Майкл Л. Перлис
Карла Бенсон-Юнгквист
Майкл Т. Смит
Донн А. Познер

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы

Пошаговое руководство

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы

Пошаговое руководство

Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia

A Session-by-Session Guide

Michael L. Perlis,
Carla Jungquist,
Michael T. Smith,
Donn Posner

Springer

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы

Пошаговое руководство

Майкл Л. Перлис,
Карла Бенсон-Юнгквист,
Майкл Т. Смит,
Донн А. Познер

Київ
Комп'ютерне видавництво
"ДІАЛЕКТИКА"
2021

УДК 616.895
П27

Перевод с английского и редакция *И.В. Берштейна*

Перлис, М. Л., **Юнгквист**, К., **Смит**, М.Т., и др.
П27 Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы. Пошаговое руководство/Майкл Л. Перлис, Карла Юнгквист, Майкл Т. Смит, и др.; пер. с англ. И.В. Берштейна. — Киев. : "Диалектика", 2021. — 274 с. : ил. — Парал. тит. англ.
ISBN 978-617-7874-63-7 (укр.)
ISBN 978-0387-22252-3 (англ.)

Это практическое руководство предназначено для того, чтобы дать ясные ответы на вопросы: как лечить бессонницу методами когнитивно-поведенческой терапии и как организовать службу поведенческой медицины сна для предоставления услуг тем пациентам, которые страдают от бессонницы. В краткой и доступной форме в данном руководстве поясняются особенности лечения бессонницы, начиная с определения этого расстройства, после чего следует краткий обзор концептуальной схемы лечения, общий обзор составляющих терапии, инструкции по проведению каждого сеанса терапии, диалоги психотерапевта с пациентами и пример конкретного клинического случая, а в приложениях — формы анкет, применяемых в ходе терапии.

УДК 616.895

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Springer-Verlag.

Copyright © 2021 by Dialektika Computer Publishing Ltd.

Authorized Russian translation of the English edition of *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide* (ISBN 978-0387-22252-3), published by Springer-Verlag © 2005 Springer Science+Business Media, LLC.

This translation is published and sold by permission of Springer-Verlag, which owns or controls all rights to publish and sell the same.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced in any form by any electronic or mechanical means (including photocopying, recording, or information storage and retrieval) without permission in writing from the publisher.

ISBN 978-617-7874-63-7 (укр.)
ISBN 978-0387-22252-3 (англ.)

© "Диалектика", перевод, 2021
© 2005 Springer Science+Business Media, Inc.

Оглавление

Посвящения 13

Предисловие 14

Введение 17

Благодарности 21

Об авторах 22

От издательства 24

Глава 1. Определение бессонницы 25

Глава 2. Концептуальная схема КПТБ 35

Глава 3. Составляющие терапии 41

Глава 4. Посеансовая КПТБ 75

Глава 5. Примеры диалогов с пациентами, проходящими курс КПТБ, где разрешаются их вопросы и затруднения 179

Глава 6. Пример конкретного клинического случая 201

Библиография 236

Словарь специальных терминов 242

Приложение 1. Расчет эффективности сна 255

Приложение 2. Пример клинической брошюры 259

Приложение 3. Примеры графиков лечения 260

Приложение 4. Формы клинических опросников 261

Приложение 5. Однодневный дневник сна 267

Приложение 6. Краткий еженедельный дневник сна 270

Содержание

Посвящения 13

Предисловие 14

Введение 17

Благодарности 21

Об авторах 22

От издательства 24

Глава 1. Определение бессонницы 25

Три самых распространенных определения бессонницы 25
Бессонница 25
Первичная бессонница 26
Психофизиологическая бессонница 26
Характеристики заболевания (продолжительность и тяжесть) 27
Продолжительность заболевания 27
Тяжесть заболевания 28
Общие черты и недостатки современных определений бессонницы 31
Бессонница как субъективная жалоба 31
Бессонница и нарушение функционирования в дневное время суток 32
Заключительный комментарий 33

Глава 2. Концептуальная схема КПТБ 35

Глава 3. Составляющие терапии 41

Каковы основные составляющие терапии 41
Первичные вмешательства 41
Терапия контроля над стимулами (ТКС) 41

Терапия ограничения сна (ТОС) 44
Обучение гигиене сна 48
Вторичные вмешательства (дополнительные виды лечения и альтернативно-экспериментальные вмешательства) 50
Дополнительные и вспомогательные виды терапии 50
Альтернативно-экспериментальное вмешательство: нейронная обратная связь 54
Курс лечения 55
Какие пациенты пригодны для КПТБ 56
Какие клиницисты пригодны для КПТБ 58
Клинические отношения 59
Клинические условия 60
Кабинет клинициста 61
Клиническая карта 61
Клиническое оценивание 62
Ретроспективные показатели 63
Проспективные показатели 66
Роль полисомнографии 69
Роль актиграфии 71
Первый контакт с пациентом 73

Глава 4. Посеансовая КПТБ 75

Первый сеанс: предварительное оценивание (60–120 минут) 75
Основные цели этого сеанса терапии 75
Представиться пациенту 76
Заполнить опросники установить индекс степени тяжести бессонницы 77
Провести клиническое собеседование и выяснить, подходит ли пациент для КПТБ 78
Показания для КПТБ 78
Противопоказания для КПТБ 86
Представить общий обзор вариантов лечения 89
Прекращение приема успокоительных снотворных лекарств 91

Сориентировать пациента на ведение дневника сна 93
Ответить на вопросы пациента и преодолеть его сопротивление 95
Установить повестку дня на неделю 96
Второй сеанс: начало лечения (60–120 минут) 98
Основные цели этого сеанса терапии 98
Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график 99
Просмотреть данные из дневника сна, выявив в них “несоответствия” 101
Представить поведенческую модель бессонницы 103
Установить предписание 106
Задать стратегию 112
Как справиться с чрезмерной сонливостью днем 115
Третий сеанс: дозирование и гигиена сна (45–60 минут) 118
Основные цели этого сеанса терапии 118
Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график 119
Несоблюдение режима лечения 120
Альтернативы вопросам несоблюдения режима лечения 126
Общий обзор гигиены сна и приспосабливание предписания к индивидуальным потребностям пациента 129
Четвертый сеанс: дозирование сна (30–60 минут) 147
Основные цели этого сеанса терапии 147
Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график 147
Оценить достижения в лечении и соблюдение его режима 148
Пятый сеанс: дозирование сна (60–90 минут) 156
Основные цели этого сеанса терапии 156
Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график 156
Когнитивная терапия негативных убеждений о сне: стратегия противодействия переоценке вероятности катастрофического исхода 157

Шестой сеанс: дозирование сна (30–60 минут) 167
Основные цели этого сеанса терапии 167
Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график 167
Седьмой сеанс: дозирование сна (30–60 минут) 169
Основные цели этого сеанса терапии 169
Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график 169
Восьмой сеанс: дозирование сна (30–60 минут) 171
Основные цели этого сеанса терапии 171
Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график (еженедельные показатели) 171
Оценить достижения в лечении 171
Обсудить вопросы предотвращения возможных рецидивов бессонницы 172
Обсудить подход к сохранению клинических улучшений 172

Глава 5. Примеры диалогов с пациентами, проходящими курс КПТБ, где разрешаются их вопросы и затруднения 179

Опасения по поводу дневников сна 179
Вопросы, касающиеся точности сообщения данных 180
Вопросы, касающиеся необходимости вести дневники сна 181
Вопросы, касающиеся недостатка объективного измерения 182
Вопросы, касающиеся неспособности пациента вести дневники сна 184
Медицинские вопросы 184
Как найти подход к пациенту, не выполнившему постепенное уменьшение дозы снотворных лекарств 188
Опасения по поводу негативных последствий лечения 190
Опасения по поводу ограничения сна и контроля над стимулами 197

Глава 6. Пример конкретного клинического случая 201

Жалобы и сведения о сне 201
Семейная и социальная история 205
Медицинские и психиатрические сведения 205
Сводка результатов по мерам оценивания 207
Концептуализация клинического случая 209
Общая концептуализация 211
Диагноз и рекомендации 212
План лечения 215

Библиография 236

Словарь специальных терминов 242

Приложение 1. Расчет эффективности сна 255

Приложение 2. Пример клинической брошюры 259

Приложение 3. Примеры графиков лечения 260

Приложение 4. Формы клинических опросников 261

Опросник истории болезни 261
Опросник медицинских симптомов 262
Опросник симптомов нарушений сна 263
Опросник окружения сна 265
Индекс мотивации для перемен 266

Приложение 5. Однодневный дневник сна 267

Приложение 6. Краткий еженедельный дневник сна 270

Список диалогов

Диалог №1. Описание бессонницы пациентом 36
Диалог №2 Психотерапевт представляется пациенту 76
Диалог №3 Представление вариантов лечения 89
Диалог №4 Следует ли мне продолжать прием моих лекарств, проходя терапию? 93
Диалог №5 Почему я не могу начать лечение немедленно? 95
Диалог №6 Определение ожиданий по повестке дня на неделю 97
Диалог №7 Обсуждение несоответствия показателей ОВС и ВП 101
Диалог №8 Обсуждение предрасполагающих, провоцирующих и закрепляющих факторов 103
Диалог №9 Установка ограничения сна и контроля над стимулами 106
Диалог №10 Почему я не могу хотя бы полежать в постели? 109
Диалог №11 Удостоверение в понимании пациентом перечня заданий 112
Диалог №12 Что происходит, если я развлекаюсь допоздна? 114
Диалог №13 Удостоверение в том, что показатель ОВС рассчитан, а не оценен 119
Диалог №14 Преодоление несоблюдения режима лечения с помощью когнитивной реструктуризации 125
Диалог №15 Что?! Мне придется себя ограничить еще больше? 127
Диалог №16 Правило №1 гигиены сна: гомеостат, время пробуждения и физические упражнения 131
Диалог №17 Правило №2 гигиены сна: альтернативы физических упражнений и обстановка в спальне 133
Диалог №18 Правило №3 гигиены сна: регулярный прием пищи, ограниченное употребление жидкостей и кофеина 136
Диалог №19 Правило №4 гигиены сна: алкоголь и никотин 138
Диалог №20 Правило №5 гигиены сна: не ложитесь в постель со своими затруднениями 140
Диалог №21 Правило №6 гигиены сна: не пытайтесь заснуть 143
Диалог №22 Правило №7 гигиены сна: слежение за часами и короткий сон днем 144
Диалог №23 Обсуждение ошибочного восприятия состояния сна 151

Диалог №24 Подготовка почвы для когнитивной реструктуризации 159
Диалог №25 Вычисление продолжительности бессонницы у пациента (в днях) 160
Диалог №26 Выявление и регистрация катастрофических мыслей 161
Диалог №27 Анализ оценок вероятности катастрофического исхода, сделанных пациентом 162
Диалог №28 Определение фактической частоты предчувствуемых катастроф 163
Диалог №29 Несоответствие оценок пациентом вероятности катастрофического исхода 164
Диалог №30 Составление мантры, противодействующей катастрофическим мыслям 166
Диалог №31 Что случается, если я снова перестаю спать? 175
Диалог №32 У меня возникают трудности при заполнении дневников сна 180
Диалог №33 Зачем мне вести дневники сна? 181
Диалог №34 Не следовало бы вам воспользоваться специальным оборудованием для измерения моего сна? 182
Диалог №35 Я, кажется, могу забыть заполнить свой дневник сна 184
Диалог №36 Меня очень беспокоит прекращение приема снотворных таблеток 186
Диалог №37 Я пробовал, но не смог прекратить прием своих снотворных таблеток 188
Диалог №38 Если я не усну, то как мне функционировать? 190
Диалог №39 Нет, действительно были случаи, когда я не мог нормально функционировать 192
Диалог №40 Я уже пробовал поведенческие методы, и они не действуют. 194
Диалог №41 Я никак не смогу оставаться бодрствующим так поздно! 198

Посвящения

Нашим родителям: благодарю вас за то, что вы открыли нам столько неизвестного... Сможем ли мы послужить вам тем же.
Лейше Смит и Синди Филлипс: благодарим за моральную поддержку и нелегкий труд, особенно на завершающей стадии данного проекта. Прилив вашей энергии оказался существенной "мерой борьбы с усталостью".
Моим родителям Эди и Мервину Перлис: благодарю вас за любовь и наставления.
Уолли, Дику, Донну и Донне: благодарю вас за наставничество.

Майкл Л. Перл

Брайну и Даниэлле: благодарю за любезность совместного сотрудничества и стимулирование меня всегда совершенствоваться.
Бобу: я личность благодаря тебе.

Карла Бенсон-Юнгквист

Мишель: ты со мной в одном окопе каждый день. Без тебя я не смог бы ничего сделать, и никого другого мне не хотелось бы иметь рядом. Благодарю тебя.
Нолану и Хэйли: однажды вы узнаете, как сильно вы меня вдохновляли. Я лишь надеюсь сделать то же самое и для вас.
Моим родителям: вы украшение моей жизни.
Миган: ты самый сильный и дорогой для меня человек из всех мне известных людей. Благодарю за то, что ты есть.

Майкл Т. Смит

Карен: ты центр моей вселенной. Без тебя я бы, конечно, плыл по воле волн. Благодарю тебя за то, что могу всегда на тебя положиться.
Максу: ты вносишь столько радости и веселья в мою жизнь. Ты лучше всех! Даешь!

Донн А. Познер

Предисловие

Лечение бессонницы достигло определенного рубежа. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) добилась широкого признания в качестве эффективной методики лечения самых разных видов бессонницы. Такой метод содержит целый ряд составляющих, в том числе первоначальные оценки, сочетание проверенных когнитивно-поведенческих вмешательств для излечения от бессонницы, а также методы, помогающие добиться того, чтобы пациенты следовали лечебным инструкциям, как между сеансами терапии, так и по окончании лечения. В данном руководстве обсуждаются методы оценивания роли дневников сна, актиграфии и полисомнографии в лечении бессонницы.

Несмотря на то, что у многих клиницистов, ориентированных на поведенческие методы, имеется опыт применения хотя бы одной составляющей КПТ, лишь немногие из них пользовались рассматриваемым здесь методом систематически, полностью дополняя его вмешательствами. Данное руководство служит превосходным инструментом для клиницистов, позволяя им оттачивать свое мастерство для эффективного лечения бессонницы. Принятый его авторами подход близок нам тем, что он систематически объединяет эмпирически проверенные составляющие, описанные в литературе по лечению бессонницы, включая терапию контроля посредством стимулов, терапию ограничения сна, обучение гигиене сна, а также когнитивную терапию в современную методику лечения. Авторы данного руководства не просто сколотили вместе произвольный ряд методов, но тщательно подобрали каждую составляющую, чтобы соединить их с другими составляющими. Она работают на переднем крае клинических исследований и лечения хронической бессонницы. Данное руководство отражает их коллективный опыт и глубокое понимание трудностей, которые приходится преодолевать, чтобы помочь пациентами с хронической бессонницей улучшить свой сон.

И хотя руководства приносят пользу, главным образом, начинающим, эта книга будет полезна всем. Так, будучи опытными клиницистами, мы,

в частности, нашли сплетение диалогов психотерапевта с пациентом, вариантов лечения, доводов и умелого преодоления естественного сопротивления потенциальных пациентов весьма познавательным и дающим пищу для размышлений, благодаря чему мы расширили свое понимание и оценили искусность клинического предприятия. Из этой книги можно почерпнуть немало мудрого.

Особый интерес в этой книге вызывают многочисленные образцы диалогов психотерапевта с пациентом, наглядно показывающие, каким образом внедряются отдельные составляющие терапии, как обосновывается само лечение, как отвечать на вопросы, возникающие у пациентов, как обеспечить эффективную реализацию методов лечения и как подготовить пациентов к предвидению затруднений и предотвратить рецидивы по окончании лечения. В приведенных диалогах психотерапевт действует весьма эффективно. Лечение проводится систематически, поясняются и метафорически иллюстрируются основы терапевтических вмешательств, а манера поведения психотерапевта в достаточной мере способствует привлечению пациента к активному сотрудничеству. Помимо основных моментов, поясняющих в данном обязательном руководстве, что и когда следует делать, мы считаем, что из моделирования терапевтического метода предстоит еще узнать немало, как это здесь и делается.

Как, возможно, известно многим читателям, два автора этого предисловия занимаются разработкой и оцениванием отдельных поведенческих составляющих лечения бессонницы: терапии контроля над стимулами (первый автор) и терапии ограничения сна (второй автор). Нам не повредило, что совместное написание данного предисловия символически представляет подход КПТ к лечению бессонницы (т.е. многокомпонентный подход, сочетающий в себе различные составляющие для устранения многих решающих факторов, определяющих хроническую бессонницу). Авторы данного руководства довольно искушенные, и поэтому они не преминули воспользоваться даже возможностью включить в свою книгу это предисловие, чтобы лишний раз подчеркнуть, что однокомпонентные подходы пригодны в равной степени не для всех пациентов. Мы призваны оказывать помощь пациентам, и данное

руководство превосходно справляется со своей задачей, непосредственно и эффективно представляя метод КПТ в тех сложных рамках, которые обозначают человеческое существование.

Ричард Р. Бутзин, д-р философии,
профессор психологии и психиатрии,
руководитель программы лечения бессонницы,
заведующий кафедрой психологии и психиатрии
Аризонского университета

Артур Дж. Шпильман, д-р философии,
профессор кафедры психологии в колледже
и университете Нью-Йорка,
заместитель директора Центра медицины сна,
преподаватель медицинского колледжа Уэйлла
при Корнеллском университете, шт. Нью-Йорк

Введение

Ныне имеется подавляющее большинство свидетельств того, что когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (КПТБ) [1; 2] не менее эффективна, чем седативно-гипнотические средства при интенсивном курсе лечения (в течение 4–8 недель) [3; 4], а в долгосрочной перспективе (после лечения) она оказывается даже более эффективной [3]. В общем, КПТБ дает средний эффект лечения, улучшая самочувствие пациента приблизительно на 50%, а величина большого эффекта надежно составляет около 1,0 [1; 2; 4]. Продольные исследования дают хорошие свидетельства устойчивых эффектов лечения латентного периода сна (ЛПС), продолжительности бодрствования после засыпания (ПБПЗ), а также более существенное улучшение общего времени сна (ОВС) [2; 5].

Принимая во внимание, что КПТБ строго выверена эмпирически, настало время для составления руководства по лечению бессонницы, дающего точные инструкции, как проводить курс такого лечения. И данное руководство призвано удовлетворить подобную потребность, а также обеспечить такой уровень описания, на котором достаточно ясно выражаются следующие возможности:

- Клиницистам из других областей и студентам-медикам — начать процесс обучения, чтобы представлять эмпирически выверенный курс КПТБ.
- Клиницистам, практикующим поведенческую медицину сна — получить сведения, которые могут помочь им уточнить и/или расширить их навыки КПТБ.
- Клиническим исследователям — проводить стандартизированный курс терапии.

Для первой группы возможных “конечных пользователей” данного руководства мы предполагаем, что обучение в данной области лучше всего вести по модели стажировки, и соответственно рекомендуем проводить последовательный ряд опытов под руководством наставников для закрепления материала, представленного в данном руководстве.

Тем, кто проходит курс обучения по клиническим программам медицины сна, устроить наставничество, возможно, будет нетрудно. А клиницистам, практикующим на уровне территориальных общественных объединений, устроить наставничество, возможно, будет труднее, хотя это можно будет сделать путем взаимного контроля и/или консультаций по телефону с хорошо зарекомендовавшими себя специалистами в области поведенческой медицины сна.

Данное руководство состоит из семи перечисленных ниже разделов.

- Определение бессонницы.
- Краткий обзор концептуальной схемы лечения.
- Общий обзор составляющих терапии.
- Посеансовое руководство по терапии.
- Раздел, расширенных диалогов.
- Пример конкретного клинического случая. Оценивание и пригодность пациентов для КПТБ и типовая документация.
- Приложения.

Если назначение первых двух разделов, оформленных, главным образом, в виде глав, ясно из их названия, то назначение пяти остальных разделов требует некоторого пояснения. Так, в третьей главе, где дается краткий обзор *составляющих терапии*, описываются основные терапевтические методы, указываются категории пациентов, пригодных для КПТБ, даются рекомендации, касающиеся клинических полномочий, обсуждаются составляющие идеальных клинических условий, а также предлагается удобный метод составления диаграмм и графиков. В четвертой главе, посвященной *посеансовой терапии*, очерчены задачи и цели каждого сеанса терапии, даются некоторые общие сведения и приводятся примеры диалогов, наглядно показывающие, каким образом проводится курс лечения. Диалоги не предназначены в качестве сценариев для запоминания клиницистами, а просто служат примерами того, как обычно проводится терапия. В пятой главе, посвященной *расширенным диалогам*, приводится ряд примеров тех вопросов, которые пациенты обычно поднимают, а также примеры

ответов на них. В шестой главе, где приведен *пример конкретного клинического случая*, наглядно показывается применение предлагаемого нами алгоритма для демонстрации пригодности конкретного пациента для КПТБ. Здесь же приводится пример посеансовых примечаний, которые проводят пациента через весь курс лечения, а также графики лечения и пример итогового письма к врачу, лечащему пациента. А в *приложениях* приведены копии некоторых полезных инструментов (например, заполняемые формы опросников, дневники сна, примеры диаграмм и графиков и проч.).

Организационные принципы данного руководства определяются следующим образом: "Кто подходит для КПТ?" и "Что нужно знать, чтобы организовать службу поведенческой медицины сна, готовой предоставлять эмпирически выверенное лечение на основе данных и с предоставлением данных?" Что касается первого вопроса: "Кто подходит для КПТ?", то метод, применяемый в данном руководстве, основывается не на диагнозе, а на показаниях. Это означает, что в данном руководстве представлен алгоритмический подход к процессу принятия решений. Пациент оказывается пригодным для лечения не потому, что он удовлетворяет критериям определенных диагнозов, а потому, что симптомы поддерживаются теми факторами, на которые нацеливает КПТБ и которые поддаются КПТБ. Это совсем не означает, что диагноз неуместен. Диагностический процесс дает клиницисту возможность определить, есть ли какие-нибудь другие факторы и особенности заболевания, требующие лечения вне КПТБ, или же КПТБ противопоказана.

И последнее предварительное замечание: данное руководство предназначено быть узко сосредоточенным на проведении КПТБ. За более обширным обзором медицины сна вообще и поведенческой медицины сна в частности читатель должен обратиться к перечисленным ниже источникам.

- *Principles & Practice of Sleep Medicine. Eds.* Kryger, Roth & Dement. Fourth Edition.W.B. Saunders Co. Philadelphia. 2005.
- *Sleep Disorders Medicine. Second Ed.* Chokroverty. Butterworth-Heinemann. Boston. 1999.

- *Treating Sleep Disorders:The Principles & Practice of Behavioral Sleep Medicine. Eds.* Perlis & Lichstein. Wiley & Sons. 2003.
- *Insomnia: A Clinician's Guide to Assessment and Treatment Eds.* Morin & Espie. Plenum Pub Corp. 2003.

Майкл Л. Перлис, д-р философии
Карла Бенсон-Юнгквист, семейная медсестра
Майкл Т. Смит, д-р философии
Донн А. Познер, д-р философии

Благодарности

В ходе данного проекта у нас была счастливая возможность заручиться посильным вкладом многих людей, активно работающих в нарождающейся области поведенческой медицины сна. И нам соответственно хотелось бы выразить свою признательность и поблагодарить перечисленных ниже лиц за то, что они уделили нам свое время и поделились с нами своими взглядами на данную область медицины.

Ричарду Бутзину (Richard Bootzin) из Аризонского университета
Дэниэлу Байссе (Daniel Buysse) из Питтсбурского университета

Джеку Эдингеру (Jack Edinger) из университета Дьюка
Кену Лихштейну (Ken Lichstein) из Алабамского университета
Арту Шпильману (Art Spielman) из колледжа Нью-Йорка
Эдварду Степански (Edward Stepanski) из Медицинского центра при университете Раша

Колину Эспи (Colin Espie) из университета Глазго
Чарльзу Морину (Charles Morin) из университета Лаваля

Селин Бастьен (Celyne Bastien) из университета Лаваля
Аллисон Харви (Allison Harvey) из Калифорнийского университета в Беркли

Саре Маттесон (Sara Matteson) из исследовательской лаборатории сна и нейрофизиологии при Рочестерском университете

Уилфреду Р. Пиджену (Wilfred R. Pigeon) из исследовательской лаборатории сна и нейрофизиологии при Рочестерском университете

Майкл Л. Перлис
Карла Бенсон-Юнгквист
Майкл Т. Смит
Донн А. Познер

Об авторах

Майкл Л. Перлис, д-р философии

Доктор Перлис служит доцентом кафедры психиатрии и руководителем программы неврологии в Медицинском центре Рочестерского университета. Он также заведует исследовательской лабораторией сна и службой медицины сна при Рочестерском университете. Его клиническая компетенция относится к области поведенческой медицины сна, а научные интересы — к области психических расстройств и нейрокогнитивных явлений при бессоннице, механизмов действия КПТБ и седативно-гипнотических средств и разработке альтернативных методов лечения бессонницы. Он является старшим редактором первого учебного пособия в области поведенческой медицины сна, членом редколлегии издания *Journal of Behavioral Sleep Medicine*, а также основателем и членом комитета поведенческой медицины сна в Американской академии медицины сна.

Карла Бенсон-Юнгквист,
магистр медсестринства, семейная медсестра

Мисс Юнгквист служит семейной медсестрой, специализируясь на боли и сне. Она работает в составе практикующего персонала службы медицины сна при Рочестерском университете, а также служит медицинским консультантом в исследовательской лаборатории сна Рочестерского университета и одним из главных участников программы исследования, финансируемой Национальными институтами здоровья в США и проводимой с целью оценить эффективность когнитивно-поведенческой терапии бессонницы для лечения пациентов, испытывающих хронические боли. Она является членом совета директоров Ассоциации медсестер противоболевой терапии, а также аспиранткой школы медсестер при Рочестерском университете.

Майкл Т. Смит, д-р философии

Доктор Смит служит доцентом кафедры психиатрии и поведенческих наук в школе медицины при университете Джонса Хопкинса. Он является лицензированным клиническим психологом и специалистом в области

поведенческой медицины сна, аттестованным Американской академией медицины сна. Доктор Смит проводит клинические исследования в исследовательской лаборатории и практикует в клинике поведенческой медицины сна. Он специализируется на исследовании нейроповеденческих причин и следствий бессонницы и недосыпания, особенно в условиях хронических болей.

Донн А. Познер, д-р философии

Доктор Познер служит практикующим доцентом кафедры психиатрии и поведения человека в медицинской школе Брауна. Она также руководит программой поведенческой медицины сна в Центре нарушений сна при больницах долголетия (Lifespan Hospitals) в г. Провиденс, шт. Род-Айленд. За последние 16 лет (на момент написания книги) он принимал активное участие в лечении пациентов с нарушением сна, а 11 из этих лет он служил ведущим инспектором и наставником по стажировке на курсах поведенческой медицины сна в интернатуре клинической психологии при медицинской школе Брауна. Он является членом Американской академии медицины сна, а относительно недавно он стал одним из первых аттестованных специалистов в области поведенческой медицины сна, признанных в этой организации.

От издательства

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо, либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info.dialektika@gmail.com
WWW: http://www.dialektika.com

ГЛАВА 1
Определение бессонницы

В начале 1980-х годов, когда движение в медицине сна только начинало набирать обороты, вероятно, не было более популярного лозунга, чем "бессонница — симптом, а не расстройство". Очевидно, что такое положение было принято, поскольку искренне считалось, что полисомнографическое исследование сна было призвано выявить все исходные патологии, вызывающие "симптомы" не только бессонницы, но и усталости и сонливости. После исследований в области медицины сна, проводившихся в течение более двух последующих десятилетий, было любопытно обнаружить, что "все новое — это хорошо забытое старое". Бессонницу снова стали считать отдельной нозологической формой. Ниже приведены сначала три основных определения бессонницы, а затем обсуждаются вопросы, касающиеся ее хронического характера, частоты и серьезности. Эти сведения предоставляются для того, чтобы читатель смог, во-первых, получить твердое основание того, как определяется бессонница, а, во-вторых, оценить ряд трудностей, связанных с диагностическим подходом к такому нарушению, как бессонница.

Три самых распространенных определения бессонницы

Бессонница

Всемирная организация здравоохранения определяет бессонницу как нарушение засыпания и/или поддержания сна или же жалобу на сон, не восстанавливающий силы и происходящий, по крайней мере, три ночи в неделю и связанный с расстройством или нарушением функций в дневное время суток [6].

Первичная бессонница

Термин "первичная бессонница", принятый в номенклатуре диагностики (DSM-IV) Американской психиатрической ассоциации [7], употребляется для того, чтобы отличать бессонницу, которая считается отдельной диагностической формой, от той бессонницы, которая является симптомом исходного медицинского и/или психического состояния. Американская психиатрическая ассоциация определяет критерии продолжительности такой бессонницы в течение одного месяца и оговаривает, что диагноз должен быть поставлен, когда преобладает жалоба на трудности засыпания или поддержания сна или же такого сна, который не восстанавливает силы. Так или иначе, жалоба должна быть связана со значительным нарушением функций или расстройством в дневное время и не должна быть результатом других медицинских и психических расстройств или нарушений сна.

Психофизиологическая бессонница

По нозологии Американской академии медицины сна (исправленной Международной классификации нарушений сна (International Classification of Sleep Disorders-Revised — ICSD-R), [8]) первичная бессонница называется "психофизиологической бессонницей". Определение бессонницы по классификации ICSD-R более тесно связано с этиологическими основами данного расстройства. Преимущество описания данного расстройства подобным термином заключается в том, что оно обозначает, каким образом бессонница начинается и сохраняется. Психофизиологическая бессонница описывается как "нарушение соматизированного напряжения и приобретение ассоциаций, препятствующих нормальному сну, что в итоге приводит к жалобе на бессонницу и связанному с ней снижению функционирования во время бодрствования" [8]. "Соматизированное напряжение" означает возникающие у пациента субъективные ощущения или объективные показатели соматического перевозбуждения при попытке заснуть. Соматическое возбуждение характеризуется повышением активности периферийной нервной системы, которое обычно выражается в виде увеличения мышечного напряжения, учащения сердцебиения, потоотделения и т.д. А "приобретение ассоциаций, препятствующих нормальному сну" означает характер возбуждения перед сном, которое

в классическом случае возникает в обстановке спальни, где навязчивые невольные мысли перед сном, скачущие мысли, руминация (т.е. переживания и размышления) нередко воспринимаются как явные признаки предсонного возбуждения.

Любопытно, что ни одна из областей нозологии не охватывает прежние описательные клинические характеристики бессонницы как начальной, средней и конечной. В частности, *начальная бессонница* (иначе называемая *инициальной инсомнией* или *нарушением засыпания*) описывает состояние пациента, когда ему трудно заснуть. *Средняя бессонница* (иначе называемая *бессонницей поддержания сна* или *нарушением посреди сна*) описывает состояние пациента, когда его сон прерывается частыми или продолжительными пробуждениями. *Конечная бессонница* (иначе называемая *поздней бессонницей*, *терминальной инсомнией* или *ранним пробуждением утром*) описывает состояние пациента, когда он просыпается раньше, чем хотелось бы и не может снова заснуть. Тот факт, что эти обозначения бессонницы не употребляются в современной терминологии, еще не означает, что клиницистам не следует пользоваться ими описательно.

Характеристики заболевания (продолжительность и тяжесть)

Помимо предоставления конкретного определения сущности расстройства или заболевания, необходимо охарактеризовать продолжительность и тяжесть определяемого заболевания. Как правило, продолжительность заболевания обозначается дихотомически, разделяя его на острое или хроническое заболевание. А тяжесть заболевания чаще всего определяется только частотой жалоб пациентов.

Продолжительность заболевания

Если бессонница длится больше одного месяца, то она считается “острой” и нередко связывается с такими ясно определяемыми обостряющими факторами, как стресс, острая боль или вредные привычки (т.е. злоупотребление лекарственными, психоактивными, наркотическими веществами или алкоголем). Бессонница считается “хронической”, если

ее симптомы не ослабевают в течение хотя бы одного месяца, а чаще всего на протяжении шести месяцев или еще дольше. Следует, однако, иметь в виду, что эти предельные сроки относительно произвольны и соответствуют традиционным медицинским определениям коротких и долгих периодов времени. В настоящее время ни в одном из исследований не применяются модели риска для оценивания естественного развития бессонницы. Таким образом, "хроничность" бессонницы невозможно однозначно определить терминами, которые обозначают, когда это расстройство становится тяжелым, постоянным и "самозакрепляющимся", если можно так выразиться.

В качестве клинического ориентира для различения острой и хронической бессонницы служит способ, которым пациенты выражают свои жалобы. Когда пациенты перестают находить причинную связь своей бессонницы с провоцирующим ее фактором, а вместо этого указывают на то, что возникающие у них трудности со сном, по-видимому, "живут своей жизнью", такая перемена в представлении может, во-первых, служить для определения "границы" между острой и хронической стадиями расстройства, а, во-вторых, для выявления момента, когда когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (КПТБ) должна быть показана.

Тяжесть заболевания

Как правило, тяжесть заболевания определяется частотой и интенсивностью появления симптомов. И то, и другое можно применить и к бессоннице, хотя, как отмечалось выше, только частота появления симптомов обычно принимается во внимание как уместный диагностический фактор.

Частота

Для "частых" симптомов не существует фиксированного критерия. Большинство клинических исследователей требует, чтобы пациенты испытывали трудности со сном в течение трех или больше ночей в неделю. Установление такого предела может быть в большей степени связано с тем, что имеется больше шансов исследовать появление данного расстройства в лабораторных условиях, чем изначально полагать "нормальным" проявление бессонницы меньше трех ночей в неделю.

Более важный вопрос здесь состоит в следующем: при определении "тяжести" с точки зрения "частоты появления симптомов" негласно признается, что, во-первых, симптомы бессонницы, как правило, не появляются каждую ночь, а, во-вторых, чем симптомы чаще, тем более тяжелым оказывается данное расстройство. И хотя последнее утверждение похоже на тавтологию, поскольку оно характерно для всех заболеваний, оно все же особенно важно для осмысления бессонницы. Так, если бессонница более эпизодична, то появление ее симптомов может быть в меньшей степени связано с факторами, которые, как считается, обусловливают первичную бессонницу и в большей степени связаны с социальными, окружающими факторами и/или переменными показателями суточного ритма. Следовательно, вполне возможно, что традиционная КПТБ может быть не показана для лечения менее тяжелой (и частой) формы бессонницы. Напротив, лечить данную форму бессонницы, может быть, лучше всего, выявляя факторы, периодически вызывающие бессонницу, и предоставляя такую форму лечения, которая непосредственно нацелена на отличительные особенности данного расстройства.

Интенсивность

В данной предметной области формально не существует никаких диагностических критериев, определяющих "тяжесть" подобного расстройства. Большинство клинических исследователей считают, что 30 или больше минут на засыпание и/или столько же времени на пробуждения после наступления сна служат границей между нормальным и ненормальным сном. Однако в недавней публикации Лихштейна с коллегами [9] высказано предположение, что такие критерии должны задаваться на уровне "больше 30 минут", поскольку именно такое определение лучше согласуется с появлением жалоб пациентов в популяционных исследованиях. И хотя такое отличие может показаться несколько академичным, подобный вывод имеет отношение к тому, что следует считать нормальным или терпимым в нашей культуре, а что — ненормальным. Более того, нижний предел "тяжести" (т.е. 30 минут) может также предупреждать нас о тех случаях, когда субъективная жалоба появляется в отсутствие общепринятых норм того, что составляет нарушение сна. Например, пациент жалуется на трудности засыпания, но надежно сообщает о 15-минутных латентных периодах сна. В подобных, хотя и редких случаях несоответствие норме

может заставить клинициста предположить, что пациенту показана не КПТБ, а какое-нибудь другое вмешательство.

Что касается того, до какой степени сон следует считать "нормальным", то многие исследователи неохотно фиксируют значение данного параметра. Те исследователи, которые склонны определять, что означает "слишком мало спать", чаще всего задают границу на уровне 6,0 или 6,5 часов за ночь. Нежелание задавать параметры общего времени сна отчасти объясняется тем, что установить точно, что такое ненормальный сон, не так-то просто. Представлению патологического характера сна одним числовым показателем мешают такие факторы, как возраст, предсонное состояние, а также базальный уровень индивидуальной потребности в сне. Отсутствие устоявшейся границы для общего времени сна связано также с тем, что трудности наступления глубокого сна и его поддержания могут возникать в отсутствие потери сна. Например, пациент, которому регулярно требуется два часа, чтобы заснуть, и который продлевает возможность для сна на два или больше часов, может вообще не страдать от потери сна, а общее время сна у него, по любым меркам, оказывается в пределах нормы.

Такое отличие важно потому, что нередко допускается, что бессонница является синонимом недосыпания и что именно потеря сна обусловливает последствия данного нарушения в дневное время. И хотя дневные симптомы можно действительно объяснить хронической потерей сна, их не следует приписывать только недостатку сна или, собственно говоря, нарушению непрерывности сна.[1] Напротив, качество сна, достигаемое пациентами, страдающими бессонницей, может в значительной степени способствовать когнитивным и соматическим жалобам и усталости в дневное время. Например, было показано, что у пациентов с диагнозом бессонницы надежно проявляются такие микроархитектурные

[1]Непрерывность сна означает скорость засыпания и степень, до которой сон оказывается крепким. Для определения непрерывности сна применяются пять факторов: латентный период сна (ЛПС, Sleep Latency — SL), частота ночных пробуждений (ЧНП, Frequency of Nocturnal Awakenings — FNA), продолжительность бодрствования после засыпания (ПБПЗ, Wake After Sleep Onset — WASO), общее время сна (ОВС, Total Sleep Time — TST), а также эффективность сна в процентах (ЭС%, Sleep Efficiency — SE%). Более подробно эти факторы объясняются в "Словаре специальных терминов", приведенном в конце книги.

нарушения, как повышение частоты активности по электроэнцефалограмме (ЭЭГ) во время сна без быстрого движения глаз (БДГ), т.е. спокойного сна (NREM, [10–14]). Оказывается, что такого рода активность не зависит от непрерывности сна и архитектурных параметров, что согласуется, как было показано, с восприятием пациентами качества и количества их сна [10; 15; 16].

Общие черты и недостатки современных определений бессонницы

Все упомянутые выше определения показывают степень согласованности в отношении того, что в них описано и что не указано. У всех этих определений имеются следующие общие черты:

1. Бессонница определяется как субъективная жалоба.
2. Пациенты должны сообщать о нарушениях своего функционирования в дневное время суток.
3. Не существует конкретных критериев, определяющих, до какой степени невозможность заснуть считается патологической (перед желательным началом сна или в ночное время суток).
4. Не существует никаких критериев, определяющих, какое минимальное общее время сна потребуется, чтобы выйти за нормальные пределы.

Две последние общие черты уже объяснялись выше, тогда как две первые общие черты требуют дальнейшего рассмотрения.

Бессонница как субъективная жалоба

У определения бессонницы как субъективной жалобы без требования объективной проверки достоверности признаков и симптомов данного расстройства имеются свои достоинства и недостатки. Наличие объективных критериев обладает тем преимуществом, что в данном случае признается главенство переживания пациентом расстройства или заболевания. Это означает, что пациенты, в конечном счете, находят, соблюдают или прекращают лечение, основываясь на собственном восприятии своего самочувствия. А недостаток заключается в том, что

если подобные меры принимаются отдельно, то они не позволяют полностью охарактеризовать общее состояние пациента или заболевания.

Бессонница и нарушение функционирования в дневное время суток

Потребность в диагнозе жалоб на нарушение функционирования в дневное время суток объясняется тем, что в отсутствие подобных жалоб вполне возможно, что явления "краткого сна" могут быть неверно приняты (клиницистом и/или пациентом) за бессонницу. В связи с бессонницей пациенты часто жалуются на усталость, раздражительность, невнимательность, рассеянность и эмоциональное расстройство, непосредственно связанное с неспособностью заснуть и/или поддерживать нормальный сон.

И, наконец, две клинические нозологии (определения DSM-IV и ВОЗ) допускают, что жалобы на сон, не восстанавливающий силы, в отсутствие трудностей засыпания или поддержания сна, могут быть классифицированы как "бессонница". Предположительно, основанием для этого служит то обстоятельство, что неглубокий сон, который не восстанавливает силы, не является "хорошим сном". Следовательно, это "не сон", что формально означает бессонницу. И хотя такое допущение может также показаться академическим вопросом, оно значительно сужает диагностическую границу между бессонницей и другими внутренними нарушениями сна. Например, пациенты с синдромом остановки дыхания (обструктивного апноэ) и периодического движения ног во сне, как правило, не испытывают затруднений при засыпании или поддержании сна. На самом деле их главные жалобы связаны с чрезмерной сонливостью в дневное время суток и тем, что сон не восстанавливает их силы. Допущение классифицировать сон, не восстанавливающий силы, как "бессонницу" в отсутствие трудностей при засыпании или поддержании сна размывает диагностическую границу между этими нозологическими формами расстройства.

Заключительный комментарий

Нам посчастливилось иметь в своем распоряжении несколько нозологий, признающих бессонницу как независимое или первичное расстройство. Различные системы классификации предоставляют в наше распоряжение необходимые средства для различения видов бессонницы, как по предоставляемым жалобам, так и по факторам, которые, как считается, провоцируют или вызывают данное заболевание. Ученым и исследователям, возможно, остается еще завершить с определительной точки зрения то, что характеризует столь важное расстройство, предоставив такую формулировку его определения, в которую формально заложены исследовательские диагностические критерии бессонницы. И хотя это может быть не существенно для клинической практики вообще или определения момента, когда КПТБ показана, в частности, формальное и полное определение бессонницы позволит клиническим исследователям проводить более продуктивные изыскания, когда исследуемая форма бессонницы может быть оценена во всей своей “химической чистоте”.

ГЛАВА 2
Концептуальная схема КПТБ

Несмотря на то, что почти все называют нефармакологическое лечение бессонницы “когнитивно-поведенческой терапией”, направляющая перспектива и принципы, руководящие лечением данного расстройства, а фактически основные методы лечения, являются поведенческими.

Поведенческая модель бессонницы, выдвинутая Шпильманом с коллегами в 1987 году [17], является первой, наиболее ясно сформулированной и широко цитируемой теорией, касающейся этиологии хронической бессонницы. Перспектива предоставляет сильную точку зрения, которая является содержательной и допускает объяснение, предвидение и контроль. В основу данной поведенческой модели положено диатезисно-стрессовая перспектива, которая позволяет (с учетом поведенческих факторов) делать следующее:

1. Составить концептуальное представление о том, как острая бессонница развивается в хроническую форму.
2. Постичь те факторы, которые должны быть нацелены на лечение.

Схематическое представление рассматриваемой здесь модели приведено на рис. 2.1.

Вкратце, данная трехфакторная диатезисно-стрессовая модель устанавливает, что бессонница возникает в острой форме относительно предрасполагающих и провоцирующих факторов, а хроническая форма данного расстройства поддерживается недостаточно адаптивными стилями преодолевающего поведения (закрепляющие факторы). Следовательно, пациент может быть подвержен бессоннице в силу его отличительных особенностей, переживать эпизоды острой бессонницы вследствие провоцирующих факторов и страдать от хронической формы данного расстройства из-за поведенческих факторов. Любопытно, что пациенты нередко описывают свою бессонницу именно такими терминами.

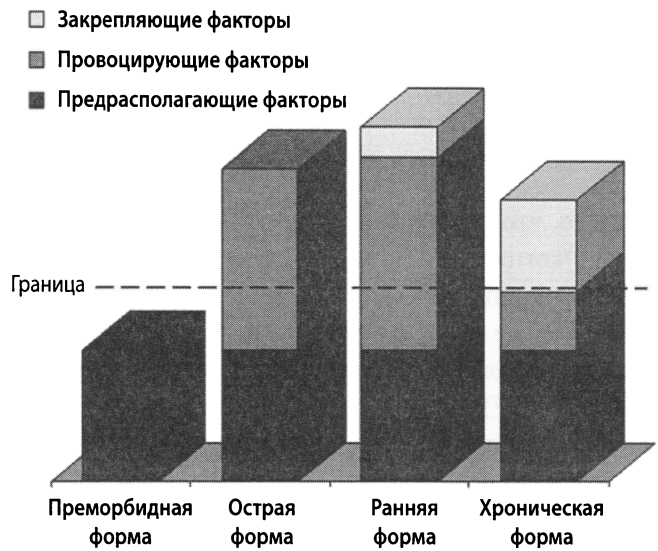


Рис. 2.1. Естественное развитие бессонницы во времени (трехфакторная модель, взято из [Spielman 1987])

Диалог №1. Описание бессонницы пациентом

Пациент: Я начал испытывать трудности со сном три месяца назад, когда был на собеседовании при приеме на работу. Я всегда был легко возбудимым и нередко мучимым сомнениями, но напряжение от этого собеседования сильно меня измотало. Мне непонятно одно: я получил работу, и с тех пор дела у меня пошли как нельзя лучше, но я все же не могу нормально спать. Похоже на то, что бессонница живет своей жизнью.

Предрасполагающие факторы охватывают весь биопсихосоциальный спектр. Так, к биологическим факторам относится перевозбуждение и повышенная реактивность или, по существу, слабая система формирования сна. К психологическим факторам относится беспокойство или склонность к чрезмерным переживаниям и размышлениям (т.е. руминации). А к социальным факторам, хотя им редко уделяется внимание на теоретическом уровне, относится соблюдение партнером по постели

несовместимого режима сна или социальная и профессиональная необходимость придерживаться непредпочтительного режима сна.

К провоцирующим факторам относятся случаи острой бессонницы, которые в сочетании с предрасположенностью пациента к бессоннице создают временные затруднения при засыпании и/или поддержании сна. Как в отношении предрасполагающих факторов, те факторы, которые провоцируют острую бессонницу, также охватывают весь биопсихосоциальный спектр. Так, к биологическим факторам относится медицинское заболевание и травма, что может прямо или косвенно привести к бессоннице. К психологическим факторам относятся острые реакции на стресс и/или начало психического заболевания. А к социальным факторам относятся изменения в социальном окружении пациента, требующие резкого смещения или нарушения предпочитаемой им фазы сна (например, необходимость ухаживать за маленькими детьми по ночам).

Закрепляющие факторы означаются самые разные недостаточно адаптивные стратегии, которые пациенты принимают, чтобы противодействовать преходящей бессоннице, стараясь больше спать. Исследование и лечение сосредоточено, в частности, на двух подобных факторах: лишнем времени, проводимом в постели, а также расширении спектра того поведения в спальне, которое не связано непосредственно со сном. В предложенной Шпильманом трехфакторной модели основное внимание уделяется лишнему времени, проводимому в постели. Это означает склонность пациентов, страдающих бессонницей, ложиться спать раньше, вставать позже и/или дремать днем. Подобные перемены вводятся с целью увеличить возможность больше спать. Но такое поведение приводит к несоответствию возможности и способности спать. И чем больше такое несоответствие, тем больше вероятность, что пациент будет дольше бодрствовать в течение заданного периода сна.

Вторая разновидность недостаточно адаптивных стратегий, расширяющих спектр не связанного со сном поведения в спальне, также относиться к закрепляющему фактору, хотя она формально не охватывается моделью Шпильмана. Считается, что такие стратегии приводят к потере контроля над стимулами, уменьшая вероятность, что стимулы, связанные с постелью и спальней, вызовут особенную реакцию, при условии, что такие стимулы сочетаются с обширным рядом стилей поведения.

Этому принципу принадлежит центральное место в представлении Бутзина о бессоннице, основанном на контроле над стимулами [18].

Сила поведенческой модели состоит в очевидности ее терапевтических последствий. Так, если хроническая бессонница возникает, главным образом, в связи с закрепляющими факторами, то поведенческая терапия должна быть сосредоточена на устранении недостаточно адаптивных стилей поведения, закрепляющих заболевание. Это означает, что поведенческая терапия должна быть сосредоточена на контролировании времени, проводимого в постели, чтобы привести возможность спать в соответствие со способностью спать, а также на предотвращении такого поведения в спальне, которое не связано со сном. Это, несомненно, основные составляющие терапии ограничения сна [19] и терапии контроля над стимулами [18].

И, наконец, любопытно отметить, что если поведенческая перспектива допускает понятие обусловленного возбуждения, то ни модель Шпильмана, ни представление Бутзина о бессоннице, основанном на контроле над стимулами, такое понятие не охватывает. Как нам кажется, оба они сосредоточены на инструментальной части поведенческого уравнения, т.е. на поведении, поддерживающем бессонницу. В случае ограничения сна именно поведение, увеличивающее время пребывания в постели, приводит к несоответствию возможности и способности спать. А в случае контроля над стимулами поведение, которое не связано со сном и задействовано в окружении сна, ослабляет связь между ориентирами на сон и самим сном. Ни одна из этих перспектив в их исходной формулировке не предполагает непосредственно, что *бодрствование в постели подготавливает почву для явлений классического обусловливания*. Повторяющееся сочетание ориентиров на сон с бодрствованием и/или возбуждением дает при хронической бессоннице возможность ориентирам на сон вызывать возбужденные реакции, причем делать это в отсутствие других факторов, поддерживающих бессонницу как хроническое заболевание, или в дополнение к этим факторам.

Вполне возможно, что обусловленное возбуждение окажется окончательным общим фактором или путем, ведущим к хронической бессоннице. Иными словами, несоответствие возможности и способности спать и плохой контроль над стимулами может закрепить бессонницу, но только в зависимости от особых обстоятельств. Так, бессонница появляется

в том случае, если имеют место стили недостаточно адаптивного поведения. Если же стили недостаточно адаптивного поведения модифицируются или блокируются, то бессонница отсутствует. Но если особые обстоятельства откладываются, то появляется возможность для проявления классического обусловливания в виде обусловленного возбуждения. Этот фактор может закрепить бессонницу независимо от особых обстоятельств и способствовать очевидному проявлению самозакрепляющегося характера данного расстройства.

Если принять во внимание, что хроническая бессонница может также подразумевать проявление классического обусловливания, то мы сможем уяснить два самых надежных вывода из литературы по результатам лечения бессонницы. Во-первых, КПТБ надежно снижает приблизительно на 50% симптомы бессонницы на стадии острого лечения[2] (см., например, [3; 4]). Если хроническая бессонница обусловлена только традиционными поведенческими факторами, то возникает вопрос: почему отсутствует полная реакция на лечение? Во-вторых, после КПТБ пациенты продолжают проявлять улучшение своего самочувствия в период последующего клинического наблюдения до 12 месяцев (см., например, [3; 5]). И если хроническая бессонница обусловлена только традиционными поведенческими факторами, то возникает вопрос: почему улучшения происходят вне стадии острого лечения? Если допустить возможность обусловленного возбуждения, то подобные эффекты могут возникнуть по мере ослабления со временем составляющей обусловленного возбуждения (т.е. повторяющееся сочетание ориентиров на сон с самим сном погасит обусловленное возбуждение). Следовательно, можно вполне обоснованно установить, что классическое обусловливание или обусловленное возбуждение является существенным фактором при хронической бессоннице и соответственно относится к поведенческой перспективе. Для наглядного представления такой возможности на рис. 2.2 приведена четырехфакторная модель, где предоставляется эта дополнительная составляющая.

---

[2]Изменение в среднем на 50% состояния пациентов до и после лечения относится к сочетанию симптомов, соответствующих жалобам пациентов на невозможность заснуть (изменение латентного периода сна на 43%) и оставаться спящими (бодрствование после начала сна на 55%).

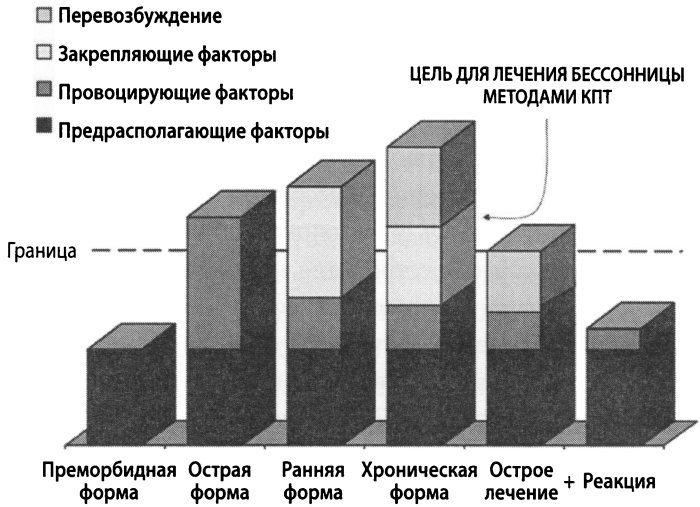


Рис. 2.2. Естественное развитие бессонницы во времени (четырехфакторная модель). Как следует из рис. 2.1, традиционную модель Шпильмана нельзя расширить до того, что происходит после лечения. Обычно представление такой модели завершается "хронической стадией". А в представление приведенной здесь модели включены стадии "Острое лечение" и "+ Реакция", чтобы читатель смог оценить следующее: во-первых, КПТБ исключает закрепляющие факторы, внося изменение приблизительно на 50%, а, во-вторых, продолжающееся со временем улучшение может быть следствием противообусловливания перевозбуждения (взято из [Spielman 1987])

Следует, однако, иметь в виду, что хотя модель, приведенная на рис. 2.2, вполне правдоподобна и хорошо согласуется с поведенческой перспективой, имеется немало других объяснений развития бессонницы. При частичном улучшении самочувствия вполне возможно следующее:

1. Пациенты становятся более приверженными хорошим стратегиям поддержания своего психического здоровья.
2. Пациенты меньше беспокоятся по мере того, как нарушения сна становятся менее частыми и тяжелыми.
3. Устанавливается стадия для нейрогормональных или функциональных изменений в головном мозге, что позволяет продолжить выздоровление, и так далее.

ГЛАВА 3
Составляющие терапии

Каковы основные составляющие терапии

В этой главе вкратце описывается каждое первичное и вторичное лечение бессонницы. А более подробные пояснения и конкретные инструкции приведены в той части данного руководства, которая посвящена описанию посеансового курса лечения. К самым распространенным методам когнитивно-поведенческой терапии для излечения от хронической бессонницы относятся контроль над стимулами, ограничение сна, гигиена сна, обучение релаксации и когнитивная терапия. Как правило, подобная терапия включает в себя три или больше компонентов.

Первичные вмешательства

Составляющие первичного лечения бессонницы являются в какой-то степени предметом полемики [21; 22]. В большинстве норм клинической практики и протоколов клинических исследований принят многокомпонентный подход к лечению бессонницы, где в качестве составляющих терапии обычно служит контроль над стимулами и/или ограничение сна наряду с инструкциями по гигиене сна.

Терапия контроля над стимулами (ТКС)

Такой способ лечения рекомендуется для преодоления затруднений, как при засыпании, так и при поддержании сна [18; 23]. По мнению Американской академии медицины сна [21], такая терапия должна быть первичным поведенческим лечением хронической бессонницы. Дело в том, что такое вмешательство было всесторонне оценено в качестве монотерапии, которая, как обнаружилось, дает хорошие клинические результаты.

Инструкции по контролю над стимулами ограничивают время, проводимое в спальне бодрствуя, а также поведение, которым можно заняться,

находясь в постели или в спальне. Такие ограничения призваны усилить связь между постелью, спальней и временем для сна, чтобы быстро заснуть и крепко спать. Ниже перечислены типичные инструкции по контролю над стимулами.

1. Ложиться в постель с целью поспать только в состоянии сонливости.
2. Избегать любого поведения в постели или спальне, кроме сна или сексуальной активности.
3. Покидать спальню, если бодрствование длится больше 15 минут.
4. Возвращаться в постель только в состоянии сонливости.
5. Повторить пп. 3 и 4 по мере необходимости.
6. И, наконец, придерживаться установленного времени пробуждения семь дней в неделю независимо от полученного количества сна.

Некоторые клиницисты, пытаясь предотвратить поведение, когда человек часто пробуждается, чтобы следить за часами, рекомендуют пациентам покинуть спальню, как только они явно проснутся, испытать досаду или раздражение оттого, что они пробудились.

Такое вмешательство, первоначально изобретенное Бутзином с коллегами в начале 1970-х годов [18], является непосредственным приложением поведенческого подхода к проблеме бессонницы. Принцип "контроля над стимулами", в отличие от способа лечения, имеет отношение к тому, что один стимул может вызвать много реакций в зависимости от истории обусловливания. Простая история обусловливания, где стимул всегда сочетается с одной реакцией, обеспечивает с большой вероятностью, что стимул вызовет лишь одну реакцию. А сложная история обусловливания, где стимул сочетается с самыми разными реакциями, обеспечивает с малой вероятностью, что стимул вызовет лишь одну реакцию. Применительно к проблеме бессонницы данный принцип состоит в том, что обычные ориентиры, связанные со сном (кровать, спальня, время для сна и т.д.), слишком часто сочетаются с реакциями, отличающимися от сна. Это означает, что, стараясь преодолеть бессонницу, пациент проводит слишком много времени в постели или в спальне, занимаясь поведением, отличающимся от сна.

Такое преодолевающее поведение кажется пациенту благоразумным и вполне успешным. В последнем отношении такие стратегии иногда

оказываются работоспособными, а в первом отношении лежание в постели бодрствующим после пробуждения дает пациенту возможность больше поспать и обладает тем достоинством, что позволяет ему хотя бы немного отдохнуть. Занятие другим поведением, кроме сна, в спальне позволяет пациенту находиться рядом с постелью на тот случай, если появится возможность поспать. Преимущество такого подхода заключается в срыве когнитивной или физической тревоги, которая может появиться, когда пациент пытается заснуть или беспокоится о последствиях на следующий день, если он не выспится как следует. С точки зрения контроля над стимулами такие нормы практики подготавливают почву для потери контроля над стимулами, хотя они имеют сильно подкрепляющее действие. Вероятность того, что стимулы, связанные со сном, вызывают в основном желание уснуть и сон, в данном случае уменьшается.

Терапевтические последствия такой перспективы состоят в том, что бессонницу можно лечить, контролируя сочетания стимулов и реакций таким образом, чтобы постель, спальня и время для сна снова были связаны с реакцией на желание уснуть и сон. Чтобы установить снова такую связь, придется создать новую историю обусловливания, которая, по существу, устраняет все сочетания стимулов и реакций, кроме двух: постели и сна, а также постели и секса. Инструкции по контролю над стимулами допускают установление новой истории обусловливания, застраховывая пациента от того, чтобы он, проснувшись, не проводил продолжительное время в постели и не занимался другим поведением в спальне, кроме сна. Для достижения этой цели пациент должен покинуть спальню, когда проснется ночью, и вернуть в постель, когда у него возникнет желание уснуть. Такая особенность лечения основывается на действенных принципах обусловливания. Пациент занимается произвольным поведением (встает и покидает спальню), и такое поведение, вероятно, поддерживается самыми разными подкрепляющими стимулами, включая быстрое засыпание после того, как пациент возвращается в постель.

Кроме того, вполне возможно, что практика контроля над стимулами может улучшить сон путем классического обусловливания и неумышленного манипулирования теми факторами, которые не являются поведенческими. В первом случае повторяющееся сочетание постели, спальни и времени для сна с физиологическим состоянием сна может допускать противообусловливание там, где связанные со сном стимулы вызывают

сонливость и сон вследствие повторяющегося сочетания подобных стимулов с состоянием сна в физиологической и центральной нервной системе. А в последнем случае практика контроля над стимулами оказывает также необходимое влияние на гомеостатическую[3] и суточную[4] регуляцию сна.

Оставление спальни в состоянии бодрствования после пробуждения, вероятнее всего, повлияет на гомеостат сна. Это означает, что, практикуя контроль над стимулами, пациенты, вероятнее всего, потеряют больше сна, чем в том случае, если бы они оставались в постели. Потеря сна, как и его ограничение, повышает сонливость и подготавливает почву для усиления связи между знаковыми стимулами ко сну и самим сном. Регулируя свой режим сна, пациент, вероятнее всего, окажет воздействие на систему своего суточного (циркадного) ритма. Это означает, что, практикуя контроль над стимулами, пациент, вероятнее всего, добьется лучшего выравнивания предпочтительной фазы сна по его физиологии. Такое выравнивание, вероятнее всего, оказывает прямое содействие хорошему сну, а, возможно, и подкрепляет хорошее навязывание суточного ритма.

Несмотря на то, что ТКС обычно переносится хорошо, она может быть противопоказана некоторым людям (например, страдающим манией, эпилепсией и парасомнией) или же тем людям, которые подвержены опасности падения. Что касается мании и эпилепсии, то потеря сна, которая может сопутствовать данной терапии, способна вызвать манию или сократить судорожный порог у людей, подверженных такой опасности. А что касается парасомнии, то ТКС, связанная с потерей сна, может существенно углубить сон в отношении увеличения вероятности появления частичного возбуждения вроде ночных кошмаров, снохождения и сноговорения.

Терапия ограничения сна (ТОС)

Такой способ лечения также рекомендуется, если испытываются затруднения при засыпании и поддержании сна. В отличие от терапии контроля над стимулами, в данном случае было проведено относительно

---

[3]Гомеостатическая регуляция сна означает наращивание стремления ко сну, исходя из продления периода бодрствования.

[4]Суточная регуляция сна означает нейробиологический механизм, который считается "внутренними часами" и отвечает за размеренное следование биологических или поведенческих явлений в течение 24 часов суток.

мало исследований, в ходе которых ограничение сна оценивалось как монотерапия. В итоге Американская академия медицины сна предлагает считать такое вмешательство “дополнительным”. И хотя такое назначение согласуется с алгоритмом Сакетта, применяемым в этой академии для оценивания того, что составляет “эмпирическую валидацию” [21], большинство специалистов в области поведенческой медицины сна считают, что такое вмешательство должно быть неотъемлемой частью КПТБ. В 30–50% исследований, где обычно оценивалась клиническая эффективность КПТБ, терапия ограничения сна была включена в режим лечения [20]. Она была также включена в два самых последних (на момент написания книги), крупных и строгих клинических испытания КПТБ [3; 5]. Таким образом, ТОС, очевидно, следует считать существенной частью КПТБ, несмотря на то, что независимые последствия такого вмешательства не вполне установлены.

Терапия ограничения сна требует от пациентов ограничить время, которое они проводят в постели до величины, равной среднему для них общему времени сна. Для достижения этой цели клиницист работает с пациентом, чтобы, во-первых, установить фиксированное время пробуждения, а, во-вторых, сократить возможность для сна, ограничив время в постели (ВП) для пациента до величины, равной среднему общему времени сна (ОВС), как установлено по базовым показателям из дневника сна. В стандартной форме такой терапии рекомендуется накладывать на сон ограничение не менее 4,5 часов.

Как только целевое время в постели будет установлено, отход пациента ко сну задерживается на более позднее время таким образом, чтобы величина ВП и средняя величина ОВС были одинаковы. Первоначально такое вмешательство приводит к потере сна в пределах от слабой до умеренной. Столь контролируемая форма (частичного) лишения сна обычно соответствует сокращению латентного периода сна и пробуждению после времени засыпания. Следовательно, на стадии острого лечения пациенты получают меньше сна, но при этом они спят крепче (т.е. засыпают быстрее и остаются спящими более продолжительное время). По мере повышения эффективности сна пациенты получают инструкции увеличивать время, которое они проводят в постели. Увеличение дозы сна производится 15-минутными приращениями, если данные из дневника сна показывают, что на прошлой неделе сон пациента был

эффективным, т.е. 90% и больше времени в постели он проводил спящим, что определяется из соотношения ОВС/ВП. Схематическое представление такого вмешательства приведено на рис. 3.1, а в приложении 1 к этой книге подробно поясняется порядок расчета эффективности сна.

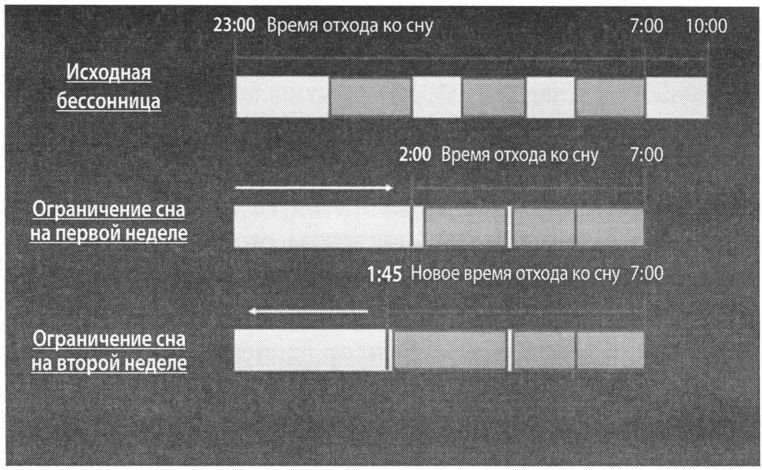


Рис. 3.1. Ограничение сна

Дополнительного пояснения здесь требуют три момента. Во-первых, показатель ВП регулируется путем задержки по фазе периода сна у пациента, т.е. задержки времени отхода ко сну. Наряду с соблюдением фиксированного времени пробуждения, это приводит в итоге к ограничению сна. Но показатель ВП можно также изменить, побудив пациента вставать раньше (это опережающее по фазе время пробуждения). Впрочем, такой подход не принят, поскольку фиксации более раннего времени пробуждения присуще следующее:

- Она не обладает преимуществом “целительного” эффекта задержки фазы сна таким образом, чтобы она соответствовала наиболее благоприятному для сна времени. Это означает, что, пытаясь получить больше сна, пациенты начинают ложиться спать все раньше и раньше. Одно из действий такой стратегии состоит в том, чтобы вынести период сна пациентов за временные рамки, где биологическая потребность во сне (суточная предрасположенность) наиболее сильна.

- Может укрепить тенденцию к раннему пробуждению.
- Подрывает возможность сочетать сон со временем отхода ко сну, спальней и постелью.

Во-вторых, клиницисты по-разному трактуют методологические стороны ТОС. В первоначальной формулировке ТОС допускается увеличивать показатель ВП на 15 минут только в том случае, если эффективность сна пациентов составляет 90% в течение одной недели. Если же эффективность сна составляет от 85% до 90%, то доза сна не увеличивается. А если эффективность сна меньше 85%, то доза сна уменьшается на 15 минут. Впрочем, здесь может быть несколько вариантов. Например, верхнюю границу эффективности сна можно установить на уровне 85%, увеличить предписанное приращение в положительную или отрицательную сторону больше, чем на 15 минут или же увеличивать дозу сна по более короткому или длинному графику, чем недельные интервалы. Такие отклонения не были исследованы систематически, поэтому в данном руководстве принята стандартная методика.

В-третьих, следует заметить, что ТОС присущи два парадокса. Один парадокс состоит в том, что тем пациентам, которые сообщают, что они не получают достаточно сна, по существу, говорят спать меньше. А другой парадокс возникает в ходе лечения. Проходя терапию, пациенты обнаруживают, что им трудно оставаться в состоянии бодрствования до предписанного часа. И если это не парадокс, то, по крайней мере, ирония для пациента, который первоначально испытывает трудности при засыпании.

ТОС считается эффективной по двум причинам. Во-первых, она препятствует пациентам преодолевать свою бессонницу, расширяя возможность для сна. Эта компенсаторная стратегия порождает форму неглубокого и отрывочного сна, хотя она и увеличивает возможность получить больше сна. И, во-вторых, считается, что первоначальная потеря сна, которая происходит при ТОС, увеличивает гомеостатическое давление для сна, что, в свою очередь, сокращает латентные периоды сна, делает менее частыми пробуждения после засыпания и повышает эффективность сна.

И, наконец, следует заметить, что ограничение сна также может быть противопоказано пациентам с историей болезни вроде мании, синдрома остановки дыхания во сне, припадочного расстройства, парасомнии или же пациентам, подверженным опасности падения.

Обучение гигиене сна

Обучение гигиене сна рекомендуется проводить вместе ТОС и ТКС при наличии у пациентов затруднений, как при засыпании, так и при поддержании сна. Оно может также иметь некоторую ценность как средство, направленное на увеличение общего времени сна. И хотя такое вмешательство не считается эффективной "монотерапией" [21], тем не менее, оно обычно рассматривается как неотъемлемая часть КПТБ. Нетрудно, впрочем, догадаться, что гигиена сна является психообразовательным вмешательством. Подобная терапия нередко подразумевает сначала предоставление пациенту раздаточного информационного материала, а затем обзор отдельных положений и оснований для них. Типичный набор инструкций по гигиене сна приведен в табл. 3.1.

Таблица 3.1. Инструкции по гигиене сна

1. **Спите ровно столько, сколько требуется, чтобы чувствовать себя отдохнувшим (отдохнувшей) на следующий день.**

   Ограничение времени в постели помогает сделать ваш сон крепким и глубоким. Слишком долгое время в постели приводит к неглубокому и отрывочному сну. Вставайте в установленное время на следующий день независимо от того, как мало вы спали.

2. **Вставайте в одно и то же время каждый день в течение недели.**

   Пробуждение в одно и то же время по утру приводит к регулярному времени засыпания вечером и помогает вам установить свои "биологические часы".

3. **Регулярно выполняйте физические упражнения.**

   Спланируйте время для физических упражнений таким образом, чтобы выполнять их не позже, чем за 3 часа до отхода ко сну. Физические упражнения облегчают засыпание и делают сон более глубоким.

4. **Сделайте свою спальню уютной, защищенной от излишнего света и шума.**

   Уютная, нешумная обстановка сделает менее вероятным ваше пробуждение ночью. Шум, не пробуждающий вас, может также нарушить качество вашего сна. Ковровые покрытия, изолированные шторы и закрытые двери могут помочь в создании уютной обстановки в спальне.

Окончание табл. 3.1

5. **Убедитесь, что в спальне поддерживается удобная температура в ночное время.**

   Слишком теплое или холодное окружение может нарушить сон.

6. **Принимайте пищу регулярно и не ложитесь спать впроголодь.**

   Голод может нарушить сон. Легкая закуска перед сном (особенно углеводная) может помочь утолить голод, но избегайте жирной или тяжелой пищи.

7. **Избегайте лишних жидкостей вечером.**

   Сокращение приема жидкостей сводит к минимуму походы в туалет ночью.

8. **Откажитесь полностью от продуктов, содержащих кофеин.**

   Напитки и продукты, содержащие кофеин (кофе, чай, кока-кола, шоколад) могут затруднить засыпание, вызвать пробуждения ночью и сделать сон неглубоким. Даже если кофеин принят утром, он может нарушить сон ночь.

9. **Избегайте алкоголя, особенно вечером.**

   Несмотря на то, что алкоголь помогает снять напряжение и легче заснуть, он все же вызывает в дальнейшем пробуждения ночью.

10. **Курение может нарушить сон.**

    Никотин является возбуждающим средством. Старайтесь не курить ночью, если вам трудно заснуть.

11. **Не ложитесь в постель со своими затруднениями.**

    Уделите вечером немного времени разрешению своих затруднений или планированию деятельности на следующий день. Беспокойство может помешать засыпанию и сделать сон неглубоким.

12. **Не пытайтесь уснуть.**

    От этого станет только хуже. Напротив, включите свет, покиньте спальню и займитесь чем-нибудь другим вроде чтения книги. Только не занимайтесь стимулирующей деятельностью. Вернитесь в постель только тогда, когда у вас появится сонливость.

13. **Поставьте часы под кровать или поверните их так, чтобы не видеть, какое время они показывают.**

    Слежение за часами может вызвать досаду, гнев и беспокойство, что нарушит сон.

14. **Старайтесь не спать днем.**

    Бодрствование днем помогает заснуть ночью.

Считается, что гигиена сна позволяет избежать самого разного поведения, которое может повлиять на качество сна и его количество. Но пользу от нее можно осознать лишь тогда, когда она предоставляется как составная часть всестороннего подхода. Когда гигиена сна сочетается с другими видами лечения, то эффективность инструкций по гигиене сна может быть, а может и не быть связана с абсолютной достоверностью различных предписаний. Напротив, ценность такого вмешательства может состоять в том, насколько такие предписания:

1. Подходят под индивидуальный случай.
2. Позволяют пациентам расширить свои знания о сне.
3. Могут повысить согласие, улучшив терапевтические отношения психотерапевта и пациента, иначе называемые терапевтическим альянсом.

Вторичные вмешательства (дополнительные виды лечения и альтернативно-экспериментальные вмешательства)

В широком смысле описанные ниже разновидности терапии не считаются первичными видами лечения и зачастую не включаются в многокомпонентную терапию. Отнесение этих видов терапии к вторичному лечению в одних случаях объясняется тем, что такое лечение не было найдено таким же эффективным, как и монотерапия, а в других случаях — простым отсутствием подходящих эмпирических данных о вмешательстве, как о монотерапии. Вторичные виды лечения сведены здесь для того, чтобы клиницист мог включить их как составляющие по мере надобности. Такие вмешательства могут принести пользу как дополнительные виды лечения, которые можно развернуть во второй половине терапии, чтобы, во-первых, усилить неполные реакции на лечение, а, во-вторых, устранить предрасполагающие и провоцирующие факторы, которые все еще считаются содействующими нарушению сна.

Дополнительные и вспомогательные виды терапии

В этом разделе вкратце описываются разновидности дополнительной (адъюнктивной) и вспомогательной (адъювантной) терапии.

Когнитивная терапия

Этот вид вмешательства больше всего подходит тем пациентам, которые озабочены потенциальными последствиями своей бессонницы, или же тем пациентам, которые жалуются на нежелательные навязчивые мысли или беспокойство. Для лечения бессонницы было разработано несколько форм когнитивной терапии. Одни из них имеют дидактическую направленность [24], в других используется парадоксальное намерение [25], в третьих применяется отвлечение внимания и воображение [26], а в четвертых — различные когнитивные процедуры реструктуризации [27]. И хотя во всех этих видах когнитивной терапии применяются разные подходы, все они основываются на следующем наблюдении: у пациентов, страдающих бессонницей, имеются негативные мысли и убеждения о состоянии их здоровья и его последствиях. Считается, что если помочь пациентам подвергнуть сомнению правдивость таких убеждений, то можно умерить их тревогу и возбуждение касательно бессонницы.

Обучение релаксации

Такой вид вмешательства может оказаться наиболее пригодным для тех пациентов, которые описывают свою бессонницу как "неспособность расслабиться". Например, пациент может сказать: "У меня такое чувство, будто мое сердце колотится, когда я пытаюсь уснуть". Обучение релаксации может принести пользу и тем пациентам, у которых имеются многие соматические жалобы (например, глубокая мышечная боль, головные боли, желудочные расстройства и т.д.).

По существу, имеются четыре формы релаксационной терапии. Разные ее методы нацелены на разные физиологические системы. В частности, прогрессивная мышечная релаксация (ПМР) применяется для снижения напряжения в скелетной мускулатуре [28–32]. Диафрагмальное дыхание служит для того, чтобы вызвать замедленное, более глубокое дыхание, механически приводимое в действие от живота, а не от грудной клетки. (Любопытно отметить, что такая форма дыхания напоминает то, что происходит при засыпании.) Аутогенная тренировка сосредоточена на увеличении периферийного кровотока благодаря тому, что субъект систематически представляет в уме ощущение тепла каждой своей конечностью. Тренировка воображения вынуждает пациента выбрать

расслабляющий образ или воспоминание, вызвать образ и вступить с ним в контакт с точки зрения, затрагивающей многие органы чувств.

Большинство клиницистов выбирают оптимальный метод релаксации, исходя из того метода, который легче всего усвоить пациенту и который больше всего согласуется с тем, как у пациента проявляется возбуждение. Подобно когнитивным методам, для обучения эффективному применению релаксации требуется значительная практика. Многие клиницисты рекомендуют пациентам репетировать навыки релаксации в течение дня, помимо упражнений перед сном. Если в сочетании с контролем над стимулами обучение релаксации вызывает поначалу тревожное ожидание возможной неудачи, то пациенту, может быть, лучше выполнять упражнение на релаксацию не в спальне, а в другой комнате. За дополнительными сведениями о различных методах релаксации читатель отсылается к перечисленной ниже литературе.

Общий обзор: *Lichstein, K. L. Clinical relaxation strategies (1988 г.).*

ПМР: *Bernstein, D., Borkovec, T., Hazlett-Stevens H. Directions in Progressive Relaxation Training: A Guidebook for Helping Professionals (2000); Benson H. & Clipper M. The Relaxation Response (2000 г.).*

Диафрагмальное дыхание: *Smith, J. C. Advances in ABC Relaxation: Applications and inventories (2001 г.); глава "Breathing Exercises and Relaxation States" (Дыхательные упражнения и состояния расслабленности).*

Аутогенная тренировка: *Schultz, J. H. & Luthe, W. Autogenic Methods (1969 г.).*

И последнее, предостерегающее замечание: не следует забывать, что пациенты, особенно с историей такой психической болезни, как паническое расстройство или тревожное ожидание возможной неудачи, могут испытывать парадоксальную реакцию на методы релаксации. Если подобное случается в одной из форм релаксации, то совсем не обязательно, чтобы такая реакция появлялась в других формах релаксации.

Фототерапия

Как правило, фототерапия осуществляется с помощью источника света, который называется "световым коробом" и обычно испускает ровный белый свет или же голубой свет в более узком избранном спектре при освещенности больше 2000 люкс. Если у бессонницы пациента имеется

составляющая с задержкой фазы сна (т.е. пациент предпочитает ложиться спать и вставать с постели поздно), то воздействие яркого света утром в течение 30 или больше минут может создать условия для того, чтобы вечером он стал раньше чувствовать, что засыпает. А в том случае, если у бессонницы пациента имеется составляющая с опережением фазы сна (т.е. пациент предпочитает ложиться спать и вставать с постели рано), то воздействие яркого света поздно вечером (например, в 8–10 часов вечера) может создать условия для того, чтобы пациент бодрствовал до более позднего часа.

Несмотря на то, что многие считают фототерапию поведенческим вмешательством, применение яркого света нередко оказывается важной составляющей, включаемой в режим лечения. И это особенно справедливо, когда суточные факторы в значительной степени способствуют жалобам на бессонницу и/или когда субъект испытывает более серьезные трудности, чем обычно, жалуясь на задержку времени отхода ко сну, которая является неотъемлемой частью терапии ограничения сна.

Воздействие яркого света, содействующее сну, может происходить через несколько механизмов, включая смещение системы суточного ритма, усиление амплитуды водителя суточного ритма, содействие бодрствованию в течение дня, содействие концентрации внимания вечером, или же косвенно через антидепрессивное действие фототерапии [33–35].

Обычно предполагается, что у фототерапии отсутствуют значительные побочные эффекты, хотя это не всегда именно так. И хотя яркий свет вызывал сильную манию, такое все же происходило редко, если вообще случалось, у тех пациентов, которым раньше был поставлен диагноз биполярного расстройства настроения. К другой категории риска относятся пациенты с диагнозом гипомании, припадочных расстройств, головными болями, глазными болезнями или же пациенты, принимающие те лекарства, которые, как известно, вызывают повышенную чувствительность к свету. При этом важно отметить, что неверное задание временных рамок или продолжительности лечения может непосредственно усугубить заболевание, для лечения которого пациент обращается за медицинской помощью. Соответственно усилия, прилагаемые для проведения такой формы терапии, должны быть основаны на хорошем знании имеющейся литературы [36–42].

Сокращение сна

Такой режим лечения очень похож на терапию ограничения сна за исключением того, то само "ограничение" накладывается в соответствии с графиком постепенного сокращения дозы сна. Такое ограничение может быть наложено путем задержки фазы отхода ко сну или опережения фазы пробуждения. Подобным образом время в постели постепенно сокращается до тех пор, пока пациент не достигнет уровня заданного критерия общего времени сна. Как и ТОС, такое лечение позволяет постепенно изменить показатель ВП на протяжении последовательного ряда недель. Но, в отличие от ТОС, сокращение сна происходит не сразу, а в течение предварительно заданного периода времени. Постепенное сокращение сна определяется по средней разности показателей ОВС и ВП, деленной на 5. Таким образом, на протяжении пяти недель показатель ВП пациента ограничивается величиной, которая предписывается при ТОС на первую неделю лечения. Такая форма "ограничения сна" может идеально подойти тем пациентам, для которых сокращение показателя ВП является *целью терапии* (например, тем пациентам, у которых, по существу, "нормальные" показатели общего времени сна, но эффективность их сна находится в пределах от слабой до умеренной). А с другой стороны, такой метод может особенно подойти тем пациентам, которые не могут переносить резкое сокращение общего времени сна, происходящее при ТОС [28]. И, наконец, данный метод может быть видоизменен таким образом, чтобы прекратить сокращение дозы сна до назначенного пятинедельного срока, при условии, что достигнута эффективность сна на уровне от 85% до 90%. В целом, сокращение сна может считаться более "мягкой и бережной" формой ограничения сна.

Альтернативно-экспериментальное вмешательство: нейронная обратная связь

В 2003 году Каюмов с коллегами разработали форму нейронной обратной связи для лечения бессонницы [43]. Сам сигнал такой обратной связи основывается на спектральном профиле данных, полученных при снятии ЭЭГ у субъекта, находившегося в расслабленном состоянии с закрытыми глазами. Манипуляция спектральными данными ЭЭГ осуществляется таким образом, чтобы изменения в отношениях быстрой

и медленной деятельности головного мозга формировались по образцу звучания музыки. Как следует из предварительных результатов пилотных исследований такого метода (настоящей обратной связи в сравнении с искусственной), нейронная обратная связь, сформированная по образцу и приспособленная под индивидуального пациента (в отличие нейронной обратной связи, полученной от другого субъекта), производит прочные изменения в продолжительности сна. Остается лишь определить, является ли такой метод новой формой обучения релаксации, нейронного обусловливания или нейронной самосинхронизации. Но поскольку при искусственных условиях не удается добиться значительных изменений после лечения по сравнению с тем, что было до лечения, то данная форма нейронной обратной связи может действительно оказывать непосредственное влияние на деятельность головного мозга таким образом, чтобы улучшить показатели сна, измеренные средствами полисомнографии.

Курс лечения

Терапевтический режим обычно требует личных встреч раз в неделю пациента с поставщиком клинических услуг в период от 4 до 8 недель. Сеансы терапии длятся в пределах от 30 до 90 минут в зависимости от конкретной стадии лечения и степени соблюдения пациентом режима лечения. В данном руководстве описывается индивидуальная терапия, но по имеющимся данным аналогичных результатов можно добиться и при групповой терапии [44]. В конечном счете, вполне возможно, что наиболее полезным окажется комплексный подход к лечению бессонницы. Это означает, что 2–3 первых сеанса терапии проводятся на индивидуальной основе, сеансы посредине курса терапии — в виде групповых вмешательств, а 1–2 завершающих сеанса — снова в виде индивидуальной терапии. Преимущество такого режима лечения может заключаться в том, что групповые условия дают пациенту возможность придерживаться определенной системы и могут повысить его исполнительность, когда он будет действовать “по примеру”.

Вводные сеансы терапии обычно длятся от 60 до 90 минут. В течение такого сеанса сначала выясняется история болезни пациента, которому затем даются инструкции по поводу ведения дневников сна. На первом

сеансе никакого вмешательства не производится. Такие временные рамки (обычно на протяжении 1–2 недель) позволяют собрать исходные сведения о сне и пробуждении, на основании которых лечение будет направлено на достижение уравновешенности курса терапии. Основные вмешательства (контроль над стимулами и ограничение сна) развертываются в ходе последующих 1–2 сеансов терапии продолжительностью 60 минут. Как только эти виды лечения будут предоставлены, пациент переходит к стадии терапии, где время в постели дозируется в сторону увеличения в ходе последующих 2–5 посещений. Для этих последующих сеансов потребуется около 30 минут, если только в программу лечения не внедрены дополнительные вмешательства. Что же касается настоящего протокола, то когнитивная терапия проводится в течение одного (пятого) сеанса, а 1–2 последних сеанса также содержат составляющие, предназначенные для поддержания хорошего самочувствия пациента и наставлений на случай рецидивов.

Какие пациенты пригодны для КПТБ

Психотерапевтам вообще не следует допускать мысль, что всем пациентам, обращающимся к ним по поводу исцеления от бессонницы, поставлен точный диагноз данного расстройства. Вполне возможно, что бессонница является составной частью неустойчивого и/или не диагностированного внутреннего нарушения сна, помимо самой бессонницы, медицинского или психического заболевания. Следовательно, очень важно, чтобы клиницист сначала определил пригодность пациента для подобного лечения. Для этого проще всего рассмотреть случаи, где при первичном обследовании у пациента обнаружилась хроническая или психофизиологическая бессонница. Но относить пациента к данной категории нарушений сна было бы излишне ограничительной мерой. Несмотря не некоторые разногласия, большинство специалистов в данной области все же согласятся, что, независимо от диагноза, пригодными для КПТБ пациентами являются те люди, у которых обнаружились:

- трудности заснуть или продолжать спать;
- жалобы на одно из следующих:

  - регулярное расширение возможности для сна для возмещения потери сна;
  - пребывание в постели продолжительные периоды времени;
  - занятие в спальне каким-нибудь другим поведением, кроме сна и секса;
- свидетельство обусловленного возбуждения (например, сообщение о внезапном пробуждении после отхода ко сну и/или дополнительно лучший сон вне дома);
- свидетельство плохой гигиены сна (занятие каким-нибудь другим поведением, снижающим склонность ко сну; например, употребление алкоголя в качестве гипнотического средства, а дополнительно — стимулирующего средства ночью).

Противоречие здесь в том, что когда бессонница, по мнению некоторых, оказывается вторичной по отношению к медицинскому или психическому заболеванию, то лечение основного заболевания является единственным показанием. Принцип такого лечения состоит в следующем: как только будет вылечено основное заболевание, то разрешится и бессонница как вторичное нарушение здоровья. При этом подразумевается, что КПТБ в подобных случаях не показана. Впрочем, недавно было высказано предположение, что отличить первичную бессонницу от вторичной не так-то просто [45–47]. В настоящее время появляется все больше литературы, где высказывается предположение, что так называемая "вторичная бессонница" может в равной степени поддаваться КПТБ [48–54].

Чтобы понять, почему отличие первичной бессонницы от вторичной может быть и не таким важным, можно, в частности, рассмотреть этот вопрос, приняв во внимание поведенческую модель бессонницы, выдвинутую Шпильманом и коллегами (см. рис. 2.1, [17]). Как указывалось ранее, данная модель предполагает, что острое медицинское и/или психическое заболевание может провоцировать острый приступ бессонницы. Но когда диагностируется, лечится и/или упрочивается исходное расстройство, то устойчивая (или остаточная) бессонница, вероятнее всего, будет похожа на основную бессонницу, а не на ту, что сопутствует острому заболеванию. Это означает, что остаточная и/или хроническая бессонница, вероятнее всего, будет поддерживаться факторами, отличающимися от тех, что провоцируют острый приступ. Так, если имеется

свидетельство, что бессонница поддерживается поведенческими факторами, а также свидетельство обусловленного возбуждения и/или плохой гигиены сна, то пациент, вероятнее всего, пригоден для КПТБ, но при условии, что не пренебрегается "первичное" расстройство. О том, как производится анализ подобных факторов, речь пойдет в разделе, посвященном первому сеансу терапии (первоначальному или приемному собеседованию) в следующей главе.

Какие клиницисты пригодны для КПТБ

По традиции психологами разрабатывались и предлагались методы КПТБ и/или КПТ для лечения других нарушений сна. Кроме того, те специалисты, которые предоставляют услуги КПТБ, обычно имеют высшее образование в области клинической медицины и прошли специальную подготовку по медицине сна, поведенческой медицине и/или когнитивно-поведенческой терапии. Профессиональная подготовка в каждой из этих областей имеет решающее значение. Основательная подготовка в области медицины сна позволяет клиницисту настраиваться на присутствие скрытых нарушений сна и медицинских заболеваний. Квалификация в области поведенческой медицины и когнитивно-поведенческой терапии дает клиницисту обширные знания принципов вообще, а практика проведения поведенческих вмешательств в частности — возможность производить поведенческое оценивание (например, анализ последствий). Кроме того, специалист, имеющий квалификацию в области поведенческой медицины и/или когнитивно-поведенческой терапии, вероятнее всего, будет сведущ в психологическом оценивании, диагнозе и лечении психических расстройств, а также согласится с тем философским подходом, при котором основной акцент делается на применении эмпирически выверенного лечения.

По мере развития упоминаемой здесь области медицины врачи и психологи из смежных областей пожелают внедрить вмешательства поведенческой медицины сна в свою практику или выработать специальные знания в данной области. Можно надеяться, что сведения, представленные в данном руководстве, послужат им в качестве полезного введения. Следует ожидать, что квалификации в данной области можно достичь только путем профессиональной подготовки (например, обучения в вузе

или аспирантуре) и как минимум стажировки и/или взаимного контроля. Кроме того, вполне возможно, что отдельные специалисты, не имеющие высшее образование в области клинической медицины, пожелают внедрить КПТБ в свою практику. И в этом случае следует ожидать, что сведения, приведенные в данном руководстве, послужат им полезным введением, а для хорошей практики непременно потребуется дальнейший надзор.

И, наконец, следует заметить, что, начиная с июня 2003 года, действует специальный орган по аттестации специалистов в области поведенческой медицины сна. На момент написания этой книги такую аттестацию проводила Американская академия медицины сна (AASM — American Academy of Sleep Medicine) для лицензированных клиницистов с ученой степенью д-ра философии и медицины. А в будущем к соответствующей аттестации будут допущены и лицензированные специалисты с дипломом об окончании медицинского вуза. И хотя для предоставления услуг лечения от бессонницы и возмещения затрат на подобные услуги такая аттестация может потребоваться не сразу, важно иметь в виду, что подобная квалификация может вскоре потребоваться, чтобы считаться специалистом в данной области. И это особенно важно для молодых клиницистов, которые только начинаю обучение в данной области. За дополнительными сведениями об аттестации в области поведенческой медицины сна следует обращаться на веб-сайт Американской академии медицины сна, доступный по адресу `https://aasm.org`. Конкретные сведения об условиях допуска к экзамену и самому экзамену по медицине сна можно найти по адресу `https://aasm.org/professional-development/maintenance-of-certification/`.

Клинические отношения

Безусловно, у каждого психотерапевта свой терапевтический стиль. То, что годится для одного психотерапевта, может не подойти другому психотерапевту. Это означает, что имеется ряд характеристик, которые, как считается, определяют “хорошего” клинициста. В общем, к этим характеристикам относится умение слушать, сильное чувство сопереживания (эмпатии), уважительное отношение к самостоятельности пациента, умение убеждать, а, возможно, и чувство юмора. В частности, клиницисту необходимо быть хотя бы в двух лицах. С одной стороны,

клиницисту требуется демонстрировать свою квалификацию, чтобы укрепить доверие пациента к режиму лечения. Это особенно важно на начальной стадии лечения (т.е. на 1-м–4-м сеансах терапии), когда основной акцент делается на дидактическом элементе. А с другой стороны, клиницисту необходимо взять на себя в меньшей степени руководящую роль, особенно во второй половине терапии. На данной стадии терапии обслуживание пациента состоит в том, чтобы клиницист играл роль не столько врача или психолога, сколько физического терапевта (наставника и/или консультанта). Нелегко организовать дело таким образом, чтобы пациент ясно видел обе роли клинициста, но это дает желаемый результат, когда пациенту становится ясно, кто несет ответственность за положительные клинические достижения во второй половине терапии.

Еще один элемент, требующийся для прочных терапевтических отношений, состоит в том, что психотерапевт ясно доводит до клиента возможные результаты терапии, что именно требуется для достижения этих результатов и через какое время пациент может объективно ожидать позитивных достижений. Очень важно, чтобы эти сведения не были приукрашены. Так, если пациент ожидает, что терапия пройдет легко и не потребует от него особых жертв, то его, вероятно, удивит и/или поразит предстоящая перспектива, и поэтому он, вероятнее всего, не будет придерживаться режима лечения, а то и прекратит его. Именно поэтому так важно, чтобы пациент понял, что ему может быть хуже, прежде чем станет лучше. Если же пациент готов пережить это, он, вероятнее всего, выдержит начальную стадию терапии и продолжит ее курс. Терапевтические отношения можно также укрепить, если втолковать пациенту логическое обоснование тех процедур, которые ему предстоит выполнить. Некоторым пациентам может быть достаточно мотивации делать то, что “доктор приписал”, но зачастую пациенты точнее придерживаются предписаний, если они понимают, что и зачем они делают.

Клинические условия

Каким должно быть оптимальное место для клиники поведенческой медицины сна? Ответить на этот вопрос непросто. Идеальным во многих отношениях местом для этой цели является центр нарушений сна. Такой выбор допускает междисциплинарный подход к диагностике и лечению

и может соответствовать ожиданиям пациента по поводу самого расстройства и места его лечения. Клиники, расположенные в других местах, могут извлечь немалую выгоду из формального присоединения к центру нарушений сна, поскольку это даст одному клиницисту возможность общения с другими специалистами по медицине сна (пульмонологами, нейрологами, отоларингологами и прочими), а также укрепит доверие к самостоятельной клинике. Содружество со специализированным центром, в свою очередь, укрепит в пациенте представление, что клиницист разбирается в нарушениях сна и может содействовать пациенту в соблюдении режима КПТБ. Клиники, не объединенные с центрами расстройств сна, могут заострить внимание на своих полномочиях и умерить беспокойство пациентов по поводу доступа к знающим специалистам. Один из конкретных способов решить эту задачу — указать в брошюре характер специализации клиники и послужной список ее медицинского персонала. Пример такой брошюры приведен в приложении 2 к книге.

Кабинет клинициста

Несмотря на то, что большинству клиницистов, знакомых с КПТ, известно, что обстановка их кабинета требует определенных "атрибутов профессии", начинающим стоит обратить внимание на потребность в некотором инвентаре. В частности, для лечения потребуется отдельный от рабочего стола клинициста стол, маркерная доска, а, возможно, кресло с откидной спинкой для обучения пациентов релаксации. Стол служит общим пространством, где пациент и клиницист могут сотрудничать. Третий стул для стола может пригодиться на тот случай, если вместе с пациентом на прием будет приглашен его супруг, партнер или близкий ему человек. А маркерная доска послужит клиницисту местом, где ему потребуется наглядно представить свои взгляды (например, нарисовать модель бессонницы по Шпильману, изобразить архитектуру сна с помощью гипнограммы и т.д.).

Клиническая карта

Независимо от вида практики клиническая карта, в общем, служит двум целям. Во-первых, для документирования истории болезни пациента

(прошлых и настоящих его диагнозов) и составления плана лечения. А, во-вторых, для предоставления обязательной документации, необходимой для возмещения затрат третьему лицу, решения юридических вопросов и т.д. Можно привести доводы в пользу того, что для целей лечения бессонницы методами КПТ клиническая карта имеет еще одну, третью и более важную функцию. Она служит в качестве источника данных для проведения терапии (содержит графики, иллюстрирующие реакцию на лечение), оценивания программы лечения, а также исследования последовательного ряда клинических случаев. Что касается первого положения, то следует подчеркнуть, что графики, наглядно показывающие прогресс пациента во времени, приносят существенную клиническую пользу не только клиницисту, но и пациенту. Клиницисту графики, отображающие еженедельные средние величины каждого показателя непрерывности сна, получаемого на основании дневника сна (латентный период сна, продолжительность бодрствования после засыпания, общее время и эффективность сна), дают возможность одним взглядом оценить, продвигается ли терапия к намеченной цели. Подобные сведения позволяют сделать терапию эмпирически обоснованной и в этом отношении предоставляют средства, в меньшей степени зависящие от содержания заметок о достигнутом прогрессе. А пациенту такие графики могут служить хорошим промежуточным подкреплением (свидетельством о продвижении вперед к намеченной цели лечения). Примеры графиков лечения, наглядно показывающих ход терапии, приведены в приложении 3 к книге.

Клиническое оценивание

Подобно большинству норм клинической практики, КПТБ, по существу, проводится в две стадии: оценивания и лечения. Как и большая часть норм когнитивно-поведенческой практики, процесс первоначального оценивания содержит ретроспективную и проспективную составляющую. В частности, ретроспективная составляющая включает в себя ведение опросников и первоначальное собеседование. А проспективная составляющая требует, чтобы пациенты вели дневники сна, ежедневно записывая в них свои симптомы в течение одной–двух недель. Подробнее о клиническом собеседовании и речь пойдет в главе 4, посвященной посеансовой терапии.

Ретроспективные показатели

Существует, безусловно, бесчисленный ряд опросников, которые можно вести для сбора подходящих сведений. В целях клинической практики необходимо умело использовать время контакта с пациентом, не обременяя его, но все же получая всесторонний профиль состояния его здоровья. Несмотря на то, что стандартный набор инструментов отличается в зависимости от клиники, имеется десяток опросников, которые обычно ведутся в большинстве клиник. Такие опросники позволяют добыть как минимум сведения о самом пациенте и его семье, состоянии его здоровья и настроении, а также о профиле нарушения сна. В табл. 3.2 перечислены инструменты, с помощью которых можно произвести приемлемое ретроспективное оценивание пациента. Применяя эти инструменты в определенном сочетании, клиницист может не только создать подходящий клинический профиль пациента, но и получить свидетельства, необходимые для того, чтобы решить, следует ли отнестись к недугу пациента как к не диагностированному, неустойчивому или психиатрическому заболеванию. Ретроспективные опросники предоставляют также клиницисту сведения о глобальных свойствах, приписываемых состоянию сна и здоровья пациента. В приложении 4 к книге приведены следующие примеры типичных "доморощенных" опросников, т.е. созданных в клинике по мере надобности: "Опросник истории болезни", "Опросник медицинских симптомов", "Опросник симптомов нарушений сна", "Опросник окружения сна", а также "Индекс мотивации для перемен".

Таблица 3.2. Полезные опросники для первоначального оценивания

Наименование инструмента	Мера общих сведений	Первоисточники
Опросник общих сведений	***	
Опросник истории болезни	***	
Опросник медицинских симптомов	***	
Опросник симптомов нарушений сна	***	

Продолжение табл. 3.2

Наименование инструмента	Мера общих сведений	Первоисточники
	Психиатрические инструменты	
Шкала депрессии Бека[1]	Глобальная степень тяжести депрессии	Ambrosini et al., 1991 [84] Bumberry et al., 1978 [85] Robinson et al., 1996 [86] Schotte et al., 1997 [87]
Шкала тревоги Бека[2] (альтернатива шкале тревоги Спилберга — STAI)	Глобальная степень тяжести тревоги	de Beurs et al., 1997 [88] Osman et al., 1997 [89]
	Общие сведения о состоянии здоровья и болях	
Опросник состояния здоровья, форма SF-36	Профиль состояния здоровья для измерения качества жизни Подшкала факторов для оценивания: 1. Физического функционирования 2. Социального функционирования 3. Ограничения роли из-за физических симптомов 4. Ограничения роли из-за эмоциональных расстройств 5. Психического здоровья 6. Энергичности и живучести 7. Болей 8. Общего самочувствия	Ware et al., 1992 [90] McHorney et al., 1994 [91] Brazier et al., 1992 [92]

Продолжение табл. 3.2

Наименование инструмента	Мера общих сведений	Первоисточники
Многомерный опросник для оценивания боли[3]	Всестороннее оценивание субъективного переживания боли Подшкала факторов для оценивания: 1. Степени тяжести боли 2. Вмешательства 3. Контролирования жизни 4. Эмоционального расстройства 5. Социальной поддержки 6. Уровня общей деятельности	Kerns et al.,1985 [93] Turk & Rudy, 1988 [94]
Инструменты для оценивания сна и усталости		
Питтсбургский индекс качества сна[4]	Глобальная степень тяжести нарушения сна Подшкала факторов для оценивания: 1. Субъективного качества сна 2. Латентного периода сна 3. Продолжительности сна 4. Обычной эффективности сна 5. Нарушений сна 6. Употребления снотворного 7. Функциональных нарушений в дневное время суток	Buysse et al., 1989 [95]

Окончание табл. 3.2

Наименование инструмента	Мера общих сведений	Первоисточники
Индекс степени тяжести бессонницы[5]	Простой глобальный показатель степени тяжести заболевания	Morin et al. 2001 [96]
Шкала сонливости Эпворта из "Опросника окружения сна"[6]	Показатель сонливости в дневное время суток	Johns, 1994 [97]
Многомерный опросник для оценивания усталости[7]	Глобальное оценивание степени усталости	Smets et al., 1995 [98]

1. The Beck Depression Inventory (BDI)
2. Beck Anxiety Inventory
3. The Multidimensional Pain (MPI)
4. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
5. The Insomnia Severity Index (ISI)
6. Sleep Environment Checklist Epworth Sleepiness Scale (ESS)
7. Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)

Проспективные показатели

Основным инструментом для проспективного оценивания служит дневник сна. Она дает клиницисту следующие возможности:

1. Оценивать степень тяжести бессонницы изо дня в день.
2. Выявлять поведение, поддерживающее бессонницу.
3. Определять степень нарушения суточного ритма.
4. Собирать сведения, необходимые для измерения показателей и направления хода терапии.

Для оценивания с помощью дневников сна требуется, чтобы пациенты вели ежедневные записи на протяжении 1–2 недель, что позволит отобрать образцы представляющего интерес поведения в течение данного периода времени. Как и ретроспективные показатели непрерывности

сна (например, Питтсбургский индекс качества сна (PSQI) или Индекс степени тяжести бессонницы (ISI)), для ведения дневников сна также требуется, чтобы пациенты давали свои оценки по таким показателям, как время, требующееся для засыпания, продолжительность бодрствования после пробуждения ночью и т.д. Из записей в дневниках сна могут быть получены все традиционные переменные параметры непрерывности сна, в том числе латентный период сна (ЛПС), частота ночных пробуждений (ЧНП), продолжительность бодрствования после засыпания (ПБПЗ), а также общее время сна (ОВС). Кроме того, отобранные данные могут быть использованы для отслеживания трех дополнительных параметров и выведения еще одного производного показателя.

Таким производным показателем является эффективность сна в процентах (ЭС%). Этот переменный параметр определяет долю *времени в постели* (ВП) от *общего времени сна* (ОВС) в процентах по следующей формуле: (ОВС/ВП)×100. С помощью этого единственного показателя клиницист может, во-первых, оценить, до какой степени непрерывность сна не соответствует способности сна, а, во-вторых, результаты лечения. Следует, однако, иметь в виду, что данный показатель может быть получен и с помощью ретроспективных инструментов, но чаще всего он вычисляется, если имеются данные из дневника сна.

Отслеживать следует такие предписываемые переменные параметры непрерывности сна: предписанное время ложиться в постель (ПВЛП), предписанное время подъема с постели (ПВПП), а также время, проводимое вне постели ночью, т.е. в течение периода времени, отводимого для сна. По этим показателям можно оценить исполнительность пациента в отношении соблюдения им режима лечения.

На момент написания книги не существовало отраслевого стандарта на дневники сна и бодрствования. В качестве примера в приложениях к книге приведены два таких дневника. Один из них заполняется по одной странице в неделю, а другой — по одной странице каждый день (см. приложения 5 и 6). Несмотря на то, что в обоих дневниках сна записываются данные за 7 дней, у этих двух форм ведения дневника сна имеются разные достоинства и недостатки. В частности, преимущество дневника сна, заполняемого по одной странице в неделю, заключается в краткости, компактности и простоте применения, как пациентом, так и клиницистом. Простота применения может также усилить согласованность

усилий, направленных на получение проспективных данных. А недостаток такой формы ведения дневника сна состоит в том, что пациент может с большей вероятностью пользоваться предыдущими записями в качестве ориентира или руководства для составления новых записей. Например, пациент может заметить, что за последние несколько дней он отмечал 5-минутные латентные периоды сна, и откорректировать свою новую оценку относительно этих данных. Преимущество дневника сна, заполняемого по одной странице каждый день, заключается в том, что он дает больше места для дополнительных показателей и меньше отпугивает пациентов, поскольку он по своей форме похож на традиционный дневник. А недостаток такой формы ведения дневника сна заключается в том, что пациенту будет нелегко вести подобный дневник семь дней в неделю, и его содержание труднее просмотреть на сеансе терапии.

Главное отличие ретроспективного измерения непрерывности сна от проспективного ее измерения состоит в том, что оценка, полученная из дневника сна по ночам, относится лишь к одному моменту времени (последней ночью), а следовательно, она не требует от пациента разбираться в понятии среднего показателя или побуждать его пользоваться эвристикой для формирования и передачи впечатлений, касающихся качества и количества его сна.

Основная ценность получения оценок сна по ночам с помощью дневников сна состоит в том, что клиницист или исследователь может, во-первых, сделать приемлемую выборку для вычисления показателей основной тенденции и их изменчивости от одной ночи к другой, а, во-вторых, произвести анализ последствий. Что касается последнего, то специалисты в области поведенческой медицины сна нередко отбирают стандартный набор поведения, чтобы выяснить, связаны ли традиционные факторы с частотой появления и степенью тяжести симптомов бессонницы. Например, дремлет ли пациент днем? Продлевается ли надежно латентный период сна в те дни, когда пациент дремлет днем? Ковариация этих показателей подскажет психотерапевту, что поведение пациента, когда он дремлет днем, следует видоизменить или вообще исключить. Многие поведенческие последствия в отношении бессонницы были хорошо описаны (например, недостаточно адаптивные стили поведения, направленные на расширение возможности сна, короткий сон днем, употребление кофеина и алкоголя в качестве успокоительного

средства и т.д.), и поэтому иногда они не включаются в дневники сна и не измеряются с их помощью. Тем не менее, проспективное измерение позволяет задействовать всеобъемлющий анализ последствий по мере появления такой необходимости.

Следует, однако, иметь в виду, что с появлением Интернета, мобильной связи, карманных персональных компьютеров и смартфонов бумажные версии дневников сна, вероятнее всего, отойдут в прошлое. Новейшие технологии сулят в этом отношении немало выгод, включая следующие:

- Психотерапевт может отслеживать сделанные записи по датам и отметкам времени.
- Пациентам может быть предложено заполнять соответствующие формы в промежутках между сеансами терапии.
- Никаких вспомогательных записей данных не требуется.
- Данными можно без особого труда манипулировать и отображать их.
- Показатели исполнения (например, при проверках на время реакции) могут быть внедрены в процесс оценивания.

Роль полисомнографии

Полисомнография (ПСГ) позволяет сделать объективным измерение показателей сна, дает отличное временное (от одного момента времени к другому) разрешение, непосредственные и количественные показатели мозговой и соматической деятельности во время сна, а также возможность разрешать те подсостояния (т.е. архитектуру сна), которые не очевидны из других измерений. В сочетании с электрофизиологическими измерениями (например, электрокардиограммами, замерами потока воздуха через нос и горло и т.д.) такая методология проложила путь к первым наблюдениям медицинских нарушений, происходящих во время сна (например, синдрома остановки дыхания во сне, периодических движений ног во сне и т.д.). Режим оценивания методом ПСГ соответственно стал “золотым стандартом” для исследований сна, а также неврологической и легочной медицины сна. И хотя полисомнография не считается составной частью непосредственной практики поведенческой медицины сна, специалистам в данной области требуется все же знать о таком методе измерения, чтобы выгодно пользоваться получаемыми

с его помощью данными, когда они имеются, и лучше взаимодействовать с другими специалистам в той же самой области медицины сна.

Главное преимущество ПСГ над самостоятельным оцениванием и актиграфией (см. ниже) заключается в том, что при таком измерении обнаруживается, что сон не является однозначным состоянием. Это означает, что сон — это не такое состояние, в котором можно либо находиться, либо не находиться. Любопытно, что даже самоанализ приводит к такому выводу. Очевидно, что имеется неглубокий и глубокий сон, сон со сновидениями и без сновидений. И одно только это предполагает от двух до четырех стадий или состояний сна. С появлением полисомнографии было обнаружено, что подобные впечатления действительно коренятся в чем-то таком, что можно объективно измерить.

В том виде, в каком ПСГ применяется для определения состояний сознания, состоит из трех измерений: электроэнцефалографии (ЭЭГ), электромиографии (ЭМГ) и электроокулографии (ЭОГ). И хотя каждое из этих измерений основывается на разных потенциалах источника тока, в них выгодно используется возможность измерять электрические токи, естественно протекающие в кожном покрове черепа, мышцах и глазах человека. Эти токи можно представить в виде непрерывного графика, вычерчиваемого во времени. Такие графики дают момент за моментом представление о деятельности головного мозга, моторной деятельности и движениях глаз. Объединяя эти графики, можно выявить и выделить не менее пяти стадий сна: 1-ю–4-ю стадии, а также стадию быстрого сна, т.е. сна с быстрым движением глаз (БДГ — REM).

В настоящее время не принято считать, что пациенты, страдающие первичной бессонницей, проявляют архитектурные аномалии, хронически относящиеся ко сну (аномальные пропорции одной или больше стадий сна), или разновидность сердечно-легочных аномалий, наблюдаемых методом ПСГ и причисляемых к другим видам внутренних нарушений сна (например, к синдрому остановки дыхания во сне или периодическому движению конечностей во сне).

Следовательно, ПСГ не показана в настоящее время для оценивания первичной или вторичной бессонницы. Но если пациент не поддается КПТБ или фармакологическому лечению, то ПСГ в период последующего клинического наблюдения обычно оказывается вполне обоснованной, а сама процедура может выявить скрытые нарушения (внутренние

нарушения сна, типичные признаки и симптомы которых отсутствуют при клиническом собеседовании). Так, если считать жалобы пациента на сон, не восстанавливающий его силы, синонимом (или примером) бессонницы, то ПСГ может выявить исходную патологию, называемую "альфа-дельта-сном" или просто "альфа-сном".

Роль актиграфии

Актиграфия позволяет объективно оценить параметры непрерывности сна. При такой методологии обнаружение движений и подсчет активности используется для оценивания состояния сна или бодрствования пациента. Само актиграфическое устройство (актиграф) напоминает наручные часы, а его выходные данные можно подытожить графически в виде подсчетов активности во времени или количественно. Вид актиграфа и пример его итогового отчета приведен на рис. 3.2.

Несмотря на то, что алгоритмы, применяемые для определения подобных показателей, довольно сложны, они действуют по следующему общему принципу: когда субъект двигается, он просыпается, а когда субъект неподвижен, он спит. Актиграфическое устройство формирует данные ежеминутно, что в итоге позволяет рассчитать обычный набор переменных параметров непрерывности сна. Сильные стороны такой стратегии проспективного измерения состоят, главным образом, в следующем:

1. Позволяет оценивать непрерывность сна, исключая самооценку или предвзятость наблюдателя.
2. Требует минимального соблюдения правил от пациента.
3. Имеет отличное временное разрешение, позволяя обнаруживать короткие периоды бодрствования продолжительностью 30 секунд.
4. Допускает непрерывное оценивание в течение периодов до 60 дней.
5. В сочетании с данными из дневника сна помогает выявить ошибочное восприятие состояния сна (условие, при котором пациенты кажутся по объективным показателям спящими, но на самом деле они не воспринимают себя спящими).
6. Может помочь пациенту более правдиво отмечать непрерывность своего сна в дневнике.

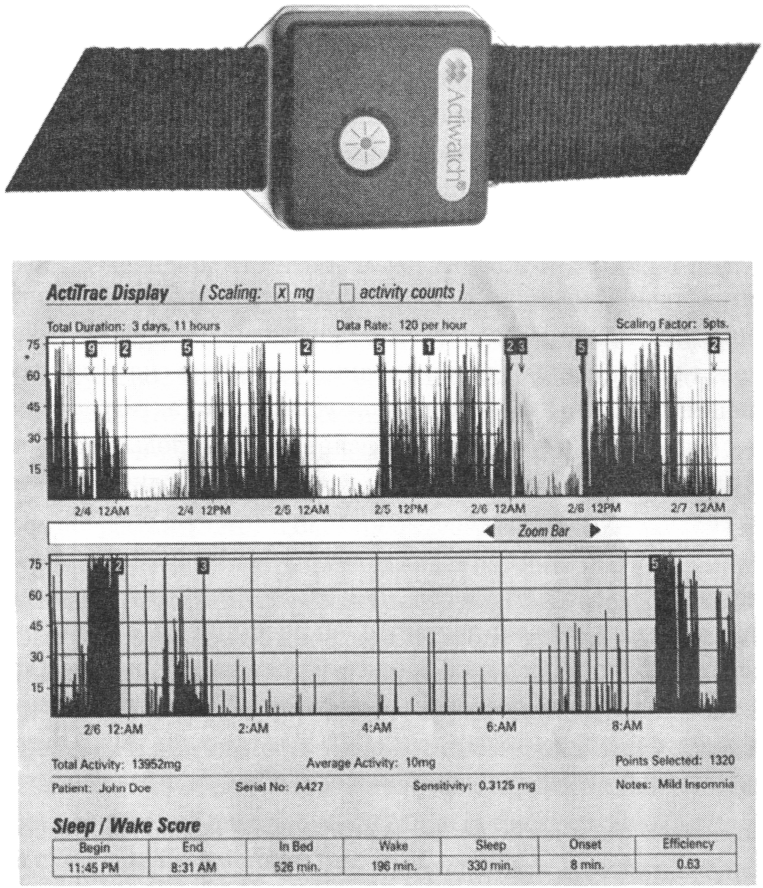


Рис. 3.2. Актиграфы (фото компании Mini Mitter Co.)

7. Может обеспечить меры для соблюдения предписанных особенностей терапии (запрет на короткий сон днем, отход ко сну и пробуждение ото сна по установленному графику).

До настоящего времени (на момент написания книги) актиграфия не считалась стандартной процедурой для первоначального оценивания, определения степени соблюдения назначенного режима лечения или оценивания изменений в терапии. И это достойно сожаления, поскольку данная стратегия измерения может дать немало полезных сведений в каждой из этих областей оценивания. На стадии оценивания актиграфия

может применяться для выявления нарушений суточного ритма (например, сдвигов фаз, свободно текущих ритмов и т.д.), а также пациентов, в значительной степени ошибочно воспринимающих состояние сна (теперь это называется парадоксальной бессонницей). И хотя это последнее применение актиграфии еще предстоит проверить, т.е. сравнить сочетание дневников сна с актиграфией, дающее показатели ошибочного восприятия состояния сна, с показателями, выводимыми из дневников сна и полисомнографии, нам кажется, что сочетание дневников сна с актиграфией может послужить клиницисту средством для предупреждения о том, что ошибочное восприятие состояния сна является важной составляющей клинического профиля пациента. И если это именно так, то можно ожидать, что в отсутствие эмпирических данных по данному вопросу такой пациент может в меньшей степени поддаваться стандартному лечению.

На стадии лечения актиграфию можно применять для объективного оценивания достижений в непрерывности сна и степени приверженности пациента режиму лечения. Что касается последнего, то актиграфию можно применять для документального оформления соблюдения пациентом предписанной задержки фазы отхода ко сну с запретом спать днем и предписаниями вставать с постели, во-первых, после пробуждения ночью (контроль над стимулами), а, во-вторых, в назначенное время утром.

Для целей данного практического руководства по лечению бессонницы мы допустим, что подобные актиграфические устройства доступны лишь ограниченно, а следовательно, они применяются для оценивания ошибочного восприятия пациентом состояния сна и приверженности пациента режиму лечения (в тех случаях, когда подобное оценивание обосновано), а также для тех пациентов, которые не в состоянии вести дневник сна.

Первый контакт с пациентом

Пациенты по-разному находят или обращаются к службам поведенческой медицины сна. Одни пациенты могут сами обращаться к подобным службам, другие — отбираться из клинических исследований, третьи — направляться из местных центров нарушений сна, а еще

одни — направляться поставщиком медицинских услуг (например, медицинским учреждением или лечащим врачом). Первый контакт с пациентом чаще всего происходит через секретарский персонал или автоответчик. На этом уровне в некоторых клиниках может быть проведен поверхностный осмотр, чтобы убедиться, подходит ли пациент для лечения. А с другой стороны, первый контакт может ограничиваться получением адреса и отправкой брошюры потенциальному пациенту. Преимущество последней стратегии заключается в том, что пациенты, предвзято относящиеся к своему диагнозу и лечению, получают возможность привыкнуть к мысли о "поведенческой службе".

Некоторые службы могут пользоваться Интернетом для предоставления или получения предварительных сведений. Такая форма обладает тем преимуществом, что через Интернет могут быть получены некоторые или все ретроспективные опросники. Но зачастую основная ценность такого интернет-портала состоит в исследовательских протоколах, которые требуются для обследования пациентов, в отличие от клинических служб, которые могут представить лучшие услуги при личном контакте. В настоящее время разработаны веб-ориентированные инструменты для обследования пациентов. Примеры таких инструментов можно найти в Интернете.

ГЛАВА 4
Посеансовая КПТБ

В этой главе КПТБ описывается последовательно от одного сеанса терапии к другому.

Первый сеанс: предварительное оценивание (60–120 минут)

Задачи

Представиться пациенту
Заполнить опросники
Провести клиническое собеседование
Выяснить, подходит ли пациент для КПТБ
Определить другие варианты лечения
Представить общий обзор вариантов лечения
Сориентировать пациента на ведение дневника сна (и актиграф)
Ответить на вопросы пациента и преодолеть его сопротивление
Установить повестку дня на неделю

Основные цели этого сеанса терапии

1. Выяснить, является ли расстройство у пациента неустойчивым или недиагностируемым, медицинским или психическим.
2. Определить, спровоцирована ли бессонница, поддерживается ли она употреблением или же злоупотреблением соответствующих веществ или же она является результатом нарушения сердечной деятельности, вызванного препаратами сопутствующей терапии.
3. Установить, что КПТБ показана.
4. Описать метод терапии, его эффективность и дать общий обзор программы лечения.

5. Решить вместе с пациентом, стоит ли теперь тратить время и силы на лечение.
6. Определить для пациентов, употребляющих лекарства, продаваемые без рецепта или предписанные снотворные лекарства, желают ли они прекратить употребление подобных препаратов, и объяснить им возможные стратегии.
7. Сориентировать пациента на процесс ведения дневника сна. Если применяются актиграфы, сориентировать пациента на применение актиграфа. Пояснить ему, почему применяются оба эти инструмента измерения состояния его сна и бодрствования.
8. Пояснить пациенту, зачем нужны исходные данные. Побудить пациента ни в коем случае не менять свой привычный режим или привычки.

Представиться пациенту

Каким бы нелепым ни показалась необходимость ввести первый контакт с пациентом в перечень неотложных задач, такой контакт состоит из последовательного ряда моментов, в течение которых пациенту, вероятнее всего, придется решать, насколько клиницист соответствует своей профессии. И хотя можно лишь гадать, какие именно факторы определяют такое решение, нам кажется, клиницист должен относиться к пациенту дружественно, тепло, а, может быть, даже непринужденно, но сразу же взять инициативу в свои руки, предъявив свои полномочия и установив повестку дня на сеанс терапии. В приведенном ниже диалоге приведен соответствующий тому пример.

Диалог №2. Психотерапевт представляется пациенту

Психотерапевт: Здравствуйте, мистер Джонс. Меня зовут доктор Смит. Я старший клиницист в данной службе и буду работать с вами сегодня, чтобы оценить степень нарушения у вас сна. В ходе сегодняшнего приема мы приступим к процессу выяснения, насколько бессонница у вас соответствует вашему представлению о ней и насколько наша служба вам подходит. С этой целью вам придется заполнить несколько опросников.... Мы просмотрим их вместе, а затем выясним последующие шаги.

Как правило, далее потребуется, чтобы мы встретились на еще одном сеансе терапии, а между тем мне и вам придется собрать дополнительные сведения. Со своей стороны я свяжусь с вашим лечащим врачом (и/или психиатром), чтобы ничего не упустить...., и мне потребуется немного времени, чтобы сформулировать наилучший план лечения для вас. А от вас требуется помочь нам более полно охарактеризовать вашу бессонницу, используя дневник сна (и актиграф). Мы еще поговорим об этом в конце сеанса терапии, а также о причинах, по которым требуются подобные сведения.

Итак, приступим к работе над этими исходными опросниками. Если у вас есть какие-нибудь вопросы, не стесняйтесь их задавать. Имейте заранее в виду, что в некоторых опросниках задаются вопросы, носящие несколько личный характер. Очень важно, чтобы вы ответили на них как можно более откровенно. Заполнив каждый опросник, пожалуйста, передайте его мне, чтобы я мог просмотреть ваши ответы.

Заполнить опросники установить индекс степени тяжести бессонницы

В клинических условиях можно предложить пациенту заполнить ряд опросников дома или в приемной. Если персонал клиники предоставляет пациенту материалы в приемной, то предоставляющий их должен непременно объяснить ему назначение "набора" опросников. А если опросники заполняются дома (на бумаге или на персональном компьютере), то все необходимые сведения по данному вопросу должны быть предоставлены в сопроводительном письме.

Преимущество заполнения опросников дома заключается в том, что пациент может выполнить это задание в удобных для себя домашних условиях, поработать с этими документами неспешно и собрать все необходимые сведения перед посещением клиники. А недостаток заполнения опросников дома заключается в том, что пациент не сможет задать вопросы по заполняемым материалам и/или может с меньшим вниманием отнестись к этому заданию, если его будет что-нибудь отвлекать дома. В данном руководстве предполагается, что работа с документами организуется и выполняется в клинике и в присутствии лечащего клинициста.

Провести клиническое собеседование и выяснить, подходит ли пациент для КПТБ

Как отмечалось выше, в предлагаемой нами программе лечения клиницист просматривается материал по мере заполнения пациентом каждого опросника в качестве инструмента терапии. Это дает клиницисту возможность отметить те пункты, которым следует уделить центральное место в собеседовании с пациентом. В самом прямом смысле центральные вопросы собеседования касаются определения, соответствует ли пациент критериям включения или исключения из терапии. При проведении клинических исследований несоответствие критериям включения или исключения вынудит пациента обращаться в какое-нибудь другое место для лечения. А в клинической практике труднее определить, лечить или не лечить пациента.

В последующих разделах, посвященных показаниям и противопоказаниям для КПТБ, описывается принятый нами практический, хотя и нетрадиционный подход. Вместо того чтобы выяснять на основании диагноза, показано ли пациенту лечение, мы предоставляем для этой цели концептуальную схему или алгоритм, как показано на рис. 4.1. По этому алгоритму можно определить, во-первых, проявляются ли у пациента факторы, на которые нацелена КПТБ, а, во-вторых, противопоказана ли КПТБ из-за наличия искажающих факторов.

Показания для КПТБ

Самый простой метод состоит в том, чтобы, прежде всего, установить, может ли КПТБ быть показана. Это можно сделать, установив перечисленные ниже мерила.

- *Имеются ли у пациента существенные нарушения непрерывности сна, так называемые нарушения начала и поддержания сна (НИПС — DIMS)*?

  Требуется ли пациенту 30 или больше минут, чтобы заснуть?

  Бодрствует ли пациент 30 или больше минут в течение ночи?

  Случаются ли эти нарушения регулярно на протяжении недели (три или больше ночей в неделю)?

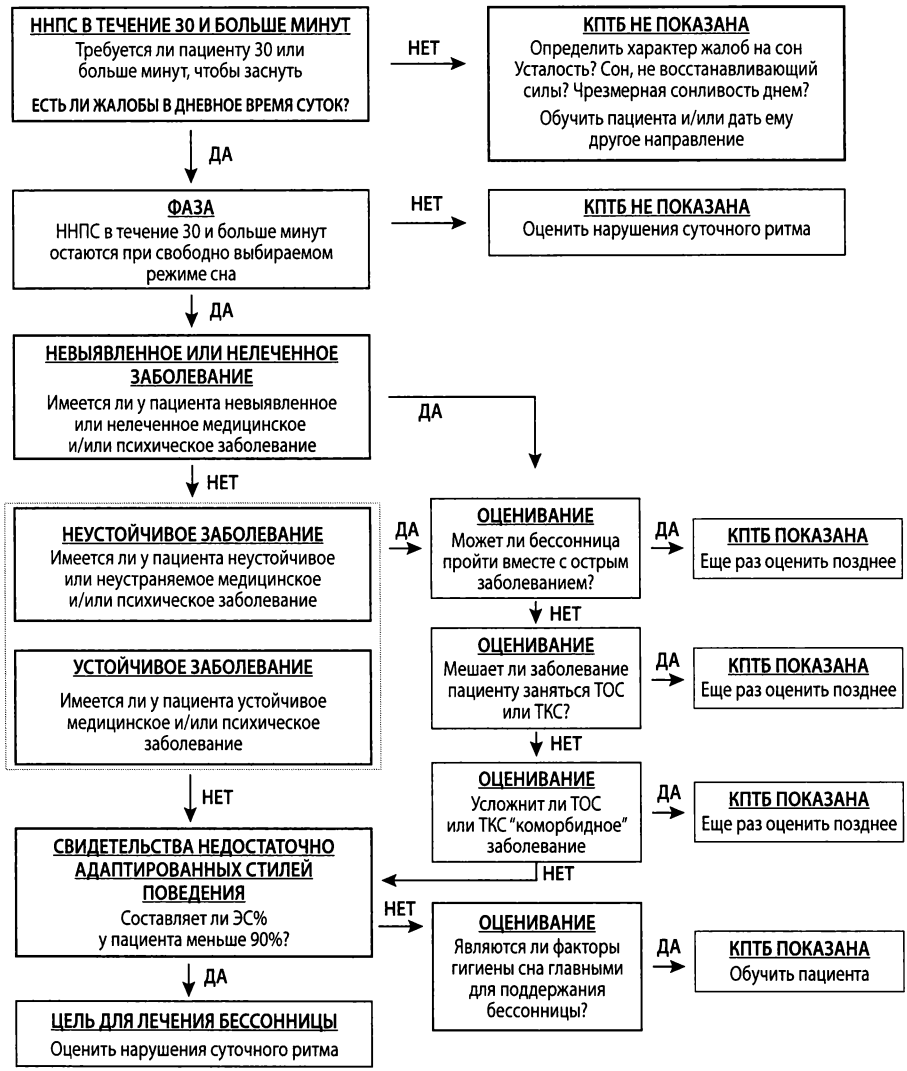


Рис. 4.1. Алгоритм оценивания: показана ли КПТБ пациенту?

Точность соблюдения правила "30 минут" зависит, главным образом, от контекста терапии. В исследовательских протоколах данное правило может соблюдаться строго, а на практике имеются самые разные соображения по поводу того, может ли пациент не удовлетворять критериям степени тяжести бессонницы. И все же КПБ может быть ему показана.

Величины, составляющие меньше 30 минут и/или измеряемые менее 3 дней в неделю (например, с помощью "доморощенного" в клинике инструмента исследования сна, опросника PSQI и/или индекса ISI; см. табл. 3.2), позволяют допустить, что основные беспокойства у пациента связаны с трудностями, которые вызывает не восстанавливающий силы или отрывистый сон. Такой профиль обычно предполагает возможность внутреннего нарушения сна, а не бессонницы, и поэтому направление пациента на полисомнографию (ПСГ) может быть вполне обоснованным. Хотя так бывает далеко не всегда. Например, нередко бывает так, что у пациента, уже прошедшего исследование сна методом ПСГ, обнаружены признаки не восстанавливающего силы или отрывистого сна, что нельзя приписывать нарушению дыхания во сне или другим органическим нарушениям сна. Такой пациент может извлечь выгоду из терапии ограничения сна, несмотря на то, что он не удовлетворяет традиционным критериям степени тяжести бессонницы. Данный пример лишь подчеркивает необходимость многопрофильной оценки и важность периодического оценивания пациентов.

Безотносительно к критериям степени тяжести бессонницы, для устранения нарушений непрерывности сна, происходящих в течение *менее* 3 дней в неделю, КПТБ может потребоваться, а может и не потребоваться. Но, безусловно, вполне обоснованным можно считать проведение анализа последствий, чтобы выяснить, обусловливают ли ситуационные факторы появление трудностей при засыпании и поддержании сна.

- *Сообщает ли пациент о нарушении нормального функционирования в дневное время суток из-за своей бессонницы?*

Оценить функциональные нарушения зачастую оказывается нелегко. Многие пациенты, страдающие продолжительной бессонницей, научились преодолевать ее последствия. Именно в этом случае пациент перед лицом значительных нарушений непрерывности сна может фактически отрицать, что он страдает от их последствий в дневное время суток. В подобных случаях полезно продолжить исследование дальше. Вместо того чтобы спрашивать о недостатках, полезно спросить пациента о тех сторонах его жизни и функционирования, которые улучшились бы, если бы нарушение сна внезапно прошло.

Функциональные нарушения в дневное время суток оцениваются таким образом, чтобы выяснить, является ли пациент естественно короткоспящим, а бессонница, очевидно, наступает у него из-за несоответствия режима сна потребности во сне. Другая возможность касается отсутствия жалоб в дневное время суток и состоит в том, что потребность пациента в сне сокращается по причинам медицинского и/или психического характера. Как и в предыдущем случае, для этого придется провести дальнейшую оценочную и диагностическую работу.

- *Имеются ли свидетельства, что бессонница поддерживается поведенческими факторами?*

Задавая односложные вопросы в анкетах или прямые вопросы на собеседовании, можно выявить поддерживающие или поведенческие факторы (компенсаторные стратегии). Относительно полный перечень поддерживающих факторов и компенсаторных стратегий приведен в табл. 4.1.

Таблица 4.1. Факторы, закрепляющие бессонницу

Компенсаторная стратегия	Воздействие на сон
Расширение возможности спать	
Ложиться спать раньше	Угнетает "гомеостат сна", приводя к бессоннице и неглубокому сну. Возможно нарушение суточного ритма, иначе называемого циркадным ритмом
Спать подольше и вставать ото сна позже	Угнетает "гомеостат сна". Возможно нарушение суточного ритма
Короткий сон днем	Угнетает "гомеостат сна"
Меры против усталости	
Больше или несвоевременно употреблять стимулирующие средства	Увеличивает состояния возбуждения, мешающие спать
Избегать физической активности или уменьшить ее	Может угнетать "гомеостат сна" и вызвать обусловленное возбуждение, если увеличить время лежания в постели или пребывания в спальне

Окончание табл. 4.1

Компенсаторная стратегия	Воздействие на сон
Ритуалы и стратегии	
Разнообразить не связанное со сном поведение в спальне ради того, чтобы "убить время"	Способствует недостаточному контролю над стимулами
Спать где-нибудь еще, кроме спальни	Способствует недостаточному контролю над стимулами
Участвовать в "ритуалах", которые, как считается, содействуют сну (употреблять специальные травы, чаи и проч.)	Способствует зависимости от поведения и тревоги по поводу ожидания в их отсутствие
Избегать поведения, которое, как считается, подавляет сон (например, секса, выхода на улицу ближе ко времени сна и т.д.)	Способствует тревоге по поводу ожидания при таком поведении
Стратегии самолечения (успокоение лекарствами, седация)	
Увеличить принимаемую дозу алкоголя каждый вечер перед сном	Подавляет быстрый сон и возобновляет отрывистый сон, а также пробуждение рано утром. Снижает уверенность в своих силах касательно сна
Употреблять марихуану	Воздействие на сон неясно; прекращение или отказ от употребления может усугубить бессонницу. Снижает уверенность в своих силах касательно сна
Злоупотреблять успокоительными средствами в жевательных таблетках (антигистаминными препаратами)	Увеличивает психологическую зависимость от снотворных препаратов. Снижает уверенность в своих силах касательно сна, вызывает синдром похмелья
Употреблять мелатонин в качестве снотворного средства	Может вызвать сдвиг фаз суточного ритма, а следовательно, способствовать бессоннице. Увеличивает психологическую зависимость от снотворных препаратов. Снижает уверенность в своих силах касательно сна. Может вызывать синдром отмены ночью и возобновление бессонницы. Недостаточно регулируется местным законодательством по надзору за медикаментами

К числу наиболее распространенных компенсаторных стратегий, на которые в основном нацелена КПТБ, вероятно, относятся те, что предполагают следующие вопросы: “Если бы бессонница усугубилась, справились бы вы со своей усталостью (или наверстали потерянный сон):

- уложившись спать раньше?
- поспав подольше?
- регулярно дремля днем?”

Каждое такое поведение представляет собой усилие, направленное на расширение возможности спать в условиях потери сна. Какой бы пригодной такая стратегия ни казалась, она все же приводит к нарушению регуляции “гомеостата сна”. Это означает, что если спать подольше или ложиться спать раньше, то можно тем самым возместить предыдущую потерю сна, но в то же время неумышленно повлиять на сокращение времени, проводимого в состоянии бодрствования. Подобное сокращение времени бодрствования означает, что человек оказывается в большей степени пресыщенным сном в следующий раз, когда он ищет возможность поспать. Такое сокращение “потребности в сне” называется *угнетением гомеостата сна*, а его следствием является увеличение вероятности того, что пациенту будет трудно заснуть и/или поддерживать при случае сон после тех дней, когда он возмещал потерю сна.

В долгосрочной перспективе такая форма нарушения регуляции сна сама по себе считается закрепляющей бессонницу. Как отмечалось ранее, такой “эффект” можно определить количественно, используя единственный показатель, отображающий тенденцию к расширению возможности спать в условиях потери сна. Такой показатель называется эффективностью сна в процентах (ЭС%). Так, если эффективность сна оказывается меньше 85%, то между возможностью и способностью спать существует поведенчески поддерживаемое несоответствие. А эффективность сна от 90% и больше может означать, как указано выше, что основные жалобы пациента связаны не столько с бессонницей, сколько с психосоциальными факторами, нарушениями в связи со сном, не восстанавливающим силы, синдромом недостаточного сна или другими нарушениями сна, медицинскими или психическими расстройствами. Следует, однако, иметь в виду, что малая эффективность сна может наблюдаться

у некоторых пациентов без расширения возможности спать. И хотя такая особенность обычно характерна для острой бессонницы или разновидностей вторичной бессонницы по отношению к медицинским или психическими расстройствам или видам бессонницы, связанным с другими внутренними нарушениями сна, страдающие такими разновидностями "непервичной" бессонницы могут также извлечь выгоду из КПТБ.

Среди рассмотренных выше факторов или клинических соображений заметно отсутствие еще одного фактора. Этот неупомянутый выше фактор относится к хроничности заболевания. И хотя он важен для полного описания клинического расстройства (особенно если предпринимается попытка определить бессонницу в приблизительном соответствии с определением, основанным на диагностических критериях исследования), он все же не столь существенен, если требуется выяснить, показана ли КПТБ. Это означает, что такой фактор может быть уместным, если необходимо выяснить, противопоказана ли КПТБ, как поясняется ниже. Во многих отношениях продолжительность бессонницы у пациента является косвенным показателем истории занятия недостаточно адаптированными компенсаторными стратегиями или же самого обусловленного возбуждения.

Так, если бессонница оказывается хронической, т.е. продолжается больше 1–6 месяцев, то, вероятнее всего, во-первых, пациент занимается одной из компенсаторных стратегий, на которые нацелена КПТБ, а, во-вторых, прошло достаточно времени, чтобы считать теперь бессонницу обусловленным явлением. Это означает, что повторяющееся сочетание связанных со сном стимулов вместе с бодрствованием и возбуждением считается производящим такую форму возбуждения, которая является обусловленной, когнитивной, соматической или образуемой центральной нервной системой [55; 56] и сохраняется независимо от первоначальных провоцирующих или закрепляющих факторов (недостаточно адаптированных компенсаторных стратегий).

Если же бессонница оказывается преходящей, т.е. продолжается меньше 1–6 месяцев, то считается, что она может быть обусловлена провоцирующими факторами. Как отмечается ниже, провоцирующими факторами могут быть острые медицинские заболевания, и эти факторы могут служить противопоказаниями для КПТБ. А с другой стороны, удачно проведенное клиническое собеседование и/или анализ последствий позволяет выявить, что, во-первых, психосоциальные факторы приводят бессонницу

в действие и могут потребовать вмешательства, но, возможно, и не КПТБ, а, во-вторых, пациент недавно начал недавно заниматься компенсаторными стратегиями, которые нарушают хорошую непрерывность сна и соответственно могут идеально подойти для раннего вмешательства.

- *Имеются ли свидетельства, что бессонница поддерживается обусловленным возбуждением?*

Во время клинического собеседования можно получить свидетельства существования обусловленного возбуждения. И зачастую это можно сделать, задав пациенту два стандартны вопроса.

Во-первых, когда пациентов, страдающих хронической бессонницей, просят описать последний час обычного дня, они зачастую сообщают, что находятся в сонном состоянии или засыпают на диване, а когда они отправляются в спальню, то внезапно переходят в состояние бодрствования. И хотя пациент может приписать это состояние слишком быстрой ходьбе или участию в слишком многих ритуалах перед сном, все же считается, что оно представляет вызываемое возбуждение. Его вызывают такие стимулы, как спальня, постель, время отхода ко сну и т.д.

Во-вторых, когда пациентов, страдающих хронической бессонницей, просят описать, как они спят, когда находятся в другой спальне, в путешествии или отъезде, они могут сообщить, что их сон улучшается. Считается, что это происходит потому, что новое окружение сна относительно свободно от обычных стимулов, вызывающих возбуждение. Но такой ориентир может быть менее надежным, поскольку обусловленное возбуждение может и не ограничиваться пределами спальни пациента, а распространяться на действие или время отхода ко сну и т.д. В итоге пациент может спать в новой обстановке так же плохо, как и дома.

- *Служит ли продолжительность сна важным соображением?*

Нет, не служит. Любое сообщение, касающееся общего времени сна (ОВС), имеет значение лишь в том случае, если имеются жалобы на осложнения в дневное время суток. Так, пациент может заявить: “Я сплю только *X* часов ночью, из-за чего я чувствую себя ужасно в течение дня, как будто я недостаточно выспался...”. В таком заявлении важно отметить не столько величину *X*, сколько последствия этой величины. Таким образом, можно утверждать следующее: чтобы знать, показана ли КПТБ, определять показатель ОВС совсем не обязательно. Для этого достаточно знать

о существовании нарушений непрерывности сна и их последствий в дневное время суток. Кроме того, составляющие обычного общего времени сна неизвестны и, как считается, заметно отличаются у разных пациентов.

Противопоказания для КПТБ

Итак, установив, что КПТБ *может быть* показана, на следующем шаге следует рассмотреть критерии исключения и/или выяснить, противопоказана ли КПТБ. Это можно сделать, установив перечисленные ниже мерила.

- *У пациента имеется медицинское или психическое заболевание, которое не выявлено, неустойчиво или может мешать КПТБ.*

Свидетельства тому могут быть собраны из клинических опросников, собеседований и/или непосредственного общения с семейным врачом пациента и/или психиатром. Перечень общих факторов, способствующих или усложняющих лечение бессонницы, приведен в табл. 4.2.

Если становится ясно, что у пациента имеется неустраняемое или неустойчивое заболевание, то клиницист может отложить лечение по одной из трех описанных ниже причин.

Во-первых, есть подозрение, что бессонница может пройти вместе с острым заболеванием или в результате его стабилизации. Если это именно так, то, может быть, стоит проинформировать пациента, что бессонница, вероятнее всего, пройдет. Кроме того, следует проконсультировать пациента, чтобы он не занимался компенсаторными стратегиями, когда испытывает острые приступы бессонницы. Дополнительные сведения о профилактических стратегиях приведены далее в разделе, посвященном предотвращению рецидивов (см. восьмой сеанс терапии).

Во-вторых, есть подозрение, что бессонница не пройдет, но острое заболевание помешает пациенту принять участие или извлечь выгоду из терапии. Пациенту, возможно, не удастся принять участие в терапии потому, что он физически не готов к решению задач ограничения сна или контроля над стимулами (например, пациентам, страдающим острыми заболеваниями, требуется больше спать и находиться в постели, острые травмы мешают им ходить и т.д.). В таком случае пациенту следует сказать, что эффективное лечение бессонницы возможно, но

для достижения максимального результата лечение придется отложить. Возможно, стоит уверить пациента, что ему будет оказана помощь впоследствии и что соответствующие услуги будут доступны ему (по возможности) в срочном порядке.

Таблица 4.2. Общие факторы, способствующие или усложняющие лечение бессонницы

Медицинское заболевание
Травмы головы, гипертиреоидизм, хроническое обструктивное легочное заболевание, астма, гипертония, заболевание коронарной артерии, артрит, фибромиалгия, головные и поясничные боли, судорожные припадки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, диабет, рак, доброкачественный гипертрофированный простатит, менопауза и проч.
Психические заболевания
Глубокая депрессия, генерализированное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, паническое расстройство, биполярное расстройство, деменция (слабоумие), шизофрения
Острые медикаментозные эффекты
Алкоголь, амфетамины, кофеин, резерпин, клонидин, антидепрессанты типа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI), стероиды, леводопа, теофиллин, никотин, нифедипин, бета-агонисты (альбутерол) и проч.
Медикаментозные эффекты с синдромом отмены
Бензодиазепины, барбитураты, алкоголь
Прочие нарушения сна
Синдром обструктивного апноэ (т.е. остановки дыхания) во сне, нарколепсия (повышенная сонливость), ночной миоклонус (т.е. вздрагивание при засыпании), синдром беспокойных ног, расстройство опережения фазы сна, расстройство задержки фазы сна, расстройство ошибочного восприятия состояния сна, расстройство в виде кошмарных сновидений, парасомния и проч.
Ситуационные факторы
Жизненный стресс, потеря родных и близких, незнакомое окружение сна, синдром смены часового пояса (десинхрония), посменная работа

Первоисточник: адаптировано из *Diagnosis of Primary Insomnia and Treatment Options*. Invited Paper to *Comprehensive Therapy* 2000; 26(4); 298–306.

И, в-третьих, есть подозрение, что КПТБ усугубит острое заболевание. Во многих случаях решение отложить лечение будет основываться в большей степени на клинической мудрости, чем убедительной силе эмпирических данных. Например, несмотря на подозрение, что при лихорадочных и/или инфекционных заболеваниях требуется больше спать для восстановления сил, в настоящее время такое решение относится исключительно к области клинической мудрости. Это, тем не менее, означает, что в данном случае было бы мудро соблюсти стандартную практику, отложив на время лечение бессонницы.

В некоторых случаях упомянутые выше соображения приходится не принимать во внимание, поскольку будет иметься явное свидетельство, что КПТБ противопоказана. Для такого решения необходимо быть готовым ответить (или получить консультацию) на следующий вопрос: "Усугубит ли лечение острое заболевание?" Такая возможность очевидна для пациентов, страдающих эпилепсией, биполярными расстройствами, парасомнией, синдромом остановки дыхания во сне или другими заболеваниями, при которых чрезмерная сонливость в дневное время суток проявляется как характерная особенность расстройства у пациента. Потеря сна вследствие его ограничения может снизить порог для судорожных припадков у эпилептических пациентов, спровоцировать манию у пациентов, страдающих биполярным расстройством, усугубить парасомнию, воспрепятствовать надлежащей вентиляции легких у пациентов с синдромом остановки дыхания во сне и/или просто усугубить чрезмерную сонливость днем (ЧСД — EDS) до такой степени, что пациенту будет небезопасно водить автомашину, оперировать механизмами и/или принимать решения, которые должным образом содействуют его личной безопасности и/или благополучию других людей.

Что касается последнего положения, то при наличии ЧДС может быть показана комплексная терапия: КПТБ + содействующие бодрствованию препараты вроде модафинила или метилфенидата. Следует, однако, иметь в виду, что о подобной форме комплексной терапии имеются лишь ограниченные сведения [57]. А из тех сведений, которые все же имеются, можно предположить, что модафинил (по 100 мг каждое утро) можно сочетать с КПТБ, что не является помехой для исхода лечения, умеряя в то же время сонливость в дневное время суток. Дополнительные сведения о данной форме комплексной терапии приведены в [Perlis ML. Smith MT. Orff HJ. Enright

T. Nowakowski S. Jungquist C. Plotkin K. *The Effects of Modafinil and CBT on Sleep Continuity in Patients with Primary Insomnia*. Sleep 2004; 27(4) 715–725].

Представить общий обзор вариантов лечения

Как только станет ясно, что КПТБ показана, пациенту необходимо представить варианты лечения. В клинических условиях, где доступно медикаментозное лечение, клиницисту следует дать общий обзор достоинств и недостатков трех возможных стратегий лечения: КПТБ, медикаментозного лечения снотворными средствами, медикаментозного лечения седативными (успокоительными) антидепрессантами, приняв во внимание историю лечения пациента. Общий обзор вариантов лечения дает пациенту необходимые знания, чтобы принимать обоснованные решения, а также возможность высказать свое мнение по поводу его лечения. В качестве примера ниже приведен диалог психотерапевта с пациентом, не получавшим ранее подобное лечение.

Диалог №3. Представление вариантов лечения

Психотерапевт: В данный момент я думаю, что у меня имеются все необходимые мне сведения. И теперь мне хотелось бы сделать вместе с вами общий обзор вариантов вашего лечения. Как только мы это сделаем и я отвечу на ваши вопросы, я предложу вам отложить лечение на одну неделю, чтобы вы могли выбрать тот его вариант, которому вам хотелось бы последовать, и мы могли бы собрать дополнительные сведения из дневников сна. Но не будем забегать вперед, а уделим время общему обзору вариантов лечения.

Вариант 1. Продолжайте жить, как и прежде, но знайте, что бессонница, вероятнее всего, не является признаком или симптомом чего-то более серьезного. Достоинство такого варианта заключается в том, что вам не придется прямо сейчас заниматься никакой из форм лечения, а недостаток — в том, что маловероятно, чтобы бессонница прошла в данный момент сама собой.

Вариант 2. В сотрудничестве с нашим медицинским персоналом мы можем прописать вам в письменном виде один из нескольких видов снотворных таблеток. В нашей клинике мы обычно работаем с двумя

видами подобных лекарств. Один их вид — бензодиазепины (например, темазепам), а другой, за неимением лучшего обозначения, — небензодиазепины (например, золпидем или залеплон). Из этих двух видов снотворных мы обычно рекомендуем такие лекарства, как золпидем или залеплон, поскольку они, как правило, не ухудшают качество вашего сна и, по-видимому, не имеют эффектов отмены. Достоинство таких лекарств заключается в том, что они дают немедленное облегчение и улучшают сон на 30–50%, причем достигнутые результаты остаются устойчивыми в течение 3–6 месяцев, а сами лекарства способствуют относительно нормальному сну. А недостаток таких лекарств заключается в том, что они на самом деле не вылечивают. Это означает, что как только вы прекратите их принимать, то в лучшем случае вернетесь к тому, с чего начали.

Вариант 3. В сотрудничестве с нашим медицинским персоналом мы можем прописать вам в письменном виде один из нескольких видов антидепрессантов, которые нередко прописываются с целью помочь людям спать. Достоинство таких лекарств заключается в том, что они также дают немедленное облегчение, причем достигнутые результаты остаются устойчивыми в течение длительного времени (от 6 месяцев до нескольких лет), и они, по-видимому, не имеют симптомов отмены. А недостаток таких лекарств заключается в том, что они оказывают более ограниченное воздействие на трудности, испытываемые при засыпании, дают более скромные клинические улучшения, изменяют качество сна и могут иметь неприятные побочные эффекты. И неизвестно, дают ли такие лекарства улучшения в долгосрочной перспективе после прекращения их приема.

Вариант 4. Мы можем вылечить вашу бессонницу методами когнитивно-поведенческой терапии. Это не медикаментозное вмешательство, для завершения которого потребуется от 5 до 8 недель. Достоинство такого варианта лечения заключается в том, что оно хорошо проверено. В частности, было обнаружено, что такое лечение дает клинические улучшения, сравнимые со снотворными таблетками, если не лучше, а его результаты долговременны. А недостаток такого варианта заключается в том, что эффект от подобного вмешательства проявляется приблизительно лишь через 2–4 недели. И вам придется взять

на себя обязательство придерживаться процесса лечения в течение 5–8 сеансов терапии, а состояние вашей бессонницы ухудшится, прежде чем улучшиться.

У вас есть теперь время для вопросов, так что, пожалуйста, задавайте, а затем мы рассмотрим, что нам необходимо сделать в промежутке от нынешнего момента до встречи на следующей неделе.

Прекращение приема успокоительных снотворных лекарств

Пациенты зачастую обращаются к терапии, употребляя самые разные лекарства. Некоторые пациенты будут пользоваться лекарствами, чтобы они помогали им спать. Одни из этих пациентов, возможно, пожелают прекратить прием лекарств, а у других возникнет больше сомнений, стоит ли прекращать прием успокоительных средств. Если лекарства прописаны для сна, то КПТБ, вероятнее всего, окажется успешной, при условии, что прием этих лекарств прекратится до начала лечения. Положительный подход к такому процессу состоит в сотрудничестве с врачом, прописавшим лекарства, и постепенном отказе от их приема. Несколько исследователей разработали протоколы отказа от приема лекарств [58; 59].

Постепенный отказ от приема лекарств служит нескольким целям. Во-первых, он обеспечивает в максимальной степени безопасность пациента во время отказа от приема лекарств (например, быстрый отказ от приема бензодиазепинов может вызвать судороги). Во-вторых, если данные собираются в течение этого периода времени (например, по 4-недельному протоколу отказа на первой неделе лекарства принимаются регулярно, на второй неделе их доза сокращается наполовину (по дням или по величине), на третьей неделе — еще наполовину, а на четвертой неделе — совсем без лекарств), то полученные данные, вероятнее всего, покажут краткосрочный характер негативных эффектов отказа от приема лекарств, а также минимальные отличия регулярного приема лекарств от их неупотребления. И, в-третьих, отказ от приема лекарств перед терапией предотвратит неудачу из-за того, что пациент отложит такой отказ на более позднее время. Перечень снотворных или успокоительных лекарств приведен в табл. 4.3.

Таблица 4.3. Снотворные и успокоительные лекарства

Торговая марка	Общее название	Класс лекарств	Показания FDA[1]	Доза (мг)	Ti_{max}[2], минут	Период полувыведения, часов
Ambien	Zolpidem	BZRA[3]	Бессонница	5–10	30–50	2,5–5,6
Sonata	Zaleplon	BZRA	Бессонница	5–20	30–60	1–2
Estorra	Eszopiclone	BZRA	Бессонница	1–3	1,0–1,5	4–6
***	Indipion-IR	BZRA	Бессонница	10–20	50	1,5
***	Indipion-MR	BZRA	Бессонница	10–20	60–120	1,5
Dalmane	Flurazepam	Бензодиазепин	Бессонница	15–30	30–60	47–100
Doral	Quazepam	Бензодиазепин	Бессонница	7,5–15	60–90	25–41
Magadan	Nitrazepam	Бензодиазепин	Бессонница	2,5–5,0	30–120	18–25
Prosom	Estazolam	Бензодиазепин	Бессонница	1–2	60–90	8–24
Restoril	Temazepam	Бензодиазепин	Бессонница	7,5–30	20–50	3,5–18
Halcion	Triazolam	Бензодиазепин	Бессонница	0,125–0,25	50–120	3–4
Xanax	Alprazolam	Бензодиазепин	Тревога	0,25–0,5	60–120	9–20
Klonopin	Clonazepam	Бензодиазепин	Тревога	0,5–2,0	60–240	19–60
Valium	Diazepam	Бензодиазепин	Тревога	2–10	60–120	20–50
Ativan	Lorazepam	Бензодиазепин	Тревога	0,5–2,0	120–240	8–24
Elavil	Amitriptyline	Трициклические антидепрессанты	Депрессия	25–150	2–8	5–45
Sinequan	Doxepin	Трициклические антидепрессанты	Депрессия	25–150	2–8	10–30
Desyrel	Trazodone	Агонист рецепторов 5-HT	Депрессия	25–150	3–14	3–10
Serzone	Nefazadone	Агонист рецепторов 5-HT	Депрессия	50–150	1	2–4
Seroquel	Quetiapine	Дибензотразепин	Антипсихотическая седация	25–50	1,5	4–8
—	Chloral Hydrate	—	—	50–1000	30–60	4–6
Benadryl	Diphenhydramine	Антигистамин	Против аллергии	25–100	0,25–0,5	3–12

Food and Drug Administration — Управление по контролю за продуктами и лекарствами в США.

Ti_{max} — время усвоения.

BZRA (Benzodiazepine receptor agonists) — Агонисты бензодиазепиновых рецепторов.

Иногда пациентам представляются лекарства, прописанные для лечения других нарушений, но дающие вторичные выгоды для их сна (например, антидепрессанты от некоторых видов депрессии, клонопин от судорог или синдрома периодических движений конечностей и т.д.). В подобных случаях пациент обычно продолжает прием лекарства и переходит к терапии.

Диалог №4. Следует ли мне продолжать прием моих лекарств, проходя терапию?

Пациент: Мой врач считает, что мне следует продолжать прием прописанного мне антидепрессанта, по крайней мере, в последующие шесть месяцев, чтобы контролировать мою депрессию. Это нормально?

Психотерапевт: Это имеет смысл. Давайте поработаем над вашим сном. Если мы достигнем успеха, это будет иметь некоторое защитное или профилактическое значение для вашей депрессии, а через шесть месяцев вы, вероятнее, всего сможете прекратить прием антидепрессанта, оставаясь в добром здравии.

Сориентировать пациента на ведение дневника сна

Несмотря на то, что идея ведения дневника или журнала ежедневных наблюдений знакома большинству пациентов, практика такого рода деятельности для целей оценивания самочувствия может быть отчасти для них новой. Поэтому очень важно объяснить пациенту назначение дневника, выделив следующие моменты:

1. Дневник сна позволяет делать выборку и обеспечивает получение более надежных оценок (т.е. он относительно свободен от такой эвристики памяти, как новизна, значимость и первичность).
2. Дневник сна дает клиницисту возможность произвести анализ последствий, если в этом есть потребность.
3. Дневник сна служит источником данных для терапии и позволяет производить формальное оценивание исхода лечения, как для отдельного пациента, так и для всей клиники в целом.

Крайне важно заполнить дневник сна *вместе с пациентом*, показав ему, как это следует делать. Прежде всего, дневник сна следует заполнять за целый день, исходя из данных о сне и бодрствовании за предыдущий день. Это важно отчасти для того, чтобы продемонстрировать, что не все переменные показатели из дневника сна оцениваются "на глаз". В частности, показатели латентного периода сна (ЛПС) и продолжительности бодрствования после засыпания (ПБПЗ) основываются только на субъективном восприятии пациента. Именно поэтому так важно добиться того, чтобы пациенты указывали время бодрствования как результат пробуждения утром вместе с оценками ПБПЗ. Время в постели (ВП) и общее время сна (ОВС) являются расчетными переменными показателями. В частности, показатель ВП рассчитывается в минутах, истекших от отбоя до подъема. Так, если отбой в 22:00, а подъем в 5:00, то показатель ВП составляет 420 минут, а показатель ОВС рассчитывается следующим образом: ВП – (ЛПС + ПБПЗ). Если, например, показатель ВП составил 420 минут, ЛПС — 30 минут, а ПБПЗ — также 30 минут, а вместе: 30 + 30 = = 60 минут, то показатель ОВС составит 360 минут. Показав, как все это делается на конкретном примере, следует предложить пациенту делать ежедневные записи в дневнике сна, основываясь на его переживаниях за день до приема в клинике. Если после двух примеров пациент будет по-прежнему испытывать трудности в заполнении дневника сна, следует рассмотреть возможность для еще одной или двух дополнительных практических попыток с помощью предоставляемых психотерапевтом данных. Если трудности все еще останутся, следует обратиться к актиграфии при наличии такой возможности.

В конце сеанса терапии необходимо напомнить пациенту "спать, как обычно", подчеркнув, что это важно для точности выборки данных и определения базовых показателей из дневника сна. Изменить следует лишь одно поведение, связанное со сном: пациент должен отвернуть часы в сторону от постели и проверять время только перед отходом ко сну и после подъема с постели утром, чтобы начать новый день. Такое поведение предписывается для того, чтобы данные, собираемые во время и после лечения, были доступны параллельно с данными, полученными в течение исходной недели. Если применяется актиграф, то пациент должен не забывать о нажатии кнопки маркера события при отбое и подъеме.

Ответить на вопросы пациента и преодолеть его сопротивление

Несмотря на бесконечные вопросы и попытки сопротивления, которые могут возникнуть на данном этапе терапии, наибольшие опасения пациентов связаны с тем, что лечение им предстоит не сразу. В качестве примера ниже приведен диалог, в котором разрешается подобное затруднение.

Диалог №5. Почему я не могу начать лечение немедленно?

Пациент: Есть ли что-нибудь такое, что я мог бы сделать теперь и на следующей, чтобы улучшить свой сон?

Психотерапевт: Очень важно, чтобы вы не только поняли, *какие* именно шаги следует предпринять, но и *зачем* их предпринять. Сегодня у нас уже нет времени, чтобы охватить все шаги и основания для них, поэтому мне вряд ли стоит давать вам неполный перечень инструкций. Нам не менее важно собрать данные в течение следующей недели, поскольку они имеют решающее значение для получения точной картины нарушения вашего сна и послужат в качестве направляющей для вашего лечения.

Вам, возможно, поможет такое размышление об этом: допустим, что вы обратились к неврологу по поводу головных болей. Имело бы ему смысл сказать вам: "О, головные боли у вас, вероятнее всего, связаны с местной кортикальной ишемией. Примите это лекарство..." Но вместо этого вы бы предпочли, чтобы невролог провел некоторую оценочную работу, прежде чем приступать к лечению, не так ли?

Пациент: Безусловно. Я бы не принимал лекарство лишь потому, что головные боли у меня, *вероятнее всего*, связаны с чем-то. Мне бы хотелось, чтобы невролог поставил точный диагноз, прежде чем приступать к лечению.

Психотерапевт: То же самое и здесь. Нам нужно знать, с чем мы имеем дело....

Пациент: Но не могли бы вы мне подсказать что-нибудь одно такое, что могло бы мне помочь?

Психотерапевт: Как я уже говорил, нам потребуется более точное оценивание нарушения вашего сна, прежде чем начинать лечение. Поэтому нужно подождать. Но ведь имеются, по крайней мере, еще две причины, по которым нам нужно подождать.

Во-первых, некоторые действия, которые мы собираемся предпринять, не вполне очевидны, а иногда они совершенно нелогичны. Нам потребуется время, чтобы поговорить об этих действиях, а вам — чтобы понять, что требуется, где и когда. Такое понимание облегчит те действия, которые вам необходимо предпринять. Поэтому мне бы не хотелось спешить, не убедившись, что вы полностью введены в курс дела.

И, во-вторых, если вы выполняете лишь один какой-нибудь шаг, а он не приносит вам особого облегчения, это вызовет у вас больше разочарования и меньше охоты выполнять данный шаг, когда он включен в целую программу лечения. Так что поверьте мне на слово, намного лучше подождать до того момента, когда мы сможем предоставить вам не только перечень шагов, но и основание для понимания, почему вам предстоит выполнить эти шаги, как это сделать и сколько времени потребуется, чтобы их выполнение подействовало.

Установить повестку дня на неделю

На данном этапе следует ознакомить пациента с тем, что его ожидает на следующем сеансе терапии. Он должен непременно знать, что на следующем сеансе терапии (и всех остальных сеансах, которые могут последовать) первым делом будет просмотр данных из дневника сна и отслеживание достигнутого пациентом прогресса систематическим и основанным на этих данных образом.

Диалог №6. Определение ожиданий по повестке дня на неделю

Психотерапевт: На следующей неделе, когда вы придете, мы, прежде всего, просмотрим данные из вашего дневника сна. План для вас будет состоять в том, чтобы пройти в дверь, сесть и приступить к чтению числовых показателей, а моя задача — рассчитать средние показатели вашего сна за неделю и приступить к построению графика, которым мы будем пользоваться для отслеживания достигнутого вами прогресса. Я знаю, что это звучит в какой-то степени "корыстно" или слишком по-деловому..., но не менее важно, чем иметь данные, вам понять, что вид терапии, которую мы предлагаем, основывается на предоставляемых вами данных, т.е. она опирается на них. Я знаю так же, что как только мы приступим к активному лечению, вы по достоинству оцените именно такой подход, что уже сделали многие люди. Итак, увидимся на следующей неделе, и если у вас появятся какие-нибудь вопросы в течение недели, особенно по ведению дневника сна, можете, не стесняясь, звонить по телефону или отправлять мне сообщения по электронной почте.

Второй сеанс: начало лечения (60–120 минут)

Задачи

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график
Составить план лечения
Просмотреть данные из дневника сна, выявив в них "несоответствия"
Представить поведенческую модель бессонницы
Установить ограничение сна и контроль над стимулами
Установить предписание (показатели ВП и ВПП)
Задать стратегию
    Как оставаться бодрствующим в предписанный час
    Что делать с показателем ПБПЗ

Основные цели этого сеанса терапии

1. Просмотреть данные и убедиться, что КПТБ показана.
2. Выбрать режим лечения.

   Если пациент склоняется к КПТБ, то сделать следующее:
3. Установить основания для терапии ограничения сна (ТОС) и терапии контроля над стимулами (ТКС).
4. Описать подход к ТОС и ТКС и эффективности этих видов терапии, а также дать общий обзор программы лечения.
5. Заручиться обязательством пациента придерживаться программы лечения по неделям.

Следует заранее отметить, что данный сеанс является самым трудоемким и трудным из всех восьми сеансов терапии, поскольку он требует немало усилий для обучения и убеждения. Значительное время на этом сеансе уделяется тому, чтобы пациенты сами сделали выводы относительно того, что может быть представлено им дидактически. Соответственно большая часть этого сеанса посвящена истолкованиям текста и примерам диалогов психотерапевта с пациентом. Что касается последнего, то подобные диалоги служат не в качестве дословных сценариев, которые

стоит запомнить, а лишь примерами того, как психотерапевт предоставляет требующиеся сведения, тогда как потенциальный пациент в противовес реагирует на них.

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график

Подобно всем амбулаторным клиническим контактам, данный сеанс терапии начинается с просмотра дневника сна. И хотя клиницист может просто взять дневник у пациента и определить средние показатели, мы все же считаем, что данному процессу имеет смысл придать в большей степени характер сотрудничества, привлекая пациента к чтению данных из дневника сна вслух. Чтобы сосредоточить внимание на данных, а не подводить итоги одной конкретной ночи, следует предложить пациенту читать данные по каждому параметру непрерывности сна, а не данные по отдельной ночи, т.е. по строкам, а не по столбцам.

Средние величины должны быть рассчитаны для латентного периода сна (ЛПС), продолжительности бодрствования после засыпания (ПБПЗ), общего времени сна (ОВС), а также времени в постели (ВП). Кроме того, следует рассчитать эффективность сна в процентах (ЭС%), среднее время отхода ко сну (ВОС) и время подъема с постели (ВПП). Что касается двух последних переменных показателей, то ими проще оперировать, если перевести их в показатели времени, истекшего после стандартных точек отсчета. Например, показатель ВОС можно представить как время, истекшее в минутах после полуночи (22:00 = –120 минут, 3:00 = + 180 минут), а ВПП — как время, истекшее в минутах после 7:00 (10:00 = + 180 минут, 3:00 = –240 минут). Ценность такого подхода состоит в том, что средние величины, отклонения и пределы могут быть относительно легко рассчитаны и обратно преобразованы в часовое время суток. Но поскольку такие расчеты могут затруднить некоторых пациентов, то преобразования лучше оставить клиницисту, которому следует убедиться, что в дневнике достаточно места для указания часового времени суток, а также времени отклонения (см. приложение 6 к этой книге).

Как только все данные будут подытожены, клиницист должен построить график базовых показателей (см. раздел “Клиническая карта” в главе 3), а затем сделать окончательный вывод по поводу пригодности

КПТБ для пациента. На первой стадии данного процесса, как показано на рис. 4.1, данные из дневника сна используются для того, чтобы выяснить, насколько хорошо жалоба пациента на бессонницу подходит под КПТБ. Таким образом, необходимо ответить на приведенные ниже первоначально задаваемые вопросы.

- Больше ли средняя величина показателя ЛПС или ПБПЗ, чем 30 минут за ночь?
- Меньше ли средняя величина показателя ЭС%, чем 90%?

Следует, однако, иметь в виду, что такой вывод делается на основании соответствия не диагноза, а присутствующих симптомов лечению. Это означает, что требуется ответить на такой вопрос: проявляет ли пациент стили "недостаточно адаптивного" поведения, на которые указывает низкая эффективность сна и которые служат "целями" для поведенческой составляющей КПТБ?

Если пациент вполне подходит для КПТБ, то необходимо ответить на следующий вопрос: какой из трех режимов лечения предпочитает сам пациент? На предыдущем сеансе терапии пациент был ознакомлен со всеми методами лечения. Большинство пациентов склоняются к КПТБ по одной из двух причин. Во-первых, они лечились снотворными или седативными (успокоительными) антидепрессантами и на собственном опыте убедились, что эти препараты могут принести заметные улучшения в краткосрочной перспективе, но обладают риском проявления побочных эффектов, зависимости, потери своей эффективности и требуют длительного употребления для поддержания клинических улучшений. И, во-вторых, пациенты, по-видимому, интуитивно чувствуют, что их бессонницу поддерживает нечто другое, чем первоначальные провоцирующие факторы, и что КПТБ может позволить им окончательно постичь причину бессонницы.

Тем пациентам, которые предпочитают лекарства, вероятно, лучше допустить именно такой вариант лечения — по крайней мере, на краткое время. Если же потребовать, чтобы пациент, предпочитающий лекарства, принял участие в КПТБ, это, в конечном счете, приведет к неудачному исходу лечения, принимая во внимание уровень сотрудничества, который требуется от пациента для успешного вмешательства. Допуская

такую степень "автономии", клиницист дает пациенту возможность свободно выбрать КПТБ впоследствии. А что касается тех пациентов, которые выбрали КПТБ, то первый шаг состоит в том, чтобы воспользоваться их собственными данными для демонстрации некоторых принципов, которые являются основополагающими для поведенческой перспективы.

Просмотреть данные из дневника сна, выявив в них "несоответствия"

Расчет средних показателей ОВС и ВП при просмотре дневника сна вместе с пациентом дает исключительную возможность выдвинуть несколько первых решающих доводов о несоответствии показателей ОВС и ВП. Это означает, что пациент жертвует возможностью спать больше ради вероятности того, что ему будет трудно заснуть и что его сон окажется отрывистым и неглубоким. Не менее важно воспользоваться этой первоначальной возможностью, чтобы привлечь внимание пациента к его тенденции оставаться в постели бодрствующим лишь потому, что он "ожидает сна", или же потому, что "лежание в постели хотя бы успокаивает".

Диалог №7. Обсуждение несоответствия показателей ОВС и ВП

Психотерапевт: На протяжении прошлой недели вы спали ночью в среднем 5,5 часов. Это явно указывает на некоторые отклонения от данной средней величины. Такие отклонения могут быть вызваны самыми разными причинами, включая следующие:

- как вы спали прошлой ночью;
- сколько вы подвергались воздействию света в течение дня;
- что и когда вы ели;
- делали ли вы физические упражнения днем или принимали душ вечером;
- как долго вы непрерывно бодрствовали;
- и т.д.

Ясно, что в среднем вы можете "произвести" 5,5 часов сна. Этот числовой показатель можно, например, осмыслить как представляющий

вашу "способность спать". Это означает в среднем то количество сна, которое вы способны произвести.

Кроме того, из вашего дневника сна следует, что, по крайней мере, на прошлой неделе вы проводили в среднем по 7 часов в постели. В связи с этим возникает вопрос: если вы способны производить 5,5 часов сна, то почему вы проводите по 7 часов в постели?

Пациент: Если я проведу больше времени в постели, то получу больше сна.

Психотерапевт: Это именно так в среднем?

Пациент: Нет, но иногда это действует.

Психотерапевт: Да, но чаще всего это не действует, поскольку у вас по-прежнему нарушен сон, верно?

Пациент: Верно. Но иногда становится лучше.

Психотерапевт: Да, но иногда бывает и хуже. Вы лежите в постели, досадуя на очередную бессонную ночь.

Пациент: Иногда. Но порой это успокаивает. А разве покой не лучше, чем вообще ничего?

Психотерапевт: Посмотрим на это следующим образом: когда вы остаетесь в постели бодрствуя, то одну треть времени вы получаете больше сна (кстати, я в этом сомневаюсь, но ради поддержания дискуссии я готов это признать), другую треть времени вы, по крайней мере, "получаете успокоение", а еще одну треть времени вы лежите в постели, досадуя или, по меньшей мере, не в состоянии "думать о чем-нибудь".

Из этого следует, что вы жертвуете 30% успешных попыток ради 70% неудачных попыток, если учесть, что вы стремитесь заснуть. Разве это похоже на удачную ставку?

Пациент: Думаю, что нет, если посмотреть на это так, как смотрите вы.

Психотерапевт: Хорошо. Поговорим немного о последствиях "расширения возможности спать", т.е. оставаться в постели дольше в надежде получить больше сна, а также о последствиях "лежания в постели" в ожидании сна.

Представить поведенческую модель бессонницы

Несмотря на то, что ценность такой модели для клинициста не вызывает сомнений, важно поделиться ею с пациентом. Представление такой перспективы пациенту дает клиницисту средства, с помощью которых он может продемонстрировать, как бессонница может "жить своей жизнью". Это поможет пациенту лучше понять целесообразность вмешательств и, вероятно, укрепить его приверженность лечению.

Представляя поведенческую модель бессонницы, клиницист должен начать все с самого начала, нарисовав модель на маркерной доске, а не предоставляя раздаточный информационный материал и не пользуясь слайдом, выведенным на экран компьютерного монитора. Рисование модели замедлит процесс, сделав его более доступным для пациента. Как только модель появится на доске, клиницист должен продемонстрировать ее применение в данном конкретном случае, чтобы на этом основании пациент смог сделать выводы по поводу тех поведенческих вмешательств, которые могут принести ему пользу. Следующий диалог должен послужить примером применения данной модели для представления терапии ограничения сна и контроля над стимулами с целью "показать товар лицом".

Диалог №8. Обсуждение предрасполагающих, провоцирующих и закрепляющих факторов

Психотерапевт: А теперь, когда я поделился с вами общей моделью, посмотрим, как применить ее к вам. Что касается предрасполагающих факторов, то мне кажется, что к их числу можно было бы отнести следующие:

- Некоторую генетическую предрасположенность, принимая во внимание, что у вашей матери было продолжительное осложнение в связи с бессонницей.
- Биологическую предрасположенность, принимая во внимание вашу склонность легко цепенеть или физически напрягаться.
- Некоторую психологическую предрасположенность, принимая во внимание вашу склонность все обдумывать и беспокоиться.

- Некоторую социальную предрасположенность, принимая во внимание вашу склонность ложиться спать раньше, чем следовало бы иначе, чтобы лечь спать вместе с вашей супругой в одно и то же время.

Что же касается провоцирующих факторов, то кажется очевидным, что пойти на собеседование о приеме на работу означало для вас испытать немалое напряжение, и вполне возможно, что именно с такого события у вас началась бессонница.

Наконец, и это важнее всего, вы, по-видимому, задействовали несколько поведенческих факторов, которые, на наш взгляд, обусловили "закрепление" бессонницы. Можете ли вы назвать некоторые факторы применительно к вашему случаю?

Пациент: Может быть, вы имеете в виду ложиться спать раньше, вставать как можно позже, оставаться в постели без всякой цели и пить как лошадь, чтобы заснуть на ночь?

Психотерапевт: Именно они. Рассмотрим каждый из них, чтобы вы могли лучше понять, что подобные стратегии, какими бы удачными они ни казались, в лучшем случае являются кратковременными решениями, но имеют серьезные последствия в долгосрочной перспективе.

Без сомнения, при острой бессоннице склонность ложиться спать раньше и/или вставать позже позволяет, конечно, восполнить "потерю сна" и чувствовать себя лучше в течение всего следующего дня.

Недостаток такой стратегии заключается в том, что сон регулируется гомеостатически — по крайней мере, отчасти. Это означает, что когда вы бодрствуете, постепенно нарастает потребность в сне. И чем дольше вы бодрствуете днем, тем больше у вас потребность в сне следующей ночью. Если вы уже испытываете трудности при засыпании, то склонность ложиться спать раньше и/или вставать позже снижает потребность в сне следующей ночью. Таким образом, вы, вероятнее всего, будете испытывать трудности при засыпании в последующие ночи, хотя и можете почувствовать себя лучше в первую ночь, когда примете такую стратегию. Нетрудно заметить, как это превращается

в замкнутый круг или цикл: плохо спать, расширить возможность спать, расширить еще возможность поспать, снова спать плохо.

Но такой цикл — не единственное затруднение. Что вы делаете, когда не можете заснуть?

Пациент: Остаюсь в постели и пытаюсь заснуть.

Психотерапевт: Именно. А ведь склонность оставаться в постели и пытаться заснуть имеет негативные последствия. Желание впасть в забытье не так-то просто исполнить. На самом деле это невозможно, и любые попытки сделать это принесут разочарование и досаду. И второе, а, возможно, и самое важное: главное затруднение вызывает повторяющееся сочетание *бодрствования в постели* в состоянии *разочарования и/или досады* с постелью, спальней, временем для сна и т.д.

Пациент: Как это?

Психотерапевт: Давайте посмотрим на это иначе. Опишите последний час своего обычного дня, т.е. обычный вечер.

Пациент: Обычно я засыпаю на диване, даже если и пытаюсь бодрствовать и смотреть телевизор, а затем я иду прямо в спальню. Иногда мне даже не хочется чистить зубы, поскольку я боюсь пропустить удобный момент заснуть. Я ложусь в постель в девяти случаях из десяти и не сплю, вполне очнувшись от сна.

Психотерапевт: Верно. И вы внезапно пробуждаетесь потому, что...?

Пациент: О, возможно, потому, что я отправился в спальню слишком быстро или начал думать о том, что мне предстоит сделать на следующий день, вместо того чтобы пытаться заснуть.

Психотерапевт: Мне известно такое чувство, но, может быть, оно не связано с тем, что вы слишком быстро отправляетесь в спальню, чистите или не чистите зубы на ночь. Может быть, это нечто другое.

Пациент: Что же это?

Психотерапевт: Хммм. Позвольте прибегнуть к аналогии. Допустим, что я холостяк. Где я обычно обедаю?

Пациент: В ресторане.

Психотерапевт: А когда я дома, то где я ужинаю?

Пациент: Перед телевизором.

Психотерапевт: Именно. И когда я смотрю по субботам важную игру, даже после сытного обеда, то что, как вам кажется, произойдет после того, как я долго просижу перед телевизором?

Пациент: Вы почувствуете голод?

Психотерапевт: Верно. Но дело не в самом голоде, а в повторяющемся сочетании голода со смотрением телевизора. Это называется классическим обусловливанием. Можете ли вы представить, как это применимо к вашей ситуации, где вы проводите много времени в постели бодрствуя, досадуя, тревожась и так далее?

Пациент: Итак, вы говорите, что когда я иду в спальню и внезапно чувствую, что очнулся от сна, то это похоже на чувство голода перед телевизором. И вы говорите, что это наглядный пример обусловливания.

Психотерапевт: Верно. И здесь мы оказались в одном положении. Нам нужно теперь найти такой выход, чтобы вы быстро засыпали и продолжали спать всю ночь. Кроме того, нам нужно добиться, чтобы вы не находились в постели или спальне, когда бодрствуете. Итак, рассмотрим каждую из этих задач по очереди.

Установить предписание

Несмотря на то, что обзор поведенческой модели бессонницы представляет собой сочетание дидактического и сократического метода, установить предписание можно тем или иным способом. Мы склоняемся к сократическому методу, поскольку считаем, что пациент будет с большей вероятностью соблюдать предписанные правила, которые являются не приказами, а, скорее, обнаруживаются по своей внутренней логике (т.е. свободно, хотя и под едва заметным руководством клинициста).

Диалог №9. Установка ограничения сна и контроля над стимулами

Психотерапевт: Прежде мы говорили о “потребности в сне”, а также о том, что вы предпринимаете определенные действия, хотя бы из

лучших побуждений, чтобы умерить потребность в сне. Каковы эти действия и что предположительно вы должны делать?

Пациент: Вы говорите о том, что я ложусь в постель раньше и встаю позже. Поэтому мне следует перестать это делать.

Психотерапевт: Да. Но к этому следует подойти чуть более систематическим путем, где во внимание принимается ваша способность спать и находится стимул для сна подобно "заправке насоса".

Я имею в виду следующее: когда вам необходимо вставать в течение недели, чтобы вовремя прибыть на работу?

Пациент: В 6 часов утра.

Психотерапевт: Хорошо, в 6 часов утра. Если учесть, что вы спите ночью в среднем 5,5 часов и вам нужно вставать в 6 часов утра, то когда вы должны, по вашему мнению, ложиться спать, если вы хотите, чтобы ваша способность спать совпадала с вашей возможностью спать?

Пациент: В 00:30.

Психотерапевт: Верно. Но, как мы обсуждали раньше, нам приходится иметь дело не только с "несоответствием" того, что может произвести ваш организм, тому, что вы от него требуете, а также с обусловливанием и, в частности, с обусловленным возбуждением. Так, как вы думаете, что могло бы произойти в несколько первых ночей, если бы вы стали придерживаться нового режима сна?

Пациент: Мне по-прежнему требовалось бы много времени, чтобы заснуть, и поэтому спать мне пришлось бы меньше, чем 5,5 часов.

Психотерапевт: Верно. Но если в данном случае вам никак не удастся возместить потерю сна, то что, скорее всего, произойдет на протяжении недели?

Пациент: Для меня это будет как крушение поезда.

Психотерапевт: Вы действительно можете чувствовать себя хуже, чем обычно в течение дня, поэтому нам нужно поговорить об этом и составить план действий, а до тех пор остановимся на последствиях в ночное время. После того, как вы почувствуете несколько дней подряд сильную сонливость во время отхода ко сну, вы должны

обнаружить, что вам будет очень легко заснуть, в чем и состоит ваша цель. Передать вам опыт быстрого засыпания будет нетрудно.

На всякий случай следует рассмотреть еще одну возможность. Что вы должны предпринять, когда окажетесь в постели и не сможете заснуть? И что вы обычно делаете в таком случае? Лежите ли вы в постели, досадуя на полное отсутствие сна?

Пациент: Иногда я просто остаюсь в постели. Знаете, в ней тепло и уютно. А порой я встаю и смотрю телевизор.

Психотерапевт: Хорошо, но на что вы надеетесь, лежа в постели?

Пациент: На то, что засну.

Психотерапевт: Верно. Из ваших дневников сна следует, что вы остаетесь в постели, бодрствуя в среднем 45 минут каждую ночь, хотя и надеетесь заснуть. Помните, несколько минут назад мы говорили о том, что происходит, когда вы отправляетесь в спальню после того, почувствуете сонливость на диване?

Пациент: Да, я чувствую, что снова очнулся от сна.

Психотерапевт: Да. И это происходит потому, что....

Пациент: Я много раз оставался в постели бодрствуя.

Психотерапевт: Верно. Итак, нам нужно избежать подобного развития событий. Мы должны добиться того, чтобы вы находились в постели и спальне только тогда, когда вас сильно клонит ко сну или вы явно засыпаете.

Пациент: Так, если я просыпаюсь посреди ночи, то не лучше ли принять другую стратегию: встать и смотреть телевизор?

Психотерапевт: Да. У вас был и есть хороший инстинкт. Но позвольте задать вам такой вопрос: когда вас начинает клонить ко сну на диване, то что вы делаете?

Пациент: Обычно я сплю немного на диване. По крайней мере, я могу немного увеличить время сна на диване.

Психотерапевт: Верно. Но, к сожалению, это своего рода упущенная возможность сочетать сонливость и сон с постелью и спальней. Понимаете, что я имею в виду?

Пациент: Но ведь происходит то, что я снова пробуждаюсь, если пытаюсь добраться до спальни.

Психотерапевт: Да, я знаю. Мы уже говорили об этом. Так, что же, на ваш взгляд, вам нужно сделать, если это произойдет?

Пациент: Вы шутите? Вы хотите, чтобы я снова вставал и опять возвращался на диван?

Психотерапевт: Верно.

Пациент: В первые две ночи я, похоже, буду сновать туда-сюда как чертик на ниточке.

Психотерапевт: Да. Но это будет продолжаться недолго, а если со временем вы будете и дальше бодрствовать, находясь вне постели, то что должно, в конечном счете, произойти?

Пациент: Думаю, что, в конечном счете, меня должно так сильно клонить ко сну, что я засну, когда лягу в постель.

Психотерапевт: Верно. Итак, эмпирическое правило в данном случае гласит: всякий раз, когда вы ложитесь в постель, вы быстро засыпаете, а иначе вы не должны быть в постели.

Вполне возможно, что в данный момент пациент окажет сопротивление. Сопротивление контролю над стимулами нередко возникает в форме такого аргумента: "лежать в постели лучше, чем полностью бодрствовать". В таком случае следует уделить особое внимание пояснению причин, по которым это совсем не обязательно именно так.

Диалог №10. Почему я не могу хотя бы полежать в постели?

Пациент: Хорошо. Думаю, что я усвоил материал, касающийся обусловливания, но я всегда считал, что, оставаясь в постели, я могу хотя бы немного отдохнуть. Что же в этом плохого?

Психотерапевт: Я рад, что вы подняли этот вопрос. Мы считаем, что у сна, по крайней мере, три функции. Две из них имеют отношение к вопросу: приносит ли покой лежание в постели?

Одна из этих функций служит для сохранения энергии, а другая — для оздоровления и омоложения организма. Допустим, что я признаю, что лежание в постели, сохраняя энергию, приносит покой и дает такой же отдых, как и сон. Даже если бы это было именно так, в чем я сомневаюсь, лежа в постели, вы тем самым задаете условия для недостаточно адаптивного обусловливания (т.е. сочетания постели, спальни и проч. с состоянием бодрствования, досады и т.д.). И при этом вы лишаете себя восстановительных свойств сна.

Пациент: Может быть, но я все равно бы лишил себя восстановительных свойств сна. Поэтому я мог бы и отдохнуть.

Психотерапевт: Хорошо. Допустим, что вы желаете пожертвовать отдыхом ради возможности устранить бессонницу. О каком отдыхе вы говорите? Если вы уделяете половину времени тому, что *на самом деле не приносит покой*, лишь потому, что вы раздосадованы и раздражены, и сосредоточиваете свое внимание на тех редких моментах, когда вы чувствуете себя "сонно и уютно", то ценности от такого "отдыха" может быть вообще не много.

Позвольте задать вам вопрос: готовы ли вы принять, что когда кто-нибудь находится под наркозом (без сознания и неподвижно), то такое состояние следует, по крайней мере, считать таким же "покоем", как и лежание в кровати, когда не удается заснуть?

Пациент: Могу такое себе представить.

Психотерапевт: Хорошо. Имеется ряд любопытных исследований, показывающих, что когда сон заменяется наркозом, субъекты проявляют форму сна, похожую на полное лишение сна, если разрешить им нормально поспать следующей ночью. Такая форма предполагает полную неподвижность и бессознательность, хотя она и не заменяет сон и, очевидно, не приносит особый покой.

Поэтому намного лучше воздерживаться от такого "отдыха" и употреблять время, когда вы не спите, для работы над устранением бессонницы.

Пациент: Понятно.

Психотерапевт: Я привел вам без всякого умысла этот пример жертвования кратковременным улучшением ради долговременного

улучшения. А теперь позвольте разрешить данное затруднение более конкретно и нарисовать изображение, чтобы наглядно показать вам, что я имею в виду. Этим изображением мне хотелось бы лучше выразить то, что мы обычно называем "ножницами" (рисует на маркерной доске изображение, приведенное на рис. 4.2).

Психотерапевт: В сценарии, о котором мы только что говорили, отдых представлен данной частью кривой. Ради поддержания дискуссии я готов признать, что вы извлекаете некоторую выгоду из лежания в постели с целью "отдохнуть". Но, как показано здесь на кривой, это краткосрочный выигрыш. А в долгосрочной перспективе это потребует затрат в связи с тем, что бессонница продолжает усиливаться. В эту часть "уравнения" вы можете подставить другой, придуманный вами пример.

Пациент: Ложиться спать раньше после одной или двух скверных ночей.

Психотерапевт: Верно. А почему это похоже на компромисс?

Пациент: Я могу легко заснуть в эту ночь, и это замечательно. Но если то, что вы говорите, правда о фиксированном количестве сна, который я могу получить, то вполне возможно, что я могу проснуться посреди ночи.

Психотерапевт: Верно.

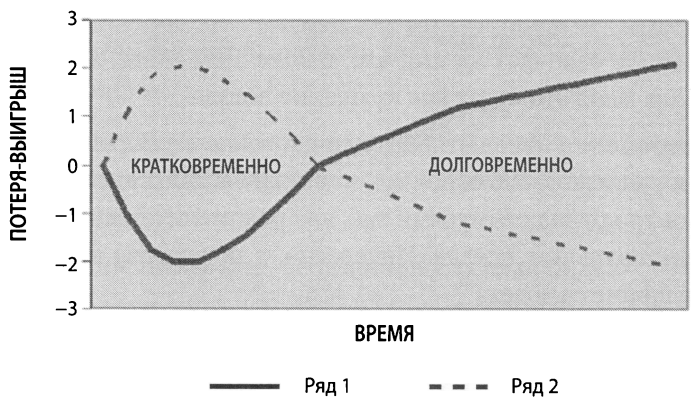


Рис. 4.2. "Ножницы"

Задать стратегию

Главная цель состоит в том, чтобы добиться полного понимания предписаний пациентом и составить план действий пациента на время практики ограничения сна и контроля над стимулами, а также разрешить опасения пациента по поводу уровней усталости и сонливости в течение одной-двух первых недель лечения.

Диалог №11. Удостоверение в понимании пациентом перечня заданий

Психотерапевт: А теперь поговорим немного о том, что необходимо предпринять дальше, чтобы устранить бессонницу в кратчайший срок и установить возможность для разобусловливания бессонницы в долгосрочной перспективе. Итак, что именно я прошу вас сделать?

Пациент: Я должен ложиться в постель в одно и то же время каждый вечер. Я должен вставать с постели в одно и то же время каждое утро. Если я испытываю трудности при засыпании или же если я просыпаюсь посредине ночи, то должен встать с постели.

Психотерапевт: Верно. А как вы будете знать, когда вставать с постели?

Пациент: О, может быть, через полчаса?

Психотерапевт: Нет. Покой нам только снится. В тот момент, когда вы осознаете, что бодрствуете или чувствуете досаду, вы должны встать с постели.

Пациент: Не означает ли это, что, в конечном счете, я буду меньше спать? Для меня это будет как крушение поезда.

Психотерапевт: Любопытно, что точно такое же выражение вы употребили раньше. И это означает, что если вы действительно практикуете контроль над стимулами так, как рекомендуется, то для вас это будет как крушение поезда. Интересно, а почему вы не выразились "как крушение самолета"?

Пациент: Потому что это не выражение.

Психотерапевт: Я знаю, но подозреваю, что одна из причин выразиться "как крушение поезда", а не "как крушение самолета" состоит в том,

что нам хочется подразумевать под этим "катастрофу", в которой можно, впрочем, уцелеть. Поэтому я рад узнать, что практика контроля над стимулами вызывает у вас такое ощущение, как от "крушения поезда". И я догадываюсь, что вы чувствуете, будто в нем можно уцелеть.

Пациент: Чудесно. Я уцелею, но в краткосрочной перспективе.

Психотерапевт: Да, в краткосрочной перспективе это будет трудно. Но потребуется не так уж много времени, чтобы вернуть ваш организм в нужную колею. И здесь снова проявляются ножницы. Жертва в краткосрочной перспективе приносится ради улучшения в долгосрочной перспективе. Что еще нам необходимо сделать в следующий раз?

Пациент: Мне кажется, что это все.

Психотерапевт: Почти все. Когда вы должны ложиться в постель, вставать с постели и почему?

Пациент: Я должен ложиться в постель в 00:30, а вставать с постели в 6:00.

Психотерапевт: Верно, а почему? Не означает ли это, что вы будете спать меньше, чем обычно, особенно в несколько первых дней? Зачем мы совершаем эту нелепость? Ведь вы пришли ко мне и сказали: "Я не могу заснуть и продолжать спать", на что я, в сущности, отвечаю: "Так, не спите" или "Отлично, спите меньше". Это безрассудно, разве нет?

Пациент: Конечно, безрассудно, но вы говорили, что хотите простимулировать сон подобно "заправке насоса". Вы хотите воспользоваться моей бессонницей, чтобы помочь мне быстрее засыпать и дольше оставаться спящим.

Психотерапевт: Верно. И если вам удастся регулярно сочетать постель и спальню с быстрым засыпанием и продолжительным сном, то что тогда произойдет?

Пациент: В конечном счете, бессонница у меня пройдет.

Психотерапевт: Да. Бессонница будет разобусловлена.

Пациент: Верно. Чудесно, мне предстоит чувствовать себя ужасно весь день, а по ночам изнывать от скуки. Но что поделаешь, ведь это

ножницы и всякое такое: жертва в краткосрочной перспективе ради улучшения в долгосрочной перспективе.

Психотерапевт: Да. Но я не уверен, что это должно быть каким-то страданием и жертвой — по крайней мере, не вообще. Итак, подумайте над тем, чем вы могли бы заняться по ночам, когда не можете заснуть, т.е. над тем, что вас заинтересует и увлечет. И занимайтесь этим в течение нескольких последующих недель, но только тогда, когда не можете заснуть и оставаться спящим.

Разработке полного перечня заданий вместе с пациентом и укреплению его в мысли, что время, проводимое в бодрствовании, должно принести положительный опыт, следует уделить реальное время. Во-первых, пациенты с большей вероятностью занимаются на практике контролем над стимулами, если подобное упражнение в какой-то степени приятно. Во-вторых, положительные переживания содействуют когнитивному сдвигу таким образом, чтобы изменить цель пациента с попытки заснуть или вернуться ко сну на желание провести с пользой время при бодрствовании. Это может также послужить уменьшению тревоги по поводу ожидания и/или снятию тревожного ожидания возможной неудачи, связанного с трудностями начать и поддерживать сон.

Чтобы помочь пациентам провести с пользой время при бодрствовании, можно, например, составить список фильмов, которые они хотели бы посмотреть, или произведенный классической музыки, которые они с удовольствие послушали бы. Вооружившись таким списком, можно взять напрокат видео и аудиозаписи на неделю для просмотра и прослушивания только по ночам. Будь то фильмы, игры, книги или другие увлечения, очень важно, чтобы пациент подумал о них заранее, а не оставлял решение этой задачи на ночь.

Диалог №12. Что происходит, если я развлекаюсь допоздна?

Пациент: Что происходит, если я развлекаюсь сверх меры? Не может ли это привести к еще большей бессоннице, когда я мог бы не ложиться спать всю ночь!

Психотерапевт: Я рад, что вы спросили об этом. Вполне возможно, что вы можете увлечься своим занятием, оставаясь бодрствовать большую часть ночи. Но не забывайте, что в наших планах не занять вас чем-то ночью, а внести изменения в долгосрочной перспективе. Итак, насколько хорошо вы будете спать следующей ночью, если придерживаетесь режима?

Пациент: Я буду истощен, но думаю, что рано или поздно я отлично высплюсь. Хотя в течения дня для меня это будет как крушение поезда. И я не уверен, что могу себе это позволить.

Как справиться с чрезмерной сонливостью днем

И этому следует уделить реальное время, выяснив следующие вопросы: озабочен ли пациент тем, что он рискует попасть в аварию и получить травму на работе или по дороге домой? Предполагают ли данные, полученные по Шкале сонливости Эпворта (Epworth Sleepiness Scale), что данный пациент действительно рискует испытывать чрезмерную сонливость в дневное время суток? Если это именно так, то клиницист должен рассмотреть одну из четырех возможностей. Во-первых, можно ли основную часть первоначального ограничения сна (в первые 3–5 дней первой недели) выполнить за обычные или длинные выходные дни? Во-вторых, можно ли всю первую неделю ограничения сна согласовать по времени с отпуском или же пациенту придется сделать на время перерыв? В-третьих, рассмотреть сокращение сна в качестве альтернативы ТОС. И, в-четвертых, выяснить, подходит ли пациент для терапии такими стимуляторами, как модафинил и метилфенидат? Такой подход был исследован относительно недавно, но он оказывается многообещающим для решения подобного вопроса [57].

Недостаток приспособления опасений пациента по поводу тяжелых последствий ухудшения сна (путем предварительного лечения проявляющейся чрезмерной сонливости днем (ЧСД), планирования ТОС на безопасное время или изменения самой терапии) заключается в том, что оно может подорвать одну из самых тонких сторон терапии. Так, если пациенту разрешено сделать условия “безопасными”, то тем самым исключается возможность оценить правдивость его опасений

по поводу того, что потеря сна будет иметь катастрофические последствия. В итоге остается зерно тревоги по поводу того, что лечение не подойдет к реальными условиям или не обобщится на них. Не менее важно, чтобы клиницист непременно нашел определенный баланс между выгодой от данного конкретного когнитивно-поведенческого соображения, заявленными пациентом опасениями и его физическим состоянием.

Еще одно, предпоследнее замечание по поводу практики ограничения сна состоит в том, что составленный план действий должен быть реализован в соответствии с тем, как пациент будет оставаться бодрствующим до назначенного часа (предписанного времени отхода ко сну). Как было показано в одном из приведенных выше диалогов, пациенты нередко дремлют на диване в течение одного или последних двух часов суток. Такой короткий сон, вероятно, способствует тому, что пациентам трудно заснуть (вследствие угнетения гомеостата сна), и тем самым обесценивается задержка фазы отхода ко сну. В связи с этим возникает вопрос: должен ли план действий для данного сеанса терапии быть составлен будущим числом (т.е. проактивно) или задним числом (т.е. реактивно)? Можно привести аргумент в пользу того, что в силу имеющихся данных лучше выяснить, что подобное нарушение существует, чем пытать справиться с ним изначально. Но в любом случае клиницист должен непременно отслеживать приверженность пациента режиму лечения, чтобы решить данный вопрос будущим, а не задним числом.

Еще одно, последнее замечание по поводу практики ограничения сна состоит в том, что имеется несколько стилей поведения, занятие которыми может привести к обратным результатам или вызвать другие осложнения, несмотря на то, что не существует никакого запрета “излишне заниматься чем-то вне постели”. Один из таких вопросов связан с воздействием света. Даже низкий уровень освещения ночью может привести к сдвигу фаз суточного ритма [60, 62], что, в свою очередь, усугубит бессонницу или может даже ограничить новый закрепляющий фактор в пределах основного расстройства. Другой вопрос имеет отношение к приему пищи и напитков ночью. Приема пищи ночью следует избегать, поскольку это может укрепить склонность просыпаться ночью и/или способствовать нежелательному набору лишнего веса. А чрезмерное

употребление напитков ночью, особенно алкогольных, может привести к возобновлению бессонницы, инерции сна после пробуждения (недостатку концентрации внимания при пробуждении) и/или нарушениям, связанным с чрезмерным употреблением алкоголя. И, наконец, физические упражнения, выполняемые ночью, хотя они полезны утром или днем, могут затруднить начало или повторное начало сна, и это может быть особенно справедливо в том случае, когда упражнение выполняется с целью “утомить себя”.

Третий сеанс: дозирование и гигиена сна (45–60 минут)

Задачи

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график
Оценить достижения в лечении и соблюдение его режима
Выяснить, обосновано ли увеличение дозы сна
Сделать общий обзор гигиены сна

Основные цели этого сеанса терапии

1. Просмотреть данные и удостовериться, что увеличение дозы сна показано.
2. Оценить достижения в лечении и соблюдение его режима. В случае несоответствия сосредоточить этот сеанс терапии на данном вопросе.
3. Внести следующие коррективы в режим сна пациента:
   - В случае позитивных клинических улучшений (ЭС% > 90%), увеличить общую дозу для возможности спать.
   - В случае отсутствия или несущественных клинических улучшений (ЭС% в пределах 85–90%), сохранить режим сна и представить основания для этого пациенту.
   - В случае негативных клинических улучшений (ЭС% < 85%), уменьшить общую дозу для возможности спать и представить основания для этого пациенту.
4. Сделать общий обзор гигиены сна и приспособить предписания к индивидуальным потребностям пациента.
5. Продолжить добиваться от пациента обязательства придерживаться программы лечения.

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график

Подобно всем амбулаторным клиническим контактам, данный сеанс терапии начинается с просмотра дневника сна и построения графика по средним показателям сна за неделю. Прежде чем рассчитывать эти показатели, психотерапевт должен вручную вычислить каждый показатель времени в постели (ВП) и общего времени сна (ОВС). Это упражнение требуется для того, чтобы продемонстрировать, что пациент ведет свой дневник сна в соответствии с требованиями. К сожалению, пациенты нередко оценивают все три стандартных переменных показателя непрерывности сна "на глаз", несмотря на то, что их наставляли поступать иначе. Если это именно так и в данном случае, то в начале этого сеанса терапии необходимо уделить особое внимание тому, чтобы дневник сна непременно заполнялся в точном соответствии с инструкциями.

Диалог №13. Удостоверение в том, что показатель ОВС рассчитан, а не оценен

Психотерапевт: Вас может удивить, зачем я взял на себя труд "перепроверки" ваших расчетов. Я сделал это для того, чтобы убедиться, что вы точно рассчитываете показатели ВП и ОВС. Из просмотра ваших дневников сна явно следует, что вы уделили должное время и внимание их заполнению. Остается лишь одно упущение: величины общего времени сна. Похоже, что вы их просто оценили, а не рассчитали. Запомните на будущее, что указываемые вами величины общего времени сна должны быть согласованы с другими записями в дневнике сна.

Пожалуйста, не забывайте, что этот переменный показатель является расчетным. Постарайтесь вычесть латентный период начала сна и время бодрствования после засыпания из общего времени, которое вы проводите в постели, чтобы рассчитать общее время сна. Благодаря этому рассчитанный вами показатель ОВС всегда будет правильно отражать другие оцениваемые вами показатели. А теперь исправим эти числовые показатели, прежде чем перейти к плану действий на сегодня.

Как только величины всех показателей из дневника сна будут уточнены, следует рассчитать средние их величины за неделю. Особое значение имеют два показателя: эффективность сна и общее время сна. Если взрослые пациенты демонстрируют в среднем за неделю эффективность сна меньше 90% (некоторым пациентам старшего возраста допускается демонстрировать эффективность сна меньше 85%), из этого показателя можно предположить, что надлежащей реакции пациента на терапию ограничения сна и/или контроля над стимулами не последовало. Наряду с отсутствием резкого спада ОВС на графике, это свидетельствует о том, что пациент не придерживался рекомендаций относительно режима лечения. Чтобы точнее оценить соблюдение пациентом режима лечения, можно, например, воспользоваться данными из его дневников сна и произвести формальное оценивание несоблюдения режима лечения.

Несоблюдение режима лечения

Данные из дневников сна могут быть использованы для расчета степени несоблюдения предписанного режима лечения с учетом известных предписаний на неделю. Это можно сделать самыми разными способами [63]. Один такой способ основывается на следующем обстоятельстве: поскольку время ложиться в постель и время подъема с постели предписано и поскольку наложен относительно полный запрет на то, чтобы проводить время в постели бодрствуя или дремать днем в течение всего 8-недельного периода лечения, то эти параметры можно сравнить с теми, о которых сообщается в еженедельных дневниках сна. В наших силах составить этот показатель в виде отклонений величин предписанного и сообщаемого времени в минутах. Все необходимые для этого данные доступны из дневников сна, при условии, что, во-первых, предписанное время ложиться в постель (ПВЛП) и предписанное время подъема с постели (ПВПП) записано в этих документах, а, во-вторых, в качестве стандартного дополнения введен еще один показатель: время подъема с постели (ВПП).

Так, если время отхода пациента ко сну установлено в полночь и время подъема — в 6 часов утра, а пациент записал в своем дневнике сна следующие показатели за конкретный день:

- отбой в 23:30;
- продолжительность бодрствования после засыпания (ПБПЗ) — 60 минут;
- "время подъема с постели ночью" на 30 минут;
- время подъема в 6:30 и короткий сон днем в течение 30 минут,

тогда показатель соблюдения режима лечения будет равен сумме отклонений в минутах от предписанного времени, т.е. несоблюдение режима лечения за данный день составит в итоге 120 минут. Подобные показатели, как и переменные показатели непрерывности сна, можно усреднить, чтобы получить в итоге средний показатель несоблюдения режима лечения за неделю. Формальных критериев того, что составляет такой показатель несоблюдения режима лечения, не существует, но согласно эмпирическому правилу он может быть равным или больше 30 минут в день.

Если из данных, полученных из дневников сна, становится очевидно, что на первой неделе лечения не достигнуто никаких клинических улучшений, а показатель соблюдения режима лечения свидетельствует, что пациент не придерживается режимов терапии ограничения сна и/или контроля над стимулами, то данный вопрос превосходит по своей важности все остальные соображения по поводу дальнейшего лечения. В таком случае данный сеанс терапии необходимо полностью посвятить тем факторам, которые мешали пациенту соблюдать режим лечения. На данном сеансе терапии необходимо уделить основное внимание усилиям, направленным на обеспечение соблюдения режима лечения, или же принять решение отложить либо вообще прекратить лечение. Как правило, несоблюдение режима лечения проявляется в одной из трех следующих форм:

1. Пациент хотел, но не сумел убедить себя сделать это.
2. Пациент просто не смог это сделать.
3. Пациент не захотел это сделать.

"Хотел, но не сумел"

Нередко бывает так, что на сеансе терапии пациенты всей душой согласны с принципами предлагаемого им лечения, но зачастую они обнаруживают, что не могут сделать то, что должны сделать, когда они

пытаются задержать привычный для них момент времени отхода ко сну или покинуть спальню после пробуждения ночью. Как при других пристрастиях, в данном случае, по-видимому, происходит целый процесс разубеждения себя. Ниже приведены характерные тому примеры.

"Начнем с завтрашней ночи, а не этой ночью".

"Я действительно чувствую, что засыпаю, я знаю, что мне следует бодрствовать, но, может быть, мне нужно поймать удобный момент, поскольку меня так сильно клонит ко сну".

"Мне тепло и уютно в постели, и если я встану, то ночной холод пробудит меня полностью".

Очевидно, что в данном случае показана терапия более когнитивного характера, которая имеет отношение к подобным примерам образа мыслей. В частности, можно вернуться к вопросу сравнения улучшений в краткосрочной и долгосрочной перспективе (см. рис. 4.2) или энергично взяться за сводящие с верного пути (соскальзывающие) невольные мысли, используя другую эвристику.

Наш подход к данной форме несоблюдения режима лечения основывается на следующем принципе (и лозунге): "Бодрствовать плохо, когда есть все основания спать". И хотя этот принцип не проверен эмпирически, он предполагает, что контроль над мыслями и импульсами в ночные фазы суточного (циркадного) ритма нарушается. Это может происходить потому, что системы лобных долей головного мозга, отвечающие за контроль над мыслями и импульсами, первыми переходят в "автономный режим" (с точки зрения полисомнографии), их нормальное функционирование чаще всего нарушает усталость и сонливость, а кроме того, они могут быть подвержены в наибольшей степени отклонениям суточного ритма. Что касается последнего, то вполне возможно, что функционирование лобных долей головного мозга ослабевает в ночное время суток независимо от соображений по поводу степени сонливости, усталости или лишения сна. Следовательно, пациенты могут быть необычно склонны к необоснованной логике или потере причинной мотивации именно в тот момент, когда это требуется больше всего, т.е. тогда, когда они пытаются практиковать ограничение сна и контроль над стимулами. Ценность такого формулирования проблемы несоблюдения предписанного режима лечения может состоять в том, что пациенту дается возможность в большей степени соблюдать режим лечения, поскольку несоблюдение — не его вина. В самом деле, несоблюдение пациентом режима

лечения можно понять. Если пациент оказывается в подобной ситуации, зная, что имеются основания биологического характера для уязвимости к несоблюдению режима лечения, это может вернуть ему силы или снова позволить ему быть более бдительным (т.е. удвоить его силы в борьбе с разубеждением себя вроде следующей мысли: "Мне не нужно вставать с постели, потому что...").

"Просто не сумел"

В данном случае оказывается, что пациент воспринял поведенческую модель бессонницы, но не сообщает, что отговаривает себя следовать требуемым предписаниям. Вместо этого пациент сообщает, что он просто не смог оставаться бодрствующим до назначенного часа или встать с постели после пробуждения ночью.

Принимая во внимание такой вариант развития событий, психотерапевту, может быть, самое время тщательно составить план действий, чтобы помочь пациенту соблюдать режим лечения. Чтобы побудить пациента соблюдать предписанную ему задержку фазы отхода ко сну (т.е. оставаться бодрствующим до назначенного часа ложиться спать), можно воспользоваться несколькими стратегиями. К их числу относятся перечисленные ниже благотворные вмешательства.

- Избегание положений лежа в течение последних 1–3 часов ночью.
- Планирование физической деятельности в вечерние часы.
- Наложение холодных компрессов на конечности или поясницу.

К более агрессивным стратегиям, требующим особой осмотрительности и значительного опыта, относятся следующие:

- Воздействие яркого света в вечерние часы.
- Осторожное употребление кофеина в вечерние часы.
- Употребление стимуляторов (модафинила или метилфенидата).

И хотя подобные стратегии потенциально эффективны, существует опасность, что они могут усугубить первоначальное затруднение или потенциально создать новые трудности.

Побудить пациента придерживаться составляющей терапии, относящейся к контролю над стимулами, возможно, будет затруднительно.

Помимо рекомендованных ранее когнитивных вмешательств (убеждения на основании понятий "ножниц" или "сна разума") и стратегии поведенческого подкрепления (занятия увлекательной деятельностью только во время практики контроля над стимулами), не так уж и много можно сделать, чтобы помочь пациенту придерживаться данной составляющей лечения. Единственным исключением из этого правила является употребление по утрам стимуляторов, которые могут в достаточной степени воспрепятствовать негативным последствиям контроля над стимулами, чтобы содействовать лучшему соблюдению режима лечения.

Еще одна возможность, которую можно рассмотреть, состоит в том, чтобы оценить, до какой степени ошибочное восприятие состояния сна (субъективно-объективного расхождения) является свойством присутствующей бессонницы. Это важно потому, что факторы восприятия, иначе называемые перцептивными, могли повлиять на базовый показатель самооценки пациентом непрерывности сна в большей степени, чем фактические трудности начала или поддержания сна. В таком случае сокращение сна пациента до сообщаемой им средней продолжительности могло бы привести к большей потере сна, чем обычно происходит при остром применении ТОС. В итоге пациент лишился бы сна настолько, что действительно не смог бы оставаться бодрствующим до предписанного ему времени. Если в течение исходной недели применялась актиграфия, этот вопрос можно исследовать непосредственно. А если актиграфия не применялась в течение исходной недели, но она доступна, то можно рассмотреть вариант получения данных из дневника сна и актиграфии в течение второй недели. Это даст возможность оценить, имеется ли существенное расхождение между сообщаемым и объективно измеренным показателем ОВС.

"Не захотелось"

В данном случае пациент просто не воспринял поведенческую модель бессонницы, в связи с чем перед клиницистом встает такой вопрос: "Настолько вероятно, что убеждение и дополнительные сведения окажутся эффективными?" Наш подход к такому варианту развития событий является в какой-то степени провокационным. Он состоит в том, чтобы просто дать пациенту понять, что он волен принять собственное решение и что одно из таких решений означает просто не продолжать лечение в данный момент.

Диалог №14. Преодоление несоблюдения режима лечения с помощью когнитивной реструктуризации

Психотерапевт: Что ж, мы оказались именно в том положении, где в настоящий момент данные известны вам так же, как и мне. Если вы следуете установленному нами режиму лечения, то, вероятнее всего, достигнете улучшений на 30–50% в краткосрочной перспективе, а еще большего — в долгосрочной перспективе. Вам известно, что то, чего мы от вас требуем, вынуждает идти на компромисс между краткосрочным мучением и долгосрочным улучшением. По-видимому, вы решили, что краткосрочное мучение того не стоит. Вы, конечно, вольны сделать такой выбор, и если вы хотите пойти именно таким путем, то мы на этом закончим. Может быть, теперь не самое лучшее для нас время проводить такое лечение. Но позвольте мне все же сделать еще одну попытку, чтобы взглянуть на создавшееся положение в перспективе. Скажите мне еще раз, как давно у вас бессонница.

Пациент: Пять лет.

Психотерапевт: Хорошо. Возникали ли у вас нарушения сна в связи с бессонницей каждую ночь все эти пять лет?

Пациент: Вероятно, нет. Но более вероятно, что 5 дней в неделю.

Психотерапевт: Хорошо. Ради поддержания дискуссии допустим, что 3 дня в неделю. Так, если в году 52 недели (пускай, 50 недель) и бессонница была у вас 3 дня в неделю, то в итоге у вас было 150 бессонных ночей в год. Это приблизительно составляет 750 несчастных ночей за последние пять лет. Кажется верно, не так ли?

Пациент: Думаю, верно.

Психотерапевт: Хорошо. Помните принцип “ножниц”? Именно об этом идет здесь речь. Я прошу вас пожертвовать 14–21 плохими ночами ради того, чтобы избежать 750 несчастных ночей. Как по мне, так это удачная сделка, но выбор остается за вами. Продолжим ли мы лечение еще на одну неделю или на этом остановимся? И, пожалуйста, имейте заранее в виду, что остановиться никогда не поздно. Ведь это ваша бессонница. Если вы хотите, чтобы она осталась, то решать вам. Так, что вы выберете: 14–21 несчастных ночей вместо 750 или оставить все как есть?

Альтернативы вопросам несоблюдения режима лечения

Предыдущий раздел мы посвятили вопросам несоблюдения режима лечения, т.е. такому варианту развития событий, когда у пациентов не проявляются клинические улучшения, а также имеются свидетельства, что они не придерживаются назначенного курса лечения. В качестве альтернативных вариантов развития событий (все они основываются на допущении или свидетельстве, что пациент соблюдает режим лечения), могут быть рассмотрены следующие:

1. Клинические улучшения соответствуют ожиданиям (эффективность сна больше или равна 90%).
2. Клинические улучшения несущественны (эффективность сна в пределах от 85% до 90%).
3. Клинические улучшения отсутствуют (эффективность сна меньше 85%).

Рассмотрим каждый из этих альтернативных вариантов по очереди.

Эффективность сна больше или равна 90%

Это, конечно, идеальный вариант. В данном случае предписанное время отхода ко сну сдвигается вперед по фазе на 15 минут, что позволяет потенциально увеличивать дозу общего времени сна на 15 минут. Это приращение является стандартным для метода Шпильмана и, по-видимому, слишком мало для некоторых пациентов, как, впрочем, и для некоторых клиницистов. Предположительно, такое приращение является оптимальным потому, что оно снижает риск внезапного обращения улучшений вспять. Это означает, что если пациент не увеличивает общее время своего сна, исходя из увеличения общей возможности спать (ОВСП), то эффективность сна в процентах вряд ли упадет ниже уровня, составляющего приемлемую эффективность сна. Так, если предписанная общая возможность спать составляет 300 минут, а эффективность сна пациента — 90% (или 270 минут), то увеличение показателя ОВСП до 315 минут без соответствующего увеличения общего времени сна (270 минут) по-прежнему дает эффективность сна, равную 85% (270/315). Таким образом, обращения улучшений вспять не происходит, а уменьшать дозу возможности спать не нужно.

Эффективность сна в пределах от 85% до 90%

В данном случае предписанное время отхода ко сну не изменяется, а доза общего времени сна не увеличивается. Предписанное пациенту время отхода ко сну и возможность спать остаются теми же самыми. Если не удается добиться оптимальных улучшений в первую неделю терапии ограничения сна, это совсем не обязательно должно вызвать тревогу. Некоторым пациентам требуется накапливать больший долг сна, чтобы сон стал крепким. Если курс лечения остается неизменным на следующей неделе, то может потребоваться его переоценка. Вопросы, которые следует рассмотреть в этот момент, связаны с точностью данных самооценки. В частности, заполняет ли пациент дневники сна на основании фактов и того, что, на его взгляд, клиницист ищет или хочет увидеть? До какой степени так называемое ошибочное восприятие состояния сна можно считать определяющим фактором? Имеется ли скрытый медицинский, психический или медикаментозный фактор, мешающий продвижению лечения вперед?

Эффективность сна меньше 85%

Действия при таком варианте развития событий вызывают споры. В соответствии формулировкой терапии ограничения сна (ТОС), предложенной Шпильманом [19], если эффективность сна меньше 85%, то возможность спать должна быть сокращена еще больше путем предписания дополнительной задержки времени отхода ко сну по фазе. Из первоначальной формулировки ТОС неясно, следует ли проводить такую терапию по правилу “15 минут” или выбрать новое среднее общее время сна, чтобы вернуться к исходному предписанному времени отхода ко сну. Алгоритмическое применение одной из этих двух стратегий, вероятнее всего, окажется эффективным, при условии, что клиницист старательно избегает такого варианта развития событий, когда пациент воспринимает уменьшение дозы сна как “наказание”.

Диалог №15. Что?! Мне придется себя ограничить еще больше?

Психотерапевт: Похоже, что предписанное нами величина ограничения сна оказалась неподходящей для достижения эффективности

сна, которую мы стремимся изменить. Когда я наблюдал нечто подобное на своем опыте, то достигал хороших результатов путем перерасчета — пересмотра, если хотите — показателя ограничения сна.

Пациент: У меня дурное предчувствие, что вы собираетесь сказать нечто такое, чего мне не хочется слышать.

Психотерапевт: Верно. Я знаю, что смириться с мыслью о дальнейшем ограничении на этот раз может быть трудно, поскольку ее можно сравнить с тем, что вы не можете сделать или хотели бы сделать в последнюю очередь. Но я опасаюсь, что если мы оставим вас на данном уровне ограничения сна, то, пройдя еще несколько недель, мы можем не достичь никакого улучшения. Если же мы ограничим время сна еще больше, это может доставить вам неудобство в краткосрочной перспективе, но имеет больше шансов на успех в долгосрочной перспективе.

Пациент: Ах, да. Я знаю. Это "ножницы".

Психотерапевт: Посмотрим на это с точки зрения диеты. Если бы вы исключили из нее некоторые любимые продукты (скажем, мороженое и печенье), то как бы вы себя почувствовали?

Пациент: Ну, я бы, вероятно, тосковал по этим продуктам и, может быть, почувствовал бы чуть больший голод, чем обычно.

Психотерапевт: Ладно. Но сколько веса вы бы при этом потеряли?

Пациент: Я уже это делал, и немного потерял в весе.

Психотерапевт: Верно. Так, что вам нужно сделать?

Пациент: Я вас понял. Мне бы пришлось приложить больше усилий к данному процессу: придерживаться диеты систематически, в том числе подсчитывать калории и рассчитывать, насколько меньше мне нужно есть, чтобы сбавить вес. Безусловно, я бы испытывал больший голод, но добился бы желаемых результатов и, возможно, быстрее, чем думал.

Психотерапевт: Верно. То же самое и здесь. Мы могли бы ошибочно рассчитать требующееся сокращение количества калорий, но убедиться в этом через неделю было бы трудно.

Итак, выбор остается за вами. Мы можем оставить все как есть, но если бы через одну или две недели мы оказались на том же самом

месте, то можете быть уверены, что я порекомендовал бы вам еще большее ограничение сна. Если же мы сделаем это теперь, то через неделю или около того мы покончим с этой частью лечения, поскольку произойдет одно из двух: либо вы начнете демонстрировать хороший прогресс, и мы сможем увеличить количество получаемого вами сна, либо мы будем знать наверное, что для преодоления бессонницы потребуется другая стратегия.

Общий обзор гигиены сна и приспосабливание предписания к индивидуальным потребностям пациента

На первом шаге данного вмешательства пациенту нередко предоставляется раздаточный информационный материал. После этого делается обзор различных пунктов инструкций по гигиене сна и оснований для них. Набор таких инструкций приведен в табл. 3.1. Следует, однако, заметить, что в рассматриваемой здесь формулировке приняты некоторые особенности других видов терапии. Например, пункты 1, 2, 12 и 14 инструкций по гигиене сна считаются по традиции составной частью терапии контроля над стимулами и/или ограничения сна.

Обучение гигиене сна оказывается наиболее полезным, если приспособить ее к поведенческому анализу стилей поведения пациента в состоянии сна и бодрствования. Приспосабливание данного процесса позволяет клиницисту, во-первых, продемонстрировать, насколько глубоко он понимает личные обстоятельства пациента, зная, какие именно пункты инструкций по гигиене сна ему подойдут и какие из них не подойдут, а, во-вторых, критически пересмотреть правила, которые во многих случаях оказываются слишком “абсолютистскими”. Рассмотрим два характерных примера.

- Предостережение избегать продуктов, содержащих кофеин, может быть, в общем, истолковано слишком упрощенно. Напитки, содержащие кофеин, можно употреблять с целью побороть усталость в дневное время суток, особенно в ходе острой терапии. И если пациент вовремя откажется от их употребления, то сможет тем самым усилить свою способность заснуть.

- Запрещать короткий сон днем может быть непрактично. Пациентам старшего возраста или с особыми требованиями к выполнению работы, может быть, действительно требуется возмещать подобным образом потерю сна. При более обдуманном подходе к короткому сну днем можно учесть время для такого сна, его продолжительность и порядок организации ночного сна в те дни, когда пациент дремлет днем. Короткий сон в более раннее время днем допустит большую гомеостатическую потребность в ночном сне, а ограничение продолжительности короткого сна днем — меньшую гомеостатическую разрядку и усиление у пациента ощущения, что он отдохнул, подремав днем и тем самым избежав пробуждения от медленного сна и страданий от болезненных последствий инерции сна. Более поздний отход ко сну в определенных пределах, когда пациент дремлет днем, может свести к минимуму влияние короткого сна днем на ночной сон.

И, наконец, можно утверждать, что самая важная сторона обучения гигиене сна состоит не столько в даваемых "советах", сколько в самом взаимообмене информацией. Тщательный и подробный обзор гигиены сна может усилить большее доверие пациента к своему психотерапевту и режиму лечения. Такое усиление доверия может, в свою очередь, привести к тому, что пациент будет прилежнее соблюдать более трудные особенности терапии.

Идеальная процедура назначения гигиены сна выглядит следующим образом:

1. Дать пациенту перечень правил и предложить ему прочитать их по очереди вслух.
2. Сделать обзор "настоятельной необходимости" и пояснить научные основы клинической практики.
3. Обсудить с пациентом применение правил в его конкретном случае.
4. Предложить пациенту составить перечень заданий по отдельным элементам гигиены сна на обратной стороне раздаточного информационного материала (например, приобрести новые одеяла, оконные драпировки и т.д.).

Психотерапевт должен оставить у себя копию такого списка заданий, чтобы воспользоваться им на следующем сеансе терапии (т.е. просмотреть

по данному списку, были ли выполнены пациентом порученные ему задания для соблюдения гигиены сна). Ниже приведен образец диалога клинициста с пациентом по каждому пункту инструкций по гигиене сна.

Диалог №16. Правило №1 гигиены сна: гомеостат, время пробуждения и физические упражнения.

Пациент: Первое: спать лишь столько, сколько требуется, чтобы чувствовать себя отдохнувшим в течение следующего дня.

Психотерапевт: Помните, на первом сеансе терапии мы говорили о возбуждении гомеостата сна? Именно это и означает первое правило гигиены сна. Ограничение сна в том и состоит, чтобы сделать ваш сон крепким, повышая у вас бодрствование и уменьшая время, которое вы проводите в постели. После нескольких первых недель ограничения сна вы должны почувствовать себя более отдохнувшим после сна и фактически проводить меньше времени в постели.

Пациент: Второе: вставать в одно и то же время каждый день на протяжении всей недели.

Психотерапевт: Это в самом прямом смысле вопрос обучения. Ваш организм приучается по ходу обучения вовремя засыпать и пробуждаться. Надежный отход ко сну и пробуждение по будильнику и жесткому графику, вероятно, даст такие результаты обусловливания, что со временем ваш организм будет как "по команде" знать, когда пробуждаться и когда засыпать.

Пациент: И мне предстоит это навсегда? Означает ли это, что мне придется пользоваться будильником каждый день и не спать дольше обычного по выходным — больше никогда?

Психотерапевт: И да, и нет. Как я уже сказал, это вопрос обучения. Пока вы обучаетесь, вы должны соблюдать строгий режим сна. Но, как только вы приучитесь, такой режим можно ослабить, продлив сон.

Пациент: И сколько времени отнимет такое обучение?

Психотерапевт: Со мной вам придется обучаться от 6 до 8 недель, но я бы более осторожно спрогнозировал, что вам необходимо будет соблюдать строгий режим сна от одного до трех месяцев. И когда вы

все-таки решите начать "отсыпаться" по выходным, то можете это сделать, при условии, что сохраните улучшения, достигнутые во время лечения, т.е. будете "играть по правилам". Так, если вам захочется поспать на час дольше, то и ладно, но тогда вы должны отложить на час время отхода ко сну на следующий вечер. Подобным образом вы сохраните постоянной потребность в сне. И еще: вам, возможно, придется внимательнее отнестись к внезапным и значительным изменениям в режиме вашего сна. Так, вы можете выработать в себе привычку спать дольше на час по выходным в течение четырех недель, постепенно добавляя по 15 минут ко времени пробуждения каждые выходные.

Таким образом, вы, вероятно, сможете "отсыпаться" по выходным в долгосрочной перспективе, при условии, что будете следовать намеченному плану действий. Поговорим, однако, о будильнике. В данном случае вам, вероятно, придется пользоваться будильником постоянно, и вот почему.

Многие люди не обременяют себя установкой будильника, поскольку они знают, что проснутся вовремя на следующий день. Тем людям, которые спят хорошо или которых вполне устраивает характер их сна, это, возможно, и подходит. Но тем людям, которые страдают бессонницей, обойтись без будильника трудно. И это справедливо для тех пациентов, которые страдают бессонницей посредине ночи или поздно ночью, поскольку это придает адаптивную функцию их расстройству. Иными словами, если перед бессонницей ставится определенная (любая) цель, то избавиться от нее труднее, поскольку считается, что "в бессоннице нет ничего плохого — по крайней мере, она побуждает вставать по утрам". А, пользуясь будильником, можно быть уверенным, что бессонница никогда не послужит такой цели.

Пациент: Третье: регулярно выполнять физические упражнения.

Психотерапевт: Как известно, физические упражнения изменяют характер сна. И хотя неясно, приведут ли ежедневные физические упражнения к тому, что человек будет засыпать быстрее или продолжать спать дольше (на самом деле полученные до сих пор сведения, по-видимому, не свидетельствуют, что физические упражнения

приносят в этом смысле какую-то пользу), очевидно, что "архитектура сна" изменяется. По существу, физические упражнения ускоряют погружение в глубокий сон (третью и четвертую его стадии) и способствуют усилению и/или продлению глубокого сна. И то, и другое хорошо.

Данное место может оказаться идеальным для рисования гиптограммы на маркерной доске, пояснения различных стадий сна, а также их характеристик и предполагаемых функций. Подобная демонстрация, вероятнее всего, вызовет интерес у пациента и сделает для него более понятными факторы, связанные с его бессонницей, что, в свою очередь, должно укрепить в нем приверженность соблюдать режим лечения.

Диалог №17. Правило №2 гигиены сна: альтернативы физических упражнений и обстановка в спальне

Психотерапевт: Любопытно, что это может быть, собственно, не физические упражнения, а, скорее, изменение температуры тела, происходящее во время упражнения. Дело в том, что при повышении температуры тела охлаждение, когда человек ложится в постель, чтобы отойти ко сну, происходит более радикальным образом. Именно это явление, способствует медленному сну. Учитывая это обстоятельство, как еще вы можете повысить температуру своего тела без физических упражнений?

Пациент: Горячая или гидромассажная ванна?

Психотерапевт: Да. Проведен ряд исследований, показавших, что приемлемо горячая ванна в течение 1,5–2 часов перед сном оказывает то же самое влияние на сон, что и аэробные физические упражнения. Кроме того, совсем не плохо соблюдать определенный ритуал перед отходом ко сну, отчасти — в лечебных целях, о которых мы говорили несколько минут назад, а отчасти — уделить немного времени, чтобы расслабиться и "направить день ко сну", что, вероятно, поможет вам заснуть.

Пациент: Четвертое: сделать обстановку в спальне уютной, затемненной и бесшумной.

Психотерапевт: Здесь есть пара вопросов. Первый из них, вероятно, связан с тем, что низкий уровень шума или освещения *не* должен мешать людям, как они того ожидают, засыпать или пробуждаться. Это может, пожалуй, быть и так для молодых людей, но, к сожалению, совсем не так, когда люди становятся старше, и подобные факторы могут нарушать их сон. И откровенно говоря, даже в тех случаях, когда люди сообщают, что подобные факторы не доставляют им особых хлопот, они все же оказывают большее влияние, чем люди могут осознавать.

Возьмем для примера людей, живущих рядом с аэропортами. Среди таких людей было проведено исследование деятельности головного мозга методом ПСГ, в результате которого обнаружилось, что всякий раз, когда над их жилищем пролетал самолет, на ЭЭГ у них наблюдалось возбуждение, несмотря на то, что большинство этих людей сообщали, что они не замечали, как над ними летают самолеты. Такого рода возбуждение, между прочим, глубоко связано с сонливостью и усталостью в дневное время суток. Итак, какова же мораль этой истории?

Пациент: Прийти домой и сделать обстановку в спальне лучше защищенной от шума и света.

Психотерапевт: Верно. Прийти домой и оценить обстановку в спальне.

Сохраняется ли кромешная тьма в спальне, когда встает солнце? Если нет, то, может быть, настал черед поменять оконные драпировки. Если окна в спальне закрыты, можете ли вы слышать шум на дороге или у соседей? Если это именно так, вам, возможно, придется усилить изоляцию в стене, установить окна с двойными рамами, установить панель двойной толщины для внутренних стен и т.д. Реализация большинства из этих вариантов, надо признать, потребует немало времени, не говоря уже о том, что это обойдется недешево, но затраты времени и средств того стоят.

Пациент: А как насчет генератора белого шума или тех звуковых генераторов для сна, которые можно увидеть в каталогах товаров во время полета и которые воспроизводят звуки, издаваемые китами, или шум океана?

Психотерапевт: Помните исследование среди людей, проживающих рядом с аэропортами? Шум есть шум, и поэтому лучше исключить его появление в окружении сна. Но если теперь не самое время обновлять обстановку в доме, то генератор белого шума может вполне подойти, при условии, что он генерирует монотонный шум. Так, звуки, издаваемые китами, вряд ли подойдут, а шум океана годится, но лучше всего, вероятно, белые или так называемые "розовые" формы шума. Между прочим, имеются компании, которые продают генераторы успокоительных форм белого шума, которые могут быть наилучшим компромиссом между приятными звуком и потребностью в его неизменности.

Пациент: Пятое: установить удобную температуру в спальне на протяжении ночи.

Психотерапевт: В качестве общего эмпирического правила любая крайность в отклонении температуры в спальне от нормы нарушает сон. И это настолько очевидно, что мне не нужно даже вам объяснять. Но менее очевидным может быть то, что в просторечии называется "сон любит холод".

Как мы, возможно, уже обсуждали на других сеансах терапии, температура тела колеблется в течение суток, и большинство людей предпочитают спать в то время суток, когда температура их тела самая низкая.

Принимая здесь во внимание причинно-следственную связь, а также некоторые данные, позволяющие предположить, что это именно так, холодное окружение, вероятно, окажется благоприятным для сна. Впрочем, это означает, что не следует спать в слишком холодном окружении. Простой рецепт в данном случае состоит в том, чтобы поддерживать в спальне температуру в пределах 16–20° Цельсия и пользоваться одеялами. Укрываться большим количеством одеял, чем вы думаете, целесообразно потому, что на одних стадиях сна вам потребуется большая защита от окружающей температуры, чем на других его стадиях.

В зависимости от располагаемого времени беседа о пойкилотермии (т.е. заметных колебаниях в терморегуляции организма) при быстром сне обычно вызывает живой интерес у большинства пациентов. Ниже поясняются основы этого явления для тех клиницистов, которые с ним незнакомы. Терморегуляция организма нарушается, если вообще останавливается не полностью, во время быстрого сна, что справедливо по разным причинам. Термогенез (или теплообразование) останавливается потому, что внезапная и глобальная потеря напряжения скелетных мышц препятствует, во-первых, тонизирующему производству тепла, а, во-вторых, ознобной реакции на гипотермию (понижение температуры тела). Кроме того, вполне возможно, что рассеяние тепла нарушается вследствие периферийного сужения кровеносных сосудов, препятствуя излучательному охлаждению, а также тормозит потовую реакцию (испарительное охлаждение). Неспособность к терморегуляции во время быстрого сна, наряду с тем, что "инициаторами" быстрого сна, т.е. сна с быстрым движением глаз (БДГ — REM), служат примитивные части головного мозга, привела некоторых исследователей к выдвижению гипотезы о том, что филогенетически быстрый сон является более старой формой сна, характерной для рептилий.

Диалог №18. Правило №3 гигиены сна: регулярный прием пищи, ограниченное употребление жидкостей и кофеина

Пациент: Шестое: принимать пищу регулярно и не ложиться спать голодным.

Психотерапевт: Голод может нарушить сон. Небольшая закуска перед отходом ко сну, особенно углеводных продуктов, может способствовать сну, но избегайте жирной или тяжелой пищи, которая может вызвать гастроэзофагеальный (желудочно-пищеводный) рефлюкс и пробуждения посреди ночи.

Пациент: Седьмое: старайтесь не употреблять жидкости сверх меры по вечерам.

Психотерапевт: Сокращение употребления жидкостей сверх меры по вечерам позволяет свести к минимуму пробуждения посреди ночи. Эмпирическое правило в данном случае гласит: одна чашка

жидкости (половина банки содовой) в течение четырех часов перед отходом ко сну.

Пациент: Восьмое: сократить употребление всех продуктов, содержащих кофеин.

Психотерапевт: Несмотря на то, что данное правило кажется наиболее верным из всех "заповедей" для сна, на самом деле оно оказывается, вероятно, наименее верным и, на мой взгляд, "чрезмерно соблюдаемым". Нередко люди, страдающие бессонницей, исключают продукты, содержащие кофеин, из своего рациона или диеты. И это может быть ошибкой. Как и в большинстве жизненных ситуаций, все дело в том, когда употреблять кофеин и в каком количестве.

На мой взгляд, более продуктивный подход состоит в том, чтобы употреблять кофеин терапевтическим способом. Например, кофе утром может принести существенную помощь в борьбе с болезненными последствиям плохого сна ночью, кофе после полудня — в борьбе с естественной склонностью к послеобеденной усталости, которая может, в частности, усугубиться вследствие бессонницы, а кофе ранним вечером — в стремлении бодрствовать до позднего времени. Сочетание двух последних факторов может способствовать увеличению потребности в сне. И, наконец, если своевременно отказаться от употребления кофеина, это может помочь людям почувствовать, что их клонит ко сну в то время, когда им, как правило, трудно заснуть. Вся хитрость в том, чтобы выявить достаточную дозу кофеина и момент отказа от него. И сделать это, конечно, нелегко. Все зависит от вашей чувствительности к кофеину (предыстории его употребления), метаболизма вашего организма, разновидности кофеина и вашей готовности выявить методом проб и ошибок оптимальный для вас вариант его употребления.

Ниже приведены некоторые эмпирические правила, которые могут оказаться особенно полезными в ходе лечения.

- Если клиническое действие кофеина длится 4–6 часов (при химическом периоде полураспада 8–14 часов), то употреблять его следует в последний раз за 4–6 часов до желательного или предписанного отхода ко сну.

- Если вы решите употреблять кофеин в течение дня, особенно если вы не пьете кофе или чай регулярно, то проявите разумную осторожность в отношении количества приемов и доз в каждом случае.
- Будьте готовы к тому, чтобы ограничить или увеличить принимаемую дозу, но вносить подобные коррективы из дня в день. Лучше всего собрать за неделю соответствующие данные и внести коррективы, исходя из средних за неделю показателей вашего самочувствия в течение дня и сна ночью.
- И, наконец, кофеина следует избегать полностью, если вы склонны к тревоге или у вас имеются медицинские основания не употреблять кофеин.

Если кофеин включается в рацион вследствие его терапевтического потенциала, то психотерапевту следует благоразумно добавить еще одну строку в дневник сна, чтобы отслеживать и регулировать последствия такого вмешательства.

Диалог №19. Правило №4 гигиены сна: алкоголь и никотин

Пациент: Девятое: избегать употребления алкоголя, особенно вечером.

Психотерапевт: Как и история с кофеином, данный вопрос более сложный, чем может показаться обычному человеку.

Алкоголь является самой лучшим и в то же время самым худшим снотворным. Как правило, алкоголь помогает добиться желанной цели тем людям, которым трудно снять напряжение в конце дня и которые сами склонны к раздражению, досаде или плохому настроению по вечерам. Он содействует расслаблению и обладает настоящими анксиолитическими (т.е. уменьшающими тревожность) свойствами и может даже непосредственно способствовать сну, принимая во внимание его воздействие на центральную нервную систему.

НО то, что алкоголь дарует, то он и отнимает. Он имеет относительно короткое действие, что приводит к возобновлению возбуждения

и бессонницы и может иметь значительный обезвоживающий эффект, который сам по себе может содействовать пробуждению. Из всего этого можно сделать такой вывод: алкоголь в умеренных количествах может принести пользу, способствуя расслаблению и облегчая засыпание. А пить ради того, чтобы содействовать сну, означает идти на компромисс. Выпив, можно легко заснуть, но, в конечном счете, это приведет к раннему пробуждению утром.

А теперь проанализируем, сколько алкоголя вы употребляете и делаете ли вы это для достижения эффекта снотворного. Но прежде соберем немного данных, которые требуются для того, чтобы вы поняли, что я заинтересован в строгом ограничении воздействия алкоголя на ваш сон. Как только мне станут известны эти данные, я смогу дать вам рекомендации относительно тех изменений, которые вам, возможно, придется принять к сведению. И вам решать, будете ли вы придерживаться этих рекомендаций в полной мере. Для нас самое главное — узнать важность алкоголя как фактора, который может препятствовать вашему сну, чтобы вы сделали осознанный выбор.

ПРИМЕЧАНИЕ: иногда клиницист по-настоящему озабочен тем, что употребление алкоголя приводит к случаям промежуточного или окончательного пробуждения. В подобных случаях у клинициста может возникнуть желание занять более твердую позицию. С этой целью он может побудить пациента отказаться от алкоголя или умерить его употребление на одну или две недели, чтобы эмпирически оценить воздействие такой меры на непрерывность сна.

Пациент: Десятое: избегайте курения, особенно ночью.

Психотерапевт: И здесь третий куплет той же самой песни. С одной стороны, никотин является стимулятором. Употребление стимуляторов при попытке заснуть имеет вполне предсказуемый эффект: заснуть становится труднее. А с другой стороны, отказ от употребления никотина, особенно для заядлых курильщиков, может вызвать большее физиологическое возбуждение, чем требуется. Из всего этого можно сделать такие выводы:

- Курение сверх обычной меры будет иметь вредное воздействие на ваш сон.

- Курение меньше обычной меры будет также иметь вредное воздействие на ваш сон.
- Курение, когда этого обычно не следует делать (например, посреди ночи, чтобы "убить время") будет, опять же, иметь вредное воздействие на ваш сон.

Похоже, что ваше положение безвыигрышное, не так ли? Это так, но для нас самое главное — выяснить, провоцирует ли отказ от никотина пробуждение посреди ночи.

Что касается алкоголя и никотина, то ретроспективное оценивание привычек принимать и то, и другое, выявленных при первоначальном собеседовании, могло бы вызвать некоторые опасения по поводу важности этих факторов. Если повезет оказаться именно такой ситуации, то можно инициировать анализ последствий в течение исходной недели, добавив дополнительные пункты в дневники сна. Подобное оценивание позволит клиницисту и пациенту выяснить, имеется ли какая-то связь между употреблением или отказом от употребления алкоголя и никотина и появлением средней или конечной бессонницы. К сожалению, анализ последствий проводится тогда, когда пациент уже частично вылечен, а следовательно, значение алкоголя и никотина как смягчающих факторов может быть сильно недооценено. На то, что эти факторы могут играть определенную роль, указывает, в частности, то обстоятельство, что пациент первоначально проявляет улучшения благодаря ограничению сна, но со временем и с увеличением дозы сна они ослабевают.

Диалог №20. Правило №5 гигиены сна: не ложитесь в постель со своими затруднениями

Пациент: Одиннадцатое: не ложитесь в постель со своими затруднениями.

Психотерапевт: И хотя это правило кажется совершенно очевидным, обсудим его потому, что я могу сообщить вам по этому поводу два обстоятельства, благодаря которым данный вопрос становится более интересным, чем кажется на первый взгляд.

Во-первых, как вам, должно быть, известно, сон не является однозначным состоянием, что означает погружаться в сон, находиться в нем, а затем пробуждаться от него через 6–8 часов. Напротив, имеются, по крайней мере, 5 подстадий, творчески названных 1-й, 2-й, 3-й, 4-й стадией и быстрым сном, т.е. сном с быстрым движением глаз (БДГ — REM). Совместно 1-я–4-я стадии сна называются спокойным сном, а быстрый сон, о котором, я уверен, вы слышали, на самом деле связан со сновидениями. Но вам, может быть, неизвестно, что большинство людей просыпаются после быстрого сна на короткое время (10–90 секунд) при каждом удобном случае. Те люди, которые спят хорошо, могут не испытывать подобные пробуждения в тот момент как таковые, и зачастую они вообще не вспоминают о них утром.

Но в этом-то и вся загвоздка: быстрый сон — это состояние, сильно активизированное деятельностью головного мозга, и последующие случаи пробуждения могут также характеризоваться сильной активизацией деятельности головного мозга. Это можно осмыслить, например, следующим образом: в течение ночи появляется 4 или 5 случаев, когда ваш головной мозг имеет возможность возобновить бодрствование. Если вы ложитесь в постель со своими затруднениями, то у вас появляются 4 или 5 возможностей встретиться с ними ночью. Как мы говорили прежде, бессоннице не следует придавать адаптивную функцию, а в данном случае — время для разрешения затруднений.

Во-вторых, любопытно, стоит ли вообще пытаться обдумывать возникшие затруднения ночью. Имеется целый ряд исследований, в дальнейшем развитии которых мы заинтересованы и которые относятся к области хрононейропсихологии. Было бы преувеличением сказать, что когнитивная функция радикальным образом изменяется в зависимости от времени суток.

Основная идея состоит в следующем: в течение ночи (ночной фазы 24-часовых суток) вполне возможно, что большинство людей оказываются "умственно отсталыми", хотя и не подозревают об этом. Мы считаем, что это связано с тем, что головной мозг засыпает не сразу и что одни его части засыпают раньше других и/или более или менее

продолжают спать даже тогда, когда остальной мозг бодрствует. Та часть головного мозга, которая, вероятнее всего, засыпает посреди ночи, отвечает в значительной степени за ваше внимание, логическое мышление и оценивание того, что является благоразумной или неблагоразумной мыслью и поведением. Если эти функции нарушены (во многом таким же образом, как и в состоянии сильного опьянения), то нетрудно заметить, насколько легко человек переходит от разрешения затруднений просто к бесполезному беспокойству. Принимая такую точку зрения во внимание, вы можете увидеть, что это еще одна причина отложить обдумывание всяких дел на следующий день.

Вывод: когда вы ложитесь спать или пробуждаетесь посреди ночи, не пытайтесь решать свои дела и старайтесь не беспокоиться о них в постели. Чтобы разрядить подобную ситуацию, можно, в частности, составить перечень тех дел, которыми следует заняться на следующий день, *прежде чем отходить ко сну*. Если вы пробудитесь, все еще думая об этих делах, встаньте с постели и сделайте несколько заметок. Как только вы убедитесь, то в достаточной степени изложили свои мысли на бумаге, чтобы вернуться к ним утром, ложитесь снова в постель.

При обсуждении вопросов соблюдения пациентом режима лечения ранее в этой главе (см. подзаголовок “Хотел, но не сумел”) мы ввели следующий принцип: “бодрствовать плохо, когда есть все основания спать”. А здесь мы снова возвращаемся к этому принципу, чтобы применить его в случаях пробуждения посреди ночи и восприимчивости к беспокойству. Но на этот раз следует запомнить, что подобные идеи и принципы являются клиническими истинами. Они имеют некоторую ценность для КПТБ как вспомогательные средства, хотя и ожидают формальной демонстрации своей истинности.

Здесь можно было бы сказать еще немало. Например, объяснить принцип когнитивной релаксации. А с другой стороны, можно было бы растолковать такую идею: человек способен войти в порочный круг беспокойства, возбуждения и неспособности заснуть, размышляя над важными жизненными вопросами в постели. Время и способ объяснения касательно данной инструкции по гигиене сна может, конечно, зависеть от конкретной клинической ориентации психотерапевта.

Диалог №21. Правило №6 гигиены сна: не пытайтесь заснуть

Пациент: Двенадцать: не пытайтесь заснуть.

Психотерапевт: Это важный вопрос, и хотя он, как ни странно, очевиден, но все же не совсем. С одной стороны, очевидно, что нельзя просто скомандовать или повелеть себе расслабиться и успокоиться. А еще более очевидно, что нельзя просто так скомандовать себе "отключиться", впав в беспамятство. Но, по иронии судьбы, мне все время приходится слышать следующее выражение: "Я пытался (пыталась) заснуть и..." Ирония здесь в том, что сама попытка заснуть несовместима с тем, что человек пытается сделать. Вы не можете расслабиться и в то же время прилагать к этому усилия. И вы не можете рассредоточить свои мысли и отвязаться от них, когда они сосредоточены, а вы на самом деле заняты задачей, называемой "попыткой".

Сном нельзя командовать или повелевать, и, несмотря на то, что все мы об этом знаем, мы все-таки "пытаемся заснуть". Вот некоторое представление, которое может помочь лучшему пониманию этого недоразумения. Обратимся к нелепой, но подлинной аналогии.

Сон подобен серфингу. Вы можете подготовиться к серфингу, иметь все подходящее снаряжение, но, в конечном счете, грести на доске, ожидая волны. Вы не можете повелеть волне прийти, а можете лишь быть на месте, когда она придет. В какой-то степени гигиена сна в том и состоит, чтобы быть готовым к серфингу, когда придет волна.

Если пациенту понравится такая аналогия, то можно уделить ей некоторое время, раскрывая потенциальные сходства с помощью таких наводящих вопросов: Волна — это ...? Доска для серфинга — это ...? Ваш купальный костюм — это ...? Лучшее время для серфинга — ...? И это равнозначно ...? Человек, сидящий на доске и готовый к приходу волны — это ...? Но, независимо от того, будут ли раскрыты потенциальные сходства или нет, важно, чтобы пациент правильно воспринял следующий принцип: вероятность сна можно лишь оптимизировать, но принудить ко сну нельзя.

Диалог №22. Правило №7 гигиены сна: слежение за часами и короткий сон днем

Пациент: Тринадцать: поставьте часы под кровать или поверните их так, чтобы не видеть, какое время они показывают.

Психотерапевт: Если будильник установлен, то и нет никакой нужды узнавать посреди ночи, который час. Это обстоятельство, а еще важнее — слежение за часами, может лишь привести к беспокойству и досаде. А ведь ничто другое, как беспокойство и досада, не "раздувают пламя" бессонницы.

Пациент: Четырнадцатое: старайтесь не дремать днем.

Психотерапевт: Несмотря на то, что большинство людей, страдающих бессонницей, не дремлют или не могут дремать днем, и поэтому короткий сон днем для них — не вопрос, нам все же важно рассмотреть его. Ведь этот вопрос может возникнуть в ходе терапии или после нее.

Большинство людей, страдающих бессонницей, испытывают сильную усталость (физическую или психическую слабость), но не разновидность сонливости, которая позволяет им дремать днем. На протяжении нескольких первых недель терапии это положение может измениться. В частности, вы можете обнаружить, что хотите и можете дремать днем.

В психологической науке имеются две точки зрения на данный вопрос. Одна из них предполагает, что короткого сна днем следует избегать, а другая допускает его, но при условии, что соблюдаются определенные "правила". Обе точки зрения придерживаются той идеи, что, по крайней мере, в краткосрочной перспективе каждый человек может производить фиксированное количество сна. Так, если человек дремлет днем, ему доступно меньше сна ночью.

Посмотрим на это следующим образом: если бы у вас был счет в банке, и вы откладывали бы на нем по 6 долларов, но столько же и тратили бы каждый день, то что бы произошло вечером следующего дня после снятия со счета днем одного доллара?

Пациент: В тот вечер у меня вместо шести нужных мне долларов осталось бы только пять.

Психотерапевт: Верно. Так, что вы сделаете, чтобы не превысить остаток на своем счету?

Пациент: Буду снимать только по 5 долларов в те дни, когда я трачу в течение дня 1 доллар.

Психотерапевт: Да. Именно на этом и основывается одна из научных точек зрения на короткий сон днем. Если вы собираетесь вздремнуть днем, то соответственно корректируете свой сон ночью. С практической точки зрения это означает, что вы откладываете отход ко сну на то время, в течение которого вы спали днем.

Здесь имеются еще два эмпирических правила. Во-первых, короткий сон днем меньше препятствует регуляции сна ночью. Следовательно, лучше дремать днем меньше часа, а еще лучше — полчаса, если вы хотите иметь хорошие шансы проснуться от короткого сна днем, почувствовав себя вполне отдохнувшим. И, во-вторых, более ранний короткий сон днем не помешает регуляции сна ночью.

Пациент: Мне это кажется слишком сложным. Может быть, в краткосрочной перспективе лучше просто не дремать днем.

Психотерапевт: Верно. И на этом основывается другая научная точка зрения на короткий сон днем. В ходе терапии дремать днем не следует.

Запомните, пожалуйста, что если вы почувствуете в течение дня сонливость настолько, что рискуете заснуть в неподходящие моменты или в неподходящих местах, значит, это серьезный вопрос, который нам необходимо разрешить.

После рассмотрения инструкций по гигиене сна клиницист должен подытожить задания на неделю, сделать копию списка заданий пациента по гигиене сна и пояснить, что последующие 1–3 сеанса терапии будут более короткими приемами, посвященными, главным образом, дозированию сна.

И последнее замечание в отношении гигиены и окружения сна: примечательно, что проведено очень мало формальных исследований

по поверхностям для сна и/или последствиям изменения домашнего окружения сна. В отсутствие достоверных данных вложение средств в окружение сна (новые матрацы, подушки, спальную мебель, окраску стен и/или освещение и т.д.) может, по крайней мере, повлиять на увеличение шансов пациента на изменение к лучшему. Помимо этого, значительные изменения в окружении сна могут умерить негативные ассоциации, существующие по отношению к спальне, а также способствовать улучшению сна, ослабляя "власть" обстановки в спальне вызывать обусловленное возбуждение. И, наконец, тщательный выбор нового матраца и подушек может способствовать улучшению сна, уменьшая ортопедический дискомфорт и/или боль.

Четвертый сеанс: дозирование сна (30–60 минут)

Задачи

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график
Оценить достижения в лечении и соблюдение его режима
Выяснить, обосновано ли увеличение дозы сна

Основные цели этого сеанса терапии

1. Просмотреть полученные данные.
2. Оценить достижения в лечении и соблюдение его режима. В случае несоответствия сосредоточить этот сеанс терапии на данном вопросе.
3. Внести следующие коррективы в режим сна пациента:
   - В случае позитивных клинических улучшений (ЭС% > 90%), увеличить общую дозу для возможности спать.
   - В случае отсутствия или несущественных клинических улучшений (ЭС% в пределах 85–90%), сохранить режим сна и представить основания для этого пациенту.
   - В случае негативных клинических улучшений (ЭС% < 85%), уменьшить общую дозу для возможности спать и представить основания для этого пациенту.
4. Продолжить добиваться от пациента обязательства придерживаться программы лечения.

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график

Подобно всем амбулаторным клиническим контактам, данный сеанс терапии начинается с просмотра дневника сна и построения графика по средним показателям сна за неделю. Средние показатели сна должны быть рассчитаны и сравнены с аналогичными показателями за предыдущие недели.

Оценить достижения в лечении и соблюдение его режима

На данном этапе, если не раньше, главный вопрос для этого сеанса терапии заключается в следующем: начал ли пациент проявлять признаки клинической реакции на лечение? Иными словами, проявляют ли взрослые пациенты эффективность сна больше 90% в среднем за неделю, а пациенты старшего возраста — эффективность сна больше 85% и показывает ли график резкий спад показателя ОВС?

Если ответ на данный вопрос утвердительный, то основное внимание на этом сеансе терапии необходимо сосредоточить на том, чтобы:

- увеличить дозу общего времени сна (ОВС);
- выяснить, были ли решены вопросы гигиены сна в качестве домашнего задания;
- рассмотреть стратегии, помогающие пациенту проявлять надлежащую настороженность в течение дня;
- рассмотреть стратегии, помогающие пациенту оставаться бодрствующим до назначенного времени отхода ко сну;
- рассмотреть стратегии, помогающие пациенту практиковать должным образом контроль над стимулами.

Если позитивные клинические улучшения отсутствуют, а из дневника сна следует, что пациент не придерживался режима лечения, то клиницисту придется снова оценить, какая из форм несоответствия режиму лечения имеет место. В тех случаях, когда пациент "просто не смог" или "хотел, но не сумел" соблюсти режим лечения, клиницисту придется оценить, что именно пациент "не смог сделать". В большинстве случаев объяснение "не смог" означает неспособность пациента оставаться бодрствующим до назначенного времени отхода ко сну или же его неспособность вставать с постели посреди ночи.

Яркий свет вечером, употребление кофеина после полудня, утренней или дробной дозы модафинила может послужить к увеличению общего времени бодрствования пациента в течение дневной фазы суточного ритма. А дополнительная когнитивная терапия может оказать помощь в том, чтобы добиться соответствия усилиям, затрачиваемым на практическое применение контроля над стимулами. Еще один дополнительный

прием, которым можно также воспользоваться, состоит в том, чтобы предложить пациентам звонить на автоответчик посреди ночи и побудить их выражать в этот момент свои чувства по поводу практики контроля над стимулами, пообещав пациенту как психотерапевт терпеливо выслушать каждое его "жестокое" слово.

В тех случаях, когда пациент упорствует в том, что он просто "не захотел" соблюдать режим лечения, можно дополнительно оценить те факторы, которые могут препятствовать соблюдению режима лечения. Например, апатия пациента может быть связана с депрессией. Такое продолжение усилий добиваться от пациента обязательства соблюдать режим лечения и улучшений в лечении лишний раз подчеркивает, что процесс оценивания должен быть непрерывным. На самом деле вполне возможно, что в данном контексте пациент может поделиться сведениями, о которых он умолчал или же осознал, что они оказались более важными, чем было очевидно раньше. А с другой стороны, клиницисту, может быть, лучше не обнадеживать больше пациента тем, что к нему можно будет обратиться в тот момент, когда пациент будет в большей степени готов "дать лечению шанс". Если такое предложение сочетается с гарантией срочного доступа к услугам клинициста в будущем, это поможет последнему показать, что его рекомендация прекратить предоставление своих услуг не преследует карательные цели.

И, наконец, если никаких клинических улучшений не наблюдается, а из дневника сна следует, что пациент соблюдал режим лечения, то клиницисту придется снова оценить данный конкретный случай. В этот поворотный момент следует задать вопросы, есть ли свидетельства того, что:

- бессонница вызвана, главным образом, "ошибочным восприятием состояния сна"?
- в данном случае физиологическое возбуждение присутствует в большей степени, чем обычно бывает при первичной бессоннице?
- имеется суточная аритмия, которая не была обнаружена или на нее не было обращено внимание?
- имеется скрытое нарушение сна, медицинское или психическое заболевание, которое не было обнаружено или на него не было обращено внимание?

- имеется составляющая лечения химической или наркотической зависимости, которая не была обнаружена или на нее не было обращено внимание?

Ошибочное восприятие состояния сна (парадоксальная бессонница)?

Как указывалось ранее в разделе, посвященном третьему сеансу терапии, если значительную часть первичной бессонницы у пациента составляет ошибочное восприятие состояния сна, то такая форма бессонницы может поддаваться, а может и не поддаваться традиционной КПТБ (см., например, [64]). Чтобы выяснить, является такой фактор существенным, можно направить пациента на исследование сна методом ПСГ или произвести дополнительное оценивание, предлагающее отслеживание состояния сна пациента с помощью актиграфии и показателей из дневника сна.

В связи с изложенным выше возникает следующий вопрос: "Почему бы не оценить ошибочное восприятие состояния сна в течение исходной недели терапии?" Ответ состоит в том, то ошибочное восприятие состояния сна не противопоказано для КПТБ. В настоящее время неизвестно, поддаются ли в меньшей степени или вообще не поддаются КПТБ те пациенты, у которых наблюдаются значительные субъективно-объективные расхождения. Оценивание на данном этапе состоит в том, чтобы объяснить отсутствие реакции на лечение и исключить перечисленные выше альтернативы в качестве основных посредников (или модераторов) отсутствия реакции на лечение.

Если выяснилось, что ошибочное восприятие состояния сна все же составляет значительную часть бессонницы пациента, то клиницисту придется, во-первых, пояснить данное состояние пациенту, а, во-вторых, поэкспериментировать с каждым из режимов лечения, чтобы выяснить, какой из них дает терапевтический эффект, если это вообще возможно.

Что же касается пояснения данного состояния пациенту, то приведенный ниже диалог может послужить примером того, как решается подобный вопрос.

Диалог №23. Обсуждение ошибочного восприятия состояния сна

Психотерапевт: Из данных, собранных нами за последнюю неделю, следует, что у вас редкая форма бессонницы, которую мы пока еще не вполне понимаем. Позвольте вам сообщить о том, что нам уже известно. Из данных, собранных нами из актиграфа, следует, что если бы мы проводили исследование сна на вас, то:

- то не получили бы никаких свидетельств других нарушений сна, которые могли бы объяснить вашу бессонницу;
- а измерение активности вашего головного мозга ночью дало бы нечто похожее на нормальный сон.

Но, несмотря на идеальную или близкую к идеальной " картину" сна, вы все же записали бы утром в своем дневнике сна, что вам потребовалось много времени, чтобы заснуть, и/или вы долгое время бодрствовали ночью. Короче говоря, обнаружилось бы несоответствие наших измерений и вашего восприятия сна.

Пациент: Что вы имеете в виду? Не хотите ли вы сказать, что люди думают, будто я лгу или выдумываю?

Психотерапевт: Нет, дело не в том, что кто-нибудь подумает, будто вы лжете или что-то выдумываете. Мы просто не знаем, что делать в подобном случае. Вам важно знать, что в данной области проводится немало исследований и что обсуждается ряд хороших идей, объясняющих такое состояние сна.

Одна идея состоит в том, что имеется такая разновидность деятельности головного мозга, которая, как правило, не измеряется в ходе традиционных исследований сна. И эта деятельность связана с таким уровнем "занятия" или "сознания", который обычно не сопутствует сну. Под уровнем занятия или сознания я подразумеваю следующее:

- уровень осознанности, не типичный для сна;
- способность запоминать события, которые происходят во время сна и которые большинство людей забывают.

Не то, чтобы вы не могли во время сна производить расчеты, проигрывать аудиозаписи в уме или изучать другой язык. Это просто означает, что если бы аудиозапись проигрывалась в вашем уме, вы осознавали бы это лучше, чем другие люди. Ведь большинство людей вообще не "слышат" аудиозапись в уме, а если бы они и слышали, то не помнили бы об этом на следующее утро.

А с другой стороны, вы могли бы распознать больше информации из аудиозаписи, если бы она воспроизводилась днем, хотя и не совсем обязательно запомнили бы, что аудиозапись воспроизводилась и что при этом говорилось.

Но осознаете ли, запоминаете ли вы, что аудиозапись воспроизводилась или то, что на ней воспроизводилось, у вас было бы такое чувство, будто вам потребовалось много времени, чтобы заснуть, и/или вы бодрствовали долгие промежутки времени ночью, и поэтому вы восприняли бы свой сон как неглубокий.

Таким образом, перед нами встает такой вопрос: как нам изменить такого рода деятельность головного мозга и/или свести на нет вашу осознанность того, что происходит, когда вы вообще спите? Мы не знаем.

Из опыта вашего лечения до сих пор мы знаем лишь то, что ограничение сна (активизация гомеостата) и контроль над стимулами (содействие хорошей связи между постелью, спальней, временем для сна и самим сном) этого не сделают. Позвольте мне объяснить некоторые альтернативные варианты лечения, после чего мы примем решение, куда мы могли бы двигаться дальше.

К другим возможным вариантам лечения относится обучение релаксации и употребление успокоительных снотворных лекарств. В последнем случае выдвинута гипотеза, что ошибочное восприятие состояния сна происходит в связи с увеличением объема обрабатываемой сенсорной и прочей информации ближе к началу и вначале сна, а также во время раннего спокойного сна и без вмешательства мезоградной амнезии, которая возникает во время сна с нормальной ЭЭГ [55; 56]. Если это гипотетическое преставление истинно полностью или отчасти, то можно

предположить, что такую форму бессонницы лучше лечить снотворными лекарствами, которые, как известно, сокращают объем обрабатываемой сенсорной и прочей информации и формирование долговременной памяти. Таким образом, в отношении данной категории бессонницы стандартные беензодиазепины могут принести большее облегчение, чем другие ГАМК-эргические препараты вроде золпидема и/или залеплона. Вопрос, может ли такое лечение безопасно и эффективно проводиться в долгосрочной перспективе, остается открытым. А поскольку мы ориентируемся на эмпирический метод лечения, то считаем, что подобных пациентов следует наблюдать долго. Дальнейшее прописывание таких строго контролируемых препаратов должно ставиться в зависимость от того, продолжит ли пациент вести дневники сна и регулярно посещать психотерапевта.

Физиологическое возбуждение?

Некоторые пациенты сообщают о физиологическом перевозбуждении, хотя это трудно проверить. Данная сторона бессонницы может оказывать сильное сопротивление гомеостатической потребности в сне, которую порождает ограничение сна. В таком случае возможны два решения:

1. Увеличивать далее потребность в сне, еще больше задерживая время отхода пациента ко сну.
2. Непосредственно разрешить вопрос физиологического перевозбуждения, дополнив стандартную КПТБ некоторой формой обучения релаксации.

Как указывалось ранее, мы не склонны к еще большему задерживанию времени отхода пациента ко сну, как только установится определенная точка отсчета. Учитывая это субъективное мнение, возможно, стоит дополнить курс лечения обучением релаксации. Как отмечалось ранее, имеются, по меньшей мере, три вида обучения релаксации: диафрагмальное дыхание, прогрессирующая мышечная релаксация и аутогенная тренировка. Более подробное описание этих методов релаксации читатель может найти в четырех книгах, упоминавшихся ранее в главе 3 данного руководства.

Если одна из этих форм терапии вводится в режим лечения, то клиницист может принять решение продолжить лечение еще на 1 или 2 сеанса терапии. Если же такое дополнительное лечение не приносит желаемых результатов в этих временных рамках, то клиницисту следует рассмотреть каждый из оставшихся альтернативных вариантов лечения.

Суточная аритмия?

По нозологии Международной классификации нарушений сна (International Classification of Sleep Disorders — ICSD) к обширной категории нарушений суточного (циркадного) ритма сна относятся самые разные расстройства. И хотя они принципиально относятся к категории отдельных диагностических форм, многие клинические исследователи полагают, что подобные виды нарушений сна существуют в широком спектре и могут быть отличительными чертами того, что иначе явно означает первичную бессонницу (см., например, [65]). В контексте настоящего обсуждения отсутствие реакции или слабая реакция на КПТБ может означать, что суточная аритмия может быть потенциальным свойством нарушения сна, требующим особого внимания. Пациенты с подобным нарушением сна могут извлечь выгоду из стандартной КПТБ, сочетаемой вместе с фототерапией (т.е. лечением ярким светом) или употреблением мелатонина. Дополнительные сведения по данному вопросу читатель может найти в главе 12 "Circadian rhythm factors in insomnia and their treatment" (Факторы нарушения циркадного ритма при бессоннице и их лечение), написанной Лэком и другими авторами (Lack et al.) в книге *Treating Sleep Disorders: The Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine*, Michael L. Perlis et al., 2003 г. Если фототерапия вводится в курс лечения, то клиницист может принять решение продолжить лечение еще на 1 или 2 сеанса терапии.

Скрытое нарушение сна или медицинское либо психическое заболевание?

В обоих случаях психотерапевту, вероятно, придется порекомендовать пациенту подвергнуться дальнейшему обследованию. В случае скрытых нарушений сна исследование методом ПСГ будет показано с целью получить ответ на следующий вопрос: присутствует ли внутреннее

нарушение сна, в отношении которого пациент не проявляет традиционных признаков и симптомов? А в случае скрытого медицинского заболевания теперь вполне обоснованным считается применение полного набора средств физической и клинической химии. Непосредственное обсуждение опасений по поводу отсутствия клинических улучшений и желание сотрудничать с поставщиком первичных медицинских услуг для пациента (т.е. его лечащим врачом) можно в данном случае только приветствовать.

Употребление запрещенных препаратов или злоупотребление ими?

Откровенная беседа с пациентом по поводу употребления им запрещенных препаратов может оказаться, а может и не быть продуктивной. Напоминание пациенту, что подобные сведения требуются лишь строго в целях объяснения тех факторов, которые способны препятствовать лечению, может вызвать в данный момент откровенный обмен информацией. Если же пациент не расположен к откровенности, то ПСГ может выявить признаки употребления запрещенных препаратов или злоупотребления ими. В частности, увеличение латентного периода быстрого сна, уменьшение времени быстрого сна (артефакта, связанного со злоупотреблением алкоголем), увеличение активности сигма-ритма (сонных веретен) на ЭЭГ сна (артефакта, связанного с агонистом бензодиазепиновых и ГАМК-рецепторов). А иначе непосредственные сведения могут быть получены из области клинической химии, если запросить результаты комплексного токсикологического обследования.

В двух последних случаях (скрытого нарушения сна или медицинского либо психического заболевания, употребления запрещенных препаратов или злоупотребления ими), направление на дальнейшее обследование, вероятнее всего, окажется конечным пунктом терапии. Пациента следует уведомить об этом и дать ему понять, что клиницисту придется сотрудничать с медицинским учреждением, куда пациент направляется на дальнейшее обследование, чтобы проследить “корень проблемы”. Опять же, клиницист должен уведомить пациента, что как только скрытое нарушение будет диагностировано как устойчивое, он будет готов принять пациента, гарантировав ему срочный доступ к своим услугам в будущем.

Пятый сеанс: дозирование сна (60–90 минут)

Задачи

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график
Оценить достижения в лечении и соблюдение его режима
Продолжить увеличение дозы ОВС
Провести когнитивную терапию негативных убеждений о сне

Основные цели этого сеанса терапии

1. Просмотреть полученные данные.
2. Оценить достижения в лечении.
3. Внести следующие коррективы в режим сна пациента:
   - В случае позитивных клинических улучшений (ЭС% > 90%), увеличить общую дозу для возможности спать.
   - В случае отсутствия или несущественных клинических улучшений (ЭС% в пределах 85–90%), сохранить режим сна и представить основания для этого пациенту.
   - В случае негативных клинических улучшений (ЭС% < 85%), уменьшить общую дозу для возможности спать и представить основания для этого пациенту.
4. Провести когнитивную терапию негативных убеждений о сне.
5. Продолжить добиваться от пациента обязательства придерживаться программы лечения.

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график

Подобно всем амбулаторным клиническим контактам, данный сеанс терапии начинается с просмотра дневника сна и построения графика по средним показателям сна за неделю. Средние показатели сна должны быть рассчитаны и сравнены с аналогичными показателями за предыдущие недели. При этом следует оценить жалобы и функционирование

пациента в дневное время суток, а также соблюдение им гигиены сна. Дозу сна следует назначать в соответствии с показателем ЭС%.

Когнитивная терапия негативных убеждений о сне: стратегия противодействия переоценке вероятности катастрофического исхода

Когнитивная реструктуризация служит основной формой КПТ для лечения депрессии [66], тревожных и панических расстройств [67]. Несколько лет назад (на момент написания книги) мы рекомендовали возможное применение такой формы терапии для лечения беспокойства, возникающего в связи со сном [27]. И хотя отсутствуют исследования эффективности или действенности такого подхода к монотерапии, имеются все же некоторые сведения об эффективности его применении как составной части комплексного пакета терапии [49; 68]. Более того, эффективность такого подхода в отношении соответствующих расстройств [69–71] и явная клиническая полезность в лечении бессонницы позволяет предположить, что он является важной составляющей для включения в состав КПТБ.

Когнитивная реструктуризация для лечения бессонницы сосредоточена на катастрофическом мышлении и убеждении в том, что плохой сон, *вероятнее всего*, имеет разрушительные последствия. И хотя психообразование также позволяет решать подобные вопросы, еще одна составная часть когнитивной реструктуризации заключается не в освобождении пациента от ложных убеждений, а в том, чтобы побудить его обнаружить, что его оценки совсем не обязательно являются правдивыми. Выполняя такое упражнение вместе с пациентом, психотерапевту необходимо представить его тактично, избежав намеков на всякий педантизм, покровительственность или снисходительность.

Данный процесс, по существу, состоит из семи перечисленных ниже стадий.

1. Подготовка почвы для когнитивной реструктуризации.
2. Вычисление продолжительности бессонницы у пациента (в днях).
3. Выявление и регистрация от 3 до 10 катастрофических мыслей.
4. Анализ оценок вероятности катастрофического исхода, сделанных пациентом.

5. Определение фактической частоты появления предчувствуемых "катастроф".
6. Обсуждение несоответствия оценок пациентом вероятности катастрофического исхода.
7. Составление мантры, противодействующей катастрофическим мыслям.

Приведенный ниже диалог наглядно показывает, каким образом применяется данная форма КПТ. Для примера в этом диалоге у пациента было выявлено только три катастрофических мысли, хотя некоторым пациентам доставляет больше хлопот выявление беспокойств, испытываемых ими по данному поводу. В табл. 4.4 приведен более полный ряд примеров беспокойств и катастрофических мыслей, которые могут послужить в качестве некоторых целей для преследования клиницистом.

Таблица 4.4. Распространенные беспокойства и катастрофические мысли

Если я не высплюсь этой ночью как следует, то...	
Беспокойство	**Связанная с ним катастрофическая мысль**
Я буду раздраженным и резким со своей женой	Моя жена оставит меня или разведется со мной
Я буду раздраженным и резким со своими детьми	Мои дети возненавидят меня и перестанут со мной разговаривать
У меня исчезнет потребность в тесном общении	Я потеряю друзей
Я плохо выполню свою работу	Меня уволят с работы
Я совершу ошибку на работе	Я кого-нибудь убью
Я совершу ошибку на работе	На меня подадут в суд
Меня уволят с работы	Я потерплю финансовый крах
Я почувствую себя плохо	Я заболею
Я заболею	Я умру
Я потеряю рассудок	Я сойду с ума, и у меня будет нервный срыв
Я не засну	Я буду бодрствовать всю ночь
Я засну за рулем	Я разобью свою автомашину в вдребезги
Я попаду в аварию	Я разобью свою автомашину в вдребезги и убью себя или кого-нибудь другого
Я буду выглядеть старым и непривлекательным	Люди будут отворачиваться от меня и брезговать мной

Диалог №24. Подготовка почвы для когнитивной реструктуризации

Психотерапевт: Как вы, возможно, заметили, проделанная нами до сих пор работа не особенно ослабила роль беспокойства в бессоннице. Я знаю, что некоторые люди думают, будто беспокойство вызывает бессонницу. На ранней стадии это может в значительной степени быть и так, но как только бессонница становится хронической, у нас возникает такое чувство, будто данное расстройство сохраняется и продолжается вследствие тех факторов, о которых мы постоянно говорили (вплоть до отвращения). Если вы мысленно вернетесь к тому моменту, когда мы говорили о модели Шпильмана или поведенческой модели бессонницы, то сможете ли вы вспомнить, что мы обозначили как "закрепляющие факторы" для бессонницы?

Пациент: В данный момент я практически произношу их как присягу на верность.

Психотерапевт: Ладно. Произнесите, пожалуйста, свою присягу.

Пациент: Расширять возможность спать, употреблять алкоголь в качестве снотворного, оставаться в постели, несмотря ни на что....

Психотерапевт: Верно. Каковы три разновидности или три способа, которыми люди обычно расширяют возможность спать?

Пациент: Ложиться спать рано, высыпаться и дремать днем.

Психотерапевт: Верно. И как видите, мы прошли немалый путь, сосредоточив свои усилия на этих вопросах. (Теперь самое время вытащить графики и рассмотреть их вместе с пациентом.)

Но дело в том, что беспокойство здесь неуместно. Оно может, конечно, вызвать приступ бессонницы, а для хронической бессонницы оно может служить как горючее для огня.

Итак, я хочу провести сеанс терапии сегодня, сосредоточив основное внимание на данном вопросе и предложив вам поиграть со мной в одну игру. Это довольно нелепая игра, но я думаю, когда мы ее завершим, ее суть не ускользнет от вас.

Пациент: Ладно. Давайте поиграем.

В табл. 4.5 приведен пример таблицы выборочных данных для выполнения рассматриваемого здесь упражнения.

Таблица 4.5. Когнитивная реструктуризация. Таблица выборочных данных (количество дней с бессонницей — *1500*)

1	2	3	4
Событие	**Уверенность в том, что если не удастся заснуть, ложась в постель бодрствующим, то можно...**	**Количество наступлений события**	**Количество наступлений события при такой уверенности**
Остаться бодрствующим всю ночь	85%	1	1200
Разбить автомашину вдребезги	80%	2	1200
Быть уволенным с работы	90%	0	1300

Диалог №25. Вычисление продолжительности бессонницы у пациента (в днях)

Психотерапевт: Итак, выясним сначала, как долго у вас бессонница. Насколько я помню, вы сказали, что всегда плохо спали, но, по существу, бессонница началась у вас всерьез с рождением вашего первого ребенка. Так, это должно было случиться 10 лет назад?

Пациент: Неплохо, но Эрину уже 11 лет.

Психотерапевт: Ладно. А можете сказать, сколько в среднем бессонных ночей у вас было в неделю?

Пациент: Положение ухудшалось со временем, поэтому трудно сказать.

Психотерапевт: Ладно. Справедливо ли было бы для начала сказать, что 2–3 ночи в неделю были у вас бессонными, а теперь их около 4–5?

Пациент: Это похоже на правду.

Психотерапевт: Итак, ограничимся низкими оценками и скажем, что поначалу у вас было 2, в последнее время — 4, а в среднем — 3 бессонные ночи в неделю на протяжении 11 лет.

Пациент: Ладно.

Психотерапевт: Итак, если в году 52 недели (пускай 50 недель ради упрощения расчета) и бессонница была у вас на протяжении 11 лет (допустим, 10 лет, опять же, для упрощения расчета), то ваша бессонница продолжалась в течение 500 недель. И если она появлялась у вас в среднем 3 раза в неделю, то, по самым скромным подсчетам, у вас было 1500 бессонных ночей. Позвольте мне занести эти данные на доску (пишет сверху диаграммы "1500 ночей").

Самой важной составляющей следующей стадии такой терапии является доведение беспокойства пациента до логической крайности. Это означает, что наихудшее развитие событий обозначается и оформляется как возможное событие (например, усталость → автомобильная авария).

Диалог №26. Выявление и регистрация катастрофических мыслей

Психотерапевт: Устройтесь в своем кресле поудобнее. Можете закрыть глаза, представив себя в постели. Вернитесь мысленно к тому времени, когда вы еще не искали возможность излечиться от бессонницы. Вы лежали в постели по 30 минут, а, может быть, и дольше. Какие мысли приходили вам тогда на ум?

Пациент: Черт, заснули я когда-нибудь?

Психотерапевт: А когда вы думаете: "Засну ли я когда-нибудь", что вас действительно беспокоит, наихудшее развитие событий?

Пациент: То, что я буду бодрствовать всю ночь.

Психотерапевт: Ладно. Это означает, что вы собираетесь пролежать в постели, бодрствуя всю ночь. Позвольте мне занести эти данные на доску (пишет в первом столбце: "Остаться бодрствующим всю ночь"). Какие еще мысли приходят вам на ум в подобной ситуации?

Пациент: Если я не буду спать всю ночь, то почувствую себя невероятно скверно утром.

Психотерапевт: Ладно. Допустим, что вы не спали всю ночь и почувствуете себя невероятно скверно утром. Что могло бы произойти в таком случае?

Пациент: Я бы разбил свою автомашину вдребезги по дороге на работу, поскольку был до такой степени лишен сна.

Психотерапевт: Именно эта мысль появляется у вас, когда вы лежите в постели, бодрствуя всю ночь?

Пациент: Именно она. Я думаю, что буду чувствовать себя настолько усталым и изнуренным, что просто съеду с дороги и ударюсь в дерево или что-нибудь другое.

Психотерапевт: Ладно. Позвольте мне занести эти данные на доску (пишет в первом столбце: "Разбить автомашину вдребезги"). Какие еще мысли приходят вам на ум, когда вы лежите в постели и думаете, что вам никогда не заснуть?

Пациент: Я буду настолько разлажен на следующий день, что не справлюсь со своими обязанностями на работе.

Психотерапевт: А когда вы думаете: "Я не справлюсь со своими обязанностями на работе", то вас действительно беспокоит, наихудшее развитие событий?

Пациент: То, что меня уволят, и я потеряю работу.

Психотерапевт: Ладно. Позвольте мне занести эти данные на доску (пишет в первом столбце: "Быть уволенным с работы").

Диалог №27. Анализ оценок вероятности катастрофического исхода, сделанных пациентом

Психотерапевт: Итак, у нас на доске три возможных события. В связи с этим мне хотелось бы задать вам такой вопрос: когда вы лежите в постели неспящим, то насколько вы уверены, что каждое из этих событий действительно произойдет? Насколько вы уверены в тот момент, когда вы лежите в постели, бодрствуя, что вам предстоит "остаться бодрствующим всю ночь"?

Пациент: Вполне уверен.

Психотерапевт: Уверены на 100% или на 90%? Насколько вы убеждены в этой мысли, когда обдумываете ее?

Пациент: Не знаю, может быть, убежден на 85%.

Психотерапевт: Ладно (пишет во втором столбце: "85%").

Насколько вы убеждены, когда лежите в постели, бодрствуя, что вам предстоит "разбить автомашину вдребезги"?

Пациент: Может быть, убежден на 80%. Трудно сказать, поскольку у меня возникают по этому поводу разные чувства в подобных обстоятельствах.

Психотерапевт: Знаю. Зафиксируем эту мысль (пишет во втором столбце: "80%"). Пойдем дальше. Насколько вы убеждены, когда лежите в постели, бодрствуя, что вам предстоит "быть уволенным с работы"?

Пациент: Убежден на 90%. Меня это немало беспокоит.

Психотерапевт: Ладно (пишет во втором столбце: "90%").

Диалог №28. Определение фактической частоты предчувствуемых катастроф

Психотерапевт: Хорошо. Перейдем к следующему столбцу таблицы и соответствующим вопросам. Сколько раз вы проводили всю ночь без сна? И в каких случаях бессонница была настолько сильной, что вы не могли сомкнуть глаз?

Пациент: Трудно ответить. Ведь когда смыкаешь глаза один или два раза за ночь, то не знаешь, бессонница ли это. Но если дать твердый ответ, то, может быть, один раз. А, может быть, даже не так.

Психотерапевт: Я знаю, что трудно сказать. Допустим ради продолжения дискуссии, что один раз (пишет в третьем столбце: "один раз"). А сколько раз вы спали настолько плохо, что на следующий день попадали в аварию, "разбив автомашину вдребезги"?

Пациент: За последние 11 лет я разбивал свою автомашину вдребезги два раза, и я уверен, что один из этих случаев был связан именно с бессонницей. Я помню это очень ясно.

Психотерапевт: Ладно. Допустим ради продолжения дискуссии, что обе аварии были связаны с вашей бессонницей (пишет в третьем столбце: "два раза"). Сколько раз вы спали настолько плохо, что на следующий день вы справлялись со своими обязанностями на работе так плохо, что вас увольняли?

Пациент: Ни разу. Это больше переживания. Я обычно стараюсь проявить себя с лучшей стороны, когда речь идет о работе.

Психотерапевт: Ладно (пишет в третьем столбце: "ни разу").

Диалог №29. Несоответствие оценок пациентом вероятности катастрофического исхода

Психотерапевт: А вот и игровая сторона данного упражнения. Чтобы осмысливать или судить об обоснованности чьей-то уверенности, можно, например, выяснить, насколько она соответствует фактам.

С этой целью нам нужно сравнить фактические наступления перечисленных здесь событий с тем, как часто они должны происходить, принимая во внимание ваш уровень уверенности в том, что они наступят, а также число возможностей, которые были у вас для их наступления.

Начнем с события "остаться бодрствующим всю ночь". Если бессонница была у вас в течение 1500 ночей, и вы уверены, что возможность остаться бодрствующим всю ночь была вполне обоснована, значит, вы испытали это в 85% всех случаев, когда у вас была сильная бессонница. Следовательно, это было 0,85×1500 или 1275 раз. Хммм. Пускай 1200 раз (пишет в четвертом столбце: "1200").

Возьмем далее для примера событие "разбить автомашину вдребезги". Если бессонница была у вас в течение 1500 ночей, и вы уверены, что возможность разбить автомашину вдребезги была вполне

обоснована, значит, вы испытали это в 80% всех случаев, когда у вас была сильная бессонница. Следовательно, это было 0,80×1500 или 1200 раз (пишет в четвертом столбце: “1200”).

Возьмем, наконец, для примера событие “быть уволенным с работы”. Если бессонница была у вас в течение 1500 ночей, и вы уверены, что возможность быть уволенным с работы была вполне обоснована, значит, вы испытали это в 90% всех случаев, когда у вас была сильная бессонница. Следовательно, это было 0,90×1500 или 1350 раз. Пускай 1300 раз (пишет в четвертом столбце: “1300”).

Итак, получается любопытная картина. Каким-то образом, когда вы лежите в постели, вам кажется вполне обоснованной мысль, в точности которой вы совершенно уверены, что вероятнее всего:

- вы останетесь в постели бодрствующим всю ночь;
- вы разобьете автомашину вдребезги;
- вас уволят с работы;

но ваш опыт свидетельствует об ином. Он подсказывает вам, что эти события, по существу, маловероятны, а на самом деле вероятность их наступления неимоверно мала. Принимая во внимание количество наступлений этих событий до сих пор, вероятности их наступления близки к следующим величинам:

0,06%	частота случаев незасыпания	(в сравнении с 85%)
0,13%	частота случаев попадания в аварию	(в сравнении с 80%)
0%	частота случаев увольнения с работы	(в сравнении с 90%)

Иными словами, вероятность наступления всех этих событий, возможность которых кажется неминуемой при попытке заснуть, на самом деле оказывается меньше 1%.

Диалог №30. Составление мантры, противодействующей катастрофическим мыслям

Психотерапевт: *Вывод такой:* когда вы испытываете трудности при засыпании и начинаете думать: "Если я не засну, то могу...", в качестве противоядия помогает такая мысль: "Я не могу.... На самом деле маловероятно, что я могу...". Когда вас беспокоят катастрофические мысли, то полезно думать, что "это маловероятно". Мы предпочитаем называть это противодействующей мантрой, т.е. тем, что вы можете высказать мысленно и что содействует релаксации и снятию напряжения. Попробуйте, в частности, думать, что "это маловероятно". Обратитесь к конкретному примеру.

Пациент: Я буду чувствовать себя на следующий день настолько усталым, что разобью свою автомашину вдребезги.

Психотерапевт: Насколько это вероятно, если учесть, сколько раз вы ездили на своей автомашине на работу после бессонных ночей?

Пациент: Не вполне вероятно.

Психотерапевт: Как раз то, что нужно!

Шестой сеанс: дозирование сна (30–60 минут)

Задачи

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график
Оценить достижения в лечении
Наблюдать далее негативные убеждения о сне
Продолжить увеличение дозы ОВС

Основные цели этого сеанса терапии

1. Просмотреть полученные данные.
2. Оценить достижения в лечении.
3. Внести следующие коррективы в режим сна пациента:
   - В случае позитивных клинических улучшений (ЭС% > 90%), увеличить общую дозу для возможности спать.
   - В случае отсутствия или несущественных клинических улучшений (ЭС% в пределах 85–90%), сохранить режим сна и представить основания для этого пациенту.
   - В случае негативных клинических улучшений (ЭС% < 85%), уменьшить общую дозу для возможности спать и представить основания для этого пациенту.
4. Решить остальные вопросы, касающиеся навязчивых мыслей и негативных убеждений о сне.
5. Продолжить добиваться от пациента обязательства придерживаться программы лечения.

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график

Подобно всем амбулаторным клиническим контактам, данный сеанс терапии начинается с просмотра дневника сна и построения графика по средним показателям сна за неделю. Средние показатели сна должны

быть рассчитаны и сравнены с аналогичными показателями за предыдущие недели. При этом следует оценить жалобы и функционирование пациента в дневное время суток, а также соблюдение им гигиены сна. Дозу сна следует назначать в соответствии с показателем ЭС%.

ПРИМЕЧАНИЕ: некоторые клиницисты применяют 6-сеансовую модель, а следовательно, излагают на этом сеансе терапии стратегии предотвращения возможных рецидивов бессонницы. В представленной здесь модели шестой и седьмой сеансы терапии посвящены, главным образом, тому, чтобы добиться от пациента сохранения его "продвижения вперед". На этих сеансах можно также провести дополнительную (иначе называемую адъюнктивной) или вспомогательную (иначе называемую адъювантной) терапию, включая обучение релаксации, терапию ярким светом, дополнительную когнитивную терапию и т.д., для тех пациентов, которые проявляют лишь частичную реакцию на лечение. На момент написания книги не существовало никакого формального определения того, что составляет понятие "частичной реакции". В качестве удобного эмпирического правила рекомендуется постоянно контролировать собственное чувство пациента удовлетворения достигнутым, находя ответы на следующие вопросы: насколько пациент удовлетворен лечением и чувствует ли он, что должен добиться большего прогресса?

Седьмой сеанс: дозирование сна (30–60 минут)

Задачи

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график
Оценить достижения в лечении
Наблюдать далее негативные убеждения о сне
Продолжить увеличение дозы ОВС

Основные цели этого сеанса терапии

1. Просмотреть полученные данные.
2. Оценить достижения в лечении.
3. Внести следующие коррективы в режим сна пациента:
   - В случае позитивных клинических улучшений (ЭС% > 90%), увеличить общую дозу для возможности спать.
   - В случае отсутствия или несущественных клинических улучшений (ЭС% в пределах 85–90%), сохранить режим сна и представить основания для этого пациенту.
   - В случае негативных клинических улучшений (ЭС% < 85%), уменьшить общую дозу для возможности спать и представить основания для этого пациенту.
4. Решить остальные вопросы, касающиеся навязчивых мыслей и негативных убеждений о сне.
5. Продолжить добиваться от пациента обязательства придерживаться программы лечения.

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график

Подобно всем амбулаторным клиническим контактам, данный сеанс терапии начинается с просмотра дневника сна и построения графика по средним показателям сна за неделю. Средние показатели сна должны быть рассчитаны и сравнены с аналогичными показателями за

предыдущие недели. При этом следует оценить жалобы и функционирование пациента в дневное время суток, а также соблюдение им гигиены сна. Дозу сна следует назначать в соответствии с показателем ЭС%.

Как и предыдущий сеанс терапии, этот сеанс может быть использован для проведения дополнительной (адъюнктивной) или вспомогательной (адъювантной) терапии, включая обучение релаксации, терапию ярким светом, дополнительную когнитивную терапию и т.д., для тех пациентов, которые проявляют лишь частичную реакцию на лечение.

Восьмой сеанс: дозирование сна (30–60 минут)

Задачи

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график

Оценить достижения в лечении (глобально)

Обсудить вопросы предотвращения возможных рецидивов бессонницы

Основные цели этого сеанса терапии

1. Просмотреть полученные данные.
2. Оценить достижения в лечении.
3. Обсудить вопросы предотвращения возможных рецидивов бессонницы следующим образом:
   - дать поведенческое представление о бессоннице;
   - обсудить подход к сохранению клинических улучшений;
   - пояснить, что делать, если бессонница возобновляется.

Подытожить данные из дневника сна и построить по ним график (еженедельные показатели)

Подобно всем амбулаторным клиническим контактам, данный сеанс терапии начинается с просмотра дневника сна и построения графика по средним показателям сна за неделю.

Оценить достижения в лечении

На этом сеансе терапии следует уделить дополнительное время рассмотрению достижений в течение всего курса лечения, сделав особый акцент на достижениях пациента, начиная с исходного положения. С этой целью можно сформировать данные с точки зрения изменений после лечения по сравнению с тем, что было до лечения, используя диаграммные графики достигнутого прогресса. Клиницисту следует непременно подчеркнуть следующее положение: данные продольных

исследований показывают, что достижения в лечении крайне устойчивы во времени [72; 73].

Обсудить вопросы предотвращения возможных рецидивов бессонницы

С этой целью следует рассмотреть поведенческое представление о бессоннице.

Поведенческое представление о бессоннице

Это представление о том, как начинается бессонница, опять же, со ссылкой на модель Шпильмана или поведенческую модель, а также о том, как она сохраняется во времени. Чтобы решить эту задачу, можно, в частности, предложить пациенту *нарисовать* поведенческую модель на маркерной доске, а затем пояснить психотерапевту предрасполагающие, провоцирующие и закрепляющие факторы бессонницы и представить конкретные примеры применительно к его ситуации. Такой обмен информацией может также дать возможность пациенту и клиницисту выявить факторы риска появления бессонницы и определить шаги для снижения подобного риска.

Обсудить подход к сохранению клинических улучшений

В данном случае главный вопрос состоит в следующем: когда прекратить контролируемое лечение и какие стороны лечения необходимо перенести на будущее? Если допустить, что лечение прошло удачно, то имеется много такого, чего пациенту больше не придется делать или, по крайней мере, делать нерегулярно. Например, со временем ему можно разрешить заниматься разным поведением в спальне, кроме секса и сна (например, читать в постели). Имеются, однако, самые разные предписания, которые ему не следует дальше соблюдать или отказываться от них лишь постепенно. Примером предписания, которое, вероятно, придется соблюдать долго, служит обеспечение устойчивого, если не фиксированного, времени отхода ко сну и пробуждения. Решение о переносе графика сна вперед как фиксированного или гибкого принимается от случая к случаю. Одним пациентам, длительное

время страдающим, например, бессонницей неясного происхождения (идиопатической инсомнией), может лучше всего подойти сохранение строгого графика сна, который не меняется со временем. А другим пациентам, которых, вероятно, большинство, может быть, лучше разрешить медленное, но непрерывное увеличение дозы ВП/ОВС. Как только увеличение дозы сна прекращается и устанавливается регулярное время отхода ко сну и пробуждения, для таких пациентов можно установить в качестве ориентиров время, назначенное по графику сна. Это означает, что отклонение от графика сна не представляет угрозу для рецидива бессонницы. Одна ночь, проведенная строго по графику, не укрепит сон, и одна ночь, проведенная не по графику, вряд ли нарушит сон. Следовательно, вполне возможно, одну или две ночи в неделю пациент может не устанавливать будильник и спать немного дольше. Это может подойти лишь в том случае, если пациент возвращается к своему регулярному графику сна в остальные дни, которых большинство в неделе. Такой график сна может оказаться более привычным, и если он соблюдается, это следует делать с несколькими оговорками, о которые необходимо помнить.

Во-первых, пациент должен спать дольше только в предопределенные (например, выходные) дни и вообще не спать после бессонной ночи. Расширение возможности спать после ночи плохого сна будет иметь компенсаторный характер и может привести к острому приступу бессонницы. Допустимое количество дополнительного сна в дни гибкого графика следует ограничить в пределах 30–60 минут, поскольку более продолжительные периоды сна связаны с риском угнетения гомеостата. И, во-вторых, если пациент спит дольше, он может просыпаться в обычное для себя время, несмотря на установку будильника. В подобных случаях пациент может позволить себе вернуться ко сну, но при условии, что он проведет в постели короткое время в состоянии бодрствования. И в этом случае приносят пользу правила контроля над стимулами и, в частности, такое правило: пациент должен оставаться бодрствующим в постели на протяжении короткого периода времени (т.е. 15 минут, а то и меньше) и покидать спальню, если он чувствует себя неспящим или испытывает раздражение по поводу невозможности вернуться ко сну.

Наращивание клинических улучшений

Можно утверждать, что когда КПТБ применяется на практике стандартным образом, как описано в данном руководстве, то завершение курса лечения по окончании 6–8 сеансов терапии является преждевременным. В таком случае пациент может сделать нечто большее вне надлежащего курса, чтобы нарастить свои клинические улучшения.

Свидетельством того, что лечение было завершено преждевременно, служит незначительное изменение показателя ОВС после лечения по сравнению с тем, что было до лечения, или же его отсутствие. Это означает, что к концу курса терапии показатель ОВС обычно достигает лишь уровня, сравнимого или незначительно превышающего исходный показатель. На самом деле среднее превышение исходного уровня для показателя ОВС составляет около 6% [4].

Одно соображение по поводу минимальных улучшений показателя ОВС состоит в следующем: на самом деле ничто не свидетельствует о том, что дополнительная терапия необходима или что пациент может сделать нечто большее, чтобы добиться улучшения. Напротив, ОВС задумано как косвенный показатель потребности в сне. В свою очередь, потребность в сне считается устойчивой характеристикой. Следовательно, цель терапии состоит не в том, чтобы увеличить потребность в сне, а лишь добиться того, чтобы начинать или возобновлять сон можно было легко, а также сделать его эффективным для пациента. Соответственно пациенту ничего не нужно делать, чтобы нарастить свои клинические улучшения.

А другое соображение, которое, откровенно говоря, в большей степени соответствует продольным исследованиям бессонницы, состоит в том, что показатель ОВС может со временем возрасти и без необходимости в дальнейшем вмешательстве. Подобные улучшения можно приписать самым разным факторам, включая следующие: долгосрочные последствия качественно проведенного контроля над стимулами для сна, разобусловливание возбуждения, изменение негативных убеждений по поводу сна и его потери, устойчивое воздействие качественной гигиены сна и т.д. Таким образом, пациенту ничего не нужно делать, чтобы нарастить свои клинические улучшения, помимо занятий

надлежащей практикой их сохранения и принятия тщательных мер для предупреждения острых рецидивов, хотя пациент может ожидать улучшений со временем (см. рис. 4.2).

Пояснить, что делать, если бессонница возобновляется

Основная идея, которую следует в данном случае внушить пациенту, состоит в том, чтобы предупредить его, что если он будет снова испытывать бессонницу и преходящие ее приступы, то это нормально. Возможно даже, что острая бессонница имеет некоторое значение для преодоления преходящего жизненного стресса. Пациенту следует напомнить, что приступ бессонницы могут вызвать многие факторы. И самое главное, что он может сделать, чтобы защитить себя от нового приступа *хронической бессонницы*, состоит в следующем:

1. Не возмещать потерю сна.
2. Немедленно провести процедуры контроля над стимулами.
3. Снова прибегнуть к ограничению сна, если бессонница сохраняется больше нескольких дней.

Если бессонница продолжается, сохраняясь на протяжении 1–2 недель, то пациента необходимо уведомить, что он может всегда обратиться снова к лечению, и что ему гарантируется срочный доступ к лечению, которое, вероятнее всего, окажется кратковременным. В качестве примера ниже приведен диалог, в котором клиницист обменивается с пациентом информацией о рецидивах бессонницы.

Диалог №31. Что случается, если я снова перестаю спать?

Пациент: Так, что же случается, если у меня снова появляются трудности со сном?

Психотерапевт: Ну, а что вы считаете нужным сделать в первую очередь, когда у вас бессонная ночь?

Пациент: Ограничить сон?

Психотерапевт: Это, пожалуй, преждевременно. Ограничение сна на самом деле является процедурой, нацеленной на совладание

с бессонницей, когда она имеет хронический характер, при котором гомеостатическая потребность в сне служит для содействия короткому латентному периоду сна и увеличению его эффективности. А в данный момент это не ваша проблема. Вам просто случается бодрствовать, и поэтому нам потребуется не сочетать снова состояние бодрствования с постелью, спальней и т.д. Что, на ваш взгляд, следует вам сделать, чтобы справить с этой проблемой?

Пациент: Не лежать в постели!

Психотерапевт: Точно! Эта сторона контроля над стимулами навсегда. Нет никаких веских оснований оставаться в постели продолжительные периоды времени, когда вы чувствуете досаду и/или бодрствуете. Запомните следующее правило: в тот момент, когда вы осознаете, что бодрствуете и/или раздосадованы этим, вы должны встать с постели.

Но допустим, что случается самое худшее: вы активизируете контроль над стимулами, а бессонница продолжается несколько дней (скажем, неделю). Что тогда вам следует делать?

Пациент: Ограничить сон?

Психотерапевт: Да. А что это означает?

Пациент: Я так предполагаю, что мне следует вести дневник сна в течение недели, в конце недели — рассчитать средние величины общего времени сна и времени в постели, а затем воспользоваться ими для установки нового режима сна. Это означает, что мне следует вычесть общее время сна из времени, когда мне нужно вставать утром, и это будет время моего отхода ко сну на следующей неделе.

Психотерапевт: Похоже верно. Приведите пример.

Пациент: Допустим, что по моим расчетам я спал на прошлой неделе в среднем по 5 часов, и мне нужно вставать в 6:00. Это означает, что я должен установить время отхода ко сну на 1:00.

Психотерапевт: Правильно. А что же дальше?

Пациент: Я постепенно добавляю ко сну по 15 минут каждую неделю, если эффективность моего сна больше 90%. Я ничего не меняю, если она находится в пределах от 85% до 90%. И я ограничиваю свой сон еще больше, если его эффективность меньше 85%. И как долго я должен это делать?

Психотерапевт: Хороший вопрос. Если вы сами добьетесь успеха и восстановите приемлемые для вас временные показатели сна и его эффективности, то и замечательно. А если окажется, что вам будет трудно это сделать самостоятельно, или вас беспокоят какие-нибудь новые факторы, которые могут потребовать нового оценивания, тогда вы знаете, где меня найти. Могу гарантировать вам лишь одно: вы получите срочный доступ к моим услугам.

И, наконец, следует заметить, что достижения в лечении чаще всего сохраняются или улучшаются со временем. Это означает, что частота рецидивов оказывается низкой при прочих равных условиях (отсутствии новых заболеваний, рождении детей и проч.), а пациент продолжает соблюдать свои хорошие привычки. То же самое, по-видимому, относится и к пациентам, испытывающим рецидивы бессонницы. Это означает, что пациент хорошо себя чувствовал довольно долгое время, но в какой-то момент у него начались преходящие приступы бессонницы, которыми он пренебрегал до этого момента, поскольку он спал хорошо. Но с течением некоторого времени у него может начаться паника, и вместо того, чтобы заняться самостоятельно направляемой ТКС и ТОС, пациент обычно занимается тем же самым поведением, которое закрепляет индексный эпизод (начальный приступ). Если такая закономерность продолжится, пациенту придется слишком долго ждать, и он, вероятнее всего, испытает очередной приступ хронической бессонницы.

Когда же лечение возобновится, такие пациенты обычно проявляют ускоренное выздоровление. Любопытно, что такие пациенты достигают большего в контексте кратковременной терапии, где их наставляют в течение нескольких первых сеансов терапии. И в конечном счете, они выносят из курса лечения следующий посыл: “Не позволять тлеющим угольками преходящей бессонницы быстро разгореться в пламя”.

Данный сеанс терапии завершается вручением пациенту раздаточного информационного материала, который поможет ему сохранить свои достижения в лечении (рис. 4.3).

Две заповеди, которые следует свято хранить:

I. Никогда не оставаться в постели 10–15 минут бодрствующим (раздосадованным, расстроенным или даже просто тревожным).
II. Никогда не возмещать потерю сна в бессонную ночь.

Не ложиться спать рано, оставаться в постели подольше или дремать днем

Запомните следующую мантру:

Если не сегодня ночью, то завтра ночью

Это означает, что я могу плохо спать сегодня ночью, но завтра ночью я, вероятнее всего, буду спать хорошо.

Рис. 4.3. Две заповеди по поводу предотвращения рецидивов бессонницы

ГЛАВА 5
Примеры диалогов с пациентами, проходящими курс КПТБ, где разрешаются их вопросы и затруднения

В этой главе основное внимание сосредоточено на опасениях или затруднениях, с которыми сталкиваются пациенты по ходу когнитивно-поведенческой терапии бессонницы (КПТБ). Многие, если не все, из этих опасений возникают в курсе терапии, а не связаны непосредственно с тем или иным ее сеансом. Соответственно в этой части руководства мы организуем обсуждение по содержанию терапии, а не по номеру ее сеанса.

Опасения по поводу дневников сна

Дневникам сна отведена центральная роль в проведении КПТБ. Они служат источником информации для этой формы терапии на основе данных. Любопытно, что некоторые пациенты испытывают трудности при ведении этой крайне важной составляющей терапии. Опасения одних пациентов будут связаны с тем, что они не уверены, смогут ли они точно регистрировать данные в дневнике сна, особенно если учесть первоначальную рекомендацию не следить за часами. Другим пациентам сама задача вести дневник сна может показаться слишком чуждой или излишней, поскольку это дублирует сведения, которые они сообщают на первоначальном собеседовании. А для третьих пациентов данный вопрос может быть связан с недостатком объективного измерения.

Вопросы, касающиеся точности сообщения данных

Диалог №32. У меня возникают трудности при заполнении дневников сна

Пациент: Если я не буду следить за часами, как я узнаю, что мне записать в своем дневнике сна?

Психотерапевт: У большинства людей довольно хорошо развито чувство истекшего времени, и поэтому они могут делать вполне обоснованные оценки по поводу того, сколько времени им требуется, чтобы заснуть, сколько времени они проводят, бодрствуя после первого засыпания и т.д. Когда мы измеряем эти показатели с помощью специального оборудования, то обычно обнаруживаем, что большинство людей оценивают эти переменные показатели довольно точно, скажем, с отклонением в пределах 5–30 минут от объективно измеренных величин.

И действительно, одни люди менее точны в своих оценках этих показателей, чем другие, но даже в таких случаях они все равно неточны, что вполне объективно и важнее всего для нас. Даже если все ваши оценки недостоверны, мы все равно сумеем отслеживать их изменение в ходе лечения. И в конечном счете, нас интересуют именно эти изменения как средство для измерения улучшений.

Пациент: А что делать, если я не могу сказать, бодрствую ли я или сплю?

Психотерапевт: Старайтесь делать все, что можете. Для наших целей не существует промежуточных состояний. Вы либо бодрствуете, либо спите. Просто выберите то, что вы думаете, и запишите в дневнике. Неверными записями в дневнике сна являются лишь отсутствующие записи или знаки вопроса и т.д. Всегда записывайте в дневнике конкретное число, а мы будем считать, что это число обозначает ваше наиболее вероятное предположение.

Если вам требуется эмпирическое правило, я могу предложить следующее: если вы не знаете, как ответить на вопрос, сколько времени вы бодрствовали, просто считайте, что это “бодрствование”.

Пациент: Иногда мне кажется, что я пробуждаюсь много раз после коротких периодов сна. Что мне следует с этим делать?

Психотерапевт: Все, как всегда, зависит от конкретного вопроса. Если стоит вопрос: "Сколько раз вы пробуждались прошлой ночью после первоначального засыпания?", то сделайте свое наиболее вероятное предположение.

Так, если вам кажется, что вы пробуждались дюжину раз, в дневнике сна вам следует записать число "12". А если вам кажется, что вы пробудились только на одну или две минуты, то, отвечая на вопрос "Сколько времени вы бодрствовали после первоначального засыпания?", выберите тот числовой показатель в пределах от 12 до 24 минут, который кажется вам правильным, т.е. лучше всего отражает ваше ощущение, сколько времени вы бодрствовали.

Пациент: А как насчет коротких снов днем? Я почти никогда не дремлю днем, но иногда все же ложусь отдохнуть, хотя никогда фактически не сплю. Как мне следует записать это в дневнике сна?

Психотерапевт: В ходе терапии мы еще обсудим вопрос, как узнать, когда вы спите, или вопрос восприятия сна. А до тех пор, когда вы регистрируете короткий сон днем в своих дневниках сна, просто считайте, что вы спали все это время, если только вы не уверены твердо в том, сколько вы действительно спали или не спали в течение коротко сна днем.

Вопросы, касающиеся необходимости вести дневники сна

Диалог №33. Зачем мне вести дневники сна?

Пациент: Не понимаю. Я заполнил все опросники сна и теперь мне придется проделать то же самое с дневниками сна. Разве сведений, которые я уже предоставил, недостаточно?

Психотерапевт: Хороший вопрос. Большей части сведений, которые вы предоставили в опросниках, оказывается достаточно, и нам не нужно собирать дополнительные данные. Но в конкретном случае,

когда вы жалуетесь на сон, нам необходимо собирать сведения ежедневно в течение одной или двух недель, чтобы можно было обнаружить степень изменчивости изо дня в день и факторы, которые могут этому способствовать.

Помимо этого, есть еще целый вопрос о том, как у людей формируются впечатления об их болезни и, раз уж на то пошло, как у них формируются впечатления обо всех переменах, которые происходят в их жизни. Большинство из нас не помнит каждый отдельный случай, и это, может быть, даже хорошо. Люди по большей части изобретают "эмпирические правила". Три самые главные эмпирические правила, которые мы применяем для формирования обобщений, таковы: первичность, значимость и новизна. Эти правила полезны для эвристики, т.е. придумывания обобщений, но, к сожалению, они обычно склоняют людей к смещению средних оценок в сторону крайностей. А дневники сна позволяют нам обойти это препятствие и основывать средние оценки на повторном измерении того, что нас интересует.

Вопросы, касающиеся недостатка объективного измерения

Диалог №34. Не следовало бы вам воспользоваться специальным оборудованием для измерения моего сна?

Пациент: Меня очень удивляет отсутствие крутого оборудования для измерения моего сна, а также то, что вы полагаетесь на "дневники". Даже само их название немного настораживает. У меня такое чувство, будто я должен вести записи своей интимной жизни.

Психотерапевт: Я вас понял. Будьте спокойны, мы не просим вас собирать никаких данных о вашей интимной жизни.

Как вы можете заметить из формы дневников, нас интересуют совершенно конкретные вопросы, большинство из которых просто связаны с вашими повседневными впечатлениями о своем сне. Возможно, термин "дневник" выбран неудачно, потому что он не оказывает доверия к значению оценивания повторных измерений. Данные, которые мы

собираем подобным способом, имеют решающее значение для получения точной картины нарушения вашего сна, и они служат для того, чтобы направлять ваше лечение.

Пациент: Отлично. Но зачем нужна самооценка? Разве нет какого-нибудь специального оборудования, с помощью которого вы могли бы собирать ежедневные данные о моем сне?

Психотерапевт: На самом деле есть. Мы могли бы исследовать ваш сон в специальной лаборатории или даже установить у вас дома амбулаторное мониторинговое оборудование. И мы можем еще это сделать. Но, как показывает наш опыт, в большинстве случаев данные ежедневной самооценки дают именно то, что нам требуется для эффективного диагностирования и лечения вашей бессонницы.

Пациент: Если вы так говорите, то чем это может быть лучше объективного измерения?

Психотерапевт: И снова это слово "лучше". Действительно, специальное оборудование измеряет более объективно. Правда и то, что такое оборудование позволяет нам анализировать те факторы, которые мы не можем оценить по данным из дневников сна. Но в настоящий момент нас больше всего интересует тот фактор, который, прежде всего, привел вас к лечению, т.е. тот факт, что вы *чувствуете*, что не спите хорошо.

Нам крайне важно прагматично и систематически изменить у вас такое ощущение, что вы не спите хорошо. Если мы не достигнем в этом успеха на протяжении следующих 2–4 недель, то обратимся к специальному оборудованию, чтобы найти то, что мы могли упустить из виду. Разумно?

Пациент: Да. Но почему бы не сэкономить на этой стадии лечения и произвести, в первую очередь, специальное обследование?

Психотерапевт: Правда. Специальные процедуры обходятся дорого, и ни вам, ни вашей страховой компании не захочется платить за такие услуги, если они действительно показаны. В том случае, если они показаны, потребуется дополнительное обследование, поскольку вы не отреагировали должным образом на первичное лечение. Но чтобы

не выглядеть слишком циничным, я скажу, что подавляющее большинство пациентов, с которыми мне приходилось встречаться в этой службе, улучшают и сохраняют свои достижения в лечении, даже не требуя дополнительного обследования. Поэтому было бы мудрее повременить со специальным обследованием, показывая его прежде, чем проводить подобные процедуры.

Вопросы, касающиеся неспособности пациента вести дневники сна

Диалог №35. Я, кажется, могу забыть заполнить свой дневник сна

Пациент: Я, кажется, могу забыть, что мне нужно заполнять свой дневник сна каждый день. Иногда в конце дня я об этом вспоминаю, но тогда мне трудно разобраться с числами. Поэтому я просто решаю, что постараюсь сделать это лучше утром, но, кажется, всегда забываю.

Психотерапевт: Как вы знаете, нам эти данные очень нужны. Поэтому давайте найдем какой-то способ, который поможет вам не забывать о ведении дневника сна.

В частности, вы можете класть дневник на подушку каждое утро, чтобы вечером, когда вы возвращаетесь в постель, это напомнило бы вам о необходимости заполнить дневник. Затем положите дневник на пол приблизительно там, где вы опускаете ноги, когда встаете с постели утром. И эта мера вынудит вас заметить дневник, и тогда вы быстро вспомните, что его нужно заполнить и положить обратно на подушку.

Медицинские вопросы

Если сон пациента становится "идеальным" благодаря снотворному и пациент не желает отказываться от медикаментозного лечения, то он вряд ли подойдет для рассматриваемой здесь терапии. В тех случаях, когда подобные пациенты обращаются к лечению, их цель обычно состоит в том, чтобы прекратить медикаментозное лечение после КПТБ. В связи с этим возникает следующий вопрос: "Насколько такая стратегия

жизнеспособна?" Мы считаем, что, как правило, клиенту лучше сократить медикаментозное лечение до начала терапии, по крайне мере, по трем причинам. Во-первых, это позволит клиницисту установить исходный уровень того, на что похож сон пациента, когда он не принимает лекарства. Во-вторых, это поможет избежать синдрома отмены после лечения. Это означает, что пациент может достичь значительных улучшений с помощью КПТБ, но когда прием лекарств будет прекращен во время или после терапии, эти улучшения временно получат обратное развитие. И, в-третьих, сопутствующее употребление снотворного вместе с КПТБ может помешать тому, что пациент станет приписывать улучшение своего сна эффективности КПТБ.

Следует, однако, иметь в виду, что нередко бывает так, что сон пациента не становится "идеальным" благодаря снотворному, особенно если лекарство употреблялось долгое время. Несколько исследований показывают, что сон пациентов, страдающих бессонницей, принимающих и не принимающих лекарства, необыкновенно похож [74]. Окончательным свидетельством тому служит то обстоятельство, что многие пациенты обращаются к КПТБ, продолжая в то же время употреблять успокоительные лекарства. Это, вероятно, происходит отчасти потому, что пациент не желает постоянно принимать лекарства, а отчасти потому, что лекарства не дали ему то, что называется "хорошим сном". Следовательно, большинство пациентов, вероятнее всего, заинтересуются отказом от медикаментозного лечения и будут его соблюдать, причем в начале терапии.

И, наконец, возникает такой вопрос: "Имеет ли снотворное устойчивую эффективность и/или лечебный потенциал?" Если в отсутствие данных предполагается обратное, то может оказаться, что долговременное употребление успокоительных снотворных лекарств является полумерой. В лучшем случае такие лекарства дают хорошее ослабление симптомов, при условии, что пациент постоянно их принимает. А в худшем случае некоторые или все успокоительные снотворные лекарства порождают переносимость, способствуют рецидиву бессонницы и подавляют те формы сна, которые, как считается, имеют такие функции, как консолидация (укрепление) памяти [75–78], регуляция настроения [79–81], а также восстановление тканей [82–83]. Это особенно справедливо для бензодиазепинов и в меньшей степени относится

к новому поколению успокоительных лекарств класса небензодиазепинов. Принимая во внимание наихудший вариант развития событий, а также продемонстрированную эффективность КПТБ в долгосрочной перспективе, наиболее рациональный курс лечение состоит в том, чтобы пациент отказался от употребления снотворных лекарств. Приведенный ниже диалог служит наглядным примером, показывающим, как пациент поднимает вопрос отказа от подобных лекарств.

Диалог №36. Меня очень беспокоит прекращение приема снотворных таблеток

Пациент: Если я откажусь от своих снотворных лекарств, то могу ли я подождать до тех пор, пока мы не завершим лечение?

Психотерапевт: Цель состоит в том, чтобы вы перестали принимать эти лекарства *до* начала лечения. И для этого имеется несколько причин, далеко не самая последняя из которых заключается в том, что нам необходимо ясно понять, на что похож ваш сон, когда вы не принимаете снотворные лекарства.

Пациент: Могу сказать, на что это похоже, поскольку я прекратил их принимать однажды ночью три недели назад, после чего я вообще не спал.

Психотерапевт: Могу себе представить. Если резко прекратить прием таких лекарств, они могут вызвать то, что мы называем "рикошетной бессонницей". Это означает, что ваша бессонница возобновляется в такой форме, которая, вероятно, оказывается более сильной, чем та, что была у вас до того, как вы начали принимать снотворные лекарства. Это действие лекарства, а не проявление вашей бессонницы в том виде, в каком она существует теперь. Кроме того, здесь могут сыграть свою роль психологические факторы. Это означает, что вы могли быть убеждены, что не спали бы без снотворных лекарств, а когда вы прекратили их прием, то, вероятно, стали беспокоиться по поводу своего сна. Сочетание ваших ожиданий и беспокойства, вероятно, осложнило нарушение сна просто из-за синдрома отмены. В итоге вы вообще не спали.

Пациент: Так, что же я могу поделать? Я не могу пройти через это снова, ведь это было настоящей пыткой.

Психотерапевт: План состоит в том, чтобы вы отказались от приема снотворных лекарств более медленно, дабы свести к минимуму синдром отмены. И хотя ваш сон ухудшится на короткое время, как только вы проведете около недели без снотворных лекарств, тем не менее, вы можете обнаружить, что ваш сон спонтанно улучшается. Многие наши пациенты, хронически употребляющие снотворные лекарства, обнаруживают, что они спят так же хорошо, как и до употребления этих лекарств, как только у них пройдет синдром отмены. А многие пациенты, как ни странно, обнаруживают, что их сон почти не меняется, принимают ли они снотворные лекарства или нет, как только у них пройдет синдром отмены.

Пациент: Хмм, это интересно. Есть ли еще какая-нибудь причина прекратить теперь прием снотворных лекарств?

Психотерапевт: Верно, есть. Лечение потребует от вас упорного труда и немало времени, чтобы вернуть вам хороший сон. Мне бы не хотелось, чтобы вы, выполнив сначала всю необходимую работу, начали спать хорошо, а затем отказались от приема снотворных лекарств. Это привело бы в итоге к синдрому отмены, о котором мы только что говорили, и снова нарушило бы ваш сон на некоторое время.

Пациент: Итак, вы говорите, что лучше просто покончить с этими лекарствами и затем поправить мой сон.

Психотерапевт: Точно!

Пациент: А что, если мой врач не захочет, чтобы я перестал принимать прописанные им лекарства?

Психотерапевт: Зачастую врачи будут только рады, если их пациенты откажутся от приема снотворных лекарств. И это потому, что среди врачей существует явное согласие, что снотворные лекарства не “лечат”, не производят нормальный сон и могут вызвать психологическую зависимость. Поэтому, вероятнее всего, ваш врач не будет ничего иметь против. Но для того чтобы мы придерживались одного и того же мнения и заботились о вашем здоровье сообща, я, с вашего разрешения, поговорю с вашим врачом, и мы составим вместе с ним план действий.

Пациент: Я, пожалуй, думаю, что так будет лучше. Итак, я просто откажусь от приема снотворных лекарств, начиная с сегодняшнего вечера.

Психотерапевт: Как мы говорили выше, нам придется проконсультироваться у вашего врача и составить вместе план действий по отказу от приема снотворных лекарств. Мы должны с максимальной вероятностью сделать плавным и успешным постепенное уменьшение дозы снотворных лекарств.

Пациент: А что в этом такого? Шесть месяцев назад я не принимал эти лекарства, так почему бы мне не вернуться к этому теперь? Это не может мне повредить!

Психотерапевт: Вы правы. Это, *вероятно*, вам не повредит, хотя и вполне *возможно*. Иногда быстрый отказ от приема лекарств может оказаться не только неудобным, но и опасным. Как мы говорили раньше, слишком быстрое отступление от режима приема лекарств может вызвать судороги, хотя это зависит от конкретного лекарства. Поэтому действительно лучше, чтобы мы посоветовались с вашим врачом и работали с ним совместно.

Как найти подход к пациенту, не выполнившему постепенное уменьшение дозы снотворных лекарств

Диалог №37. Я пробовал, но не смог прекратить прием своих снотворных таблеток

Психотерапевт: Я вижу из ваших дневников сна, что вы по-прежнему принимаете снотворные таблетки. Что случилось с постепенным уменьшением их дозы?

Пациент: Ну, я пытался отказаться от этих лекарств, но после трех бессонных ночей я не мог больше этого выдержать, и поэтому стал принимать их снова.

Психотерапевт: Это, несомненно, трудно. К сожалению, для этого почти наверняка потребуется больше трех дней. Возможно,

потребуется неделя или еще больше, чтобы ваш организм вернулся к норме. Как и во всем остальном, самое главное — это постоянство. Когда вы прекратили прием снотворных лекарств на три дня, а затем вернулись к их приему, вы пострадали, по существу, беспричинно. Поэтому было бы лучше не начинать этот процесс снова до тех пор, пока вы не будете готовы довести его до логического завершения. Как только вы начнете сокращать дозу принимаемых лекарств, ваша цель — отказаться от них полностью до конца терапии, чем бы она ни завершилась. Может быть, вам поможет такой ход мыслей: сделать это будет намного легче, чем отказаться от курения или употребления алкоголя. Одна неделя, и с этим будет покончено.

Пациент: А вернусь ли я когда-нибудь к снотворным лекарствам?

Психотерапевт: Мы надеемся, что если вы успешно пройдете курс этой терапии, вам вообще не понадобится регулярно принимать снотворные таблетки.

Пациент: Не знаю, смогу ли я это сделать. Думаю, что я выдержу три дня и сдамся снова.

Психотерапевт: Возможно, вам стоит иметь в виду, что есть все же свет в конце туннеля, и чтобы добраться до него, вам придется выдержать до конца, не сбившись с пути. Если вы пройдете лишь половину туннеля, то окажетесь в положении, где вам придется начинать все с самого начала. Мораль этой истории такова: оказавшись в туннеле, идите на свет, не останавливаясь до тех пор, пока не дойдете до другого конца туннеля.

Пациент: А что, если я никогда не доберусь туда?

Психотерапевт: Мы искренне верим, что если вы проделаете свою работу правильно, то дойдете до другого конца туннеля. Но если через одну или две недели мы обнаружим, что для вас данный курс терапии не подходит, какие бы коррективы мы не вносили в него, мы можем всегда вернуться к тому, чтобы вы снова принимали снотворные лекарства. Возможно, это будут другие лекарства, а не те, которые вы принимаете теперь. Но мы непременно разрешим это затруднение, когда оно возникнет. А до тех пор задача состоит в том, чтобы продвигаться по туннелю вперед.

Пациент: А что, если потеря сна продолжается дольше, чем несколько дней... Что, если она продолжается несколько недель. Не повредит ли мне не спать вообще?

Психотерапевт: Да. Но количество потери сна не особенно существенно. Если мы экстраполируем данные о животных, нам потребуются месяцы *полного лишения сна*, чтобы породить серьезное заболевание, и даже в этом случае процесс будет иметь обратимый характер. Самое главное — не забывать о наличии здесь компромисса. Это похоже на поговорку "без труда не выловишь и рыбку из пруда".

Опасения по поводу негативных последствий лечения

Как найти подход к человеку, которого беспокоит, что преходящие негативные побочные эффекты КПТБ помешаю его повседневному функционированию? Следует заметить, что этот вопрос рассматривается также на втором сеансе терапии в диалоге, где обсуждается зависимость между достижениями в краткосрочной и долгосрочной перспективе (см. также рис. 4.2).

Диалог №38. Если я не усну, то как мне функционировать?

Пациент: Ладно. Отлично. Я не умру и не сойду с ума. Но как насчет влияния на мою работу того, что я вообще не сплю или не высыпаюсь? Ведь у меня важная работа, и мне приходится выполнять ее как можно лучше. Я не могу себе позволить недосыпать!

Психотерапевт: Понимаю. А что происходило раньше, до того, как вы стали употреблять снотворные лекарства?

Пациент: О, это было ужасно! Я был вялым, сонливым и не мог хорошо соображать. Я просто не мог нормально функционировать!

Психотерапевт: Так, вы перестали ходить на работу?

Пациент: Нет. Я ходил на работу, но это было ужасно.

Психотерапевт: А, находясь там, выполняли ли вы какую-нибудь работу?

Пациент: Отчасти, но не столько, сколько мне бы хотелось.

Психотерапевт: Высказывался ли кто-нибудь на работе по этому поводу?

Пациент: Многие люди говорили, что я выгляжу усталым.

Психотерапевт: Да, но высказывались ли они о вашей работе?

Пациент: Нет, не совсем.

Психотерапевт: Совершили ли вы какие-нибудь крупные ошибки, которые неотступно преследовали вас или поставили вашу работу под угрозу?

Пациент: Нет, ничего подобного.

Психотерапевт: Как долго вы испытывали трудности со сном, прежде чем обратиться к снотворным лекарствам?

Пациент: По меньшей мере, четыре месяца.

Психотерапевт: Итак, в течение этого времени вы недосыпали, но вполне функционировали, чтобы выполнять свою работу и не быть уволенным!

Пациент: Да, но это было нелегко!

Психотерапевт: Конечно. Уверен, что это было очень трудно, но ведь вы действительно не перестали функционировать. Вы чувствовали себя усталым, но все же функционировали вполне хорошо. И вы вообще не заболели какой-нибудь ужасной болезнью.

Пациент: Я просто не могу так жить!

Психотерапевт: И никто вас об этом не просит. Вспомните, что план состоит в том, чтобы удержать вас от приема снотворных лекарств на довольно долгое время и тем самым очистить ваш организм. И тогда мы эффективно поработаем вместе, чтобы вернуть ваш сон в привычное русло. Как и тогда, когда у вас началась бессонница, вам предстоит пережить несколько недель плохого сна и чувствовать себя скверно. Но, в отличие от того момента, когда у вас началась бессонница, на этот раз у вас есть цель для достижения и план для выполнения. И на этот раз есть “свет в конце туннеля”.

Как найти подход к человеку, которого беспокоит, что преходящие негативные побочные эффекты КПТБ помешают его повседневному функционированию, и который пережил негативные последствия, связанные с плохим сном и приписываемые последнему? "Хитрость" здесь в том, чтобы найти какую-нибудь сторону жизни пациента, которая действовала в тот период времени, когда он переживал негативные последствия плохого сна. Иными словами, основное внимание пациента необходимо сосредоточить на том, что ему вредило именно недомогание, а не его неспособность нормально функционировать. И как только пациент поймет это, он может проявить большую готовность переносить такое недомогание.

Диалог №39. Нет, действительно были случаи, когда я не мог нормально функционировать

Пациент: Когда я недосыпал, то нередко переставал видеться с друзьями и не выходил из дому. Это было просто ужасно.

Психотерапевт: Были ли случаи, когда вы заставляли себя выйти из дому и встретиться с друзьями или пойти на работу?

Пациент: Да, иногда мне приходилось это делать, хотя это и было крайне трудно.

Психотерапевт: И что же тогда происходило?

Пациент: Я обычно выходил из дому, но это было вообще не весело. Я тащился, и мне приходилось все время подталкивать себя.

Психотерапевт: Были ли вы в состоянии беседовать, принимать пищу и так далее?

Пациент: Да, но...

Психотерапевт: Можете ли вы вспомнить любой конкретный случай, похожий на этот?

Пациент: Да, окончание учебы моего внука.

Психотерапевт: Были ли вы вообще рады этому? Немного смеялись? Гордились?

Пациент: Я, безусловно, был горд.

Психотерапевт: Итак, не все время вам было очень скверно. Уверен, что это было трудно и вы устали, но все же немного порадовались. Сравните этот случай с тем, когда вы сидели дома. Радовались ли вы тогда?

Пациент: Нет, большую часть времени я просто боролся, чтобы оставаться бодрствующим.

Психотерапевт: Хмм. Итак, подводя итог, если не возместить потерю сна, то улучшит ли это результат? Это означает, что выйти из дому и заняться чем-нибудь, даже если вы чувствуете себя не лучшим образом, все же лучше, чем позволить бессоннице взять над вами верх, вынуждая вас делать что-нибудь менее желательное.

Пациент: Да, думаю, что я могу это понять.

Психотерапевт: Пойдем дальше. Когда вы перестроите свою жизнь, чтобы приспособиться к тому, что вы чувствуете себя плохо после бессонной ночи или целого ряда бессонных ночей, это означает, что бессонница непременно имела плохой исход. И если бы вы стойко выдержали это, то никак не узнали бы, что могло бы случиться. Может быть, все было бы хорошо или еще лучше. Но вместо этого, перестроив свой график сна, вы узнаете или испытаете лишь то, что бессонница не приводит к отрицательным последствиям.

И если это не вполне "Уловка-22" (т.е. порочный круг), то приспосабливание к бессоннице, проявляя меньшую активность, с большей вероятностью сохранит, если вообще не усугубит бессонницу. Это именно так потому, что когда вы находитесь дома, "возмещая потерю сна", то, вероятно, будете менее активным физически, более склонным дремать днем, ложиться спать раньше и проводить время в постели, бодрствуя. Все говорит о том, что подобные действия почти наверняка усугубят бессонницу, и все это во имя попытки чувствовать себя лучше.

Как найти подход к пациенту, частично или полностью знакомому с протоколом лечения и заявляющему: "Все это уже было!"? Здесь имеются два вопроса. Один из них в том, что пациент заявляет: "Все это уже

было!". Он действительно знаком со специальными терминами, хотя и даже отдаленно не практиковал ничего похожего на стандартные протоколы лечения. Классический пример из комедии положений произошел на телешоу "Доктор Дуги Хаузер" (Doogie Howser, MD). В одном из эпизодов этого телешоу, участие в котором принял Ричард Бутзин, Винни Дельфино, товарищ доктора Хаузера, страдал бессоницей. После обследования в клинике сна ему предложили пройти курс терапии контроля над стимулами (в данном телешоу это называлось "Методом Бутзина"). Дельфино истолковал полученные инструкции таким образом, что он должен ездить на своем велосипеде вокруг постели до тех пор, пока не утомится, после чего вернуться в постель. Это довольно любопытное применение "Метода Бутзина", но оно существенно отклоняется от стандартной формы лечения. Дело в том, что когда пациент заявляет: "Все это уже было!", лечение, которое он уже проходил, и близко не напоминает то, что действительно требуется.

Таким образом, психотерапевту следует непременно начать с того, чтобы спросить у пациента, каким видам вмешательства он подвергался, попросив его назвать и подробно описать каждый практический курс терапии вплоть до того, был ли он или не был эффективным. В том случае, если практический курс терапии был далек от "реальности", пациенту следует конкретно объяснить особенности предлагаемого курса терапии и его важные отличия от того, что он уже проходил. А в том случае, если практический курс терапии был "стандартным", психотерапевту следует сосредоточить основное внимание на том, что такой практический курс окажется эффективным лишь тогда, когда он является составной частью программы лечения. Характерным тому примером служит приведенный ниже диалог.

Диалог №40. Я уже пробовал поведенческие методы, и они не действуют.

Пациент: Я не знаю, зачем я сюда пришел. Мой врач уже работал со мной, применяя методы поведенческой терапии.

Психотерапевт: Вы имеете в виду своего лечащего врача, т.е. специалиста, к которому вы обращаетесь по поводу ежегодного медицинского обследования или тогда, когда вы чувствуете себя неважно?

Пациент: Да.

Психотерапевт: Когда вы говорите “поведенческие методы”, то что вы имеете в виду?

Пациент: Он вручил мне перечень правил, а затем проделал нечто, называемое “контролем над стимулами”.

Психотерапевт: Это был перечень того, что вам следует и чего не следует делать, где, например, вам предписывалось не употреблять продукты, содержащие кофеин?

Пациент: Да. Именно так.

Психотерапевт: Что ж, верно. Это называется инструкциями по гигиене сна. Их назначение состоит в том, чтобы пациенту было легче заснуть и оставаться спящим, делая что-то одно и не делать что-то другое. Сама идея перечня заданий неплохая, но она слишком проста и очевидна. Более того, данные исследований ясно показывают, что сами по себе инструкции по гигиене сна не эффективны.

Пациент: Мой врач провел также со мной ограничение сна.

Психотерапевт: В чем это заключалось?

Пациент: В том, чтобы ложиться спать позже. Он рекомендовал мне делать это в полночь, но я обычно ложусь спать в 23:45 и встаю с постели в одно и то же время.

Психотерапевт: В котором часу вы встаете с постели?

Пациент: Как всегда, в 7:30.

Психотерапевт: Хмм. В том, что вы делали, есть, конечно, определенное сходство с “настоящей” терапией, но есть и целый ряд отличий, имеющих решающее значение для надлежащего проведения такой терапии. Например, настоящая ТОС требует, в частности, от пациента ограничить время сна в течение нескольких недель. Идея здесь в том, чтобы потеря сна вынуждала людей быстрее испытывать потребность заснуть. Ваш врач прописал вам увеличить время сна до 7,5 часов. Но это вряд ли произвело бы такую потерю сна, которая требовалась для того, чтобы достичь коротких латентных периодов сна или высокой эффективности сна.

Из этого можно сделать такой вывод: то, что ваш врач из лучших соображений прописал вам делать, не является ни стандартной формой лечения, ни той формой терапии, которая была хорошо изучена в ходе клинических исследований и показала свою эффективность. Именно поэтому вы пришли сюда, чтобы получить "настоящее" лечение от одного из "настоящих профессионалов".

Пациент: Так, я прошел лечение частично, а не полностью?

Психотерапевт: Верно. Похоже, что те формы лечения, которые вы прошли, действительно напоминают во многом то, что мы будем делать здесь. Но имеется и ряд принципиальных отличий. К этим отличиям относятся следующие:

- Незначительные изменения в протоколах лечения, которые лучше подходят для вашего случая.
- Лечение будет проводиться направленно и под контролем. Это означает, что мы будем плотно работать с вами над тем, чтобы вы непременно делали именно то, что вам предписано, и когда это следует делать. Это похоже на то, что у вас будет физический терапевт или наставник по физической подготовке, который, работая с вами, поможет вам выполнять то, что могло бы быть для вас слишком трудным.
- Предлагаемая нами форма лечения будет основываться на данных. Это означает, что мы будем производить еженедельные измерения, чтобы точно знать, как вы справляетесь. И это позволит нам вносить коррективы в ваше лечение только в силу полученных данных.

Вывод такой: представьте бессонницу в виде стены, которую вам нужно постараться преодолеть. Имея благие намерения, всякий мог бы в этом случае сказать: "Я знаю, что вам нужно — лестница". И он был бы прав: вам действительно нужна лестница. Но вместо того, чтобы дать вам лестницу, он дал бы вам двое перил и немного перекладин. А вам пришлось бы постараться собрать из них лестницу. Но вся трудность состояла бы в том, что у вас оказалось бы всего две перекладины, расположенные близко друг к другу внизу лестницы.

Таким образом, вы могли бы подняться над землей, но этого оказалось бы недостаточно, чтобы преодолеть расстояние до верхнего края стены и перелезть через нее. Мое дело — предоставить вам больше перекладин, расположив их так, чтобы вы справились со своей задачей преодоления стены.

Опасения по поводу ограничения сна и контроля над стимулами

Большая часть сопротивления, оказываемого таким процедурам, как ограничение сна и контроль над стимулами, происходит от опасений по поводу тех последствий, которые такое лишение сна будет иметь в дневное время суток. Вопросы о запасе жизненных сил, производительности и болезненности возникают почти таким же образом, как и при обсуждавшихся ранее опасениях по поводу сокращения доз принимаемых снотворных лекарств. Следовательно, стратегии, направленные на преодоление сопротивления пациента сокращению доз принимаемых снотворных лекарств, могут быть применены и в данном случае. Поэтому здесь нет нужды рассматривать их снова. Имеются, однако, особые опасения, которые возникают по поводу таких процедур и которые обычно приходится разрешать в какой-то момент проведения терапии.

Как всегда, ключи к снижению сопротивления лежат в убедительном обосновании применяемых методов и достижении того, чтобы у пациента развились позитивные ожидания по поводу предстоящего лечения. И как только это будет сделано, у пациента, вероятно, возникнет немало вопросов, касающихся наилучшего выполнения предлагаемых ему процедур. Что же касается ограничения сна и контроля над стимулами, то львиную долю времени, возможно, придется уделить тому, как пациенту оставаться бодрствующим долгие часы вечером, что иногда требуется при подобных видах вмешательства.

Диалог №41. Я никак не смогу оставаться бодрствующим так поздно!

Пациент: Как мне вообще оставаться бодрствующим до двух часов ночи? Я никак не смогу оставаться бодрствующим так поздно.

Психотерапевт: А вам приходилось когда-нибудь бодрствовать до двух часов ночи?

Пациент: Пожалуй, приходилось, например, в новогоднюю ночь, но ведь это совсем другое дело. Я занимался организацией вечеринки под новый 1999-й год, но фактически это было в последний раз, когда я бодрствовал так поздно.

Психотерапевт: Думаю, что вы схватили самую суть дела. Помимо того, что вы были моложе, это стало, в частности, возможным именно потому, что вы "занимались". Поэтому ответ на ваш вопрос: "Как мне вообще оставаться бодрствующим до двух часов ночи?", заключается, в частности, в том, чтобы запланировать как можно больше занятий на вечер.

Пациент: Да, но занятий, время которым я мог бы вполне обоснованно уделять поздними вечерами, так много.

Психотерапевт: Правда, и все же вам может помочь составление перечня того, что вы можете делать вечером, а для этого потребуется немного планирования. Например, вы можете взять напрокат несколько фильмов, приобрести новые игры для своего компьютера или материалы, чтобы начать новый художественный проект. Здесь важно выявить те занятия, которые помогут вам скоротать время и доставят вам относительное удовольствие, а не просто засиживаться допоздна, ничего не делая или буквально спя на диване.

Пациент: Это все хорошо и замечательно, но я все же не думаю, что смогу быть настолько активным каждый вечер. И некоторые из предложенных вами занятий вроде просмотра фильмов все равно сморят меня сном.

Психотерапевт: Справедливо. Иногда чувства сонливости не избежать, и все же вы можете предпринять определенные шаги, чтобы непременно оставаться бодрствующим. Так, если вы садитесь, то сядьте на переднем краю стула, кресла или дивана, чтобы, начиная засыпать, тотчас вздрогнуть и пробудиться. А если вы доходите до момента, когда засыпаете сидя, то встаньте и, возможно, вылейте немного холодной воды себе на лицо и шею. Такие шаги должны дать желаемый результат, позволяя вам сидеть дольше. Но если и тогда вы снова почувствуете сонливость, просто повторите эти шаги, и этого должно быть достаточно, чтобы вам продержаться до запланированного по графику времени отхода ко сну.

Пациент: Я не смогу так жить. Это безумие!

Психотерапевт: Знаю, что это кажется безумием. Постарайтесь запомнить, что это краткосрочная мера. Никто не требует, чтобы вы постоянно вели именно такой образ жизни. Не забывайте, что как только ваш сон станет более крепким, мы увеличим время, которые вы проводите в постели. По мере того, как вы будете получать больше сна с большей эффективностью, вы, как мы ожидаем, будете чувствовать меньшую сонливость вечером и, в конечном счете, станете раньше ложиться спать. Помните, что есть свет в конце туннеля.

Пациент: А не мог бы я ложиться спать на пару часов раньше, чтобы посмотреть, что из этого выйдет?

Психотерапевт: Не делали ли вы это раньше?

Пациент: Да, делал.

Психотерапевт: И какой был результат?

Пациент: Ну, я думаю, что обычно пробуждаюсь чаще или слишком рано утром и уже не могу снова заснуть.

Психотерапевт: Итак, ложиться спать раньше вам не подходит. Поэтому опробуйте предлагаемый нами способ в течение нескольких недель.

Пациент: Видимо так.

Психотерапевт: И, наконец, мне бы хотелось, чтобы вы заметили, в чем здесь ирония. Когда вы впервые обратились за помощью в отношении своего сна, ваша жалоба состояла в том, что вы не могли заснуть. А о чем мы говорим теперь? Фактически о том, что вы "не можете оставаться бодрствующим". Чувствуете иронию? Мы, должно быть, на верном пути, верно?

Пациент: Наверно (смеется).

ГЛАВА 6

Пример конкретного клинического случая*

Дата обследования: 7 июля 2004 г.

Сведения о личности пациента: Сэмьюэль Буш, 62 лет, женат, мужчина, американец европейского происхождения, работает неполный рабочий день финансовым консультантом. У них с женой 29-летний сын и 31-летняя дочь. Рост 178 см. Вес 86 кг (индекс массы тела = 27,3).

Жалобы и сведения о сне

Жалобы: "Мне было трудно заснуть еще со времен учебы в колледже. Но в последнее время я чувствовал себя довольно скверно и боюсь, что это помешает мне вернуться к работе полный рабочий день".

Функционирование в дневное время суток/симптомы. Мистер Буш сообщил, что просыпается с сухостью во рту и головными болями 1–2 раза в неделю. Он заявил, что усталость в дневное время суток мешает ему работать и заниматься повседневной деятельностью. Он выразил особое опасение по поводу того, что трудности, испытываемым им в связи с бессонницей, могут нарушить его планы вернуться к графику работы полный рабочий день.

История жалобы. Впервые мистер Буш испытал бессонницу, когда учился в колледже. С тех пор его время от времени беспокоили трудности начать и поддерживать сон (от нуля и до трех ночей в неделю). Он указал, что до 2001 года он переносил свои трудности со сном, которые периодически

---

*ПРИМЕЧАНИЕ: данный пример не взят из конкретного клинического случая, а раз так, то он не представляет какого-то отдельного пациента. Имя, употребляемое в данном примере, обозначает вымышленного пациента, а сам отчет — более длинный, чем это обычно бывает в клинической практике. Обширное рассмотрение данного примера преследует лишь образовательную цель.

возникали во время стресса. В то время его затруднения начать сон усугубились в связи с неурядицами на работе (мистер Буш был корпоративным вице-президентом организации, которая оказалась в эпицентре массовых сокращений). Реагируя на требования к своей работе, он начал работать до позднего вечера и пытался совладать с дневной усталостью, употребляя напитки, содержащие кофеин (по 9–15 чашек в день), на протяжении рабочей недели и отсыпаясь по выходным. Он сообщил, что в 2002 году его контракт не был продлен из-за корпоративной реструктуризации. В 2003 году он пережил второй в своей жизни значительный фактор, вызывающий стресс, когда его жене был поставлен диагноз рака матки. В то время он набрал около 14 кг лишнего веса, который увеличился с 86 до 100 кг, а его бессонница усугубилась до такой степени, что стала вызывать значительные нарушения сна каждую ночь. И тогда он впервые обратился за медицинской помощью в обследовании и лечении нарушения сна.

Предыдущее лечение нарушений сна. В феврале 2002 года мистер Буш был обследован доктором Пиквиком в Дикенсовском центре нарушений сна, г. Анланта, шт. Джорджия. В то время он обратился за медицинской помощью по настоянию своей жены, которая жаловалась, что он сильно храпит по ночам. Помимо трудностей в начинании и поддержании сна, он сообщил, что в то время он испытывал не только усталость, но и сильную сонливость в дневное время суток. Его обследовали методом ПСГ, и результаты показали умеренный синдром остановки дыхания во сне (индекс дыхательной недостаточности (ИДН — RDI) — 10/час). Свидетельств каких-нибудь других внутренних нарушений получено не было. Рекомендации по лечению состояли в похудении и применении режима искусственной вентиляции легких при постоянном положительном давлении (СИПАП — CPAP) по ночам — формы вентиляции, повышающей проходимость орофарингеальных (ротоглоточных) дыхательных путей во время сна. Мистер Буш сообщил, что он похудел более чем на 11 кг, что заметно умерило его храпение и сонливость в дневное время суток, хотя ему по-прежнему с трудом удавалось засыпать и оставаться спящим. Он также сообщил, что не переносил СИПАП-аппарат, что, по его словам, только усугубляло бессонницу.

По окончании СИПАП-терапии, он обратился к своему терапевту, оказывающему первую медицинскую помощь, т.е. к своему лечащему врачу,

который поработал с мистером Бушем над тем, чтобы он урезал дозы употребляемого кофеина и обратил свое внимание на вопросы гигиены сна. В итоге он больше не пьет кофе после полудня и регулярно выполняет физические упражнения 3 раза в неделю по 30–60 минут. Кроме того, лечащий врач прописал ему амитриптилин по 20 мг каждый вечер перед сном. Мистер Буш сообщил, что прием данного лекарства принес некоторые плоды, поскольку это позволило ему засыпать быстрее. Кроме того, его стали меньше беспокоить пробуждения посреди ночи, а по свидетельствам жены он уже храпел не так сильно.

К сожалению, всем этим улучшениям сопутствовали антихолинергические эффекты (хроническое опухание околоушных слюнных желез с периодическими обострениями опухоли, что обычно наблюдается при разновидности паротита — болезни, иначе называемой "заушницей"). Эти побочные эффекты оказались непереносимыми для данного пациента, и поэтому он прекратил прием амитриптилина через три месяца. С тех пор мистер Буш попробовал принимать темазепам и золпидем, что пошло ему на пользу. Но ни он, ни его лечащий врач не пожелали, чтобы он принимал эти лекарства длительное время. В настоящее время он прекратил прием всех лекарств из-за опасений стать зависимым от них. В июне 2004 года мистер Буш снова обратился к доктору Пиквику, поскольку он по-прежнему испытывал затруднения в связи с постоянной бессонницей. После медицинского осмотра и повторного обследования методом ПСГ, который выявил, что ИДН оказался в пределах нормы (4/час), доктор Пиквик направил данного пациента в службу поведенческой медицины сна на дальнейшее исследование и лечение.

Непрерывность и качество сна. Мистер Буш сообщил, что за последние 6 месяцев он испытывал затруднения при засыпании с латентным периодом сна до 90 до 120 минут в течение 4 или больше ночей в неделю, включая и выходные. И хотя латентный период сна у него колеблется от одной ночи к другой, он все же сообщает, что редко засыпает менее чем за 30 минут. Он также указал, что просыпается 2 или 3 раза за ночь, в общем, на 30–60 минут в течение около 4 ночей в неделю. При этом он отрицал пробуждения ранним утром и сообщил, что спит ночью в среднем 5–6 часов.

Примечательно следующее заявление мистера Буша: когда он пытается заснуть или вернуться ко сну, то размышляет и чувствует себя когнитивно

возбужденным (в частности, он говорит, что "не может отключить свое сознание"), несмотря на усталость и утомление, накопившиеся за день. Его мысли нередко сосредоточены на текущих заботах. Он также беспокоится о качестве своего сна. Кроме того, он сообщает, что когда просыпается посреди ночи, то гневается на свою бессонницу и беспокоится о производительности своего труда на работе на следующий день. Мистер Буш также сообщает, что когда он спит в новой, незнакомой ему обстановке (во время командировок или отпуска), его бессонница объективно оказывается менее сильной в подобных условиях. И, наконец, Мистер Буш указал, что нередко ему бывало трудно пробудиться вовремя и что он мог спать долго по утрам (т.е. до 8:30), если позволяли обстоятельства.

Привычки и окружение сна. Мистер Буш спит со своей женой в большой двуспальной кровати с подушками в головах. Матрацу и подушкам меньше трех лет. В настоящее время он придерживается фазы сна приблизительно в период от 22:00 до 6:00, корректируя его с 1:00 до 8:00 по выходным дням. Его жена ложится спать и просыпается раньше (в 21:00 и 5:30 соответственно), чтобы поспеть вовремя на работу. Жена сказала ему, что он спит неспокойно и много ворочается в постели ночью. А сам мистер Буш указал, что окружение его сна уютное, хотя свет и звук недостаточно ослаблены (спальная комната не остается в темноте после восхода солнца). Температура в спальне сохраняется относительно высокой. Он сообщает, что смотрит телевизор и читает в постели, а также спит с включенным на ночь радиоприемником ради "белого шума", который тот издает, поскольку он просыпается от шумов снаружи. Мистер Буш больше не пьет кофе после полудня, но в то же время выпивает две порции мартини вечером, а в особых случаях — три порции. Он не изменял этой привычке после 45 лет. Он отрицает, то употребляет алкоголь в качестве успокоительного средства, которое помогло бы ему заснуть или оставаться спящим. Кроме того, данный пациент сообщает, что прекратил употреблять табак 10 лет назад (он выкуривал по 1 пачке в день на протяжении 32 лет).

Мистер Буш сообщает, что он регулярно обедает около 19:00, а иногда перекусывает перед сном. После этого он "расслабляется", смотря канал CNN, работая или строя разные планы относительно поиска работы и продолжения профессиональной карьеры. Как правило, он начинает подготовку ко сну около 21:00. А в то время, когда его жена уже засыпает

(около 21:30), он ложится в постель и включает телевизор. При этом он не склонен "пытаться" заснуть вплоть до 22:00. Он сообщает, что ему редко удается вздремнуть днем, несмотря на чрезмерную сонливость в дневное время суток. В итоге он старается не дремать днем больше одного раза в месяц после обеда в воскресенье.

СЕМЕЙНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ

Данный пациент живет со своей женой 34 года. У них двое детей в возрасте 29 лет (мужского пола) и 31 год (женского пола). Их дети — здоровые и независимые молодые люди. Мистер Буш был единственным ребенком в своей семье. Оба его родителя умерли 10 лет назад от сердечно-сосудистых заболеваний. Его отец был видным адвокатом, который, по словам мистера Буша, был "трудоголиком" и часто жаловался на бессонницу, хотя никогда не обращался за медицинской помощью в ее лечении. А его мать служила медсестрой на неполной ставке. Мистер Буш отрицает историю любых психических заболеваний в своей семье. Данный пациент заявил, что провел относительно счастливое детство, не подвергшись физическому или сексуальному насилию. Мистер Буш охарактеризовал себя как честолюбивый ученик и активный спортсмен в юные годы. Он окончил среднюю школу самым лучшим учеником в своем классе и продолжил учебу в Пенсильванском университете, получив сначала степень бакалавра делового администрирования, а затем и степень магистра делового администрирования по окончании Уортонской школы бизнеса при том же университете. Во время магистратуры в школе бизнеса он встретился со своей женой. Мистер Буш охарактеризовал свой брак как нечто "лучшее, чем то, на что большинство людей могут надеяться или даже вообразить...". Диагноз рака у своей жены он охарактеризовал как "самое худшее из того, что вообще с ним случалось", но все же он не теряет надежду, что она "поправится". Миссис Буш находится в состоянии после гистерэктомии (удаления матки) и, кажется, пребывает в добром здравии.

МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

История болезни. Данный пациент отрицает любые перинатальные осложнения и сообщает, что прошел все вехи своего физического развития

в нормальных временны*х* рамках, а также описал свое детство как относительно "здоровое", за исключением частых инфекций горла, которые умерились после тонзилэктомии (удаления миндалин) в 1950 году. История болезни данного пациента во взрослом возрасте характеризуется закрытой травмой черепа с потерей сознания в 1960 году, хроническими мышечно-скелетными болями в пояснице и нижних конечностях, после окончания средней школы. Мистер Буш считает, что эти недуги являются побочными следствиями его спортивных травм, полученных во время игр в баскетбольной команде его колледжа. С 1975 года его часто мучит изжога (ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), особенно после обильных трапез, хотя и без ночных осложнений. С 1995 года у него болит желчный пузырь, а с 2000 года — умеренно хронический синдром раздраженного кишечника, хотя это не подтверждено данными колоноскопии. Умеренные хронические боли хорошо снимаются ибурпрофеном, принимаемым по мере надобности. ГЭРБ он лечит, принимая ежедневно ранитидин в прописанных дозах. А синдром раздраженного кишечника (СРК) проявляется лишь в периоды стресса и в настоящее время не лечится. Заболевание желчного пузыря было успешно вылечено путем холецистэктомии (удаления желчного пузыря) в 1995 году.

Принимаемые в настоящее время лекарства. Ранитидин по 75 мг каждый день, ибурпрофен по 600 мг по мере надобности, т.е. 2 дня в неделю при болях в спине.

История болезни по психиатрии. Мистер Буш отрицает, что проходил психиатрическое или психологическое лечение, включая госпитализацию. Он также отрицает суицидальные мысли или попытки самоубийства. Исходя из его самооценки, он, вероятно, пережил значительное расстройство адаптации с подавленным настроением после потери должности корпоративного вице-президента в 2002 году и диагноза рака у его жены в 2003 году.

Обследование психического состояния. Данный пациент выглядел хорошо воспитанным, благородным и порядочным человеком. Он пришел на прием с кожаным портфелем, в брюках цвета хаки и рубашке на пуговицах, держа в руке чашку кофе. Его речь отличалась нормальной громкостью, частотой и тембром. Он был приятным и общительным. Его

эмоциональная реакция была эутимической (т.е. не депрессивной) и полностью соответствовала содержанию беседы. Он описал свое настроение как "хорошее, хотя и несколько раздраженное". Он казался умеренно самокритичным. Мистер Буш отрицал, что его посещали суицидальные мысли, намерения и планы, как в прошлом, так и в настоящем, а также особые страхи и фобии, хотя и признал, что всегда был немного беспокойным человеком, а под стрессом он может проявлять беспокойство до половины дня. Но когда он не находится под давлением обстоятельств, то его беспокойство ослабевает. Его мысли были сосредоточены на описании симптомов, но без всякой вычурности или обманчивых убеждений. Мистер Буш был ориентирован в собственной личности, месте и времени. Его мыслительные процессы были логичными и целеустремленными, без заметного отвлечения внимания. Его проницательность, суждения и контроль над побуждениями оказались хорошими, а его ум — выше среднего, хотя коэффициент его умственного развития формально не оценивался.

СВОДКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПО МЕРАМ ОЦЕНИВАНИЯ

Мистеру Бушу было назначено восемь инструментов для первоначального оценивания, чтобы, в частности, проверить сведения об его сне и настроении. Эти сведения представлены ниже и количественно показывают жалобы данного пациента на сон, "сигнализируют" о скрытом нарушении настроения и его состоянии перед лечением.

ИНСТРУМЕНТ	ИЗМЕРЕНИЕ	ПРЕДЕЛЫ ОЦЕНОК, БАЛЛОВ	ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТА, БАЛЛОВ
ISI[1]	Степень тяжести бессонницы	0–28	19
PSQI[2]	Нарушение сна	0–21	15
ESS[3]	Сонливость днем	0–24	9
KSS[4]	Сонливость днем	0–9	6
MFI[5]	Общая усталость	0–20	12
	Физическая усталость	0–20	10
	Пониженная активность	0–20	14
	Пониженная мотивация	0–20	12
	Психологическая усталость	0–20	17
BDI[6]	Депрессия	0–63	10

STAI[7]	Тревога	0–80	40
POMS (SF)[8]	Общая оценка	0–145	57
	1. Напряжение/тревога	0–25	18
	2. Депрессия/уныние	0–25	7
	3. Гнев/враждебность	0–25	18
	4. Жизненный тонус	0–25	12
	5. Усталость	0–25	13
	6. Спутанность	0–20	9

1. ISI — Insomnia Severity Scale (Индекс степени тяжести бессонницы).
2. PSQI — The Pittsburgh Sleep Inventory (Питтсбургский индекс качества сна).
3. ESS — The Epworth Sleepiness Scale (Шкала сонливости Эпворта).
4. KSS — The Karolinska Sleepiness Scale (Каролинская шкала сонливости).
5. MFI — The Multidimenoinal Fatigue Inventory (Многомерный опросник для оценивания усталости).
6. BDI — The Beck Depression Inventory (Шкала депрессии Бека).
7. BDI — The Beck Depression Inventory (Шкала депрессии Бека).
8. POMS (SF) — The Profile of Mood States (Профиль настроений; краткая форма).

Данные, полученные из этих инструментов оценивания, согласуются с результатами клинического собеседования. В частности, у мистера Буша проявляется умеренно сильное нарушение сна и бессонница, уровень сонливости от умеренного до высокого (относительно норм бессонницы), а также умеренная усталость, которая наиболее очевидна и сильна по показателям психологической усталости. Особенно важно то, что оба показателя сонливости (наряду с историей болезни по синдрому обструктивного апноэ во сне (СОАС — OSA)) позволяют предположить, что данный пациент может подвергаться риску значительного ухудшения в сторону чрезмерной сонливости в дневное время суток, учитывая побочные эффекты КПТБ.

В области настроений у мистера Буша тревога (по опроснику STAI) проявляется в большей степени, чем депрессия (по шкале BDI). И этот результат сравним с высокими оценками по шкалам 1–3 профиля POMS. И хотя ни одна из оценок настроения не попадает в диапазон патологических показаний, их величины настолько близки к клиническим пороговым значениям, что требуют особого внимания.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Социально-экономические и культурные факторы. С широкой точки зрения жалобу мистера Буша можно концептуально представить как вырастающую из социетального обесценивания особого значения сна и переоценивания производительности труда. Можно утверждать, что эти преобладающие настроения сильно проявляются в том корпоративном климате, где мистер Буш функционировал в качестве руководителя высшего звена. В этой среде работа допоздна считается нормой. Усталость и последствия недосыпания неизменно сводятся к минимуму, а для нормализации подобных последствий употребляются многие виды компенсаторного поведения. И хотя они романтизируются, тем не менее, непосредственно содействуют развитию хронической бессонницы (например, хроническому употреблению стимуляторов, нерегулярности режимов сна и бодрствования, употреблению алкоголя в качестве снотворного и т.д.). Одним словом, культурный фон, включая истоки "субкультуры" в собственной семье мистера Буша, вероятно, способствовали в значительной степени клиническому течению нарушения его сна.

Социальные и поведенческие факторы. Мистер Буш описал несколько факторов, согласующихся с потенциальной ролью моделирования и классического обусловливания в поддержании его бессонницы. Что касается моделирования, то оказывается, что мистер Буш принял подход к работе и жизни, согласующийся с моделью ролевого функционирования, предусмотренной его отцом. С юного возраста он приучился придавать особое значение работе и исполнительности за счет поддержания гармоничного уклада жизни. Как сообщил мистер Буш, его отец, предположительно служивший ему основной моделью роли мужчины в семье, жертвовал согласованным ежедневным распорядком дня и регулярным режимом сна и бодрствования ради достижения карьерного успеха. Как указывалось выше, его отец также страдал бессонницей. И хотя она имела характер хронического нарушения сна, отец мистера Буша не обращался за медицинской помощью в ее лечении, тем самым давая ясно понять, что бессонница не считалась и не считается каким-то существенным затруднением. С таким концептуальным представлением согласуется то обстоятельство, что мистер Буш обратился за помощью

в лечении своей бессонницы только по настоянию своей жены, и это произошло лишь через 40 лет после того, как нарушения сна проявились у него впервые.

Что же касается потенциальной роли обусловливания, то описание мистером Бушем его жалобы согласуется с целым рядом факторов, указывающих на возможную центральную роль обусловленного перевозбуждения в поддержании его хронической бессонницы. Мистер Буш, в частности, отметил, что когда он ложится в постель, то чувствует себя бодрым и задумчивым, несмотря на ощущение усталости в течение дня, предполагая, что постель и спальня служат условными стимулами, вызывающими когнитивное возбуждение, мешающее ему начать и поддерживать сон. Дополнительным свидетельством различительной, приобретенной связи возбуждения с постелью и спальней служит следующее наблюдение мистера Буша: когда он спит в новой обстановке (например, в номере отеля), то сон доставляет ему меньше хлопот. Кроме того, мистер Буш описал свою жалобу, которая распространена среди пациентов, страдающих первичной бессонницей, таким образом: его мысли перед сном сосредоточены на неспособности заснуть и оставаться спящим, а также на потенциальных последствиях плохого сна для его карьеры. Столь негативные невольные мысли могут привести к тревожному ожиданию возможной неудачи и стать легко обусловленными состоянием перед сном.

Жизненные события. Жизненные факторы, вызывающие стресс, сыграли важную роль в том, что у мистера Буша начались хронические нарушения сна. Острые первоначальные приступы бессонницы у него, вероятно, были спровоцированы определенным сочетанием задержки фазы сна и стресса, связанным со студенческой жизнью и/или выпускными экзаменами в колледже. Бессонница, которая теперь стала хронической, вероятно, была спровоцирована (как хроническое нарушение сна) событиями, произошедшими в период с 2001 до 2003 год. Как отмечалось ранее, в это время мистер Буш испытывал значительно возросший стресс на работе, в связи с чем у него развилась плохая гигиена сна (например, он работал до позднего вечера, принимал повышенные дозы кофеина, сократил физические упражнения и спал дольше по выходным), он значительно набрал в весе и, в конечном счете, потерял свою

высокооплачиваемую работу и высокое положение корпоративного вице-президента. А стресс в связи с диагнозом рака у его жены, по-видимому, оказался таким же значительным "фактором", спровоцировавшим бессонницу до такой степени, что мистеру Бушу не хватило времени, чтобы оправиться от жизненных факторов, вызвавших стресс, в этот двухлетний период.

Генетика и темперамент. Мистер Буш описал некоторые характерные черты, которые, оказывается, делают его особенно восприимчивым к повышенной психологической реактивности и/или перевозбуждению. Он описал себя как честолюбивого, взыскательного человека, личность, ориентированную на достижение успеха. Он заявил, что нередко реагирует "слишком остро" на малейшие жизненные факторы, вызывающие стресс, и, как правило, ему трудно физически "расслабиться" и после того, как он рассердится или раздражится. Кроме того, мистер Буш описал себя как "взвинченного" и пошутил, что интенсивность метаболизма (обмена веществ) у него должна быть "как у бурундука". И, наконец, он охарактеризовал себя как "беспокойного человека". Каждая из этих характеристик представляет или соответствует формам возбуждения, которые, вероятно, способствуют бессоннице, а также другим связанным со стрессом заболеваниям вроде гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), синдрома раздраженного кишечника (СРК) и хронических мышечно-скелетных болей. Таким образом, у мистера Буша имеется, по-видимому, предрасположенность к расстройству задержки фазы сна, о чем свидетельствует его склонность, как в молодом, так и в старшем возрасте, задерживать период своего сна по выходным.

ОБЩАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ

Хроническую бессонницу у мистера Буша можно понять в самом широком контексте поведенческой модели бессонницы (т.е. модели Шпильмана или трехфакторной модели). У мистера Буша проявляются самые разные характеристики, которые могут быть обозначены как предрасполагающие факторы, включая повышенную реактивность, соматическое перевозбуждение и склонность к беспокойству и руминации (т.е. переживаниям и размышлениям). Каждый из этих факторов, вероятно, делает мистера Буша уязвимым к бессоннице, особенно в моменты

стресса. Мистер Буш сообщил о самых разных случаях, которые могут быть распознаны как провоцирующие факторы, включая события, приведшие к потере работы и болезни его жены, хотя и не ограничиваясь только ими. И, наконец, мистер Буш занимался самым разным поведением, которое можно охарактеризовать как "закрепляющие факторы", реализованные или реализуемые для возмещения бессонницы в ночное время и усталости в дневное время суток. Но, вместо того чтобы исправить положение, эти стратегии служат для поддержания бессонницы (в отсутствие первоначальных провоцирующих факторов) и/или способствуют развитию обусловленного перевозбуждения, являющегося характерной чертой хронической бессонницы.

Мистер Буш занимался целым рядом недостаточно адаптивных стратегий вроде склонности отсыпаться по выходным, употреблять чрезмерные дозы кофеина, проводить, бодрствуя, слишком много времени в постели, пытаясь получить больше сна, и т.д. Каждая из этих стратегий нарушает гомеостатическую и циркадную (суточную) регуляцию сна и увеличивает вероятность того, что постель и спальня станут классически обусловленными стимулами для бодрствования. Свидетельством присутствия обусловленного возбуждения в случае мистера Буша служит его сообщение о том, что ему лучше спалось в другой обстановке, где условные стимулы изменились, а также о том, что он испытывает внезапное нарастание когнитивного возбуждения (мысли крутятся в голове и проч.), когда он ложится спать.

ДИАГНОЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Диагностическое впечатление: ясно, что мистер Буш удовлетворяет критериям первичной бессонницы. Он также проявляет склонность к излишнему беспокойству, что может или не может быть непосредственно связано со стрессом. В настоящий момент не вполне очевидно, ограничивает ли беспокойство его способность нормально функционировать в дневное время суток. Склонность мистера Буша к беспокойству и наличие у него симптомов тревоги следует постоянно контролировать в ходе лечения, чтобы лучше оценить, имеется ли у данного пациента диагностируемое тревожное расстройство. И, наконец, наличие у него настоящей задержки фазы сна потребует дальнейшего оценивания.

Ось I 307.42 Первичная бессонница

309.28 История расстройства адаптации со смешанным тревожным и подавленным настроением

исключить как коморбидные или способствующие факторы:
— циркадные (суточные) факторы (задержку фазы сна)
— генерализированное тревожное расстройство

Ось II Отложено

Ось III Боли в пояснице, ГЭРБ, СРК, история СОАС

Ось IV Потеря руководящей должности в организации в 2002 году и работа с тех пор только консультантом. Диагноз рака у жены в 2003 г.

Ось V Текущая общая оценка функционирования (по шкале GAF): 61

ПРИМЕЧАНИЕ: в педагогических целях в этой части отчета особое внимание будет уделено применению алгоритмов, позволяющих определить, подходит ли мистер Буш для КПТБ.

КРИТЕРИЙ 30/30 DIMS

Требуется ли пациенту не меньше 30 минут, чтобы заснуть?	Да
Бодрствует ли пациент не меньше 30 минут ночью?	Да
Имеются ли у пациента жалобы в дневное время суток, связанные с бессонницей?	Да

ФАЗА

Существуют ли нарушения сна по критерию 30/30 DIMS при спонтанном режиме сна?	Да

Комментарий: история и текущая практика показывает, что задержки фаз являются наиболее предпочтительным режимом сна для данного пациента. Тем не менее, у данного пациента проявляются нарушения сна по критерию 30/30 DIMS, т.е. нарушения начала и поддержания сна в течение 30 и больше минут.

НЕДИАГНОСТИРОВАННОЕ ИЛИ НЕЛЕЧЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Имеется ли у пациента недиагностированное, нелеченное медицинское и/или психическое заболевание?	Да

Комментарий: возможно, тревожное расстройство не было диагностировано у данного пациента, но, как показывает проведенное здесь обследование, для постановки достоверного диагноза имеется недостаточно данных. И даже если бы у пациента имелось, например, генерализированное тревожное расстройство, это совсем не обязательно означало бы, что КПТБ данному пациенту противопоказана. Важнее другое: будет ли тревожное расстройство мешать проведению КПТБ или усугубляться данной формой терапии?

НЕУСТОЙЧИВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Имеется ли у пациента неустойчивое или неустраняемое медицинское и/или психическое заболевание? Да

Комментарий: можно осторожно утверждать, что ГЭРБ, СРК, и боли в пояснице являются неустраняемыми медицинскими заболеваниями у данного пациента. И в данном случае снова возникает вопрос: будет ли неустойчивое заболевание мешать проведению КПТБ или усугубляться данной формой терапии?

ОЦЕНИВАНИЕ

Возможно ли, чтобы бессонница прошла вместе с острым заболеванием? Нет

Комментарий: медицинские заболевания мистера Буша можно считать неустраняемыми, поскольку они периодически возобновляются. В связи с тем, что бессонница сохраняется и имеет тяжелую форму, а СРК, ГЭРБ и боли в пояснице проявляются эпизодически, то кажется очевидным, что бессонница возникает независимо от этих заболеваний. Так, если бы и другие заболевания сохранялись в тяжелой форме, то все равно имелось бы достаточно свидетельств для предположения, что КПТБ показана, исходя из явно существующих поведенческих (закрепляющих) факторов. Тем не менее, более агрессивное лечение каждого медицинского заболевания может быть обосновано для того, чтобы способствовать лучшей реакции на лечение методом КПТБ.

ОЦЕНИВАНИЕ

Препятствует ли заболевание пациенту заниматься ТОС или ТКС? Нет

ОЦЕНИВАНИЕ

Обострит ли ТОС или ТКС "коморбидное" (сопутствующее) заболевание?	Нет

Комментарий: потеря сна от ТОС или ТКС может обострить СРК, ГЭРБ и/или боли в пояснице. В отсутствие сколько-нибудь значительных данных о подобных заболеваниях лучше всего допустить, что лечение может усугубить их, хотя и временно. Соответственно КПТБ не противопоказана, но, может быть, лучше предусмотреть заранее, каким образом совладать со слабым–умеренным усилением симптомов упомянутых прочих заболеваний во время лечения.

НИЗКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СНА

Меньше ли 90% эффективность сна у пациента? Есть ли свидетельства недостаточно адаптивного поведения?	Да

Окончательная оценка: КПТБ показана для данного пациента.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Собрать данные о непрерывности сна за одну неделю из дневников сна, как запланировано. Если эти данные согласуются с жалобами мистера Буша, воспользоваться данными за исходный период, чтобы установить параметры для терапии ограничения сна (ТОС). Помимо ТОС, развернуть контроль над стимулами, гигиену сна и когнитивную терапию в соответствии со стандартным для клиники режимом лечения. Измерить симптомы чрезмерной сонливости днем (ЧСД), чтобы гарантировать, что терапия не усугубит их до такой степени, что подвергнет пациента риску попасть в аварию, получить травму или не соблюдать режим лечения.

Вопросы для последовательного разрешения:

1. Предоставить врачу, лечащему мистера Буша, копию этого отчета, и выяснить, имеется ли какая-нибудь причина не продолжать данное лечение. Это означает следующее: подходящее ли теперь для мистера Буша время, чтобы пройти курс терапии, если не считать вопросов, касающихся приема лекарств или медицинских заболеваний?

2. Принимая во внимание, что у мистера Буша проявилась определенная степень суточной аритмии, рассмотреть возможность применения терапии ярким светом, если не появляются надлежащие достижения в лечении, а симптомы задержки фазы сна сохраняются или ухудшаются.
3. Оценить настроение мистера Буша в ходе терапии. Если надлежащие достижения в лечении не появляются, а симптомы тревоги сохраняются или ухудшаются, рассмотреть возможность направления данного пациента на обследование и лечение явного тревожного расстройства.
4. Оценить медицинские заболевания мистера Буша (боли в пояснице, ГЭРБ, СРК). Если надлежащие достижения в лечении не появляются, а симптомы соответствующих заболеваний сохраняются или ухудшаются, рассмотреть возможность направления данного пациента на обследование и лечение этих заболеваний.
5. Если после лечения бессонница у мистера Буша прошла, но у него проявляется чрезмерная сонливость днем (ЧСД) или же он жалуется на сон, не восстанавливающий силы, рассмотреть возможность повторного оценивания синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) и последующего направления данного пациента на ПСГ.

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 2: Просмотр исходных данных из дневника сна; Инициирование TOC и TKC

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да **X**
Частично
Нет

TTB:	**22:00**
SOL:	**75 минут**
FNA:	**3,5**
WASO:	**121 минута**
TST:	**336 минут**
TIB:	**532 минуты**
TOB:	**6:57**
SE:	**63%**

Усталость	+	**DSPS/ASPS**	?	**Аппетит**	–
Дремота/ короткий сон днем	+	**SI/HI**	–	**Интерес**	–
Концентрация	+	**Кошмары**	–	**Настроение**	–

ESS	**6**
BDI	**8**
STAI	**40**

Здесь и далее приняты следующие сокращения:
TTB — Время отхода ко сну;
SOL — Латентный период начала сна;
FNA — Частота ночных пробуждений;
WASO — Продолжительность бодрствования после засыпания;
TST — Общее время сна;
TIB — Время в постели;
TOB — Время подъема с постели;
SE — Эффективность сна;
DSPS — Синдром задержки фазы сна;
ASPS — Синдром опережения фазы сна;
ESS — Шкала сонливости Эпворта;
BDI — Шкала депрессии Бека;
STAI — Опросник состояния-характерной черты тревожности;
SI — Суицидальное мышление;
HI — Гомицидальное мышление;
+ — Клинически значимо;
- — Клинически незначимо.

Субъективные оценки и вопросы. Мистер Буш сообщил, что его дневники сна "весьма согласуются" с типичным характером его сна, за исключением того, что на этой неделе он, по-видимому, бодрствовал дольше посреди ночи. Он отрицал, что спал украдкой днем, но все же признал, что дремал на диване по вечерам. По мнению мистера Буша, эти эпизоды редко длились больше нескольких минут, и они служили ему сигналом к тому, что пора ложиться спать. Он также признался, что страстно желал пройти курс лечения, хотя и немного нервничал, сможет ли он с этим справиться. Он отрицал любое другое текущее беспокойство или тревогу, что несколько умаляет наши опасения по поводу возможности коморбидного генерализированного тревожного расстройства.

Лечение. Пациент был сориентирован на принятую в нашей клинике стандартную форму ТОС и ТКС. На основании данных из дневника сна за предыдущую неделю было решено установить время в постели (ВП — TIB) равным 5,5 часам. Учитывая предпочтения мистера Буша относительно рабочего графика на неделю, а также режима сна, более совместимого с фазой сна его жены, было принято раннее время подъема в 6:00. А поскольку показатель ВП был установлен равным 5,5 часам, то было предписано время отхода ко сну (ВОС — TTB) в 0:30. Несмотря на свои предпочтения относительно рабочего графика на неделю, мистер Буш был против того, чтобы вставать рано в выходные дни. Он все же неохотно согласился, когда мы ему объяснили, что такой режим сна устанавливается временно и направлен на достижение клинических улучшений в ходе лечения. Его, по-видимому, заметно успокоила мысль, что в будущем он сможет иногда отсыпаться снова по выходным. И хотя мы не выводили его из этого заблуждения, его склонность задерживать фазу сна может сделать вероятным, что даже после успешного избавления от первичной бессонницы ему, возможно, не удастся перенести регулярные и/или значительные смещения фазы сна. Возможно, к этому вопросу придется еще вернуться на последующей стадии лечения.

Как часть планирования ТОС и ТКС, мы подробно обсудили те виды деятельности, которыми мистеру Бушу следует заняться в течение задержки фазы отхода ко сну и ночью, когда он практикует ТОС. Он проявил заметный интерес к выполнению своей работы в это время. И хотя такая деятельность может оказаться плодотворной, а то и приятной для мистера Буша, я все же выразил опасение, что выполнение значительного объема работы в то время, когда желательно спать, может в краткосрочной перспективе помочь ему "скоротать время", но в долгосрочной перспективе такое поведение способно укрепить бессонницу, во-первых, придавая этому нарушению сна "положительную функцию", а, во-вторых, увеличивая склонность рабочей нагрузки порождать бессонницу. Следовательно, для него было бы лучше заниматься доставляющей удовольствие деятельностью, не связанной с работой. Вторая идея мистера Буша была относительно того, как провести "обретенное вновь время", состояла в том, чтобы поиграть в видеоигры. Этому "навыку" мистера Буша научил его 5-летний внук. Мистер Буш сообщил, что такая деятельность очень интересна, а идея заняться ею, чтобы "разбить" в игре своего внука, оказалась настолько привлекательной, что он выразил опасение, не останется ли он бодрствовать слишком долго. Я напомнил ему, что цель состоит в том, чтобы создать потребность в сне, и если он останется бодрствовать слишком долго, то это даже хорошо.

Принимая во внимание оценки мистера Буша по шкалам ESS, BDI и STAI, очень важно постоянно отслеживать их во времени. Неуклонное увеличение тяжести симптомов на 50% или еще больше в течение двух или более недель следует в данном случае считать веским основанием для рассмотрения возможности целевого вмешательства.

Дата: 21.07.2004 **Возвращение в клинику:** 28.07.2004 **Подпись** _____

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 3: Коррекция ТОС и ТКС

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да X
Частично
Нет

TTB:	0:30
SOL:	50,5 минут
FNA:	2,7
WASO:	50,5 минут
TST:	22,8 минуты
TIB:	256 минут
TOB:	6:05
SE:	77,5%

Усталость	+	DSPS/ASPS	?	Аппетит	–
Дремота/ короткий сон днем	+	SI/HI	–	Интерес	–
Концентрация	+	Кошмары	–	Настроение	–

ESS	7
BDI	5
STAI	35

Субъективные оценки и вопросы. Мистер Буш с самого начала жаловался, что не знает, сумеет ли он делать это намного дольше. Он чувствовал, что не достиг существенных улучшений в течение недели и что усталость в дневное время стала еще сильнее, чем прежде, причем до такой степени, что он чувствовал себя сонным целый день. Я напомнил ему нашу беседу, где он был предупрежден, что ему будет хуже, прежде чем стать лучше, а также указал на то, что у него на самом деле имеются улучшения. В частности, латентный период сна и продолжительность бодрствования после засыпания у него уменьшились. В качестве упражнения для подчеркивания этого факта мы рассчитали улучшение по этим переменным показателям и эффективности сна в процентах. И он признал, что числовые показатели непрерывности его сна действительно движутся в правильном направлении. Он также признал, что увеличение усталости прогнозировалось на прошлом сеансе терапии. Мы обсудили способы борьбы с появляющейся усталостью, включая прогулки на свежем воздухе, разумное употребление кофеина, фототерапию и/или употребление прописанных стимуляторов в течение нескольких первых недель терапии. Мистер Буш, по-видимому, был рад услышать о существовании некоторых альтернатив, но все же чувствовал, что в данный момент ему следует "перетерпеть".

Вопросы, вызывающие озабоченность, были сосредоточены на том, что данный пациент, по его собственному признанию, по-прежнему засыпает на диване перед отходом ко сну, а также на том, что он нерегулярно встает с постели, пробудившись после начала сна. Первое объясняется тем, что он просто не может оставаться бодрствующим, а второе — тем, что он иногда чувствует, что если просто полежит дольше в постели, то, в конечном счете, заснет. В связи с этим были рассмотрены способы оставаться пациенту бодрствующим до предписанного времени отхода ко сну. Если эти стороны соблюдения режима лечения будут и дальше вызывать трудности, мы рассмотрим для него возможность постоянного контроля с помощью актиграфа. Это позволит получить не только некоторые дополнительные данные о непрерывности его сна, но и средства для измерения степени соблюдения им режима лечения, что намного важнее.

План лечения. Принимая во внимание, что мистер Буш еще не достиг целевого показателя 90% эффективности сна, мы не рекомендовали ему увеличивать время, проводимое в постели. А с другой стороны, мы и не уменьшали время в постели, поскольку он не соблюдал контроль над стимулами. И хотя пациент был разочарован тем, что пока еще не сможет спать дольше, он, по-видимому, остался настолько довольным достигнутым прогрессом, что выразил желание "попытать счастья" на другой неделе. Как указывалось выше, большая часть этого сеанса терапии была посвящена работе над разрешением затруднений ради соблюдения режима лечения. Гигиена сна будет изложена на следующем сеансе терапии, поскольку время не позволило сделать это на данном сеансе.

Дата: 28.07.2004 **Возвращение в клинику:** 4.08.2004 **Подпись**_____

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 4: Коррекция ТОС и ТКС; Гигиена сна

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да X
Частично
Нет

TTB:	0:30
SOL:	8,5 минут
FNA:	1,1
WASO:	10 минут
TST:	311 минут
TIB:	330 минут
TOB:	6:00
SE:	94%

Усталость	+	DSPS/ASPS	?	Аппетит	–
Дремота/ короткий сон днем	–	SI/HI	–	Интерес	–
Концентрация	+	Кошмары	–	Настроение	+

ESS	12
BDI	13
STAI	55

Субъективные оценки и вопросы. Несмотря на то, что мистер Буш чувствовал себя "вымотанным", его все же обрадовал тот факт, что теперь он засыпает быстрее, а когда просыпается, то, опять же, быстрее возвращается ко сну. Мы оба согласились с тем, что настало время расширить возможность спать, но сделать это осторожно. Что же касается гигиены сна, то данный пациент спросил, зачем ему беспокоиться об этих факторах, если он уже спит довольно крепко. Он также сообщил, что те стратегии, которые мы обсуждали на прошлом сеансе терапии, действуют, препятствуя ему дремать на диване, хотя он испытывает крайнюю сонливость вечером. Он был также оживлен сегодня, поскольку ему было предложена возможность стать президентом молодой и быстро растущей научно-исследовательской компании. Он признал, что это будет трудное, но все же довольно интересное и выгодное дело.

Лечение. Мистеру Бушу были даны стандартные инструкции по увеличению дозы сна, чтобы, начиная с сегодняшней ночи, он ложился спать в 0:15. При этом он был предупрежден, что он должен и впредь строго соблюдать регулярные часы и контроль над стимулами. Остальная часть этого сеанса терапии была посвящена вопросам гигиены сна. Вопрос пациента касательно фактической важности гигиены сна привел к обсуждению того, что сохранение хороших привычек совсем не обязательно улучшит его сон теперь. Но, расширяя возможность

спать, хорошие привычки в отношении сна могут положительно повлиять на ту степень, до которой он способен расширить возможность спать, а также позволят ему стать менее уязвимым к рецидивам бессонницы в будущем. Пройдясь по перечню инструкций по гигиене сна, пациент согласился уменьшить температуру в спальне на ночь, заменить белый шум от радиоприемника более походящим видом белого шума (например, он вентилятора). Теперь, когда лето, две первые инструкции нетрудно выполнить с помощью комнатного кондиционера воздуха. Он также согласился ограничить прием жидкости объемом меньше 207 мл после 20:30 и легких закусок за час до отхода ко сну. В то же время он неохотно согласился уменьшить употребление алкоголя вечером просто ради эксперимента, чтобы выяснить, как это может повлиять на улучшение его сна. В итоге он обещал сократить употребление мартини одной порцией за вечер. Кроме того, он согласился вести в своих дневниках сна записи об употреблении алкоголя. И, наконец, мистеру Бушу показалось, что в настоящий момент он вряд сможет сделать много, чтобы приглушить освещение в своей спальне, поскольку это было бы "слишком дорого и болезненно". Он обещал вернуться к этому вопросу, если он превратится в серьезное затруднение.

И, наконец, следует заметить, что у пациента проявилась повышенная сонливость и симптоматика настроения. И это следует постоянно отслеживать соответственно.

Дата: 4.08.2004 **Возвращение в клинику:** 11.08.2004 **Подпись**_____

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 5: Коррекция ТОС и ТКС

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да **X**
Частично
Нет

TTB:	**0:15**
SOL:	**6,5 минут**
FNA:	**0,7**
WASO:	**8,5 минут**
TST:	**330 минут**
TIB:	**345 минут**
TOB:	**6:00**
SE:	**95%**

Усталость	+	**DSPS/ASPS**	**?**	**Аппетит**	–
Дремота/ короткий сон днем	–	**SI/HI**	–	**Интерес**	–
Концентрация	+	**Кошмары**	–	**Настроение**	–

ESS	**9**
BDI	**10**
STAI	**45**

Субъективные оценки и вопросы. Мистер Буш сам отметил: его очень обрадовало, что ему удалось сохранить эффективность своего сна, несмотря на увеличение времени в постели. Он засомневался, продолжится ли эта тенденция дальше, если учесть, что ему придется существенно расширить возможность спать, чтобы чувствовать себя менее усталым в дневное время суток. Он сообщил, что оставался верным изменениям своих привычек спать, с которыми он согласился на прошлой неделе, но в то же время он обнаружил, что ему трудно сократить употребление алкоголя. И это оказалось действительно так по двум причинам. Во-первых, он привык принимать по две порции мартини каждый вечер. При этом он указал, ему удалось "сдержать себя", кроме одного вечера. А, во-вторых, и это важнее, он действительно получил новую работу, а это повлекло за собой немало встреч за обедом с высшим руководством компании, которых он охарактеризовал как "больших любителей выпить". На этих встречах он позволил себе выпивать по одной порции за один раз и объяснил, что именно поэтому он принял больше одной порции мартини несколько вечеров на последней неделе. И, наконец, он заметил, что вечерние совещания помешали ему выполнять обычные физические упражнения.

Лечение. Принимая во внимание, что эффективность сна у мистера Буша поддерживалась безукоризненно, ему было предписано увеличить возможность спать на 15 минут. Такое непрерывное расширение возможности спать предлагается и далее в качестве эксперимента, в котором мы пытаемся выяснить, как эти постепенные изменения возможности спать повлияют на эффективность сна, а, в конечном счете, — на функционирование данного пациента в дневное время суток. Принимая во внимание такую точку зрения, мистеру Бушу было предложено стараться поддерживать постоянство других факторов, способных повлиять на его сон, изменяя лишь свое поведение и нормы практики, которые мы явно нацеливаем на лечение. А поскольку сокращение употребления алкоголя является частью режима лечения, то на данном сеансе терапии было уделено время тому, как пациенту подойти к ограничению употребления им алкоголя одной порцией напитка за вечер на протяжении следующей недели или около того. И, наконец, мы вернулись к вопросу усталости и сонливости пациента в дневное время суток. При этом мистер Буш отметил, что он вроде бы функционировал в это время удовлетворительно, хотя и уставал. В этой связи следует заметить, что оценки сонливости и настроения снизились, поэтому мы будем и далее постоянно контролировать эти показатели. А на следующем сеансе мы введем когнитивную терапию.

Дата: 11.08.2004 **Возвращение в клинику:** 18.08.2004 **Подпись**_____

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 6: Коррекция ТОС и ТКС

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да **X**
Частично
Нет

TTB:	**0:00**
SOL:	**5 минут**
FNA:	**1,1**
WASO:	**49 минут**
TST:	**306 минут**
TIB:	**360 минут**
TOB:	**6:00**
SE:	**85%**

Усталость	+	**DSPS/ASPS**	?	**Аппетит**	–
Дремота/ короткий сон днем	–	**SI/HI**	–	**Интерес**	–
Концентрация	+	**Кошмары**	–	**Настроение**	+

ESS	**11**
BDI	**12**
STAI	**50**

Субъективные оценки и вопросы. Мистер Буш выразил некоторую озабоченность по поводу своего сна на этой неделе. Он сообщил, что на протяжении последней недели он обычно просыпался приблизительно за 30 минут до подъема. Опыт его раннего пробуждения утром показывает, что он внезапно становится "неспящим" и начинает думать о вопросах, касающихся его новой работы. Реагируя на такие пробуждения, он начинал свой день раньше, но, к сожалению, это было связано с "кошачьей дремой" на диване.

Лечение. На этом сеансе терапии основное внимание было уделено нескольким перечисленным ниже предметам.

1. Вопросам, связанным с тем, что составляет "значительный прогресс в выздоровлении".
2. Потребности пациента как-то иначе справляться с ранним пробуждением утром.
3. Связи "кошачьей дремы" (короткого сна) на диване с ранним пробуждением утром.

И, наконец, на этом сеансе терапии было уделено внимание событиям предстоящей недели, и поэтому формальное введение когнитивной терапии для лечения беспокойства, связанного со сном, пришлось отложить до следующего

сеанса терапии. Этот и другие вопросы, накопившиеся за последние недели, вероятно, потребуют дополнительного сеанса терапии. Все эти вопросы изложены ниже более подробно.

1. Вопросы, связанные с тем, что составляет "значительный прогресс в выздоровлении". С помощью диаграммных графиков было показано, что если и были неудачи, то незначительные, поскольку показатели латентного периода начала сна (ЛПНС — SOL) и продолжительности бодрствования после засыпания (ПБПЗ — WASO) у мистера Буша все же уменьшились по сравнению с его исходными данными, а эффективность его сна существенно возросла после начала лечения (даже на этой неудачной неделе). Это означает, что эффективность сна понизилась не настолько, чтобы обосновать дальнейшее увеличение дозы сна на этой неделе. Сначала мистер Буш отреагировал на это следующим образом: "Мне кажется, что вы наказываете меня за неудачную неделю". На это я ответил, что значительный прогресс в выздоровлении вообще редко происходит именно так, как нам бы хотелось, т.е. по непрерывно нарастающей траектории. Я спросил: мог бы он привести аналогию, когда прогресс все же считается значительным, несмотря на то, что могут случаться и неудачи? В качестве аналогии мистер Буш привел биржу и ценность биржевых акций. Он считает, что дела на бирже почти никогда не движутся по линейному закону: линия всегда получается ломаной, продвигаясь на "две ступени вверх, на одну ступень вниз, не меняясь, и снова на две ступени вверх". Такая аналогия, по-видимому, удовлетворила мистера Буша, и он счел удобным оставить без изменения режим своего сна на следующую неделю.
2. Потребность как-то иначе справляться с ранним пробуждением утром. Как рассматривалось на других сеансах терапии, мы напоминали мистеру Бушу, что нежелательному явлению не стоит придавать положительную функцию. Это означает, что если потенциально укрепить ранние пробуждения утром, то эти нежелательные явления будут связываться с хорошей производительностью труда. В качестве составляющей контроля над стимулами мы предложили пациенту покидать спальню после раннего пробуждения утром, делать какие-нибудь заметки, а затем возвращаться в спальню, где он полагается на будильник как ориентир для начала своего дня. Но если он решит просто начать свой день, ему придется проявить особую бдительность по поводу "кошачьей дремы" на диване следующим вечером.
3. Связь "кошачьей дремы" на диване с ранним пробуждением утром. Как часто бывает, нетрудно было показать мистеру Бушу существование временной ассоциативной связи между его дремотой на диване и случаями раннего пробуждения утром. Мы рассмотрели данный вопрос с точки зрения гомеостатической регуляции сна и напомнили мистеру Бушу, что дремота как своего рода "открытие сливного клапана" поздно вечером может почти наверняка гарантировать нарушения начала или поддержания сна. Мы будем и далее постоянно отлеживать симптомы сонливости и настроения у пациента.

Дата: 18.08.2004 **Возвращение в клинику:** 25.08.2004 **Подпись**_____

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 7: Коррекция ТОС и ТКС

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да X
Частично
Нет

TTB:	**23:00**
SOL:	**30 минут**
FNA:	**2,0**
WASO:	**52 минуты**
TST:	**338 минут**
TIB:	**420 минут**
TOB:	**6:00**
SE:	**80%**

Усталость	+	**DSPS/ASPS**	?	**Аппетит**	–
Дремота/ короткий сон днем	–	**SI/HI**	–	**Интерес**	–
Концентрация	+	**Кошмары**	–	**Настроение**	+

ESS	**13**
BDI	**14**
STAI	**50**

Субъективные оценки и вопросы. Мистер Буш показался на этом сеансе терапии очень встревоженным и заявил перед началом нашей обычной процедуры обработки численных данных, что "все рушится".

Его дневники сна отражают тот факт, что он перенес время отхода ко сну на один час вперед и у него регулярно проявлялись задержки начала сна, а в трех случаях — значительное раннее пробуждение утром. На вопрос, зачем он изменил свой режим сна "вопреки врачебным предписаниям", он заявил, что ему нужно было срочно заняться своей работой, поскольку та неделя "решала его судьбу". И чтобы справиться с работой, он решил, что ему потребуется больше спать, а значит, ложиться спать раньше.

Лечение. Такая неудача в какой-то степени представила, по существу, удобную возможность еще раз продемонстрировать "ошибочность положительной корреляции". Иными словами, возможность больше спать совсем не означает спать больше. А самое главное, что такая "утрата" пациентом своих достижений позволила нам заострить внимание на том, что связанное со сном беспокойство может спровоцировать неверные суждения и привести к поведению, которое, пускай и с благими намерениями, приведет, в свою очередь, к бессоннице. Это послужило нам отличным поводом для идеального перехода к введению курса

когнитивной терапии, предназначенной для излечения от катастрофических мыслей о последствиях плохого сна. Как и следовало ожидать, главные опасения мистера Буша заключались в том, что плохой сон проводит к плохому исполнению им своих обязанностей на работе. Нам удалось составить обстоятельный перечень возможностей и последствий подобных нежелательных явлений. После просмотра этого перечня по пунктам нетрудно было показать глубокое расхождение между уверенностью мистера Буша в негативных последствиях и их крайне редким наступлением. Этот урок был хорошо воспринят мистером Бушем, и похоже, что он был готов и пожелал возобновить предписанный ему режим сна с 00:00 до 6:00.

Дата: 25.08.2004 **Возвращение в клинику:** 1.09.2004 **Подпись**_____

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 8: Коррекция ТОС и ТКС

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да X
Частично
Нет

TTB:	**00:00**
SOL:	**7,5минут**
FNA:	**1,0**
WASO:	**15 минут**
TST:	**337,5 минут**
TIB:	**360 минут**
TOB:	**6:00**
SE:	**93%**

Усталость	+	**DSPS/ASPS**	**?**	**Аппетит**	–
Дремота/ короткий сон днем	–	**SI/HI**	–	**Интерес**	–
Концентрация	+	**Кошмары**	–	**Настроение**	–

ESS	9
BDI	10
STAI	40

Субъективные оценки и вопросы. Мистер Буш сообщил, что "он возвращается к нормальной жизни, и дело процветает", если следовать его метафоре. Он также сообщил, что, по его мнению, он на верном пути и начинает верить, что может выдержать свое продвижение вперед к намеченной цели. Этот факт отражается в его дневниках сна, из которых явствует, что периоды латентного сна у него объективно сократились и что три ночи на этой неделе он спал до тех пор, пока будильник не разбудил его. (*Примечание:* пациент пририсовал счастливые мордочки к этим записям.) На вопрос, почему он думает, что удачно поспал до самой побудки, мистер Буш признал, что, помимо возврата к программе лечения (предписанному режиму сна и практике контроля над стимулами), он решил последовать одной из наших прежних рекомендаций приобрести шторы для своей спальни. По его сообщению, он был поражен, насколько это облегчило ему возможность "выспаться".

Лечение. Мистеру Бушу было рекомендовано не бросать хорошую работу, а, учитывая, что эффективность его сна достигла 93%, ему было велено установить время отхода ко сну на 15 минут раньше, т.е. в 22:45. Кроме того, была проведена когнитивная работа, чтобы предупредить мистера Буша не надеяться на идеальный сон каждую ночь и чтобы он даже и не думал, что достигнет такого совершенства, что вообще не будет рано просыпаться, поскольку это может

быть нереалистично. На самом деле потребовалось время, чтобы убедить его, что многие хорошо спящие люди просыпаются за несколько минут до побудки и что это несущественное нарушение сна, поскольку оно служит явным признаком хорошо подогнанного суточного ритма.

И, наконец, мистер Буш отметил, что ему придется отправиться в командировку на 2 недели, и поэтому он поинтересовался, нельзя ли отложить лечение на несколько недель. Я объяснил ему, что режим лечения необходимо продолжать, хотя амбулаторные сеансы терапии можно отложить. После некоторого обсуждения данного вопроса было решено, что мистер Буш будет соблюдать тот же самый режим сна на протяжении двух последующих недель, не пытаясь увеличивать дозу для своей возможности спать до тех пор, пока он не вернется из командировки.

Дата: 1.09.2004 **Возвращение в клинику:** 22.09.2004 **Подпись**_____

СЛУЖБА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СНА — ДНЕВНИКОВАЯ ЗАПИСЬ

Ф.И.О.: С. Буш
Сеанс 9: Коррекция ТОС и ТКС, а также предотвращение рецидивов

Код КПТ:

90804	90806	90847	90853

Лекарства: Ранитидин по 75 мг каждый день
Ибупрофен по 600 мг по мере надобности

Соблюдение режима лечения: Да X
Частично
Нет

TTB:	**23:45**
SOL:	**6,5минут**
FNA:	**0,5**
WASO:	**10 минут**
TST:	**358,5 минут**
TIB:	**375 минут**
TOB:	**6:00**
SE:	**95%**

Усталость	–	**DSPS/ASPS**	?	**Аппетит**	–
Дремота/ короткий сон днем	–	**SI/HI**	–	**Интерес**	–
Концентрация	+	**Кошмары**	–	**Настроение**	–

ESS	7
BDI	5
STAI	35

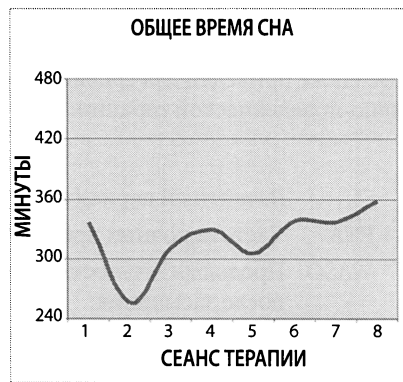
Субъективные оценки и вопросы. Мистер Буш возвратился из своей двухнедельной командировки с таким чувством, будто "он решил эту проблему". Он заявил, что во время своей командировки он не испытывал никаких трудностей со сном. В его дневниках сна отражено, что он вставал по будильнику 2–3 ночи в неделю, а в остальное время он обычно бодрствовал 10–20 минут по утрам. В тех нескольких случаях, когда он просыпался раньше, он практиковал контроль над стимулами. Он остался вполне удовлетворенным тем, что в те ночи он больше не беспокоился о сне или работе, и теперь он становится все больше уверенным в том, что если он делает все правильно, это не приведет к плохому характеру сна.

Лечение. Никогда нельзя заранее знать, куда двигаться дальше. В частности, следует ли пациенту продолжить увеличение дозы сна, контроль над стимулами и т.д.? После продолжительного обсуждения было решено, что мистер Буш оставит без изменения режим своего сна на три последующих месяца, продолжая вести дневники сна и практиковать контроль над стимулами. Если дальше дело не пойдет хорошо, он самостоятельно пройдет еще один курс ТОС. Кроме того, он продолжит применять введенную нами когнитивную стратегию для противодействия негативным ожиданиям по поводу сна. Мы просмотрели правила, и я предложил данному пациенту, сообщить мне по электронной почте, желает ли

он получить какую-нибудь помощь советом перед следующим курсом лечения. Более того, я заверил его, что если ему покажется, что необходимо "вернуться к обучению", я обеспечу ему срочный доступ к нашей службе. Остальная часть этого сеанса терапии была посвящена предотвращению рецидивов бессонницы, т.е. следующим вопросам: что такое рецидив, что делать в случае приступа бессонницы и проч. И, наконец, несмотря на то, что тревога у данного пациента убавилась, повышенные до сих пор оценки тревоги и его прежнее реагирование на стресс дают основания предположить, что ему может быть полезно формальное вмешательство для снятия стресса, включая, возможно, и обучение релаксации. Он прислушался к этому замечанию, и мы предоставили ему некоторую справочную информацию.

Дата: 22.09.2004 **Возвращение в клинику:** Пациент выписан **Подпись** _____

Графики, демонстрирующие прогресс мистера Буша в ходе лечения



Официальное письмо

От 29 сентября 2004 г.
Д-ру медицины, Элиасу Пиквику,
Найтингэйл Уэй, 25, г. Атланта, шт. Джорджия
Дорогой доктор Пиквик!

Благодарю Вас за направление вашего пациента в нашу службу. Я теперь имел удовольствие встречаться с вашим пациентом Сэмьюэлем Бушем в Службе поведенческой медицины сна на протяжении девяти, в целом, посещений в период с 7 июля по 22 сентября 2004 года. Как вы знаете, этот пациент — 62-летний женатый мужчина со следующей историей болезни: ГЭРБ, СРК и хроническими болями в пояснице. Он представился мне с давней жалобой на трудности, связанные с началом и поддержанием сна. Это нарушение сна усилилось около трех лет назад в связи с возросшей у него потребностью выполнять свои обязанности на работе. В 2002 году он был уволен из своей фирмы. А в 2003 году ее жене был поставлен диагноз рака. В течение этого периода времени он набрал в весе, и, в конечном счете, у него развилось слабое апноэ во сне. Благодаря похудению и оказанной вами помощи в отношении привычек данного пациента спать теперь апноэ находится в пределах нормы, но характер его сна продолжал оставаться очень плохим. Он попробовал принимать целый ряд лекарств, но с разной степенью успеха. В итоге мистер Буш был направлен в нашу службу на дальнейшее обследование.

При первоначальном обследовании было сочтено, что мистер Буш удовлетворяет критериям первичной бессонницы. Учитывая историю его болезни, мы рассмотрели также возможность наличия у него первопричинного тревожного расстройства, нарушения суточного ритма, или того и другого вместе. Было, однако, сочтено, что его досаду по поводу обусловливания бессонницы и плохого сна необходимо разрешить прежде, чем выяснять наличие других факторов и их возможной роли. Таким образом, был инициирован когнитивно-поведенческий протокол.

С большим удовольствием сообщаю, что мистер Буш вполне преуспел в лечении. Ниже приведен для сравнения средний характер его сна до и после когнитивно-поведенческой терапии.

		ДО	ПОСЛЕ
SL	Латентный период сна	75 минут	6,5 минут
FNA	Частота ночных пробуждений	3,5	0,5
WASO	Продолжительность бодрствования после засыпания	121 минута	10 минут
TST	Общее время сна	336 минут	358 минут
SE	Эффективность сна	63%	95%

Как можно видеть, мистер Буш достиг улучшений во всех этих измеренных нами переменных показателях непрерывности сна. Вероятно, наибольшее значение имеет то обстоятельство, что он достиг этого, не принимая снотворные лекарства. На нашем последнем сеансе терапии он уже чувствовал, что такое количество сна давало ему достаточно энергии в течение дня, и поэтому он сообщил, что избавился от страха ложиться в постель на ночь, поскольку теперь он считает, что умеет себя контролировать. Для него это было похоже на настоящий прорыв.

В ходе лечения стало ясно, что мистер Буш был склонен просыпаться рано. Это нарушение сна было в итоге преодолено путем приглушения утреннего света, проникавшего в спальню пациента и его обучения разбираться с беспокойствами и заботами перед отходом ко сну. Следует заметить, что за время, проведенное нами вместе с пациентом, мистер Буш получил новую работу в качестве президента молодой и быстро растущей компании. Это, скорее, послужило для его сна в качестве дополнительного жизненного фактора, вызывающего стресс. Но, поработав над собой, он сумел сохранить свои достижения в лечении.

На нашей последней встрече мы обучили пациента стратегиям предотвращения рецидивов бессонницы. Мы также предложили мистеру Бушу рассмотреть возможность участия в программе снятия стресса, а также указали на ту пользу, которую ему может принести обучение методу формальной релаксации. И то, и другое может помочь ему лучше совладать с тревогой и воспрепятствовать возобновлению бессонницы. И, наконец, я дал ясно пациенту понять, что если в будущем у него возникнут какие-нибудь дополнительные осложнения, его побуждение связаться в этот момент с нами более чем приветствуется. И в заключение благодарю Вас за возможность принять участие в лечении вашего пациента, и если у вас появятся какие-нибудь вопросы касательно его обследования или лечения здесь, можете, не колеблясь, связаться со мной.

Остин Доуз, д-р философии,
директор Службы поведенческой медицины сна
при Дикенсовском центре нарушений сна

Библиография

1. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994; 151(8): 1172–1180.
2. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1995; 63(1): 79–89.
3. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial [see comments]. JAMA 1999; 281(11): 991–999.
4. Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry 2002; 159(1): 5–11.
5. Edinger JD,Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285(14): 1856–1864.
6. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva:World Health Organization, 1992.
7. American Psychological Association. DSM-IV. 4 ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
8. American Sleep Disorders Association. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual — Revised. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association, 1997.
9. Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Taylor DJ, Bush AJ. Epidemiology of sleep: Age, gender, and ethnicity. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2002.
10. Perlis ML, Smith MT, Orff HJ,Andrews PJ, Giles DE. Beta/Gamma EEG activity in patients with primary and secondary insomnia and good sleeper controls. Sleep 2001; 24(1): 110–117.
11. Merica H, Blois R, Gaillard JM. Spectral characteristics of sleep EEG in chronic insomnia. European Journal of Neuroscience 1998; 10: 1826–1834.
12. Merica H, Gaillard JM. The EEG of the sleep onset period in insomnia: a discriminant analysis. Physiol Behav 1992; 52(2): 199–204.
13. Freedman R. EEG power in sleep onset insomnia. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology 1986; 63: 408–413.
14. Lamarche CH, Ogilvie RD. Electrophysiological changes during the sleep onset period of psychophysiological insomniacs, psychiatric insomniacs, and normal sleepers. Sleep 1997; 20(9): 724–733.
15. Hall M, Buysse DJ, Nowell PD, et al. Symptoms of stress and depression as correlates of sleep in primary insomnia. Psychosom Med 2000; 62(2): 227–230.
16. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR,Wyatt JK. Subjective—objective discrepancies in psychophysiologic insomnia:A neurocognitive perspective. J Sleep Res 1997; 6: 179–188.

17. Spielman A, Caruso L, Glovinsky P.A behavioral perspective on insomnia treatment. Psychiatr Clin North Am 1987; 10(4): 541–553.
18. Bootzin RR. Stimulus control treatment for Insomnia. Proceedings, 80th Annual Convention, APA 1972; 395–396.
19. Spielman AJ, Saskin P,Thorpy MJ.Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. Sleep 1987; 10: 45–56.
20. Smith MT, Perlis ML, Giles DE, Pennington JY. Behavioral treatment vs pharmacotherapy for Insomnia — A comparative meta-analyses. American Journal of Psychiatry. 159: 5–11. 2002.
21. Chesson AL, Jr., Anderson WM, Littner M, et al. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine [In Process Citation]. Sleep 1999; 22(8): 1128 – 1133.
22. Chesson A, Jr., Hartse K, Anderson WM, et al. Practice parameters for the evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine [In Process Citation]. Sleep 2000; 23(2): 237–241.
23. Bootzin RR, Epstein D, Ward JM. Stimulus control instructions. In: Hauri P, editor. Case Studies in Insomnia. New York, NY: Plenum Press, 1991: 19–28.
24. Morin CM. Insomnia: Psychological Assessment and Management. New York, NY: Guilford Press, 1993.
25. Shoham-Salomon V, Rosenthal R. Paradoxical interventions: A meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1987; 55: 22–28.
26. Harvey AG, Payne S. The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. Behav Res Ther 2002; 40(3): 267–277.
27. Buysse DJ, Perlis ML. The evaluation and treatment of insomnia. Journal of Prac Psych and Behav Health 1996; March: 80–93.
28. Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo- controlled trial. J Consult Clin Psychol 2001; 69(2):227 – 239.
29. Haynes SN, Woodward S, Moran R, Alexander D. Relaxation treatment of insomnia. Behavior Therapy 1974; 5: 555 – 558.
30. Freedman R, Papsdorf JD. Biofeedback and progressive relaxation treatment of sleep-onset insomnia: a controlled, all-night investigation. Biofeedback & Self Regulation 1976; 1(3): 253–271.
31. Bootzin RR. Evaluation of stimulus control instructions, progressive relaxation, and sleep hygiene as treatments for insomnia. In: Koella WP, Ruther E, Schulz H, editors. Sleep. Stuttgart, Germany: Gustav Fischer Verlag, 1984: 142–144.
32. Borkovec TD, Fowles DC. Controlled investigation of the effects of progressive and hypnotic relaxation on insomnia. J Abnorm Psychol 1973; 82(1): 153–158.
33. Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE. Antidepressant effects of sleep deprivation and phototherapy. Acta Psychiatr Belg 1985; 85(5): 593–602.

34. Terman M, Schlager DS. Twilight therapeutics, winter depression, melatonin, and sleep. [References]. In: J.M., R.G., editors. Sleep and biological rhythms: Basic mechanisms and applications to psychiatry. New York, NY, US: Oxford University Press, 1990: 113–128.
35. Czeisler CA, Kronauer RE, Mooney JJ, Anderson JL, Allan JS. Biologic rhythm disorders, depression, and phototherapy.A new hypothesis. [Review]. Psychiatr Clin North Am 1987; 10(4): 687–709.
36. Chesson AL, Jr., Littner M, Davila D, et al. Practice parameters for the use of light therapy in the treatment of sleep disorders. Standards of Practice Committee, American Academy of Sleep Medicine. Sleep 1999; 22(5): 641–660.
37. Cooke KM, Kreydatus MA, Atherton A, Thoman EB. The effects of evening light exposure on the sleep of elderly women expressing sleep complaints. J Behav Med 1998; 21(1): 103–114.
38. Sedgwick PM. Disorders of the sleep-wake cycle in adults. Postgrad Med J 1998; 74(869): 134–138.
39. Turek FW. Introduction to Chronobiology: Sleep and the Circadian Clock. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia, PA:W. B. Saunders Co., 2000: 319–320.
40. Czeisler CA, Khalsa BS. The Human Circadian Timing System and Sleep-Wake Regulation. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia, PA: W. B. Mason Co., 2000: 353–376.
41. Turek FW. Introduction: Disorders of Chronobiology. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia, PA:W.B. Mason Co., 2000: 589–590.
42. Baker SK, Zee PC. Circadian Disorders of the Sleep-Wake Cycle. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia, PA:W.B. Mason Co., 2000: 606–614.
43. Kayumov L, Hawa R, Lowe A, Levin Y, Golbin A, Shapiro CM. Increases in evening- and night-time melatonin levels following brain music therapy for anxiety-associated insomnia. Sleep 2003; 26(Suppl): A99.
44. Bastien CH, Morin CM, Bouchard S et al. Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia: Individual, Group, and Phone Therapy. Sleep 1999; 22(Suppl.): C250. K3.
45. Lichstein KL, Durrence HH, Bayen UJ, Riedel BW. Primary versus secondary insomnia in older adults: subjective sleep and daytime functioning. Psychol Aging 2001; 16(2): 264–271.
46. McCrae CS, Lichstein KL. Secondary insomnia: diagnostic challenges and intervention opportunities. Sleep Med Rev 2001; 5(1): 47–61.
47. Lichstein KL, Durrence HH, Bayen UJ, Riedel BW. Primary versus secondary insomnia in older adults: subjective sleep and daytime functioning. Psychol Aging 2001; 16(2): 264–271.
48. Lichstein KL,Wilson NM, Johnson CT. Psychological treatment of secondary insomnia. 2000. Тип ссылки: неопубликованная работа.

49. Perlis ML, Sharpe M, Smith MT, Greenblatt D, Giles D. Behavioral treatment of insomnia: treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity. J Behav Med 2001; 24(3): 281–296.
50. Dashevsky BA, Kramer M. Behavioral treatment of chronic insomnia in psychiatrically ill patients. J Clin Psychiatry 1998; 59(12): 693–699.
51. Morin CM, Kowatch RA, Wade JB. Behavioral management of sleep disturbances secondary to chronic pain. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry 1989; 20(4): 295–302.
52. Currie SR,Wilson KG, Pontefract AJ, deLaplante L. Cognitive-behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain. J Consult Clin Psychol 2000; 68(3): 407–416.
53. Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. J Clin Oncol 2001; 19(3): 895–908.
54. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. Sleep 2001; 24(5): 583–590.
55. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. J Sleep Res 1997; 6:179–18.
56. Perlis ML, Merica H, Smith MT, Giles DE. Beta EEG in insomnia. Sleep Medicine Reviews 2001; 5(5): 365–376.
57. Perlis ML, Smith MT, Orff HJ, Enright T, Nowakowski S, Jungquist C, Plotkin K. The Effects of Modafinil and CBT on Sleep Continuity in Patients with Primary Insomnia. Sleep 2004; 27(4): 715–725.
58. Lichstein KL, Peterson BA, Riedel BW, Means MK, Epperson MT, Aguillard RN. Relaxation to assist sleep medication withdrawal. Behav Modif 1999; 23(3): 379–402.
59. Tabloski PA, Cooke KM,Thoman EB.A procedure for withdrawal of sleep medication in elderly women who have been long-term users. J Gerontol Nurs 1998; 24(9): 20–28.
60. Wright Jr KP, Hughes RJ, Kronauer RE, Dijk DJ, Czeisler CA. Intrinsic near-24-hour pacemaker period determines limits of circadian entrainmant to a weak synchronizer in humans. Proc Natl Aca Sci USA 2001; 98(24): 14027–14.
61. Boivin DB, Duffy JF, Kronauer RE, Czeisler CA. Dose-response relationships for resetting of human circadian clock by light. Nature 1996; Feb 8; 379(6565): 540–542.
62. Boivin DB, Duffy JF, Kronauer RE, Czeisler CA. Sensitivity of the human circadian pacemaker to moderately bright light. J Biol Rhythms 1994; 9(3–4):315–331.
63. Riedel BW, Lichstein KL. Strategies for evaluating adherence to sleep restriction treatment for insomnia. Behav Res & Therapy 2001; 39: 201–212.
64. Borkovec T, Grayson J, O'Brien G,Weerts T. Relaxation treatment of pseudoinsomnia and isopathic insomnia: an encephalographic evaluation. Journal of Applied Behavioral Analysis 1979; 12: 37–54.

65. Lack LC, Bootzin RR. Circadian Rhythm Factors in Insomnia and Their Treatment. In: Perlis ML, Lichstein KL, editors. Treating Sleep Disorders: Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc., 2003: 305–343.
66. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press, 1979.
67. Barlow DH, CMG, Cerny JA, KJS. Behavioral treatment of panic disorder. Behavior Therapy 1989; 20(2).
68. Perlis M, Aloia M, Millikan A et al. Behavioral treatment of insomnia: A clinical case series study. J Behav Med 2000; 23(2): 149–161.
69. Dobson KS.A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1989; 57(3): 414–419.
70. Albano AM,Marten PA, Holt CS, Heimberg RG, Barlow DH. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. J Nerv Ment Dis 1995; 183(10): 649–656.
71. Barlow DH. Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. Bull Menninger Clin 1992; 52(2 Suppl A): A14–A28.
72. Harvey L, Inglis SJ, Espie CA. Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. Behav Res Ther 2002; 40(1): 75–83.
73. Backhaus J, Hohagen F,Voderholzer U, Reimann D. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001; 251(1): 35–41.
74. Bastien CH, Fortier-Brochu E, Rioux I, LeBlanc M, Dayley M, Morin CM. Cognative Performance and Sleep Quality in the Elderly Suffering From Chronic Insomnia Relationship Between Objective and Subjective Measures. J Psychosom Res 2003;(54): 39–49.
75. Qin YL, McNaughton BL, Skaggs WE,Barnes CA. Memory reprocessing in corticocortical and hippocampocortical neuronal ensembles. Philosophical transactions of the royal society of London. Biological Sciences 1997; 352(13).
76. Winson J. Brain and Psyche: The Biology of the Unconscious. New York, NY: Doubleday and Company, 1985.
77. Winson J. The biology and function of REM sleep. Current Opinion in Neurobiology 1999; 3: 1–6.
78. Plihal W, Born J. Memory consolidation in human sleep depends on inhibition of glucocorticoid release. Neuroreport 1999; 10(13): 2741–2747.
79. Kramer M, Roth T. The mood regulating function of sleep. 1st Europ Congr Sleep Res 1972; 563–571.
80. Cartwright RD, Luten A,Young M, Mercer P, Bears M. Role of REM sleep and dream affect in overnight mood regulation: a study of normal volunteers. Psychiatric Research 1998; 81(1): 1–8.
81. Perlis ML, Nielsen TA. Mood Regulation, Dreaming and Nightmares: Evaluation of a Desensitization Function of REM Sleep. Dreaming 1993; 3(4): 243–257.
82. Adam K, Oswald I. Sleep is for tissue restoration. J R Coll Physicians Lond 1977; 11: 376–388.

83. Ebert D, Kaschka WP, Schrell U. Human growth hormone before and after sleep deprivation. European Psychiatry 1992; 7(4): 197.

84. Ambrosini PJ, Metz C, Bianchi MD, Rabinovich H, Undie A. Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30(1): 51–57.

85. Bumberry W, Oliver JM, McClure JN.Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. J Consult Clin Psychol 1978; 46(1): 150–155.

86. Robinson BE, Kelley L. Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. Psychol Rep 1996; 79(3 Pt 1): 929–930.

87. Schotte CK, Maes M, Cluydts R, De Doncker D, Cosyns P. Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. J Affect Disord 1997; 46(2): 115–125.

88. de Beurs E,Wilson KA, Chambless DL, Goldstein AJ, Feske U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. Depression & Anxiety 1997; 6(4): 140–146.

89. Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Wade T. The Beck Anxiety Inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. J Clin Psychol 1997; 53(1): 7–14.

90. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6): 473–483.

91. McHorney CA,Ware JE, Jr., Raczek AE.The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31(3): 247–263.

92. Brazier JE, Harper R, Jones NM et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992; 305(6846): 160–164.

93. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). Pain 1985; 23(4): 345–356.

94. Turk DC, Rudy TE. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data.

95. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28(2): 193–213.

96. Bastien C, Vallieres, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for Insomnia research. Sleep Medicine 2001; 2: 297–307.

97. Johns MW. Sleepiness in different situations measured by the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1994; 17(8): 703–710.

98. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res 1995; 39(3): 315–325.

Словарь специальных терминов

1-я стадия сна. Эта стадия спокойного сна без быстрого движения глаз (NREM) происходит вначале сна или после пробуждение от 2-й, 3-й, 4-й стадий сна или быстрого сна, т.е. сна с быстрым движением глаз (БДГ — REM). Она состоит из относительно низковольтной ЭЭГ на разных частотах, главным образом, тета- и альфа-активности в течение менее половины периода отсчета времени. Кроме того, она состоит из вертексных волн на ЭЭГ и медленных вращательных движений глаз, но никаких сонных веретен, К-комплексов или БДГ. Как правило, 1-я стадия сна составляет 2–5% основного эпизода сна.

2-я стадия сна. Эта стадия спокойного сна без быстрого движения глаз (NREM) характеризуется присутствием сонных веретен и К-комплексов на фоне относительно низковольтной, разночастотной ЭЭГ. Высоковольтные дельта-волны могут занимать до 20% периода отчета времени на 2-й стадии сна, что обычно составляет 45–60% основного эпизода сна.

3-я стадия сна. Эта стадия спокойного сна без быстрого движения глаз (NREM) составляет 20–50% времени, когда на ЭЭГ появляются волны с частотой 0,5–2 Гц и амплитудой больше 75 мкВ.

4-я стадия сна. Эта стадия спокойного сна без быстрого движения глаз (NREM) составляет 50–100% времени, когда на ЭЭГ появляются волны с частотой 0,5–2 Гц и амплитудой больше 75 мкВ.

Агонисты бензодиазепиновых рецепторов (BZRA). К их числу относятся вещества, отличающиеся по своему химическому составу от традиционных бензодиазепинов. Тем не менее, они связаны в бензодиазепиновый рецепторный комплекс и дают сходные результаты. Примерами таких веществ служат золпидем (Ambien), залеплон (Sonata) и эсзопиклон (Estorra).

Активность сигма-ритма. Эта форма активности на ЭЭГ характеризуется частотным диапазоном 12–14 Гц. У обычного пациента активность сигма-ритма на ЭЭГ проявляется, главным образом, в форме сонных веретен (нарастающих и затухающих колебаний, длящихся 2–5 секунд). Такое свойство ЭЭГ, наряду с К-комплексами, определяет 2-ю стадию сна. Череда активности сигма-ритма, возникающая без морфологии

в течение более 2 секунд, нередко появляется при употреблении агонистов бензодиазепиновых рецепторов.

Актиграф. Биомедицинский инструмент, напоминающий наручные часы и применяемый для измерения и регистрации двигательной активности.

Актиграфия. Алгоритмы, применяемые для обработки данных двигательной активности и позволяющие сформулировать оценки непрерывности сна и/или провести количественный анализ такой активности в 24-часовых суток. Данный метод обеспечивает "объективное" измерение сна и может помочь в выявлении нарушений циркадного (суточного) и/или ошибочного восприятия состояния сна.

Альфа-сон. Как правило, ЭЭГ спокойного сна человека (т.е. сна без быстрого движения глаз) нарушается низкими частотами ЭЭГ в дельта-диапазоне (0,5–2,0 Гц) и тета-диапазоне (2,0–8,0 Гц). Частоты из альфа-диапазона (8,0–12 Гц) обычно обозначают бодрствование в расслабленном состоянии или пробуждение от сна. У тех людей, у которых наблюдается альфа-сон, проявляется альфа-активность, которая в противном случае оказывается чистым спокойным сном, причем так, что подобная альфа-активность перемежается с дельта- и тета-активностью. Когда альфа-активность (т.е. альфа-дельта-активность) наблюдалась впервые, то она считалась патологической формой ЭЭГ сна, которая наблюдалась у пациентов, страдающих депрессией и/или фибромиалгией. Вопрос, представляет ли альфа-сон обычный вариант или патологию сна, в настоящее время служит предметом споров.

Архитектура сна. Означает составление сна из стадий ПСГ. К типичным переменным показателям архитектуры сна относится доля в процентах и количество минут, приходящихся на 1-ю–4-ю стадии сна и быстрый сон, т.е. сон с быстрым движением глаз (БДГ — REM).

Аутогенная тренировка. Это один из нескольких методов релаксации. Подобная форма релаксации требует, чтобы человек систематически сосредоточивал свое внимание на различных частях своего тела, мысленно представляя себе теплоту и/или вес данной части тела. Считается, что данный метод изменяет кровообращение, причем таким образом, чтобы оно соответствовало увеличению активности парасимпатической нервной системы и уменьшению активности симпатической нервной системы. Подобная процедура может также приносить некоторую пользу благодаря ее способности снимать беспокойство и руминацию (т.е. переживания и размышления).

Бензодиазепины. Химически подобные вещества, связанные в бензодиазепиновый рецепторный комплекс и, как считается, способствуют

нейрональной гиперполяризации. Такие вещества находят клиническое применение для обширного ряда показаний, включая седацию (успокоение), усыпление, анксиолизис (поверхностную седацию), миорелаксацию для лечения судорог и т.д.

Бессонница поддержания сна. Трудность поддержания сна после его начала. *См.* средняя бессонница и/или поздняя бессонница.

Бета-активность на ЭЭГ. Форма высокочастотной активности на ЭЭГ, которая связана с возбуждением от сна и согласуется, как считается, с воспринимаемым качеством сна и возникновением ошибочного восприятия состояния сна. Для такой формы активности характерен частотный диапазон 15–35 Гц и напряжения двойной амплитуды меньше 5 мкВ. Большинство исследователей допускают, что в таком частотном диапазоне можно проводить оценивание бета-активности на ЭЭГ в двух отдельных поддиапазонах: бета-1 (~15–25 Гц) и бета-2 (~25–35 Гц).

Быстрый сон, или сон с быстрым движением глаз (БДГ — REM). Одна из пяти стадий сна, которую можно выявить методом ПСГ. Эта стадия сна характеризуется высокочастотной и низковольтной (десинхронизированной) ЭЭГ, а также сопутствующим быстрым движением глаз и вялостью мышц. Быстрый сон составляет 15–25% общего времени сна у взрослых людей, а также называется парадоксальным сном.

Водитель суточного ритма. Нейробиологический механизм, который считается "внутренними часами", ответственными за ритмичность биологических или поведенческих явлений в течение 24-часовых суток.

Возможность спать. Время, отводимое пациентом для сна.

Время отхода ко сну (ВОС — TTB). Среднее время для некоторого промежутка, когда пациент ложится в постель с намерением уснуть. Этот параметр обычно вычисляется на основании данных, полученных из дневников сна в течение 1–2 недель.

Время подъема с постели (ВПП — TOB). Часовое время суток, когда пациент встает с постели утром.

Вторичная бессонница. Считается, что такая бессонница провоцируется и закрепляется медицинским и/или психическим заболеванием.

ГАМК-эргические препараты. Вещества, активизирующие, изменяющие или связывающие активность в бензодиазепиновый рецепторный комплекс. Примерами ГАМК-эргических препаратов служат такие бензодиазепины, как темазепам, и такие небензодиазепины, как золпидем.

Гамма-активность на ЭЭГ. Форма высокочастотной активности на ЭЭГ, во время которой бодрствование связано с обработкой сенсорных данных от органов чувств, вниманием, а, возможно, длительным

формированием памяти. Появление такой активности во время сна может быть связано, как и в случае бета-активности на ЭЭГ, с пробуждением от сна, воспринимаемым качеством сна и возникновением ошибочного восприятия состояния сна. Для такой формы активности характерен частотный диапазон 35–45 Гц и напряжения двойной амплитуды меньше 5 мкВ. Некоторые исследователи называют такую активность просто "40 Гц".

Гигиена сна. Обширный ряд инструкций, рекомендующих следовать одним нормам практики и отказаться от других норм практики, которые, как считается, способствуют или препятствуют хорошей непрерывности сна. К примерам таких инструкций относиться упорядочение времени отхода ко сну и подъема ото сна, ограничение употребления алкоголя и содержащих кофеин напитков перед отходом ко сну и т.д.

Гипнограмма. Графическое представление распределения стадий сна в течение периода сна. По оси абсцисс на графике откладывается время, а по оси ординат — стадии сна в следующем порядке: бодрствование, быстрый сон (REM), 1-я стадия, 2-я стадия, 3-я стадия и 4-я стадия.

Гомеостат, гомеостат сна. Нейробиологическая структура или сеть, которая, как считается, регулирует качество и количество сна, исходя из количества и/или качества предыдущего бодрствования.

Гомеостатическая потребность. Накапливается в стремлении ко сну, исходя из продления времени бодрствования.

Дневник дна. Средство для получения планово измеряемой непрерывности и качества сна. Ведется путем ежедневной регистрации времени в постели (ВП), времени подъема с постели (ВПП), латентного периода сна (ЛПС), частоты ночных пробуждений (ЧНП), продолжительности бодрствования после засыпания (ПБПЗ), общего времени сна (ОВС), а также эффективности сна в процентах (ЭС%). Дневники сна могут содержать и многие другие показатели, выборку которых, возможно, потребуется производить клиницисту, включая употребление лекарств, алкоголя и проч.

Закрепляющие факторы. В контексте поведенческой модели бессонницы (т.е. трехфакторной модели или же модели Шпильмана) закрепляющие факторы обозначают поведение, которое служит для сохранения бессонницы в качестве хронического нарушения сна. К такому поведению относится, хотя этим не ограничивается, стремление пациента расширить возможность спать и оставаться в постели бодрствующим.

Залеплон. Кратковременно действующий агонист бензодиазепиновых рецепторов (BZRA). Период полувыведения: 0–2,0 часа.

Золпидем. Составной лекарственный препарат класса BZRA. Средний период полувыведения: 2,5–5,5 часов.

Зопиклон (эзопиклон). Составной лекарственный препарат класса BZRA. Средний период полувыведения: 4,5–7,5 часов.

Индекс степени тяжести бессонницы. Инструмент краткой самооценки, позволяющий оценивать степень тяжести бессонницы, принимая во внимание интенсивность симптомов, хроничность и проявление нарушений функционирования в дневное время суток. Такой индекс позволяет также различать жалобы с точки зрения начальной, средней и поздней бессонницы.

Исправленная международная классификация нарушений сна (ICSD-R). Одна из трех систем классификации, применяемых для определения нарушений сна. К другим нозологиям относятся DSM-IVTR (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders — Диагно-стическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), а также ICD (International Classification of Disease Manual — Руководство по международной классификации заболеваний).

Когнитивная реструктуризация. Психотерапевтический метод, подразумевающий выявление недостаточно адаптируемых невольных мыслей и убеждений, которые склонны быть автоматическими, и дающий пациенту возможность критически оценивать эти процессы мышления.

Компенсаторные стратегии. Виды деятельности или поведения, которыми занимаются пациенты и которые предназначены для нормализации симптомов. Несмотря на то, что компенсаторные стратегии призваны приносить облегчение, они нередко имеют своим следствием закрепление острого заболевания.

Конечная бессонница, или терминальная инсомния. Форма бессонницы, при которой пациент жалуется в основном на раннее пробуждение утром.

Латентный период сна (ЛПС — SL). Время, истекшее после отбоя (намерения заснуть) и до начала сна, измеряемое в минутах методами самооценки, актиграфии и/или полисомнографии.

Мелатонин. Гормон, производный от серотонина и выделяемый шишковидной железой, особенно в ответ на темноту. Считается, что этот гормон может играть важную роль в регуляции устойчивых циклов сна-бодрствования.

Многокомпонентный подход. Означает вмешательства, состоящие из более чем одной формы терапии. Что касается КПТБ, то такой подход обычно состоит, по крайней мере, из трех компонентов: терапии контроля над стимулами, терапии ограничения сна, обучения гигиене сна.

Многомерный опросник для оценивания боли (MPI). Инструмент самооценки, предназначенный для измерения различных особенностей восприятия хронической боли, включая, но не ограничиваясь степенью тяжести боли, нарушениями функционирования в дневное время суток, связанными с болью, эмоциональным расстройством, уровнем активности и проч.

Многомерный опросник для оценивания усталости (MFI). Инструмент самооценки, предназначенный для оценивания степени усталости по нескольким измерениям, включая психическое, физическое и проч.

Нарколепсия, или повышенная сонливость. Наследственно обусловленный синдром, при котором пациенты испытывают некоторые или все из следующих симптомов: ЧСД и гипнапомпические либо гипнагогические галлюцинации, катаплексию, приступы сонливости и сонный паралич. Такое нарушение сна считается диссоциативным расстройством состояния, характеризующимся аномальными вторжениями быстрого сна в состояние бодрствования.

Нарушения начала и поддержания сна (ННПС — DIMS). Этот классификационный термин употреблялся в первоначальной нозологии Международной классификации нарушений сна (ICSD — International Classification of Sleep Disorders) для описания класса нарушений сна, где преобладают жалобы пациентов на то, что им трудно заснуть и оставаться спящими.

Начальная бессонница, или инициальная инсомния. Бессонница, характеризующаяся трудностями засыпания при отходе ко сну.

Нейронная обратная связь. Класс форм лечения, включая биологическую обратную связь или задание либо навязывание суточного ритма для порождения сна путем увеличения дельта- или тета-активности на ЭЭГ.

Непрерывность сна. Скорость, с которой начинается сон, а также степень, до которой сон становится крепким. Непрерывность сна определяется пятью переменными показателями: латентным периодом сна (ЛПС), частотой ночных пробуждений (ЧНП), продолжительностью бодрствования после засыпания (ПБПЗ), общим временем сна (ОВС), а также эффективностью сна в процентах (ЭС%).

Ночной миоклонус. *См.* периодическое движение конечностей во сне.

Обучение релаксации. Ряд когнитивно-поведенческих методов, ослабляющих физиологическое и/или когнитивное возбуждение. Типичными формами такого вмешательства являются прогрессивная мышечная релаксация, диафрагмальное дыхание и аутогенная тренировка.

Общее время сна (ОВС — TST). Фактическое время сна в течение заданного периода возможности спать. Может быть оценено пациентом без вычисления, выведено на основании данных из дневников сна, рассчитано по данным актиграфии или представлено в виде суммы стадий сна, измеренных методом ПСГ. На основании данных из дневников сна показатель ОВС может быть рассчитан следующим образом: Возможность Спать – (ЛПС + ПБПЗ).

Опережение фазы сна. *См.* синдром опережения фазы сна.

Опросник состояния здоровья, форма SF-36. Инструмент самооценки, предназначенный для измерения "качества жизни" пациента по восьми факторам, включая физическое и социальное функционирование, ограничение исполняемых ролей вследствие физических и эмоциональных нарушений, психическое здоровье, энергию и жизнеспособность, восприятие боли и общего состояния здоровья.

Опросник состояния-характерной черты тревожности (STAI). Инструмент самооценки, предназначенный для измерения уровня тревоги в одном из двух измерений: состояния в сравнении с характерной чертой. Этот инструмент оказывается более чувствительным к общей тревоге по сравнению с паническим расстройством.

Ошибочное восприятие состояния сна (ОВСС — SSM). Форма бессонницы, субъективная жалоба на которую не подтверждается традиционными методами ПСГ. Это означает, что существует весомая жалоба на непрерывность сна, где ПСГ находится в обычных пределах.

Парадоксальная бессонница. *См.* ошибочное восприятие состояния сна.

Парасомнии. Моменты и виды поведения, возникающие во время сна. К двум обширным категориям парасомний относятся те, что возникают во время быстрого сна или же спокойного сна и/или переходов от спокойного сна. Например, к числу парасомний во время спокойного сна относится снохождение, сноговорение, ужасы во время сна и пробуждение со спутанным сознанием. А к числу парасомний во время быстрого сна, например, относятся ночные кошмары, нарушение поведения во время сна с быстрым движением глаз (RBD) и проч. Парасомнии могут или не могут быть связаны с нарушением непрерывности сна.

Первичная бессонница. Термин, употребляемый в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM) для обозначения хронической бессонницы. В такой системе классификации допускается также употреблять термин "вторичная бессонница". Последний обозначает острую или хроническую бессонницу, которая,

как считается, провоцируется и закрепляется неустойчивым или постоянным медицинским или психическим заболеванием.

Питтсбургский индекс качества сна (PSQI). Инструмент самооценки, предназначенный для измерения различных особенностей нарушения сна. Оценивание проводится в нескольких предметных областях, включая общую степень нарушения сна, нарушение непрерывности сна, нарушение функционирования в дневное время суток и т.д.

Поздняя бессонница. Этот термин употребляется в шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и служит синонимом конечной бессонницы, терминальной инсомнии и/или раннего пробуждения утром.

Пойкилотермия. Служит синонимом "холоднокровия", т.е. регулирования температуры тела, приводимого в действие и обусловленного факторами окружающей среды.

Полисомнограмма. Регистрация данных о сне пациента в цифровом виде или на бумаге методами ПСГ.

Полисомнография (ПСГ — PSG). Процедура измерения и регистрации сна посредством электродов, располагаемых на поверхности кожи волосистой части головы, вокруг глаз и на ротолицевой мускулатуре. Полученные в итоге данные позволяют выявить и оценить пять состояний, составляющих сон: 1-ю–4-ю стадии и быстрый сон человека, т.е. сон с быстрым движением глаз (БДГ — REM). Для обнаружения других явлений, связанных со сном (например, синдрома остановки дыхания во сне или синдрома периодических движений конечностей), потребуются дополнительные электрофизиологические измерения.

Потребность в сне. *См.* гомеостатическая потребность.

Предписанное время ложиться в постель (ПВЛП — PTIB). Часовое время суток, когда пациент должен ложиться в постель каждый вечер, предписанное психотерапевтом в ходе лечения.

Предписанное время подъема с постели (ПВПП — PTOB). Часовое время суток, когда пациент должен вставать с постели каждое утро, предписанное психотерапевтом в ходе лечения.

Предрасполагающие факторы. В контексте поведенческой модели бессонницы (т.е. трехфакторной модели или же модели Шпильмана) предрасполагающие факторы обозначают устойчивые характеристики, обусловливающие склонность пациента к острым приступам бессонницы. К таким характеристикам, присутствующим во всем биопсихосоциальном спектре, относится перевозбуждение, повышенная активность, беспокойство, руминация (переживания и размышления) и проч.

Провоцирующие факторы. В контексте поведенческой модели бессонницы (т.е. трехфакторной модели или же модели Шпильмана) провоцирующие факторы обозначают внутренние или внешние факторы, вызывающие стресс, и служат для инициирования острых приступов бессонницы. К факторам, вызывающим стресс во всем биопсихосоциальном спектре, относятся медицинские заболевания, жизненные события и проч.

Прогрессивная мышечная релаксация (ПМР — PMR). Поведенческое вмешательство, призванное научить пациентов распознавать и снимать мышечное напряжение. Процедура состоит из последовательного ряда упражнений на систематическое напряжение и расслабление каждой из нескольких основных групп скелетной мускулатуры. Пациентов наставляют сосредоточивать внимание на физических ощущениях напряжения и расслабления, испытываемых во время таких упражнений. ПМР нередко внедряется в многокомпонентные подходы к лечению и может быть особенно полезной для пациентов, находящихся в состоянии, вызывающем хронические боли.

Продолжительность бодрствования после засыпания (ПБПЗ — WASO). Время бодрствования в течение заданного периода возможности спать. Может быть оценено пациентом без вычисления, выведено на основании данных из дневников сна, рассчитано по данным актиграфии или представлено в виде суммы периодов бодрствования, измеренных методом ПСГ.

Психофизиологическая бессонница. По Международной классификации нарушений сна (ICSD) это "первичная бессонница". Такая бессонница может быть независимой нозологической формой заболевания. При этом подчеркивается, что психологические, поведенческие и физиологические факторы содействуют выраженности заболевания.

Раннее пробуждение утром. *См.* Конечная бессонница.

Ранняя бессонница. *См.* Начальная бессонница.

Седативные или успокоительные средства. В контексте медицины сна это вещества, вызывающие сон или содействующие ему.

Синдром беспокойных ног (СБН — RLS). Парастезия, возникающая в конечностях во второй половине суток и в связи с неподвижностью. Пациенты описывают свои ощущения как "покалывание", "внутренний зуд" или "ползающие по коже мурашки". Подобные ощущения обычно ослабляются ходьбой, сгибанием и/или разгибанием ног. СБН может быть связан с трудностями начать сон и сильно согласуется со случаями СПДК.

Синдром задержки фазы сна (СЗФС — DSPS). Это нарушение суточного ритма происходит в связи с расхождением между часовым временем

суток или социетальными нормами и биологически предпочтительной для человека фазой сна, т.е. эндогенным ритмом. Такая задержка появляется в связи с тем, что внутренние часы человека, регулирующие предпочтительную фазу сна, отстают на несколько часов от часового времени суток. Люди, страдающие таким расстройством, зачастую испытывают сонливость на несколько часов позже, чем обычно, принимая во внимание традиционный рабочий или учебный график с 9 до 17 часов. Таким людям трудно начать сон до наступления биологически предпочтительной для них фазы сна, а также просыпаться от сна посреди предпочтительной для них фазы сна. Типичный режим сна для таких людей может быть от 4:00 до 12:00. Когда человек спит в пределах предпочтительной для него фазы сна, его сон нормальный, т.е. непрерывность или архитектура его сна не нарушается.

Синдром недостаточного сна (СНС — ICSD). Диагноз нарушения сна, когда жалоба на усталость или сонливость в дневное время суток связана, главным образом, с укороченным режимом сна.

Синдром опережения фазы сна (СОФС — ASPS). Как считается, это нарушение суточного ритма происходит в связи с расхождением между часовым временем суток или социетальными нормами и биологически предпочтительной для человека фазой сна, т.е. эндогенным ритмом. Следует иметь в виду, что при этом возникает такое явление, что внутренние часы человека, регулирующие предпочтительную фазу сна, опережают на несколько часов часовое время суток. Люди, страдающие таким расстройством, нередко испытывают неодолимую сонливость в предвечернее время суток или ранним вечером, а следовательно, они отходят ко сну раньше и затем просыпаются рано утром. Типичный режим сна для таких людей может быть от 20:00 до 4:00. Когда человек спит в пределах предпочтительной для него фазы сна, его сон нормальный, т.е. непрерывность или архитектура его сна не нарушается.

Синдром остановки дыхания во сне, или синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС — OSA). Прерывание поступления воздуха во время сна, сохраняющееся 10 или больше секунд. Явление остановки дыхания во сне возникает в связи с нарушением (обструкцией) проходимости верхних дыхательных путей. К основным симптомам СОАС относятся ЧСД, сильный храп, головная боль по утрам и сухость во рту, пробуждение, происходящее при ощущении удушья, аномальная двигательная активность во время сна и т.д.

Синдром периодических движений конечностей (СПДК — PLMS). Быстрое частичное сгибание ступней в лодыжке, растяжение большого

пальца и частичное сгибание ног в коленном и тазобедренном суставах, происходящее во время сна. Подобные движения происходят с периодичностью 20–60 секунд и продолжаются со стереотипной закономерностью 0,5–5,0 секунд.

Скрытые нарушения сна. Такие нарушения сна, которые существуют в отсутствие их явных признаков и симптомов.

Смешанная бессонница. Такая бессонница включает в себя определенное сочетание пробуждений вначале сна, посреди ночи и рано утром.

Снотворное. Вещество, порождающее сон, т.е. сомногенное вещество.

Сокращение сна. Поведенческий метод увеличения эффективности сна путем ограничения времени в постели (ВП) до средней величины общего времени сна (ОВС). В отличие от ограничения сна, данный метод позволяет постепенно уменьшать дозу ВП на протяжении пяти недель.

Сон, не восстанавливающий силы. Жалоба пациента на плохое качество сна, когда он не чувствует себя отдохнувшим после ночного сна. Такая жалоба может появиться без сопутствующего нарушения непрерывности сна.

Спокойный сон. Означает сон без быстрого движения глаз (NREM) и обозначает 1-ю–4-ю стадии сна.

Средняя бессонница. Такая бессонница характеризуется частыми и/или продолжительными пробуждениями посреди ночи. Эту форму бессонницы следует отличать от начальной и поздней бессонницы.

Суточная аритмия. Любые аномалии, которые появляются в связи с искажениями амплитуды или фазы биологических или поведенческих явлений, показывающих суточную ритмичность.

Суточный, или циркадный ритм. Биологические или поведенческие функции, которые систематически изменяются в течение 24-часовых суток и могут быть навязаны циклами света и темноты и/или сна и бодрствования.

Терапия контроля над стимулами (ТКС — SCT). Поведенческая форма терапии, стремящаяся ограничить число существующих связей сна со стимулами.

Терапия ограничения сна (ТОС — SRT). Поведенческая форма терапии, направленная на улучшение непрерывности сна путем гомеостатического стремления ко сну через частичное лишение сна.

Терапия ярким светом. *См.* Фототерапия.

Увеличение дозы. Систематическое повышение дозы в сторону оптимального эффекта. Примером такого повышения в поведенческой медицине сна может служить систематическое повышение общей возможности

спать в ходе терапии ограничения сна, исходя из установленных величин критерия эффективности сна.

Уменьшение дозы. Систематическое сокращение дозы в сторону оптимального эффекта. Примером такого сокращения в поведенческой медицине сна может служить систематическое уменьшение общей возможности спать на протяжении 5 недель в ходе терапии сокращения дозы сна.

Фототерапия. Применение сильного света полного спектра для содействия сдвигам фаз в нарушенном суточном ритме пациента. Фототерапия может также принести пользу в лечении первичной бессонницы, содействуя при этом бодрствованию, субклинических нарушений фаз суточного ритма и повышении настроения.

Хроническая бессонница. Такая бессонница, или инсомния, характеризуется как хроническая, если ее симптомы остаются неутихающими, по меньшей мере, один месяц, а зачастую — шесть и больше месяцев. Такие пределы относительно произвольны и соответствуют традиционным медицинским определениям того, что составляет короткие и длительные периоды времени.

Частота ночных пробуждений (ЧНП — FNA). Обозначает, сколько раз пациент просыпается ночью. *Примечание:* для этой стороны нарушения непрерывности сна на самом деле не существует стандартного термина. Другим часто употребляемым термином является "количество пробуждений" (КП — NOA).

Чрезмерная сонливость днем (ЧСД — EDS). Означает субъективную или объективную трудность поддерживать повышенную внимательность до такой степени, что пациент склонен засыпать в неподходящие моменты времени и в неподходящих местах. Субъективное оценивание ЧСД может разниться от жалоб пациента до применения таких ретроспективных инструментов, как шкала ESS или KSS. А объективные показатели ЧСД могут быть получены с помощью двух процедур: множественного теста латентности ко сну или теста поддержания бодрствования. Сообщение показателя ЧСД, вероятно, служит одним из признаков или симптомов, допускающих высокий уровень чувствительности и специфичности по отношению к различению нарушений сна по классификации DOES в сравнении с классификацией DIMS.

Шкала депрессии Бека (BDI). Инструмент самооценки, предназначенный для измерения тяжести симптомов депрессии. Показатель, измеряемый этим инструментом, сильно склоняется в сторону когнитивно-аффективного спектра расстройства (например, дисфории (т.е. безотчетной тревоги), депрессивных невольных мыслей).

Шкала предсонного возбуждения. Инструмент самооценки, предназначенный для измерения степени тяжести соматических и когнитивных симптомов, испытываемых пациентом при попытке заснуть. К симптомам, составляющим соматическую подшкалу, относится ощущение жара, тахикардия, физическое напряжение и проч. А к симптомам, составляющим когнитивную подшкалу, относятся скачущие мысли, беспокойства, навязчивые мысли и проч.

Шкала сонливости Эпворта (ESS). Инструмент самооценки, предназначенный для измерения сонливости. Шкала ESS требует, чтобы пациент оценил вероятность засыпания в неподходящие моменты времени и в неподходящих местах. Временные рамки, в которых следует производить оценивание, составляют 2–4 недели.

Шкала тревоги Бека (BAI). Инструмент самооценки, предназначенный для измерения тяжести симптомов тревоги. Показатель, измеряемый этим инструментом, сильно склоняется в сторону психологических симптомов тревоги (учащенного сердцебиения, затруднения дыхания и т.д.), поскольку они могут быть выражены в паническом расстройстве.

Электромиография (ЭМГ). Процедура регистрации электрической активности мышечной ткани относительно степени ее сокращения.

Электроокулография (ЭОГ). Процедура регистрации электрической активности, исходящей из сетчатки глаз. Такая активность повышается или понижается в вольтах при движении глазного яблока в сторону электрода ЭОГ и в противоположную от него сторону.

Электроэнцефалография (ЭЭГ). Процедура регистрации электрической активности головного мозга посредством электродов, располагаемых на поверхности кожи волосистой части головы. Полученные в итоге данные вместе с данными электромиографии и электроокулографии позволяют регистрировать полисомнограммы. Последняя из этих процедур позволяет оценивать пять состояний, составляющих сон: 1-я–4-я стадии и быстрый сон человека, т.е. сон с быстрым движением глаз (БДГ — REM).

Эффективность сна. Отношение общего времени сна ко времени в постели, умноженное на 100. Этот переменный показатель нередко служит в качестве единственной и самой лучшей меры непрерывности сна.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Расчет эффективности сна

На первый взгляд, формула ЭС% = ОВС/ВП кажется довольно простой и не требует дополнительных пояснений. Но показатели ОВС и ВП рассчитываются по следующим формулам:

- ОВС = ВП – (ЛПС + ПБПЗ)
- ВП = ПВПП – ПВОС

где ОВС — общее время сна, ЛПС — латентный период сна, ПБПЗ — продолжительность бодрствования после засыпания ВП — время в постели,, ПВПП — предписанное время подъема с постели, а ПВОС — предписанное время отхода ко сну.

На практике определить то, что обозначает ВП в знаменателе формулы для расчета эффективности сна в процентах (ЭС%), может оказаться непростым делом. В простейшем случае, когда пациент жалуется на предписанное время подъема с постели (ПВПП) и предписанное время отхода ко сну (ПВОС), рассчитать эффективность сна в процентах нетрудно. Так, если пациенту предписан режим сна с 00:00 до 6:00, то в знаменателе данной формулы указывается 360 минут. Но если пациент не жалуется на предписанный ему режим сна, а фаза сна задерживает или опережает привычное для него время отхода ко сну или подъема ото сна, тогда возникает вопрос касательного того, что составляет величину ВП, если величина ПВПП или ПВОС не соответствует тому, что было предписано пациенту.

Опережение фазы предписанного времени отхода ко сну. В том случае, если происходит опережение фазы предписанного времени отхода ко сну, когда пациент ложится спать раньше, чем ему предписано (например, в 23:00, а не в полночь), величина ВП должна основываться на *фактической* величине ПВОС (т.е. 23:00 – 6:00 = 7 часов или 420 минут). Это означает, что решение о том, как дозировать дальше сон, уже не основывается просто на эффективности сна. Так, если пациент успешно “жульничает”, достигая показателя ЭС% больше 90%, то увеличение доз сна может быть продолжено с новой отметки 23:00. А если пациент не достигает успеха

в своей попытке "жульничать", в таком случае имеются две возможности. Во-первых, пересчитать показатель ПВОС, исходя из текущего среднего показателя общего времени сна (ОВС). Так, если пациент спит теперь в среднем 5,5 часов, то новые показатели времени отхода ко сну и подъема с постели могут быть установлены на уровне 00:30 и 6:00 соответственно (00:30 – 6:00 = 5,5 часов). И, во-вторых, терапию ограничения сна (ТОС) можно начать снова с первоначально предписанного режима сна (т.е. 00:00 – 6:00 = 5 часов). Выбор одной из этих двух возможностей зависит от решимости пациента и тех факторов, которые могли бы повлиять на изменчивость среднего показателя общего времени сна.

Задержка фазы предписанного времени отхода ко сну. В том случае, если происходит задержка фазы предписанного времени отхода ко сну, когда пациент отходит ко сну позже предписанного времени (например, в 1:00, а не в полночь), величина ВП должна снова основываться на фактической величине ПВОС, (т.е. 1:00 – 6:00 = 5 часов или 300 минут). Это означает, что решение о том, как дозировать дальше сон, снова не может просто основываться на эффективности сна. В этом случае задержка сна, превышающая предписанную величину, может в итоге увеличить эффективность сна свыше 90%. И здесь возникает главный вопрос: как совладать с несоблюдением режима лечения? В данном случае можно утверждать, что пациент преуспевает в соблюдении режима лечения в одном, но не в другом отношении. С одной стороны, он соблюдает режим лечения в отношении возбуждения гомеостата сна, а с другой — не соблюдает запланированный график сна.

Но важнее разрешить следующий затруднительный вопрос: как продолжить ТОС? Следует ли продолжить лечение, основываясь на известных следствиях соблюдения 5-часового режима сна, или же вернуться к первоначальной оценке, допускавшей 6-часовый режим сна? На наш взгляд, лучше придерживаться первой стратегии, т.е. увеличивать теперь дозу сна, исходя из новой отметки 1:00. Ведь пациент уже продемонстрировал, что он может оставаться бодрствующим до более позднего часа и эффективно спать в данном контексте. Следует, однако, иметь в виду, что некоторые пациенты могут оставаться бодрствующими дольше, чтобы достичь поставленной цели. Если не дать таким пациентам твердое указание, они могут и дальше оставаться бодрствующими, руководствуясь тем, что они могут воспользоваться лишним временем. Как

показывает наш опыт, лучше настоять на том, чтобы такие пациенты ложились спать и вставали с постели в первоначально предписанное им время (00:00 – 6:00). Подобным образом можно показать им, что они действительно могут засыпать раньше. А в других случаях, возможно, придется немного поработать над теми видами деятельности, которые пациенты не доводят, как им кажется, до логического завершения потому, что они отходят ко сну раньше.

Опережение фазы предписанного времени пробуждения. В том случае, если происходит опережение фазы предписанного времени пробуждения, когда пациент просыпается и встает с постели раньше предписанного времени (например, в 5:00, а не в 6:00, хотя он и намеревался спать до 6:00), величина ВП должна снова основываться на предполагаемой величине ПВПП и по-прежнему должна составлять 6:00. Это необходимо потому, что пациент намеревался спать 360 минут, но так и не осуществил свое намерение. Если придерживаться здесь буквального истолкования показателя ВП, то эффективность сна достигнет величины 100%, что, очевидно, дает неточное представление о том, что произошло. Ведь на самом деле пациент проснулся раньше, испытав конечную бессонницу. Дозирование сна в таком случае следует продолжить, основываясь только на эффективности сна. А с другой стороны, если в какой-то отдельный вечер или ряд вечеров пациент устанавливает свой будильник на подъем в 5:00 потому, что ему так нужно (например, поспеть на авиарейс), то величина ВП составит лишь 5 часов. Ведь в этом случае пациент фактически намеревался проснуться в 5:00. И здесь эффективность сна снова может быть "искусственно" завышена, и поэтому психотерапевту следует выяснить, как пациент соблюдает предписанный ему график сна с 00:00 до 6:00, прежде чем увеличивать дальше дозу сна.

Задержка фазы предписанного времени пробуждения. В том случае, если происходит задержка фазы предписанного времени пробуждения, когда пациент просыпается и встает с постели позже предписанного времени (например, в 7:00, а не в 6:00), величина ВП должна снова основываться на фактической величине ПВПП (т.е. 7 часов). Как и упомянутое выше опережение фазы предписанного времени пробуждения, данный случай более сложный, поскольку пациент мог или не мог успешно "сжульничать". Так, если пациент успешно "сжульничал", достигнув эффективности сна больше 90%, то увеличение дозы сна может быть осуществлено

с новой отметки 7:00. А если попытка пациента “сжульничать” оказалась безуспешной, т.е. эффективность его сна оказалась меньше 90%, то и в этом случае имеются две возможности. Во-первых, пересчитать показатель ПВПП, исходя из средней величины общего времени сна, а, во-вторых, снова начать ТОС с первоначально предписанного режима сна.

Расчет показателя ВП согласно инструкциям по контролю над стимулами. Практика давать инструкции по терапии контроля над стимулами (ТКС) вызывает еще одну потенциальную неоднозначность касательно подходящей величины ВП, указываемой в знаменателе формулы для расчета эффективности сна в процентах. Так, если пациент надлежащим образом соблюдает режим ТКС, то как принять *время подъема с постели* в расчет *времени в постели*? Например, график сна установлен с 00:00 до 6:00, и пациент надлежащим образом практикует ТКС, вставая с постели на 60 минут в течение ночи. В этом случае в знаменателе упомянутой выше формулы следует по-прежнему указать 360 минут, несмотря на то, что пациент формально не находился в постели все 360 минут. И это, опять же, объясняется тем, что пациент намеревался находиться в постели 360 минут, но не достиг желанной цели. И в этом случае у пациента проявляется бессонница, а стремление придерживаться здесь буквального истолкования показателя ВП только исказит данный факт. Дозировать сон в данном случае следует только на основании эффективности сна.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Пример клинической брошюры

На показанных ниже рисунках приведены лицевая и оборотная сторона обложки клинической брошюры.

How our service is unique

Our program is directed by a nationally prominent Behavioral Sleep Medicine specialist. He is a founding member of the Board of Behavioral Sleep Medicine, the decision chair for the American Academy of Sleep Medicine, an associate editor for the *Journal of Behavioral Sleep Medicine*, and is the senior editor of the *Principles and Practice* textbook for the field of Behavioral Sleep Medicine.

Our parent program (The UBSLI) is funded by both the federal government and the pharmaceutical industry to pursue research that helps us better understand what insomnia is and how it may be better treated.

Our clinicians (all of whom are board eligible for the American Board of Behavioral Sleep Medicine) are trained in methods which have demonstrated results.

Our clinic performance (both in terms of patient satisfaction and clinical treatment outcomes) is evaluated annually so that we can bring you the highest standard of clinical care.

Michael L. Perlis, Ph.D.
Director, Behavioral Sleep Medicine Service & Insomnia Clinic
Associate Professor of Psychiatry
University of Rochester School of Medicine and Dentistry

Tim Enright, Ph.D.
Sr. Staff Clinician
Behavioral Sleep Medicine Service & Insomnia Clinic

Carla Jungquist, MSN, FNP-C
Staff Clinician & Nurse Practitioner
Behavioral Sleep Medicine Service & Insomnia Clinic

Ken Plotkin, M.D.
Staff Medical Consultant
Assistant Professor of Neurology
University of Rochester School of Medicine and Dentistry

The Behavioral Sleep Medicine Service
&
Insomnia Clinic
University of Rochester Medical Center
601 Elmwood Avenue - Box syth
Rochester, New York 14642

585-275-4901

This clinic service is affiliated with
The University of Rochester
Sleep Research Laboratory
www.urmc.rochester.edu

Can't Sleep?

There is a program designed especially for you

The Behavioral
Sleep Medicine Service
&
Insomnia Clinic
at University of Rochester
Medical Center

STRONG HEALTH

You are not alone

More than one in four people experience insomnia from time to time and more than 10 to 15 will suffer from a chronic form of the disorder. Despite the prevalent belief that insomnia is not a serious problem, there is substantial evidence which shows that short-term and persistent insomnia is associated with:

- Reduced quality of life
- Poor work performance
- Increased occurrence of accidents
- Risk for medical illness
- Risk for psychiatric illness

Fortunately, for the 10–20% percent of Americans who suffer from insomnia, there is help. Recent advances in Sleep Medicine enable sleep experts to help the majority of troubled sleepers, often without medication.

What types of sleep problems are treated?

We evaluate and treat patients who have difficulty falling asleep, difficulty staying asleep, or difficulty sleeping on a schedule that allows them to function best in their work.

We also specialize in the diagnosis and treatment of sleep disturbances associated with:

- Secondary to chronic pain, cancer, and depression and/or anxiety.
- Nightmares and night terrors
- Jet lag

Also available are alternative treatments for patients who have difficulty tolerating CPAP (treatment for obstructive sleep apnea).

Although we specialize in adult sleep disorders, children and adolescents may also be seen in the clinic.

What happens at the Insomnia Clinic?

Your sleep evaluation will involve a series of steps. It begins with initial consultation during which you will be asked to complete a series of questionnaires and to undergo a clinical interview. This information will help us evaluate the factors that affect your sleep and shape your functioning.

Following these assessments, we will review our recommendations with you and your primary care physician or health care provider. Follow-up treatment can be conducted at our clinic or by your health care provider, depending on the nature of the intervention.

What kind of treatment can I expect?

For patients with Primary or Secondary Insomnia, the first line of intervention is usually behavioral. Behavioral treatment is based upon the concept that chronic insomnia (present than 4 weeks) is maintained by a variety of physical and behavioral factors that have little or nothing to do with acute insomnia (one or two days). The factors that maintain chronic insomnia are the ones targeted for treatment.

Clinical studies have shown that behavioral treatment for insomnia is effective, producing long lasting results that are comparable to or exceed those of sleeping pills.

Five to eight weekly sessions are usually required to get people good sleep and to help them continue sleeping well. Follow-up recommendations are made to ensure that the results are maintained.

In some cases, a laboratory sleep study may be arranged and/or medications may be recommended. In all cases, we will work closely with your health care provider to ensure that our care is coordinated.

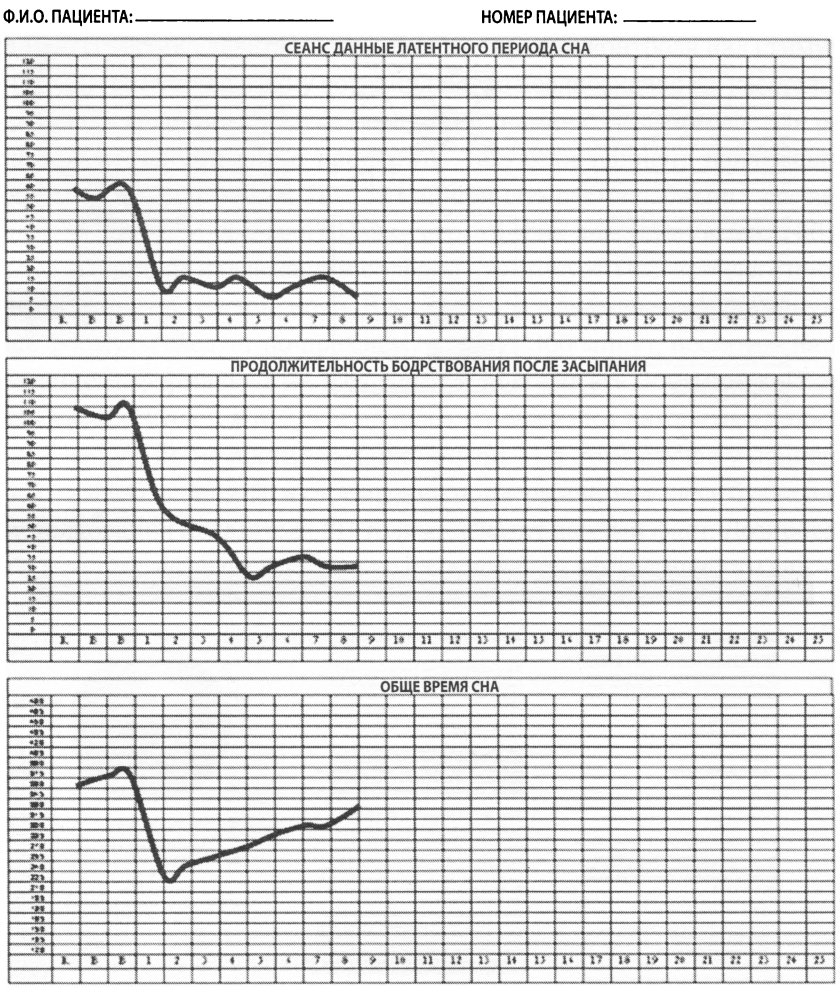
How do I get started?

Appointments for the
Behavioral Sleep Medicine Service
&
Insomnia Clinic
at URMC may be arranged by calling
585-275-4901

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Примеры графиков лечения

На показанном ниже рисунке приведены примеры графиков лечения бессонницы.



Примечание: приведенные выше графики вычерчиваются каждую неделю от руки. В данном примере еженедельные числовые значения показателей сна не указываются по оси абсцисс. Указание этих числовых значений упрощает анализ диаграмм и графиков в клинике, которым завершается ежегодное оценивание программы лечения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Формы клинических опросников

Опросник истории болезни

На показанном ниже рисунке приведена форма типичного для клиники "Опросника истории болезни".

ИНФОРМАЦИОННАЯ ФОРМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Актуальный вес: _____ Ф.И.О.: _____
Актуальный рост: _____ Дата: _____
Вес 5 лет назад: _____ Наилучшее лечение: _____

Перечень лекарств:

Лекарство	Доза	Режим приема	Основание для приема

Отметить "галочкой" соответствующее заболевание:

- ☐ Травма головы
- ☐ Инфаркт
- ☐ Менингит
- ☐ Мигрень
- ☐ Рассеянный склероз
- ☐ Болезнь Паркинсона
- ☐ Судороги
- ☐ Инсульт
- ☐ Опоясывающий лишай
- ☐ Боль в грудной клетке
- ☐ Сердечная аритмия
- ☐ Застойная сердечная недостаточность
- ☐ Сердечный приступ
- ☐ Расстройство зрения
- ☐ Тромбы
- ☐ Астма
- ☐ Колит
- ☐ Засорение желудка
- ☐ Язва желудка
- ☐ Желудочное кровотечение
- ☐ Панкреатит
- ☐ Изжога
- ☐ Гастроэзофагеальный рефлюкс
- ☐ Цистит
- ☐ Камни в почках
- ☐ Менопауза
- ☐ Киста яичника
- ☐ Воспалительное заболевание тазовой области
- ☐ Почечная недостаточность
- ☐ Нарушения в системе кровообращения
- ☐ Хроническая боль
- ☐ Пневмония
- ☐ Туберкулез
- ☐ Рак
- ☐ Диабет
- ☐ Заболевания щитовидной железы
- ☐ Ожирение
- ☐ Подагра
- ☐ Артрит
- ☐ Фибромиалгия
- ☐ Заболевание ВИЧ
- ☐ Псориаз
- ☐ Крапивница или сыпь
- ☐ Стоматологические заболевания
- ☐ Одонтеризм
- ☐ Апноэ во сне
- ☐ Синдром беспокойных ног
- ☐ Гепатит
- ☐ Заболевание печени

Прочее: _____

Перечислить хирургические вмешательства по датам: _____

_____

Опросник медицинских симптомов

На показанном ниже рисунке приведена форма типичного для клиники “Опросника медицинских симптомов”.

ОПРОСНИК МЕДИЦИНСКИХ СИМПТОМОВ

Были ли у вас какие-нибудь из перечисленных ниже симптомов за последние две недели? (Если вы поставите “галочку” в графе “Да”, укажите, сколько дней эти симптомы продолжались, а также степень их тяжести.)

Да	Количество дней	Степень тяжести (1 — низкая, 5 — высокая)
____ Боль в спине	_____	_____
____ Ушиб	_____	_____
____ Боль в груди	_____	_____
____ Симптомы простуды	_____	_____
____ Засорение желудка	_____	_____
____ Дневная усталость	_____	_____
____ Дневная сонливость	_____	_____
____ Диарея	_____	_____
____ Затрудненное глотание	_____	_____
____ Головокружение	_____	_____
____ Двоение в глазах	_____	_____
____ Напряжение зрения	_____	_____
____ Обморочные приступы	_____	_____
____ Пучение живота	_____	_____
____ Симптомы гриппа	_____	_____
____ Приливы жара	_____	_____
____ Боль в стопах	_____	_____
____ Генитальная инфекция	_____	_____
____ Боль в области гениталий	_____	_____
____ Головные боли	_____	_____
____ Учащенное сердцебиение	_____	_____
____ Изжога/ГЭРБ	_____	_____
____ Менструальная боль	_____	_____
____ Мышечная боль	_____	_____
____ Мышечная слабость	_____	_____
____ Боль в шее	_____	_____
____ Онемение	_____	_____
____ Стойкий кашель	_____	_____
____ Звон в ушах	_____	_____
____ Одышка	_____	_____
____ Боль в горле	_____	_____
____ Отечность	_____	_____
____ Зубная боль	_____	_____
____ Затрудненное глотание	_____	_____
____ Прочее	_____	_____

Опросник симптомов нарушений сна

На показанном ниже рисунке приведена форма типичного для клиники “Опросника симптомов нарушений сна”.

ОПРОСНИК СИМПТОМОВ НАРУШЕНИЙ СНА	НИКОГДА	РЕДКО	ИНОГДА	ЧАСТО	РЕГУЛЯРНО
МНЕ ТРЕБУЕТСЯ 30 ИЛИ БОЛЬШЕ МИНУТ, ЧТОБЫ ЗАСНУТЬ					
Я ПРОСЫПАЮСЬ НОЧЬЮ НА 30 ИЛИ БОЛЬШЕ МИНУТ					
Я ПРОСЫПАЮСЬ ЗА 30 ИЛИ БОЛЬШЕ МИНУТ ДО ПОБУДКИ					
Я ПРЕДПОЧИТАЮ ЛОЖИТЬСЯ СПАТЬ РАНО (ДО 22:00) И ВСТАВАТЬ РАНО (ДО 5:30)					
Я ПРЕДПОЧИТАЮ ЛОЖИТЬСЯ СПАТЬ ПОЗДНО (ПОСЛЕ 1:00) И ВСТАВАТЬ ПОЗДНО (ПОСЛЕ 9:00)					
У МЕНЯ СКЛОННОСТЬ ЗАСЫПАТЬ В НЕПОДХОДЯЩЕЕ ВРЕМЯ И В НЕПОДХОДЯЩЕМ МЕСТЕ					
Я ПРОСЫПАЮСЬ УТРОМ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ					
Я ПРОСЫПАЮСЬ УТРОМ С СУХОСТЬЮ ВО РТУ, ЧУВСТВУЯ, БУДТО У МЕНЯ В ГОРЛЕ ПЕРЕСОХЛО					
Я ХРАПЛЮ					
Я ХРАПЛЮ ТАК СИЛЬНО, ЧТО ВЫЗЫВАЮ ЖАЛОБЫ СВОЕГО ПАРТНЕРА ПО ПОСТЕЛИ					
Я ПРОСЫПАЮСЬ, ЗАДЫХАЯСЬ ИЛИ ДЫША С ТРУДОМ					
МОЙ ПАРТНЕР ПО ПОСТЕЛИ ЗАМЕЧАЛ, ЧТО У МЕНЯ, ПО-ВИДИМОМУ, ОСТАНАВЛИВАЛОСЬ ДЫХАНИЕ					
У МЕНЯ НЕПРИЯТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ В НОГАХ					
ВЕЧЕРОМ Я ОЩУЩАЮ “БЕСПОКОЙСТВО” В НОГАХ					

ОПРОСНИК СИМПТОМОВ НАРУШЕНИЙ СНА	НИКОГДА	РЕДКО	ИНОГДА	ЧАСТО	РЕГУЛЯРНО
У МЕНЯ НЕРЕДКО ТАКОЕ ЧУВСТВО, БУДТО Я ВСТАЮ И БРОЖУ					
МНЕ СКАЗАЛИ, ЧТО Я СПЛЮ БЕСПОКОЙНО					
МОЙ ПАРТНЕР ПО ПОСТЕЛИ ЖАЛУЕТСЯ, ЧТО Я МНОГО ВЕРЧУСЬ ПО НОЧАМ					
КОГДА Я В ВОЗБУЖДЕННОМ СОСТОЯНИИ (НАПРИМЕР, ГНЕВАЮСЬ ИЛИ НЕ В ДУХЕ), ТО ОЩУЩАЮ ФИЗИЧЕСКУЮ СЛАБОСТЬ					
КОГДА Я ЗАСЫПАЮ, ТО ПЕРЕЖИВАЮ ЖУТКИЙ СОН ВРОДЕ КОШМАРНЫХ ОБРАЗОВ					
КОГДА Я ПРОСЫПАЮСЬ В ПЕРВЫЙ РАЗ, ТО ПЕРЕЖИВАЮ ЖУТКИЙ СОН ВРОДЕ КОШМАРНЫХ ОБРАЗОВ					
КОГДА Я ПРОСЫПАЮСЬ В ПЕРВЫЙ РАЗ, ТО ЧУВСТВУЮ, ЧТО НЕ МОГУ ДВИГАТЬСЯ					
МНЕ СНЯТСЯ КОШМАРЫ, ОСОБЕННО В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ НОЧИ					
МНЕ СНЯТСЯ КОШМАРЫ, ОСОБЕННО В ПОСЛЕДНЕЙ (В %) ЧАСТИ НОЧИ					
Я ВНЕЗАПНО ПРОСЫПАЮСЬ БЕЗ ВСЯКОЙ ПРИЧИНЫ, ЧУВСТВУЯ ИСПУГ И БОЯЗНЬ					

Опросник окружения сна

Ниже приведена форма типичного для клиники “Опросника окружения сна”.

Опросник окружения сна

1. Я пользуюсь будильником пять или больше дней в неделю.
   Да Нет Не указано
2. Я поддерживаю температуру в спальне настолько низкой, что укрываюсь двумя или больше одеялами, чтобы мне было тепло в постели ночью.
   Да Нет Не указано
3. Занавеси и шторы в спальне настолько эффективны, что, находясь утром в спальне, трудно сказать, встало ли солнце.
   Да Нет Не указано
4. Мне пришлось потратить немало времени и средств, чтобы подобрать идеальный матрац и подушку для моей постели.
   Да Нет Не указано
5. Ночью моя спальня изолирована настолько хорошо, что я редко, если вообще, слышу внешний шум, исходящий от дороги, соседей и т.д.
   Да Нет Не указано
6. Шум в доме от батарей отопления, половых досок и проч. настолько слабый, что я редко осознаю подобные звуки.
   Да Нет Не указано
7. Мой дом является безопасным местом. Мой партнер, домашнее животное, замки и система аварийной сигнализации и/или забота и моральная поддержка моих соседей обеспечивают мне такой уют, что я вообще редко беспокоюсь о своей безопасности ночью.
   Да Нет Не указано
8. Три или больше ночей в неделю я занимаюсь двумя или больше видами поведения в спальне: смотрю телевизор, читаю, строю планы, работаю, убираю или ем.
   Да Нет Не указано
9. Мои домашние животные редко, если вообще, мешают мне засыпать или просыпаться ночью.
   Да Нет Не указано
10. Режим сна или привычки моего партнера в постели (читать, ёрзать, тянуть на себя одеяло, храпеть и т.д.) редко, если вообще, нарушают мой сон.
    Да Нет Не указано
11. Режим сна или привычки в постели моего ребенка или детей в ночное время суток редко, если вообще, нарушают мой сон.
    Да Нет Не указано

Индекс мотивации для перемен

Ниже приведена форма типичного для клиники "Индекса мотивации для перемен".

Индекс мотивации для перемен(MFCI)

1. Вследствие бессонницы я не могу (перечислите ниже)

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

2. Если бы было такое лечение, с помощью которого можно было бы устранить вашу бессонницу уже завтра, то каким образом ваша жизнь изменилась бы к лучшему?

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

3. Если бы было такое лечение, с помощью которого можно было бы устранить вашу бессонницу, то сколько часов в неделю вы были бы готовы посвятить этому процессу?

____ 1 час ____ 2 часа ____ 4 часа ____ 8 часов ____ 10 часов

4. Если бы было такое лечение, с помощью которого можно было бы устранить вашу бессонницу, НО это потребовало бы времени, то как долго вы были бы готовы ждать?

___ 1 неделю ___ 2 неделю ___ 4 недели ___ 8 недель ___ 10 недель

5. Если бы было такое лечение, с помощью которого можно было бы устранить вашу бессонницу, НО это означало бы, что вам будет хуже, прежде чем стать лучше, то до какой степени вы были бы готовы перенести ухудшение своего самочувствия?

____ 10% ____ 20% ____ 40% ____ 80% ____ 100%

6. Какую степень улучшения должно представлять ваше достижение, чтобы внести перемены в вашу жизнь?

____ 10% ____ 20% ____ 40% ____ 80% ____ 100%

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Однодневный дневник сна

Ниже приведена типичная для клиники форма дневника сна.

ПИТТСБУРГСКИЙ ДНЕВНИК СНА (PghSD), ПРИНЯТЫЙ В ЗАПАДНОМ ИНСТИТУТЕ, КЛИНИКЕ СНА И ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Храните, пожалуйста, этот буклет у своей постели, заполняя его в последнюю очередь вечером и в первую очередь утром. В этом буклете 14 листов по одному на каждую ночь сна. Заполняйте, пожалуйста, левую половину каждого листа в последнюю очередь вечером, а правую его половину — в первую очередь утром. Мы понимаем, что оценки времени засыпания и времени пробуждения ночью вряд ли будут точными, поэтому постарайтесь сделать все, что сможете, оценивая свой режим сна.

Отвечая на вопросы по поводу качества вашего сна, настороженности и настроения после пробуждения, имейте, пожалуйста, в виду, что вы можете указать свои личные пределы в отдельной строке. Сделайте где-нибудь в этой строке отметку, обозначающую ваши ощущения в тот момент. Эта строка служит для того, чтобы в ней можно было дать не утвердительные или отрицательные ответы, а целый ряд возможных ответов. Постарайтесь воспользоваться всей шкалой оценок, а не просто ставить отметки с одной или другой стороны.

Ф.И.О. _____ **ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР** ____

ДНЕВНИК СНА **ВРЕМЯ СНА** **ХРАНИТЬ У ПОСТЕЛИ**

Заполните, пожалуйста, эту часть дневника в последнюю очередь вечером.

день _____ дата _____

Когда вы сегодня:

завтракали _____ обедали _____ ужинали _____
(если нет, то и напишите "нет")

В каком количестве вы употребляли перечисленные ниже вещества в каждый указанный период времени? (*Если не употребляли, оставьте соответствующую графу пустой*)

	до завтрака или за завтраком	после завтрака до обеда или за обедом	после обеда до ужина или за ужином	после ужина
напитки, содержащие кофеин	_____	_____	_____	_____
напитки, содержащие алкоголь	_____	_____	_____	_____
сигареты	_____	_____	_____	_____
сигары/трубки/ жевательный табак	_____	_____	_____	_____

Какие препараты и лекарства вы принимали сегодня? (*Предписанные или отпускаемые без рецепта*)

Наименование	Время приема	Доза
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Какое упражнение вы выполняли сегодня? (*Если никакого, сделайте отметку*) ❐

начало _____ конец _____ тип _____

начало _____ конец _____ тип _____

Сколько раз вы дремали днем? _____ (*Если ни разу, укажите 0*) ❐

Укажите время в каждом случае:

начало _____ конец _____ начало _____ конец _____

ПИТТСБУРГСКИЙ ДНЕВНИК СНА (PghSD), ПРИНЯТЫЙ В ЗАПАДНОМ ИНСТИТУТЕ, КЛИНИКЕ СНА И ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

ДНЕВНИК СНА **ВРЕМЯ СНА** **ХРАНИТЬ У ПОСТЕЛИ**

Заполните, пожалуйста, эту часть дневника в первую очередь утром.

день _____ дата _____

Время отхода ко сну прошлой ночью _____

Отбой _____

Время для засыпания в минутах _____

Время окончательного пробуждения _____

Причина пробуждения (*сделайте отметку*):

будильник/радио ☐

Кто-нибудь, кого я попросил(а) разбудить меня ☐

Шумы ☐

Просто проснулся(лась) ☐

Обведите кружком, сколько раз вы просыпались ночью после того, как заснули.

0 1 2 3 4 5 или больше

Укажите, сколько в итоге минут вы бодрствовали _____

— проснулись, чтобы принять ванну (обведите кружком, сколько раз)

0 1 2 3 4 5 или больше

— проснулись от шума, детей, партнера по постели (обведите кружком, сколько раз)

0 1 2 3 4 5 или больше

— проснулись от беспокойства или жалобы на физическое состояние (обведите кружком, сколько раз)

0 1 2 3 4 5 или больше

— просто проснулись (обведите кружком, сколько раз)

0 1 2 3 4 5 или больше

Оценки (поставьте отметку вдоль строки):

Качество сна:

_____

очень плохое — очень хорошее

Состояние после окончательного пробуждения:

_____

очень напряженное — очень спокойное

Настороженность после окончательного пробуждения:

_____

большая сонливость — большая настороженность

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Краткий еженедельный дневник сна

Ф.И.О. _____

ДАТА _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СРАЗУ ЖЕ ПОСЛЕ ПРОБУЖДЕНИЯ

	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС		СРЕДНЕЕ
ВРЕМЯ ОТХОДА КО СНУ (ЧАСОВОЕ ВРЕМЯ СУТОК)									
ВРЕМЯ ПОДЪЕМА С ПОСТЕЛИ (ЧАСОВОЕ ВРЕМЯ СУТОК)									
ВРЕМЯ ОТХОДА КО СНУ (ОТКЛОНЕНИЕ ОТ 23:00)									
(ОТКЛОНЕНИЕ ОТ 7:00)									
ЛПС ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД СНА ВРЕМЯ ЗАСЫПАНИЯ (минут)									
КП КОЛИЧЕСТВО ПРОБУЖДЕНИЙ (число)									
ПБПЗ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОДРСТВОВАНИЯ ПОСЛЕ ЗАСЫПАНИЯ(минут)									
ВПП ВРЕМЯ ПОДЪЕМА С ПОСТЕЛИ (минут)									
ОВС ОБЩЕЕ ВРЕМЯ СНА (минут)									

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СНА (ЭС%)
И ВРЕМЯ В ПОСТЕЛИ (ВП)
РАССЧИТЫВАЕТСЯ АВТОМАТИЧЕСКИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ОТХОДОМ КО СНУ С УЧЕТОМ САМОЧУВСТВИЯ НА СЕГОДНЯ

	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС		СРЕДНЕЕ
ОБЫЧНЫЙ ДЕНЬ? (ДА/НЕТ)**									
УСТАЛОСТЬ (НЕТ 0—1—2—3—4—5 БОЛЬШАЯ)									
СТРЕСС (НЕТ 0—1—2—3—4—5 СИЛЬНЫЙ)									
НАСТОРОЖЕННОСТЬ (НЕ ОЧЕНЬ 0—1—2—3—4—5 ОЧЕНЬ)									
КОНЦЕНТРАЦИЯ (ПЛОХАЯ 0—1—2—3—4—5 ХОРОШАЯ)									
НАСТРОЕНИЕ (ПЛОХОЕ 0—1—2—3—4—5 ХОРОШЕЕ)									
ВРЕМЯ, ЗАТРАЧЕННОЕ НА ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ (МИНУТ)									
ВРЕМЯ, ПРОВЕДЕННОЕ СЕГОДНЯ ВНЕ ДОМА (МИНУТ)									
АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ (КОЛИЧЕСТВО)									
ПРЕДПИСАНИЯ НА СЕГОДНЯ (ДА/НЕТ)									
ЛЕКАРСТВА, ПРОДАВАЕМЫЕ БЕЗ РЕЦЕПТА, НА СЕГОДНЯ (ДА/НЕТ)									
БОЛЬ СЕГОДНЯ (НЕТ 0—1—2—3—4—5 СИЛЬНАЯ)									
САМОЧУВСТВИЕ СЕГОДНЯ (ХОРОШЕЕ 0—1—2—3—4—5 ПЛОХОЕ)									
МЕНСТРУАЦИЯ СЕГОДНЯ (ДА/НЕТ)									
САМОЧУВСТВИЕ ОТ МЕНСТРУАЛЬНОЙ БОЛИ (ХОРОШЕЕ 0—1—2—3—4—5 ПЛОХОЕ)									

****УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ЭТОГО ЛИСТА ПРИЧИНЫ, ПО КОТОРЫМ ТОТ ИЛИ ИНОЙ ДЕНЬ НЕ БЫЛ ОБЫЧНЫМ, И/ИЛИ ТЕ ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ В ТОТ ИЛИ ИНОЙ ДЕНЬ.**

Це практичне керівництво призначене для того, щоб дати чіткі відповіді на питання: як лікувати безсоння методами когнітивно-поведінкової терапії та як організувати службу поведінкової медицини сну для надання послуг тим пацієнтам, які страждають від безсоння. У короткій і доступній формі в цьому посібнику пояснюються особливості лікування безсоння, даються визначення цього розладу, після чого наводяться: короткий огляд концептуальної схеми лікування, загальний огляд складових терапії, інструкції з проведення кожного сеансу терапії, діалоги психотерапевта з пацієнтами та приклад конкретного клінічного випадку, а в додатках — форми анкет, що застосовуються в ході терапії.

Науково-популярне видання

Перлис, Майкл Л., **Юнгквіст**, Карла, **Сміт**, Майкл Т., та ін.

Когнітивно-поведінкова терапія безсоння
Покрокове керівництво

(Рос. мовою)

Зав. редакцією *С. М. Тригуб*

Із загальних питань звертайтеся до видавництва "Діалектика" за адресою:
info@dialektika.com, http://www.dialektika.com

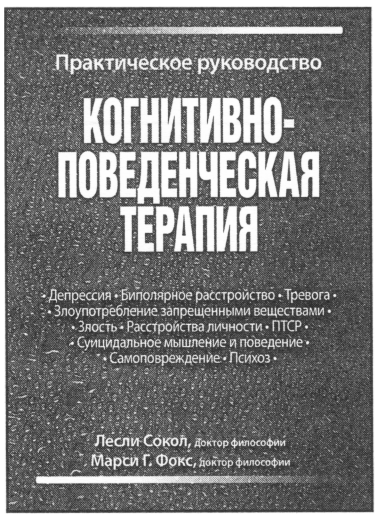
Підписано до друку 15.02.2021. Формат 60x90/16
Ум. друк. арк. 17,0. Обл.-вид. арк. 17,5
Зам. № 21-0459

Видавець ТОВ "Комп'ютерне видавництво "Діалектика"
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

Надруковано ТОВ "АЛЬФА ГРАФІК "
03067, м. Київ, вул. Машинобудівна, 42
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6838 від 09.07.2019.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Лесли Сокол,
Марси Г. Фокс



www.dialektika.com

Основанная на идеях доктора Бека, книга *Когтинивно-поведенческая терапия. Практическое руководство* предназначена для специалистов в области психического здоровья, студентов, врачей и клиницистов. Данное руководство можно гибко адаптировать к конкретным потребностям каждого человека. Это делает его универсальным ресурсом для любого читателя, стремящегося получить четкое представление о психологических проблемах.

Лесли Сокол, доктор философии, лидер в области когнитивно-поведенческой терапии.

Марси Г. Фокс, доктор философии, специализируется на когнитивно-поведенческой терапии.

ISBN 978-5-907203-80-8 **в продаже**

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы

Пошаговое руководство

Майкл Л. Перлис
Карла Бенсон-Юнгквист
Майкл Т. Смит
Донн А. Познер

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), адаптированная для лечения многих психических расстройств, была также приспособлена для лечения на основе данных и с предоставлением данных. Это практическое руководство по эмпирически обоснованным методам когнитивно-поведенческой терапии затребовано многими специалистами, практикующими в области поведенческой медицины сна. В нем в краткой и доступной форме разъясняются особенности лечения бессонницы.

Книга предназначена для специалистов, проходящих клиническую практику в области медицины сна, тех, кто не специализируется на лечении бессонницы, а также опытных психотерапевтов, практикующих КПТ вне области медицины сна и желающих начать процесс обучения, чтобы предоставлять услуги эмпирически выверенной когнитивно-поведенческой терапии бессонницы (КПТБ).

Данное руководство состоит из семи разделов: определение бессонницы, краткий обзор концептуальной схемы лечения, общий обзор составляющих терапии, посеансовое руководство, диалоги психотерапевта с пациентами, оценивание и пригодность пациентов для КПТБ и типовая документация. Организационные принципы данного руководства определяются следующими, на первый взгляд, простыми вопросами: "Кто подходит для КПТ?" и "Что нужно знать, чтобы организовать службу поведенческой медицины сна, готовую предоставлять эмпирически выверенное лечение на основе данных и с предоставлением данных?" Читатель найдет в данном руководстве все, что требуется для уверенного ответа на эти вопросы.

Категория: психотерапия
Предмет рассмотрения: методы когнитивно-поведенческой терапии для лечения бессонницы
Уровень: средний—продвинутый

ISBN 978-617-7874-63-7
21020
9 786177 874637

Комп'ютерне видавництво "ДІАЛЕКТИКА"
www.dialektika.com

Springer
springeronline.com