

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
Перспективные 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 приспособливание 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

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, обуславливают 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 обуславливает 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

¹Непрерывность 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”.