

Содержание

<i>От издательства</i>	6
<i>Введение</i>	7
Глава 1. Определение бессонницы, сомнифобия и специфика жалоб пациентов	15
Глава 2. Общие проявления бессонницы на протяжении всей жизни	23
Глава 3. Классификации, психологические субтипы пациентов, склонных к бессоннице	36
Глава 4. Новое в этиологии и патогенезе бессонницы	48
Глава 5. Модель психобиологического торможения как концептуальная основа для понимания и лечения бессонницы	60
Глава 6. Коморбидные психические расстройства и бессонница	75
Глава 7. Психологический профиль пациента с хронической бессонницей. Роль «темной триады»	88
Глава 8. Опературное функционирование и хроническая бессонница	95
Глава 9. Бессонница и способность к регрессу, пассивности	99
Глава 10. Межпоколенческая передача хронической бессонницы: от родителей – детям	104
Глава 11. Алекситимия, психотизм, шизотипические черты и хроническая бессонница	109
Глава 12. Кожа, сновидения и хроническая бессонница	113
Глава 13. Проблемно-ориентированный личностный тип (D), финансовый стресс и хроническая бессонница	118
Глава 14. Прокрастинация, связанная с отходом ко сну, и хроническая бессонница	124
Глава 15. Межличностный стресс и хроническая бессонница	128
Глава 16. Субъективный (психологический) возраст и хроническая инсомния	132
Глава 17. Тактика психологического обследования бессонницы. Новые диагностические шкалы	152
Глава 18. Стратегии к лечению бессонницы: поиск консенсуса	163

Глава 19. Персонафицированная гигиена сна: от игнорирования до орторексии	171
Глава 20. Десенсибилизация, переработка движением глаз и управляемые образы при лечении хронической бессонницы	175
Глава 21. Общий когнитивно-поведенческий подход к лечению бессонницы	180
21.1. Цели и задачи когнитивно-поведенческой психотерапии	181
22.2. Практическая значимость когнитивно-поведенческих моделей бессонницы	184
21.3. «Стандартный» протокол и эффективность поведенческой терапии бессонницы «первой волны»	200
21.4. Протоколы и эффективность когнитивно-поведенческой терапии бессонницы «второй волны»	212
21.5. Совместная с партнером когнитивно-поведенческая терапия бессонницы	240
21.6. Протоколы и эффективность когнитивно-поведенческой терапии инсомнии «третьей волны»	246
21.6.1. Терапия принятия и ответственности (АСТ)	246
21.6.2. Метакогнитивная психотерапия хронической инсомнии	259
21.6.3. Терапия усиления осознанности при лечении хронической инсомнии	268
Глава 22. Контекстная и персонафицированная когнитивно-поведенческая терапия бессонницы «четвертая волна» в зависимости от категории пациентов	274
22.1. Пациенты с сопутствующими психическими расстройствами	281
22.2. Пациент пожилого и старческого возраста	285
22.3. Гиннитус-ассоциированная инсомния	292
22.4. Беременность и лактации	297
22.5. Проблемы со сном в диаде мать–младенец	298
22.6. Менопаузальная инсомния	306
22.7. Тактика психологического обследования и психотерапии нарушений сна у пациента с COVID-19	309
22.8. Онкоспецифическая бессонница	322
22.9. Парадоксальная инсомния. Синдром расширенной (искаженной) фазы сна, или феномен «трех ночи»	335
22.10. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия бессонницы: за и против	340
Глава 23. Зависимость от препаратов у пациентов с хронической бессонницей	344
Глава 24. Перспектива психодинамического подхода для комплексного понимания хронической бессонницы	351
<i>Заключение</i>	357
<i>Дополнительная литература</i>	360

Введение

«Инстанция “Я” отказывается от сна, потому что боится своих снов».

З. Фрейд

Хроническая инсомния (insomnia disorder) является распространенным, дорогостоящим фактором риска развития ряда психических и соматических расстройств. Данные по 25 европейским странам показывают, что средняя распространенность бессонницы в Европе составляет **36,8–44 %**. В России данные цифры значительно *выше*. Показатели распространенности симптомов бессонницы значительно выше в конкретных возрастных группах населения. Например, эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что примерно **20–30 %** младенцев, детей раннего возраста и детей дошкольного возраста испытывают проблемы с началом и поддержанием сна. Трудности с бессонницей распространены в школьном и подростковом возрасте с показателями распространенности до **19,5 %** и связаны с сонливостью и переутомлением (усталостью), а также нарушениями поведения и успеваемости. Студенты также подвержены риску нарушения сна, причем до 60 % из них жалуются на плохое качество сна. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что пожилые люди чаще страдают бессонницей по сравнению с молодыми взрослыми и что это связано с широким спектром негативных последствий для их здоровья. Однако из своей клинической практики хочу заметить, что бессонница значительно помолодела. Женщины, особенно во время менархе, беременности и менопаузы, испытывают высокие пики распространенности бессонницы, которые часто связаны с усилением расстройства. Родители маленьких детей нередко сообщают о плохом сне и повышенной уязвимости к плохому состоянию сна и бессоннице. Пациенты с психическими и соматическими расстройствами сообщают о более высокой распространенности бессонницы, которая нередко связана с худшим прогнозом на выздоровление, частым обращением за медицинской помощью. Более того, недавняя пандемия коронавируса и социокультурная ситуация в России показали, что распространенность бессонницы может быстро увеличиваться при таких обстоятельствах, в то время как показатели распространенности, по-видимому, не вернулись к допандемическим показателям даже после пандемии. Симптомы плохого сна и бессонницы в целом не только распространены, но и связаны с большими рисками для здоровья на соматическом и психологическом уровнях. Несмотря на то что эти проблемы оказывают значительное влияние на здоровье и качество жизни, плохому сну и бессон-

нице по-прежнему уделяется мало внимания, и результаты многочисленных исследований показывают, что они часто недостаточно диагностируются и лечатся (по сей день преобладает примитивное понимание), в связи с этим я предлагаю выделять отдельное направление клинической (медицинской) психологии, которое мы будем называть **клиническая психология хронической бессонницы**.

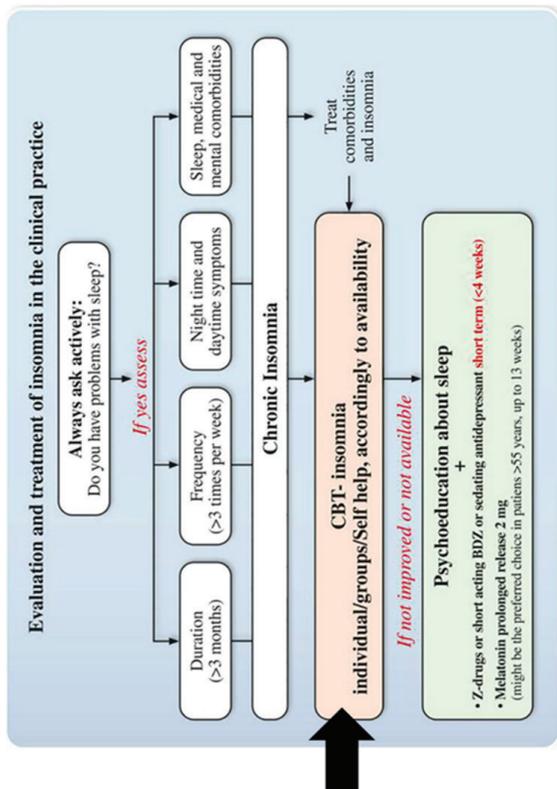
С выхода классификаций МКБ-11 и DSM-5 бессонница была признана независимым расстройством, требующим лечения независимо от того, проявляется оно само по себе или сочетается с другими состояниями. Это было основано на нескольких направлениях исследований, показывающих, что расстройство сна развивается само по себе и реагирует на конкретное (таргетное) психологическое (психотерапевтическое) вмешательство, а именно *когнитивно-поведенческую терапию бессонницы* (СВТ-I, далее КПТ-И/Б), да простят меня любители «глубинной» психологии. Несмотря на эту обширную литературу, во всех странах по-прежнему существуют значительные пробелы в лечении (точнее создание единого алгоритма), в результате чего лишь немногие пациенты с бессонницей фактически получают лечение «первой» линии.

Модель *поэтапного лечения бессонницы* (stepped care model / SCM for insomnia), предложенная нашим коллегой С. А. Эспи (Espie, 2009; Espie et al. 2013), была выдвинута в качестве модели для клинической практики, которая должна обеспечить широкий доступ пациентов к качественному психологическому обследованию и КПТ-И. В рамках данной книги вы увидите, что когнитивно-поведенческая терапия бессонницы указывается в качестве вмешательства «первой» линии при расстройстве, в соответствии с *японскими, европейскими, американскими и австралийскими* рекомендациями, основанными на фактических данных (см. рис. 1 и табл. 1).

Таблица 1

**Японский консенсус по немедикаментозным подходам
к лечению хронической бессонницы**
(Takaesu Y., Sakurai H., Aoki Y., Takeshima M., 2023)

	Первая линия	Вторая линия	Третья линия
Психиатрическая и психологическая диагностика пациента для дифференциации состояний (ЗР-модель)	+		
Персонализированная гигиена сна	+		
Техники по снижению соматической гипермобилизации (релаксация)	+		
Терапия переобучение сна	+		
Техника контроля стимулов	+		
Мультикомпонентная КПТ-И	+		



Palagini L., Manni R., Aguglia E. (2023)

В последних клинических рекомендациях «первой линией» при лечении хронической бессонницы является применение протоколов КПТ-И (CBT-I) в монорежиме или в комбинации с фармакотерапией

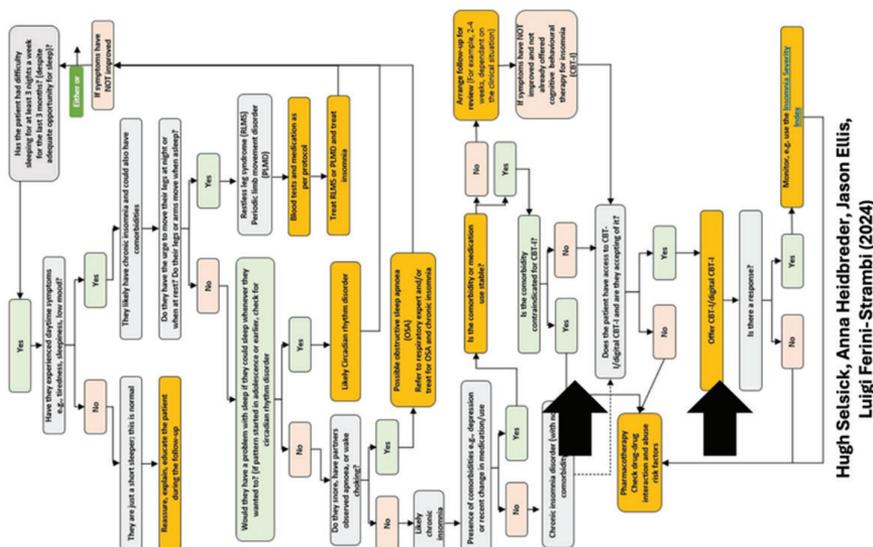


Рис. 1. Современные зарубежные диагностические и терапевтические алгоритмы лечения хронической бессонницы

Фармакологическое лечение бессонницы следует предлагать только в том случае, если КПТ-И неэффективна или недоступна, и, как правило, ее следует рассматривать только для кратковременного применения. Тут же хочу отметить, что до проведения КПТ-И нужно допускать специально обученных специалистов, а не тех, кто просто называет себя «владеющими техниками когнитивно-поведенческой терапии». Тем не менее, несмотря на эти строгие рекомендации, данные из различных источников указывают на то, что в настоящее время КПТ-И и за рубежом, и в России предлагается лишь очень небольшой доле пациентов с бессонницей, молчу про проведение грамотного психологического обследования и привлечение клинических психологов в лечении нарушений сна. И наоборот, *фармакотерапия* по-прежнему остается наиболее распространенным методом лечения бессонницы в обычном здравоохранении во всем мире. Несмотря на растущее внимание средств массовой информации, было выявлено несколько барьеров, ограничивающих широкое предложение КПТ пациентам и акцент на роль клинической психологии в вопросе нарушений сна. Из них следует учитывать два основных аспекта. Во-первых, фактические данные указывают на то, что как пациенты, так и врачи *плохо осведомлены* о тех психологических факторах, которые вызывают и поддерживают бессонницу. С точки зрения пациента, бессонница часто рассматривается как *устойчивая психическая черта* («я всегда не сплю», «сон – моя уязвимость», «сколько себя помню, не сплю»). Как следствие люди, страдающие бессонницей, как правило, не обращаются за помощью по поводу своих проблем со сном. С точки зрения клинициста, большинство клинических психологов, психотерапевтов, психиатров, а также врачей других специальностей в России все еще относительно мало знают о психологической диагностике и лечении расстройств сна, включая бессонницу, или, наоборот, скромно заявляют, что «знают все». Это может привести к неправильным представлениям как пациентов, так и клиницистов о роли клинической психологии, курсе лечения КПТ-И (например, обычно около 6 недель активного лечения с сеансами продолжительностью 1 час в неделю, в отличие от месяцев психотерапии). Поскольку «немедикаментозные» вмешательства (формы лечения), связанные со сном, обычно не предлагаются в рамках «первичной» медицинской помощи, даже когда пациент обращается за помощью, бессонница часто плохо оценивается и может даже не диагностироваться и не лечиться. Вторым важным препятствием, особенно для тех стран, где психологическое лечение национальной службой здравоохранения *не предоставляется бесплатно* на месте оказания медицинской помощи, является то, что психологическое лечение и психотерапия могут быть дорогостоящими для пациента, возможно, непомерно дорогими. Это особенно актуально для России. Тем не менее психологический подход к лечению бессонницы (например, когнитивно-поведенческая терапия) также имеет ряд преимуществ:

- **КПТ-И** – это относительно короткое психотерапевтическое вмешательство, в среднем от шести до 10 сеансов, и имеющее целевую природу, а не «поговорим обо всем на свете, и про маму тоже»;

- хотя краткосрочные затраты могут быть выше, чем медикаментозное лечение, с точки зрения как денег, так и времени клинического психолога, сообщается, что КПТ-И в целом экономически эффективна по сравнению с фармакотерапией и имеет гораздо более безопасный и благоприятный профиль отсутствия побочных эффектов. Это способствует развитию жизнестойкости и навыков саморегуляции, и в то время, поскольку эффекты медикаментозного лечения обычно не длятся дольше периода лечения, было показано, что эффекты КПТ-И сохраняются до 10 лет после лечения (например, Blom et al., 2016; 2017; Jernelöv et al., 2022; 2023);
- поскольку не всем пациентам потребуется комплексное психотерапевтическое вмешательство, проводимое опытным клиническим психологом, существует возможность оказания данной помощи с применением персонифицированных, краткосрочных, дистанционных протоколов (Espie, Henry, 2023; Gao et al., 2022). Однако, основываясь на клиническом мышлении и в зависимости от реакции на лечение, клинической сложности, сопутствующей патологии или предпочтений в лечении, пациенты могут быть «переведены» на более высокий уровень КПТ-И. Они могут включать структурированные вмешательства с заранее определенным количеством сессий, причем каждое занятие охватывает важные аспекты здоровья сна, бессонницы. Эти вмешательства могут проводиться онлайн или лицом к лицу, а также индивидуально или в группах. Наконец, некоторым пациентам может быть полезна *персонифицированная КПТ-И*, проводимая опытным клиническим психологом, включая более гибкую и индивидуальную структуру психотерапевтического вмешательства. Таким образом, «Клиническая психология хронической бессонницы» отражает пирамиду психологических методик и техник, протоколов, основанных на когнитивно-поведенческой терапии.

Данное руководство открывает возможность предлагать КПТ-И в различных контекстах и условиях очень большому числу пациентов. Это большое преимущество, поскольку существует острая необходимость снизить распространенность бессонницы и ее негативные долгосрочные последствия для здоровья, учитывая, что большинство пациентов с бессонницей обходятся без научно обоснованного лечения. Однако существует риск того, что такое расширение психологических услуг может непреднамеренно привести к снижению уровня оказываемой медицинской помощи, особенно если врачи и клинические специалисты, проводящие лечение, не обучены соответствующим высоким стандартам. Как упоминалось выше, предыдущая литература указывает на тот факт, что большинство клинических психологов, психиатров и психотерапевтов, которые могут обладать опытом в области КПТ, как правило, не имеют надлежащей подготовки в отношении клинической психофизиологии сна, этиологии бессонницы и лечения поведенческих проблем со сном. Аналогичным образом даже некоторые специалисты

по сну, например неврологи, могут не иметь соответствующей подготовки в области КПТ, а также могут не обладать знаниями конкретно о бессоннице. Для эффективного продвижения клинической психологии хронической бессонницы существует острая необходимость ознакомить тех клиницистов, которые уже имеют квалификацию в области КПТ при других расстройствах, с соответствующими знаниями и опытом, чтобы предложить качественную КПТ пациентам с бессонницей. Во-вторых, по мере того как важность сна становится все более очевидной для более широких областей здоровья и благополучия, растет рынок рекомендаций по сну и консультационных услуг. К сожалению, они не всегда предоставляются на основе соответствующего высококачественного обучения клинической психологии сна и медицине сна. В литературе, например, это было отмечено для России в отношении «консультантов по проблемам сна у детей», которые часто не регулируются руководящим органом и не придерживаются этического кодекса. Таким образом, с одной стороны, существует очевидная потребность охватить большое число людей, в то время как, с другой стороны, существует необходимость предлагать высококачественные, основанные на фактических данных клинические вмешательства, проводимые соответствующим образом подготовленными и квалифицированными специалистами.

Здоровье сна (sleep health) – это относительно новая концепция, определяемая как непрерывная многомерная конструкция, варьирующаяся от хорошего сна до дисфункционального сна. Это понимается через отдельные, но взаимосвязанные аспекты режима сна-бодрствования, включая: 1) удовлетворенность сном; 2) бдительность в отношении сна; 3) время сна; 4) эффективность сна; 5) продолжительность сна.

Наиболее распространенным расстройством сна среди населения в целом является бессонница, которая в основном отражает ухудшение показателей удовлетворенности сном и эффективности сна, хотя другие показатели здоровья сна также могут изменяться в зависимости от состояния. В неклинических условиях психологические программы по охране сна для населения в целом и профилактические программы для лиц с симптомами бессонницы, но не соответствующие критериям диагностики бессонницы, могут быть очень важны и могут продвигаться несколькими способами. Эти программы могут продвигаться профессионалами, имеющими опыт в области здоровья сна, психофизиологии сна и бессонницы, а также понимающими обоснование КПТ-И. Также могут быть привлечены эксперты с различным опытом работы, включая клинических психологов, КПТ-терапевтов, врачей общей практики, а в некоторых странах также могут быть рассмотрены медсестры, другие медицинские работники, социальные работники и даже учителя. Важно отметить, что психологические программы обучения сну можно было бы продвигать в школах, адаптированных для разных возрастов, на рабочих местах и в родовых группах женщин. Профилактические программы также могут быть полезны для скрининга и выявления случаев, относящихся к группе риска.

В данной книге акцент сделан на *психологические особенности пациентов, склонных к хронической инсомнии*, а также важность предрасполагающих, инициирующих и поддерживающих факторов, известных как в *3P(4P)-модель бессонницы*. Накопленный стресс является наиболее распространенным инициирующим фактором, и пациенты с бессонницей демонстрируют повышенную когнитивную и эмоциональную реакцию на стресс в соответствии с *моделью гипервозбуждения*, о которой мы будем подробнее говорить на страницах данного руководства. Стресс, которому противостоят во всех сферах жизни, можно определить как интровертную реакцию пациентов на ситуации, которые они воспринимают как вызов или угрозу, или как ситуацию, которая иногда является экстремальной. Стресс по-разному воздействует на людей из-за различий в их интерпретации событий и стилях совладания (копинг-стилях). Индивидуальные навыки совладания со стрессом играют важную роль в оценке и интерпретации взаимоотношений между пациентом и окружающей средой. Личностные черты пациента и стили привязанности важны для понимания взаимосвязи между стрессом и реакцией на стресс. Существуют исследования, показывающие важность *личностных черт и стиля привязанности* при объяснении концепции стресса. Джон Боулби определяет «поведение привязанности» как любое поведение, которое младенец демонстрирует для установления и поддержания желаемой близости со своей основной фигурой, осуществляющей уход (матерью). Этот опыт позволяет нам поддерживать связь с окружающими нас людьми на протяжении всей жизни. У людей с надежной привязанностью меньше симптомов тревоги и депрессии по сравнению с людьми, не имеющими надежной привязанности, и они думают, что получают больше социальной поддержки от своего окружения. Таким образом, можно сказать, что пережитый стресс и психологические симптомы, в том числе и склонность к нарушенному сну, чаще встречаются у людей с ненадежной привязанностью. При изучении взаимосвязи между стрессом и привязанностью также следует учитывать *стили совладания* как стабильные позитивные или негативные стратегии преодоления возникающих трудностей. Позитивный стиль совладания использует прямые и рациональные способы решения проблем, в то время как негативный стиль совладания использует пренебрежение, избегание и отрицание. Люди с надежной привязанностью предпочитают активные стратегии совладания со стрессом, в то время как люди с ненадежной привязанностью предпочитают избегающие стратегии совладания. Люди с тревожной привязанностью воспринимают жизненные события как более стрессовые, чем те, у кого избегающая привязанность. Проводятся исследования, исследующие темперамент и черты характера, являющиеся психологическими факторами, которые могут привести к бессоннице. Однако межличностные факторы не были должным образом изучены в клинической психологии. Небезопасная привязанность у пациента связана с повышенной возбудимостью и эмоциональными факторами, поэтому она может привести к бессоннице. Нами было показано, что пациенты с симптомами бессонницы имели более высокий балл по

тревожной привязанности. Показатели негативного стиля совладания были выше у пациентов с хронической бессонницей, в то время как показатели позитивного стиля совладания были ниже. Этот результат подтверждает нашу гипотезу о том, что пациенты с хронической бессонницей чаще используют негативные стили совладания и реже – позитивные стили совладания. Показано, что *избегание и подавление*, которые являются негативными стилями совладания, в значительной степени связаны с бессонницей у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Ненадежная привязанность может влиять на выраженность физиологических и эмоциональных реакций на стрессовые жизненные события, создавая тенденцию к гиперторможению у людей с бессонницей. Это показывает, что люди с ненадежной привязанностью обладают повышенной когнитивной бдительностью и используют стратегии гиперактивации в стрессовых ситуациях. Понимание взаимосвязи между бессонницей, стрессом, способами преодоления и стилями привязанности обеспечивает понимание процесса заболевания и будет направлять лечение.

Таким образом, данное руководство на основе моего 11-летнего практического опыта с позиции клинической психологии охватывает приличный спектр вопросов относительно хронической бессонницы и адресовано специалистам в области психического здоровья, врачам-неврологам, сомнологам и всем, кому интересно современное понимание сна и такой формы его нарушения, как *бессонница*.

Мелёхин Алексей Игоревич,

кандидат психологических наук, доцент,
клинический психолог высшей квалификационной категории,
профессор РАЕ, сомнолог-консультант,
когнитивно-поведенческий терапевт, психоаналитик
психосоматической ориентации (Парижская школа, IPSO),
психоонколог, телесно-ориентированный терапевт,
титularный член Academy of Cognitive Therapy (США),
действительный член International Psycho-Oncology Society,
автор первых в России практических руководств
по когнитивно-поведенческой психотерапии нарушений сна (2020),
синдрому раздраженного кишечника (2023),
учебника по клинической психологии благополучного старения (2022),
«Психологии Альфа-женщины» (2021)
Стаж практической деятельности – 11 лет
Россия, г. Москва clinmelehin@yandex.ru

IstinaResearcherID (IRID): 30069176

ResearcherID: U-4053-2019

ORCID: 0000-0001-5633-7639

Глава 1

Определение бессонницы, сомнифобия и специфика жалоб пациентов

Бессонница, или «**инсомния**», – это отчетливое хроническое заболевание, характеризующееся сообщениями о трудностях с началом или поддержанием сна, которое присутствует даже тогда, когда у пациента есть достаточные возможности и соответствующая обстановка для сна, и оказывает значительное влияние на функционирование на следующий день. Бессонница недооценивается и недостаточно лечится, что приводит к значительному бремени для здравоохранения (увеличению заболеваемости и смертности) и ухудшению качества жизни тех, кто с ней сталкивается.

Хроническое инсомническое расстройство (Chronic insomnia disorder) определяется субъективными жалобами на начало или поддержание сна, несмотря на достаточные возможности и обстоятельства для сна. Кроме того, жалобы должны присутствовать не менее 3 дней в неделю в течение как минимум 3 месяцев. Кроме того, жалобы на сон должны быть связаны с негативными последствиями в дневное время (например, усталость, нарушение концентрации внимания или памяти, нарушение настроения, недостаток энергии, неудовлетворенность сном), чтобы соответствовать диагностическим критериям.

За последнее десятилетие изменилось определение бессонницы, отраженное в системах нозологии заболеваний и диагностических критериях. В результате бессонница рассматривается как отдельное расстройство, которое имеет глубокие последствия для лечения. Ситуация с бессонницей коренным образом изменилась с публикацией в 2013 году пятого издания Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5). В предыдущей версии хроническая бессонница определялась как «первич-

ное» состояние или как «вторичное» по отношению к другому состоянию. Такая классификация неточна, поскольку отнесение бессонницы к вторичным заболеваниям подразумевает, что она пройдет при лечении сопутствующей патологии. В рамках этой парадигмы лечение бессонницы считается менее приоритетным в пользу лечения сопутствующих заболеваний в первую очередь. Это неправильное восприятие способствовало значительному снижению эффективности лечения нарушений сна. Однако в DSM-5 различие между первичной и вторичной бессонницей было устранено, был принят термин «insomnia disorder». Таким образом, расстройство бессонницы в настоящее время признается как состояние, которое часто сосуществует с другим состоянием, таким как депрессия, а не является просто вторичным по отношению к нему. Аналогичным образом, в отличие от предыдущих версий, третье издание Международной классификации расстройств сна также объединило первичную и сопутствующую бессонницу в единое целое.

СПЕЦИФИКА ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ С БЕССОННИЦЕЙ

- Преинсомнические
- Интрасомнические
- Постсомнические
- Жалоба на сон как симптом другого расстройства («Я не сплю из-за...», «Моя... выражается в том, что нарушается сон...»)
- Тревога, связанная со сном
- Сомнифобические жалобы
- «Борьба со сном», желание себя усыпить
- Дисфункциональные убеждения о сне, гигиене сна («биохакинг сна»)
- Маскированные жалобы (пациент говорит про сон, а хочет выразить тоску, депрессию, одиночество, нехватку и др.)

«Не могу заснуть», «не хочу спать», «не могу уснуть», «боюсь ночи, темноты и кровати», «еле засыпаю и ночью множество раз просыпаюсь», «просыпаюсь раньше будильника», «заставляю себя заснуть», «долго лежу в кровати без сна и с помощью ряда техник пробую себя усыпить», «чтобы заснуть, нужно сильно себя измотать физически, психически», «жертвую сном из-за работы и потом в метро испытываю приступы паники и галлюцинации из-за депривации сна», «когда высокий уровень стресса, я востребована, лучше всех, нужна, то сплю лучше», «не могу спать, так как сон воспринимаю как фигню и бесполезную вещь», «постоянно ставлю себе задачу уснуть»

ВАЖНО РАЗЛИЧАТЬ ПАЦИЕНТУ

- Сонливость – это чувство потребности во сне.
- Усталость – это недостаток энергии и мотивации. Сонливость и апатия (ощущение безразличия к тому, что происходит) могут быть симптомами, которые сопровождают переутомление.
- Усталость может быть нормальной и важной реакцией на физическую активность, эмоциональный стресс, скуку или недостаток сна.

Сомнифобия (Somniphobia, The Fear of Falling Asleep) – это разновидность *боязни сна*, которая вызывает крайний страх заснуть или оставаться спящим в течение длительного времени. Человек боится умереть или получить внезапную паническую атаку и т. д. Этот тип реакции на страх имеет и другие названия, такие как «гипнофобия», «тревожность во сне» и «клинофобия», однако я бы сделал некоторое разделение, приведенное ниже.

ТРЕВОГА, СВЯЗАННАЯ С ЗАСЫПАНИЕМ (SLEEP ANXIETY)	СОМНИФОБИЯ
<p>Это распространенное состояние, характеризующееся чувством беспокойства и дистресса, связанным со сном. Это может проявляться в трудностях с засыпанием, продолжении сна или беспокойных ночах. Данный тип тревоги часто проистекает из различных факторов, таких как стресс, скачущие мысли и нерегулярный режим отхода ко сну.</p> <p>В отличие от общей тревоги, которая может возникать в течение дня, тревога во время сна конкретно связана со страхом заснуть или испытывать трудности во время сна. Эта форма беспокойства может оказать значительное влияние на общее самочувствие, вызывая усталость, раздражительность и трудности с функционированием в течение дня</p>	<p>Сомнифобия – это крайний страх сна, который люди часто испытывают из-за <i>психологической травмы</i>. При этой фобии люди ожидают каких-то негативных событий, происходящих после засыпания. Таким образом, из-за этого чувства они начинают бояться спать.</p> <p>Пациенты могут сталкиваться со следующими страхами и состояниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> • боязнь ложиться спать; • боязнь ночных кошмаров; • страх испытать сонный паралич; • они начинают беспокоиться о том, что могут умереть во сне

Пациенты с сомнифобией могут внезапно просыпаться посреди ночи от беспокойства. Им может быть трудно снова заснуть, если их разум продолжает беспокоиться о ночных кошмарах, смерти и других ужасных вещах. Они страдают от фрагментации сна, что снижает как качество, так и количество их сна. Недостаточный сон может привести к ряду проблем со здоровьем, включая диабет, высокое кровяное давление, риск сердечного приступа или даже инсульта. Лишение сна может усугубить или вызвать тревожные расстройства. Когда пациент не может заснуть из-за страха, это может негативно сказаться на его эмоциональном здоровье и общем настроении. Это может еще больше усугубить проблемы, связанные с тревожными расстройствами. Боязнь сна может даже привести к депрессии. Пациенту не захочется ничего делать в жизни, а только беспокоиться о своем будущем сне: «не усну», «меня лишили сна». Эти мысли еще больше усиливают безнадежность. В табл. 1.1 я представил симптомы и типы сомнифобии.

Симптоматическая картина сомнифобии

Соматические проявления	Психологические проявления
<p>Страх перед сном может стать настолько сильным, что может вызвать физические симптомы, свидетельствующие о дальнейших осложнениях. Эти симптомы могут мешать бесперебойной повседневной деятельности пациента</p>	<p>Эти симптомы сомнифобии могут проявляться по-разному. Могут серьезно повлиять на ваш мыслительный процесс и заставить вас думать о событиях, которые, возможно, не имеют никакого отношения к реальности, повышая эмоциональную гипербдительность</p>
<p>Обильное потоотделение Когда у вас сомнифобия, вы склонны обильно потеть от страха и паники. Если такое интенсивное потоотделение будет продолжаться в течение некоторого времени, это может даже привести к обезвоживанию, которое потребует достаточного потребления жидкости для восполнения потери воды организмом</p>	<p>Ужасное чувство перед отходом ко сну Сомнифобия может вызывать у вас ужасное чувство до или когда вы пытаетесь заснуть. Этот страх перед сном возникает из-за страха, что во время сна произойдет «что-то», «неправильное», «бесконтрольное». Вы также могли бы почувствовать, что можете скончаться во сне. Этот страх смерти может быть достаточно веской причиной, чтобы не давать вам спать по ночам</p>
<p>Измененное сердцебиение Интенсивность этого ненормального страха может возрасти до такой степени, что это может привести к нерегулярному или учащенному сердцебиению. В этом случае сердцу может быть трудно перекачивать достаточное количество крови к остальным частям тела. Учащенное сердцебиение не позволяет тканям и органам получать достаточное количество кислорода</p>	<p>Потеря контроля Существует естественная тенденция чувствовать, что во время сна вы не будете полностью контролировать свое окружение. Если с вашими родителями возникнут какие-либо чрезвычайные ситуации и они позвонят вам, вы не сможете отвечать на их звонки и предлагать необходимую помощь. У вас также могут быть некоторые проблемы со здоровьем, которые могут стать серьезными из-за отсутствия вмешательства с вашей стороны. Размышления обо всех этих случаях, когда вам не удастся полностью контролировать ситуацию, приводят к недостатку сна. Есть стремление к «полному контролю»</p>
<p>Сонливость Сомнифобия не позволяет вам спокойно спать по ночам. В результате этого вы можете чувствовать себя вялым и сонливым в течение всего дня. Возможно, вам не хочется заниматься каким-либо видом деятельности, что в значительной степени затрудняет вашу работу. Всегда возникает желание прилечь на кровать, даже днем, в попытке немного поспать</p>	<p>Ощущение надвигающейся гибели, смерти Сомнифобия, или «иррациональный страх сна», может заставить вас чувствовать себя так, как будто вы вот-вот столкнетесь с опасной и стрессовой ситуацией в своей жизни. Ощущение катастрофы наполняет ваш разум, порождая негативные мысли. Вы всегда думаете, что опасности подстерегают вас, чтобы вызвать проблемы и изменить всю динамику жизни</p>

Таблица 1.1 (окончание)

Соматические проявления	Психологические проявления
<p>Головокружение</p> <p>Это распространенный симптом, который проявляется, когда люди страдают от любого вида фобии. То же самое относится и к сомнифобии. В этой ситуации человеку кажется, что он потеряет равновесие и упадет в обморок. Люди думают так, как будто вся окружающая среда вокруг них вращается и они скоро потеряют сознание. Это происходит из-за учащенного дыхания или реакции замирания (перестают дышать или дышат редко)</p>	<p>Избегайте сна любой ценой</p> <p>Страх и тревожность, связанные со сном, достигают такого уровня, что вам вообще не хочется ложиться спать. Вы находите разные способы избежать сна и оставаться бодрствующим.</p> <p>Возникает странное чувство, которое позволяет вам думать, что бодрствование помогло бы вам лучше смотреть в лицо своим проблемам и преодолеть их</p>
<p>Одышка</p> <p>Когда страх перед сном овладевает всем вашим организмом, у вас могут возникнуть проблемы со свободным дыханием. Другими словами, у вас одышка, и она возникает из-за сильного сжатия грудной клетки. Вам кажется, что у вас перехватывает горло, из-за чего вы чувствуете удушье</p>	<p>Резкие перепады настроения</p> <p>Стресс и беспокойство, вызванные этой фобией сна, или сомнифобией, могут привести к возникновению сбоя в циркадных ритмах. Это приводит к серьезным перепадам настроения и другим изменениям в поведении. Вам трудно регулировать свои эмоции.</p> <p>В какой-то момент вы могли чувствовать себя счастливым и оптимистичным. В то время как в следующий момент вы можете разозлиться и стать раздраженным</p>
<p>Тошнота</p> <p>Возникает в результате страха и тревоги, связанных с проблемой. Тревога – это естественная реакция на любую опасность или угрозу. Это происходит, когда ваш мозг выделяет нейромедиаторы, чтобы подготовить ваше тело к проявлению сопротивления. Немногие из этих переносчиков могут попадать в пищеварительный тракт и раздражать кишечный микробиом. Это приводит к ряду желудочных симптомов, включая тошноту и желудочно-кишечные проявления, позыв к мочеиспусканию</p>	<p>Увеличение перестраховочного, избегающего поведения, поиск гарантий заснуть</p>

Если вы обратите внимание на табл. 1.2, то эти симптомы также очень похожи на симптомы панического расстройства. Ключевое различие между паническими расстройствами и фобиями заключается в том, что панические расстройства не так тесно связаны с конкретным объектом или ситуацией. Симптомы фобии, такие как сомнифобия, проявляются только тогда, когда ситуация, вызывающая страх, происходит или близка к тому, чтобы произойти. Беспокойство перед сном или боязнь заснуть является распространенным симптомом расстройства, связанного с ночными кошмарами, и посттравматического стрессового расстройства. Другим расстройством

сна, связанным с сомнифобией, является рецидивирующий изолированный сонный паралич, при котором человек на мгновение не может двигаться при засыпании или пробуждении. Понятно, что эти переживания могут вызывать стресс и приводить к нервозности при засыпании. Эпизоды повторяющегося изолированного сонного паралича иногда сопровождаются галлюцинациями.

Таблица 1.2

Типы и описание сомнифобии

Тип	Описание и специфика жалоб
Страх умереть, задохнуться во сне	Пациенты могут бояться сна, потому что им может казаться, что сон может привести к смерти и они никогда больше не проснутся или «что-то произойдет во сне» и они потеряют контроль. Это может заставить пациентов страдать от страха умереть во сне и, следовательно, вообще избегать сна. Пациенту часто кажется, что он может умереть во сне (есть фантазии, образы, представления). Вероятно, сам пациент видел, как кто-то из членов семьи умер во сне (или страдал и не мог спать), и после этого инцидента этот страх продолжает крутиться в его сознании. Этот страх часто присутствует в структуре канцерофобии, соматоформных расстройств ЦНС (например, при коме в горле появляется страх ближе к ночи, что пациент не сможет проглотить, не сможет заснуть, а если заснет, то задохнется или «ком не даст спать»). Перед сном у пациентов возникают «как в киносюжете» различные мысли, сценарии, что может произойти, повышается контроль и бдительность по отношению к собственному телу
Боязнь засыпания	Пациент просто испытывает страх засыпания как способность отпустить, завершить день, быть довольным собой и позволить себе отдохнуть, расслабиться. В этом сценарии пациент боится, что не сможет контролировать свою жизнь. Чувствует, что если на этом этапе что-то пойдет не так, он будет не в состоянии бороться или обращаться за помощью к другим людям. Пациент также чувствует, что ему не удастся наилучшим образом использовать то, что предлагает жизнь, если он заснет, то это пропущенное или «время впустую». Тут же присутствует страх темноты
Страх спать в одиночестве, когда кто-то уезжает	Пациент страдает от страха спать в одиночестве (одна, в ссоре, когда никого дома нет, «муж уехал», «задерживается муж на работе»), и это может легко спровоцировать несколько проблем, включая панические атаки, бессонницу и чрезмерное беспокойство. Этот страх может быть связан с какой-то психологической травмой, с которой пациент столкнулся в детстве (отвержение, покинутость). Пациент даже может фантазировать, что, когда он один, ему нужна будет неотложная медицинская помощь, его могут обокрасть. При этом страхе часто еще присутствует страх определенных насекомых. Страх спать в одиночестве также может быть вызван основным психическим расстройством, а именно обсессивно-компульсивным расстройством, чаще всего протекает в структуре депрессии покинутости (например, умерла мама). Пациент использует различные ритуалы «убаюкивания» себя и может спать один только в том случае, если, например, есть свет, вся кровать в игрушках (подушки, тактильные стимулы), когда ему пожелали спокойной ночи или с ним перед сном говорили спокойным голосом

Причины возникновения фобий, включая сомнифобию, по сей день окончательно неясны. Считается, что фобии в целом возникают из-за сочетания генетических, нейрофизиологических факторов и факторов окружающей среды, определенной личностной организации и копинг-стратегий совладания со стрессом.

ШКАЛА ОЦЕНКИ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СОМНИФОБИИ У ПАЦИЕНТА (Мелёхин, 2023)	
Как вы себя чувствуете, когда приходит время ложиться спать?	
<input type="checkbox"/> Я впадаю в панику или испытываю сильный страх	
<input type="checkbox"/> Я чувствую себя очень неудобно и тревожно	
<input type="checkbox"/> Мне немного не по себе	
<input type="checkbox"/> Я чувствую себя совершенно нормально	
Вы избегаете засыпать, даже когда устаете?	
<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Иногда
<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Редко или никогда
Мысль о сне, ночи, кровати вызывает у вас беспокойство?	
<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Иногда
<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Редко или никогда
Внесли ли вы изменения в свой образ жизни, чтобы избежать недосыпания?	
<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Иногда
<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Редко или никогда
Мешает ли ваш страх перед сном вашей повседневной деятельности или личным отношениям?	
<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Иногда
<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Редко или никогда
Чувствуете ли вы себя физически измотанным или испытываете приступы паники при мысли о сне, ночи, засыпании?	
<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Иногда
<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Редко или никогда
Вы проводите много времени, беспокоясь о сне, ночи?	
<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Иногда
<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Редко или никогда
Испытывали ли вы снижение своей эффективности в повседневной жизни из-за недостатка сна?	
<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Иногда
<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Редко или никогда

Факторы риска:

- генерализованное тревожное расстройство;
- предвосхищающая (антиципационная) тревога;

