

13/2/24

הקשר בין בעיות שינה ופוסט טראומה**(The relation between sleep problems and PTSD)****ד"ר אופיר לוי****Dr. Ofir Levi**

רוב הפונים אלי לטיפול על רקע חשיפה לאירוע טראומתי והתפתחות סימפטומים המאפיינים הפרעת לחץ פוסט טראומתית (PTSD) המוגדרת ב- DSM-5 (APA, 2013), מדווחים על בעיות שינה. על רקע מלחמת 'חרבות ברזל' שניחתה עלינו בבוקרו של השביעי באוקטובר 2023, והעובדה שכבר עתה אלפים פונים לטיפול ומדווחים על בעיות שינה ראוי לתת את הדעת לנושא מורכב זה.

ראשית, ידוע זה מכבר שחשיפה לאירוע טראומתי גורמת להפרעה בשינה (Babson & Feldner, 2010) ויחד עם זאת, הפרעות לשינה בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי קשות לאבחון על רקע מישורי השינה השונים שעשויים להיפגע בעקבות החשיפה לאירוע. כך למשל אדם יכול לסבול מסיוטי לילה (השייכים ב- DSM-5 לקבוצת הסימפטומים B [B2]) שהינה קבוצת הסימפטומים החודרניים (intrusion) ו/או קשיי הירדמות או קושי לישון באופן רציף (סימפטומים השייכים לקבוצת הסימפטומים E [E6] ב- DSM-5 שהינה קבוצת הסימפטומים של העוררות והחווייה מחדש (arousal & reactivity)).

היסטורית, בעיות שינה קוטלגו כבעיות משניות להפרעת לחץ פוסט טראומתית (Hefez, Metz, & Lavie, 1987), אבל מחקרים מהעת האחרונה הוכיחו שבעיות שינה הינן מרכזיות בפנומנולגיה של ההפרעה (למשל, Spoomaker & Montgomery, 2008), דבר שמתבטא בשכיחות גבוהה יחסית לסימפטומים האחרים המרכיבים אותה. שכיחותן של בעיות השינה יכולה להגיע לכדי 70% בקרב הנחשפים (Babson & Feldner, 2010). גם כך, בעיות שינה הן תופעה שכיחה ביותר. כ- 30-35% מהאוכלוסייה הכללית סובלים מבעיות שינה, ובקרב מבוגרים הסובלים גם מבעיות בריאותיות או נפשיות, היא עשויה להגיע לכדי 50-60%. ככלל, השכיחות של כל אחת מהפרעות השינה קרי, סיוטי לילה לעומת נדודי שינה אינה ברורה, אך ניסיוני מעיד שרוב נפגעי הפרעת הלחץ הפוסט טראומתית סובלים בעיקר מנדודי שינה (אינסומניה) על הרקע הקושי להירדם, לצד סיוטי לילה שלא בהכרח מובילים ליקיצה (Colvonen et al., 2018).

זאת ועוד, הרבה מהפונים אלי לטיפול טענו (ובצדק) שהם למדו על כך שהם סובלים מסיוטי לילה מבנות זוגם או מבני זוגם. הן והם העידו שהנפגעים זזו באי נוחות בשנתם ולעיתים צעקו או מלמלו דברים לא ברורים. בכל מקרה הפרעות לשינה גורמות לפגיעה בתפקוד (קריטריון G-5 ב-DSM). שינה לא איכותית גורמת לקשיי ריכוז, עייפות במהלך היום, ועצבנות – וזהו תיאור חלקי של ממדי ההשפעה של הפרעה לשינה.

לשינה יש קשר לזיכרון ולזיכרון טראומתי בפרט. גדעון לב פירסם בעיתון 'הארץ' (2/6/23) כי במסגרת מחקר בו השתתפו 18 חולי אפילפסיה בארה"ב (Klinzing, Niethard, & Born, 2019) שהשתתפו בשני לילות של ניסוי, הושתלו להם בעומק המוח אלקטרודות ששלחו גרייה חשמלית לקליפת המוח (קורטקס) הקדמית – שם מאוחסן הזיכרון ארוך הטווח. הגרייה החשמלית ניתנה במטרה לשפר את התיאום בין הקורטקס הקדמי ובין ההיפוקמפוס (מבנה בעומק המוח שבו מתחיל תהליך הרכישה של זיכרונות חדשים). הגירוי ניתן כאשר החוקרים זיהו שהיפוקמפוס הפך לפעיל קרי, כאשר הוא ניסה לשדר לקורטקס מידע, דבר ש"העיר" את הקורטקס שהפך ליקשוב יותר. בעקבות כך, הקידוד (של המידע/ זיכרון) היה טוב יותר קרי, ביצועי הזיכרונות לטווח ארוך של הנבדקים שקיבלו גרייה חשמלית היו טובים בכ-10% לעומת קבוצת הביקורת. בכך הוכח במחקר שלתקשורת בין הקורטקס להיפוקמפוס יש תפקיד חשוב בתהליכי הטמעת הזיכרון, דבר שעשוי להוביל לפיתוח התערבויות משפרות זיכרון בעתיד. יתרה מזאת, על בסיס מה שתואר בכתבה, אולי יש מקום להשתמש במתודה זו עם נפגעי תגובת לחץ פוסט טראומתית, על מנת להשפיע על הטמעת זיכרונות. ייתכן שפיתוח התקנים שישלחו גריות חשמליות לקורטקס בזמן שינה, יסייע בכך.

הטיפולים היעילים ב- PTSD כמו עיבוד קוגניטיבי (Cognitive processing therapy - CPT) וחשיפה ממושכת (PE - prolonged exposure) השייכים לאסכולת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (CBT), אמורים לתת מענה גם להפרעות השינה אך ממצאים מחקריים מעידים ש-48% מהמטופלים שעברו בהצלחה טיפול באחת משיטות הטיפול היעילות ל-PTSD, עדיין סבלו מהפרעות שינה כמו אינסומניה (Babson & Feldner, 2010). על הרקע הזה פותחו שיטות טיפול קוגניטיביות - התנהגותיות ייחודיות לטיפול בהפרעות שינה כמו טיפול קוגניטיבי התנהגותי לנדודי שינה (cognitive behavioral therapy – insomnia – CBT-I) וטיפול קוגניטיבי התנהגותי לסיוטי לילה (IRT - - imaginary rehearsal therapy). הטיפול לאינסומניה מושתת על 6-8 מפגשים ובתוכם משולבים רכיבים פסיכו-חינוכיים על שינה שכוללים גם שיחה על הפעולות שמקדימות את השינה (היגיינת שינה), רכיב התנהגותי המתמקד בהקטנת הזמן במיטה ושליטה

על גירויים סביבתיים (כמו הפרעות מהטלפון הנייד). רכיב נוסף הינו התמקדות בעמדות ואמונות לגבי שינה. הטיפול לסיוטי לילה מתפרס על פני 4-6 מפגשים וגם הוא מתבסס על רכיב פסיכו-חינוכי ביחס לסיוטי הלילה, מעקב באמצעות כתיבה אחר סיוטי הלילה בכדי להיחשף לתכנים שלהם וע"י כך להפחית את הפחד מהם (Prguda et al., 2023). יעילותן של השיטת הללו הוכחה כטובה ויחד עם זאת עדיין לא ברור מה יעיל יותר, להתחיל בטיפול קוגניטיבי התנהגותי להפרעת לחץ פוסט טראומתית ובהמשך להוסיף רכיב לטיפול באינסומניה או בסיוטי לילה או להיפך. כשאני עושה שימוש בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי אני משתמש בפרטוקולים מוכרים לטיפול בהפרעת הלחץ הפוסט טראומתית ובתוכם, במידת הצורך, משלב מענה להפרעות השינה. ואולי הפתרון נעוץ בממצאים אחרים. ב – y-net בריאות (21/6/2016) פורסם כי שנת צהרים של כ-20-30 דק, משפיעה לטובה על תחושת הרוגע, הזיכרון, לחץ הדם והיא משמרת ביצועים קוגניטיביים. במילים אחרות טכניקות פסיכו-חינוכיות הנותנות מידע על ממצא חשוב זה, עשויות לסייע גם לנפגעי הפרעת לחץ פוסט-טראומתית לאמץ הרגל חשוב זה – במיוחד למבוגרים שביניהם.

מה שברור הוא שלאחר שד"ר נתניאל קלייטמן – המדען שגילה את שנת ה- REM (rapid eye movement) - שלב בו ישנם ריצודי עיניים מהירים ובו מתקיימת עלייה חדה בקצב פעימות הלב ובפעילות המטבולית, נוצרים תאים חדשים במוח, ומתרחשים בו חלומות עשירים מבחינה חזותית ועלילתית תוך ירידה דרמטית ביכולת להגיב לגירויים חיצוניים), בשנת 1953 - הבין שהרגל השינה אינו פרימיטיבי וכי מחסור בשעות שינה מוביל לסבל רב, עזרה לנפגעי הפרעת לחץ פוסט טראומתית סביב היבט זה, חשובה לתהליך החלמתם. במילים אחרות, אם הם יצליחו לעבור דרך 4 שלבי השינה (הירדמות, שינה קלה, שינה עמוקה ושנת REM), הם ירגישו טוב יותר. יש להדגיש כי שני שלבי השינה החשובים ביותר הינם העמוקה (נמשכת בין 50-75 דק' ובמסגרתה גובר זרם הדם לשרירים, מופרשים מוליכים עצביים שונים במוח, כמו סרוטונין ונוראפינפרין והורמונים שונים והוא חשוב למערכת החיסונית, מערכת בקרת הטמפרטורה של הגוף, איזון לחץ הדם והמטבוליזם, איזון רמות הסוכר ותפקוד האינסולין) ושלב שנת ה- REM.

מקורות בהם נעשה שימוש

APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders DSM-5TM (5 ed.). Washington: DC: Author.

- Babson K,A., Feldner, M,T. (2010). Temporal relations between sleep problems and both traumatic event exposure and PTSD: a critical review of the empirical literature. *Journal of Anxiety Disorder, 24(1)*. Pp. 1-15. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.08.002.
- Colvonen, P. J., Straus, L. D., Stepnowsky, C., McCarthy, M. J., Goldstein, L. A., & Norman, S. B. (2018). Recent advancements in treating sleep disorders in co-occurring PTSD. *Current Psychiatry Reports, 20(7)*, 48 - 56. doi.10.1007/s11920-018-0916-9
- Hefez, A., Metz, L., & Lavie, P. (1987). Long term effects of situational stress on sleep and dreaming. *American Journal of Psychiatry, 144*, 344–347.
- Klinzing, J.G., Niethard, N. & Born, J. (2019). Mechanisms of systems memory consolidation during sleep. *Nature Neuroscience, 22*, pp. 1598–1610. doi. 10.1038/s41593-019-0467-3
- Spoormaker, V. I., & Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in posttraumatic stress disorder: secondary symptom or core feature. *Sleep Medicine Reviews, 12*, 169–184.