, відмічалася значна редукція показників тривоги за шкалою HADS ($p=0,006$), покращення показників за такими компонентами як сумарний індекс якості сну за PSQI, «суб'єктивна якість сну», «добова дисфункція» ($p<0,001$), а також «латентність сну», «порушення під час сну» та «використання снодійних» ($p<0,05$) порівняно з ГП.

Виявлено позитивний вплив запропонованого інтегрованого підходу на якість життя пацієнтів ОГ, які за даними самооцінки в порівнянні з ГП продемонстрували покращення за наступними показниками: «фізичне функціонування» ($p=0,019$), «інтенсивність болю» ($p=0,016$), «соціальне функціонування» ($p=0,002$), «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» ($p=0,003$), «психічне здоров'я» ($p=0,019$) та «загальний психічний компонент» ($p=0,008$).

При порівнянні обох груп встановлено середній розмір ефекту за загальним балом PSQI ($r=0,39$), шкалами «суб'єктивна якість сну» ($r=0,41$), «добова дисфункція» ($r=0,38$), а також компонентами якості життя «соціальне функціонування» ($r=0,33$) та «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» ($r=0,32$).

Динаміка показників якості сну за однопунктовою шкалою SQS, яку пацієнти ОГ заповнювали перед початком кожної сесії, показана на рисунку 2.

Динаміка якості сну за однопунктовою шкалою SQS

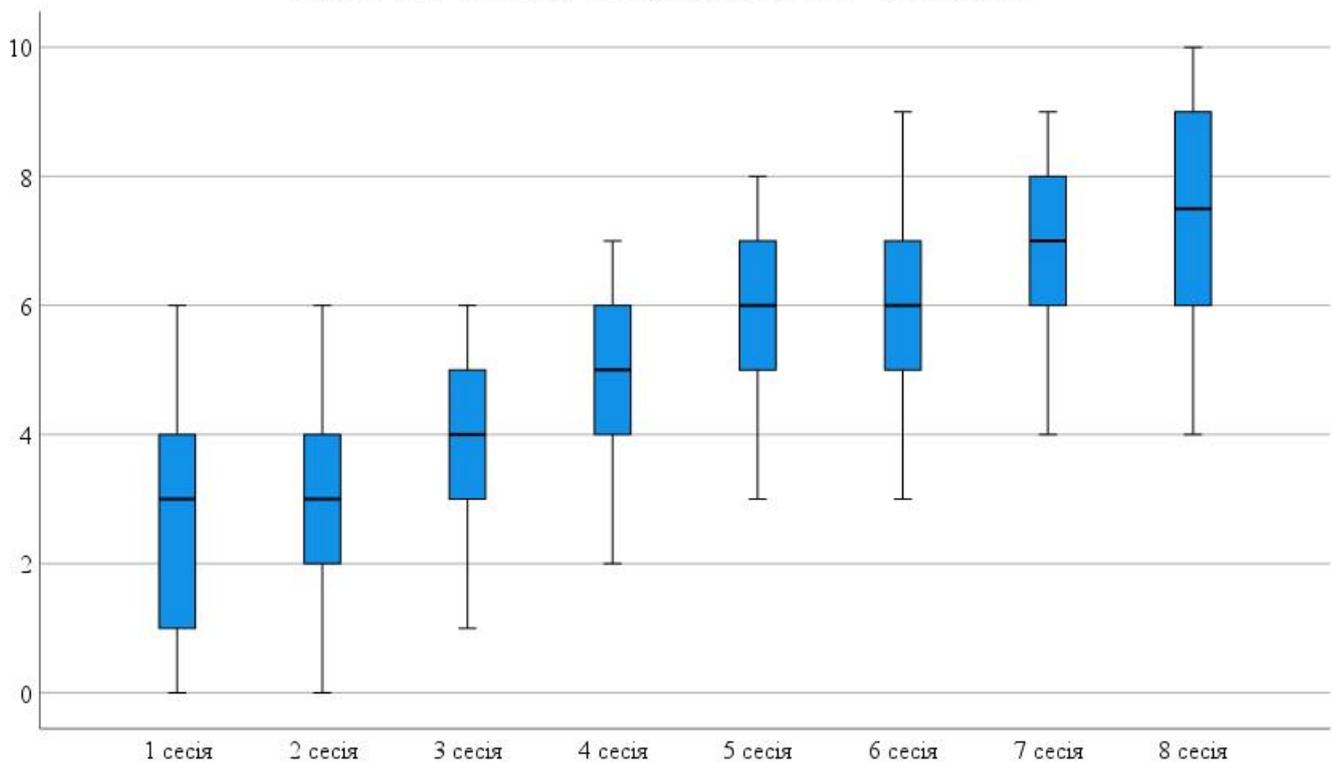


Рис. 2. Показники якості сну за однопунктовою шкалою SQS у пацієнтів ОГ в процесі терапії

Оцінка показників якості сну за SQS продемонструвала статистично значиму відмінність на різних етапах терапії. Констатовано, що вже через тиждень терапії загальний бал за шкалою SQS порівняно з початковим рівнем 2,8 (SD=1,7) становив 3,1 (SD=1,6) балів ($p=0,02$). Кожної наступної сесії відмічалась позитивна динаміка на рівні статистичної значимості: на 4 сесії - 4,7 (SD=1,4), на 8 сесії - 7,4 (SD=1,5) балів, $p<0,001$, розмір ефекту $r=0,87$. Перед початком групової психотерапії прийняття та відповідальності 3 (7,1%) пацієнта відмітили бали, що відповідають категорії «жахливо», 24 (57,1%) - «погано», 15 (35,7%) - «задовільно». На 4 сесії 9 (21,4%) осіб оцінили якість сну як «погано», 28 (66,7%) - «задовільно», 5 (11,9%) - «добре», на 8 сесії 14 (33,3%) пацієнтів дали оцінку «задовільно», 24 (57,1%) - «добре», 4 (9,5%) - «чудово».

Оцінку за опитувальником AAQ-II проводили до лікування та через 8 тижнів після завершення групової психотерапії у пацієнтів ОГ. Показники AAQ-II до початку терапії становили 35,6 (SD=3,2) порівняно із показниками після завершення терапії 30,0 (SD=3,7) ($p<0,001$), розмір ефекту $r=0,87$, що свідчить про значне покращення психологічної гнучкості.

Висновки.

Таким чином, отримані дані продемонстрували суттєву перевагу розробленої комплексної терапії із застосуванням групової психотерапії, що базувалася на інтегрованому підході за протоколами АСТ та АСТ-I, при лікуванні пацієнтів з тривожними розладами невротичного рівня та порушеннями сну порівняно із стандартним підходом. Даний підхід допомагає пацієнтам зберігати відкрите та прийнятне ставлення до існування небажаних думок чи



неприємних відчуттів, не переживати за майбутнє, не занурюватися в минулий досвід, концентруватися на теперішньому і діяти відповідно до своїх цінностей.

Проведене дослідження свідчить про значну редукцію тривожних і депресивних проявів, покращення показників якості сну, якості життя та психологічної гнучкості при проведенні запропонованих лікувально-реабілітаційних заходів, що підтверджує їх ефективність.

Посилання

1. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;155(37):611-620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017:14. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
3. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [published correction appears in *Lancet.* 2019 Jun 22;393(10190):e44]. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-1858. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32279-7)
4. Seo J, Pace-Schott EF, Milad MR, Song H, Germain A. Partial and Total Sleep Deprivation Interferes With Neural Correlates of Consolidation of Fear Extinction Memory. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* 2021;6(3):299-309. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.09.013>
5. Boiko DI, Shyrai PO, Mats OV, et al. Mental health and sleep disturbances among Ukrainian refugees in the context of Russian-Ukrainian war: A preliminary result from online-survey. *Sleep Med.* 2024;113:342-348. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.12.004>
6. Simon EB, Oren N, Sharon H, et al. Losing Neutrality: The Neural Basis of Impaired Emotional Control without Sleep. *J Neurosci.* 2015;35(38):13194-13205. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1314-15.2015>
7. Peters SK, Dunlop K, Downar J. Cortico-Striatal-Thalamic Loop Circuits of the Salience Network: A Central Pathway in Psychiatric Disease and Treatment. *Front Syst Neurosci.* 2016;10:104. Published 2016 Dec 27. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2016.00104>
8. Kalmbach DA, Cuamatzi-Castelan AS, Tonnu CV, et al. Hyperarousal and sleep reactivity in insomnia: current insights. *Nat Sci Sleep.* 2018;10:193-201. Published 2018 Jul 17. <https://doi.org/10.2147/NSS.S138823>
9. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest.* 2014;146(5):1387-1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
10. Чабан О, Сінькевич І. Тривога та порушення сну: можливості комбінованої фітотерапії. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2023;8(2):e0802436. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i2.436>
11. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 [published correction appears in *Lancet.* 2017 Jan 7;389(10064):e1]. *Lancet.* 2016;388(10053):1545-1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
12. Rath JF, Bertisch H, Elliott TR. Groups in behavioral health settings. *Handb. Gr. Couns. Psychother.* 2017;340-350 <https://doi.org/10.4135/9781544308555.n27>
13. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res.* 2012;36(5):427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
14. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance And Commitment Therapy: The Process And Practice of Mindful Change*, 2nd ed. The Guilford Press, New York, NY, US. 2012:402.
15. Zakiei A, Khazaie H, Rostampour M, et al. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Improves Sleep Quality, Experiential Avoidance, and Emotion Regulation in Individuals with Insomnia-Results from a Randomized Interventional Study. *Life (Basel).* 2021;11(2):133.

- <https://doi.org/10.3390/life11020133>
16. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Plumb Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(5):750-765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
 17. A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
 18. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(1):5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
 19. Stockton D, Kellett S, Berrios R, Sirois F, Wilkinson N, Miles G. Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. *Behav Cogn Psychother*. 2019;47(3):332-362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
 20. Miller MA, Renn BN, Chu F, Torrence N. Sleepless in the hospital: A systematic review of non-pharmacological sleep interventions. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;59:58-66. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.05.006>
 21. El Rafihi-Ferreira R, Morin CM, Toscanini AC, et al. Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):504-509. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0947>
 22. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, et al. The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC Neurol*. 2020;20(1):300. Published 2020 Aug 13. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01883-1>
 23. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;263:107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
 24. Lloyd M, Sugden N, Thomas M, McGrath A, Skilbeck C. The structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: Theoretical and methodological considerations. *Br J Psychol*. 2023;114(2):457-475. <https://doi.org/10.1111/bjop.12637>
 25. Чабан ОС, Хаустова ОО, ред. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник. Київ: Видавничий дім Медкнига; 2021:200.
 26. Герасименко ЛО, Скрипніков АМ, Ісаков ПІ. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. Київ: Медицина; 2023:120 с.
 27. Snyder E, Cai B, DeMuro C, Morrison MF, Ball W. A New Single-Item Sleep Quality Scale: Results of Psychometric Evaluation in Patients With Chronic Primary Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(11):1849-1857. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7478>
 28. Широка АО, Миколайчук МІ. Адаптація україномовної версії опитувальника прийняття та дії (AAQ-II) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних. Науковий вісник Херсонського державного університету, Серія «Психологічні науки». 2021;3:101-112. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-14>
 29. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4): 368-385. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>